



Inhoud

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Dick Oudshoorn, Franny Moene & Paul du Jour	Psychotherapie van patiënten met lichamelijke klachten en syndromen	8
Richard Van Dijck, Onno van der Hart, Carla Scharree & Kees van der Velden	Negatief etiketteren	47
Kees Hoogduin & Kees van der Velden	De welwillende beproeving	54
Alfred Lange	Timing, een voorbeeld	65
Michel Ampe & Onno van der Hart	De duik naar de kostbare steen	73
Kees Hoogduin	Behulpzame (schoon)ouders	77
Richard Van Dijck & Kees van der Velden	Ervaringen met supervisie in directieve therapie	80
Kees Hoogduin	Een schaakklok als middel om agressie bij ruziemakende paren direct en nonverbaal te laten uiten	89
Tk/M9 Richard Van Dijck	Modellen in de (kinder)psychotherapie	92
Onno van der Hart & R. Rabkin	Hoop	108
Leen Joele	Twee magere vrouwen	113
Kees van der Velden	Nogmaals de verwende kinderen	128
Kees Hoogduin	Consultatie gevraagd	135
<u>Bijlage:</u>		
Fons Schrijvers	Directieve therapie; een psychologische variatie op 'small is beautiful'	136

Omslagen: Cathy & Stef Van Dijck

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

De Verkoop

In 1977: 1841 exemplaren. De eerste drie maanden van 1978: 1128 exemplaren. Ongeveer 600 exemplaren waren bestemd voor auteurs, hun familieleden, docenten, recensenten. In het magazijn van Libresso bevonden zich op 1 april nog 450 exemplaren. Op 27 maart kreeg de uitgever de laatste correcties door.

Hoe Doet Het Boek Het?

Goed.

De *Werkgroep voor Therapie van Dwangzelfbeklag* wijdde zijn vergadering van 14 april aan Het Werk. Lees maar de aankondiging in *De Psycholoog*:

DWANGZELFBEKLAG

Op 14 april 1978 zal de eerstvolgende bijeenkomst van de Werkgroep voor Therapie van Dwangzelfbeklag worden gehouden in Restaurant „De Bijhorst”, Zijdeweg 54 te Wassenaar, (bij viaduct Rijksweg Den Haag-Amsterdam, NZH buslijn 90) van 15.30-17.30 uur.

Op het programma staat o.a. een bespreking van het boek „Directieve Therapie” van K. van der Velden e.a.

Nadere informatie, aangaande de bijeenkomst en aangaande de werkgroep, aan het adres: Kagerdreef 8 te Sassenheim, tel. 02522-10908.

174

Niet alleen Het Boek doet het goed trouwens, maar ook Wij en onze Strooming.

In *De Volkskrant* van zaterdag 25 maart 1978 vroeg het RIAGG Midden-Brabant voor zijn Adolescententeam in Tilburg om

et gebied van
C. Voor het Adolescententeam in Tilburg
een psycholoog (20 u/w)

De voorkeur gaat uit naar een klinische psycholoog, die als nevenrichting sociale psychologie heeft gekozen, opgeleid is in en ervaring heeft met korte, directieve therapieën.

~~aan maatschappelijk werker~~

U weet natuurlijk dat het therapieën is in plaats van therapieën, dus hadden we daar verder geen woorden aan vuil hoeven te maken als het niet toevallig zo geweest was dat we meer adepten hebben die de Nederlandse taal niet of slechts in beperkte mate machtig zijn.

Neem bijv. *A.P.M. Schrijvers*, die iets hoogs is in de geestelijke-gezondheidszorg van Limburg. Voor *TMW* schreef deze man een recensie over Het Boek waarvan wij het concept vertrouwelijk mochten inzien.

Hij is erg geestdriftig - mooi! Maar *waarover* is hij geestdriftig?

'De therapie (de Onze dus, Hfdred.) is weinig gericht op abstracte reflectieprocessen bij de cliënt en *geeft veel minder aandacht aan het gevoelsleven* (light italics mine, Hfdred.).'

'Ook het procesmatige tussen cliënt en hulpverlener - in de zin van een intensieve gevoelsmatige relatie - speelt veel minder een rol', aldus Schrijvers. Lezer! 'Het procesmatige in de zin van een intensieve gevoelsmatige relatie'!

'Deze therapievormen (dat zijn dus de therapievormen die niet directief zijn, Hfdred.) waren gericht op de hoogste lagen van de bevolking en werden niet geacht geschikt te zijn voor de gewone mensen (waarvan er veel meer bestaan). Er bestaan dus meer gewone mensen dan hoogste lagen, abonnee!

De niet directieve collega wordt in deze bespreking afgeschilderd als een goedwillende domoor. 'Toch is deze ontwikkeling (in de richting van meer directiviteit, Hfdred.) in Nederland ook groeiende, hoewel de weerstand en het ongeloof (sic!) bij de traditionele therapeuten vaak nog erg groot is.' 'Gelukkig zijn er vele therapeuten die wel willen maar niet weten hoe.' Je kan maar ergens blij mee zijn.

'Uit eigen ervaring weet ik dat zoiets (het feit dat therapie ook kort kan duren, Hfdred.) ongeloofwaardig klinkt in termen van klassieke therapie die vaak uitgaat van jarenlange bemoeienissen en waar veertig tot honderd sessies geen uitzondering vormen.' Lees deze zin eens een paar maal hardop. En doe hetzelfde met de volgende: 'Alsof ons soort organisaties en ons soort professionele mensen geen grote weerstanden hebben tegen veranderingen en niet geweldig taai blijken te zijn?'

En zo gaat dat vijftien bladzijden door.

Er wordt gezegd dat een kenmerk van directieve therapie is dat de therapeut *veel* opdrachten geeft, dat de therapeut *zeer* directief is (alsof het standaardwerk *Zeer Directieve Therapie* heette), dat acht tot vijftien zittingen voldoende zijn om aanzienlijke verbeteringen te bereiken enz. Nog een mooie (helaas door de redactie van *TMW* geschrapt): 'Er worden een heleboel elementen aangestipt, maar weinig uitgewerkt. Een logische opbouw en fundering (eerst dus de opbouw, dan de fundering, Hfdred.) is vooralsnog niet voorhanden. Temeer omdat in de rest van het boek ook the-

oretische onderdelen uitgewerkt worden.'

Het feit dus dat een logische opbouw ontbreekt moet geweten worden aan de omstandigheid dat ook elders in het boek theoretische problemen worden besproken. Ach Heer!

De advertentie van zoëven kwam uit Brabant, deze bespreking uit Limburg. Zou het dan toch waar zijn van die vooroordelen?

'Kraepelin gegen seine Liebhaber verteidigt', luidt het motto van een hoofdstuk uit Kuipers Controversen (1965). Wellicht moet binnenkort een stuk geschreven worden waarin de directieve therapie tegen haar liefhebbers wordt verdedigd.

Felicitering

De meest gefeliciteerde redacteur van dit Tijdschrift is ongetwijfeld de heer *Van der Hart*.

Toen de heren *Van Dijk*, *Joele* en *Oudshoorn* zich samen met mevrouw *Priemus* opwonden over de zg. humoristische brieven van de heer *Van der Velden*, was de heer *Van der Hart* - die de bovengenoemde personen alsook de heren *Kal* en *Lange* bijna naar Utrecht *geslagen* had - doende zich voor te bereiden op het behalen van de *Tweede Dan* in zijn karatespecialiteit: *genwakai*.

Dat is hem gelukt! Van harte bravo.

Sommigen schijnen niet één-twee-drie te begrijpen wat *genwakai* is.

Zij volstaan ermee in hun familiekring rond te bazuinen dat Onno 'heel goed in karate' is, "één van de besten van Nederland". (in de hoop natuurlijk dat de aangesprokenen zich ook een klein beetje geïntimideerd zullen voelen wanneer zij vernemen dat de tenger of decadent gebouwde spreker iemand kent die *heel erg sterk* is).

Voor hen deze uitleg:

Wa betekent natuurlijk *weg*. Dat spreekt. *Kai* wil uiteraard zeggen *organisatie*, en *gen* betekent vooral *moeilijk te begrijpen*. Onno heeft dus een *Tweede Dan* behaald in de *Organisatie van de moeilijk te begrijpen weg*. Wie dit weet zal begrijpen dat Onno ook echt onmogelijk kon komen op die gedenkwaardige 13de april!

Van harte.

Scriptie

Er is weer een scriptie geschreven over Ons Vak: *Paradoxen, psychopatho-*

logie en psychotherapie. Auteur: R.V.Groenewold, destijds kandidaat klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden, thans doctorendus.

De inhoud is niet helemaal nieuw.

Redacteur *Van Dijk* wordt in de Lijst van referenties zesmaal genoemd, redacteur *Van der Hart* tweemaal, redacteur *Lange* vijfmaal, en *Wij* tweemaal.

Ons dunkt dat de redacteurs *Hoogduin*, *Joele* en *Oudshoorn* totaal geen nut zullen zien in de zoveelste opsomming van de principes van de communicatie- en systeemtheorie; dat de redacteurs *Van der Hart* en *Wijzelf* het toch wel een aardig werkstuk zullen vinden, en dat de redacteurs *Van Dijk* en *Lange* deze scriptie als een belangrijke samenvatting van de principes van directieve therapie zullen beschouwen (*Van Dijk* misschien iets meer dan *Lange*).

Hij is verkrijgbaar via redacteur *Van Dijk*, deze scriptie.

Intermezzo

1. Ons Light-Italicbolletje viel op de grond en was meteen kapot. Onze depressie besparen we U. We vervolgen met onderstrepingen in plaats van cursiveringen.
2. Het blijkt dat heel wat psychologen op de advertentie uit de Volkskrant hebben gereageerd. Uit het grote aanbod zijn uiteindelijk twee kandidaten geselecteerd: de één deed ervaring op bij Lange en Van Dijk, de ander bij Van der Velden. Vele prestigés zijn dus in het geding.
3. Het laatste nummer van TMW (april 1978, 32 - 4) bevat de hierboven genoemde bespreking van Directieve Therapie. Wij kopieerden haar direct voor U en plaatsten haar als bijlage in dit Nummer. Ook de redactie van TMW boog zich over ons werk. Men leze de volgende, voor ons niet helemaal begrijpelijke, beschouwing.

bij de inhoud van dit nummer

Fons Schrijvers, medewerker van de Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg Oostelijke Mijnstreek in Limburg, al een goede bekende in TMW en WW, behandelt zeer uitvoerig het boek

Directieve therapie. De verschijning van dit studiewerk is een belangrijke gebeurtenis. Waarom we die mening zijn toegedaan komt al enigszins tot uitdrukking in de ondertitel van dit artikel: een psychologische variatie op 'small is beautiful'. Deze drie woorden vormen de titel van het onder ons ongetwijfeld bekende boek van de econoom E. F. Schumacher, die de geestelijke vader is van baanbrekende gedachten over kleinschaligheid in het economisch bestel. Schumacher toont aan, dat de grootschaligheid die tot op heden het economisch

handelen kenmerkt, de wereld niet die zegeningen heeft gebracht, die we in ons overspannen vooruitgangsgeloof daarvan hebben verwacht. Grootschaligheid kan ons — onder meer door uitputting van grondstoffen — tot de ondergang leiden. Bovendien is kleinschaligheid veel meer toegesneden op de menselijke maat. Dat laatste legt de verbinding naar het verschijnsel directieve therapie. Het therapeutische terrein is een terrein met vele onzekerheden, voetangels en klemmen, vage noties en ook pretenties, waarvan blijkt dat ze niet waar te maken zijn. Fons Schrijvers geeft in zijn artikel weer hoe directieve therapie gezien en beoefend wordt door de therapeuten die deze reader hebben samengesteld. Het grootste belang dunkt ons nog niet eens het nieuwe van kleinschaligheid in de toepassing maar de genuanceerde manier waarop dit thema door de diverse auteurs — de auteur van dit artikel inclus — wordt behandeld. Daarop volgen twee artikelen over

Wij weten natuurlijk niet hoe het U vergaat, waarde lezer, maar ons als Hoofdredacteur is nimmer opgevallen dat U en wij een studiewerk over kleinschaligheid hebben geschreven, laat staan dat we zulks op een genuanceerde wijze gedaan zouden hebben. Naar onze indruk handelde het studiewerk juist over directieve therapie, of worden wij nu zo oud dat we gaan malen? Wij herinneren ons toch nog duidelijk zo'n mooie witte kaft met daarop Uw namen en de onze, en daarboven, in een duidelijke zwarte letter — de 'Helvetica', om precies te zijn —: Directieve therapie. Klopt Uw herinnering met de onze? Het zou ons erg geruststellen!

Bij de inhoud van dit nummer

Dick Oudshoorn, psychiater van het Gemeenteziekenhuis te Dordrecht, al een goede bekende van TDT, behandelt, samen met zijn jonge medewerkers Franny Moene en Paul du Jour, zeer uitvoerig het thema Psychotherapie van patiënten met lichamelijke klachten en syndromen. De verschijning van dit studiewerk is een belangrijke gebeurtenis. Waarom we die mening zijn toegedaan komt al enigszins tot uitdrukking in het woord 'lichamelijke' in de titel. Dit woord stamt uit het overbekende boek van de taalgeleerde Van Dale, die de geestelijke vader is van een heleboel woorden, m.n. woorden uit het Nederlandse taaleigen. Na eeuwen suprematie van de ratio — die toch niet gebracht heeft wat wij er in onze overspannenheid van verwachtten — is er dan nu aandacht voor het lichamelijke. Exclusieve gerichtheid op de rede kan tot de ondergang voeren, speciaal ook omdat bij zo een gerichtheid voortplanting niet goed mogelijk is. Bovendien is lichamen veel lijfelijker dan geestelijk. Dit laatste legt de verbinding met het verschijnsel psychotherapie. Klepperdeklepperdeklep. Vervolgens beschrijven Van Dijck, Van der Hart, Scharree (psychologe, medewerkster van de eerste auteur) en de onvermijdelijke Van der Velden

het complement van positief etiketteren: Negatief etiketteren. Aanbevolen voor ervaren directieve therapeuten.

Aansluitend volgt het artikel De welwillende beproeving. Auteurs: Hoogduin en -weer!- Van der Velden. Hoewel het werkstuk belangrijke opmerkingen bevat, maken wij enig bezwaar tegen de toon waarop hier over medemensen wordt gesproken. De volgende keer moet dit anders, heren! In Timing, een voorbeeld toont Lange's secretaresse wéér een nieuw IBM-bolletje: de Diplomat 12. Tevens introduceert Lange het woord bedweterigheid, dat ons totnogtoe onbekend was. Het is maar goed dat de sympathieke hoofdmedewerker zo weinig thuis is in de Freudiaanse psychologie! Michel Ampe (arts-assistent, een jaar of dertig, Belg, werkzaam op het Dercksen centrum) en Van der Hart beschrijven een therapie waarin een merkwaardigheid gesignaleerd kan worden: de cruciale interventie lijkt geplaatst te worden nadat al verbetering is ingetreden. Of vergissen wij ons? Zo nee, dan opent deze aanpak rijke perspectieven.

In het korte artikel Behulpzame (schoon)ouders geeft Kal aan hoe de directieve therapeut zijn plantencollectie op peil kan brengen.

In Ervaringen met supervisie in directieve therapie beschrijven Van Dijck en Van der Velden -nog een keer!- hoe zij erin slagen jongelui op te leiden tot het prachtige vak van directieve therapeut.

Vervolgens wijst Kal op nog een toepassing van zijn schaakklokpassie, waarbij het zelfbeeld vnl. middels slaan beïnvloed wordt.

Modellen in de (kinder)psychotherapie is de voordracht die Van Dijck op 13 april in Utrecht hield voor de Vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. Hij had er enorm veel succes mee. Prof.dr.D.J.de Levita, de spreker die na onze vriend het woord zou voeren, moest zich beperken tot het stamelen van woorden van bewondering jegens de vorige spreker en kon alleen dankzij deze manoeuvre voorkomen dat hij door de zaal - het puikje van de psychotherapeuten voor jongelui - werd bespuwd en uitgejouwd.

De lezer boft overigens dat hij deze tekst in handen krijgt; het was waarachtig zo dat de bescheiden Van Dijck meende dat de tekst zo niet publikabel was! Stel U Mozart voor die een pianoconcert wil achterhouden! Neen, wij hebben de tekst van de voordracht aan hem ontfutseld en hier integraal voor U afgedrukt.

In Hoop geven Van der Hart en Rabkin een aanvulling op de bijdrage van Van Dijck en Oudshoorn over specifieke factoren.

Joele tracht in Twee magere vrouwen niet alleen Mulisch maar ook Vander-eucken naar de kroon te steken. De innemende auteur kwam zijn bijdrage

hoogstpersoonlijk bij ons afleveren en werd zodoende onverwacht getuige van een innoverende ontwikkeling op het gebied van de kookkunst. Dan hebben we voor de vierde keer Van der Velden, die nog weer eens opnieuw begint over verwende kinderen; en ten slotte volgt Hoogduin met een vraag om hulp.

De bijlage hadden we U reeds aangekondigd.

Dat dit geen gewoon nummer maar een Speciaal Nummer is, dat had U al wel begrepen toen de post erin geslaagd was deze Encyclopedie der Directieve Therapie bij U door de brievenbus geperst te krijgen. De 141 bladzijden die dit nummer telt rechtvaardigen de beslissing hier van een Dubbelnummer te spreken.

Proficiat!

Rest ons onze hartelijke dank uit te spreken jegens Cathy en Stef Van Dijck, die de omslagen voor hun rekening namen.

De Hoofdredacteur

PSYCHOTHERAPIE VAN PATIENTEN MET LICAMELIJKE KLACHTEN EN SYNDROMEN

Dick Oudshoorn
Franny Moene
Paul du Jour

1. Inleiding

Naar een psychiatrische praktijk verbonden aan een algemeen ziekenhuis worden er uit de aard der zaak vele patienten verwezen, die aan lichamelijke klachten of ziektebeelden lijden.

De verwijzers zijn de somatische specialisten en de huisartsen. Doorgaans is er lichamenlijk onderzoek verricht dat "niets" concreets heeft opgeleverd. Als de klachten desondanks aanhouden kan een arts twee dingen denken:

- a. - hij heeft nog niet genoeg onderzoek verricht en heeft misschien toch "iets" over het hoofd gezien, dus hij moet verder lichamenlijk onderzoek doen;
- b. - hij neemt aan dat er "psychische factoren" in het geding zijn welke de oorzaak van de klachten zijn. Hij kan er dan verder induiken, dat wil zeggen zoeken naar problemen, of de patient voorstellen naar een psychiater te gaan. Maar vele artsen volstaan domweg met symptomatische behandeling met een greep uit de overvloedig beschikbare psychopharmaca en de uitleg die gegeven wordt is dat er "niets" gevonden is en dat het op "zenuwen" berust.

In dit artikel willen de auteurs de lezer een aantal richtlijnen geven ten aanzien van een doeltreffende pragmatische behandeling van patienten met allerlei lichamenlijke klachtenpatronen.

Het begrip "integrale benadering" dekt deze handelwijze eigenlijk beter dan "psychotherapie".

Hoewel het in de context van de directieve therapie gebruikelijk is de nadruk op de praxis te leggen, willen de schrijvers toch eerst een paragraaf wijden aan de door hun gekozen theoretische uitgangspunten en willen ze een model beschrijven. Daarna worden dan achtereenvolgens behandeld: enige richtlijnen die in het algemeen van toepassing zijn bij de behandeling van patienten met lichamenlijke klachten. Vervolgens komen richtlijnen aan de orde bij specifieke syndromen of klachtenpatronen en tenslotte wordt het artikel afgerond met een discussie.

2. Uitgangspunten

Het wordt tijd dat men het Cartesiaanse mes nu eindelijk eens laat kapot roesten. Dat mes dat zo willekeurig en scherp onderscheid maakt tussen lichaam en geest, tussen ziektes mét en ziektes zonder lichamelijke afwijkingen. De auteurs gaan er vanuit dat er niet in het ene geval geen en in het andere geval wél invloed uit gaat van bepaalde factorencomplexen, doch dat er een systematische samenhang is waarin alle factoren altijd een zekere rol spelen.

Deze gedachte is niet nieuw. Het is nog niet zo lang geleden dat in brede kringen het multiconditionele concept werd aangehangen, waarin lichamelijke, psychische en sociale factoren in een heterogene opsomming onder elkaar werden gezet om gezamenlijk de etiologische en pathogenetische verklaring te leveren van een bepaalde ziekte of syndroom bij een bepaalde patient. Het bezwaar dat de auteurs tegen dat concept hebben is dat het geen systematisch model oplevert dat laat zien hoe zulke factoren zich tot elkaar en tot het geheel verhouden.

Von Bertalanffy is één van de grondleggers van de general systems theory waarin 9 systeemniveau's worden onderscheiden t.w.: 3 mechanische, 3 organische en 3 complexadaptieve niveau's. De winst van dit model is dat er een zekere systematiek wordt geboden omdat namelijk elk volgende niveau bestaat uit de elementen van het er onder liggende plus een toegevoegde dimensie. Het nadeel is dat het een statisch model is, d.w.z. dat het niets verduidelijkt van de proceskant.

Juist dat laatste, dus een procesmodel of dynamisch model, waarin alle relevante factoren aan het werk kunnen worden gezien, is wat de auteurs zoeken. Ze koesteren niet de illusie dit model al gevonden te hebben, hooguit een aanzet ertoe. Evenmin zijn ze origineel: ze werken met wat de Cybernetica, de systeemtheorie en informatietheorie hebben opgeleverd.

Er is een eeuwenlange discussie over de vraag of de geest transcendent is danwel immanent ten opzichte van de stof. De traditionele theologie en de klassieke filosofie staan vrijwel altijd voor de eerste opvatting. In filosofische termen kan God worden opgevat als de uiterste transcendentie van de geest. De mens werd opgevat als een eenheid opgebouwd uit lichaam, ziel en geest. Het lichaam was onderworpen aan lichamelijke biologische wetten en mocht behandeld worden door de arts, de geest functioneerde volgens geestelijke wetten en mocht behandeld worden door de psycholoog of psychiater en de ziel was voor de zielzorger.

Een gigantisch splijttingsproces waarvan het eindpunt nog lang niet in zicht is. Als we alleen al kijken naar de hulpverlening dan zien we steeds meer specialismen en superspecialismen ontstaan, die op elk terrein even buiten het eigene al meteen een leek zijn. In de psychische hulpverleningshoek zien we 140 scholen in een ontwikkeling die steeds verder afgeraakt van de oorspronkelijke integrale gezondheidszorg zoals die traditioneel in de medische sector geschiedt en komen we vaak een mensbeeld tegen waarin voor het lijf geen plaats meer is en waarin zelfs het individu soms niet meer te herkennen valt.

Toch is het zo dat men bij nadere bestudering van veel van deze deelgebieden onder de indruk komt van wat men daar aantreft. Alleen waar is de samenhang?

Voor een samenhangend systeemmodel is het volgens de auteurs noodzakelijk de geest als immanent op te vatten, anders gezegd de geest is niet transcendent, uitstijgend boven de stof, maar is inherent aan het lichaam. Zoals Bateson 1971 het formuleert "Geest, of psyche is immanent in vele circuits die o.a. binnen de hersenen liggen maar ook ruimere circuits die het zenuwstelsel en de overige orgaansystemen omvatten en nóg ruimere circuits welke ook de omgeving insluiten". De mens is op te vatten als een netwerk van gesloten circuits, waarin analoge processen optreden op verschillende niveau's. Als we b.v. het gedrag van een mens willen begrijpen, dan moeten we ons niet beperken tot wat er zich afspeelt in de intrapersoonlijke circuits, maar moeten we ook het ruimere systeem erbij betrekken waarvan hij deel uit maakt. De uitwerking van de systeemtheorie kan hier achterwege blijven omdat die bij de lezer voldoende bekend is.

Wat loopt er dan over die circuits? Bateson spreekt van informatie. Hij definieert: (de kleinste eenheid van) informatie is "een verschil dat verschil maakt". Met andere woorden een (kleine) verandering.

Elke verandering, elk verschil, elk stukje informatie circuleert over de circuits en kan daarbij getransformeerd worden. Geen enkel afzonderlijk onderdeel van dat systeem heeft daar eenzijdige controle over noch over de functie van andere onderdelen. Talrijke onderdelen hebben een bijsturende functie, maar het zal duidelijk zijn dat hun "gedrag" nauwkeurig wordt bepaald (gedicteerd) door andere onderdelen en door het "eigen gedrag" dat er aan vooraf is gegaan.

Elke verandering, dus ook elke verstoring vindt zijn weg door het gehele systeem. Slaat iemand zich op zijn duim, dan geeft dat niet slechts locale effecten, maar leidt dat over vele circuits tot algemene "arousal" met hormonale veranderingen, veranderingen in de bloedsomloop, de ademhaling, de spijsvertering, de uitscheiding. Concentratie, bewustzijnsniveau/aandacht, zintuigelijke waarnemingen, gedrag (ophouden met timmeren, vloeken en zuchten etc.) eventueel gevolgd door "arousal" (en daarmee inschakeling) van de omgeving.

Belangrijk is in dit voorbeeldje dat dit hele proces allerminst gedermineerd wordt door de klap op de duim. Talrijke factoren en eigenschappen van het systeem tezamen bepalen het verloop. Allerlei transformaties treden op, zoals versterking, uitbreiding (generalisatie), ombuiging, vervorming, verlenging in tijd (perseveratie). Anderzijds demping, neutralisering, afweer. Ten derde aanzet tot actie tot herstel of schadeloosstelling (hamer tegen de muur smijten, jezelf vloeken, duim onder de koude kraan houden).

Een bepaald systeem, (meneer de Vries en zijn gezin) neigt tot een bepaalde "voorkeur" (men zou ook van eigenschappen of kenmerken kunnen spreken), d.w.z. dat bij vergelijkbare verstoringen vergelijkbare processen op gang komen (relevant is ook in dit verband of en hoe vaak vergelijkbare processen zich eerder in dit systeem hebben afgespeeld). De geactiveerde circuits vormen hiërarchisch geordend systeem. Het kleinste circuit omvat in ons voorbeeld de duim met een klein stukje van de hand (het begin wordt - niet erg logisch - gelegd onmiddellijk na de klap). Het volgende circuit omvat duim en zenuwstelsel. Bij nadere beschouwing zijn dit tenminste drie circuits: een reflexboog die over het ruggemerg loopt, een circuit dat naar de hersenschors toeloopt en vandaar naar het bewegingsapparaat en een derde circuit dat naar de hersenstam loopt en vandaar naar het autonome zenuwstelsel. Alle drie lopen in principe terug naar de duim. Maar er is ook nog een ruimer circuit dat omvat duim, zenuwstelsel en overige orgaansystemen, met name bloedvaten, hart, longen, verdere bewegingsapparaat. Dan is er een circuit dat omvat dit alles met zintuigen, hamer en werkstuk. Daarna ~~zijn~~^{is} er nog een of meer circuits waarin ook de ruimere omgeving met voorwerpen en mensen is opgenomen.

Binnen elk circuit kan in principe worden nagegaan welke transformaties zich er hebben voltrokken. Afhankelijk van de graad van verstoring en de eigenschappen van het gehele systeem, zal het proces kort of lang duren, snel gedempt worden, aanhouden of verhevigen.

Uit pragmatische overwegingen kan een bepaald circuit op zichzelf beschouwd worden. Zoals het volkomen geoorloofd is dat een huisarts of chirurg zich voornamelijk op de duim uit ons voorbeeld concentreert, tenzij er een goede reden is om het blikveld te verruimen. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als de patient dreigt flauw te vallen, of als de echtgenote een paniekaanval krijgt.

Al heeft misschien het ganse universum na die klap op de duim, het getuigt van praktische zin dat de onderzoeker-hulpverlener niet verder kijkt dan strikt noodzakelijk is.

Zo opgevat onderscheidt zich de somatotherapeut van de psychotherapeut doordat de eerste een meer rigoreuze beperking van de in beschouwing genomen context aanhoudt dan de laatste. Zodoende behoeft de laatste pas te worden ingeschakeld wanneer de eerste bemerkt dat hij er met zijn benadering niet helemaal uitkomt. Deze regel geldt volgens de auteurs voor alle lichamelijke klachten, syndromen en ziektebeelden. Het is weinig relevant of er wel of geen duidelijke of vage lichamelijke stoornissen of afwijkingen zijn vastgesteld. Doorslaggevend is slechts of de somatische benadering (intensief binnen een beperkte context) voldoende soelaas biedt. Dit laatste dan ter beoordeling van patient en hulpverlener.

De reden van verwijzing naar bijvoorbeeld een psychiater is niet meer: "U mankeert niets meneer, maar blijft toch klagen en daarom stuur ik u naar de psychiater". De goede reden moet zijn: "Ik kan u geruststellen wat betreft het lichamenlijk onderzoek. Normaal gesproken had ik verwacht dat dit plus mijn medicijnen, uw klachten genezen zouden hebben, Blijkbaar zijn er meer factoren in het spel die een nadelige invloed op uw klachten of gezondheid uitoefenen, welnu daarvoor zou ik u naar een psychiater of psycholoog kunnen verwijzen". Of: "U kent nu de diagnose die we gesteld hebben. Normaal gesproken zou mijn behandeling tot volledig (of bevredigend) resultaat hebben moeten leiden, maar blijkbaar zijn er meer factoren ...".

Ook in het psychotherapeutische veld overheerst de misvatting dat er een scherp onderscheid gemaakt moet worden tussen lichamenlijk en psychisch. Natuurlijk weet iedere therapeut van zichzelf en van zijn cliënt dat iemand een lichamenlijke klacht kan hebben, b.v. hoofdpijn.

Deze klacht kan voor psychotherapie in aanmerking komen, zo is dan de gangbare opvatting in dit veld, wanneer het "symptomatisch gedrag" betreft. Hiermee wordt dan bedoeld

1. dat het lichamelijke en/of psychische klachten betreft waarvoor geen lichamelijke oorzaak verantwoordelijk kan worden gesteld.
2. dat de cliënt hier geen invloed op zegt te kunnen uitoefenen.
3. dat deze klachten een buitengewone invloed op andere mensen hebben.
4. dat ze de cliënt en ook zijn omgeving winst geven.

Van der Velden 1975 keert zich tegen deze opvatting. Hij vraagt zich af wat eigenlijk "lichamelijke oorzaak" betekent. Kennelijk zo stelt hij wordt hiermee "lichamelijke ziekte" bedoeld, want zogenaamde functionele klachten worden wel degelijk (mee) veroorzaakt en in stand gehouden door lichamelijke processen. Hij noemt als voorbeelden spanningshoofdpijn, hyperventilatie, aërofagie en vaginisme. Ook stelt hij, zijn er ziekten waarvan de ernst wordt mee bepaald door niet somatische factoren. Asthma, epilepsie, eczeem, hartziekten en colitis ulcerosa behoren tot deze groep. Door middel van een toenemende frequentie van aanvallen kan er een grote druk op de omgeving worden uitgeoefend. De aanvallen kunnen een communicatieve betekenis hebben. Deze boodschap behoeft geen andere te zijn dan de betekenis die niet lichamelijk bepaalde vormen van "symptomatisch gedrag" hebben. In de derde plaats wijst van der Velden er op dat er "geheel" lichamelijk bepaalde symptomen en ziektes zijn die een proces van pathologische communicatie in gang kunnen zetten, die net zo min van "psychogene" pathologische communicatie is te onderscheiden. Hij geeft als voorbeeld dat wat zich afspeelt tussen twee ouders en hun zoon die in bed plast, waarbij de ouders er van uitgaan dat hij wel kan maar niet wil droog zijn, terwijl de jongen probeert uit te drukken dat hij wel wil maar niet kan droog zijn, en het hele proces steeds verder escaleert totdat blijkt dat het symptoom op suikerziekte berust. Een vergelijkbaar voorbeeld van Van der Velden betreft een hardhorende man die eindelijk een gehoorapparaat krijgt. Nu verwacht het gezin geen klaaggedrag meer van hem en reageren ze geïrriteerd dat "het nooit goed is" als hij bezwaar maakt dat anderen praten als hij naar de televisie kijkt. Van der Veldens conclusie is dan dat er een proces van inconsistente communicatie dreigt, dat door opeenstapeling van "misverstanden" spontaan kan verergeren, los van de vraag waardoor het nu precies ontstaat, in al die gevallen waarin de omgeving van de patient het idee krijgt van: "je kunt wel maar je wilt niet".

In een derde voorbeeld beschrijft hij een lichamelijk ernstig zieke man die door verregaande betutteling van zijn echtgenote volledig van haar afhankelijk wordt en dan ook niets meer zelf kan. Deze lijn is zonder meer door te trekken naar talloze patienten met kleinere of grotere handicaps, waarbij datgene waartoe ze zich nog in staat voelen in grote mate afhankelijk is van andere factoren bij hunzelf en in hun gezinssysteem en omgeving, dan de handicap alleen.

Welnu dan zijn we weer terug bij ons uitgangspunt, d.w.z. het model vanuit de systeem en informatieleer van steeds ruimere circuits waarover informatie loopt die onjuist getransformeerd kan worden en storingen op een ander niveau kan veroorzaken of versterken, danwel neutralisering van bepaalde storingen kan verhinderen.

De conclusie tot dusverre die de auteurs trekken is, dat het niet alleen legitiem maar zelfs noodzakelijk is dat de psychotherapeut het lichamelijk functioneren van de patient op systematische wijze in zijn overwegingen betreft. Wanneer het een patient betreft met lichamelijke klachten is het zowel principieel als praktisch onjuist deze klachten ter zijde te schuiven als "symptomatisch gedrag". Omgekeerd moet de somatische specialist niet blijven steken in de tweedeling: ofwel er zijn reële klachten zolang als er het vermoeden bestaat dat er lichamelijke afwijkingen zijn, en als deze niet kunnen worden vastgesteld zijn de klachten niet reëel. De vuistregel die zowel voor de algemene arts of somatische specialist, als voor de psychotherapeut geldt is, dat de meest economische context gezocht moet worden waarbinnen de verstoring kan worden behandeld en opgeheven.

3. Algemene richtlijnen

3.1 De lichamelijke klacht staat centraal.

Het staat buiten kijf dat de patienten waar dit artikel over gaat (die eenderde tot de helft van de poliklinische populatie uitmaken) allereerst gebukt gaan onder hun lichamelijke klachten. Ze zien vaak nauwelijks in waarom ze naar een psychiatrisch team zijn verwezen, omdat ze er vanuit gaan dat "het iets lichamelijks moet zijn". Ze twijfelen aan de competentie van de psycholoog of psychiater en voelen zich uiteraard ook vaak zeer gekrenkt. Ze zijn kortom vooralsnog zwak gemotiveerd voor psychotherapie. Vanzelfsprekend!

titel: vrijheid
want de wet heers over

)

)

Eerste taak van de therapeut is het dan ook te laten zien dat hij er verstand van heeft. Hij wil aansluiten bij waar de patient mee komt (een directief uitgangspunt) en bespreekt derhalve nauwkeurig de klachten en stelt zinnige vragen.

3.2 De klachten worden serieus genomen.

Dat wil zeggen ze worden als zodanig geaccepteerd en niet opgevat als "niet reëel" of "weerstand tegen de therapeut" en wat dies meer zij.

3.3 De therapeut geeft tekst en uitleg.

Met behulp van schema's, tekeningen, foto's en voor de patienten begrijpelijke artikeltjes legt de therapeut uit wat er aan de hand is of kan zijn. De patient wordt aangemoedigd één en ander met de eigen ervaringen te vergelijken en met veel vragen te komen. Alle informatie waar de therapeut over beschikt (b.v. door de huisarts of verwijzer meegedeeld) wordt in de uitleg meegenomen. Er wordt de nadruk op gelegd dat iemand ernstige klachten kan hebben, terwijl hij een ziekte of stoornis heeft in zijn lichaam, maar dat hij ook ernstige klachten kan hebben zonder dat er een ziekte of stoornis is, of terwijl deze stoornis er wel is, maar op zichzelf de ernstige klachten niet helemaal kan verklaren. Als zoiets het geval is betekent dit absoluut niet dat de betrokkene zich aanstelt of simuleert.

Als een patient laat blijken deze benadering best te waarderen maar desondanks nog niet te begrijpen wat een psycholoog of psychiater daar aan kan doen, dan wordt er niet geprikkeld op gereageerd maar juist met veel begrip. De therapeut legt -in dit stadium nog in algemene termen - bijvoorbeeld enkele gedrags of leertheoretische principes uit. Hij voegt er aan toe: "dit maakt het de moeite waard om bepaalde factoren te trachten op te sporen die misschien nadelig werken op uw klachten". Vaak roept de patient dan uit dat zijn klachten toch een oorzaak moeten hebben. Hierop antwoordt de therapeut dat klachten weliswaar meestal door één of andere oorzaak zijn begonnen, hoewel zo'n oorzaak in een klein hoekje kan liggen, maar dat het best mogelijk is dat de klachten zijn blijven voortbestaan, ook nadat de oorspronkelijke oorzaak geen rol meer speelde. De therapeut kan proberen dit te verduidelijken rondom klachten zoals de betrokken patient die heeft, maar het kan ook erg nuttig zijn juist hele andere klachten als voorbeeld te nemen, omdat dit meer een appèl richt aan het objectiverend vermogen van de patient.

Hiermee begint de therapeut de context van de klacht stapsgewijs te verruimen. Hij houdt goed in de gaten of de patient hem bij elk stapje kan volgen.

3.4 De therapeut stelt voor één en ander nader te onderzoeken.

Hij wil de patient geen voortijdige mening of interpretatie opdringen, en laat zich ook niet in zo'n valkuil lokken. Wanneer de patient voorop stelt geen problemen van betekenis te hebben, is het slechts een belediging wanneer dit door de therapeut wordt aangevochten. Maar doorgaans is de patient wel bereid tot klachtenregistratie (monitoren) en het verzamelen van allerlei gegevens uit het leven van de patient b.v. met een vragenlijst. Als de patient bij dergelijke voorstellen veel scepsis vertoont is het goed dit als iets vanzelfsprekends onder woorden te brengen en eventueel de patient te vragen of hij een ander voorstel heeft. Het^{is} mogelijk dat deze er op staat dat een nader lichamelijk onderzoek wordt verricht. Het is raadzaam hier een soepele strategie toe te passen. De therapeut heeft de keuze uit een aantal mogelijkheden:

- a) hij accepteert zulk een voorstel onmiddellijk.
- b) hij kan al of niet in afwachting van de uitslag de verdere behandeling opschorten.
- c) hij kan het voorstel in principe aanvaarden, maar voorstellen het tot nader order uit te stellen of er een bepaalde voorwaarde aan verbinden.
- d) hij noemt het voorstel begrijpelijk, maar legt nog eens aan de hand van de beschikbare informatie uit waarom daar niet veel heil van te verwachten is. Hij dient te beseffen dat hij geen stap verder kan wanneer de patient deze uitleg van hem niet aanvaardt.

3.5 De therapeut sluit een behandelingscontract af.

Werkdoel, aantal en frequentie van gesprekken, wie er aanwezig is, iets van de methodiek worden hierin overeengekomen. Meestal is het raadzaam een voorlopig contract voor enkele zittingen af te spreken met als belofte dan samen opnieuw te besluiten wat er verder te doen staat. Patientten vinden het gemakkelijker daarmee in te stemmen en houden zich er ook beter aan. Bovendien wordt hiermee ook het tempo aangegeven. De verwachting van vele patientten is namelijk dat de behandeling zich over vele jaren zal uitstrekken, omdat ze zoiets in hun omgeving wel vaker hebben gezien.....

3.6 De therapeut kiest de voordeligste hypothese.

Alweer een algemeen directief beginsel. Een therapeut is geen helderziende en moet het dus met veronderstellingen doen. Deze kunnen variëren van optimistisch tot pessimistisch. Vuistregel is in geval van twijfel de gunstigste te kiezen en daarmee aan de slag te gaan.

Gelet op ons systeemmodel kan een klacht of symptoom verschillende dingen tegelijk betekenen, b.v.:

- a. een verstoring in het betrokken orgaansysteem.
- b. een verstoring van allerlei evenwichten van de betrokken persoon of
- c. verstoring van het evenwicht in een ruimer systeem, b.v. het gezin.

We kunnen hier spreken van signaalfunctie van het symptoom. Een iets verderstreckende hypothese is dat het symptoom onderdeel is van een keten van bekrachtiging, dat het ingebouwd is, een functie heeft voor het evenwicht van een systeem en de minst gunstige veronderstelling is dat het symptoom althans op dit moment onontbeerlijk is. Dit wil niet zeggen dat de betrokkene op zijn klachten is gesteld of er niet vanaf zou willen, maar eerst moet onderzocht worden of er een alternatief voor handen is, zodat er geen vacuüm ontstaat wanneer het symptoom wordt weggenomen

4. Richtlijnen bij de behandeling van specifieke klachten en syndromen.

4.1 Stress.

Als iemand zich gesteld ziet tegenover een voor hem nieuwe en dreigende situatie, waarin onbekende prikkels uit de buitenwereld op hem af komen (deze kunnen van toxische, infectieuze, traumatische of emotionele aard zijn), dan brengt hem dat in een toestand van alarm (vergelijk Selye 1936) ook wel genoemd het algemene adaptatie syndroom.

- a) Via een circuit dat onder meer hypothalamus, hypofyse en bijnierschors omvat, wordt het organisme in eerste instantie gemobiliseerd indien het hem niet lukt de stress te neutraliseren.
- b) Als deze situatie blijft voortduren volgt er een fase van onspecifieke aanpassing en compensatie.
- c) Indien deze te lang aanhoudt tenslotte een uitputtings- of decompensatiefase.

Wat er precies in het organisme gebeurt is onvoorspelbaar en in hoge mate afhankelijk van talrijke factoren in alle circuits waarvan in de inleiding van dit artikel sprake is. Het is op deze plaats niet nodig diep in te gaan op de talrijke neurofysiologische en endocrinologische aspecten. Vrijwel alle syndromen, en daarbij valt te denken aan span-

ningshoofdpijnen, hyperventilatie, hartkloppingen en hoge bloeddruk, maagklachten en maagzweer, vermoeidheid, uitputtingsklachten, talrijke verspreide pijnklachten, kunnen in dit verband genoemd worden. Belangrijk is vooral dit "metasyndroom" te kennen om de patient hierover informatie te kunnen verschaffen. Een tweede overweging om dit algemene adaptatiesyndroom in korte lijnen hier te schetsen is dat het een soort algemene richtlijn geeft voor de directieve therapie. Die zouden we dan als volgt kunnen omschrijven:

- a. onderzoek van de lichamelijke conditie van de patient (algemene en locale toestand).
- b. onderzoek van zijn psychische conditie (fitheid, veerkracht, vermogen de situatie onder ogen te zien en het hoofd te bieden, oplossingen te zoeken).
- c. onderzoek van het potentiëel in zijn omgeving (partner, gezin, andere mensen).
- d. onderzoek van wat de voor deze patient of dit systeem specifieke stressfactoren zijn.
- e. versterking van het systeem op verschillende niveau's.
- f. vermindering of opheffing van de stressfactoren.

Een eenvoudig en goed beeld om hierbij te gebruiken is dat van draagkracht en draaglast. Op meer specifieke aspecten komen we hieronder terug.

4.2 Het hyperventilatiesyndroom.

De behandeling van hyperventilatieklachten.

Van de groep patienten van de auteurs die het materiaal vormen voor dit artikel bestaat de grootste subgroep uit diegenen bij wie klachten behorende bij het hyperventilatiesyndroom (HVS) op de voorgrond staan (circa 50 %). Zoals dat altijd het geval is bij symptomen of klachten kunnen frequentie en hevigheid sterk uiteenlopen.

In "Directieve Therapie" deel I geeft Kees Hoogduin een bondige beschrijving van de symptomen, de aanleidingen, de fysiologische achtergrond en zijn behandelingsmethode, die bij voorkeur geschiedt in aanwezigheid van de echtgenoot. De behandeling omvat:

- a) informatie over HVS
- b) provocatietest en oefenen met plastic zak
- c) thuis laten oefenen van de provocatie.

Het voordeel van deze methode is behalve zijn eenvoud, dat fobische en depressieve gevoelens welke met het HVS samenhangen vrijwel spontaan verdwijnen. Daarna kan er altijd nog aan resterende problemen worden gewerkt, zo die er zijn.

In "Directieve Therapie" deel I hoofdstuk 14 beschrijft Alfred Lange een andere methode. Soms kunnen HV-klachten verdwijnen door rechtstreeks te werken aan stress-verminderende factoren. Hij geeft daarvan een voorbeeld. Aan het slot stelt hij dat de door Hoogduin beschreven methode vermoedelijk eveneens succes zou hebben gehad ten aanzien van de HV-klachten. Het voordeel van Lange's methode zou zijn dat meteen wordt gewerkt aan meer fundamentele stressbronnen.

Dat hangt er maar vanaf. Beide methodes zijn verdienstelijk, maar niet altijd uitwisselbaar. De klachtgerichte methode is te verkiezen bij patiënten die hun klachten duidelijk centraal stellen. Een kwestie van aansluiten dus. Maar ook een kwestie van uitgangspunt.

Zelfs als er bij aanmelding naast klachten ook problemen aan de orde worden gesteld hebben de auteurs van dit artikel er een uitgesproken voorkeur voor in eerste instantie de klachten aan te pakken.

Hieronder zal worden samengevat wat er bij zeventig patiënten met HVS is geschied.

Achtereenvolgens worden besproken:

- a) informatie en klachtenregistratie
- b) provocatietest
- c) ademhalingsinstructies en ontspanning
- d) andere werkdoelen

A. ENGERE CIRCUITS

A.1 Informatie

Nadat het bestaan van het HVS door systematisch navragen waarschijnlijk is gemaakt wordt vrijwel altijd informatie gegeven. Deze bestaat uit een uitleg zoals door Hoogduin wordt gegeven, vaak verlevendigd door een schema op bord of papier gezet. Naast deze mondelinge uitleg wordt de patient vaak een artikel over HVS meegegeven.

De instructie luidt dat de patient het artikel tweemaal leest en in de ruime marge aantekeningen maakt. In de volgende zitting wordt één en ander dan nog eens doorgesproken.

De voorlopige conclusie van de auteurs is dat goede informatieverstrekking het belangrijkste onderdeel van de behandeling is en dat het effectiever is om na de mondelinge informatie ook nog schriftelijke informatie mee te geven.

Niet alleen verschaft de therapeut informatie, hij poogt ook nadere gegevens van de patient te ontvangen. Hij wil immers de klachten in een ruimere context plaatsen, zodat niet alleen het mechanisme maar ook het hele optreden ervan verhelderd wordt.

Met een geschikte klachtenregistratielijst kunnen twee niveau's van informatie gelijktijdig worden verkregen: allereerst de precieze symptomen, de ernst, de duur en de frequentie ervan, maar tevens de situaties waarin ze zijn opgetreden, de reacties vanuit de omgeving en de betrokkene zelf, en de afloop ervan.

De auteurs hebben hier nu ruime ervaring mee opgedaan. Wat betreft volledigheid en precisie van de gegevens moet gesteld worden dat die doorgaans tekort schieten. (De wijze waarop geregistreerd wordt is echter op zichzelf al informatie waarmee in het verdere behandelingsplan rekening wordt gehouden).

De patienten die de lijsten zo goed mogelijk invullen bemerken vaak tot hun verrassing dat de ernst of de frequentie van de klachten mee is gevallen; (dit is een bekend fenomeen bij registratie). Ze zien verder dat de therapeut hun gegevens sericus behandelt en horen hem vragen stellen waardoor hun "horizon" een beetje wordt uitgebreid.

De therapeut staat nu voor een keuze. Is het raadzaam de klachten nog op de voet te volgen, of kan hij zich veroorloven de signaalfunctie ervan als onderwerp te kiezen en het gesprek zodoende uit te breiden naar probleemgebieden. De keuze is echter niet zo definitief, want er zijn genoeg dwarsverbindingen gelegd om soepel heen en weer te gaan van klachtgericht naar probleemgericht werken.

In geval de therapeut de patient blijft volgen in zijn klachten, dan zijn de volgende vragen relevant:

- Heeft de patient voldoende informatie gekregen en heeft hij deze begrepen?
- Is er voldoende overeenkomst met zijn klachtenpatroon?
- Is de patient daarvan overtuigd?
- Moet er een provocatietest worden gedaan?
- Gebruikt hij de plastic zak volgens de regelen der kunst en helpt dit middel?
- Kan hij zijn ademhalingstechniek met behulp van aanwijzingen van de therapeut verbeteren?

for 7 photos
his wife's
wiff
Schmidt's

- Dient de patient daartoe naar de fysiotherapeut te worden verwezen?

A.2 Provocatietest

De auteurs hebben de provocatietest toegepast in ongeveer veertig gevallen, wanneer er nog twijfel was bij hunzelf, of - meestal - bij de patient over de diagnose HVS. In één geval was de test twijfelachtig maar werd de diagnose op grond van de symptomatologie gehandhaafd. In twee gevallen was de test negatief en werd de diagnose gewijzigd.

De auteurs geven in bepaalde gevallen de opdracht om de test in aanwezigheid van de partner gedurende enkele avonden thuis te herhalen. Op grond van de resultaten blijkt deze interventie niet essentieel te zijn; soms kan het geïndiceerd zijn om dramatische klachtgerichte interacties thuis te doorbreken.

A.3 De plastic zak, ademhaling en ontspanning.

De plastic zak is een nuttig instrument

- ter demonstratie van hoe de patient zijn eigen aanval kan beëindigen;
 - daarmee hoe hij de aanval niet meer behoeft te vrezen;
 - hoe hij alles bijeen dus betere controle over zichzelf kan aanleren.
- Om die reden achten wij het onjuist dat een ander (de partner) de zak moet aanleggen. De patient krijgt de raad de plastic zak altijd bij zich te blijven dragen.

De auteurs leren de patient graag ook hoe deze een aanval kan voorkomen, door een andere ademhalingsstechniek aan te leren. Een rustige buikademhaling, eventueel met tellen van in- en uitademing en de rustperiode na de uitademing. (Een rustperiode na de inademing wordt afgeraden door de fysiotherapeuten, omdat deze onfysiologisch is). Rest nog de patient uit te leggen dat deze maatregelen de meeste klachten en de aanvallen kunnen tegengaan, maar dat er vaak wel bepaalde andere symptomen overblijven, die zijn terug te voeren op angst of spanning. In achtentwintig gevallen hebben de auteurs de patienten tevens ontspanningsoefeningen aangeleerd.

Tot zover de specifiek klacht-gerichte behandeling.

B. RUIMERE CIRCUITS

B.1 Fobieën en angst.

Het hyperventileren heeft een centrale functie bij het ontstaan en/of blijven voortbestaan van fobieën en angsten. Niet in alle gevallen verdwijnen of verminderen ze spontaan tijdens de behandeling van het hyperventileren. Dan is een aanvullend op angst en fobie gericht programma noodzakelijk.

De auteurs onderscheiden twee circuits van fobische problemen:

a. Met betrekking tot het lichfelijk functioneren:

ziektefobie en doodsangst.

Doodsangst (angst om acuut dood te blijven, neer te klappen) en de angst om flauw te vallen worden onder 4.5. besproken.

b. Met betrekking tot het functioneren van de persoon in ruimer verband, zoals straatvrees, winkelvrees, angst voor autorijden.

In de praktijk is er sprake van accentverschillen, op grond waarvan de therapeut een keuze maakt wat betreft de behandelingsstrategie:

a. Ziektefobieën.

De angst voor een hartinfarct komt het meest voor; soms de angst voor een hersentumor.

De auteurs geven mondelinge informatie over het ontstaan van ziektefobieën en de patient krijgt een artikel mee naar huis over dit onderwerp. De instructie luidt het artikel enige malen zorgvuldig door te lezen en opmerkingen en vragen te noteren in de ruime marge. Verder besteedt de therapeut ruime aandacht aan de signaalfunctie die lichamelijke klachten hebben zoals beschreven onder Algemene Richtlijnen (3.6)

Wanneer de patient het concept van de ruimere context heeft aangenomen, gaat de therapeut over tot de verdere behandeling van de fobische problemen.

Indien de patient blijft volharden in het denkbeeld van een lichamelijk defect of ziekteproces, kiest hij een soepele strategie (zie Algemene Richtlijnen, 3.4).

p

1. Congruente benadering.

a. Ontspanningsoefening op cassetteband.

De patient krijgt de instructie dagelijks te oefenen. Hij krijgt de verzekering dat hij zo op basis van zijn eigen concentratievermogen steeds beter is staat zal zijn zichzelf te ontspannen. Lichamelijke signalen zullen dan verminderen en daarmee de angst voor ziekte.

b. Bewust heretiketteren.

De patient krijgt de opdracht om telkens bij zichzelf te herhalen "wat ik nu voel is wel naar, maar ongevaarlijk", of iets dergelijks, op die momenten dat hij gewoontegetrouw gedacht zou hebben dat hij toch zeker ziek moest zijn, gelet op de lichamelijke gewaarwordingen.

In hardnekkige gevallen kan het gebruik van de weckring worden voorgeschreven om angstige gedachten met betrekking tot de ziekte te stoppen.

c. Oefeningen om de aandacht af te leiden.

Uitgaande van de sterke preoccupatie met lichaamssignalen, krijgt de patient opdrachten om zijn visuele en auditieve systeem weer beter te leren gebruiken. Dergelijke kijk- en luisteroefeningen kunnen bovendien gemakkelijk gebruikt worden in partnerrelatietherapie, in welk geval het doel tweeledig is.

d. Indien de aandacht van de partner een duidelijk versterkende factor is die het verminderen van de angst in de weg staat, krijgt deze de opdracht om zich er niet meer mee te bemoeien.

2. Paradoxe benadering.

Indien de ziektefobie blijft bestaan ondanks de congruente benadering, of - bij een meer ervaren therapeut - de verwachting is dat met een directe benadering de fobie niet kan worden opgelost, blijken de volgende technieken vaak effectief te zijn.

a. Doodstest (uitsluitend met betrekking tot de angst voor een hartinfarct). De patient krijgt een uitvoerige uitleg over het hartinfarct en de verzekering dat hij met geen mogelijkheid enige inspanning meer zou kunnen leveren als het hem zou treffen. Telkens wanneer hij door de angst wordt overvallen, kan hij zichzelf bewijzen dat er geen sprake is van een hartinfarct, door de "doodstest" uit te voeren: enkele keren de trap hard op-en-neer lopen, òf een blokje-om hardlopen, of tien diepe kniebuigingen in een snel tempo. (In de oude huisartsenpraktijk kregen hyperventilatiepatienten reeds de opdracht tot zware spierinspanning waardoor o.a. de koolzuurgraad in het bloed weer stijgt).

b. De strijd tegen het on(der)bewuste.

De patient wordt uitgelegd dat er twee manieren zijn om van angsten af te komen. De eerste manier is gebaseerd op een leren beheersen van de angst met behulp van verschillende technieken (zie hierboven onder A. congruent). Deze benadering is in sommige gevallen echter niet toereikend. Wanneer namelijk het on- of onderbewuste (deze terminologie sluit over het algemeen goed aan bij de denkwereld van de meeste mensen en therapeuten) een enorme behoefte heeft om gerustgesteld te worden, zijn de genoemde manieren te oppervlakkig. Het is dan zaak dat de patient zelf bewust werkt aan het bevredigen van zijn onderbewuste.

Geruststelling van buitenaf biedt immers slechts tijdelijk soelaas (de patient kan dit beamen na zijn vele bezoeken aan medici). De patient moet niet meer wachten totdat zijn on(der)bewuste van zijn stuk wordt gebracht door situaties die de angst weer doen opvlammen. Van nu af moet hij bewust nastreven een expert te worden op het gebied van de ziekte waarvoor hij angst heeft. Alle mogelijke informatie moet worden opgevraagd en bestudeerd, regelmatig en consequent.

Een sterk bij de patient betrokken partner die in het verleden - goed bedoeld - meehielp bij het instandhouden van de angsten en klachten, kan nu worden ingeschakeld bij het verzamelen van de informatie.

b. Fobieën in ruimer verband.

Behalve enkele van de reeds genoemde technieken onder a (Ziekte-fobieën) zijn er een aantal specifieke interventies die hier kunnen worden toegepast.

1. Congruente benadering.

a. Registratielijsten en hiërarchielijsten.

Indien de patient weet in welke situatie hij angstig wordt, kan hij hiervan een systematisch overzicht (geordend naar de mate van angst) op papier zetten. Indien dat niet of onvoldoende duidelijk is, kan een registratielijst inzicht verschaffen.

Behalve onder pag. m genoemde voordelen van het bijhouden van registratielijsten, leveren de overzichten hier een aanknopingspunt voor de therapeut om de stapsgewijze benadering te introduceren.

b. Ontspanningsoefening op cassetteband. (zie onder Ziektefobie).

De ontspanningsoefening kan worden gekoppeld aan één van de genoemde angst-opwekkende situaties, door te suggereren dat de patient in die situatie op ontspannen wijze met andere gewaarwordingen (op andere zintuiggebieden) bezig zal zijn (uncommon therapy).

c. Specifieke instructies, gebaseerd op de geleidelijke stapsgewijze benadering en het plannen van succes.

In samenwerking met de therapeut breidt de patient geleidelijkaan zijn actieradius uit. Steeds meer neemt de patient het plannen in eigen hand. Hulpmiddelen zijn bijvoorbeeld:

- ontspannen en aandacht afleiden
- zichzelf belonen voor succes
- bijhouden van een plattegrond waarop de vorderingen in kaart worden gebracht
- schrijven van succesverhalen.

2. Paradoxe benadering.

In tegenstelling tot de ziektefobieën komt het bij de fobieën in ruimer verband slechts sporadisch voor dat een paradoxale benadering nodig is. Meestal is de stapsgewijze geleidelijke benadering voldoende. In de enkele gevallen dat een paradoxale interventie werd geïntroduceerd, was er eerder sprake van een juk-achtige dreiging op de achterhand in het geval van langzame vorderingen dan van een serieus bedoelde interventie.

Tenslotte dient in dit verband één benaderingswijze te worden genoemd die effectief blijkt, indien het onder controle krijgen van de angstgevoelens niet lukt: het bewust opvoeren van de angst tot een maximaal niveau. De patient houdt hiervan een registratielijst bij en geeft een cijfer voor de mate van spanning die hij heeft bereikt (van 0 tot 10) per gelegenheid.

B.2 Problemen in ruimer verband.

Zoals reeds is aangegeven wordt uitgegaan van een systeemmodel waaraan diverse circuits zijn te onderscheiden. Wil dat enige betekenis hebben voor de patient en zijn omgeving, dan vergt dat van de therapeut nadere uitleg in de voor de patient begrijpelijke taal. Hij kan b.v. het symptoom een "signaal" noemen (of "rode lamp" of "boodschap") dat aangeeft dat er één of ander analoog probleem speelt. Het is vaak nuttig daarvan een paar voorbeelden te geven aan de patient.

Veel voorkomende problemen zijn de volgende:

- a) klachten hangen samen met sociale angst of een gebrek aan zelfvertrouwen
- b) klachten zijn tekenen van overbelasting van de draagkracht
- c) ze zijn tekenen van algemene gespannenheid
- d) of van onzekerheid en een te hoog streefniveau, faalangst
- e) van opkroppen, moeite met kritiek uiten
- f) teken van ingeperkt zijn door echtgenoot of moeder
- g) of van een saai en onbevredigend huwelijk
- h) of van een onzekere werksituatie
- i) het gevolg van een degradatie of gemiste promotie.

Deze problemen worden behandeld overeenkomstig de richtlijnen en technieken die in Directieve Therapie deel I en in dit tijdschrift staan beschreven.

4.3 Hoofdpijnen.

90 % van alle hoofdpijn is spanningshoofdpijn en de essentiële oorzaak is emotionele stress. Enerzijds werkt deze via allerlei circuits op de middelgrote en de kleinere arteriën van het hoofd, anderzijds werkt die uit op de spierspanning in het gebied van het hoofd en de nek. Allebei de effecten neigen naar hoofdpijn en treden vrijwel altijd samen op. Belangrijk is dat de patient vaak het verband tussen spanning en hoofdpijn niet opmerkt. Dit komt hierdoor omdat in de acute stressfase, op het moment dus van de psychische spanning, allereerst een vernauwing van de genoemde vaten optreedt, maar deze wordt niet opgemerkt. Pas later, en dat is meestal uren later, eventueel gedurende de slaap, treedt een secundaire verwijding van die vaten op en dat geeft pas aanleiding tot hoofdpijn.

Kenmerkend voor spanningshoofdpijn is het volgende:

Deze is bijna altijd beiderzijds gelocaliseerd, meestal in het achterhoofd of nekstreek of het voorhoofd, variabel van aard en ritme en duur en vaak begeleid door een gevoel van spanning, angst, misselijkheid en uitputting. Het betreft vaak gespannen, vreesachtige, sensitieve en met inferioriteitsproblemen behepte mensen met perfectionistische neigingen die niet in staat zijn zich te ontspannen. (Aring, Kolb, Ryan) (1969)

Maar niet alleen bij spanningshoofdpijn, doch ook bij allerlei soorten hoofdpijn kunnen emotionele factoren een belangrijke rol spelen. Bij migraine bijvoorbeeld kunnen emotionele spanningen een aanval uitlokken, de duur verlengen of de intensiteit versterken. (Blumenthal et al 1969). Migraine is onder meer gekenmerkt door meestal halfzijdige localisatie, verschijnselen die vooraf gaan aan de hoofdpijn, in de helft der gevallen braken als begeleidend verschijnsel, voorts prikkelingen van de huid of het netvlies en soms galkolieken en andere klachten. Uit de groep van 191 patienten die het materiaal voor dit artikel vormen lijden er 42 aan hoofdpijnklaften. In 30 gevallen met duidelijke algemenere stressverschijnselen waarvan er 13 gevallen met hyperventilatie en 17 gevallen van algemene gespannenheid, geagiteerdheid of uitputting, slaapklachten en talrijke verspreide lichamelijke klachten. De drie stadia van het adaptatiesyndroom zijn alle vertegenwoordigd. Slechts in vier gevallen treedt de hoofdpijn geïsoleerd op zonder andere klachtensymptomen. In de meeste gevallen

was er zonder veel moeite verband te leggen met bepaalde probleemgebieden. Vooral de volgende moeilijkheden en stressbronnen kwamen veel voor:

- a. persoonlijkheidskenmerken zoals snel angstig zijn, onzelfstandigheid, onzekerheid over eigen ontplooiing en toekomst, neiging tot somberheid, rigiditeit en perfectionisme.
- b. spanningen en problemen op het werk of op school.
- c. spanningen en problemen in het huwelijk.
- d. spanningen en problemen met kinderen in het gezin.
- e. problemen met de familie en schoonfamilie.
- f. vaak zijn de klachten begonnen na een operatie.
- g. bepaalde patienten hebben hun klachten gekregen na het verlies van één of meer familieleden in korte tijd.
- h. sommige patienten leggen direct verband tussen hun klachten en hun problematische jeugd.
- i. soms wordt verband gelegd met een gebrek aan vrienden of hobby's.
- j. in één enkel geval was de woonsituatie onbevredigend.

Slechts in enkele gevallen bleef er een hardnekkige angst voor een ernstige ziekte (in casu een tumor), maar vrijwel altijd wilden de patienten van de therapeut aannemen dat de klacht moet worden opgevat als een signaal van overspanning of van bepaalde problemen.

De therapie richtte zich dan ook op

- a. Verbeteren van het lichamelijk functioneren met een fitheidsprogramma, vaak met ontspanningsoefeningen, uiteraard ingeval er ook hyperventilatie was aanpak van dat syndroom, bij surménage eerst een rustkuurtje gevolgd door een fitheidsprogramma.
- b. Aanpak van de problemen. Zeer vaak een stukje echtpaarrelatietherapie. Gerichte adviezen wat betreft de opvoeding van de kinderen. Regelen van de verhoudingen met de verdere familie. Vaak adviezen wat betreft de werksituatie. Soms sexuele adviezen.

Hoofdpijn is een betrekkelijk hardnekkige klacht. Het functioneren in de genoemde probleemgebieden verbetert doorgaans behoorlijk, terwijl er toch nog hoofdpijnklachten blijven bestaan; maar de frequentie en de hevigheid dalen over het algemeen wel. Enkele therapieën werden afgesloten zonder dat de klachten geheel waren verdwenen; de draagkracht van patient en zijn uitgebreidere systemen was duidelijk verbeterd en de specifieke klacht (in casu hoofdpijn) was minder kwellend geworden.

4.4 Rugklachten.

De rug is een zeer ingewikkeld systeem zonder eigen vorm. De beweeglijkheid is in verschillende richtingen en op verschillende niveau's verschillend. Het bovenste deel, de halswervelkolom, is in alle richtingen goed beweeglijk, het middengedeelte is weinig beweeglijk en het onderste gedeelte, de lendewervelkolom is naar voren toe beter beweeglijk dan opzij en het minst door de zwaartelij n heen naar achteren. Wat de lage rug betreft mogen we stellen dat deze alleen goed gebouwd is op beweging recht naar voren en dat geleidelijke druk en houdingsveranderingen beter verdragen worden dan plotselinge. Wanneer men ver naar voren reikt en een tamelijk zwaar voorwerp optilt ontstaan er al gauw drukken in de lendewervels en op de tussenwervelschijven, vergelijkbaar met die van een oliefant. De drukken worden normaliter opgevangen door elastische tussenwervelschijven die bestaan uit een geleidachtige kern, omgeven door een elastische ring. De druk onder in de rug is niet alleen afhankelijk van de draaglast, maar ook van de kracht van het zogenaamde spiercorset gevormd door rugspieren en vooral buikspieren. Bij slappe buikspieren is de druk onder in de rug het grootst. (men kan het vergelijken met een hydraulisch systeem waar het bovenlichaam door gedragen wordt).

Rugklachten kunnen vooral uitgaan van de rugspieren, van de gewrichtsvlakjes tussen de wervelbogen en van de tussenwervelschijven. De spieren kunnen zwak of sterk zijn en ze kunnen een geringe of een hoge rustspanning hebben. Hoe hoger de spanning, hoe meer de elementen op elkaar gedrukt worden en hoe groter de druk op de tussenwervelschijven. Allerlei factoren kunnen de rustspanning (tonus) beïnvloeden. Ten dele liggen die op hetzelfde niveau. Berucht is de vicieuze cirkel van pijn veroorzaakt door druk op de tussenwervelschijven en verhoogde spierspanning die dus tot nog hogere druk en dus tot nog meer pijn leidt etc. Te hoge druk of verkeerd gebruik van de gewrichtsvlakjes kan leiden tot arthrose (zogenaamde slijtage); deze klacht treedt meestal op in de halswervelkolom en geeft vooral nek- en hoofdpijnklachten. Verhoogde druk onder in de rug, vooral als deze plotseling optreedt, kan leiden tot uitrekken of doorbreken van de elastische ring van de tussenwervelschijven en eventueel tot uittreken van de nucleus pulposus. Deze kan drukken op uittredende wortels van de zenuwen, met name de nervus ischiadicus en levert dan uitstralende pijn in het been en eventueel verlamningsverschijn-

selen. Die uitbochting is in hoge mate reversibel en hoeft tegenwoordig meestal niet tot operatie te leiden. Behandeling is gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van spierspanning en te grote druk. De meest geëigendmiddelen zijn spierverslappers, pijnstillers en bedrust, in tweede instantie gevolgd door oefeningen om het gebruik van de rug te verbeteren en de buikspieren te versterken. Hulpmiddelen zoals een corset zijn principieel af te keuren, omdat de patient er haast niet meer vanaf komt en de buikspieren steeds verder verslappen.

Wat de psychologische kant van de zaak betreft valt vooral op dat mensen met rugklachten een soort motoriek hebben en ook een hele levensstijl van iemand die tien jaar ouder is. Het zijn niet bepaald soepele mensen; ze leven gespannen, voelen zich genoodzaakt veel hooi op de vork te nemen en kunnen slecht een verzoek weigeren. Ze zijn nogal eens sjagrijnig gestemd. In onze groep van 191 patienten zijn er 26 met rugklachten, die allen in grote lijnen het bovenstaande profiel vertonen. Zeer opvallend is dat er slechts vijf alleen over de rug klagen en dat de overigen nog één of meer andere lichamelijke symptomen hebben. Meestal zijn dat pijnklachten in de extremiteiten of hoofdpijn, soms hyperventilatieklachten.

Deze groep patienten stelden zich duidelijk minder coöperatief op tegenover de psychotherapeut dan bijvoorbeeld de groep hoofdpijnpatienten. Eén van de standaard ingrediënten was uiteraard informatie,

- a. in het algemeen wat betreft verband tussen spanning en klachten e.d., (vergelijk ook 4.5)
- b. specifiek voor zover de therapeut iets bekend was aan medische gegevens. Als tweede werd de aandacht gericht op een beter gebruik van de rug, middels ontspanningsoefeningen en in enkele gevallen in samenwerking met de fysiotherapeut. Verder werd gepoogd de patient te motiveren om zich te gaan gedragen en bewegen niet als iemand die tien jaar ouder is dan zijn kalenderjaar aangeeft, maar juist als iemand die tien jaar jonger is. In dit kader werden bepaalde gymnastiekoefeningen, zwemmen en fietsen geadviseerd. Ook werd aangeraden nooit te slenteren, omdat daarbij de rug holler wordt en inzakt, maar stevig de pas erin te houden. Het is gebleken niet eenvoudig te zijn een patient zover te krijgen.

Tenslotte probeerde de psychotherapeut ook een wat wijdere context aan te grijpen door werkadviezen te geven en soms echtpaarrelatietherapie te doen. De resultaten zijn bij deze groep door de bank heen niet bemoedigend. De competentiekwestie speelt zeker een rol maar ook moet gezegd worden dat er vele patienten onder waren die al vele en vele jaren onder behandeling van een orthopaed en/of een neuroloog hebben gestaan. Het is waarschijnlijk een algemene wetmatigheid dat klachten moeilijker te genezen zijn, naarmate ze langduriger bestaan.

4.5 CHRONISCHE PIJNKLACHTEN.

Melzack & Wall (1965) geciteerd door Fordyce (1976) hebben een neurofysiologische theorie van de pijn opgesteld: de "gate control theory" of pijnpoort-theorie. Fordyce (1976) past die therapie in een breder kader dat als volgt kan worden samenvevat:

1. pijn is geen eenvoudige zaak, maar is een complex van verschijnselen.
2. Er is slechts een los verband tussen pijnprikkels en pijnbeleving. Er is een pijnpoortmechanisme dat de pijnstimuli volledig kan doorlaten, en geheel of gedeeltelijk kan tegenhouden.
3. Allerlei circuits en voorafgaande ervaringen spelen een rol in het simpele opmerken van een pijn prikkel en des te meer in de wijze van waarnemen en reageren.
4. Een chronische pijnpatient is vaak erg gepreoccupeerd met pijn en andere lichamelijke signalen. Men kan veronderstellen dat dit het gevolg is van een zo kwellende voortdurende pijn, dat die de aanhoudende aandacht van de patient opeist. Maar een alternatieve hypothese is dat de preoccupatie zelf tot positieve bekrachtiging leidt vanuit de omgeving.
5. In termen van aandacht is de chronische pijnpatient tegenover anderen niet instaat tot het wisselen van de rol van aandachtschenker naar aandachtvrager, doch zit hij excessief in de laatste rol.
6. Aandacht heeft de neiging pijn te versterken en afleiding pijn te verminderen.
7. De juiste vraag is niet of de pijn reëel is, maar in welke mate deze door pijnprikkels wordt veroorzaakt, dan wel door de consequenties wordt bekrachtigd (In termen van dit artikel: of vooral processen in de engere circuits "verantwoordelijk" zijn, danwel processen in ruimere circuits).

De auteurs hebben tot dusverre slechts beperkte ervaring met chronische pijnpatienten maar vinden het onderwerp belangrijk genoeg om de volgende richtlijnen te geven, zij het met enige voorzichtigheid:

- 1) neem de klachten serieus.
- 2) vraag de klachten nauwkeurig uit.
- 3) verzamel gegevens van verwondingen, ziektes, operaties die het startpunt (kunnen) zijn geweest.
- 4) leg uit dat de oorspronkelijke oorzaak misschien niet meer zo belangrijk is.
- 5) leg het pijnpoortmechanisme uit.
- 6) leg uit dat allerlei factoren (via de pijnpoorten) de ernst van de pijnbeleving beïnvloeden zoals aandacht - afleiding; gespannenheid - ontspanning; irritatie - goed humeur.
- 7) leg uit hoe aandacht voor de klachten vanuit de omgeving - hoe goed ook bedoeld - op de keper beschouwd een nadelige invloed heeft en probeer die te verleggen naar gezond gedrag. Bijvoorbeeld als de patient door pijn wordt gekweld kan de echtgenoot hem ook beter naar de slaapkamer sturen om daar helemaal tot rust te komen. In de huiskamer wordt er niet over pijn gepraat.
- 8) het is ook mogelijk de patient van uur tot uur te laten scoren hoe hevig de pijn is en met hem af te spreken boven welke grens hij zich op bed zal terugtrekken.
- 9) door diepe ontspanning kan de patient ervaren dat de pijn minder of minder kwellend wordt door de aandacht anders te richten.
- 10) als het klaagedrag nog een boodschapkarakter heeft die niet kan worden uitgesproken, is het soms de moeite waard het symptoom voor te schrijven. (In twee gevallen durfde een nog thuis wonende adolescente beslist geen protest te laten horen tegen de zeer dominerende moeder maar kreeg het meisje prompt een pijnaanval als moeder moeilijk deed. Het symptoom voorschrijven was toen voor therapeut en patiente een feest!)
- 11) als pijn een manier van leven is geworden in het van essentieel belang of er gezonde alternatieven voor gevonden kunnen worden wil de therapie zinvol zijn.
12. Evenals bij Rugklachten (zie 4.4) is gesteld, is het ook bij chronische pijnklachten ^{zaak} mensen te stimuleren kun levensstijl zo min mogelijk in te richten naar hun pijnklachten.

4.6 VAN BEZWIJMING TOT HYSTERISCH INSULT

- " ... De inhoud van dit korte briefje greep de markies zó aan, dat hij bewusteloos op zijn kussen viel. Het was niet gemakkelijk om hem weer bij kennis te brengen ..."
- " ... Plotseling slaakte ze een luide kreet, waarna ze bijna levenloos op de grond zakte. Het leek wel of ze haar verstand verloren had; met razende bewegingen rukte ze zich de haren met hele plukken uit het hoofd; woedend krabde ze haar borsten open ..."

Uit: M.G. Lewis, "The Monk", in een nederlandse vertaling van de franse bewerking door Antoin Artaud, Arbeiderspers A'dam 1968. Oorspronkelijk voor het eerst gepubliceerd in 1796. Citaten: blz. 176 en 185.

A. INLEIDING

Deze tamelijk willekeurige citaten uit de literatuur van de 18e eeuw illustreren het feit dat ook toen al mannen zowel als vrouwen er een handje van hadden symptomatisch te reageren wanneer de situatie emotioneel te veel werd voor hen.

Vrouwen bezwijmden (vaak geholpen door hyperventileren op basis van te strak aangeregen corsetten), of kregen "aanvallen". Vaak bij voorkeur in de buurt van meelevende personen die door vlugzout of andere ingrediënten op sympathieke wijze te hulp schoten, en daarmee ongewild dit gedrag bekrachtigden en zo mede lieten voortbestaan.

Dit hoofdstuk beschrijft de klinische behandeling van dergelijk symptomatisch gedrag.

In de psychiatrische diagnostiek worden flauwtes en/of "aanvallen", al of niet gepaard gaand met een verlaging van het bewustzijn, wel "conversieverschijnselen bij hysterische karakters" genoemd.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt: eerst zullen de auteurs een korte beschrijving geven van veel voorkomende klachtenpatronen aan de hand van een "gemiddelde" casus (in totaal gaat het om gegevens van een vijftal patienten). Daarna wordt ingegaan op de behandeling.

B. BESCHRIJVING

B 1 De Appelflauwte.

Marie de Jong, een 24-jarige ongehuwde vrouw, wordt via de interne afdeling naar de PAAZ overgeplaatst, De klachten zijn: "sinds een half jaar toenemend last (tot een aantal malen per dag) van collaberen".

Dit gebeurt op de meest ongelegen momenten. Haar werk bij een internationaal bedrijf ondervindt daarvan ernstig hinder. Vele keren reeds is zij met spoed opgenomen in ziekenhuizen nadat ze plots ineens zakte. Somatisch onderzoek leverde niets op.

Marie voelt het flauwvallen meestal wel aankomen. Zij krijgt dan "een beklemd gevoel op de borst, moet rustig en diep doorademen en bij erge aanvallen krijgt zij een dikke tong en tintelingen in de vingers".

Door haar klachten durft Marie contact met leeftijdgenoten niet goed meer aan. Ook van vrijetijdsbesteding in disco's e.d. komt niet veel terecht. De angst daar in elkaar te kunnen klappen en dan in het "vervelende" middelpunt van de belangstelling te staan weerhoudt haar van die uitstapjes.

B2 De Schemerige aanval.

Ruud Feek, 18-jarige scholier, wordt naar onze polikliniek verwezen i.v.m. frequente "wegrakingen" op school. Het lijkt bij Ruud te gaan om nogal heftige hyperventilatieaanvallen waarna hij flauwvalt. Deze klacht wordt aangepakt op de manier zoals beschreven in paragraaf 4.2 (Het Hyperventilatiesyndroom). Tevens wordt de school bij de behandeling betrokken. Na een aanvankelijke verbetering gaat het toch weer mis. De aanvallen worden heviger en de aard ervan verandert.

Als Ruud een aanval krijgt (ook hij voelt ze meestal wel aankomen)

"slaat hij met armen en benen, bonkt met zijn hoofd op de tafel en valt neer". Dit wordt gevolgd door een periode van verlaagd bewustzijn, waarin geen of moeilijk contact met hem te krijgen is. Deze periode kan tot enkele uren duren.

Op school en thuis wordt de situatie onhoudbaar en Ruud wordt opgenomen. Neurologisch onderzoek sluit de diagnose epilepsie uit.

B3 Het Dubbelzinnige insult.

In B1 en B2 gaat het om klachten met een psychogene achtergrond. In één geval echter blijkt het diagnostische mes aan twee kanten te snijden: échte neurologie en échte psychiatrie.

Els Aalders, een 17-jarige scholiere wordt sinds haar vierde jaar geplaagd door epileptische insulten. Tot haar veertiende komen deze sporadisch voor. Daarna krijgt ze er echter vaker last van. Onderzoeken in deze periode leveren geen aanwijzingen voor epilepsie op. Tenslotte treden de aanvallen enkele malen per week op en Els wordt op de neurologische afdeling opgenomen.

Volgens de neuroloog zouden er twee soorten aanvallen zijn: het ene type (temporale epilepsie) reageert vrij goed op medicatie. Het andere type niet. Patiente, familie en therapeut maken geen onderscheid. De aanvallen gaan gepaard met schemeren, klachten over hartkloppingen, benauwdheid en grote motorische onrust. Ze kunnen tot enkele uren duren waarin Els wisselend benaderbaar is.

Psychiatrische hulp wordt ingeroepen en Els komt op onze afdeling.

C. DE BEHANDELING

Aansluitend bij de uitgangspunten van de auteurs zoals die elders in dit artikel genoemd worden (par. 3) is het klachtgericht werken de eerste stap in het behandelplan. Dit bestaat uit:

- a. het geven van informatie
- b. de aanpak van de klacht

Als volgende stap wordt gewerkt aan achterliggende problemen.

De soort van informatie die gegeven wordt hangt af van de klacht maar preludeert soms ook al op de verdere aanpak ervan. Wanneer hyperventilatie een belangrijke rol speelt wordt dit uitgelegd en behandeld

a. Verwachtingsangst.

De angst om flauw te vallen of dood te gaan neemt hier een centrale plaats in. Ook het "afgaan" in de ogen van de omstanders wordt vaak als bedreigend ervaren.

De therapeut speelt hierop in door iets te vertellen over de vicieuze cirkel van verwachtingsangst - vervelende lichamelijke sensaties - vechten tegen de klacht - (hyperventilatie) - waardoor de ramp zich juist voltrekt.

Door deze uitleg maakt de therapeut al de weg vrij voor de verdere (paradoxe) aanpak van de klacht. (de "Appelflauwte").

b. Heretiketteren van de klacht.

Door de klacht (in dit geval) te heretiketteren als "een uiting van nederigheid, een goede maar onder de tegenwoordige jonge mensen weinig meer voorkomende eigenschap die jij echter nog op haar juiste waarde kan schatten" wordt al veel van de bekrachtigende functie van de klacht geneutraliseerd (het is uiteraard van het grootste belang dat het soort etiket datgene verwoordt wat de patient niet wil zijn).

c. De verdere aanpak: voorschrijven van het symptoom.

Gekozen wordt voor een paradoxale aanpak met congruente aspecten. Het volgende wordt de patient verteld: "Het gevecht wat u aangaat met de klachten blijkt u niet te helpen en maakt u alleen nog maar meer gespannen en angstig. U kunt de klachten alleen de baas worden wanneer u eraan toegeeft en ze expres doet. Daar hebben we een programma voor".

Dit kan als volgt zijn opgebouwd:

- a. een goede valtechniek onder de knie krijgen (eerst oefenen met de therapeut, waarna privé, net zolang tot je "levensecht" kan flauwvallen).
- b. zoveel mogelijk flauwvallen op de kliniek (eerst makkelijk - in de gang - dan moeilijk - in de therapieën en tijdens het bezoeken - tot slot: buiten).
- c. staf en patienten worden op de hoogte gebracht van het programma: het hoe en waarom (opdracht is: geef een compliment als het vallen lukt en geef advies over verbeteringsmogelijkheden).
- d. elke flauwte (spontaan en expres) wordt geregistreerd; het spreekt vanzelf dat de therapeut teleurgesteld reageert als er weinig wordt flauwgevallen.

In de beschrijving van "De Schemerige aanval" (B.2) komt naar voren dat tijdens de poliklinische behandeling de klachten zijn aangepakt op de manier zoals beschreven in hoofdstuk 4.2 (de behandeling van het hyperventilatiesyndroom). Toen dit niet bleek te helpen werd het roer omgegooid. Evenals bij de behandeling van de appelflauwte werd het symptoom voorgeschreven. Ook deze aanpak had weinig succes omdat

- a) bekrachtigende factoren uit de omgeving niet uitgeschakeld konden worden en
- b) het "coping-mechanism" van de klachten een zeer belangrijke rol speelde.

Tijdens de klinische behandeling kozen de auteurs dan ook voor de volgende benadering:

- a. bij een aanval waarbij de patient hyperventileert wordt door de staf de stereotiepe opmerking gemaakt: "zeg, je hyperventileert, pak je plastic zak".
- b. als de hyperventilatie geen of een kleine rol speelt wordt de aanval genegeerd waardoor extinctie van de klacht optreedt. Als het negeren niet lukt worden aan het vóórkomen ervan negatieve consequenties gekoppeld (straf). Privileges die de patient op de afdeling heeft worden ingetrokken. ("want kennelijk ben je er nog niet aan toe om op een volwassen manier je problemen te bespreken en op te gaan lossen").

De behandeling van "Het dubbelzinnig insult" (B.3) verkeert in een vroeg stadium. Tot nog toe is er informatie gegeven over het klachtenpatroon aan het gezin. Door de therapeut is uitgelegd dat het bij dergelijke klachten niet gaat om een óf/óf beredenering: óf het gezinslid heeft epilepsie, dus is ze ziek; óf ze heeft geen epilepsie, dus stelt ze zich aan. De aanvallen zijn dan ook reëel. Doel van de gezinsgesprekken is het boodschapaspect van de aanvallen naar voren te halen. Tot dusverre is het volgende "vertaald":

- a. ze voelt zich buitengesloten en niet geliefd.
- b. ze krijgt door de klachten minder privileges dan de andere kinderen en zo is het misverstand rond (bevestiging dat ze niet geliefd is).

d. Problemen in ruimer verband.

Zeker als de klacht een ingeslepen manier geworden is om problemen het hoofd te bieden werkt een uitsluitend klachtgerichte aanpak anti-therapeutisch. Het bespreekbaar maken van problemen moet dan gevolgd worden door het aanleren van vaardigheden die het probleemoplossend

vermogen van de patient vergroten. Afnavelingsproblemen en faalangst blijken vaak op de voorgrond te staan.

4.7 NEURASTHEEN-DEPRESSIEVE KLACHTEN EN HYPOCHONDRIE

1. Neurastheen-depressieve klachten

Bij een aantal patienten was er sprake van surménageklachten, zoals die voorkomen in de driestadia van het algemene adaptatiesyndroom (verg. 4.1), al dan niet in combinatie met het hyperventilatiesyndroom. In dergelijke gevallen passen de auteurs een benadering toe die overeenkomt met de behandeling van depressies (verg. D.N. Oudshoorn 1978). Deze benadering verdient zeker de voorkeur indien er niet of nauwelijks sprake is van hyperventileren, of wanneer - na de behandeling van hyperventileren- surménageklachten blijven voortbestaan.

Het verschil met de behandeling van depressieve patienten is o.a. dat de therapeut nadrukkelijk stelt dat de patient zich nog op tijd voor behandeling heeft aangemeld. Als hij nog enkele "rode lampen" (lichamelijke signalen) genegeerd zou hebben, zou hij het risico hebben gelopen van een instorting die zeker een half jaar tot een jaar zou duren. De therapeut verzuimt niet de patient te prijzen voor zijn kracht en doorzettingsvermogen, waarmee hij het - ondanks de overbelasting - zo lang heeft weten vol te houden. Verder bespreekt de therapeut behalve de nadelen van de leefwijze van de patient (roofbouw op zijn lichaam) ook de voordelen (in korte tijd veel levenservaring opgedaan).

De auteurs gebruiken vaak de volgende benadering: "u hebt zich altijd voor 120 % ingezet. Wanneer u 10 % gas terugneemt, zal dit leiden tot een optimaal evenwicht tussen uw draagkracht en draaglast, en dan zit u toch nog op 110 %".

Vooraf bij narcistische mensen is deze uitleg voldoende; bij wat onzekerder of dwangmatiger ingestelde mensen wordt vaak een concreet plan gemaakt ter verandering van de levensstijl.

Bijvoorbeeld krijgt de patient het advies op een vel papier links de factoren op te schrijven die zijn draagkracht kunnen vergroten en rechts die factoren die zijn draaglast kunnen verlichten, dan wordt er een haalbaar plan opgesteld.

2. Hypochondrie.

Bij sommige patienten blijven klachten onverminderd voortbestaan ondanks alle interventies van de therapeut. Het is dan mogelijk dat er een hardnekkige overtuiging achter zit een ernstige ziekte te hebben; elke lichamelijke sensatie wordt dan als een zoveelste symptoom en bewijs gepercipieerd. Niet de klachten maar het klaaggedrag en de hypochondere gedachten vormen dan het probleem, waarmee zowel de patient zelf als diens omgeving, inclusief huisarts, geplaagd worden.

Gewoonlijk is dit klaaggedrag opgenomen in een keten van bekrachtiging (door positieve én negatieve aandacht) uit de omgeving, of is het zelfs de enige manier waarop de betrokkene zich staande kan houden. Het is niet alleen moeilijk, maar ook tamelijk riskant zulk hypochonder klaaggedrag radicaal te blokkeren (bijvoorbeeld door stelselmatig negeren en eventueel uren of dagenlang naar het eigen klagen op een cassetteband laten luisteren). Er is geen gegronde alternatief voorhanden, de patient dreigt in een vacuüm te geraken. Prioriteit dus voor het zoeken naar alternatieven. Zijn die er niet dan is het beter de patient op een sympathieke wijze zijn hypochondrie te laten en hem alleen een uitlaatklep te verschaffen.

Het is in minder ernstige gevallen van hypochonder klaaggedrag nog de moeite waard te trachten dit te manipuleren. Dit kan bijvoorbeeld met

- a) zelfcontroleprocedure - zelfbestraffing voor klaaggedrag.
- b) structureren van het klaaggedrag en de reacties van de omgeving door deze te binden aan een bepaalde plaats en tijd.
Het klaaggedrag wordt als een behoefte geëtiketteerd.
- c) paradigmatische benadering. Het beoogde effect is dat de patient zijn klachten gaat relativeren.
- d) andere technieken, bijvoorbeeld zie ziektefobie (pag.q).

5. Discussie.

5.1 De auteurs hebben hun poliklinische patientenbestand over 1977 systematisch doorgenomen. Iedere patient die in aanmerking kwam voor de diagnose "psychosomatische beelden of overwegend functionele klachten" werd eruit gelicht.

Vervolgens werden deze gerangschikt naar specifieke syndromen of klachtenpatronen en de daarbij behorende interventies en/of directieven.

Deze gegevens vormden het uitgangspunt voor het beschrijven van algemene en specifieke richtlijnen bij de behandeling van bovengenoemde categorie patienten.

5.2 de auteurs vatten nog eens samen wat ze met hun model willen aangeven:

- a. Enerzijds is de mens op te vatten als een systeem, anderzijds als deel van een uitgebreider systeem. In de gebruikelijke theorie en praktijk is het altijd lastig gebleken beiden te combineren.
- b. Als er minder wordt gelet op de structuren, en de aandacht meer wordt gericht op de proceskant, dan kunnen er stroommodellen worden opgebouwd, die goed laten zien wat er zich in en om het individu in een bepaalde samenhang afspeelt.
- c. De "bouwstenen" van het model zijn de circuits waarover informatiestromen lopen.
- d. Informatie wordt gedefiniëerd als "verandering". De kleinste eenheid van informatie wordt bepaald als de kleinste verandering die verschil maakt, die iets teweeg brengt.
- e. De circuits zijn voor een deel permanent, voor een deel worden ze naar behoefte gevormd en weer verbroken. Ze komen tot stand door schakelingen.

Als een radioboodschap wat onduidelijk overkomt kan de luisteraar zijn oren spitsen, de radio wat harder zetten of een andere aanwezige inschakelen om te vernemen wat er gezegd wordt - tussen die drie methodes is er in ons model geen enkel principiëel verschil, maar het is duidelijk dat het over een steeds ruimer circuit gaat.

- f. De schakelmogelijkheden en ergo het aantal mogelijke circuits zijn ongetwijfeld nagenoeg oneindig; wat heeft het begrip dan voor zin? Welnu, zeer weinig, wanneer de lezer het structureel wenst te beschouwen. (Neem maar het zenuwstelsel: na meer dan honderd jaar van anatomisch onderzoek is dit vrijwel op een fiasco uitgelopen). Het begrip circuit heeft echter wel zin als de lezer zich op het functionele standpunt stelt (hij kijkt naar wat er gebeurt), en dan boven-

dien het economische standpunt kiest (hij betreft niet meer factoren in zijn beschouwing dan strikt noodzakelijk).

Dan vormt de onderzoeker bij elke gelegenheid een ad hoc model, dat op zo overzichtelijk mogelijke wijze de relevante factoren functioneel met elkaar in verband brengt. (Zo werd in de inleiding een ad hoc model aangeduid naar aanleiding van de klap op de duim).

- g. Het essentiële van het model is dat het laat zien hoe informatie (= verandering) over verschillende circuits loopt en wat er daarmee gebeurt.

Normaliter kan het systeem veel "verwerken". Karakteristiek is dat een eerste confrontatie met een specifiek brokje informatie een experimentele reactie van het systeem oproept totdat het juiste verwerkingspatroon is gevonden. Elke volgende confrontatie leidt tot een snellere of meer economische verwerking. Circuits die de eerste maal wel werden ingeschakeld behoeven er later vaak niet meer aan te pas te komen. (dit gaat vooral op voor de ruimere circuits; de lezer denke niet alleen aan neurofysiologische - b.v. corticale - circuits, maar ook aan interpersoonlijke - b.v. het te hulp roepen van moeder om je veters vast te knopen --.)

Maar wat als het systeem een bepaalde verandering niet kan verwerken? Afhankelijk van de zwaarte van die bepaalde verandering en allerlei eigenschappen van het systeem geraakt dit in een minder of meer uitgebreide toestand van verhoogde paraatheid, die wel met "stress" of "arousal" en dergelijke termen wordt aangeduid. Dit kan leiden tot een verstoring over steeds ruimere circuits.

Behalve dat lichamelijke klachten optreden kunnen er familieleden of burens of hulpverleners ingeschakeld worden. Dit kan uiteraard een goede oplossing bevorderen, maar ook omgekeerd het gebeuren verder verstoren. (In dit verband is het aardig nogmaals Kees van der Velden te vermelden, die zich ^{verderop} in zijn al eerder genoemde artikel afvraagt welke factoren kunnen verklaren waarom een op zichzelf begrijpelijke reactie op een begrijpelijke stress kan blijven bestaan in plaats van spontaan over te gaan - zoals normaliter gebeurt -. Hij geeft dan voorbeelden waarbij de "overspanning" duidelijk "aanslaat" bij de patient en/of zijn partner en gezin).

- h. De praktische aanpak die de auteurs voorstaan lijkt in tegenspraak te zijn met de algemene theorie die wordt gepresenteerd.

Die theorie wijst er immers op dat er vele circuits bestaan, engere en ruimere, die alle op een bepaald moment op elkaar kunnen inwerken en eventueel een bepaalde verstoring kunnen versterken in plaats

van deze te herstellen. De nadruk valt dus op een uitgebreid systeem. De praktijk daarentegen is dat beïnvloeding van kleinere circuits de voorkeur verdient.

De verklaring is tweërlei:

1. Principieel maakt het in een systeem weinig uit waar je je aangrijpingspunt zoekt, omdat elke verandering van betekenis toch door het hele systeem heen stroomt; wat in engere circuits gebeurt beïnvloedt processen in ruimere circuits en omgekeerd.
2. Pragmatisch maakt het wél verschil en kies je de handigste en snelste methode. Dat is meestal dichtbij de klacht blijven en deze een "signaalfunctie" toekennen voor problemen in ruimer verband. Er wordt dus bij voorkeur een ad hoc model opgesteld waarin de klacht of ziekte centraal staat en waarbij niet méér wijdere systeemelementen direct door de therapeut wordt beïnvloed dan deze strikt nodig vindt. Hij kan altijd nog uitbreiden als dat nodig blijkt. In de meeste gevallen woont de partner de gesprekken wel bij, maar wordt deze voornamelijk als mediator ingeschakeld.

5.3 Het is erg lastig en kunstmatig om voortdurend in systeemtermen te spreken. De auteurs voelen zich geen theoretici maar psychotherapeuten en ze behandelen mensen met hun klachten en syndromen en problemen. Ze praten met patienten en echtgenoten of gezinsleden. Die spreken gewone taal en dat doen de auteurs ook zoveel mogelijk. Ze hebben het b.v. over "betere controle over je eigen lichaam krijgen" hoewel dat volgens de zuivere systeemleer wellicht niet eens mogelijk is, maar dat is duidelijke taal die "aanslaat".

5.4 Het is een a priori van de auteurs dat het mogelijk is iemand aan te leren betere en adequatere beheersing te krijgen over verschillende niveau's van functioneren, zijn lichaam inclusief. In het klassieke ziektemodel loopt een patient naar de arts die de klachten doorziet en geneest; in het ziektemodel dat de auteurs voorstaan, kunnen de klachten in een ruimere context worden geplaatst, die de betrokkene kan begrijpen. Daarmee worden de mogelijkheden voor beïnvloeding verruimd. De patient kan met zijn gezin leren hoe hij sommige dingen beter kan aanpakken, zijn klachten daarbij inbegrepen.

5.5 Op het genoemde a priori moet wel onmiddellijk worden aangevuld dat sommige klachten, ziekten en problemen ^{niet} op te lossen zijn.

Dan is het niet minder goed werk om het patientensysteem te helpen één en ander beter op te vangen of te verdragen. Ook dat is therapie, al leidt het niet tot eclatante resultaten!

5.6 Een aantal van de "klassieke psychosomatosen" zoals asthma, maagzweer, colitis ulcerosa enzovoort zijn in dit artikel niet apart behandeld. Deze kwamen te weinig voor in het patientenmateriaal om een verantwoord beeld van de behandeling te kunnen geven. Volstaan wordt op deze plaats met de opmerking dat die gevallen die door de auteurs zijn behandeld volgens hetzelfde model zijn aangevat. Dit model is bij aangetoonde lichamelijke ziektes en afwijkingen zonder voorbehoud geldig. Later kan daar vermoedelijk ook meer casuïstiek van worden gegeven.

Waarom is die groep zo ondervertegenwoordigd? Mogelijk omdat de somatische specialisten in geval van een duidelijke diagnose nog niet zo gauw verwijzen, en ze nog onbekend waren met de werkwijze van de auteurs. Andere mogelijkheid: die beelden komen niet zo vaak voor als wel wordt verondersteld.

5.7 Ook opmerkelijk was de bevinding dat er zo weinig "monosymptomatosen" voorkomen ofwel dat een patient zelden één enkelvoudige klacht bleek te hebben, b.v. hoofdpijn of maagklachten. Waarom? Mogelijk omdat een "monosymptomatose" niet zo gauw naar een psychiatrisch team wordt verwezen? Of waarschijnlijker: omdat zeer veel zo niet alle klachtenpatronen onder andere door "stress" worden veroorzaakt of versterkt. Deze werkt volstrekt onspecifiek op het organisme (evenals op ruimere circuits trouwens), en grijpt aan op "zwakke plekken". Waarom zou een mens slechts één enkel zwak plekje hebben? Dan is meteen verklaard waarom opheffen van een klacht toch nogal eens een andere klacht wat meer op de voorgrond doet treden. Die bleek er dan al die tijd al wel te zijn geweest, maar op de achtergrond. Aanpak van "fundamentelere stressbronnen" is dan aangewezen.

Samenvatting.

De auteurs geven een algemeen model voor de behandeling van patienten met lichamelijke klachten. Ook geven zij richtlijnen met betrekking tot enkele specifieke klachtenpatronen.

De auteurs wijzen op de ontoereikendheid van het "klassieke" onderscheid tussen lichaam en geest. Zij staan een integrale benadering voor en geven hiertoe een aantal theoretische uitgangspunten. Behalve elementen uit de informatica, cybernetica, communicatieleer en systeemtheorie, zijn in het model van de auteurs elementen uit de neurofysiologie opgenomen en werd het algemene adaptatiesyndroom geïntroduceerd als "metasyndroom".

Zo komen zij tot de formulering van een model van mens-in-zijn-omgeving, waarin tegelijkertijd op vele circuits analoge processen plaatsvinden. De keuze welke circuits bij de behandeling moeten worden betrokken, dient volgens de auteurs op pragmatische gronden gemaakt te worden.

In de discussie wordt het model nog eens kort samengevat en ^(vragen) enkele aspecten nader belicht.

Referenties

- 1 Aring, C.D. (1959) : Headache, Diagnosis and Treatment
Ed. A.P. Friedman, H.H. Merritt. Uitg F.A. Davis, Philadelphia
- 2 Bateson, G. (1973) : Steps to an Ecology of Mind
Uitg. Paladin, Frogmore, St Albans
- 3 Bertalanffy, von zie 18
- 4 Coleman Nelson, M. (1968) : Roles and Paradigms in Psychotherapy
Uitg. Grune & Stratton, New York
- 5 Doeschate, R.J.A. ten (1976) : Hyperventilatie
in Huisarts en Wetenschap 19, p.337
- 6 Dijck, Richard Van (1978) : Voordracht gehouden voor NVKJP
(zie elders in dit nummer)
- 7 Fordyce, W.E. (1976) : Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness
Uitg. The C.V. Mosby Company, Saint Louis USA
- 8 Hoogduin, Kees (1977): De behandeling van cliënten met hyperventilatie-
aanvallen in Directieve Therapie I onder redactie van Kees
van der Velden. Uitg. v Loghum Slaterus, Deventer
- 9 Joele, Leen (1977) : De behandeling van een cliënt met conversie-
verschijnselen. TDT 5 (1) oct 1977
- 10 Kolb, L.C. et al. zie 1
- 11 Lange, Alfred (1977) : Hyperventilatie zonder plastic zak. zie 8
- 12 Orlemans, J.W.G. (1976): Patiëntenbrochure : Angst voor ernstige ziekten
in Huisarts en Wetenschap 19, p 332
- 13 Oudshoorn, Dick (1978) : Directieve behandeling van depressieve
syndromen . TDT 5 (3) feb 1978
- 14 Pirsig, R.M. (1974): Zen and the Art of Motor Cycle Maintenance
Gorgi, Transworld Publ. Ltd. London
- 15 Porter, R. & J. Knight (1972) : Physiology, Emotion & Psychosomatic
Illness. (Ciba Foundation Symposion) Elsevier Excerpta Medica
- 16 Seleye, H. (1936, 1953) : Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom
Uitg. Thieme, Stuttgart

- 17 Sölle, Dorothee (1973): Het recht om een ander te worden
Uitg. Ten Have, Baarn
- 18 Tilburg, W. van & D. Keuning (1976) : Systeembenadering en klinische
Psychiatrie. TvPsychiatrie 76(7-8) p. 471
- 19 Velden, Kees van der (1975) : Naar een simplistische Psychotherapie
d1 I TDT 3 (1) aug 1975
d1 II TDT 3 (2) sept 1975
- 20 -- (1969) Van Emotie naar Laesie.
F.Hoffmann-La Roche & Co A.G. Bazel

Negatief etiketteren

Richard Van Dijk, Onno v.d. Hart,
Carla Scharree en Kees v.d. Velden.

1. Inleiding:

In directieve therapie is positief etiketteren ongetwijfeld de meest aangewezen manier om het gedrag van cliënten van commentaar te voorzien. (vgl. Van der Velden e.a., 1977). In een beperkt aantal gevallen verdient een negatief etiket echter de voorkeur. In deze bijdrage wordt getracht die situaties nader te omschrijven en tevens wordt aangegeven op welke wijze een negatief commentaar dient gegeven te worden om een therapeutisch effect te kunnen sorteren.

Het vertrekpunt is een casuïstische beschrijving van een behandeling waarbij één van de auteurs als therapeut en een andere als supervisor betrokken was.

2. Gevalsbeschrijving:

Het betreft een 30 jarige moeder van 2 kinderen die sinds meer dan een jaar last heeft van vreemde aanvallen: de gehele linkerkant wordt gevoelloos, ze ervaart een duidelijke scheiding tussen de linker en de rechter kant van het lichaam, en ze heeft het gevoel dat haar hart stil staat. Bij tijden heeft ze last van pijn in de rechter arm, rechter schouder en rechter borst. Zij, zowel als haar echtgenoot, zijn ervan overtuigd dat deze aanvallen een lichamelijke oorzaak moeten hebben. Ze hebben al talrijke medische specialisten geraadpleegd, met uitzondering van de psychiater en de neuroloog. In feite waren ze van plan om eerst een neuroloog te raadplegen, maar omdat daarvoor een wachttijd bestond, zijn ze toch eerst op de psychiatrische polikliniek terecht gekomen. Het bestaan van psychische problemen of spanningen wordt absoluut ontkend. De enige reden waarom ze toch op deze psychiatrische polikliniek gekomen

zijn, is dat ze gehoord hebben dat daar vaak behandelingen van het hyperventilatiesyndroom plaatsvinden. Ze menen dat dit wel eens de oorzaak van haar klachten zou kunnen zijn, en voor een dergelijke behandeling zijn ze wel te vinden. Bij het verder navragen over de gang van zaken in het gezin, de actuele situatie en de voorgeschiedenis, wordt slechts schoorvoetend informatie verstrekt. Wel blijkt dat de cliënte een aanzienlijke ziekte winst aan haar symptomen kan ontleen: haar echtgenoot blijft de laatste tijd veel thuis in verband met haar toestand en neemt ook vaak huishoudelijke taken en de opvoeding van de kinderen van haar over. In het algemeen moet ze hem vaak missen omdat hij veel afwezig is voor zijn werk.

Hoewel de therapeut daar ^{niet} veel van verwacht, wordt toch besloten op aandringen van het echtpaar, om een hyperventilatie-provocatie uit te voeren. Dit roept wel allerlei klachten door het gehele lichaam op, maar niet de typische aanvallen van gevoelloosheid in de linker helft met pijn in de rechter helft. De gedachten van de therapeut gaan verder uit naar een meer gedragstherapeutisch programma, waarbij ze hoopt de echtgenoot te kunnen inschakelen. Vanaf de tweede zitting blijft deze echter weg. In de verdere individuele zittingen blijkt het onmogelijk om enige greep op de klachten van cliënte te krijgen. Bij één gelegenheid brengt ze naar voren dat ze zich vaak eenzaam voelt en angstig is omdat haar echtgenoot meer in zijn werk opgaat dan in zijn gezin. Wanneer de therapeut daar probeert op in te gaan, wordt het probleem onmiddellijk weer ontkend. In overleg met haar worden ontspanningsoefeningen volgens Jacobson aangeleerd. Dit leidt de ene keer tot een totaal klachtenvrije periode, de andere keer wordt het tijdens het oefenen juist weer allemaal veel erger. De cliënte uit herhaaldelijk twijfels aan de zin van de behandeling en kondigt aan zich liever neurologisch te zullen laten onderzoeken; als zij wordt aangemoedigd om dit op korte termijn te doen, ziet ^{ze} er weer vanaf. Hoewel de cliënte voortdurend haar twijfels uit over de zin van de behandeling, blijft ze wel een sterk appèl doen op de therapeut, en dringt ze aan op adviezen die ze overigens niet opvolgt. Behalve het bizarre patroon van haar klachten en de merkwaardige wisselingen van de intensiteit van deze klachten, valt op dat zij zich op een ongewoon gemaakte en onechte manier uitdrukt en ook vrolijk vertelt over het optreden van deze toch wel dramatische aanvallen.

Nadat deze ongrijpbare situatie een tijd lang voortduurt, wordt in de

supervisie besloten om de tot dan, overwegend congruente en constructieve opstelling in de therapie te herzien. De daaropvolgende zitting, die zorgvuldig was voorbereid, heeft het volgende verloop: de cliënte vraagt, (zoals eerder was aangekondigd) wat haar nu eigenlijk mankeert, en waarom ze zo weinig baat bij de behandeling heeft. De therapeute reageert hierop als volgt: op een vriendelijke, maar ernstige toon vertelt ze dat ze de toestand zeer somber inziet. Cliënte vertoont namelijk alle verschijnselen van een toestandsbeeld dat in de huidige tijd nog zeldzaam voorkomt, maar in het begin van deze eeuw zich vaak voordeed, namelijk conversie hysterie. Aan cliënte wordt verteld dat de kenmerken van deze ziekte zijn: een veelheid van lichamelijke klachten waarvoor bij lichamelijk onderzoek geen verklaring kan gevonden worden; een gestoord contact met de omgeving, dat erop berust dat op anderen een onechte indruk gemaakt wordt; een onvolwassen gedachtenwereld en het onvermogen om de belangstelling uit te breiden naar andere dan de eigen persoon. Geschetst wordt dat de vooruitzichten bij een dergelijke aandoening uiterst somber zijn, omdat de patiënten niet in staat zijn om zich aan afspraken te houden of therapeutische maatregelen voldoende lange tijd toe te passen om enig effect te bereiken. Met veel scepticisme wordt als laatste mogelijkheid nog een opname in een psychiatrische kliniek genoemd. De cliënte reageert op deze mededelingen merkwaardig rustig: ze zegt dat ze veel van wat genoemd is bij zichzelf herkent. Afgesproken wordt dat, gezien de ernst van de situatie, bij de volgende zitting nog nader zal ingegaan worden op de mogelijkheid tot opname.

Niet alleen de eerstvolgende, maar ook alle verdere zittingen rapporteert de cliënte een aanzienlijke vooruitgang. De therapeute stelt zich aanvankelijk zeer sceptisch op, en zegt het uiterst onwaarschijnlijk te vinden dat dergelijke ernstige conversieverschijnselen op een duurzame manier kunnen wegblijven. Inmiddels hervat de cliënte de relaxatie oefeningen en worden afspraken gemaakt om een programma van covert reinforcement uit te voeren. Voor dit goed op gang is, zijn de klachten nagenoeg verdwenen. Een jaar na afsluiting van deze behandeling blijkt dat de bereikte vooruitgang is gehandhaafd. Deze cliënte heeft aan de therapeut geen gelegenheid geboden om aan haar probleemoplossend vermogen te werken; evenmin kreeg zij de kans om in de vermoedelijke relatieproblemen van het echtpaar direct in te grijpen. Hiermee wordt nogmaals geïllustreerd dat in sommige gevallen zich kennelijk duurzame veranderingen kunnen voordoen zonder dat de theoretisch noodzakelijke voorwaarden daartoe aanwezig lijken te zijn.

3. Bespreking:

In deze gevalsbeschrijving werden twee kalibers van negatief etiketteren gebruikt: eerder milde commentaren en waarschuwingen van de kant van de therapeute om niet te veel verwachtingen te koesteren en beducht te zijn op recidieven. Deze wat prikkelende uitlatingen, ook beschreven in deel I onder het hoofdstuk Motivering, zijn bedoeld om de cliënten ertoe te brengen het tegendeel te bewijzen. Dit is een manier om rivaliserende cliënten ertoe te brengen om hun houding in hun eigen voordeel aan te wenden.

De tweede, meer drastische manier van negatief etiketteren, is als een zware ingreep te beschouwen en we willen het algemeen gebruik ervan be-
slis-
t niet aanmoedigen. Het aantal situaties waarbij deze interventie op z'n plaats is, is zeer beperkt, zeker in vergelijking met positief etiketteren. Een gedachtengang die zeker foutief is, zou zijn: positief etiketteren is van toepassing als de relatie tussen de cliënt en de therapeut positief is, en negatief etiketteren is van toepassing als deze relatie negatief is. De situaties waarin negatief etiketteren wel kan overwogen worden, zijn de volgende:

1. de cliënt heeft een behandelbaar probleem, waarbij redelijkerwijze vooruitgang mag verwacht worden als hij de therapeutische maatregelen volledig, langer of systematischer zou uitvoeren. Dit slaat op mensen die steeds opnieuw adequate opdrachten ^{ont-}krachten, door hun huiswerk enkele keren uit te voeren en vervolgens op te houden. In sommige gevallen zijn deze cliënten meer geïnteresseerd in het voeren van gesprekken over hun klachten, dan het werken eraan. Negatief etiketteren kan hier overwogen worden als een alternatief voor ontslag, "wegens gebrek aan motivatie". Van belang is dat het probleem wel degelijk behandelbaar moet zijn en er geen andere duidelijke redenen en een tekort aan inzet de cliënt ertoe brachten niet z'n volle medewerking te geven.
2. De cliënt weet zijn omgeving zodanig te mobiliseren door het vertonen van klachten dat hieraan zoveel ziekte winst kan worden ontleend, dat alle redenen ontbreekt om iets te veranderen. Een logische eerste stap zal zeker zijn om te trachten met de sleutelfiguren uit de omgeving een betere afspraak te maken, in sommige gevallen zal dit niet mogelijk zijn, b.v. omdat te veel wisselende personen geïnvolveerd zijn. Het kan dan een zin-
nig alternatief zijn om te trachten de motivatie van de cliënt op te

schreeven door een negatieve kwalificatie.

3. In een aantal gevallen is het min of meer eigen aan de aard van de klacht dat problemen affectloos, zonder emotionele betrokkenheid of sterk bagatelliserend gebracht worden. Frank (1961) spreekt van een tekort aan "arousal", hetgeen een noodzakelijke voorwaarde zal zijn voor veranderingen tijdens psychotherapie. Hij noemt "belle indifférence", alcoholisme en sommige vormen van psychopatie als voorbeelden van gedrag, waarbij deze arousal vaak ontbreekt. Hieraan zal hypochondrie kunnen worden toegevoegd. Hoewel in psychotherapeutische kringen het gebruik van dergelijke onsympathieke benamingen eerder in onbruik is geraakt, heeft dit helaas nog niet geleid tot het volledig oplossen van de therapeutische problemen die worden gesteld door cliënten die de gedragingen vertonen waar deze namen betrekking op hebben. D.m.v. negatief etiketteren zal evenmin het probleem van overmatig drankgebruik opgelost kunnen worden, maar de interventie kan, nadat de meer conventionele benadering onvoldoende is gebleken, overwogen worden.

Er zijn zeker situaties waarin negatief etiketteren beslist uit den boze zal zijn. Hierbij dient genoemd te worden:

1. De cliënt beschikt niet werkelijk over gedragsalternatieven.
2. De prognose is ongunstig, ook al spant de cliënt zich meer in.
3. De therapeut heeft een hekel aan de cliënt. (Negatief etiketteren is iets anders dan "eens flink de waarheid zeggen").
4. Er is reden om eraan te twijfelen dat het niet uitvoeren van de opdrachten geheel te wijten is aan de cliënt; met name wanneer de therapie een ongunstig verloop heeft vanwege de onervarenheid of het gebrek aan beleid van de therapeut, is het uiteraard fout om te trachten een toestand van grotere arousal bij de cliënt op te wekken.

Om lichtvaardige of misplaatste negatieve etiketteringen te voorkomen, adviseren wij de toepassing van deze interventie vooraf in een supervisie of intervisie door te nemen, mede met het oog op het risico dat de cliënt na een onterechte ingreep zich verder negatief t.o.v. therapie in het algemeen zou opstellen.

Het effect van negatief etiketteren kan op verschillende manieren verklaard worden. Uit het voorgaande volgt reeds dat een sterk paradoxaal element in negatief etiketteren aanwezig is: de therapeut doet een sombere voorspelling, in de hoop daartegen rebellie of weerstand uit te lokken, vaak bij iemand die toch al rebellie of weerstand demonstreerde. Verder kan ook het aspect van het oproepen van "arousal" of emotionele betrokkenheid als ingrediënt genoemd worden. Tenslotte wordt d.m.v. negatief etiketteren een van de cliënt afkomstige combinatie van appèl en passiviteit beantwoord door het dermate drastisch erkennen van de nederlaag van de kant van de therapeut, dat deze houding in elk geval als machtspositie in de interactie ondergraven wordt.

Bij het toepassen van een negatief etiket dienen de volgende regels in acht genomen te worden:

1. De therapeut moet zijn mededeling op een begripvolle, sympathiserende toon weten te brengen. Een kader waarin een therapeutische relatie mogelijk blijft, moet behouden worden. Als de gevoelens van de therapeut een dergelijk opstelling uitsluiten, dient negatief etiketteren ook niet overwogen te worden. Negatief etiketteren is geen scheldpartij. Het openhouden van een constructieve therapeutische relatie betekent ondermeer dat bij een echtpaar beide partners in het negatief commentaar gelijkkelijk betrokken moeten worden.
2. De therapeut beschrijft een sombere kwalificatie van het probleemgedrag en eventueel van de vooruitzichten van de cliënt. Bij voorkeur verklaart hij de situatie in termen van algemene psychiatrische of psychodynamische overwegingen; deze beschouwingwijzen lenen zich uitstekend voor het bedenken van negatieve etiketten die overigens niet strijdig met de werkelijkheid hoeven te zijn.
3. De therapeut laat wel een achterdeurtje open, b.v. door een (reëel) alternatief te schetsen; het is niet de bedoeling de cliënt in een hoek te drijven, maar hem op een indirecte manier tot constructieve actie te inspireren. Bij voorkeur moet de cliënt aanwijzingen krijgen over deze mogelijkheden. De therapeut mag zich wel sceptisch uiten t.o.v. de kans dat de cliënt van deze mogelijkheden gebruik zal maken.

4. Nadat de cliënt op een gunstige wijze heeft gereageerd op deze interventie, en aan de slag is gegaan, moet de therapeut de fout vermijden om triomfantelijk te kennen te geven dat hij een dergelijke afloop wel voorzien had. Hij mag zich sceptisch blijven opstellen, maar moet uiteindelijk bereid zijn t.o.v. de cliënt zijn nederlaag te erkennen en mag zichzelf daarbij niet laten hinderen door een al te positief zelfbeeld.

Referenties:

- | | |
|--|--|
| Frank, J.D. | (1961) Persuasion and healing
Baltimore. |
| Velden, K. van der, O. van
der Hart en R. Van Dijck | (1977) Positief etiketteren
TDT (4) 3, 68 - 82. |

Godstals, was
Wider (Hilfs)
Wider gegen Forderung hier

Kees Hoogduin &
Kees van der Velden,
april 1977

1. Inleiding

De werkzaamheid van het benevolent ordeal wordt door Haley (1963) beschreven. Wanneer een therapeut alleen welwillend is, kan de cliënt zijn klachten zonder extra problemen behouden. Wanneer een therapeut alleen straffen oplegt, zal de cliënt begrijpelijkerwijs een andere hulpverlener prefereren. Wanneer een therapeut echter op een welwillende wijze een beproeving oplegt die blijft voortduren tot de cliënt verandert, dan rest de cliënt weinig anders dan zijn klachten terug te brengen, tenminste wanneer de beproeving nog onaangener is dan zijn klachten zijn.

Volgens Haley (1963) hebben alle therapeuten gemeen dat zij cliënten aan dit soort beproevingen blootstellen. Alleen: directieve therapeuten hebben de neiging ook dit algemene kenmerk van therapie wat specifiek te benutten (vgl. Van Dijck & Oudshoorn, 1978).

Ook in de gedragstherapie bestaan tal van procedures waarin voor de cliënt onaangename gevolgen worden verbonden aan het voortduren van symptomatisch gedrag (zoals aversie therapie), maar daarbij is het welwillende aspect meestal minder duidelijk aanwezig.

De meest uitgesproken vorm van de welwillende beproeving is de zgn. "zware last" (vgl. Van der Hart, 1977; Lange, 1977; Van Dijck, 1977) - een zeer moeilijk uit te voeren opdracht die niet alleen werkzaam is wanneer hij wel, maar ook wanneer hij niet wordt uitgevoerd.

Het soort welwillende beproevingen waarover dit artikel gaat, is minder dramatisch, mist ook het "nu-of-nooit"-karakter van de zware last. Het gaat in dit artikel meer om de kleine, onaangename gevolgen die de therapeut - toegewijd en vriendelijk - aan het optreden van de klachten verbindt.

Zou de therapeut cliënten kunnen dwingen zijn beproevingen te ondergaan, dan zouden symptomen wellicht een rariteit zijn geworden.

Dwingen is echter niet mogelijk. Wie het toch probeert, bemerkt dat zijn cliënten al snel een meer begrijpende therapeut hebben gevonden. Dus moet de therapeut trachten de cliënt te bewegen uit zichzelf voor het ondergaan van de beproeving te kiezen.

Beproevingen zijn gemakkelijk te bedenken. De therapeut gunt de cliënt royaal dat deze voortgaat met zijn symptomatisch gedrag. Hij verbindt er echter een zowel nuttige als onplezierige consequentie aan.

Het gedurende een beperkte tijd verrichten van nuttig werk is vaak best wel plezierig, maar op de duur verveelt het.

Vanzelfsprekend zijn er ook mensen die het doen van goede en nuttige zaken nimmer verveelt, maar in onze cliënteel zijn zij niet zo sterk vertegenwoordigd.

Welwillende beproevingen hebben natuurlijk een uitgesproken paradoxaal karakter: slaagt de patient erin de moeilijke, maar nuttige prestatie te leveren - het is uitstekend. Slaagt hij er niet in, dan is het ook prima; in dat geval is er blijkbaar geen sprake van ongewenst gedrag geweest en dat was het doel van de behandeling.

Hieronder worden enige voorbeelden gegeven van welwillende beproevingen die, doordat ze zo voor de hand liggen, zonder morren door de cliënt geaccepteerd worden.

2. Welwillende beproevingen - voorbeelden

2.1 Een gezonde geest in een gezond lichaam

Onder verwijzing naar deze wijsheid kan de therapeut de cliënt voorstellen om aan het optreden van het ongewenste gedrag enige motorische activiteit te koppelen.

Vooraf hypochondere preoccupaties en lichte hyperventilatieverschijnselen komen voor deze beproeving in aanmerking: in aansluiting aan iedere hypochondere gedachte worden enige kniebuigingen gepleegd of bij het optreden van hyperventilatieverschijnselen wordt de fiets gepakt en wordt er een kwartier stevig voortgepeddeld. Ernstiger hyperventileren kan aanleiding zijn de cliënt te adviseren enige malen het trappenhuis op en neer te rennen; het feit

dat het hart deze inspanning verdragen kan, heeft bovendien nog een geruststellende waarde.

Een regelmatig voorkomende ochtenddepressie laat zich goed combineren met een forse wandeling (door weer en wind), onmiddellijk na het opstaan.

2.2 Symptoomtijd is verloren tijd

De tijd die je besteedt aan het piekeren over je gezondheid, het op dwangmatige wijze bezig zijn met afgrijselijke denk-inhouden, het proberen in te slapen bij inslaapstoornissen, het doorstaan van hoofdpijnen of spanningen op de borst, is verloren tijd. In deze tijd is de cliënt ongelukkig, depressief en soms wanhopig; soms wordt hij met machteloze woede beziel. Deze tijd nu kan ook op een meer zinvolle wijze worden besteed.

Samen met de therapeut maakt de cliënt een inventarisatie van allerlei vervelende, doch nuttige karweitjes die de cliënt nog moet uitvoeren thuis. In aansluiting aan het optreden van de klachten worden deze karweitjes uitgevoerd.

Een voorbeeld hiervan is de vrouw die met kloppend hart de gehele avond op haar man zit te wachten wanneer deze zijn wekelijkse biljartavond heeft. De vrouw wordt geadviseerd de avond te vullen met het schoonmaken van het toilet, de keuken en de vloeren. Onze ervaring leert dat de werkzaamheid van deze beproeving nog vergroot wordt indien de man vlak voor zijn vertrek naar bier en biljart zijn vrouw nog even aan het directief herinnert.

2.3 Het benutten van religieuze opvattingen

Symptoomgedrag wordt door de cliënt doorgaans als zeer onaangenaam beleefd. Wanhopig als hij onder deze voortdurende kwelling is, heeft hij, zeker wanneer hij gelovig is, langs de weg van het gebed getracht tot verlichting van klachten te komen. Dit heeft echter onvoldoende geholpen - anders kwam hij niet bij ons.

Van tijd tot tijd kan overigens waargenomen worden dat cliënten tijdens de behandeling sterk verbeteren als gevolg van een vergroting van hun godsdienstige activiteiten.

Het systematisch gebruikmaken van religieuze opvattingen bij het geven van directieven wordt elders (Hoogduin, 1977; Van der Velden, 1976) beschreven. Hier wordt er slechts op gewezen dat het opleggen van godsdienstige beproevingen - een halfuur bijbellezen, het hardop lezen of zingen van psalmen - tot goede resultaten kan leiden.

Een van ons heeft eenmaal een cliënt mogen adviseren het standaardwerk van prof. dr. K. Schilder "Licht in de Rook" (waarin de godsdienstige opvattingen van de Gereformeerde Kerken in Nederland die artikel 31 onderhouden, worden weergegeven) te exciperen. Hij had dit bij zijn belijdenis cadeau gekregen en er nimmer een bladzijde in gelezen. Het schuldgevoel over deze nalatigheid kon met dit directief effectief bestreden worden, evenals trouwens zijn klacht ("onreine gedachten").

Voor wat betreft het zingen van psalmen nog deze opmerking: ook het zingen van profane liederen kan eventueel worden voorgeschreven. Zo slaagde een cliënt erin de nare dwanggedachten die hem steeds kwelden op weg van zijn werk naar huis - hij ging op de fiets - aanzienlijk te reduceren door luidkeels "Waar de blanke top der duinen" ten gehore te brengen.

2.4 Knuffelen als beproeving

Bij paren met een relatieprobleem waarbij een van de partners ook nog symptoomgedrag vertoont, kan via het knuffelen als beproeving nog wel eens een belangrijke voortgang in de behandeling bereikt worden.

Het knuffeladvies is niet moeilijk aan de man te brengen; de partners worden geacht van elkaar te houden en knuffelen is een van de meest voor de hand liggende vormen om aan deze genegenheid gestalte te geven. Het optreden van een symptoom wordt als een teken van nood en een verzoek om bijstand geïnterpreteerd. Vervolgens wordt de partner geïnstrueerd iedere maal wanneer hij de cliënt in nood ziet, deze met kusjes, kneepjes en strelingen te overladen. Soms voelt de partner zich dan eindelijk geholpen en ontstaat er alleen daardoor een aanmerkelijke verbetering. Soms diende het symptoomgedrag voornamelijk om de partner op een afstand te

houden en ontstaat een congruente ruzie of zelfs een scheiding. Soms zegt de partner in de volgende zitting dat hij of zij het niet kon opbrengen. In dat geval rapporteert de partner wel dat er twijfel gerezen is aan zijn of haar liefde voor de cliënt.

2.5 De "kom tot rust"-beproeving

Dit directief wordt door de gedragstherapeuten ook wel "time-out" genoemd. Echter: de "time-out"-procedure is weinig welwillend; zij is gewoon een nette vorm van straffen. Vandaar misschien dat deze benadering vooral bij (uiteraard nogal machteloze) kinderen wordt toegepast, alsook bij volwassenen in een inrichtingssituatie - die evenmin veel te vertellen hebben -.

Een cliënt die met zijn klachten het gehele gezin terroriseert adviseren zich niet door zijn vrouw en kinderen op stang te laten jagen, maar zich zodra zijn klacht zich voordoet terug te trekken in een rustige kamer - om tot zichzelf te komen - is weer iets anders. Bij beide benaderingen wordt overigens hetzelfde effect bereikt: versterkingen worden geëlimineerd en het symptomatisch gedrag krijgt minder overlevingskansen.

2.6 "Wees goed voor een ander"

Onder deze noemer kan een aantal beproevingen gegroepeerd worden dat met elkaar gemeen heeft dat de cliënt bij het optreden van ongewenst gedrag een inspanning verricht ten behoeve van derden. De meest voor de hand liggende inspanning is in Nederland het overmaken van geld voor een goed doel. De cliënt met vrees voor kanker kan geadviseerd worden de kankerbestrijding te gedenken (bijvoorbeeld: een kwartje per "kanker-gedachte"). De cliënt die bang is zijn vrouw te vermoorden, kan een instelling voor kinderen zonder moeder met zijn schenkingen verrassen. Ook kan de therapeut de cliënt adviseren een bedrag te storten op de rekening van de inspecteur der directie belastingen, zodat het geld dat met symptoomgedrag wordt verdiend in principe alle Nederlanders ten goede komt.

Het knopen van een tapijt ten behoeve van een behoeftig mede-

medemens is een beproeving die bij vrijwel elke klacht gebruikt kan worden, zowel voor mannen als voor vrouwen. In sommige gevallen helpt het om de goede daad niet een bevriende instelling of persoon ten goede te laten komen, maar een gehate (vgl. Van der Velden & Van Dijck, 1977), bijvoorbeeld wanneer de cliënt zelf aangeeft met enige spoed van zijn klachten af te willen. Het lijkt verstandig de keus voor het een of het ander aan de cliënt over te laten.

2.7 De zware registratie-opdracht

Bij dit advies wordt het grote belang van adequate informatie over het symptoom benadrukt. De cliënt wordt aangeraden met behulp van een soepel schrijvende pen en een (100 vel houtvrij) blocnote alle mogelijke informatie rond zijn symptomen gedetailleerd vast te leggen. Bij wijze van symptoomvoorschrijving kan het verstandig zijn de cliënt te adviseren met de pen in de hand af te wachten tot de klachten zich aandienen om vervolgens het ijzer te smeden als het nog heet is. De zware monitoring kan altijd gebruikt worden bij het begin van een behandeling. De cliënt krijgt dan een goede indruk over de door de therapeut gevolgde aanpak.

2.8 Kennis is macht

Dit advies kan met vrucht toegepast worden bij cliënten die overwegend door twijfels worden geplaagd. Zodra de twijfel de kop opsteekt, wordt de cliënt aangeraden zich terug te trekken in een prikkelarme ruimte waar op een tafel of bureau de literatuur klaarligt waaruit de begeerde kennis kan worden opgediept. Kennis is immers macht en macht geeft een zekerheid die strijdig is met twijfel en zwakte!

De hypochondere cliënt zal zich aansluitend aan een hypochondere crisis een half uur wijden aan de systematische bestudering van een medische encyclopedie, te beginnen bij aanbeien.

De religieuze twijfelaar zal de bijbelstudie grondig moeten opvatten en de filosofische topper zal vooral baat kunnen vinden bij het lezen en herlezen van het handzame werk:

"Aldus sprak Zarathoestra". ')

2.9 Oefening baart kunst

Azrin e.a. (1974) beschrijven de positieve oefening (vgl. ook De Haan & Hoogduin, 1977) zoals die gebruikt wordt bij bedplassende kinderen. Zodra het kind nat is, wordt het uitgenodigd twintig maal de gang naar het toilet te maken, te plassen of althans proberen te plassen, naar bed te gaan, etc. Ook bij hyperventilerende cliënten kan een dergelijke positieve oefening helpen. Zodra de cliënt een eerste verschijnsel van het hyperventilatiesyndroom waarneemt, zal hij 5 minuten de buikademhaling oefenen. Bovendien zal hij wanneer hij geen aanvallen mocht hebben, ze soms zelf proberen op te wekken om ze dan met behulp van een plastic zakje weer te beëindigen.

2.10 De koude douche

Het lijkt weinig welwillend om de partner van een cliënt te verzoeken zijn of haar levensgezel(in) onder een koude douche te plaatsen. Toch kan dit een heel vriendelijke procedure zijn. Wij gebruikten haar in het volgende geval: Mevrouw X had de neiging om teveel te drinken (2 liter jenever per dag) en meneer X reageerde hierop met veel begrip en lieve woorden. Helaas kreeg hij van dit herhaald gebeuren "spanningen op de borst" wat tot een verwijzing door de huisarts leidde. Het bleek dat mevrouw wanneer zij dronken was, haar man durfde vragen haar te slaan tijdens hun sexuele bezigheden. Meneer was echter niet een erge liefhebber van slaan, vooral omdat hij vreesde "door te zullen slaan". Mevrouw's voorstel dat hij haar een paar ferme klappen zou geven zodra zij teveel gedronken had, werd dan ook door meneer (en de therapeut) van de hand gewezen. Bij wijze van compromis werd afgesproken dat de man zijn drankzuchtige partner onder de koude douche zou zetten zodra dat nodig was.

') Also sprach Zarasthustra: door F. Nietzsche in het Nederlands verschenen onder de titel "Aldus sprak Zarathoestra", vertaald door E. Coenraads & H. Marsman, Wereldbibliotheek, Amsterdam, 1948.

Mevrouw werd aangeraden geen overhaaste wijzigingen in haar drinkpatroon aan te brengen. Deze maatregel leidde vrij snel tot een aanzienlijke reductie van haar alcoholconsumptie.

2.11 Het uitziek-advies

Depressieve cliënten die zich slechts met uiterste wilsinspanning op de been houden, kan aangeraden worden de komende tijd het bed te houden teneinde volledig "uit te zieken". Vervolgens wordt de cliënt een aantal oergezonde, maar buitengewoon saaie leefregels voorgezet: hij mag geen t.v. kijken, niet drinken (althans geen alcohol) en geen lectuur voor volwassenen tot zich nemen. De schaarse momenten dat hij het bed mag verlaten, worden benut voor kniebuigingen en opdrukoefeningen. Regelmatig rapporteert de cliënt reeds na korte tijd een zodanige verbetering van stemming dat het aantal normale activiteiten geleidelijk kan worden uitgebreid (zie ook Van der Velden, 1976; Oudshoorn, 1978).

2.12 Koppeling van symptomen

Symptomatisch gedrag is onder te verdelen in twee categorieën:

- gewenst gedrag dat door de cliënt niet geproduceerd kan worden en
- ongewenst gedrag dat de cliënt wel vertoont.

Wanneer cliënten beide vormen van symptomatisch gedrag vertonen, kan een koppeling hiervan tot een bevredigende oplossing van deze problemen leiden. Het gewenste maar niet opgebrachte gedrag wordt gekoppeld aan het ongewenste symptoom.

Bijvoorbeeld: de man met studieproblemen die bovendien gebukt gaat onder slapeloosheid, kan geadviseerd worden om na een halfuur vergeefs geprobeerd te hebben in slaap te vallen, de rest van de nacht met studeren, uittreksels maken, etc. door te brengen. Ook de man die het sigaretten roken wil staken, kan geadviseerd worden alleen te roken wanneer hij een uur lang geen dwanggedachten heeft gehad, etc.

3. Discussie

- 3.1 Het opleggen van beproevingen is een zeer oude therapie-techniek. Straffen, "confronteren", hoge rekeningen - het kunnen

allemaal stimulansen zijn om maar liever te verbeteren. Kenmerkend voor directieve therapie lijkt ons evenwel de hoffelijkheid (vgl. Haley, 1977) die de therapeut jegens de cliënt aan de dag legt, en die hoffelijkheid is bij straf, bij confrontatie en bij hoge rekeningen ver te zoeken.

- 3.2 In de ontwikkeling van de directieve therapie is dit hoffelijke of welwillende karakter van de beproeving geleidelijk meer benadrukt. Moest Ericksons slapeloze cliënt (Haley, 1963) nog ad infinitum vloeren boenen (wat welbeschouwd geen enkel nut had en bovendien zelfs schadelijk had kunnen worden voor de vloerbedekking), Van Dijcks slapeloze cliënt (Van Dijck, 1977) mocht de doorwaakte tijd gebruiken om zijn vakkennis op peil te brengen. Ook de "zware last" (Van der Hart, 1977; Lange, 1977; Van Dijck, 1977) heeft steeds een positieve strekking. Dezelfde lijn zet zich voort in de hierboven gegeven voorbeelden.
- 3.3 Tot slot een opmerking aan het adres van de lezer die meent dat de hier gegeven adviezen voornamelijk geschikt zullen zijn voor minder begaafde cliënten. Dit is onjuist. Het feit dat men ondanks zijn symptomen te allen tijde iets nuttigs doet - conditie op peil brengen, huis schoonmaken, medemensen uit de brand helpen, etc. - reduceert schuldgevoelens en herstelt het zelfrespect - daaraan blijken ook begaafde cliënten behoefte te hebben.
- Wanneer de cliënt - meer of minder begaafd - onverhoopt moet mededelen dat hij vanwege de afwezigheid van klachten al deze nuttige activiteiten achterwege heeft kunnen laten, dan kan de therapeut hem eventueel alsnog het gironummer van een liefdadige instelling die node geld behoeft, geven.
- Want goed doen kan nooit kwaad, met of zonder klachten!

Referenties

- Azrin, N.H., T.J. Sneed & R.M. Foxx (1974)
 Dry bed training: rapid elimination of childhood enuresis,
 Behav. Res. & Ther. 12, 147 - 156
- Dijck, R. Van (1977) De zware last en communicatietheorie
 in: C.P. van der Velden e.a. (1977)
 Directieve Therapie,
 Van Loghum Slaterus, Deventer
- Dijck, R. Van (1977) Een compacte therapie,
 T.D.T. 5 (2), 25 - 34
- Dijck, R. Van & D. Oudshoorn (1978)
 Directieve therapie en specifieke therapeutische factoren,
 T.D.T. 5 (3), 14 - 18
- Haan, E. de & C.A.L. Hoogduin (1977)
 Enuresis Nocturna II,
 Delfschrift 1 (3), 55 - 70
- Haley, J. (1963) Strategies of Psychotherapy,
 Grune & Stratton, New York
- Haley, J. (1977) Problem-solving Therapy,
 Josey-Bass, San Francisco
- Hart, O. van der (1977) De last is te zwaar,
 in: C.P. van der Velden e.a. (1977)
 Directieve Therapie,
 Van Loghum Slaterus, Deventer
- Hoogduin, C.A.L. (1977) Strengere religieuze opvattingen en directieve therapie,
 in: C.P. van der Velden e.a. (1977)
 Directieve Therapie,
 Van Loghum Slaterus, Deventer

Lange, A. (1977) De zware last en enkele beschouwingen over zelfperceptietheorie,
in: C.P. van der Velden e.a. (1977) Directieve Therapie,
Van Loghum Slaterus, Deventer

Oudshoorn, D. ~~V~~ (1978) Directieve behandeling van depressieve syndromen,
T.D.T. 5 (3), 94 - 109

Velden, C.P. van der (1976) Over de zin van zwangerschapsgymnastiek,
T.D.T. 3 (5), 2 - 5

Velden, C.P. van der (1976) Strenge religieuze opvattingen en directieve therapie: ervaringen met Jehova's getuigen,
T.D.T. 3 (8), 35 - 40

Velden, C.P. van der & R. Van Dijck (1977) Motiveringstechnieken
in: C.P. van der Velden e.a. (1977) Directieve Therapie,
Van Loghum Slaterus, Deventer

Timing, een voorbeeld

Alfred Lange

1. Inleiding

Een bezwaar dat wel eens tegen de geschriften van TDT-redacteuren geformuleerd wordt is, dat het er allemaal te mooi uitziet. Het lijkt net of er uit de grote doos enkele trucs gegrepen worden, die na toediening aan de argeloze cliënt - of patiënt bij de meer medisch ingestelden onder ons - wonderen verrichten. Men vertrouwt dit niet. Het riekt wat naar magie. Men gelooft dat therapie meer is dan het uithalen van dit soort kunststukjes.

Ik geloof dat deze bezwaren vaak terecht zijn. In de manier waarop wij - hier niet als pluralis majestatis, maar als gewoon meervoud op te vatten - onze gevallen over het algemeen beschrijven ontbreken meestal een aantal essentiële bestanddelen. Zo schrijven wij zelden over de door ons gebruikte manieren om mensen te motiveren. Deze manieren kunnen variëren van moeilijk onder woorden te brengen kwesties als warmte, geïnteresseerdheid, deskundigheid uitstralen tot specifieke technieken zoals beschreven door Van der Velden & Van Dijck (1977). Het niet breed uitmeten van deze toch uiterst belangrijke therapievariabelen vindt mijns inziens zijn oorzaak in overmatige bescheidenheid. Vooral onze hoofdredacteur heeft daarvan veel last. Het is niet voor niets dat hij een boeiend en uitgebreid artikel over sub-assertiviteit heeft geschreven. Wij hebben het idee dat onze lezers maar moeten aannemen dat wij aardige, vriendelijke, goedwillende en zichtbaar deskundige lieden zijn. En dat terwijl onze geschriften vaak juist het tegendeel doen vermoeden. Bij de niet-insider kunnen zij immers gemakkelijk beelden van arrogantie, bedweterigheid, en nodeloze manipulatie drift oproepen.

Een oplossing voor het hierboven gesignaleerde probleem heb ik niet voorradig. Het lijkt me vervelend om in ieder artikel weer te gaan vertellen hoe je zit, kijkt, lacht, etc. Toch lijkt het me verstandig om in de toekomst iets meer stil te staan bij dergelijke achtergrondvariabelen (Richard zou ze misschien a-specifieke variabelen noemen). Ook lijkt het me mogelijk iets meer van onze aarzelingen en overwegingen tijdens een therapie in de beschrijvingen op te nemen. Een deel van de bezwaren zou daarmee ondervangen kunnen worden, al

blijven er natuurlijk mensen die niet overtuigd willen worden van onze capaciteiten en goede bedoelingen.

Niet alleen onze menselijkheid wordt zelden geëxpliciteerd, ook de 'timing' tijdens een therapie wordt in de gevalbeschrijvingen meestal niet ter diskussie gesteld. Mijns inziens is dat een ernstige omissie. Ten eerste omdat de timing zo belangrijk is (vgl. Lange & van der Hart, 1978, par. 5.17). Symptoom voorschrijven kan in het ene stadium van een bepaalde therapie op zijn plaats zijn en op een ander tijdstip niet. Datzelfde geldt voor het afsluiten van een gedragskontraat, en eigenlijk voor alle interventies. De beweegredenen om iets op een bepaald moment wel of juist (nog) niet te zeggen of voor te stellen zijn uiterst relevant. Wanneer daar niets over wordt geschreven riekt het voor de lezers inderdaad vaak naar toevalstreffers. Het wordt ervaren als magie of als kunstjes die men klakkeloos kan overnemen.

In dit artikeltje wil ik een begin maken met een reeks van gevalbeschrijvingen waarin juist de timing van cruciaal belang is geweest. Het aksent zal daarbij minder liggen op het beschrijven van de interventies als wel op de volgorde daarvan.

2. Het echtpaar Overdijk

2.1. De aanmelding

Betty Overdijk (38 jaar oud) is psychologe. Zij is vele jaren geleden afgestudeerd. Had daarna niet gewerkt en was enkele jaren geleden begonnen aan een psychotherapie opleiding bij één van de specialistische verenigingen. De leider van een therapiegroep waarin zij participeerde had haar naar de therapeut verwezen vanwege 'kontaktstoornissen' waarbij de relatie met haar echtgenoot een rol zou spelen.

De echtgenoot is predikant in een klein plaatsje.

2.2. De taxatie

Tijdens het taxatiegesprek bleek Betty een opvallend vlotte praatster. Wanneer zij niet gestopt werd hield zij ellenlange monologen, waarbij zij prachtige konstrukties in elkaar zette en alle probleemvelden aan elkaar breidde. Die problemen kwamen volgens haar neer op een gebrek aan initiatieven van haar man Gerard, de manier waarop hij zich 'terugtrok' in zijn werk; zijn lichamelijke vermoeidheid.

Tijdens het gesprek gaf Gerard zijn vrouw overal gelijk in. Hij vertoonde het christelijke 'andere wang' syndroom.

Het gebrek aan contact zat dan ook voor een belangrijk deel daarin. Ruziemaken en voor zichzelf opkomen was er niet bij. Zelfs niet van Betty's kant die al haar bezwaren begeleidde met allerliefste glimlachjes en voortdurend stelde dat zij haar man best begreep.

De kontaktuele stoornissen uitte zich ook op sexueel gebied.

De laatste jaren werd er nauwelijks meer gevreesd. Dat was vooral een doorn in het oog van Gerard, hoewel hij ook daarin veel begrip voor zijn vrouw toonde. Zij had er weinig behoefte aan, vond het ook nooit lekker. Zij achtten het echter allebei van belang dat er verandering in hun sexuele patroon kwam.

De aard van hun affektieve verhouding was niet helemaal duidelijk.

Het leek alsof Gerard wat meer betrokken op Betty was dan omgekeerd.

Hij had veel bewondering voor haar. Betty maakte de indruk Gerard vaak wat 'schlemielig' en fysiek onaantrekkelijk te vinden maar toch wel respect en ook wel liefde voor hem te koesteren.

2.3. De behandeling

Het begin van de behandeling verliep voorzichtig. De manier waarop Betty en Gerard elkaar spaarden bij het geven van kritiek werd door de therapeut positief gelabeld (bewijs van respect en affektie) maar toch als minder konstruktief gekenschetst. Hij vroeg hen of zij bereid waren hierin verandering te gaan aanbrengen. Dat waren zij.

Besloten werd om daar in de beginfase op kongruente wijze met behulp van de 'irritatie-opdracht' (vgl. Lange & van der Hart, 1978, par. 5.4.1.) en andere monitoringsprocedures aan te gaan werken.

Op advies van de therapeut werd besloten niet al te snel aan de sexualiteit te gaan sleutelen. Eén overweging hierbij was dat de manier waarop zij hun eigen wensen voortdurend maskeerden en voor de ander dachten en praatten een extra moeilijkheid zou vormen voor het veranderen van hun sexuele gewoontes.

Een andere overweging was dat het leek alsof de sexuele moeilijkheden voor een deel gefundeerd waren in het 'verleden' van Betty. Zij had een zeer 'streng' opvoeding gehad als enigst kind. De nadruk had altijd gelegen op plicht, werken en rationeel gedrag. Genieten - zeker sexueel - had een lage prioriteit gehad in dit gereformeerde gezin.

De 'timing' in de behandeling werd nu als volgt:

1. De eerste weken lag het accent zowel in de zittingen als in het huiswerk op het leren om rechtstreeks voor jezelf op te komen. Een voorbeeld van een interventie hierbij was de opdracht aan Gerard (de predikant) om op een groot vel tekenpapier het 'elfde gebod' op te schrijven. Na gezamenlijk overleg luidde de formulering daarvan: "Gij zult niet voor een ander praten, denken of voelen". Overtreding van dit gebod zou door de ander gesignaleerd worden met behulp van een V-teken.

Een andere interventie bestond uit 'bedekte modeling' naar aanleiding van een verhaal van Gerard over de moeite die hij soms had met allerlei vragen van Betty als hij vermoeid thuis kwam.

Hij vond dan dat hij zijn best moest doen om overal antwoord op te geven. Maar daar zag hij zo erg tegen op dat hij een smoes bedacht om weg te kunnen lopen en op zijn werkkamer te gaan zitten, hetgeen beiden onaangenaam vonden. De therapeut vertelde hoe dat soort situaties bij hem ook voorkwam, maar dat hij minder hoge eisen aan zichzelf stelde. Hij zei dan gewoon tegen zijn vrouw dat hij nu even met rust gelaten wilde worden; dat ze later op de avond wel konden praten. Gerard was zeer verbaasd. De zitting daarop vertelde hij dat het een diepe indruk op hem had gemaakt; dat hij zich had gerealiseerd dat hij veel te hoge eisen aan zichzelf stelde. Tot beider tevredenheid was hij begonnen verandering daarin aan te brengen.

2. Naarmate de eerste gesprekken meer verandering in hun patroon van 'rechtstreeks praten' opleverden, kwam er meer tijd vrij voor 'het verleden' van Betty.

De therapeut stelde in het vooruitzicht dat het belangrijk was om onafgemaakte kwesties uit dat verleden op te sporen en alsnog te verwerken. Pas dan zou het mogelijk zijn om zinvol aan verandering in hun seksuele verhouding te werken. Betty was het hiermee eens. Nadat zij uitvoerig over haar jeugd had verteld werd besloten dat zij in eerste instantie brieven aan haar overleden vader zou schrijven: een boze en een lieve (vgl. Lange & van der Hart, 1978, par. 7.2).

De lieve brief kreeg een zwaarder accent aangezien zij zich steeds meer ging realiseren hoeveel zij van haar vader had gehouden. Haar enige klacht was dat hij de opvoeding teveel door haar moeder had laten domineren. De brieven aan haar vader konden uiteraard niet verstuurd worden, maar Betty was het ermee eens dat er toch 'iets mee moest gebeuren'. Dat 'iets' werd als volgt geritualiseerd. Zij zou een foto van

haar vader op tafel zetten. De uiteindelijke brief dan hardop lezen, als het ware tegen de foto. Daarna zou zij de brief in een speciaal daarvoor aangekocht kistje bewaren. Zij wilde hem liever niet begraven of verbranden.

Na vader kwam moeder aan de beurt. Deze leefde nog wel en kwam regelmatig logeren of op bezoek. Ook nu werden er weer brieven geschreven, maar nu met de bedoeling om één van de uiteindelijke versies wel te versturen. Dat laatste is nooit gebeurd. Betty wilde haar 'oude moeder' (82 jaar) dit niet aandoen. Wel vertelde zij dat het schrijven van de brieven haar had geholpen om nu anders met haar moeder om te gaan; allerlei dingen 'niet meer te pikken'. Bovendien kon zij afscheid nemen van het verleden, waarin de plicht zo had gedomineerd.

3. Het afscheid van het verleden werd gemarkeerd door het starten van een Masters & Johnson achtige sex-therapie. Dit begon ongeveer in de vijfde zitting. Hierbij deed zich één complicatie voor.

Betty had een uiterst lage lichaamstemperatuur. Zij had het altijd koud. In bed droeg zij meerdere lagen nachtgoed. De therapeut stelde daarop een ritueel voor dat elke avond voor het naar bed gaan uitgevoerd zou worden. Gezamenlijk zouden Gerard en Betty gedurende een half uur om het huis hollen. Daarna zouden zij douchen en naar bed gaan. De filosofie hierachter was meerdimensioneel. Ten eerste had de therapeut het idee dat wat lichaamsbeweging geen kwaad kon, vooral niet voor Betty die totaal niets aan sport deed. Gerard fietste nog wel eens. Ten tweede hoopte de therapeut dat deze beweging de temperatuur van Betty zou doen verhogen. Ten derde leek het een aardige gezamenlijke activiteit. De week die volgde op dit advies werd gekenmerkt door zeer lage luchtdruk in geheel Nederland. Stortbuien en windkracht 9 heersten de gehele week. De afspraak van het hollen was dan ook niet nagekomen. Wel hadden zij zelf er iets anders voor in de plaats gezet. Zij waren in de kamer elke avond een half uur gaan stijldansen; een activiteit die Gerard zeer goed beheerste. Daar hadden zij het ook warm van gekregen. De therapeut complimenteerde hen met deze vondst.

In de daarop volgende weken werd een Masters & Johnson achtig programma uitgevoerd, dat in zeer kleine stappen begon (vgl. Lange & van der Hart, 1978, par. 5.15). Na ongeveer 10 zittingen werd de behandeling beëindigd. De seksualiteit was nog niet probleemloos. Het was nog altijd zo dat Gerard veel vaker behoefte had en dat Betty het niet altijd bevredigend vond. Zij gaven echter ook aan nu wel fijn te kunnen vrijen

en over moeilijkheden gemakkelijk te kunnen praten.

Het voorstel om met de behandeling te stoppen kwam dan ook van henzelf omdat zij het idee hadden op eigen kracht de ingeslagen weg verder uit te bouwen. De therapeut sloot zich hierbij van harte aan.

3. Diskussie

1. Er waren in deze behandeling diverse momenten waarin sprake was van bewuste timing. Zo was de keuze om niet al te snel te beginnen met een sex-therapie in eerste instantie gemotiveerd door het idee dat de manier waarop zij hun eigen behoeftes steeds maskeerden een extra handicap daarvoor zou zijn.

Later kwam er een nieuw motief bij. Dat was Betty's 'achtergrond'. Het is de vraag of het werkelijk nodig was om eerst met het verleden van Betty af te rekenen alvorens de sex therapie te starten. Misschien had een Masters & Johnson programma anders ook wel succes kunnen hebben. Een belangrijke overweging was echter dat de etikettering 'mijn verleden speelde mij parten, maar daarvan heb ik nu geen last meer' een nuttige start zou zijn. Bovendien had het praten over het verleden en het schrijven van de brieven ook op andere fronten een nuttige functie voor Betty, terwijl en passant steeds aandacht aan hun communicatieperikelen kon worden gegeven.

2. 'Timing' was er ook binnen het bezig zijn met het verleden. Op instigatie van de therapeut was Betty begonnen met het schrijven aan haar vader. Dit leverde een voorwerk op dat nuttig was voor de moeilijkere klus m.b.t. haar moeder.

3. In het algemeen geloof ik dat het nuttig is wanneer klanten merken dat er niet overmatig symptoomgericht gewerkt wordt.

Klanten vinden het plezierig als een therapeut het probleem weliswaar duidelijk waarneemt maar eerst aan iets fundamenteelers wil werken.

Dat geeft vertrouwen en verhoogt in een later stadium de inzet.

Deze redenering geldt ook m.b.t. een uitvoerig laten registreren alvorens een behandeling te starten.

Een dokter geeft ook geen pilletjes of gaat ook niet snijden als hij nog niet precies weet wat er aan de hand is.

Datzelfde geldt voor het houden van taxatiegesprekken met een geheel gezin, zelfs al is er zeer duidelijk één geïdentificeerde patient. Ook daarbij is de - terechte - motivering dat het verstandig is om eerst zoveel mogelijk aan de weet te komen en daarna pas met de behandeling

te starten. Die behandeling kan dan eventueel met die ene persoon alleen zijn. Wanneer de timing andersom is, is het meestal moeilijker. Nadat een behandeling eenmaal gestart is met één persoon, is het niet gemakkelijk de anderen er nog zinvol bij te betrekken.

4. Een kwestie waarvan het de vraag is of hij bij 'timing' thuis hoort is die van het laten beslissen door de klienten. De therapeut deed steeds voorstellen, terwijl Betty en Gerard mochten beslissen. Soms waren het voorstellen waarbij hij zich neer kon leggen met een wijziging, soms ook niet. De therapeut zou bijvoorbeeld niet hebben geaccepteerd om in het allereerste begin van de behandeling met de sextherapie te starten.

Hij 'kon' echter wel accepteren dat Betty de brieven aan haar moeder niet verstuurde. Hij oefende in dat opzicht geen enkele druk op Betty uit. Als vuistregel lijkt het mij zinnig om ervan uit te gaan dat klienten zoveel mogelijk door de therapeut gevolgd worden in de accenten die zij willen leggen bij de werkwijze van de therapeut. Alleen indien er dingen dreigen te gebeuren die hij niet verantwoord acht en in strijd met de eisen van de situatie, dient hij op zijn strepen te gaan staan.

wordt vervolgd

Literatuur

Lange, A. & O. van der Hart (1978): Gedragsverandering in Gezinnen.
4e druk. Wolters Noordhoff. Groningen.

Velden, K. van der & R. van Dijck (1977): Motiveringstechnieken.
In: Van der Velden (red): Directieve Therapie.
Van Loghum Slaterus. Deventer.

DE DUIK NAAR DE KOSTBARE STEEN

=====

Michel Ampe en
Onno van der Hart

Aanmelding

Ed, 19 jaar, is vanuit de afdeling urologie van een academisch ziekenhuis naar een J.P.D. verwezen. De vraag is of hij via gedragstherapie van zijn angst voor operatie kan worden afgeholpen. Ed moet zo spoedig mogelijk van een niersteen rechts worden verlost, want anders komen er verwikkelingen (nierobstructie). Tot tweemaal toe heeft Ed de geplande interventie ter elfder ure verhinderd: de verpleegster kwam met het operatiekleed aanzetten en Ed nam de benen, de portier hield hem tegen; familie, verpleging en heren chirurgen en narcotiseurs kwamen aangelopen....maar Ed viel niet meer te overreden.

Taxatie

In de taxatiezitting zegt Ed zo spoedig mogelijk de operatie te willen ondergaan, maar het door zijn overkomelijke angst niet te kunnen. Ed is een 'rustige' jongen, die er vrij passief bijzit. Hij geeft voortdurend aan dat wat hem betreft alles goed is, maar hij slaagt er knap in zijn omgeving -en de therapeut- het spel te laten maken.

De niergeschiedenis is reeds 3 jaar aan de gang. Ed is reeds twee maal geopereerd. Hij is vol lof voor het medische team, ondanks zijn verhaal dat hij tijdens de eerste operatie een korte tijd wakker was geworden. Maar daarover manifesteert hij nu geen irritatie. Sedert 3 jaar zit Ed in de ziektewet en schijnt daar niet veel hinder van te ondervinden. Zijn huidige levenswijze kan zowat als 'lekker thuis' bestempeld worden. Ed is de jongste van vier kinderen, samen met zijn broer bij zijn ouders vertoevend. Ed heeft weinig contacten buitenshuis en nauwelijks geen beroeps- of sociale activiteiten. Het verrast de therapeut dan ook als Ed -niet zonder fierheid- vertelt enkele maanden in clubverband aan diepteduiken te doen. Zijn nierklachten zijn daarbij geen bezwaar en een komende medische keuring zou in dit opzicht geen problemen leveren ("Ze doen er geen urinetest").

De therapeut maakte de volgende probleemanalyse: Ed is momenteel niet bereid de angsten en pijnen van een operatie te doorstaan om een nieuwe levensfase in te stappen, namelijk, zijn eigen leven gaan uitbouwen. Kan en mag hij zijn ouderlijk gezin loslaten? Ed houdt er momenteel een "temporiserende" strategie op na: afwachten en als het zover aan nierverwikkelingen komt, dan zullen we de angsten van een operatie wel moeten overwinnen.

Vanuit Eds houding -'zoeken jullie het maar uit'- en na een scherpe funktionele analyse van het operatiefobisch gedrag besluit de therapeut niet met één of andere gedragstherapie aan de gang te gaan, maar ook wat achterover te gaan zitten. De therapeut stelt gezinsgesprekken voor. Ed vindt het best.

Behandeling

Bij het eerste gezinsgesprek (vader, moeder en oudste gehuwde broer) loopt het er op uit dat Ed na een eindeloos knikkebollen op de al even eindeloze beschouwingen van de bezorgde gezinsleden heel schuchter meedeelt dat ie zich toch wel zou laten opereren. Men reageert opgelucht. De therapeut bespeurt niet veel overtuiging bij Ed en plaatst op het eind van het gesprek: "Ik schijn hier zowat de enige te zijn, maar ik heb toch mijn twijfels of Ed zich zal laten opereren...." Ed begint daarop ijverig de noodzaak van een zo spoedig mogelijke operatie te verdedigen. De therapeut: "Ja..toch heb ik nog mijn twijfels. Maar ja, ik ben ook een moeilijk te overtuigen iemand..."

In het volgende gezinsgesprek gaan we op dezelfde toer door. Ed was inmiddels een geplande afspraak met de afdeling urologie 'vergeten'

In de 3e sessie lijkt de kogel door de kerk: Ed heeft zich op de wachtlijst laten zetten en kan ieder moment opgeroepen worden. Opgeluchte familie. Oudste broer, zich ernstig bewust van zijn rol als oudste heeft allerhande konkrete adviezen en akties klaar om Ed in zijn lijdensweg bij te staan. De therapeut gaat daarentegen meer en meer in metaforen praten:

"Jij gaat erin duiken, je duikt om een kostbare steen". Ed veert van zijn achteroverpositie recht en brengt wat verlegen: "Ik had zo nog eens gedacht de steen in te gieten..." Familieleden kijken wat geamuseerd. Voor hen zijn nierstenen namelijk iets banaals: vier van de zes gezinsleden zijn aan de nieren geopereerd. (Vader, nonchalant, "We kunnen wel een cementfabriek beginnen"). Therapeut gaat op Eds fantasie in. Hij stelt het gezin het volgende ritueel voor:

"Ed gaat een tocht in de diepte ondernemen. Een tocht om de kostbare steen boven te halen. Zoiets kostbaars moet dan ook veilig en waardig opgeborgen worden; wachtend tot Ed de steen gaat ingieten. Ik stel voor dat jullie Ed de avond vóór zijn tocht een aangepaste koker overhandigen, het op het nachtkastje plaatsen. Jullie zouden je dan moeten terugtrekken, zodat Ed zich volledig op de prestatie in alle rust kan voorbereiden. Ed zal in de diepte duiken, de kostbare steen opzoeken, de steen bovenhalen en jullie die in het kokertje overhandigen".

"Ikzelf, Ed, zou het fijn vinden als je me opbelt om te melden dat de steen in de koker zit en de opdracht volbracht is. Enkel en alleen als de steen veilig en wel opgeborgen zit. Als Ed terug in de huiselijke kring komt zal de steen tentoon gesteld worden op een plaats, die een kostbaar object waard is."

De oudste broer poogde nog even de therapeut te instrueren dat hij met de narcotiseur gaat overleggen. Hij wordt -gezien zijn "wijze houding", gelast om samen met Ed naar een gepast kokertje uit te zien.

De gezinsleden, die erg steunend en warm met elkaar omsprongen en dan vooral met Ed, waren onder de indruk. Ed straalde.

Follow-up

Twee weken na de laatste sessie belde Ed op met de boodschap dat de steen in de koker zat.

Diskussie

1) Ed was een passieve jongeman met één activiteit, nl diepteduiken, die hem veel deed. De therapeut slaagde erin door die activiteit als metafoor te gebruiken hem paradoxaal genoeg ook een actieve instelling te geven ten aanzien van een gebeuren, dat hij inderdaad alleen maar passief kon ondergaan. De operatie was niet meer iets dat -als hij plaats zou vinden- alleen maar zou moeten ondergaan. Nee, het werd een prestatie die hij zelf leverde.

2) Ed heeft hierbij de eer aan zichzelf kunnen geven. De resultaten van zijn prestatie werden voor iedereen zichtbaar.

Het gezin was erg betrokken op Eds ziekte-toestand. Daarvan dienden Ed en het gezin afscheid te nemen, opdat Ed een eigen leven zou kunnen uitbouwen. Een ritueel om deze stap te zetten bracht hiertoe een aanvaardbaar kader.

Het zal interessant zijn om te zien hoe Ed zich verder zal ontwikkelen. Zal het 'ondernemen' zich generaliseren of blijft het beperkt tot die ene opening?

3) De metafoor en het ritueel kunnen ook als een bepaalde vorm van afleiding (vgl Lange en Van der Velden 1977) beschouwd worden. Eds aandacht werd gefixeerd op het zoeken naar een geschikt kokertje -vóór de operatie- en op het tonen van de steen en het ingieten ná de operatie. De operatie zelf, die gegeven die niet al te plezierige vorige keer, werd "een tocht naar de diepte genoemd", waaraan ervaringen met diepteduiken gekoppeld werden. De metafoor werkte als een dominant symbool, waarbij de erbij behorende ervaringen (percepties, gevoelens) die van de operatie overschaduwden.

Referenties

Lange, A. en Van der Velden, K. (1977). Afleiding. T.D.T. 5 (1), 34 - 44.

Kees Hoogduin, april 1973

1. Inleiding

Watzlawick e.a. (1973) beschrijven hoe een jong echtpaar zich voor huwelijks therapie aanmeldt omdat de vrouw het niet langer neemt dat de man zo afhankelijk is van zijn ouders. Watzlawick geeft het echtpaar het advies de voortdurend ongevraagd aangeboden hulp de volgende maal als een verworven recht te zien en er zorg voor te dragen dat er voldoende mogelijkheden zijn om de ouders deze hulp te laten bieden - door het huis te laten vervuilen (schoonmoeder kan dan fijn schoonmaken), de tuin te verwaarlozen, ervan uit gaan dat alle uitjes door de ouders betaald worden, etc. -. Dit advies had tot resultaat dat de ouders de kinderen mededeelden het welletjes te vinden omdat ze zich als volwassenen moesten gaan gedragen en niet zo afhankelijk van hun ouders moesten zijn.

Kees van der Velden (1978) beschrijft een methode om verzet tegen verandering met behulp van een mooi cadeau plus dankbare toespraak te doorbreken. Deze benadering blijkt vaak bij het bovengenoemde probleem werkzaam te zijn. Bovendien kan deze benadering voor de therapeut plezierige consequenties hebben.

2. Het voorbeeld

Mevrouw Bunker werd aangemeld voor behandeling van haar depressieve buien, echtelijke ruzies, opgejaagd gevoel, onvrede over het leven en vage zelfmoordgedachten. De echtgenoot werd bij de behandeling betrokken. Na een tiental zittingen waren de problemen geklaard, hoewel mevrouw bij de laatste zitting behalve de verzuchting "Ik verveel me zo, ik heb geen klachten meer, met ons (mijn man en ik) gaat het goed, met de kinderen gaat het goed; ik ga maar een baan zoeken" het probleem binnenbracht van haar moeder. Deze energieke, vriendelijke, behulpzame vrouw bleek namelijk ook gedurende de veertien jaar dat haar dochter gehuwd was, vrijwel dagelijks haar kind te komen opzoeken om haar ongevraagd en later steeds minder gewenst, met raad en daad bij te staan. Daar cliënte en haar man een totaal ander leefpatroon hadden dan de ouders, was haar moeder zich steeds kritischer gaan opstellen en de laatste jaren was er alleen maar gemopper en gevit. Onze cliënte bleek vrijwel

niets meer goed te doen. Daar zij echter deze goede vrouw niet voor het hoofd wilde stoten, zag ze geen oplossing voor dit probleem.

Onze benadering bestond uit twee gedeelten:

- 1. Een herinterpretatie van moeders gevit.
- 2. Het geven van een cadeau plus dankbare toespraak.

Ad 1:

De herinterpretatie van moeders gevit was als volgt: Uw moeder heeft u trachten op te voeden naar de idealen en volgens de normen die zij zichzelf stelde. Wanneer ze u nu ziet: onafhankelijk, modern, een tikje slordig, rokend en wel eens sherry drinkend, ziet ze een dochter die niet voldoet aan het beeld dat zij had van een goed opgevoede dochter. Iedere keer wordt ze door het gedrag van haar dochter geconfronteerd met een naar idee: gefaald te hebben als opvoeder. Het is begrijpelijk dat zij dit alsnog probeert te corrigeren.

Ad 2:

De dochter zou nu haar moeder duidelijk moeten maken dat ze niet zo erg gefaald had en dat zij en haar man dankbaar waren voor haar opvoeding en de jarenlange begeleiding in haar huwelijk. Om dit op concreet niveau aan moeder duidelijk te maken, zou aan moeder een cadeau overhandigd moeten worden - wij denken aan een plantenbak van zo'n honderd gulden - en een toespraak moeten worden gehouden waarin moeder bedankt wordt voor haar vele en goede zorgen.

Aldus geschiedde en bij follow-up (na 3 maanden) bleek moeder veel minder vaak te komen en corrigerende opmerkingen werden nog zelden gehoord.

3. Konklusie

De methode "cadeau plus dankbare toespraak" blijkt geschikt te zijn om bedruchtige ouders of schoonouders op een soepele wijze zich minder met een getrouwd kind te laten bemoeien.

Het verdient aanbeveling om de cliënten te adviseren een plantenbak van + honderd gulden te laten geven als cadeau aan deze ouders. In alle gevallen waarbij de therapeut dit voorstelde, werd binnen enige weken ook bij hem thuis door deze cliënten een fraaie plantenbak van + honderd gulden bezorgd. Op het begeleidend kaartje stond wel steeds een dankwoord.

Referenties:

Velden, C.P. van der. (1978): Cadeautjes en eerherstel,
T.D.T. 5 (1), 45 - 51

Watzlawick, P., J.H. Weakland & R. Fisch (1973):
Het kan anders,
Van Loghum Slaterus, Deventer

Ervaringen met supervisie in directieve therapie.

Richard Van Dijck en Kees van der Velden.

Inleiding:

Deze bijdrage heeft tot doel de mogelijkheden te bespreken van verschillende vormen van supervisie, voor zover de auteurs daar persoonlijke ervaring mee hebben. De voor- en nadelen van de genoemde supervisievormen komen hierbij aan de orde. De overwegingen die daarbij een rol spelen zijn overigens maar ten dele specifiek voor directieve therapie.

Supervisie kan gericht zijn op het bespreken van persoonlijke problemen van de therapeut n.a.v. gebeurtenissen die zich tijdens de behandeling van cliënten voordoen. De onderstaande beschouwingen hebben geen betrekking op een dergelijke invalshoek. Hoewel we niet willen uitsluiten dat eventuele persoonlijke moeilijkheden en eigenaardigheden van de therapeut een merkbaar effect op de door hem uitgevoerde behandelingen zullen hebben, richten wij ons in eerste instantie op de technische problemen van de behandeling zelf. Dit houdt de volgende doelstellingen in:

1. Het doornemen van de taxatie, m.a.w. het verzamelen van relevanté informatie over de klachten of problemen en het formuleren van zo concreet mogelijke en zoveel als mogelijk verifieerbare hypothesen over de redenen van bestaan van het probleemgedrag.
2. Het leren plannen van een therapeutische strategie, wat inhoudt het uitkiezen van werkpunten, het formuleren van doelstellingen met betrekking tot deze werkpunten en de keuze van een opstelling ten opzichte van de cliënt (b.v. congruent of paradoxaal) om dergelijke doelstellingen te bereiken.

3. Het ontwerpen en toepassen van concrete interventies of opdrachten.

Onze ervaring als supervisoren is voor het merendeel tot stand gekomen bij de supervisie van toekomstige therapeuten (psychiaters, psychologen of maatschappelijke werkers) die er niet zozeer op uit waren directieve therapeuten te worden, maar wel een bepaalde beroepsopleiding wilden voltooien. Dit houdt in dat men in wisselende mate vertrouwd was met de mogelijkheid dat de therapeut adviezen kan geven, zonder de cliënt tot afhankelijkheid te veroordelen.

Veelal ging het om therapeuten die gelijktijdig met andere opleidingsvormen bezig waren en bij wie nog geen sprake was van een afronding in de persoonlijke voorkeuren en werkwijzen. In tegenstelling tot wat Haley (1976) daarover zegt hebben wij tot nog toe niet het gevoel gekregen dat het gelijktijdig voortzetten van andere opleidingen een ernstige moeilijkheid vormt. De concrete setting van een polikliniek met een behoorlijk aantal patiënten per therapeut werkt de belangstelling voor een praktische en minder tijdrovende werkwijze sterk in de hand, en een opstelling van de supervisor waarbij op andere theoretische inzichten eerder wordt voortgebouwd, dan dat ze verketterd worden, maakt dat de therapeut een directieve benadering meer ziet als een verbreding van zijn mogelijkheden dan een optie waarvoor hij verplicht moet kiezen.

We zullen achtereenvolgens vier verschillende manieren bespreken waarop de supervisie kan uitgevoerd worden:

- Besprekingen achteraf aan de hand van papieren gegevens;
- Besprekingen aan de hand van audio-bandjes of videò-bandjes en (in vivo) supervisie met de doorkijkspiegel.

1. Besprekingen achteraf van sessieverslagen:

Dit is wellicht de meest toegepaste vorm van supervisie geven. De voordelen zijn evident: zowel de voorbereiding als de bespreking zelf vereisen betrekkelijk weinig voorbereidingstijd, en afhankelijk van de moeilijkheidsgraad van de gevallen die aan de orde zijn, zullen meerdere (4 tot 6) behandelingen de revue passeren, in de loop van 1 uur. Vooral wanneer deze besprekingen worden gestructureerd aan de hand van zittingsverslagen en andere formulieren waarin reeds een aantal van de relevante vragen verwerkt zijn, is het mogelijk dit overleg een relatief hoog rendement te geven.

Ook de nadelen van deze methode liggen voor de hand: het gaat om een gekleurde rapportage; de cliënt of het gezin wordt gezien door de bril van de therapeut en de supervisor kan geen onafhankelijke informatie verkrijgen. Juist wanneer het moeilijk gaat, kan de visie van de supervisant te kort schieten; de supervisor kan uit de wijze waarop gerapporteerd wordt weliswaar nog veel indirecte informatie krijgen over de manier waarop de therapeut (vermoedelijk) met de cliënt omgaat, maar het risico bestaat dat de supervisor te veel gaat speculeren, en de therapeut op stap gaat met voorstellen die niet goed met de werkelijkheid in overeenstemming zijn.

Een tweede nadeel is dat achteraf gewerkt wordt. Fouten kunnen, zo ze al besproken worden, op zijn best maar in een volgende zitting gecorrigeerd worden.

Toch dient de waarde van deze manier van overleggen niet onderschat te worden. Zolang de behandelingen redelijk lopen, kan door middel van dergelijke, b.v. wekelijkse, routinebesprekingen de strategie van een aantal behandelingen doorgenomen worden, en kunnen de latere zittingen adequaat voorbereid worden. Als echter blijkt dat de bespreking vnl. gaat draaien rond de vraag "Wat is er fout gegaan?", dan schiet dit overlegmodel snel te kort en dient een andere vorm van supervisie gekozen te worden.

2. Audio-bandjes:

Met b.v. een cassette-recorder kunnen gemakkelijk integrale zittingen opgenomen worden. De thans verkrijgbare apparatuur is meestal niet duur en eenvoudig te bedienen. Cliënten maken zelden bezwaar tegen het vervaardigen van opnames, mits men de bedoeling uitlegt en garanties biedt dat met het opgenomen materiaal discreet zal worden omgegaan. Ook kan toestemming gevraagd worden om opnames met een didaktische waarde te behouden; op deze manier kan instruktiemateriaal voor toekomstige therapeuten verzameld worden.

Bij het gezamenlijk beluisteren van de opnames kan de band worden stopgezet; de supervisor kan de therapeut aan de hand van concrete passages wijzen op fouten of aanmoedigen wegens een geslaagde interventie.

Aan de hand van het beschikbare materiaal kan de supervisor beter beoordelen of de alternatieven die hij voor moeilijke situaties weet te bedenken ook in de werkelijkheid van waarde zullen zijn. Het is mogelijk om de suggesties van de supervisor door middel van een rollenspel in te oefenen. Niet alleen het strategisch of therapeutisch probleem kan aan de orde komen, maar ook de gespreksvoering van de therapeut, de door hem gebruikte motiveringstechnieken of coalities die hij zonder het te weten heeft gesloten met een deel van het gezin.

De meeste therapeuten moeten enige weerstand overwinnen voor ze hun geluidsopname ter bespreking voorleggen. Dit blijkt ondermeer uit soms merkwaardige vergeetachtigheid zoals niet indrukken van de startknop, dichtdraaien van de volumeknop en andere mogelijkheden die het apparaat biedt om toch geen opname te maken.

De therapeut is dan ook in een kwetsbare positie. Ook geslaagde zittingen bestaan meestal voor het grootste deel uit zoeken en tasten en niet uit een aaneenschakeling van briljante invallen.

De supervisor dient er voor te zorgen dat het beluisteren van de banden geen demoraliserende aangelegenheid wordt. Kritiek dient in verteerbare hoeveelheden gegeven te worden, en waarderende opmerkingen zijn van groot belang.

Aanvankelijk is deze manier van superviseren meestal zeer arbeidsintensief. Om een zitting te bespreken is meestal meer dan de

zittingsduur aan tijd noodzakelijk. Na verloop van tijd kan de supervisie beperkt worden tot advies vragen over cruciale fragmenten en kunnen meerdere behandelingen in één sessie besproken worden. Een beperking van de geluidsopname is uiteraard dat het non-verbale deel van de interactie verloren gaat. Veelbetekende stiltes, waarbij felle blikken worden uitgewisseld, zijn op de band niet meer dan saai pauzes. Aan de hand van een dergelijke supervisie kan dan uiteraard alleen de verbale kant van therapie geëvalueerd worden. Evenals bij de voorgaande vorm kunnen d.m.v. geluidsbandjes alleen maar besprekingen achteraf plaatsvinden. Er kan nauwkeuriger vastgesteld worden wanneer en hoe iets misgegaan is, maar overleg is pas mogelijk als het kwaad al geschied is. De methode is vooral van waarde bij behandelingen die van een grotere moeilijkheidsgraad zijn dan de therapieën die met mondelinge rapportage voldoende kunnen worden besproken. Dankzij de directe controle, zij het met grote vertraging, die de therapeut heeft over de uitvoering van zijn adviezen, blijkt ook beter wat de feitelijke sterke en zwakke punten van de supervisant zijn.

3. Video-opnames:

Beeldbanden bieden de mogelijkheid van een volledige registratie. Voor deze winst aan informatie moet echter behoorlijk betaald worden. De aanschaf van een behoorlijke apparatuur is kostbaar. Als men gebruik maakt van een vaste camera-opstelling zonder cameraman verkrijgt men een saai beeld. Op het kleine beeldscherm gaan toch veel details van mimiek en dergelijke verloren. Er zijn verschillende typen van apparatuur en banden in omloop; banden kunnen meestal alleen maar afgespeeld worden op hetzelfde soort apparaat waarmee de opname gemaakt is. Men kan dus niet zo gemakkelijk met een video-bandje naar zijn supervisor stappen als dat met een audio-bandje geregeld kan worden.

Kortom, voor wie met een beperkt budget werkt, zal video-aparaatuur voorlopig nog geen vervangmiddel zijn voor geluidsopnamen. Het omslachtige en veeleisende karakter van deze voorziening maakt dat video-banden vooralsnog meer geschikt zijn voor het vervaardigen van instructie-opnames, dan voor routinematige supervisie.

4. Doorkijkspiegel:

Een zogenaamd "one-way screen" biedt de mogelijkheid dat een supervisie "in vivo" plaats vindt. Zonder dat hij gedwongen kan worden om zelf een actieve rol te spelen tijdens de sessie, is de supervisor getuige van het feitelijk verloop van de zitting. Dit kan nauwelijks een voordeel genoemd worden, als er niet de mogelijkheid bestaat om met de therapeut te communiceren en ongewenste ontwikkelingen te corrigeren of ontbrekende inspiratie aan te vullen. Hiervoor zijn verschillende oplossingen bedacht: een veelgebruikte mogelijkheid is telefonisch overleg, dat dan meestal uitgaat van de supervisor (cfr. Montalvo, 1973). Hoewel het zeker goed is om over een telefonische verbinding te beschikken tussen de therapiekamer en de observatiekamer, zijn we niet helemaal gelukkig met deze manier van overleg voeren. Vooral voor de supervisor kan het een moeilijke keus zijn of hij in een onbevredigend verlopen gesprek zal ingrijpen of liever wil afwachten of de therapeut alsnog een andere wending weet aan te brengen. Als bij het telefonisch overleg de supervisor niet snel begrijpt wat de therapeut voorstelt, dan bestaat het risico op een langdurig telefoongesprek. Het is soms voor de therapeut niet gemakkelijk om vrijuit te spreken en zijn eigen bedoelingen uiteen te zetten in aanwezigheid van de cliënten. De interventie en de suggesties van de supervisor kunnen dan als een storende onderbreking ervaren worden zonder dat de therapeut de mogelijkheid heeft om zijn bezwaren voldoende duidelijk te maken. Dit geldt a fortiori voor een eenzijdig communicatie middel van de supervisor naar de supervisor bestaande uit een gehoorapparaatje dat al dan niet

draadloos in verbinding staat met een microfoon waardoor de supervisor zijn voorstellen kan doorgeven.

Een alternatief, in navolging van Selvini-Palazoli (1977), bestaat er uit dat de therapeut met het gezin bij voorbaat afspreekt dat de zitting ongeveer halverwege voor een overleg van vijftien minuten onderbroken zal worden. De therapeut kan nu zelf het moment van het gesprek met de supervisor in de hand houden. Interventies waarover aarzeling bestaat kunnen opgespaard worden tot na het overleg. Ook de supervisor kan met een gerust hart de pauze afwachten om ontwikkelingen waar hij anders over denkt aan de orde te stellen. De wetenschap dat tijdens de onderbreking overleg plaats vindt, verhoogt vaak de ontvankelijkheid van het gezin voor de voorstellen die daarna gelanceerd worden. Een vrije discussie is mogelijk tussen de therapeut en zijn supervisor over de inhoud en de presentatie van de diverse interventies.

Om maximaal rendabel te zijn moet behalve dit tussentijds overleg ook een voorbespreking en een nabespreking met de supervisor plaats vinden. Dit betekent een zeer aanzienlijke investering van tijd, en tevens moeten de agenda's van alle betrokkenen met elkaar in overeenstemming gebracht worden. Het ligt voor de hand om deze werkwijze alleen te reserveren voor behandelingen waarvan de moeilijkheidsgraad ook een dergelijke omvangrijke inzet rechtvaardigt. In dergelijke situaties zal dan ook blijken dat de supervisor het ook niet altijd blijkt te weten, hetgeen een waardevolle aanvulling is op de eerder opgedane leerervaringen.

Nabeschuwing:

1. In het voorgaande hebben we de voor- en nadelen van een aantal supervisievormen genoemd, voor zover dit onze eigen ervaring met supervisanten betreft. Uit de beschrijving valt reeds op te maken dat we voorstanders zijn van toepassing van elk van de drie voornaamste methoden in een "getrapt"

systeem: De verbale rapportage aan de hand van sessie-verslagen vormt een uitstekend uitgangspunt voor routine besprekingen; met behulp van audio-opnames kan een meer indringende leersituatie worden gerealiseerd en is ook meer overleg tot in details mogelijk; via de nog meer arbeidsintensieve supervisie met de doorkijkspiegel is het ook mogelijk om de gang van zaken tijdens de zitting bij te sturen.

2. Het geven van supervisie heeft zijn aparte charmes. Als stuurman aan de wal krijgt men soms betere ideeën dan bij zijn eigen patiënten. Anderszijds zijn er ook supervisanten die vooral aanstekelijk werken in de richting van vaagheid gebrek aan inspiratie. Met name voor directieve therapie is het van belang dat de therapeut een lijn weet aan te brengen in zijn presentatie. Als dit lukt, is de verdere uitwerking van een therapeutische strategie soms iets dat vanzelf op zijn plaats lijkt te vallen. Als deze vaardigheid nog ontbreekt, zal vooral de verbale rapportage van weinig praktische waarde blijken.
- 3: Bij cliënten is het vaak erg nuttig om niet één, maar meerdere adviezen aan te bieden. (Zie motivering, deel I). Ook voor supervisanten kan het zeer waardevol zijn om hen de keuze aan te bieden tussen twee of meer alternatieve wegen. Dit maakt het voor de therapeut over het algemeen gemakkelijker om een benadering uit te kiezen die het best bij zijn eigen persoonlijkheid en die van de cliënt past. De supervisor die een dergelijke regel in de praktijk tracht te brengen, zal vanzelf de supervisie minder sturen naar zijn persoonlijke stokpaardjes.
4. Wanneer supervisanten met meerderen tegelijk supervisie ontvangen, dan is het aan te bevelen dat ze van ongeveer hetzelfde ervaringsniveau zijn. Het kan geen kwaad om onervaren therapeuten supervisiegesprekken van meer ervaren therapeuten bij te laten wonen, als niet de hele groep wordt opgehouden door het minst ervaren groepslid.

Met name bij het beluisteren van bandjes is het aan de supervisor om ook oog te hebben voor processen binnen de groep die degenen die zijn gesprekken laat beluisteren, zouden kunnen treffen.

5. Psychotherapeutische verenigingen kennen relatief veel punten toe aan het ontvangen hebben van supervisie, en relatief weinig aan het doen van therapie. Deze beslissing zal niet zonder beraad zijn genomen. Toch zal een verschuiving van de prioriteiten overwogen kunnen worden. Voor goede therapeuten zijn de cliënten de eigenlijke opleiders.

Referenties:

Haley, J. (1975), *Problem solving therapy*, London, Jossey-Bass.

Montalvo, B. (1973), *Aspects of live supervision*, *Famil. Process*, 12, 343 - 359.

Selvini-Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin & G. Prata, *Paradoxon und Gegenparadoxon* (1977), Stuttgart, Klett.

EEN SCHAAKKLOK ALS MIDDEL OM AGRESSIE BIJ RUZIEMAKENDE PAREN
DIRECT EN NONVERBAAL TE LATEN UITEN

Kees Hoogduin, april 1978

1. Inleiding

Bij de Nederlandse kampioenschappen snelschaak werd dit principe voor de eerste maal toegepast. Ad v.d. Berg en Hans Böhm speelden tegen elkaar (v.d. Berg, 1978). Böhm nu staat bekend als een onbetrouwbaar psychopatische rotzak, terwijl v.d. Berg zich het best laat typeren als een nerveus type. De twee schakers mochten elkaar al jaren niet. Böhm vond v.d. Berg een nerveus type, terwijl v.d. Berg alle verrichtingen van Böhm achter het schaakbord vol wantrouwen gadesloeg. V.d. Berg kwam in deze partij geleidelijk iets voor te staan en beiden geraakten in tijdnood. Nu wil het geval dat de corrupte Böhm nadat hij zijn zet gedaan had, met zijn vinger de knop van de schaakklok ingedrukt hield zodat v.d. Berg na zijn zet niet in staat was zijn klok stil te zetten en de klok van Böhm te laten lopen. Enfin, na enig duwen en trekken aan de schaakklok haalde v.d. Berg uit, waarna een ferme slagenwisseling volgde, waarna de partij door de wedstrijd-commissaris werd beëindigd. Volledigheidshalve zij hier nog vermeld dat beide spelers van verdere deelneming aan het toernooi uitgesloten werden.

Dit principe - 2 mensen die regelmatig ruzie hebben eindelijk eens met behulp van het "mobiliseren van de agressie" (Abraham, 1972) verder te helpen - blijkt bij de behandeling van ruziemakende paren zeer bruikbaar.

2. Praktische uitwerking

Men laat het paar plaatsnemen tegenover elkaar aan een klein tafeltje dat de afmetingen heeft van een schaaktafeltje. De therapeut geeft het paar het volgende advies:

U dient nu ruzie te maken, echter onder de condities dat degene die luistert zijn knopje van de schaakklok ingedrukt heeft, zodat degene die het meeste ruziet via de tijdsregistratie bekend wordt.

Wanneer er na enige tijd een flinke ruzie ontstaat, zal het om de beurt luisteren en op het knopje drukken, problemen geven. Ook het eerlijk drukken gaat moeilijk, omdat soms door elkaar gepraat wordt. Doordat de ruzies met handgebaren gepaard gaan (nl. het indrukken

van knopjes), ontstaat er spoedig een situatie waarbij de ruzie over het wel of niet goed indrukken van de knopjes gaat. Door b.v. tegelijkertijd op de knoppen te drukken, komt de patstelling waarin het paar zit ook concreet naar voren, waarna regelmatige een werkelijke slagenwisseling volgt.

3. Discussie

Nadat het paar met dit advies naar huis is gegaan, zijn er verschillende mogelijkheden:

1. Het paar wordt door de registratie met behulp van de schaakklok zo afgeleid dat ze een constructieve ruzie hebben. Ze leren naar elkaar te luisteren en de relatie wordt prima.
2. Het paar "ziet" de patstelling waarin ze verkeren doordat ze vastlopen in het ruziemaken over het knopjes-indrukken. Dit motiveert soms om met frisse moed een relatietherapie te starten. Ook hier is het ruziemaken geblokkeerd.
3. Het paar raakt slaags met elkaar.
 - 3.1 Een van de twee verdwijnt naar het ziekenhuis. Er is tijd gewonnen; met de overgeblevene kan een verdere strategie voor de behandeling besproken worden. Eventuele schuldgevoelens kunnen geutiliseerd worden.
 - 3.2 Een van de twee (degene die het meest slaag heeft gehad) neemt het niet langer en vertrekt. Op deze wijze wordt op eenvoudige wijze (vgl. de proefscheiding, Hoogduin & Van Dijck, 1976) een effectieve separatie bewerkstelligd. Hierna kan de echtscheiding verder begeleid worden.
(De therapeut dient wel op de hoogte te zijn van de adressen van wetswinkels en advocaten om de cliënten goed te kunnen adviseren indien de geslagene een aanklacht indient).

4. Slot

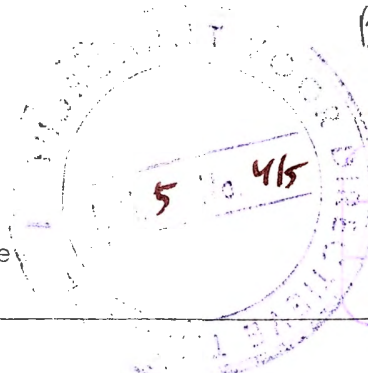
In dit artikel wordt een eenvoudige procedure beschreven om ruziemakende paren te helpen bij hun relatieproblematiek. Van belang is echter de de procedure door de cliënten thuis en niet bij de therapeut in de spreekkamer te laten uitvoeren. Een nog onervaren therapeut paste de beschreven strategie toe in zijn spreekkamer bij een zeer ruziemakend paar. Na enige slagenwisselingen stelde het paar de therapeut verantwoordelijk

voor de gang van zaken. We zijn nu twee maanden verder; de behandelende artsen hebben hem nog steeds volledige bedrust voorgeschreven. Van enig levensgevaar is gelukkig op dit moment geen sprake meer.

Referenties:

Abraham, R. (1972): Persoonlijke mededeling
Berg, A.J. v.d. (1978): Persoonlijke mededeling
Hoogduin, C.A.L. & R. Van Dijck (1976):
 De Proefscheiding,
 T.D.T. 4 (1), 5 - 11





92

d. n. pudshoorn
Tl 49
slingelandseweg 52
giessenburg

Modellen in de (kinder)psychotherapie

Richard Van Dijk

Voordracht voor de vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie te Utrecht, 13 april 1978.

Dames en heren,

Het thema dat ik in deze inleiding met u wil bespreken is dat van het bestaan van een groot aantal scholen en richtingen binnen de psychotherapie zowel voor kinderen, jeugdigen als volwassenen. Op de vraag, hoe om te gaan met deze toenemende diversiteit, wil ik kort twee mogelijkheden noemen die maar in beperkte mate een antwoord kunnen vormen op deze ontwikkeling nl. ten eerste negeren van wat zich aan nieuwe richtingen voordoet en ten tweede pogingen om tot een integratie van zoveel mogelijk therapeutische stromingen te komen. Verder wil ik, mede aan de hand van een aantal voorbeelden, een derde mogelijkheid illustreren om gebruik te maken van de veelheid van modellen die ons als therapeuten ter beschikking staan. Op deze derde mogelijkheid, die van het eclecticisme, wil ik uitvoeriger ingaan. De hoofdlijn van mijn betoog zal zijn dat dit eclecticisme vruchtbare mogelijkheden biedt, mits het ondersteund wordt door een verantwoorde beslissingsstrategie en niet een bonte verzameling is van losstaande elementen. Een dergelijke beslissingsstrategie, die gebaseerd is op taxatie van symptomatisch gedrag, wil ik u voorstellen. Tenslotte heb ik een aantal consequenties van dit betoog samengevat in een viertal stellingen t.b.v. de verdere discussie. Tot zover de inleiding, en een overzicht van wat u voor de koffiepauze nog te wachten staat.

Ik wil nu beginnen met een aantal opmerkingen over de veelheid van psychotherapeutische richtingen. Er zouden nu reeds meer dan 140 psychotherapeutische systemen geïnventariseerd zijn. Enkele jaren geleden was er nog maar sprake van een kleine 40 therapiesystemen. Het zal niemand verwonderen dat deze enorme groei voor een gedeelte niet meer dan schijn is. Vaak is er sprake van niet meer dan kleine variaties op bekende thema's of oude wijn in nieuwe zakken. In sommige zakken zit bovendien erg weinig wijn. Liever dan namen en voorbeelden te noemen van therapeutische systemen die mijns inziens kunnen genegeerd worden, wil ik enkele criteria opsommen die bij een eerste screening van nut kunnen zijn:

1. Vaak is het slechts één enkele gedachte, die dan nog uit een andere, ruimere theorie afkomstig kan zijn, die uit z'n verband wordt gelicht en tot alles verklarend principe wordt verheven. Een tamelijk populair vertrekpunt voor een dergelijke symplistische benadering is b.v. het geboortetrauma. Dergelijke, in hun theoretische fundering uiterst beperkte therapiesystemen, kunnen beter niet als een aparte richting, maar als een kleine variatie beschouwd worden.
2. Een tweede categorie die we zonder al te veel risico's kunnen negeren, wordt gevormd door de therapeutische systemen die berusten op het onnavolgbare, en soms wat eigenaardige optreden van één bepaalde therapeut. Bizarre gedragingen van therapeuten leidt overigens regelmatig tot schoolvorming, maar de levensduur van deze scholen is vaak zeer beperkt.

Aan de andere kant kunnen we ook een aantal punten noemen op grond waarvan we kunnen verwachten dat bepaalde therapeutische systemen wel degelijk de aandacht verdienen, die ze in veel gevallen al reeds hebben. Ik denk daarbij aan de volgende criteria:

1. Ten eerste: een ruim scala van psychopathologische fenomenen kan althans theoretisch verklaard worden.

2. Ten tweede: er is ook een verklaring voor de diversiteit van klinisch observeerbare beelden.
3. Ten derde: er bestaan empirische gegevens waaruit blijkt dat het toepassen van de beschreven therapievorm effectief is.

Men kan met deze, en met nog beter uitgewerkte criteria een verzameling aanleggen van therapiesystemen die voldoende waardevolle elementen bevatten om ze te behouden, en die inderdaad genoeg van elkaar verschillen om ze als werkelijk afzonderlijke entiteiten op te vatten. Een dergelijke inventaris heb ik overigens niet gemaakt, maar ik wil alleen het rotsvaste vertrouwen uitspreken dat we dan op een aanzienlijk kleiner getal dan de genoemde 140 zouden uitkomen. De vraag is nu wat we dan met het bekroonde vijf- of zestal of misschien wel tiental verder aan moeten. In Nederland zou men de situatie als volgt kunnen omschrijven: naar analogie van politieke en godsdienstige belevingen hebben psychotherapeuten zich voor een gedeelte verenigd in enkele zuilen. Binnen deze zuilen wordt opleiding gegeven en supervisie verzorgd. Hiervoor kan men punten krijgen, en wie genoeg punten bij elkaar heeft kan ook lid worden van de algemene vereniging, waarin de verschillende zuilen vertegenwoordigd zijn. Hoewel gelijktijdig lidmaatschap van verschillende zuilen wordt aangemoedigd, en eenkennigheid in de psychotherapeutische voorkeur met strafpunten wordt ontmoedigd, is er nog geen opleiding tot "algemene psychotherapeut" uit deze oecumenische vereniging tot stand gekomen. Het ontwikkelen van een geïntegreerd model is kennelijk niet eenvoudig, maar het is natuurlijk ook niet bevredigend dat het aan elke toekomstige psychotherapeut zelf wordt overgelaten om, nadat hij heeft kennisgenomen van diverse soorten psychotherapie, maar een persoonlijke voorkeur te ontwikkelen of een eigen "blend" of "mixture" in het vat te laten rijpen en op de markt te brengen. Nu de traditie voorbij is dat men voor het leven een keuze deed voor één van de psychotherapeutische hoofdrichtingen, maar men vanaf het begin van de opleiding wordt geconfronteerd met verscheidenheid en tegenstrijdigheid, zal ook de behoefte groeien om enige lijn te zien in benade-

ring die op het eerste gezicht weinig met elkaar in overeenstemming zijn. Niet alleen vanuit de praktische behoefte van de therapeut zal deze vraag naar onderlinge samenhang en vergelijkbaarheid toenemen, maar ook vanuit de onderzoekskant. Uit het overzichtsartikel van Luborsky, waarin hij op hun methodologische kwaliteiten geselecteerde onderzoeken heeft verzameld, lijkt dat wanneer verschillende vormen van therapie zoals groepstherapie versus individuele therapie of langdurige therapie versus kortdurende therapie of gedragstherapie versus psychotherapie met elkaar twee aan twee vergeleken worden, de overwegende conclusie is: de resultaten zijn veelal hetzelfde. Luborsky gaf daarom aan zijn artikel een ondertitel uit Alice in Wonderland mee: is het waar dat ze allemaal gewonnen hebben en allemaal de eerste prijs moeten krijgen. Als alle vormen van psychotherapie ongeveer dezelfde resultaten opleveren, dan zou het wel eens kunnen dat de feitelijk werkzame bestanddelen niet moeten gezocht worden in de kenmerken die therapeuten van elkaar onderscheiden, maar in de kenmerken die ze gemeenschappelijk hebben. Alle theoretische verschillen zouden dan maar bijzaak zijn en wat werkelijk zoden aan de dijk zet zijn specifieke factoren zoals tijd beschikbaar stellen, luisteren, hoop verschaffen en dergelijke meer.

Frank heeft psychotherapie vanuit deze invalshoek benaderd en een aantal goede argumenten genoemd om niet al te zwaar te tillen aan het belang van datgene wat verschillende vormen van therapie van elkaar onderscheidt.

Behalve dat de belangstelling groeit voor specifieke, of gemeenschappelijke factoren, kan men ook vaststellen dat er binnen diverse therapierichtingen convergerende of naar elkaar toe groeiende tendensen te onderscheiden zijn, niet alleen in de praktijk, maar ook op het gebied van theorievorming. Zo is het opvallend dat binnen de psychoanalyse een sterke belangstelling is ontstaan voor de egopsychologie ten koste van een meer eenzijdige benadering vanuit driftpsychologie. Inmiddels is binnen de gedragstherapie sterke interesse ontstaan voor cognitieve factoren en "imagery" of fantasie als factor bij het ontstaan en het behandelen van klachten. Met verschillende ideeën in het achter-

hoofd, maar met een vergelijkbare mate van interesse hebben therapeuten met een psychoanalytische, gedragstherapeutische, Rogeriaanse, of systeemtheoretische voorkeur zich gestort op de gezins therapie, en elke benadering heeft ook haar variant in de sector groepstherapie. De vraag is of men deze ontwikkelingen kan extrapoleren en een fusie van de verschillende zuilen op komst is. Pogingen tot een geïntegreerde benadering worden wel degelijk ondernomen, en om bij Nederland te blijven en een onderwerp te noemen dat betrekking heeft op jeugd, wil ik als voorbeeld de artikelen van Van der Eyken over anorexia nervosa in het tijdschrift voor psychotherapie van 1977 aanhalen. Deze auteur onderneemt, naar mijn gevoel, een geslaagde poging om een aantal psychoanalytische, leertheoretische en systeemtheoretische gegevens in een model onder te brengen en hij koppelt daaraan verschillende therapeutische voorstellen. Dit noemt hij weliswaar een gedragstherapeutische visie, maar zijn voorstellen gaan naar mijn mening het referentiekader van de gedragstherapie ruim te buiten.

Zonder twijfel kunnen nog belangrijke ontwikkelingen verwacht worden, zowel bij verdere pogingen tot het ontwikkelen van geïntegreerde modellen, als bij pogingen om meer systematisch de gemeenschappelijke en specifieke factoren van psychotherapie in kaart te brengen. We kunnen echter verwachten dat er grenzen zijn aan hetgeen men kan bereiken door het verder tot ontwikkeling brengen van specifieke factoren. Wie in de praktijk werkzaam is, heeft in elk geval regelmatig sterk het gevoel dat het er op sommige momenten beslist wel toe doet dat men benadering A. dan wel benadering B. toepast. Dit gevoel wordt nog versterkt door de eveneens algemene ervaring dat een wat moeizaam lopende behandeling ineens op gang kan komen nadat de therapeut, b.v. naar aanleiding van een supervisiegesprek, enkele veranderingen heeft aangebracht in zijn aanpak. Het kan dan wel voor groepen en gemiddelden juist zijn dat met uiteenlopende therapievormen ongeveer gelijkwaardige resultaten bereikt wordt, dit sluit niet uit dat er in individuele gevallen toch goede redenen kunnen zijn om een bepaalde

aanpak boven een andere te verkiezen. Het is wel waarschijnlijk dat het aantal situaties waarin een zeer uitgesproken keuze gerechtvaardigd is, misschien veel kleiner is dan eerder werd aangenomen. Kort samengevat: het is ongetwijfeld een nuttige onderneming om de algemene en specifieke factoren van psychotherapie verder te onderzoeken, en ze in trainingsprogramma's op te nemen, maar het is onwaarschijnlijk dat dit zal kunnen resulteren in een effectieve therapeutische "eenheidsworst", die verdere specifieke benaderingen overbodig maakt.

Ook aan de mogelijkheden van verdere pogingen tot integratie kunnen we bij voorbaat begrenzings verwachten. Dit hangt dan vooral samen met het feit dat verschillende theoretische systemen betrekking hebben op verschillende niveau's van analyse. Een individu kan worden beschreven als een gezinslid, als een verwerker van externe stimuli of een wezen waarvan de beleavingswereld vooral de kenmerken draagt van een bepaalde ontwikkelingsfase. De resultaten van deze verschillende invalshoeken kunnen best strijdig zijn met elkaar, of ~~dat~~ uiteenlopende conclusies en therapeutische richtlijnen leiden, die elk in bepaalde gevallen wel adequaat en in andere gevallen weer niet adequaat zijn, of in sommige gevallen ~~van~~ het resultaat indifferent zijn. Het is natuurlijk een wat vreemde situatie dat het gedrag van één bepaald individu, zeg maar een kind dat last heeft van nachtelijke angsten, op zeer verschillende en zelfs tegenstrijdige manieren verklaard en ook behandeld kan worden. Dat kind lijkt op het oog toch uit één stuk te bestaan, dus geïntegreerd te zijn, waarom kan de theorievorming erover dan ook niet uit één stuk bestaan? Het vermoedelijke antwoord is, dat het kind, en overigens volwassenen net zo, helemaal niet uit één stuk zijn, althans wat betreft het psychisch functioneren. Strijdigheden tussen de regels van het gezinsleven, regels van ontwikkelingsfasen of leerprocessen doen zich niet alleen op theoretisch niveau maar ook in de werkelijkheid voortdurend voor, en zonder deze conflicten of paradoxen zou er wellicht geen psychotherapie nodig zijn.

De conclusie lijkt dus te zijn dat voor een belangrijk deel verschillende therapeutische systemen toch wel als vreemden naast elkaar zullen blijven bestaan, en dat een geïntegreerde aanpak niet goed mogelijk lijkt. Het voortbestaan van een wat rigiede zuilensysteem is overigens ook weer geen erg aantrekkelijk vooruitzicht. Dit brengt ons bij de derde oplossing, die van het eclecticisme. Dit houdt in dat men onderdelen ontleent aan verschillende benaderingen, en deze op pragmatische, zo men wil opportunistische, gronden gaat toepassen naar gelang de eisen van het geval. Deze aanpak is helemaal niet nieuw, wordt al jaren druk beoefend maar heeft een wat twijfelachtige reputatie. Het aantal eclecticisch werkende therapeuten overtreft waarschijnlijk het aantal therapeuten dat zich tot de orthodoxe vertegenwoordigers van een bepaalde richting rekent. Maar het lijkt alsof de orthodoxen qua reputatie en in elk geval qua publicaties een heel eind voor liggen. We zouden er echter veel aan kunnen hebben als er regels en richtlijnen te bedenken zijn om elementen uit verschillende therapiesystemen te combineren dan wel te weten in welke situatie de één boven de ander prioriteit verleend moet worden. Er zijn in elk geval manieren om eclecticisch te werken die terecht met een scheef oog worden aangekeken: één zou ik de bonte lappendeken willen noemen, de andere de kip zonder kop. Om met het laatste te beginnen: een enigszins gechargeerde beschrijving van deze werkwijze zou als volgt zijn: de therapeut begint de zitting op een Rogeriaanse, non-directieve manier, geeft halverwege enkele duidingen en sluit de sessie af met een paar gedragsadviezen. Omdat de meeste neurotische verschijnselen uit zichzelf een gunstige prognose hebben, loopt dit vaak toch nog goed af. Het tweede wat twijfelachtige procedé, dat van de bonte lappendeken, bestaat eruit dat men een cliënt gelijktijdig bloot stelt aan verschillende therapievormen, met verschillende doelstellingen en verschillende werkwijzen, toegepast door verschillende therapeuten. Met deze vorm van eclecticisme kan men helemaal up to date zijn wat betreft het toepassen van modieuze therapievormen, maar afgezien van het feit dat deze benadering kostenverhogend is, zal ze ook verwarring in de hand werken bij cliënt en staf, die zelfs met vele vergaderuren nog nauwelijks bij te houden is. Met name bij residentiële behandelingen, waar

gezorgd moet worden voor een gevuld dagprogramma en weekprogramma, is het risico levensgroot dat diverse stafleden, met overigens de beste bedoelingen, elkaar gaan tegenwerken in deeltherapieën die waren opgezet als elkaar aanvullende programma's.

Kortom, een voorkeur voor een eclecticische i.p.v. een sectarische benadering ontslaat niet van de plicht om na te denken, integendeel, juist wanneer men heterogene elementen met elkaar wil verenigen moet men erg goed weten wanneer en waarom men dat doet. Over dit wanneer en waarom heb ik een aantal voorstellen die ik u wil voorleggen. Het zijn er niet meer dan drie, dus het spreekt vanzelf dat hiermee nog maar een klein gedeelte van het terrein wordt besproken. Mijn voorstellen blijven beperkt tot elementen uit drie modellen: overwegingen afkomstig uit de communicatie- en systeemtheorie, voorstellen op grond van de leertheorie, en overwegingen op grond van een psychodynamische gedachtengang. Hiermee wil ik niet aangeven dat wat buiten deze drie richtingen valt, niet de moeite waard is om in de overwegingen te betrekken, maar voor dit voorstel, dat voor de praktijk bedoeld is, heb ik me bewust beperkt tot constructies waar ik in de praktijk ook zelf mee omga. Verder is het zo dat deze voorstellen vrij algemeen zijn bedoeld: ik heb als voorbeeld voor deze gelegenheid symptomatisch gedrag bij kinderen als uitgangspunt gekozen, maar dezelfde overwegingen zouden ook kunnen opgevoerd worden als het om symptomatisch gedrag bij volwassenen zou gaan. Als laatste mededeling vooraf wil ik nog noemen dat hetgeen volgt alleen betrekking heeft op een beslissingssituatie waarin psychotherapie een reële mogelijkheid moet geacht worden: daarmee bedoel ik ondermeer dat organische pathologie uiteraard moet uitgesloten zijn en dat de bereidheid om op vrijwillige basis aan een behandeling deel te nemen in principe aanwezig moet zijn.

Het voorstel zelf bestaat eruit dat men een taxatie, of zo men wil diagnose of interpretatie of analyse van het symptomatisch gedrag uitvoert achtereenvolgens vanuit drie vraagstellingen of hypothesen: de eerste daarvan luidt: Is het symptoom op te vatten als een signaal? Zo ja, dan worden een aantal maatregelen geïnspireerd op de communica-

tietheorie voorgesteld; zo nee, gaan we over tot de vraag of het symptoom best kan opgevat worden als een onderdeel van een zich herhalende sequens^{tie}; dit leidt tot maatregelen gebaseerd op leertheorie en systeemtheorie. Indien hieruit geen nieuwe mogelijkheden ontstaan, dan gaan we over tot de volgende werkhypothese, die inhoudt dat het symptoom een "coping mechanism", dit wil zeggen een adaptief gebeuren dat onder meer gericht is op het vermijden van alternatieven. Hierbij komen onder meer ook psychodynamische overwegingen aan de orde.

Ik wil nu eerst ingaan op elk van deze werkhypothesen afzonderlijk, met de daaraan gekoppelde voorstellen om therapeutische veranderingen op gang te brengen. Daarna wil ik ingaan op de redenen waarom juist deze volgorde wordt voorgesteld.

Laten we beginnen met het symptoom als signaal: Vanuit de communicatietheorie wordt gesteld dat ieder gedrag, dus ook symptomatisch gedrag, kan worden opgevat als een boodschap aan de omgeving. Symptomatisch gedrag is daarbij nog een bijzondere vorm van communiceren omdat als regel iets tot uitdrukking wordt gebracht dat tevens op een ander niveau, b.v. op verbaal niveau, wordt tegengesproken. Voor deze tegenstrijdige manier van communiceren wordt als omschrijving de term "paradoxale communicatie" gebruikt. Dit betekent dus a priori dat het niet zal gaan om duidelijke, heldere boodschappen, integendeel, symptomatisch gedrag is per definitie een dubbelzinnige, indirecte en onduidelijke manier van communiceren. Nemen we als voorbeeld een meisje in de puberteit dat wordt aangemeld wegens spijbelen van school. Als dit al een manier is om iets te communiceren is de vraag niet alleen wat de boodschap dan precies inhoudt, maar ook tot wie ze gericht is. Is dit een mededeling die bestemd is voor de ouders, of voor de school of voor beiden. Is het een specifieke of een specifieke boodschap? Met een ander voorbeeld kan dit onderscheid duidelijk gemaakt worden: een vijfjarig jongetje dat voorheen zindelijk was, begint in de loop van een verbouwing, waardoor het huis langdurig in een chaos is herschape en het gezinsleven behoorlijk ontregeld is, opnieuw met plassen en poepen in de broek. Dit verdwijnt meteen nadat hij uit logeren wordt gestuurd en niet meer geconfronteerd wordt met het prikkelbare humeur van zijn ouders en de rommelige situatie

thuis. Men kan, zo men wil, in deze vuile broeken een krachtige en grote "boodschap" lezen aan het adres van de ouders, maar men kan in deze gebeurtenissen ook een specifieke reactie zien op de stress-situatie die is ontstaan door de uit de hand gelopen verbouwing. Het symptoom is dan niet zozeer op te vatten als een mededeling of een boodschap met een specifieke inhoud, maar meer als een alarmsignaal, een rood lichtje dat gaat branden, en waarmee wordt aangegeven dat een bepaalde situatie niet meer kan verdragen worden. Dit brengt ons bij een eerste-hulpvraag in het taxatieproces: is er in de actuele situatie een moment van stress aan te geven, dat het aannemelijk maakt dat wat voor symptomatisch gedrag dan ook gaat optreden. Men kan hierbij denken aan diepgaande, maar ook minder dramatische verstoringen van de dagelijkse gang van zaken en ook aan de onvermijdelijke veranderingen die samengaan met de levenscyclus van het individu of van het gezin. Hiermee worden zowel ingrijpende veranderingen zoals geboorte van een nieuw gezinslid of overlijden binnen het gezin bedoeld als minder verstrekkende gebeurtenissen zoals de eerste schooldag. Niet alleen wanneer dergelijke gebeurtenissen zich in het recente verleden hebben afgespeeld, maar ook wanneer ze nog moeten gebeuren en tot de onmiddellijke toekomst behoren, kunnen zich reactief te noemen symptomen voordoen. Wanneer we redenen gevonden hebben om een symptoom als een dergelijk specifiek alarmsignaal op te vatten, dan staan ons nog verschillende wegen open om de situatie bij te sturen. Over het algemeen kunnen we werken vanuit een tamelijk optimistisch perspectief: een welomschreven moment van belasting kan ervoor verantwoordelijk worden gesteld dat het gedrag tijdelijk problematisch is. In sommige situaties zoals de genoemde verbouwing of b.v. een verhuizing, vallen praktische maatregelen zoals logeerpartijen te bedenken die rechtstreeks een vermindering van de stress betekenen. In de meer structurele veranderingen die behoren tot de levenscyclus van het individu of het gezin, kan een dergelijke aanpassing van de situatie uitgesloten zijn. Dit is b.v. het geval als een kind klachten gaat vertonen naar aanleiding van een echtscheiding van zijn ouders. Een bruikbare therapeutische doelstelling in dergelijke onontkoombare belastende situaties kan zijn:

het maximum aan solidariteit en begrip mobiliseren vanuit de omgeving, en wanneer de mogelijkheden daartoe zeer beperkt zijn, kan getracht worden in de therapeutische situatie daarvoor een tijdelijk substituut te bieden. Men moet daarbij trachten het risico te vermijden dat de therapie en de werkelijkheid twee aparte werelden worden, de één van ellende en de ander van begrip. Maar zulke situaties heeft men vaak niet in de hand, en dit risico is beslist niet altijd te vermijden.

De tweede mogelijkheid, binnen een model waarin symptomen worden opgevat als gebeurtenissen met een communicatieve waarde, is die van een meer gerichte boodschap. Niet een specifiek alarmsignaal dus, maar een mededeling, zij het een soms moeilijk te ontcijferen geheimschrift. Wanneer we teruggaan naar het voorbeeld van het spijbelende meisje, kunnen we ons gaan afvragen hoe we deze boodschap moeten decoderen en voor wie ze bestemd is. Een goede vuistregel is: de boodschap is bestemd voor wie ze niet begrijpt. Deze misschien wat cryptische uitspraak kan als volgt toegelicht worden: kennelijk is er een relatie waarin een openlijke, directe en verbale manier om een probleem aan de orde te stellen, niet goed mogelijk is. In een dergelijke relatie zal men zijn toevlucht zoeken in symptomatisch gedrag als communicatiemiddel. Heeft dit kind een goede relatie met de ouders, maar een slechte met de school, dan zal het waarschijnlijk zijn ongenoegen over de school op een meer directe manier kenbaar maken aan de ouders dan door stiekem te spijbelen. Is de relatie met de school of een vertrouwensfiguur op de school, beter dan de relatie met de ouders, dan bestaat de kans dat daar openlijker manieren gehanteerd worden om problemen aan de orde te stellen. Overigens blijft het bij thuiswonende kinderen altijd een goede gok om in eerste instantie aan te nemen dat de ouders de bestemmingen van de boodschap zijn. De volgende vraag is dan naar de betekenis van deze mededeling. Twee interpretaties zijn vaak geldig: het probleemgedrag kan opgevat worden als een protest of het is een metafore manier om iets tot uitdrukking te brengen. Het protest is eventueel een represaille voor teleurstellingen die de ouders worden aangerekend. Metafore mededelingen zijn vooral bij kinderen vaak tamelijk doorzichtig,

zoals klachten over hoofdpijn bij studieproblemen.

De therapeut kan kiezen voor verschillende optieken als hij tot de conclusie komt dat het symptoom als communicatiemiddel moet opgevat worden: enerzijds kan hij ingaan op het feit van de onduidelijke manier van communiceren zelf. Hij kan zijn conclusies over het symptomatische gedrag expliciet aan de orde stellen en met het gezin een discussie hierover aangaan. Hij kan er daarbij naar streven om op een didactische manier een meer directe en duidelijke vorm van communiceren bij te brengen. Pogingen in die richting kunnen zinvol zijn als blijkt dat een vage, onduidelijke manier van communiceren niet alleen voor de symptoomdrager maar ook voor de andere gezinsleden, vooral de ouders, kenmerkend is. De therapeut werkt dan vanuit de veronderstelling: er is onduidelijkheid, er zijn veel misverstanden, en dit verklaart het symptomatisch gedrag. Wanneer de misverstanden opgehelderd zijn, dan zal het symptomatisch gedrag wel achterwege blijven. Een dergelijke gedachtengang lijkt alleen een kans op succes te hebben als de therapeut tevens kan aannemen dat iedereen wel van goede wil is, dat de ~~af~~ affectieve relaties binnen het gezin van die aard zijn dat een verduidelijking niet tot explosies maar tot beter begrip zal leiden. Indien dit niet het geval is, kan beter voor een meer indirecte weg gekozen worden: de therapeut stelt zijn conclusies niet expliciet aan de orde, maar probeert voorwaarden te scheppen waardoor met het signaal wordt rekening gehouden, zonder dat het als zodanig ter discussie wordt gesteld. Dit zou b.v. kunnen inhouden dat men een andere schoolkeuze overweegt, maar ook dat er meer gezamenlijke gezinsactiviteiten worden aangemoedigd of dat de bemoeienis van één van de ouders met het kind wordt opgevoerd of juist verminderd. Men zou dit kunnen samenvatten als eenvoudige herstructurende maatregelen. Nog steeds is dan de veronderstelling dat het symptoom geen andere functie heeft dan een probleem te signaleren, en als voor dat probleem een oplossing wordt aangeboden, het symptoom ook weer overbodig zal worden, en zelfs verdwijnen. Deze veronderstelling kan te optimistisch zijn, er kunnen nog meer redenen zijn waarom een symptoom blijft voortduren, of gaande weg erger wordt. Dit brengt ons bij het tweede model, dat van het symptoom als onderdeel van een

Q

Q

sequens, of keten van gebeurtenissen.

Soms beginnen klachten vrij onschuldig, als begrijpelijke reactie op een nare gebeurtenis, maar vervolgens blijven ze voortduren, lang nadat de aanleiding verdwenen lijkt te zijn, of ze worden zelfs gaande weg erger, ook nadat de aanvankelijke stresstoestand geheel is opgeklaard. Men hoort dan typische verhalen, vaak met een dramatisch begin, eventueel een lichamelijke ziekte of een ziekenhuisopname en probleemgedrag dat daarna chronisch en steeds hardnekkiger lijkt te worden. Systeemtheoretische en leertheoretische overwegingen kunnen hier vaak verheldering brengen. Beide beschouwingen hebben gemeenschappelijk dat het gedrag in eerste instantie wordt opgevat als een onderdeel van een reeks of sequentie. Onderzocht wordt wat aan het probleemgedrag vooraf gaat en wat er op volgt vanuit de leertheoretische hoek wordt een dergelijke gedragsanalyse in termen van bekrachtigingspatronen beschreven, in de systeemtheorie is er sprake van interactiepatronen die als stabiel of homeostatisch dan wel als labiel of escalerend worden getypeerd. Zowel in de leertheorie als de systeemtheorie geldt dat niet zozeer aandacht wordt besteed aan de inhoudelijke betekenis van symptomatisch gedrag, dan wel aan terugkerende patronen die in de tijd een samenhang vertonen en blijven vertonen met het optreden van de symptomen. Het zoeken is dan ook niet zozeer naar ingrijpende traumatische gebeurtenissen, maar eerder naar zich steeds herhalende, eventueel banaal lijkende gebeurtenissen. Verder zijn er ook talrijke verschillen aan te geven tussen deze beide benaderingen, maar in dit kader wil ik me vooral richten op de gemeenschappelijke punten. Om terug te keren naar het spijbelende meisje: vanuit beide optieken zal de therapeut geïnteresseerd zijn in de reacties van de ouders op het spijbelen van hun dochter. Misschien dat de bezorgdheid en de persoonlijke gesprekken die de moeder n.a.v. het spijbelen met haar dochter heeft, juist een bekrachtiging vormen. Misschien dat de onenigheid tussen de ouders over de beste aanpak van hun dochter nog hun enige gespreksstof is of misschien volgt het spijbelen vooral op heftige ruzies tussen de ouders en misschien schuiven

zij dan hun conflicten tijdelijk opzij zodat het spijbelen een onderdeel vormt van een evenwichtstoestand of homeostase. Zowel vanuit de leertheorie als vanuit de systeemtheorie kan men dan maatregelen bedenken die erop gericht zijn om patronen te wijzigen. In de gedragstherapie is vooral sprake van het aanleren van alternatief gedrag met behulp van allerlei vormen van bekrachtiging. Vanuit de systeemtheorie wordt vaak als doel gesteld om het bestaande patroon te doorbreken, te blokkeren of moeilijk uitvoerbaar te maken om aldus de betrokkene min of meer te dwingen om zelf alternatieven te ontwikkelen. In beide gevallen werkt de therapeut vanuit de veronderstelling dat het vermogen om nieuwe patronen te volgen, aanwezig is of geactiveerd kan worden en dat alternatieven voor het symptomatisch gedrag benut zullen worden als ze gecreëerd zijn. Ook deze gedachtengang kan onjuist blijken.

Dit brengt ons bij het derde model. Het symptomatisch gedrag wordt niet alleen in stand gehouden door bekrachtigingspatronen of interactiepatronen maar het is op een bepaald moment een "coping mechanism" of een aanpassingsstrategie die een zekere veiligheid moet bieden. Alternatieven worden niet in dank afgenomen, maar actief tegengewerkt. Deze tegenwerking kan zowel van de symptoomdrager als van andere gezinsleden afkomstig zijn. Het symptoom is kennelijk noodzakelijk om een interne of interpersonele evenwichtstoestand te handhaven. Dergelijke overwegingen worden in de psychodynamische of de gezinsdynamische benadering verder uitgewerkt. Bijvoorbeeld bij anorexia nervosa is de weerstand om tegen het uitproberen van andere gedragsvormen duidelijk herkenbaar. Het feit dat de therapeut deze weerstand onderkent, betekent uiteraard dat hij het opportuun zal vinden om die ter sprake te brengen. Langs indirecte wegen, via spelletjes of via metaforen kan een veilige verandering gesuggereerd worden. Dit lukt meestal alleen wanneer in ruime mate tijd wordt uitgetrokken en met kleine, haalbare stapjes gewerkt wordt.

Dit brengt me bij de redenen om de voorgestelde uitgangspunten in de genoemde volgorde te plaatsen. Er is een duidelijke lijn herkenbaar van meer optimistische uitgangspunten naar minder optimistische uitgangspunten, van minder arbeidsintensieve werkwijzen naar meer arbeidsintensieve werkwijzen, van eenvoudige doelstellingen naar meer complexe doelstellingen. Ik geloof dat de therapeut zijn cliënt er een dienst mee bewijst door een dergelijke volgorde in zijn overwegingen aan te houden. Vaak is het zo, dat als men er a priori vanuit gaat dat de behandeling moeilijk zal zijn en alleen na lange tijd een kans op slagen heeft, hiermee een self fulfilling prophecy in gang gezet wordt, omdat men verzuimt om maatregelen te nemen die op korte tijd soulaas zouden kunnen bieden.

Tot slot wil ik nog enkele opmerkingen maken over de taxatieprocedure die hier wordt voorgesteld. Het is uiteraard niet nodig om al de opeenvolgende mogelijkheden werkelijk uit te proberen; het kan vanaf het begin duidelijk zijn dat de eerste, maar ook de tweede veronderstelling niet zal volstaan. Ook is er sprake van een aanzienlijke mate van overlapping tussen de drie modellen. Een bepaald symtoomgedrag kan zowel een communicatieve inhoud hebben, als onderdeel zijn van een bekrachtigingspatroon en bovendien een adaptieve functie hebben. Ik geloof dat als de derde veronderstelling opgaat, de beide andere ook wel opgaan, maar niet omgekeerd: wat bij lichte problemen te vinden is, kunnen we bij zware problemen ook nog terugvinden, andersom niet.

Ik heb geen poging gedaan om volledigheid na te streven bij het noemen van therapeutische technieken. Het was er mij meer om te doen om een rangorde aan te geven in de uitgangspunten waarop therapeutische technieken gebaseerd kunnen zijn. In de meeste gevallen heb ik wel als uitgangspunt een gezinscontext aangehouden. Ik ben van mening dat dit, vooral bij kinderen, een zeer zinvolle gedachtengang is. Ook wanneer men beslist om de therapie op individuele basis voort te zetten, en daar is best regelmatig aanleiding toe, is men in feite bezig aan een indirecte gezinsbeïnvloeding. Het is een goed principe om vanaf het begin een indruk te vormen over de richting die deze

beïnvloeding zal aannemen.

Ik wil eindigen met een parafraze op een Engels gezegde dat een eclectische gedachtengang nog eens kort samenvat:

Veel theorieën zijn geldig in veel gevallen.

Geen theorie is geldig in alle gevallen.

In sommige gevallen is geen van de theorieën geldig.



Hoop

Dijck & Ouds (1978) snijden een belangrijk thema aan, met hun artikel over specifieke therapeutische factoren. Vooral hun weergave van de ideeën van Frank sprak mij aan.

Ook Rabkin (1977) schrijft over die specifieke factoren en haalt eveneens Frank (1973) aan. Daarbij valt vooral de faktor "het bieden van hoop" op. Het lijkt mij het beste dat ik de betreffende pagina's van Rabkin fotokopieer en daarmee ook de afspraak nakom dat wij elkaar op interessante literatuur attent zullen maken of die onder elkaars ogen zullen brengen.

Onno van der Hart.

Referenties:

Dijck, R. Van & D. Oudshoorn (1978), Directieve therapie en specifieke therapeutische factoren. TDT, 5(3), 14-18.

Frank, J. (1973), Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore.

Rabkin, R. (1977), Strategic psychotherapy, Basic Books, New York.

601
 be obtained "over the counter." In view of such general awareness, it may not be "resistance to discussing his problems" that prompts a patient to ask to which school of psychotherapy a psychiatrist belongs. This resistance may have been a causative factor twenty-five years ago, when a patient would have had so much less specific knowledge, and therefore was probably just trying to delay, stall, or resist. Today, however, the patient knows something about the various schools, and his inquiry is likely to be based on preliminary research.

THE PATIENT'S PROBLEMS ARE NOT WHAT DISTINGUISHES HIM;
 THE ROLE OF DEMORALIZATION

It is said that a psychiatrist once got the chance to speak with an old Catholic priest who had heard confessions from the great and small for more than fifty years. What had he observed over all those years? What is it that people confess? What are the common sins, the unusual ones, the bizarre ones? Sadly the priest replied, "It is not their sins that distinguish them. It is their lack of virtues." In a sense, this aphorism can be adapted to the person who seeks psychiatric help. Such a person does not usually come for treatment because he has a unique problem but because he is demoralized about it. This demoralization (lack of virtue) is the hallmark of the psychiatric patient. While demoralization or loss of hope can occur transiently in everyday situations, it can also become a person's prevailing emotional framework; at this level demoralization often leads one to seek psychiatric treatment.

Almost everybody has had the experience of trying to open a jar and finding that he does not seem to have the strength to do so. After several unsuccessful attempts, he then hands the jar to another person who opens it on the first try. "I must have loosened it" is his usual thought, or perhaps he assumes that the other person is considerably stronger. There is, however, another possibility: failing the first time, he became slightly "demoralized," which led to his being unable to exert more

strength the next time, which in turn demoralized him further until, by the time he handed the jar over, his final attempt—although it was the most that he could do—was very weak and more like "going through the motions" than anything else.

The next time someone hands *you* a jar to open after he has failed several times, try a few experiments. Instead of trying to open it yourself, encourage him to try harder. Another alternative might be to take the jar out of his sight and tell him that you are going to do something to the jar which will make it easy to open. Do nothing, and then return it.

Another familiar experience involves swallowing a pill. Once someone has failed to swallow a pill the first time, his subsequent attempts are ineffective because he is discouraged about the possibility of ever being able to get what now seems like an enormous object down his throat. What the person does to help himself, his own personal "strategy," as we shall call it, is often ineffective. Putting the pill on the back of the tongue and tilting the head back, for example, have been shown to interfere with swallowing. After the fifth or sixth time the patient has failed to swallow the pill, he is a rather sorry sight: tilting his head back, sticking his hand in his mouth to position the pill correctly, often gagging as a result, and then puffing out his cheeks and swallowing whole gobs of water only to find that the pill has remained obstinately in his mouth. When there is a serious need to swallow the pill, desperation sets in, and the pill is chewed in spite of its horrible taste and swallowed that way.

Demoralization is a powerful force, as Homer illustrated long ago. In the *Odyssey*, after Odysseus has been gone twenty years, many suitors have come to claim his wife and property. Penelope had said that she would choose a suitor after she completed a tapestry, but each evening she would unravel what she had done the day before. However, this ruse eventually became ineffective as a means of putting off her suitors. Therefore she planned a shooting contest in which the suitor who could string Odysseus's bow and shoot an arrow through the holes in twelve

bronze axeheads placed one in front of the other would gain her hand. The contest began and none of the suitors could even string the bow. Then Odysseus, who had just returned disguised as a beggar, rose in rags, strung his own great bow, shot the arrow straight through the axeheads, and began his vengeful slaughter of the suitors. While the reader might assume that none of the suitors were strong enough to string the bow, this is unlikely. Stringing a bow, like opening a jar and swallowing a pill, can be influenced by one's "set" or expectation. More likely, the suitors did not feel that they could string the great bow or measure up to Odysseus, and were demoralized when they made their efforts.

Professional athletes, particularly football players, suffer from the same problem of morale. It is generally acknowledged that they are in top physical condition. Their skills have been well practiced. What makes the difference between winning and losing a game seems to lie in the expectation of the players. One result is that drug abuse has become prevalent in professional football. Amphetamines work the players up to a pitch of aggression and marijuana is used to calm them down (Mandell 1975).

Patients Seek Treatment When They are Demoralized. In the illustrations of the tight jar lid, pill swallowing, Odysseus's bow, and professional football, morale emerges as a vital factor in many tasks. How does this apply to psychiatry? Frank (1973) has documented that patients seek treatment, not when they develop symptoms, but when they are demoralized about them. Three independent lines of investigation have produced findings to support this point: epidemiological studies of psychiatric problems among community residents; outcome studies of psychotherapy which have led to the formulation of the so-called "common feature hypothesis"; and studies of placebos.

In the opinion of professionals, many people in the community have been found to have difficulties that warrant psychiatric diagnosis and treatment. In their elaborate survey of midtown

Manhattan, Srole and his colleagues (1962) found that 80 percent of the residents interviewed manifested some signs of psychopathology; of these, 45 percent were considered by professionals to be moderately or severely disturbed. Yet the rate of diagnosed mental illness in New York City and elsewhere doesn't begin to approach these proportions. The Joint Commission on Mental Illness and Health (1961) estimated that only 14 percent of those with psychiatric difficulties actually sought help from clergymen, physicians, social agencies, or mental health professionals. One may assume that a distinguishing characteristic of this 14 percent is that they are despairing, demoralized, and no longer think they will get better or survive with their problems.

At the individual level, an observer may note that loss of hope rather than symptom onset is usually the factor that leads to help-seeking efforts. For example, a young man has a bout with impotence. He does not seek help immediately, despite his distress, because he hopes that it will go away or that he will figure out some way to deal with it. He can still function sexually with an old girl friend, although not with new ones. He doesn't feel discouraged about his problem. However, a series of events eventually make him lose hope about finding a solution. A priest whom he has known for many years is appalled by his sexual mores and tells him that he has been using his penis "like a sword," and a college English professor of dubious sexual preference suggests that he may be a latent homosexual. He finally becomes impotent with his old girl friend, is thoroughly discouraged (demoralized), and seeks psychiatric help. (He has had my name for approximately two years.) The first goal with such a patient is to increase his morale, to get his hopes up; otherwise he will follow advice with the same lack of conviction, effort, or attention to the task that occurred in our examples of opening a bottle and swallowing a pill.

The second line of investigation suggesting that patients seek therapy because of demoralization rather than symptom onset

has led to the formulation of the "common feature hypothesis," based on outcome research in psychotherapy. As both its advocates and detractors have observed, widely disparate varieties of psychotherapy yield more or less equivalent rates of improvement. Furthermore, experienced senior clinicians practicing different strategies resemble each other more in their behavior and effectiveness than they do inexperienced therapists sharing their therapeutic persuasion. Frank (1973) has concluded from such findings that the features common to all forms of psychotherapy contribute to their effectiveness far more significantly than any specific individual aspect. Thus, while a Jungian might analyze a dream with the technique of "active imagination" and a behavior therapist might not even discuss the dream at all, both approaches achieve comparable rates of success because they, in common with all other effective methods of psychotherapy, give the patient hope.

The common feature hypothesis gains considerable support from anthropological investigations. Torrey (1973) has reviewed psychic healing among witch doctors and psychiatrists and concluded: "Psychiatric therapies are very similar all over the world and are relatively independent of the level of technology, the education of the therapists, or the theories of causation. Psychiatry is just as scientific—or prescientific—in rural Nigeria or the mountains of Mexico as it is in New York or San Francisco" (Torrey 1973, p. 11). My own experience with Puerto Rican spiritualists also supports the common feature hypothesis. A competent spiritualist is just as capable of gaining control of a patient's expectations, of getting him to expect to benefit from the experience, as a competent psychiatrist. Both bolster the patient's morale.

The third source of support for the observation that morale is of utmost importance derives from studies of the "placebo effect." For years it has been observed that medicine without pharmacological value apparently can induce medical or psychiatric improvement, and it has been a puzzle for physicians who

have not considered the role of the patient's expectations. Were it a limited observation, an occasional occurrence, the puzzle might be intriguing but unimportant. However, before the twentieth century placebos were virtually all that medicine had to offer sick patients, apart from the risks of surgery. More recently, studies have suggested that somewhere between one-third and two-fifths of all prescriptions written in the United States make no pharmacological contribution but help the patient as placebos (Shapiro 1960). As Dubois noted, "although placebos are scarcely mentioned in the literature, they are administered more than any other group of drugs. . . . Although few doctors admit that they give placebos, there is a placebo ingredient in practically every prescription" (quoted in Shapiro 1960, p. 121). It is the placebo effect that gives the patient hope, whether or not this was the physician's intention. I have spoken to patients who felt much better after "their treatment," which turned out to be a routine chest X ray. Paracelsus wrote 400 years ago:

Faith in the gods or in the saints cures one, faith in little pills another, hypnotic suggestion a third, faith in a plain common doctor a fourth. . . . Faith in us, faith in our drugs and methods, is the great stock in trade of the profession . . . while we doctors often overlook or are ignorant of our own faith-cures, we are just a wee bit too sensitive about those performed outside our ranks (quoted in Shapiro 1960, p. 117).

The problem with the term "placebo" is that it somehow makes the therapist feel cheap—he is "pleasing the patient." There is also an emphasis, which the therapist dislikes, on the administration of a medicine. It would be better to coin a word that means "I give hope" instead of "I please," as "placebo" suggests. There is such a word in Greek, *elpisophoron*, meaning an inanimate object that is the "bearer of hope." The effect of increasing a patient's hope is not something that we wish to eliminate from our therapy, however much we may otherwise lament the use of "sugar pills."

Lack of Effort in Treatment. One of the major consequences of demoralization, and a common source of therapeutic failure, is insufficient effort on the part of the patient. Such a patient halfheartedly follows instructions, merely "goes through the motions," or is "overly cooperative." He does not take the initiative or add anything personal to the treatment plan. Since he is in a position to know more about what is happening in any specific transaction outside of the therapist's office, it is essential that he add his own judgment to any suggestions that are made, in addition to expending considerable effort. For example, a patient who is obese can dutifully seek help without really believing that anything can be done for him. He might be given a directive or task, perhaps to keep an exact record of everything he eats, but he will do so in a desultory way, bringing in to the next session a small piece of wrinkled paper with some scribbling on it. Clearly such a patient is not making sufficient effort.

Psychiatric commentators often associate lack of effort with lack of motivation, or with the underlying motivation to sabotage the therapy and an unconscious effort to remain ill. It is also possible that a lack of effort is associated with demoralization, as I have discussed. A third explanation, focusing on cognition rather than affect, as in the concept of demoralization, concerns the individual's evaluation of his own powers of influence. Some patients, even if they are eager to change, may not try hard because they don't think their actions will have an impact on events. In contrast to the sense of *hopelessness* implied in demoralization, where the patient feels things won't ever change for the better, some people experience a sense of *helplessness* whereby change, though possible, is not under their influence.

This concept has been formulated by Rotter (1954) in terms of locus of control. If a person feels he has influence over the events that happen to him, he is said to have an "internal" locus of control, while those who believe that their lives are controlled by chance, fate, or powerful others are said to have an "external" locus of control. Locus of control does not refer to motiva-

tion. Many people in our society would like to improve their conditions but realistically they have low expectations for success. For example, most poor people make little effort to improve their financial position. There is a critical relationship between *can* and *try*: a person does not try if he does not believe that he can succeed.

Because "internals" are more prone than "externals" to try to shape events, they are more likely to participate actively in a treatment plan suggested by a psychotherapist. A patient with an internal locus of control will accept a proposed task as something he can do himself to improve his condition; the therapist is seen as a facilitator who "helps him to help himself." Further, the "internal" is likely to accept gradual improvement if it is related to what he himself does, and is more willing to deal with a complex set of circumstances. In contrast, the patient with an external locus of control is likely to expect a "wonder session," in which the therapist's actions are entirely responsible for whatever change occurs. For such a patient, therapeutic prescriptions must entail simple, passive acts which allow the outside force, the therapist, to cure him.

Locus of control, as distinct from demoralization, has been measured by questionnaire and has lent itself to systematic study. Demoralization, on the other hand, is intuitively understood by coaches, military commanders, and teachers. That which a strategic psychotherapist can do to shift the locus of control from external to internal or to increase morale clearly improves the prognosis.

THE PATIENT IS NOT SURE WHAT IS THE MATTER

It is generally believed that people get sick, go to a doctor, follow his prescriptions, and then recover; this seems to be a self-evident sequence of events. However, people do not immediately "get sick." The notion that "I am sick" is a conclusion a person reaches after considering several other possibilities, some of which may be quite erroneous. For example, a physician

TWEE MAGERE VROUWEN

LEEN JOELE.

I Inleiding.

Hoewel de term "Anorexia Nervosa" thans algemeen gebruikt wordt om een bepaald symptomencomplex te benoemen, bestaat in de literatuur zeker nog geen eenstemmigheid over de etiologie en pathogenese van dit syndroom. Vandereycken (1977 I en 1978 I) refereert in zijn artikelen over respectievelijk de kentheoretische visie en de betekenis van de overactiviteit bij A.N. op een zeer volledige manier de uitgangspunten van de biologie, de ethologie, psychoanalyse, leertheorie, systeemtheorie en fenomenologie t.a.v. de verklaringsmodellen die in de loop van zo'n honderd jaar zijn ontwikkeld om de "kern van het syndroom", n.l. de "ziekelijke magerzucht" te verklaren. Tevens wijst hij op de differentiaal diagnostische problemen (1978 I) met name t.o.v. de eetlustremming die bij depressie, schizofrenie, of bepaalde organische ziekte kan optreden.

De meeste auteurs houden zich tegenwoordig aan de diagnostische criteria die door Feighner et al. (1972) geformuleerd zijn. In het navolgende artikel zullen de therapieën bij twee magere vrouwen beschreven worden, die behandeld werden in het dagcentrum van "Bloemendaal." Bij deze cliënten menen wij dat, op basis van de criteria van Feighner, de diagnose Anorexia nervosa gesteld kan worden. Ter verantwoording van deze diagnose zal bij elke patient de symptomatologie beschreven worden aan de hand van deze criteria.

Deze manier van presentatie is gekozen, omdat in beide gevallen de behandeling directief is geweest en gebaseerd op de pragmatische visie van de directieve therapie; de strict empirisch geformuleerde criteria van Feighner sluiten hierbij voor de diagnose goed aan.

II De diagnostische criteria van Feighner, ontleend aan Vandereycken (1978 I)

- A. De symptomen beginnen voor het 25ste jaar.
- B. Er bestaat een gewichtsverlies van tenminste 25% vergeleken met

het oorspronkelijke gewicht.

- C. Er is een abnormale attitude tegenover voeding en gewicht, die persisteert ondanks honger of reacties van de omgeving; dit kan tot uiting komen in één of meerdere van de volgende verschijnselen.
1. De ziekte wordt ontkend evenals de voedingsbehoefte.
 2. Er is een duidelijk genoegen bij gewichtsverlies, met openlijke uiting dat voedselweigeringsbevrediging schenkt.
 3. De client verlangt naar een lichaamsbeeld van extreme vermagering en geeft duidelijk aan dat zij er genoegen aan beleeft deze toestand te bereiken en te handhaven.
 4. De client gaat op ongewone wijze om met voedsel, bijvoorbeeld in de vorm van hamsteren of de selectie van aparte spijsen (mosterd, azijn, oud brood, etc.)
- D. Er bestaat geen organische ziekte die het ziektebeeld kan verklaren.
- E. Er bestaan geen duidelijke andere psychiatrische stoornissen zoals bijvoorbeeld endogene depressie, schizofrenie, dwangneurose of uitgesproken fobieën.
- F. Ten minste twee van de volgende verschijnselen zijn aanwezig.
1. Amenorrhoe (het wegblijven van de menstruatie).
 2. Lanugobeharing (een dichte beharing met fijne haartjes, die wel bij heel jonge kinderen gezien wordt).
 3. Bradycardie (zeer langzame hartslag) van maximaal 60 slagen per minuut in rust.
 4. Perioden van overactiviteit.
 5. Episoden van vraatzucht.
 6. Braken (eventueel zelf uitgelokt).

III

Hilde en Walter. †

Hilde wordt met enige spoed opgenomen in het dagcentrum; zij kan thuis niet meer alleen gelaten worden: ze braakt vrijwel de gehele dag en is vermagerd tot 38 kg. Haar man durft de verantwoordelijkheid niet langer aan.

Enkele biografische gegevens: Hilde's klachten bestaan sedert 3 jaar en zijn begonnen met een vermageringskuur. Voor deze periode heeft zij dikwijls wat "geschommeld", maar het is nog nooit uit de hand gelopen. Sedert haar huwelijk, 2 jaar geleden met Walter, gaat het bergafwaarts.

Hilde komt uit een gezin van 6 kinderen, 5 meisjes, 1 jongen; zij is het 4e kind. De sfeer thuis was uitgesproken slecht: moeder was een dominerende vrouw die dikwijls ruzie had met vader die juist te zacht was. Op geen van beide ouders is ze erg gesteld. Ze herinnert zich eigenlijk geen enkel prettig moment in relatie tot haar ouders. De veelvuldige ruzies tussen de ouders leidden dikwijls tot een eensgezind gemopper op de kinderen die nergens voor zouden deugen.

Hilde doorloopt de huishoudschool en daarna de opleiding tot verpleegster A en B; dit beroep geeft ze op, omdat ze zich over de kop werkt, na haar huwelijk met Walter.

Aan de hand van de criteria van Feighner laten haar symptomen zich als volgt indelen.

- ad A. Hildes klachten beginnen op haar 21e. Ze is dan 73 kg bij een lengte van 1.67 m. en gaat met een collega op haar werk een weddenschap aan wie het snelste kan vermageren.
- ad B. Deze weddenschap onttaardt snel in een fanatieke competitie: Hilde valt in drie jaar af tot 38 kg. Vergeleken met het uitgangsgewicht is dit een vermindering met 47%, vergeleken met haar "normale" gewicht (gesteld op 57 kg) van 33%.
- ad C. Hilde heeft af en toe het gevoel dat ze sterft van de honger, doch ze is doodsbang om aan te komen. Ze kan niets eten zonder te denken aan walgelijk dik zijn. (C3) Haar omgeving verklaart haar voor gek en Walter raakt toenemend depressief. Ze heeft evenwel het gevoel met haar vermagering een prestatie verricht te hebben die ze niet wil opgeven. Af en toe wordt de honger haar te machtig, en ze eet "stiekum" op plaatsen waar niemand haar kan zien.
- ad D. Er worden bij Hilde geen lichamelijke afwijkingen gevonden, afgezien van haar uitgeteerde voorkomen en haar lage polsfrequentie. Haar ECG deed de internist aan somatische pathologie denken (o.a. hypothyreoidie = te lage schildklierfunctie) doch dit kon ook na zorgvuldige analyse niet bevestigd worden.
- ad E. Psychiatrisch imponeerde Hilde als een wat drukke, doch anderszins volkomen normale jonge vrouw; ze is niet depressief, (onder de kreet "gemaskeerde depressie" kan teveel gevat worden) en wil graag hard werken aan haar kwaal, die ze zelf als "gewoon anorexia" bestempelt.

Verder valt haar zorg voor Walter op; ze kan zich levendig voorstellen dat het geen leven is met zo'n bottige vrouw.

- ad F. 1. Hilde is een jaar geleden tevergeefs behandeld voor amenorrhoe.
2. Ze heeft een bradycardie.
- Ze is altijd zeer bezig geweest. De laatste tijd is ze dikwijls zo moe dat ze haar normale hobby's (turnen, volleybal, koken, borduren) niet heeft kunnen beoefenen; in plaats daarvan is ze zeer actief in het schoonhouden van het huis geworden dat tevoren ook al smetteloos was. Ze kan niet stilzitten.
5. en 6. Vooral het laatste jaar is ze dikwijls zo hongerig dat ze moet eten. Daarna, en soms tussendoor, braakt ze alles weer uit. In het dagcentrum eet ze soms de etensbakjes leeg bij het middagmaal.

Indruk over de interactie tussen Hilde en Walter.

Walter is een zeer zachte, snel geëmotioneerde man. Hij heeft in zijn eigen leven enkele teleurstellingen moeten incasseren. Een studie voor accountant nadat hij aanvankelijk econoom had willen worden, mislukte en hij is thans bezig aan de opleiding tot onderwijzer. Hij heeft Hilde op allerlei manieren trachten te helpen. Hij vindt het vreselijk dat hij haar niet meer kan vertrouwen. Bovendien gaat het met de sexualiteit niet goed meer.

Hilde weert Walter af, omdat ze zenuwachtig wordt als iemand lief voor haar wil zijn. Ze zegt letterlijk dat ze zich niet kan voorstellen dat ze zo iets waard is. Bovendien loopt de frequentie van het aanhalen terug, omdat Walter toenemend afgeschrikt wordt door Hilde's "bottigheid".

Ten aanzien van de vreetbuien is Walter overgegaan van vermanende opmerkingen naar stilzwijgend, doch duidelijk controleren. Hij heeft het opgegeven om Hilde's ontkenningen als waarheid te accepteren. Dit gedrag maakt het Hilde nog moeilijker dan tevoren om zich tegen Walter over haar aanvallen uit te spreken.

Beloop van de therapie bij Hilde en Walter

Tijdens het eerste gesprek raken de therapeuten geïmponeerd door Hilde's vrolijkheid en goede wil. Ze is zeer gemotiveerd, ondanks het feit dat eerdere therapeutische pogingen met hypnose en gesprekken niet tot het gewenste resultaat hebben geleid; zelf stelt ze dat dit kwam, omdat ze zo bang was om weer dik te worden. In haar intake-formulier heeft ze gewichtstoename ook niet genoemd als een werkpunt: ze wil zichzelf worden en denkt daarvoor minstens een jaar nodig te hebben.

De therapeuten gaan hierop in en formuleren als voorlopig doel dat Hilde meer

greep op zichzelf en haar nare verschijnselen moet krijgen. Nadrukkelijk wordt gesteld, dat gewichtstoename hoogstens een bijkomend effect van de therapie kan zijn. Eén van de therapeuten (Joke de Thije) relabelt dit als volgt: "Natuurlijk wil jij niet zo'n opgezwollen mens worden, je wilt een leuk spijkerbroekenfiguur!" (Hilde heeft zich in jaloerse zin uitgelaten over de verlokkelijke uitwerking van welgevulde spijkerbroeken op de andere kunne).

Dit gesprek wordt afgesloten met de volgende opdrachten; Hilde zal zich gaan toelleggen op het beheersen van datgene wat op het moment het meest vervelend is, nl. het braken. Gesteld wordt, dat ze zo veel braakt omdat ze het stiekum moet doen, en daardoor te gehaast en niet goed.

Ze moet de komende periode 2 x per dag gaan braken, in aanwezigheid van Walter: 2 x daags een "spuuguurtje". Wanneer het echt niet meer lukt, b.v. door de vinger in de keel te steken, mag ze eerder ophouden. Voorts zal ze een grafiek gaan bijhouden over de vreetbuien en het spugen, want de therapeuten verwachten niet dat ze al direct resultaat zal hebben met haar pogingen tot zelfbeheersing. Het spugen zal plaatsvinden om 5 uur 's-middags en 10 uur 's-avonds, omdat op die tijdstippen de maag leeg is en de "natuurlijke" braakreflex afwezig, zodat ze zich meer kan concentreren op het braken door wilskracht alleen.

Om zich op deze opdracht goed te kunnen concentreren is het noodzakelijk, dat Hilde voorlopig alle gedachten aan gewichtstoename uit haar hoofd zet: ze mag zich niet meer wegen en niet in de spiegel kijken. Wanneer ze toch aankomt is dat niet erg, als het maar niet te veel is: "een half ons per jaar erbij op een manier die je niet bang maakt is beter dan 10 kilo per maand die er de volgende maand weer af zijn."

Het wordt Hilde toegestaan om te registreren wat ze nu eigenlijk eet aan de hand van een calorielijst, mits het haar niet angstig maakt.

Bij het tweede gesprek komen Hilde en Walter enthousiast binnen. Hilde vertelt hoeveel beter ze zich al voelt; ze heeft zich strikt aan de opdrachten gehouden; bovendien heeft ze zich niet angstig gevoeld: ze hoefde niet aan te komen. In de groep waarvan ze deel uitmaakt in het dagcentrum, heeft ze elke dag zeer positieve reacties gehad op haar inspanningen. Ze heeft gemerkt dat ze veel kan. Het braken is meestal niet gelukt, slechts een enkele maal is het spontaan opgetreden, evenals de vreetbuien die ze consciëntieus heeft genoteerd en eerlijk opgebiecht.

Deze "vreetbuien" betreffen bovendien aanzienlijke geringere hoeveelheden dan tevoren.

Gemiddeld blijkt Hilde + 2300 calorieën per dag gemakkelijk aan te kunnen. De therapeuten tonen zich opgetogen: bij deze hoeveelheid zal Hilde zichzelf niet vet-

mesten, doch op natuurlijke wijze een normaal gewicht bereiken.

Als probleem komt in dit gesprek naar voren, dat Walter wel erg veel controleert. Hij kan het niet opbrengen om Hilde te vertrouwen wanneer ze ontkent stiekum gebruik te hebben. Het vragen op zich kan hij onmogelijk nalaten.

De therapeuten labelen dit vragen als een uiting van natuurlijke bezorgdheid, die uit de hand gelopen is; een reflex die normaal functioneel is, doch thans het liegen van Hilde in de hand werkt.

Zij stellen voor dat Walter niet meer zal vragen. Hilde zal, zijn bezorgdheid kennde, zelf vertellen hoe "het" gegaan is. Wanneer ze daarbij niet kan nalaten om te liegen moet ze dit doen, doch onmiddellijk in aansluiting daaraan zeggen: "goed dat was niet waar, ik heb, etc."

De therapeuten motiveren deze opdracht door te stellen dat liegen voor Hilde een reflex geworden is; ze kan daar slechts geleidelijk van afkomen.

Ten aanzien van de vreetbuien wordt voorgesteld dat Walter, wanneer Hilde daaraan behoefte heeft, 's avonds voor beiden iets lekkers "te vreten" zal klaarmaken.

Voorts worden de eerder gegeven registratie-opdrachten gehandhaafd.

In het volgende gesprek ziet Hilde er duidelijk appetijtlijker uit. Ze heeft andere kleren gekocht en gemerkt dat de oude slecht beginnen te passen.

Ze heeft zich consequent aan de opdrachten gehouden; zeer incidenteel is nog een "vreetbui" opgetreden. Dit wordt uitgelegd als "even uitrusten van de therapie".

Walter heeft het moeilijker gehad: hij vraagt zich af wat hij nog voor Hilde betekent, wanneer hij niet meer voor haar kan zorgen, c.q. haar niet meer kan controleren. De therapeuten stellen, dat hij dat aan Hilde moet vragen, waarna zich het volgende ingekorte gesprek ontwikkelt:

Hilde: "Ik wil dat je me niet verstoort voor je vrienden. Ik wil dat je gewoon mensen bij ons uitnodigt en me gewoon mee uit neemt zoals vroeger".

Therapeut: "En wat wil jij van Hilde?"

Walter: "Ik wil dat je niet terugdeinst en me afweert als ik je aanraak".

Hilde: "Ja, maar dan zeg jij dat ik zo bottig en lelijk ben!"

Therapeut: "Dat zal jij niet meer zeggen".

Hilde: "Ik moet eerst wat wegslikken, als je aanraakt, maar daarna vind ik het heerlijk als je weer aandacht aan mijn lichaam besteedt."

Deze zitting wordt afgesloten met het handhaven van de eerdere opdrachten. Tijdens de volgende gesprekken treedt een geleidelijke verbetering op van het gewicht.

Dit wordt beoordeeld aan de hand van Hilde's uiterlijk. Walter houdt het wat moeilijk en in de gesprekken wordt steeds meer het accent gelegd op de vraag hoe Hilde Walter kan helpen met zijn probleem, de uit de hand gelopen bezorgdheid.

Na + 4 maanden wordt Hilde uit het dagcentrum ontslagen. Ze is 5 kg. aangekomen en voelt zich veel beter. De therapeuten voorspellen dat deze gewichtstoename zich ongemerkt, doch gestaag zal voortzetten. Hilde en Walter zullen poliklinisch in behandeling blijven, om eventuele problemen met "onwennigheid" in de nieuwe situatie te bespreken. In deze gesprekken komt voornamelijk de relatie tussen het echtpaar aan de orde. Vooral Walter krijgt het moeilijk; hij gaat een relatie aan met een collega, doch bespreekt dit wel met Hilde, die het kan billijken. Ze stelt dat ze niet van Walter kan verwachten dat hij haar tempo helemaal volgt. Na deze crisis gaat het sexueel veel beter. Uiteindelijk, 3 maanden na ontslag uit het dagcentrum, zijn zowel Hilde als Walter tevreden; Walter schaamt zich niet meer voor Hilde, vindt haar bottigheid een probleem dat vanzelf overgaat.

De therapie wordt beëindigd; er zal contact opgenomen worden indien nodig.

Vijf maanden later komt de therapeut in het dagcentrum een zeer aantrekkelijke vrouw tegen, die hij niet herkent: Hilde!

"Ik wou me even laten zien; er is niets meer aan de hand".

Hilde blijkt nu 54 kg te wegen; het gewicht is sedert 2 maanden stabiel; "het is gewoon vanzelf gegaan, ik heb geloof ik op verjaardagen en zo wat meer gesnoept, ik was er ineens niet bang meer voor".

Nog 3 maanden later is in deze toestand geen verandering gekomen.

IV Maria. ++

Maria wordt in het dagcentrum opgenomen in aansluiting aan een opname op een neurologische afdeling, waar zij 3 maanden verbleven heeft onder de diagnose neurotische depressie met ernstige vermagering.

Na deze opname is zij nog 2 weken op vakantie geweest om "bij" te komen, zonder dat zij aangekomen is. Zij is voor alles veel te moe en moet verzorgd worden.

Enkele biografische gegevens: Maria is het derde kind uit een gezin van vier jongens en 2 meisjes. Tussen haar ouders bestaat en bestond weinig contact. Vader is een zwart-wit denkende man, die na een ernstige operatie alles aan moeder heeft overgelaten, die als "koel" beschreven wordt. Achtereenvolgens doorloopt Maria het V.G.L.O de Mulo, een cursus typen en een opleiding tot bejaardenverzorgster. Op haar 19e jaar treedt ze, evenals haar zusje, in in een klooster, om, zoals ze later zegt, "wat warmte te vinden".

Op haar 25ste jaar treedt ze weer uit, omdat haar positie door haar zeer afhankelijk gedrag binnen de kloostergemeenschap onhoudbaar geworden is: ze wordt er "uitgepraat". In aansluiting aan dit voor haar zeer traumatische gebeuren stort ze zich in het helpen, hetgeen ze zo fanatiek doet dat ze in 1971, ze is dan 28, voor het eerst opgenomen wordt met een neurotische depressie. Na haar opname werkt ze nog

harder, hetgeen resulteert in haar bevordering tot hoofd van een afdeling. Geleidelijk krijgt ze het weer moeilijker, vooral door de problemen van haar ondergeschikten.

Uiteindelijk wordt ze weer opgenomen, nadat de moeder van een vriendin gewurgd is. Ze voelt zich hierna volledig onmachtig om nog iets te doen, inclusief eten. Bovendien wordt ze bang op straat, vooral voor mannen.

De symptomen van Maria, getoetst aan de criteria van Feighner.

- ad A. De psychiatrische problemen van Maria beginnen op haar 25ste jaar, in aansluiting aan haar uittreden uit het klooster. Haar eerste opname was het gevolg van het feit, dat ze "het leven te hard vond". Ze voelde zich onmachtig om zichzelf staande te houden. (volgens Bruch, "a paralyzing sense of ineffectiveness").
- ad B. Bij opname in het dagcentrum weegt Maria 39 kg. bij een lengte van 1.67 M; haar normale gewicht is + 57 kg; dit betekent een gewichtsverlies van 32 %.
- ad C. Maria voelt zich niet in staat om te eten; hoewel ze 's ochtends dikwijls zo duizelig is, dat ze nauwelijks kan autorijden, weigert ze aanvankelijk krachtig om te ontbijten. Ze heeft veel last van obstipatie, in het verleden heeft ze veel laxantia gebruikt, thans tracht ze de faeces met de vingers uit de anus te verwijderen. Ze wil er eigenlijk niets van weten dat ze gevaarlijk mager is (C1); ze vindt gewichtstoename, ook niet iets om aan te werken.
- ad D. Bij somatische analyse worden geen afwijkingen gevonden, afgezien van een bradycardie met een specifieke repolarisatiestoornis (vlakke T-toppen).
- ad E. In de familie van Maria komen veel depressie en enkele zelfmoorden voor. Psychiatrisch maakt ze bij opname aanvankelijk een zeer afhankelijke, regressieve indruk. Ze imponeert als een huilend, in de steek gelaten kind. Er bestaan geen formele denk-, waarnemings-, intelligentie- of bewustzijnsstoornissen. De stemming is wat depressief, doch vriendelijkheid maakt haar snel zeer opgewekt.
- ad F. 1. Er bestaat een amenorrhoe sedert een half jaar. 3. Het E.C.G. toont een duidelijke bradycardie. 4. Het moet Maria in het dagcentrum al snel verboden worden om te veel aan de sport mee te doen. Uit haar voorgeschiedenis blijkt een duidelijke neiging om zich te overwerken. 6. Maria braakt niet elke dag, maar wel telkens wanneer ze denkt dat ze meer heeft gegeten dan haar maag kan hebben. Er bestaan evenwel geen duidelijke episoden van vraatzucht.

De situatie bij Maria thuis.

Maria woont alleen, doch gaat bijna iedere dag naar haar ouders. In het ouderlijk huis heerst meestal een zeer gespannen sfeer. Vader zit op zolder te knutselen en is niet voor communicatie toegankelijk (hij is bovendien erg doof!) Moeder houdt het leven met moeite vol en stort haar hart periodiek uit bij Maria. Moeder heeft het erg druk: Ze doet nog de was voor vier van haar overigens ruimschoots volwassen kinderen. Ze heeft veel verdriet om het gedrag van haar dochter. Bovendien heeft ze het er maar druk mee. Maria is dikwijls zo ziek, dat ze verzorgd moet worden. Ze gaat dan naar huis of moeder komt bij haar om de zaak te redden.

Beloop van de therapie bij Maria.

Maria verblijft in totaal 15 maanden in het dagcentrum gedurende 3 dagen per week. In de therapie kunnen de volgende fasen onderscheiden worden.

1. Er zijn grote medische problemen. Maria valt verder af, ze dreigt uit te drogen; de therapeuten staan op de bres om te zorgen dat ze niet heropgenomen hoeft te worden.

Deze voortdurende, medische bekommernis overschaduwde voorlopig het opstellen van een therapieplan. Wel wordt geprobeerd om zo goed als het gaat ongewenste belovende consequenties te vermijden in de zorg. Als voorbeeld: Maria praat dolgraag met artsen. Ze heeft er aanvankelijk moeite mee dat in het Dagcentrum de dokter niet als "last resort" functioneert. Bij de herhaalde, strict medische controle die helaas nodig is (ze dreigt nierfunctiestoornissen te krijgen) wordt "strict medisch" opgevoerd: de dokter is wel heel erg de dokter; hij spreekt over bloedwaarden, onderzoekt haar, en laat haar "zonder goed gesprek" gaan. Voor het duizelen 's ochtends wordt een weinig volumineuze, doch effectieve druivensuikerpil aangeraden.

2. In deze fase valt voorts Maria's enorme afhankelijkheid sterk op. Ze besluit vrijwel ieder gesprek, met één van de teamleden, met een huilbui en een poging om, letterlijk, op schoot te gaan zitten. Dit gedrag is de inspiratie voor de eerste gerichte interpretatie van haar klachten. Er wordt gezegd, dat ze als kind zo veel is tekort gekomen aan warmte, dat ze haar leven gewijd heeft, eerst in het klooster, daarna in haar werk en nu bij ons, aan het alsnog inhalen van wat ze tekort gekomen is.

Hoewel het ons uiteraard onmogelijk is om met een volwassen vrouw om te gaan alsof ze een kind is, willen we wel haar in een praktisch opzicht als kind behandelen: ze zal gevoerd worden.

Eén van de teamleden belast zich ermee om Maria zo snel mogelijk door de kinderjaren heen te helpen. Als vehikel van deze interventie wordt gekozen voor het Nutricia kindervoedingspakket.

Maria wordt aanvankelijk gevoerd (tijdens gesprekken) met babyvoeding en er wordt op meer "volwassen" vormen overgegaan wanneer ze in staat is zich te houden aan de voorgaande fase.

Zo ontwikkelt ze zich van baby, via kleuter naar de volledige kindermaaltijd. Op deze wijze wordt in + 6 maanden een vrijwel normaal voedingspatroon bereikt. Wanneer Maria zo ver is, wordt specifiek aandacht besteed aan de interactie met haar vader en moeder. Dit geeft aanvankelijk grote moeilijkheden: Maria was al bang, dat het normale eten te mooi was ("als het goed gaat, moet het wel weer fout gaan"); de bespreking van haar rol in het handhaven van een "gewapende vrede" tussen haar ouders doet haar aanvankelijk weer regrediëren tot de kleutervoeding. Heel geleidelijk begint ze in te zien, dat haar moeder haar minstens zo nodig heeft als zij haar moeder, vooral na enkele gesprekken met moeder samen. In deze gesprekken worden tevens regels gesteld ten aanzien van de bemoeienis die moeder zal hebben met het eten. Gelukkig kan moeder overtuigd worden van het feit, dat haar kind in goede handen is. Maria reageert op deze benadering van de rol van haar moeder met te stellen dat ze het toch "niet meer wil zoals vroeger". Ze wil wel zorgen, maar "op een andere manier".

In deze fase wordt Maria 5 weken opgenomen in een algemeen ziekenhuis: ze is naar haar moeder op weg met een enorme kamerplant; in de bocht valt de plant en door het opvangen van deze aardige attentie ontstaat een botsing.

Gedurende haar verblijf in het ziekenhuis wordt, door en met het dagcentrum contact onderhouden. Maria eet aanvankelijk "gewoon haar bord leeg", later wordt ze depressief. In overleg wordt besloten dat ze niettemin elke dag haar normale portie voorgezet zal krijgen. Nadat ze hersteld is van haar contusie keert ze terug in het dagcentrum. Het eten is geen probleem meer, wel blijft Maria somber: ze vindt het leven moeilijk en zichzelf onvolwaardig om het te leven.

3. De therapeuten stellen dat Maria misschien te snel is veranderd: ze kan zich nog niet volledig gedragen als de volwassen vrouw die ze inmiddels geworden is; ze moet oefenen.

Ze krijgt als opdracht om drie weken te doen "net alsof". Ze zal zich gaan gedragen als de volwassen vrouw, die ze eigenlijk allang is, zonder haar neiging, om op schoot te vallen of een lief kind voor vader en moeder te zijn, bot te vieren. Ze moet dit drie weken proberen, daarna mag ze kiezen welke rol ze verder in het leven wil spelen.

In deze drie weken is Maria onherkenbaar; in de groep helpt ze haar groepsgenoten, maar niet zo maar: ze stelt voorwaarden aan haar bemoeienis en dit op een creatieve manier, zonder paaien van de therapeut. In haar leven buiten het dag-

centrum is ze wat timide: een "gewoon" verlegen meisje.

Na de afgesproken periode kiest Maria voor "doorgaan met het experiment". Ze zal blijven "doen alsof".

4. In deze periode doet ze een vriend op. De therapeuten maken zich aanvankelijk zorgen: Maria heeft nog nooit iets met mannen te maken gehad. Moet deze ontwikkeling niet nauwlettend begeleid worden? Maria zelf geeft een eenvoudig antwoord: "laat mij maar, we zullen wel zien". De vriend is een aardige man, die begrijpt dat Maria in alles moet wennen. Ze heeft zelf, net voor ze haar vriend ontmoette, last gekregen van "enge vrouwelijke gevoelens". Kort daarna gaat ze menstrueren.

Maria werd drie maanden geleden uit het dagcentrum ontslagen. Ze heeft als steun meegekregen dat ze over de toekomstige griezeligheden altijd mag komen praten. Recent belde ze een gesprek af, omdat alles goed ging. Binnenkort gaat ze trouwen.

- + Bij deze therapie werd medewerking verleend door Joke de Thije, groepsleidster/verpleegkundige.
- ++ Deze therapie werd onder supervisie uitgevoerd door Hans Sniijders, psycholoog en Brigitte Vollaers, groepsleidster, later door Hans Sniijders en Joke de Thije.

V

Discussie.

Oscar Hill (1977) stelt dat anorexia nervosa kan fungeren als een paradigma van psychosomatische ziekte. Het kan evenzeer dienen als paradigma van een aandoening die zich leent voor een pragmatische aanpak. Hoewel het syndroom klinisch goed omschreven is, bestaat er nog grote verschillen van inzicht t.a.v. de etiologie en pathogenese en het aantal therapieën dat toegepast is op A.N. is duizelingwekkend. Lucas et al. onderscheiden in de momenteel gebruikte en redelijk succesvolle procedures de volgende gemeenschappelijke kenmerken:

1. er is één therapeut of één geïntegreerd optredend behandelings-team dat grote invloed heeft op de client;
2. de client wordt zeer persoonlijk benaderd;
3. de therapie is langdurig en ononderbroken;
4. zowel aan de psychische als de lichamelijke factoren wordt voldoende aandacht besteed;
5. er is aandacht voor de invloed van het systeem waarin de client functioneert.

De beschreven therapieën voldoen hieraan.

In de behandeling van Hilde en Maria hebben de therapeuten geprobeerd zo direct mogelijk aan te sluiten bij datgene wat de cliënten op een bepaald ogenblik aan verschijnselen laten zien. Bruck (1970) raadt aan om interpretaties zoveel mogelijk achterwege te laten, omdat de anorexie patiënt daardoor slechts bevestigd wordt in zijn idee dat hij door anderen geleefd wordt en niet zelf kan denken en voelen. Voor zover in de bovenbeschreven gevallen interpretaties gegeven worden, hebben deze de functie van een motiveringstechniek: het accent ligt niet op het geven van een verklaring van wat gebeurd is, doch op het verstrekken van een rationaal voor een in de toekomst te volgen gedragslijn; of de cliënt deze wil volgen blijft zijn eigen zaak. Deze houding is moeilijk vol te houden wanneer de therapeut met de noodzaak tot gedwongen voeding wordt geconfronteerd en dat is dikwijls het geval: er bestaat een mortaliteitsrisico van 10%. Hill (1977) stelt: "Paradoxically, it is in this most psychological of psychosomatic disorders that it is essential to initiate physical means of treatment."

Crisp (1970) stelt zelfs dat van formele psychotherapie geen sprake kan zijn, zolang het normale lichaamsgewicht nog niet bereikt is. Ons inziens leidt deze gedragslijn juist tot problemen: het doet vreemd aan om in "the most psychological of the psychosomatic disorders" in enig stadium van de therapie uitsluitend met somatische procedures te werken, tenzij deze procedures onderdeel van een meer omvattende therapeutische strategie zijn. De praktijk bevestigt dit; hoewel regimes van absolute bedrust waarbij activiteit en bezoek van familie als positieve bekrachtigers worden gebruikt, tegenwoordig vaak beschreven worden onder het etiket "gedragstherapie", zijn de successen van deze procedures gering (Darby 1977, Malmi 1977). Het is ook zeer de vraag of nauwelijks persoonsgericht te noemen algemene maatregelen, als verlof om rond te lopen en bezoek te ontvangen, de naam bekrachtiging verdienen. Bovendien is het naïef om te verwachten dat de soms bedekte, doch altijd aanwezige intense angst voor gewichtstoename van anorexie patienten door deze maatregelen overwonnen wordt.

Nog belangrijker in dit verband is het feit dat de client het gevoel moet hebben dat hij de touwtjes in handen heeft; dit is trouwens bijna een algemeen kenmerk van directieve therapie: voor de anorexie patient geldt het in nog sterkere mate. In de z.g. gedragstherapeutische benaderingen bij anorexie is de inbreng van de client vrijwel afwezig: ze moet gewogen worden en wordt beloond voor iets wat juist zij niet anders kan beleven dan als een niet te vermijden gevolg van een angstaanjagend gebeuren, nl. de gedwongen passiviteit, de bedrust.

In de in dit artikel beschreven behandelingen zijn de pogingen om gewichtstoename te bevorderen van het begin af aan onderdeel geweest van de totale aanpak en de benaderingen zijn aangepast aan de persoon van de client. Hilde was duidelijk bang om aan te komen, doch tevens zeer prestatiegericht: bij haar werd gekozen voor adviezen waar ze mee kon bewijzen dat ze greep op zichzelf had, tevens werd Walter het controleren verboden. Toen dat niet bratte, werd zijn gedrag tot zijn probleem verklaard, waarmee Hilde hem moest helpen. Op deze wijze verkreeg ze een gezonde mogelijkheid om controle uit te oefenen.

Maria was veel passiever dan Hilde; bij haar werd meegegaan met haar behoefte om "op schoot te gaan zitten", opdat de babyvoeding in meer dan één opzicht goed zou vallen.

De gewichtstoename op zich was nooit onderwerp van gesprek. De context was duidelijk: bij levensgevaarlijk gewichtsverlies zouden de behandelaars gedwongen zijn hun behandelingspogingen te staken; hiermee betuigden de therapeuten impliciet dat de controle over het voortzetten van de therapie, en dus over het welslagen ervan, bij de client lag.

Anders gezegd: er werd zoveel mogelijk vermeden om aan de clienten te trekken (Jonge 1977).

De afsluitende fase van beide therapieën vertoont ditzelfde kenmerk: Hilde werd ontslagen toen ze nog zeer mager was; eigenlijk geven de therapeuten haar te verstaan dat zij die onbelangrijke gewichtstoename uiteraard zelf kon oplossen, hetgeen gebeurde.

Maria kreeg het advies om "net te doen alsof". De bedoeling hiervan was dat zij zou kunnen wennen aan een ander gedrag, zonder zich te binden: ze kon altijd terug.

Nog later kregen de therapeuten het moeilijker dan Maria: we hadden er grote moeite mee haar zomaar zonder begeleiding met haar vriend te laten scharrelen. Gelukkig werd ook hier vermeden om te "trekken".

Tot slot: ondergetekende heeft meerdere anorexie patienten zonder enig resultaat behandeld. De indruk bestaat dat dit het gevolg was van al te grote plannen, men zou ook kunnen stellen van te veel therapeutische ijdelheid, hetgeen vooral bij anorexie de grootste fout is die je kunt maken. Verder kan iedereen zich de opmerking van Halmi (1977) aantrekken: ik denk dat ik het nu beter doe dan 15 jaar geleden, "just because I've seen a lot of them and their families."

LITERATUUR.

- Bruch, H.; 1970; Psychotherapy in primary anorexia nervosa; Journal of nervous and mental diseases; 150.
- Crisp, A.H.; 1970; Psychological aspects of some disorders of weight. In Modern trends in Psychosomatic Medicine, 2. (ed. O.W. Hill) Butterworht.
- Darby, M.; 1977; Persoonlijke mededeling.
- Feighner, J.P.; Robius, S.B.; Guze R.A.; Woodruff, G.; Winokur en R. Munoz, (1972); Diagnostic criteria for use in psychiatric research; Archives General Psychiatry; 26.
- Halmi P.A.K.; 1977; lezing voor het congres van de W.P.A., Honolulu.
- Halmi, P.A.K.; 1977; persoonlijke mededeling.
- Hill, O.; 1977; The psychological management of Psychosomatic diseases; British Journal of Psychiatry; 131.
- Lange, F.; 1977; Judo, oftewel het niet trekken aan clienten; in: Directieve Therapie; van der Velden, Ia; et all. 1977; Van Loghum Slaterus.
- Van der eycken, W.; 1977; Anorexia Nervosa; I; leertheoretische mogelijkheden. Tijdschrift voor psychotherapie 3; 4.
- Van der eycken, W.; 1977; Anorexia Nervosa; II; Gedragstherapeutische mogelijkheden. Tijdschrift voor psychotherapie 3; 5.
- Van der eycken, W.; 1978; Magerzucht en bewegingsdrang. De betekenis van hyperaktiviteit bij Anorexia Nervosa (deel I). Tijdschrift voor Psychiatrie; 1978, 2.
- Van der eycken, W.; 1978; Magerzucht en bewegingsdrang. De betekenis van hyperaktiviteit bij anorexia nervosa (deel II). Tijdschrift voor Psychiatrie; 1978, 3.

Kees van der Velden

1. *Inleiding*

In TDT 5 (3) beschreef ik een ritueel waarmee de eetproblemen van twee verwende jongens konden worden opgelost. Tijdens de bespreking van dit stuk gaf Freddy Lange blijk van enige interesse in het vervolg van het verhaal; met name wilde hij weten of het probleemoplossend vermogen van de ouders door het ritueel in gunstige zin was beïnvloed (en voorts of misschien ook het *zelfbeeld* van de ouders positiever was geworden natuurlijk).

Hieronder volgt een korte beschrijving van het verdere verloop. Speciale aandacht wordt gegeven aan de manier waarop cliënte Pattersons 'Problemen met kinderen' (1973) wist te benutten.

Tot slot volgt een replicatie van cliënte's zelfbedachte Patterson-variant.

2. *Het vervolg*

Japie en Jopie, de kinderen van mevrouw Katrijn, waren resp. acht en vijf jaar oud - ik verzuimde dat te vermelden in m'n eerdere stuk. Bij Jopie bestond het vermoeden van een 'minimal brain damage': bij de geboorte was er - volgens de huisarts - een flink zuurstoftekort geweest, en van meet af aan zou het ventje gekenmerkt geweest zijn door driftbuien, concentratieproblemen en motorische onrust.

Nadat het eetritueel was uitgevoerd en de ouders - m.n. moeder - hadden opgemerkt zich 'herboren' te voelen - wat voor elke therapeut, ook voor de therapeut die routinematig een 'relapse' voorspelt, toch altijd weer een plezier is om te horen -, kreeg het paar Patterson (1973) mee. De kinderen hadden weliswaar duidelijk meer respect voor de ouders aan den dag gelegd, maar nog steeds waren er de frequente ruzies, de concentratieproblemen en de pesterijen onderling.

2.1 *De variant op Patterson*

Bij zitting nr. 5 had mevrouw Patterson gelezen, meneer niet. Omdat de man niet een intellectuele hoogvlieger was en er bovendien aan zijn inzet in andere opzichten niet getwijfeld behoefde te worden, besloot de therapeut deze nalatigheid te vergoelijken.

Hoe vond nu mevrouw Katrijn het boekje?

Ze vond het een *rotboek*.

Twee dagen was ze er beroerd van geweest. Van haar hoofde het niet, zo met je kinderen om te gaan, het leek verdomme wel of ze *alles* fout deed als je dat boek las. Nadat ze enige tijd was voortgegaan haar misnoegen te uiten, sprak ze de cruciale woorden: 'Je moet eigenlijk niet voor je kinderen zo'n programma opstellen, dat moet je voor jezelf doen. Die kinderen zijn niet fout, ik ga fout met hen om.'

Ze had ook een briefje in haar tas waarop stond: 'Is het niet zo dat wij ons als ouders anders moeten gaan opstellen?'

Het leek verstandig met mevrouws idee mee te gaan, en onder hilariteit werd de volgende lijst opgesteld.

Mevrouw kon punten winnen en verliezen. Zou ze 200 punten behaald hebben dan zou haar man haar met bloemen verrassen, had ze er eenmaal 400 dan mocht ze met haar man een avond uit.

<i>Stráfpunten</i>		<i>Pluspunten</i>	
- gillen	10	- aandacht geven bij het uit school komen:	
- onnodig verbieden	8	5 minuten	8
- door de knieën gaan	5	10 minuten	17
		13 minuten	25
		- met de kinderen spelen	
		per 3 minuten	4
		- wanneer kind iets fout doet geen ongeduld laten blijken	8
		- knuffelen	2
		- op bed met de kinderen spelen	2
		- verkleden nadat de kinderen uit school zijn gekomen	10

De relatief geringe hoeveelheid punten die cliënte met knuffelen en op bed spelen kon verdienen, hangt samen met het feit dat zij al een grote liefhebster van deze activiteiten was; de 2 hieraan verbonden punten moesten haar min of meer worden opgedrongen.

Bij zitting nr. 6, precies een maand later, had ze haar bloemen ruimschoots verdiend en nog maar enkele punten scheidden haar van een grote avond uit.

Zij rapporteerde de volgende resultaten:

1. Met de kinderen ging het veel beter, d.w.z. ze waren 'liever' en ge-disciplineerder. Van gedragingen die het vermoeden van hersenbeschadiging wettigden was geen sprake geweest.
2. De verhouding tussen de echtelieden was verbeterd, niet alleen het 'praten met elkaar', maar ook de 'vrije tijd'. Zo hadden ze de gewoonte ontwikkeld om 's avonds laat samen te *jiven*.
3. Mevrouw Katrijn had 'nee' gezegd tegen haar moeder - die dit erg goed bleek te vinden - en 'nee' tegen haar pianoleraar, die dit minder goed bleek te vinden: hij had de gewoonte haar eindeloos veel huiswerk mee te geven, terwijl zij meer een *klavarscribo*-type is.
4. Ze had een pannekoekfeest voor de kinderen uit de straat georganiseerd. Dit was een succes geworden.
5. Ze was verbaasd te constateren dat ze eigenlijk veel beter tegen *rommel* kon.
6. Ze had een groot compliment van een buurmeisje van zeven gekregen: '*Mevrouw Katrijn, ik vind U zo lief de laatste tijd*'. Betere reinforcement is natuurlijk niet goed denkbaar.

Interessant is dat alleen het resultaat onder 1. in de therapie werd nagestreefd; de andere kwamen vanzelf.

Begrijpelijk is dat mevrouw enige gespannenheid bij zichzelf opmerkte: ze wil erg veel ineens. De therapeut raadde haar aan ter reducering van dit onaangename gevoel des avonds om 20.- uur enige tegeltjes in de schuur achter het huis kapot te gooien. Toen bleek dat zij in het verleden zeker drie complete serviezen had kapotgegooid! Ze was er juist trots op het gooi- en smijtstadium achter de rug te hebben.

Het vermoeden ligt voor de hand dat mevrouws hyperventilatieklachten toch het een en ander met een minder efficiënte agressiehuishouding te maken hadden. Vandaar ook dat de therapeut zijn advies staande hield. Hoe het verder ging is onbekend; over een paar weken ziet de therapeut hen terug.

3. *Replicatie van de Patterson-variant*

De behandeling van mevrouw Sorber is er zo een waarbij je op den duur niet meer weet de hoeveelste zitting het is, want allang geleden ben je vergeten de zittingverslagen in te vullen en ook heb je het opgegeven nog al te veel van de behandeling te verwachten. 'De zaak drijvende hou-

den' is meer het doel. Cliënte, haar man en ik kunnen het goed vinden, en we lachen ook heel wat af - behalve natuurlijk wanneer er crises zijn -, maar ja, wie wil lachen hoeft niet per se naar een therapeut te gaan. Mevrouw Sorber is veertig, haar man twee jaar ouder. Het paar heeft twee kinderen: Bob van 16 en Bas van 14, die samen met vader tegen moeder opponeren als dat zo uitkomt.

Moeder is een gekwalificeerde psychiatrisch patiënt.

In januari 1968 stelde een zenuwarts een 'psychasthene depressie' bij haar vast; als symptomen constateerde hij o.m. controledwang, agitatie, angst, depressie en frigiditeit.

In april dat jaar werd ze in een inrichting opgenomen. Men meende daar dat ze dwangmatig was, zwakbegaafd, infantiel, depressief, neurotisch; de depressie zou bovendien een 'endogene component' hebben. Voor gesprekstherapie was ze te labiel en dom: 'Gezien het zeer ongunstig liggende beeld werd psychotherapeutisch niet verder gegaan dan wat directieve gesprekken' (sic!).

In september volgde een heropname n.a.v. een suïcidepoging en uit de hand lopende angst voor mannen en de dood.

In november werd ze ontslagen. Schrijft de specialist: 'Een steuntje in de vorm van zo nu en dan een bezoek van de nazorgzuster lijkt voor dit kinderlijke vrouwtje wel gewenst.'

Dan wordt ze opnieuw opgenomen. De specialist stelt nu een 'neurotische depressie met dwangverschijnselen bij infantiele persoonlijkheid' vast. De 'endogene component' was gelukkig ^{uit de diagnose} weerverdwenen, zodat kan worden opgemerkt dat ze toch een klein beetje beter moet zijn geworden!

Enfin, zo gaat het jaren door tot ze in 1975 naar degen die dit schrijft wordt verwezen. Haar klachten zijn dan vooral:

1. dwangmatig controleren, m.n. gas- en waterkranen en deuren;
2. pseudo-hallucinaties: regelmatig ziet zij haar recentelijk overleden ouders in de huiskamer zitten, en dat maakt haar angstig;
3. 'beestjes': mevrouw meent overal beestjes te voelen en is zodoende uren bezig kledingstukken e.d. uit te slaan.

Deze moeilijkheden moet men zich voorstellen in een context van grandioze subassertiviteit, overladen met groteske schuldgevoelens.

Prognostisch interessant lijkt het feit dat het haar liefste wens is verzorgd te worden. Aan volwassen worden heeft zij geen behoefte, nee, een gebroken been wil ze hebben, waardoor men haar zal ontzien en helpen. De therapeut doet veel voor mevrouw. En ze knapt waarachtig op, althans behoorlijk. Dan, anderhalf jaar na het begin van de behandeling, gaat

ze naar een assertiviteitsgroep. Ze doet goed mee, tot haar man zich geheel onverwacht in het ziekenhuis laat opnemen om zijn *neus* te doen verfraaien!

Alle klachten verergeren, de huisarts moet worden ingeschakeld, de medicatie wordt verhoogd etc. Cliënte is bij het beëindigen van de assertiviteitsgroep een erg weinig productief deelnemster, die zich de laatste zittingen vooral aan het ontmoedigen van andere deelnemers heeft gewijd. Zij komt bij haar 'oude' therapeut terug - degeen die dit schrijft nog steeds - en stabiliseren wordt voorlopig het nieuwe doel.

De man, een laconieke treinmachinist die de therapeut steeds knipoogjes geeft wanneer deze met zijn vrouw praat, is iemand die zich optimaal aan zijn partner heeft aangepast. Wrevel jegens zijn echtgenote uit hij uitsluitend via het steunen van zijn zoons wanneer dezen hun moeder het leven zuur maken.

Zo verlopen meer dan 20 zittingen.

Mevrouw laat op een vreselijke manier over zich lopen, vraagt haar kinderen om toestemming voor het kopen van een rok, smeekt of ze a.u.b. eens aardig willen zijn, chanteert, tracht complimenten uit te lokken etc. De therapeut signaleert vermoed dat hij in een ander geval zeker iets aan deze beroerde manier van opvoeden zou hebben gedaan, maar ja, het is voor mevrouw toch te moeilijk.

Een paar dagen later belt mevrouw. Ze zegt: 'Weet U, wat me hindert is dat we nooit *systematisch* iets aan m'n manier van opvoeden hebben gedaan.' 'Wilt U dat dan?', vraagt de therapeut verbaasd. 'Ik wil het graag proberen', is haar antwoord.

Ze krijgt Patterson te lezen.

Ze vindt het een knap boek.

Voor de keus gesteld of ze Pattersons aanpak of die van mevrouw Katrijn prefereert, kiest ze de laatste.

Er wordt een lijst samengesteld waarin de volgende gedragingen van plus- en minpunten worden voorzien:

- iemand (niet) onderbreken die iets vertelt;
- (niet) 'ouwehoeren', d.w.z. steeds opnieuw over een afgehandeld onderwerp beginnen;
- beide zoons op een andere avond uitnodigen wat langer op te blijven;
- (niet) naar pluimpjes vissen;
- de zoons voor iets prijzen zonder er meteen weer iets kritisch aan toe te voegen;
- op een rustige manier een afwijkende mening naar voren brengen i.p.v.

te schreeuwen.

Een maand later heeft ze twee bossen bloemen alsook een uitje naar de schouwburg verdiend. Plus dat de kinderen zich veel beter gedragen. Gezien het 'mens-erger-je-niet'-karakter van dit systeem, wordt besloten de strafpunten helemaal te laten vervallen. Mevrouw mag zo dom opvoeden als ze maar wil, alleen wanneer ze bloemen wil verdienen is het verstandig van tijd tot tijd positief gedrag te vertonen.

Telefonische informatie leert dat deze wijziging bij haar heel gunstig werkt.

4. *Discussie*

1. De hier beschreven aanpak is natuurlijk absoluut niet nieuw. Aardig lijkt mij echter wel om te *beginnen* met de kinderen als probleemgevallen te beschouwen, om vervolgens een boek over de aanpak van problematische *kinderen* te laten bestuderen en de cliënt ten slotte te laten kiezen wie hij in eerste instantie veranderd zou willen zien: zichzelf of zijn kind. Het lezen van Patterson werkt zo als motiveer- en ringstechniek.
2. Wel of geen strafpunten?
Het lijkt mij dat het verstandig was mevrouw Katrijn ook de mogelijkheid te geven om fouten te maken waarvoor *boetes* betaald moeten worden. Dat past bij haar pittige persoonlijkheid en behoefte serieus genomen te worden. Bij mevrouw Sorber - het 'kinderlijke vrouwtje'- was een meer bemoedigende aanpak aangewezen. Het feit dat zij voor zichzelf blijkbaar de wens had toch maar niet volwassen te worden werd door de therapeut vooralsnog als een gegeven geaccepteerd.
3. De neus van meneer Sorber.
De therapeut was nooit iets bijzonders aan 's mans neus opgevallen. Toen hij cliënt vroeg op welke gronden deze tot de beschreven modificatie had besloten, antwoordde deze: 'O, ik zat verzekeringspapieren door te kijken, en toen las ik dat je ook je neus kunt laten veranderen op kosten van de verzekering. Ik dacht: Laat ik dat dus maar eens doen.' Het is eigenlijk een gewoonte van de man dergelijke niet-serieuze informatie te verstrekken. Klassieke gezinstherapeuten zouden het gedrag van deze man zonder meer aan de symptomatologie van mevrouw hebben gerelateerd, denk ik. Mijn eigen idee is dat hij zich op een niet on-creatieve manier heeft aangepast aan een situatie waarin zich geen erg grote veranderingen voordoeden. Een goed teken is dat hij erg trots

is op de vorderingen die zijn vrouw in de omgang met Bob en Bas heeft leren maken.

Referentie

Patterson, G. (1973): Problemen met kinderen. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen.

KONSULTATIE GEVRAAGD

Een 28-jarige, verloofde jongeman met een prima erectie, met prima natte dromen, met een prima verloofde en een prima rapport van gezondheid afgegeven door een ervaren uroloog, is niet in staat om klaar te komen.

Hij zoekt bij ons hulp.

Hoe deze te verstrekken?

Kees Hoogduin, april 1978

Fons Schrijvers
Medewerker Stichting
Geestelijke Gezondheids-
zorg Oostelijke
Mijnstreek

directieve therapie*

een psychologische variatie op 'small is beautiful'

De laatste jaren zijn therapievormen tot ontwikkeling gekomen die duidelijk afwijken van de meer klassieke opvattingen in de hulpverlening. Deze therapieën vallen onder de noemer van kleinschaligheid qua doelstelling, werkwijze, aanpak, tijdsduur en pretentie. Hun doelstelling is zo concreet en beperkt mogelijk.

De therapeut mikt op concrete probleemoplossing of klachtenverlichting. Schijnbaar kleine veranderingen of verbeteringen zijn vaak voldoende om een heel veranderingsproces op gang te brengen.

Uitgangspunt voor de therapeut is het accepteren en gebruik maken van wat de cliënt brengt of biedt en dit in een zo positief mogelijk kader plaatsen.

Klachten en problemen van de cliënt worden zoveel mogelijk in een situationele context gezet. Grote aandacht wordt geschonken aan de wisselwerking tussen cliënt en diens omgeving die het probleemgedrag vaak in stand houdt of oproept. Doelstelling is niet een totale persoonlijkheidsverandering of -ontplooiing van de cliënt of een volledig problemen-vrij-maken van de cliënt. De therapie heeft meestal een zeer beperkte tijdsduur van één tot vijftien contacten, hetgeen zal inhouden dat de therapeut zeer actief en directief moet optreden. De therapie is enig gericht op abstracte reflectieprocessen bij de cliënt en geeft veel minder aandacht aan het gevoelsleven. Veel belangrijker zijn de perceptie- en denkprocessen van de cliënt: niet wat voelt de cliënt maar wat ziet en denkt hij over het probleem of over zichzelf? Ook het procesmatige tussen cliënt en hulpverlener – in de zin van een intensieve gevoelsmatige relatie – speelt veel minder een rol. Verder is het gangbaar dat de therapeut alles kan en mag gebruiken in de therapie zonder een theoretische verklaring nodig te hebben: als het maar werkt. Deze veranderingen zijn niet zomaar uit de lucht komen vallen. Er was en is veel kritiek op de traditionele therapieën die mensen vaak jarenlang vasthouden, met een zeer pretentieuze doelstelling, die zel-

den bereikt wordt. Deze therapievormen waren gericht op de hoogste lagen van de bevolking en werden geacht niet geschikt te zijn voor de gewone mensen (waarvan er veel meer bestaan). Deze laatste groep kan veel beter uit de voeten met een beperkt tijdsperspectief en een actieve opstelling van de therapeut. De kleinschalige therapieën hebben m.i. de volgende voordelen:

- groter bereik (veel meer mensen kunnen geholpen worden);
- minder afhankelijkheid van de cliënt aan de therapeut;
- hoger rendement in de therapie (wet van de verminderde meeropbrengst);
- betere aansluiting bij de grote groep van gewone mensen;
- minder pretentie en meer gericht op concrete problemen;
- minder ongewenste neveneffecten (bijv. hulpgeven roept problemen op).

De weerstand tegen deze therapie is bij traditionele therapeuten vaak nog erg groot. Hoe kun je nou iemand genezen in een zestal gesprekken? is een veelgehoorde uitspraak.

Alsof de lengte van de behandeling en de tijdsinvestering de meest belangrijke variabelen zijn in de hulpverlening. Langer is niet altijd beter! Gelukkig zijn er vele therapeuten die wel willen, maar niet

weten hoe. De opleidingen zijn bijna nog allemaal geënt op het langdurige, traditionele therapiemodel.

Om deze redenen is het gelukkig dat eind 1977 het boek 'Directieve Therapie' op de markt verschenen is. Het boek bevat een serie originele bijdragen van nederlandse psychotherapeuten die verslag doen van hun ervaringen (ook mislukkingen) met kleinschalige therapieën, zonder de pretentie een allesomvattend handboek te willen schrijven. De auteurs heten: Richard van Dijck, Onno van der Hart, Kees Hoogduin, Leen Joele, Alfred Lange, Dick Oudshoorn en Kees van der Velden. Diverse hoofdstukken zijn soms in licht gewijzigde versie al eerder verschenen in de vaktijdschriften.

Het boek bestaat uit vier delen:

deel I - Oriëntatie bevat een zestal bijdragen over de principes, kenmerken en ideeën van directieve therapie en is een poging tot theorievorming;

deel II - De behandeling van specifieke problemen bestaat uit een tiental artikelen die elk een bepaald probleemveld uitvoerig casuïstisch beschrijven;

deel III - Specifieke benaderingen omvat negen hoofdstukken die voor een deel specifieke technieken behandelen en voor een deel theoretische, filosofische beschouwingen opleveren;

deel IV - Richtlijnen geeft in een achttal hoofdstukken adviezen en tips hoe je directieve therapie in de praktijk wel en niet moet toepassen.

Al met al een lijvig boek met meer dan dertig verschillende bijdragen van verschillend onderwerp en kwaliteit.

In de inleiding wordt gesteld dat directieve therapie een antwoord is op het élitaire

* Directieve therapie, onder Redactie van Kees van der Velden. Sociale bibliotheek, Van Loghum Slaterus, 1977.

karakter van de traditionele, langdurige therapievormen, die slechts voor een beperkte groep cliënten bereikbaar zijn. Directieve therapie is een pragmatische, doelgerichte en kortdurende therapeutische benadering, waarbij de therapeut uitgaat van de directe behoefte van de cliënt. Doel hierbij is verandering en probleemoplossing op korte termijn. Het boek is in de eerste plaats geschreven voor collega's die op grond van eigen praktijkervaring belangstelling hebben ontwikkeld voor kortdurende, pragmatische therapie. Het eerste hoofdstuk is van de hand van Kees van der Velden en Richard van Dijk en geeft een theoretische inleiding in de Directieve Therapie. Alle elementen worden nog eens op een rijtje gezet en besproken, t.w.: de therapeut geeft de cliënt veel aanwijzingen of directieven; het aantal zittingen wordt beperkt gehouden; de therapeut en de cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen; de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context; de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen. Eén van de onderdelen die het meeste stof zullen doen opwaaien is het tijdsaspect. De auteurs schrijven dat acht tot vijftien zittingen voldoende zijn om aanzienlijke verbeteringen te bereiken. Uit eigen ervaring weet ik dat zo iets ongelooftwaardig klinkt in termen van klassieke therapie die vaak uitgaat van jarenlange bemoeienissen en waar veertig tot honderd sessies geen uitzondering vormen. Hoe kort is het niet geleden dat men therapieën van twee jaar al kortdurend noemde?

De auteurs gaan kort in op de bezwaren die men vaak hoort – symptoomverschuiving, tweede keus, geen echte behandeling – en leggen onderzoeksgegevens op tafel die aantonen dat in tijd beperkte hulp vaak beter en efficiënter is. Wegens de grote, niet alleen economische, voordelen van een in tijd beperkte hulpverlening komen zij tot de uitspraak om als regel korte therapie toe te passen en pas langdurende vormen te overwegen wanneer korte therapie niet geholpen heeft.

In zijn geheel vind ik het een mager hoofdstuk, zeker wanneer ik er van uit ga dat dit boek ook gelezen zal worden door hulpverleners voor wie deze ideeën helemaal nieuw zijn. Ik mis er toch een al-

gemene rode draad in waarom men gekomen is tot de idee van directieve therapie. Hoe kijken de auteurs aan tegen psychische problemen, hoe tegen veranderingsprocessen, hoe tegen probleemoplossing? Wat denken ze van veranderde opvattingen omtrent ziekte en ziektegedrag? Hoe kijken ze aan tegen een zogenaamd rimpelloos en probleemvrij leven? Hoe staan ze tegenover de 'heilsverwachtingen' in de hulpverlening? De auteurs hebben hun ideeën te weinig expliciet ingebed in een maatschappelijk kader, een kader waarvan zij zelf deel uitmaken.

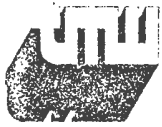
Daarop volgt in hoofdstuk 2 een gewijzigde versie van het in het Tijdschrift voor Psychiatrie (1974) verschenen artikel van Richard van Dijk: Vormen van directieve therapie bij paren en gezinnen. Dit artikel geeft een theoretisch kader voor gezins- en echtparentherapie vanuit een systeem-, communicatie- en leertheorie. In een notedop worden vele elementen uit bovenstaande theorieën behandeld, waarbij ik mij afvraag of de gemiddelde therapeut hier veel aan heeft in de praktijk. Tevens wordt een heel schema van classificatie van gezinssystemen ontwikkeld. Ik vind het een beetje teveel van het goede en ik vraag me af waarom dit artikel opgenomen is in een boek over kortdurende, pragmatische, directieve therapie. Het zou niet misstaan hebben in een handboek over gezinstherapie mits de logische opbouw ervan verbeterd zou zijn. Theoretisch gezien worden interessante ideeën over gezinsbehandeling aangetipt, maar daar blijft het bij.

In 1977 is een artikel verschenen van Onno van der Hart over relaties en rituelen. Hij werkt het idee van de gezinsfasen uit. Ieder gezin kent bepaalde fasen met heel eigen problemen: kinderloze fase, uitbreidingsfase door de geboorte van één of meer kinderen, stabilisatiefase, fase van zelfstandig worden van de kinderen en het uit huis gaan, fase van het lege nest en de fase van de ontbinding door dood van één van de partners. Ieder gezin moet bepaalde ontwikkelingsstaken vervullen om goed van de ene fase in de andere te geraken en zal steeds een nieuw evenwicht trachten te vinden. In de praktijk zullen vele gezinnen er niet in slagen om een nieuwe overgang

te realiseren of om een nieuw evenwicht te bereiken. Dit onderdeel van de theorie is zo aardig omdat veel psychische problemen van mensen zo begrijpelijk en normaal worden als men ze bekijkt tegen de achtergrond van concrete fasen. Van der Hart beschrijft een eigen manier om gezinnen te helpen met een noodzakelijke overgang van de ene fase naar de volgende fase via het gebruik maken van rituele procedures. Het tweede gedeelte van zijn artikel gaat over het belang van het hebben van rituelen als brugfunctie tussen een oude en nieuwe levenssituatie.

Hoofdstuk 4 handelt over het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelf-perceptie theorie en is geschreven door Alfred Lange. Ik vind dit één van de boeiendste hoofdstukken uit dit boek. Niet zozeer door de uitvoerige casusbeschrijving als wel door het aanstippen van diverse nieuwe theoretische uitgangspunten voor therapie. Eén van die uitgangspunten is de idee dat de mens zich niet gedraagt zoals hij zich voelt, maar zich voelt zoals hij zich gedraagt (cf. James). De consequentie hiervan voor de therapie is dat men nieuw gedrag kan aanleren hetwelk kan leiden tot nieuwe attitudes en emoties. Een omdraaiing van causaliteiten die voor vele hulpverleners ongeloofwaardig zal klinken. Zeker voor hen die primair uitgaan van het beïnvloeden van gevoelens. Lange trekt hierbij de lijn door van Van der Hart in het vorige hoofdstuk wanneer hij stelt dat het uitvoeren van ritueel gedrag nieuwe emoties en attitudes oproept. 'Doe eerst, het gevoel komt vanzelf wel.' Een tweede idee is de theorie van de zelfperceptie en cognitie. Dit aspect wordt helaas niet verder uitgewerkt op zijn mérites voor de directieve therapie. Ik vind het jammer dat Lange zo'n uitgebreide casusbeschrijving geeft, waarvan er genoeg in dit boek staan en zo'n magere onderbouwing van de moderne theorieën die een vernieuwing kunnen betekenen voor de klassieke hulpverleningsvormen.

In hoofdstuk 5 is een artikel opgenomen, dat in 1975 in TMW is gepubliceerd. Het gaat over strategische en tactische aspecten van therapie en is geschreven door Onno van der Hart en Tanja Rubinstein. De auteurs geven inzicht in directe en indirecte (judo)strategieën in de hulpverlening.



Het bewust niet ingaan op de klacht kan vaak het therapeutisch gewenste effect bereiken. De auteurs wijzen er op, dat vooral de term paradoxale interventie in bepaalde therapiekringen een modewoord is geworden en vaak te pas en te onpas wordt gebruikt. Alfred Lange gaat in hoofdstuk zes door op de ideeën van het voorafgaande hoofdstuk. Hij noemt zijn bijdrage 'Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten'. Hierin wordt aan de hand van een uitgebreide casus een therapeutische tactiek en strategie uitgewerkt, waarbij de therapeut meegaat met de cliënt en probeert om niet in een directe confrontatie of machtsstrijd te geraken. Hierdoor zal er geen machtsescalatie ontstaan, waardoor één van beiden zal verliezen. Ook zal hierdoor de verdediging van de cliënt niet dusdanig worden versterkt, dat er therapeutisch geen doorkomen aan is. Vaak zal een directe benadering, wegens een te grote bedreiging, tot verbreking van het contact leiden.

Al met al zijn dit de zes hoofdstukken die het theoretisch kader van dit boek vormen. Er worden veel elementen aangestipt, maar weinig uitgewerkt. Het is jammer dat de auteurs er niet in geslaagd zijn om de theoretische aspecten, vaak gehaald uit diverse theorieën, met elkaar te verbinden en te integreren. Ik denk bijvoorbeeld aan de mogelijke rode draad tussen maatschappelijke opvattingen over het hebben van problemen, deviantie- en stigmatiseringsverschijnselen, rolgedrag, ziektegedrag en ziektewinst, levensfasenproblematiek en gezinstherapie, kritieke gebeurtenissen in iemands leven (critical event) en krisissen, veranderingenleer, evenwicht, assimilatie- en accommodatieprocessen, leertheorieën, ideeën van cognitie, perceptie en gedrag. Op basis hiervan kunnen de diverse technieken en interventies veel beter beschreven worden. Maar misschien is een theorievorming (die er wel degelijk in verwerkt zit) in tegenspraak met het pragmatische karakter van dit boek en met één van de ideeën uit de directieve therapie: 'Hoe het werkt is niet van belang, als het maar werkt.' Voor mij is het echter te mager.

behandeling van specifieke problemen

Daarover gaat het in deel II.

In tien hoofdstukken wordt een scala van problemen behandeld. Op basis van uitvoerig praktijkmateriaal wordt systematisch ingegaan op de aard van het probleem, doelstelling van de behandeling, soort interventies die gebruikt zijn, theoretische verklaring en discussie over de gehanteerde technieken. Kenmerkend voor de aanpak is het citaat uit de inleiding tot dit deel: 'Wanneer een cliënt of diens omgeving niet helemaal verstandig met een acute klacht of een acuut probleem omgaat, is de kans groot dat zo'n klacht of probleem een eigen leven gaat leiden. Er ontstaat een intra- of interpersoonlijke vicieuze cirkel, waarin het optreden van de intussen chronisch geworden klachten ongewild wordt 'uitgelokt'. Wanneer dit het geval is, kan het heilzaam zijn de symptomen te blokkeren. Pas daarna ontstaat de gelegenheid om eventuele 'achterliggende' problemen op te lossen. Soms ook is het symptoom zelf het enige probleem en blijkt achter het optreden ervan verder weinig 'pathologie' schuil te gaan.

Hoofdstuk 7 heet: De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. Dit hoofdstuk van de hand van Hoogduin, Van der Hart, Van Dijck, Joël en Van der Velden, vind ik één van de sterkste hoofdstukken van dit boek. Uitvoerig en heel duidelijk wordt ingegaan op het in de praktijk vaak onbehandelbare probleem van mensen met obsessief-compulsieve klachten. De auteurs gaan er o.a. van uit dat mensen met hun symptomen de relaties met anderen kunnen beïnvloeden en beheersen; dus vanuit een vaak onuitsproken machtsstrijd. Daarom is het van belang om in een behandeling de actuele sociale en omgevingsfactoren te betrekken...

De hier geschetste behandelingsvorm is gebaseerd op een specifieke aanpak van de relevante context waarbinnen de dwangmatige symptomen voorkomen; zowel leertheoretische als communicatie-theoretische principes worden hierbij gecombineerd.

Hoofdstuk 8 van Onno van der Hart gaat over een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie. Hierin wordt heel summier een methode van Erickson toegelicht om cliënten met heel specifieke

problemen met succes te behandelen die vaak elders zonder resultaat in behandeling zijn geweest. Dit hoofdstuk beviel mij minder. Deels omdat het ruikt naar het beschrijven van een spectaculaire case die in zeldzame gevallen lukt, deels omdat ik erg huiverig ben dat veel therapeuten zo iets klakkeloos willen navolgen omdat ze een nieuw recept hebben gelezen.

Hoofdstuk 9 van Alfred Lange beschrijft uitvoerig een behandelingsplan van een vrouw met diverse fobische klachten. In de korte theoretische uiteenzetting schrijft de auteur dat er niet één zaligmakende methode bestaat waarmee men iedere fobie te lijf kan gaan. Het aantrekkelijke van de beschrijving van de casus is dat zeer systematisch alle zaken op een rijtje worden gezet, alle stappen die de therapeut onderneemt worden uitgelegd, en er wordt een verklaring gegeven van de diverse soorten interventies. De grap van dit hoofdstuk zit in het onverwachte element dat in de behandeling sluipt ondanks alle geplande maatregelen van de therapeut.

Hoofdstuk 10 van Kees Hoogduin laat zien hoe simpel en eenvoudig een therapie kan zijn. De auteur beschrijft een methode om mensen te helpen die moeilijk 'nee' kunnen zeggen. Vaak zijn eenvoudige adviezen en hulpmiddeltjes het ei van columbus. De methode bestaat hierin dat de therapeut de mensen die geen neen kunnen zeggen op vragen en verzoeken, alle verzoeken laat nummeren. Ieder verzoek dat deelbaar is door drie moet de cliënt weigeren of daar moet hij zich met een Jantje-van-Leiden van afmaken. Deze methode is zeer motiverend en werkt perfect. Vooral de verklaring achteraf is groots.

In de hoofdstukken 11 t/m 16 worden diverse problemen beschreven waarmee therapeuten te maken krijgen (werkherhaving, stouteren, en hyperventilatie). De meest boeiende zijn de laatste twee die gaan over het omgaan met traumatische gebeurtenissen uit het verleden. Vele moderne therapieën maken uitsluitend gebruik van actueel, hier-en-nu materiaal van de cliënt (gestalt-, gezins- en communicatietherapie bijv.). Ook bij de directieve therapie wordt gesuggereerd dat het hier-en-nu gedrag van de cliënt en zijn problematiek centraal staan. Zowel Lange

in hoofdstuk 15 als Hoogduin in hoofdstuk 16 laten zien dat het soms noodzakelijk is om gebeurtenissen uit het verleden door te werken. Ik vind het een verfrissing te lezen dat het zinnig kan zijn om de individuele problematiek van één van de partners (van vroeger) apart te bespreken. In kringen van relatie- en gezinstherapeuten wordt vaak ten onrechte onmiddellijk naar de actuele interactie tussen beide partners gegrepen als bron van moeilijkheden en conflicten.

Ook wanneer preoccupatie met verschrikkelijke dingen uit het verleden voor een cliënt grote schuld- en angstgevoelens oproept, waardoor de hier-en-nu problematiek erg versluierd wordt, is het zinnig om in eerste instantie de blik op het verleden te richten.

specifieke benaderingen en technieken

Dit is het onderwerp van deel III.

Ook hier worden aan de hand van gevalsbesprekingen facetten van directieve therapie uiteengezet.

Richard van Dijk gaat in hoofdstuk 17 uitvoerig in op de toepassing van de paradoxale interventie in een behandeling. Deze is ontwikkeld door o.a. Frankl. Het idee is om cliënten aan te bevelen om precies datgene na te streven of te willen gaan doen waarvoor zij angstig zijn.

Wanneer dergelijke adviezen worden uitgevoerd, verdwijnen of verminderen in veel gevallen de symptomen in korte tijd. Een verklaring hiervoor wordt gegeven in het doorbreken van de verwachtingsangst of het 'heilige moeten', door spontaan gedrag niet bewust te willen forceren (hetzij in het willen bereiken hetzij juist in het voorkómen ervan); door afstand te nemen van de klacht door middel van bijv. humor of overdrijving. Uitvoerig beschrijft Van Dijk de hele opzet en uitvoering van een behandelingsplan.

Dit hoofdstuk vind ik veel nuchterder dan het door o.a. Pieter van der Ven overtrokken gebruik van paradoxen in de therapie. In sommige richtingen van de gezinstherapie hoort men alleen nog maar het begrip paradoxale therapie, vaak voor de meest simpele interventie die men zelf geweldig vindt.

In Hoofdstuk 18 laat Onno van der Hart enige minder gebruikelijke hulpmiddelen

zien ter bevordering van de assertiviteit (zelfvertrouwen) bij therapeut en cliënt. Ook dit hoofdstuk bevat mij minder wegens een te geringe diepgang en het oppervlakkige gemak waarmee (succesvolle?) methodieken worden verkocht. Het geheel doet wat denken aan de advertentieteksten voor cursussen zelfvertrouwen en bereik-succes-in-uw-leven.

Hoofdstuk 19 is van Dick Oudshoorn en beschrijft de verhalentechniek van Richard Gardner (mutual story telling technique). Ik vind dit een zeer leerzaam hoofdstuk, mede dank zij het gebruik van uitgebreide protocollen. De auteur laat zien hoe men via een indirecte methode de weerstand van een kind kan omzeilen en kan werken aan het moeilijke materiaal van de cliënt. De techniek gaat als volgt: men laat tijdens de therapie het kind een verhaal vertellen (de veronderstelling daarbij is dat het kind in een verhaal veel van zichzelf stopt).

De therapeut analyseert dit verhaal voor zichzelf en vertelt op zijn beurt een tegenverhaal dat dezelfde elementen bevat, maar een minder ongunstige of neurotische wending neemt. Met andere woorden, hij vult op die plaatsen in het verhaal van het kind die negatief geladen zijn, op met positieve situaties. Hij zal die negatieve situaties niet duiden of in discussie brengen.

Hoofdstuk 20 is van Van der Hart en gaat weer over rituelen in de therapie.

Dick Oudshoorn schrijft in hoofdstuk 21 over de behandeling van kinderen en jongeren. Hij laat zien dat in tegenstelling met de ideeën van vele gezinstherapeuten — die vinden dat je te allen tijde het hele gezin moet inschakelen — het soms erg vruchtbaar kan zijn om alleen met het kind te werken, zij het theoretisch vanuit een gezinskader. De therapeut zal bij het ontwerpen van zijn strategie rekening moeten houden met de te verwachten reacties van de omgeving op het veranderende gedrag van de cliënt. Oudshoorn laat zien hoe de therapeut op basis van de intake- en taxatiegesprekken kan besluiten om een kind individueel in behandeling te nemen. Voor deze keuze zijn de volgende indicaties te geven:

—de ouders weigeren aan een gezinstherapie deel te nemen;

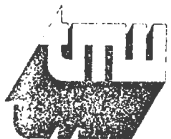
—ondanks verbeteringen in de gezinssfeer

blijven de klachten of problemen bij het kind bestaan;

—van een gezinstherapie zijn vrijwel geen verbeteringen te verwachten omdat de ouders te problematisch of gestoord zijn;

—het kind heeft recentelijk een ernstig persoonlijk trauma meegemaakt. Apart zijn de indicaties te noemen bij pubers en adolescenten. Een therapeut zal in deze gevallen moeten afwegen of hij de jongere juist vanwege zijn zelfstandigheidszoeke apart moet benaderen of juist vanwege het loskomingsproces samen met zijn ouders in therapie moet nemen. Voor beide mogelijkheden valt veel te zeggen. In alle gevallen wordt toch contact gehouden met het gezin en vaak wordt een individuele behandeling afgesloten met één of meer gezinsgesprekken. Met dit hoofdstuk slaat de auteur een brug tussen de verstokte systeempuristen en fervente speltherapeuten. Alleen om die reden is dit hoofdstuk de moeite van het lezen waard.

In hoofdstuk 22 beschrijft Van der Hart een ervaring met een directieve nazorggroep van cliënten van een dagcentrum. Uitvoerig wordt ingegaan op de opzet en uitvoering van een dergelijke groep en welke problemen en knelpunten eraan vastzitten. Dit hoofdstuk vind ik vooral belangrijk wekkend voor mensen werkzaam bij de sociaal-psychiatrische diensten en psychiatrische poliklinieken. Dit deel wordt beëindigd met de hoofdstukken 23, 24 en 25 die alle drie hetzelfde thema behandelen: 'de zware last'. Hieronder wordt verstaan dat men cliënten een te zware of te moeilijke opdracht meegeeft, die hij weigert uit te voeren. Als de therapeut het doorgaan van de therapie verbindt aan het wel uitvoeren, dan is de consequentie dat het contact verbroken wordt. De cliënt heeft dan de mogelijkheid om naar een andere hulpverlener te gaan, te berusten in zijn lot of... en dat is het verrassende, toch te verbeteren. Van der Hart probeert dit verschijnsel te verklaren vanuit de theorie van de cognitieve dissonantie, Lange vanuit de zelfperceptietheorie en Van Dijk vanuit de communicatietheorie. Alle drie laten ze zien dat het gebruikelijke 'stapje-voor-stapje'-model in de hulpverlening niet altijd werkt. Vooral bij cliënten die soms al jarenlang in therapie zijn en waarbij geen enkel resultaat bereikt is. De cliënt is verslaafd geworden aan de



therapie. Ook bij cliënten die in een slepende impasse zitten (die nooit wordt opgelost) kan een dergelijke 'harde' benadering een gunstige uitwerking hebben. De auteurs waarschuwen ertegen om deze methode te gebruiken om af te komen van moeilijke gevallen.

richtlijnen

Hoofdstuk IV bevat richtlijnen, tips en suggesties voor therapeuten bij veel voorkomende praktijkproblemen. De volgende probleemsituaties worden behandeld: het starten van een directieve therapie, directieve therapie bij mensen met een streng-religieuze achtergrond, motivatieverhogende technieken, conflicthantering bij ruziemakende echtparen, zwijgers en pratens in de therapie. Enkele hoofdstukken springen eruit om apart te bespreken.

Hoofdstuk 26 behandelt hindernissen in de beginfase van een directieve therapie en is geschreven door Kees van der Velden en Richard van Dijk. Hoewel dit hoofdstuk gaat over de beginfase van directieve therapie heeft het m.i. een bredere strekking. Iedere (ambulante) hulpverlener kan het geschrevene in zijn therapeutische oren knopen. Uitvoerig gaan de auteurs in op de problemen die zich kunnen voordoen en op de manieren om gerezen problemen op te lossen. In feite worden vele taxatieproblemen beschreven zoals: onderhandeling over het vaststellen van een therapeutisch contract; het verkopen van een bepaalde behandelingsvorm aan een cliënt die eigenlijk iets anders wil; één van de gezinsleden wil niet meekomen of de cliënt maakt er bezwaar tegen dat een ander gezinslid uitgenodigd wordt; de cliënt vindt de therapeut niet competent; de cliënt wordt gestuurd en heeft geen of een vage doelstelling etc. Ik vind de gesignaleerde problemen niet specifiek voor directieve therapie. Zij gelden voor alle behandelingsvormen. Door de zaken nog eens op een rijtje te zetten wordt des te meer duidelijk dat de intake van cliënten niet iets is dat er even tussendoor gedaan moet worden: op de grens van binnen en buiten moeten ervaren therapeuten werkzaam zijn en geen stageaires of pas beginnende mensen. Ook in de rest van het verhaal komen praktijkproblemen naar voren die in elke therapie een rol

zullen spelen. Om die reden zou ik de titel van dit hoofdstuk willen veranderen in: welke beginnersfouten kan een therapeut maken en hoe deze te voorkomen?

Hoofdstuk 31 van dezelfde auteurs heet: Valkuilen voor directieve therapeuten. Dit hoofdstuk slaat veel specifieker op directieve therapievorm. Een aantal therapiefouten wordt beschreven die in de praktijk vaak voorkomen. Om een indruk te geven noem ik er enkele: 'De therapeut laat toe dat leeropdrachten worden genegeerd', 'De therapeut geeft goed bedoelde adviezen, die iedereen kan bedenken (u moet eens wat minder maken!)', 'De therapeut geeft tegelijk paradoxale adviezen en leeropdrachten', 'De therapeut verwacht een directieve benadering met een autoritaire, onverzettelijke houding'; 'De therapeut meent directieve therapie te bedrijven als hij ridicule, absurde of onwaarschijnlijke opdrachten geeft' (een helaas veel voorkomende conclusie die verkeerd is. Het soms absurd lijkende element spreekt vaak aan, terwijl het niet het meest essentiële is. Van belang is dat de therapeut controle tracht te krijgen over het optreden van een symptoom). In dit hoofdstuk wordt impliciet de vloer aangeveegd met de vooroordelen en misverstanden die bestaan over directieve therapie en wordt eventuele kritiek al voorkomen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een voor mij zeer sympathieke regel: 'Het is echter een goede opstelling als de therapeut het uitblijven van succes niet al te snel aan zwakheden van zijn cliënt toeschrijft. Ook therapeuten kunnen kunstfouten maken en dat hoor je niet vaak; meestal is de cliënt 'niet-gemotiveerd'.

Het laatste hoofdstuk van dit boek is getiteld: Het voorkomen van uitzichtloze therapeutische relaties en is van de hand van Richard van Dijk en Kees Hoogduin. Dit artikel is een meer ideologisch getinte verantwoording van directieve therapie en handelt o.a. over het probleem van wachtlijsten, exclusieve behandelingsvormen en de in therapeutische kringen vaak voorkomende idee dat een therapie beter is naarmate men er meer uren in stopt. De auteurs beschrijven enkele onderzoeken naar het verband tussen duur

van de behandeling en resultaat. Opvallend zijn de bevindingen van o.a. Meltzoff en Kornreich (1970). Zij hebben onderzoek gepleegd naar de verschillen tussen langdurende en kortdurende therapie. Enkele van de meest opvallende conclusies zijn: een groot aantal van de cliënten dat verbetert, vertoont deze vooruitgang meestal vroeg in de behandeling; na verloop van tijd ziet men in elke therapie een punt van verminderde meeropbrengst; in werkelijkheid is therapie meestal van korte duur. De meeste ambulante therapieën zijn binnen twaalf zittingen beëindigd. Dit is zo opvallend omdat het niet gaat om behandelingen die door de therapeut als een korte therapie zijn bedoeld, maar om gevallen waarbij een als langdurige geplande therapie vroegtijdig wordt beëindigd. Vooral cliënten uit lagere sociale klassen en met een lager opleidingsniveau blijven eerder weg uit de behandeling. De auteurs gaan op dit verschijnsel uitgebreid in. Het is jammer dat ze nergens de persoon van de therapeut noemen. In mijn ogen speelt deze een even grote rol in therapie als de techniek die hij beheerst. Zowel de mentaliteit, de houding, het woordgebruik en manier van tegen het leven aankijken van de therapeut beïnvloedt het therapeutisch proces. Sommige onderzoekers stellen zelfs dat de verwachtingen van de hulpverlener het resultaat van de hulpverlening voor een groot deel bepalen (Rosenthal-effect!). Wat betreft de duur van de behandeling vergeten de auteurs dat therapeuten belang kunnen hebben bij een langdurende therapie. Ook een therapeut heeft behoefte aan vertrouwde relaties. Bij kortdurende therapieën wordt een hulpverlener geconfronteerd met het regelmatig opbouwen en afbouwen van persoonlijke relaties met cliënten. Het is gemakkelijker om een kleine groep cliënten lange tijd te behouden dan een grote groep van steeds wisselende samenstelling. En in vroeger tijden betekende een kleine langdurige groep een garantie voor een min of meer continu inkomen... De auteurs wijzen verder op de diverse consequenties voor het beleid van een therapeutische instelling of team, wil men kortdurende directieve therapie gaan bedrijven t.w.: —men dient zo kort mogelijke wachttijden aan te houden.

—men moet een korte behandelingsduur bevorderen;
 —in eerste instantie moet men kortdurende therapie aanbieden en pas in tweede instantie langdurende therapie overwegen;
 —men dient expliciet maatregelen te nemen om te voorkomen dat een praktijk dichtgroeit met 'meerjarige' cliënten. Verder wordt een aantal bruikbare suggesties genoemd om deze beleidsconsequenties uit te werken. Dit laatste is niet eenvoudig en wordt even gladjes opgenoemd. Alsof ons soort organisaties en ons soort professionele mensen geen grote weerstanden hebben tegen veranderingen en niet geweldig taai blijken te zijn!

eindconclusie

Als ik dit boek in zijn totaal bekijk ben ik enthousiast. Dat is ook de reden om het hier zo uitvoerig te beschrijven en te bespreken. Ik zou willen dat iedere hulpverlener en psychotherapeut het een tijdje onder zijn kussen legt. Hoewel steeds het woord directief wordt gebruikt, krijg ik de neiging om het woord 'kortdurend' te gebruiken. In mijn ogen is dat één van de sleutelwoorden waar alles om draait. *Kortdurende* therapie houdt in dat je je

doelstelling beperkt houdt, dat je veranderingskrachten in de omgeving gebruikt, dat je als therapeut directief optreedt. Een tweede sleutelwoord is het begrip 'gepland' dat overal doorheen sijpelt. De therapeut moet weten wat hij doet en moet van te voren zijn strategie bepalen. Ik denk dat vele hulpverleners hiermee problemen zullen krijgen, gewend als ze zijn aan ongeplande, spontane acties via het 'volgen' van de cliënt. Gepland handelen vraagt een heel andere mentaliteit en werkwijze van de therapeut; hij kan niet langer twee minuten van tevoren zijn therapie binnenstappen om creatief bezig te zijn. Planning vraagt voorbereiding en discipline. Het derde sleutelwoord is *stysteemgericht* werken. Een directieve therapeut kan er niet omheen om gebruik te maken van de inzichten uit de systeem-, gezins- en communicatietheorie. Wat verder erg naar voren komt is het toenemend belang van de perceptie- en cognitietheorieën. Het primaat van de gevoelsopvattingen krijgt daardoor een grote deuk en in mijn ogen terecht. De mens bestaat niet alleen uit gevoelens, maar wordt mede sterk bepaald door zijn manier van denken, kijken en beoordelen. Als tegenhanger van de gebruikelijke

procesmatige opvattingen over therapie, voor enkelen, wordt in dit boek een aanzet gegeven tot nuchtere en meer bescheidene probleemoplossingstechnieken. Gelukkig staat in dit boek het 'mensen-redden' niet centraal. Toch wordt vergeten dat niet ieder menselijk probleem valt op te lossen, ook niet met directieve therapie. En hiermee kom ik op één van de zwakheden van dit boek. Enerzijds wordt een eerste aanzet gegeven tot een andere, meer bescheiden vorm van therapie, anderzijds wordt een kookboek van recepten gegeven die suggereren dat vrijwel ieder probleem op te lossen valt, mits de techniek goed gehanteerd wordt. Deze tweezijdige opstelling brengt het gevaar met zich mee dat hulpverleners alleen de oppervlakte zien van directieve therapie en wat met techniekjes gaan spelen. Daarom is het zo jammer dat de onderliggende theorie zo fragmentarisch is uitgewerkt en weinig geïntegreerd. Een meer logisch en sluitend theoretisch gedeelte zou een mogelijk slecht gebruik kunnen voorkomen. Als slotopmerking nog dit: ik denk dat het boek sterker geworden zou zijn, wanneer de samenstellers sommige onderdelen hadden weggelaten. Nu lijkt het soms te veel van het zelfde.

Den Bosch, belast met de uitvoering van het CRM-beleid voor woonwagengedwongen in Noord-Brabant. Thans is hij als beleidsmedewerker verbonden aan de gemeente Tilburg, en werkt op de afdeling maatschappelijk en cultureel welzijn van de gemeentesecretarie. Hij schrijft over het gevecht tegen misverstanden, dat het welzijnswerk moet – of zou moeten – voeren. Beter verhoudingen tussen woonwagengedwongen en burgermaatschappij zijn doorslaggevend voor effectuering van beleid. Het tekortschieten van het beleid of beter uitgedrukt het niet doeltreffend zijn van het beleid heeft er nog steeds mee te maken, dat 'de liefde niet van één kant kan komen'. Die stelling reikt verder in zijn maatschappelijke consequentie dan men zo oppervlakkig zou denken.

Wat het bestuurlijke aspect betreft wordt nu teruggegrepen op de oude vorm, bekend van de jaren 1947 tot 1972. De redactieraad zal opnieuw optreden als het bestuur van de Stichting TMW met dien verstande, dat naast de leden van buiten *alle* medewerkers, die de Stichting in vaste dienst heeft daarvan deel uitmaken. Het beheer over de materiële zaken is opgedragen aan een uit de leden van de raad samengesteld dagelijks bestuur. Dat dagelijks bestuur legt verantwoordelijkheid van zijn handelen af aan de redactiebestuurs-raad.

Deze raad heeft de opdracht om samen met de medewerkers van de Stichting – de staf – de grote lijnen van het beleid uit te stippelen en het denkwerk te verrichten, dat noodzakelijk is om tot verantwoorde publicaties te komen op het brede terrein van het welzijnswerk.

De redactiestaf is binnen dit geheel verantwoordelijk voor de dagelijkse vormgeving en uitvoering van het gezamenlijk opgestelde redactionele beleid.

Het dagelijks bestuur functioneert reeds vanaf 1 maart j.l., de datum waarop de bevoegdheden door het oude bestuur officieel zijn overgedragen. De samenstelling van de redactieraad is op dit moment bijna voltooid. Het ligt in de bedoeling in het volgende nummer van TMW een meer persoonlijke kennismaking te laten volgen.

bij de inhoud van dit nummer

Fons Schrijvers, medewerker van de Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg Oostelijke Mijnstreek in Limburg, al een goede bekende in TMW en WW, behandelt zeer uitvoerig het boek

Directieve therapie. De verschijning van dit studiewerk is een belangrijke gebeurtenis. Waarom we die mening zijn toegedaan komt al enigszins tot uitdrukking in de ondertitel van dit artikel: een psychologische variatie op 'small is beautiful'. Deze drie woorden vormen de titel van het onder ons ongetwijfeld bekende boek van de econoom E. F. Schumacher, die de geestelijke vader is van baanbrekende gedachten over kleinschaligheid in het economisch bestel. Schumacher toont aan, dat de grootschaligheid die tot op heden het economisch handelen kenmerkt, de wereld niet die zegeningen heeft gebracht, die we in ons overspannen vooruitgangsgeloof daarvan hebben verwacht. Grootschaligheid kan ons – onder meer door uitputting van grondstoffen – tot de ondergang leiden. Bovendien is kleinschaligheid veel meer toegesneden op de menselijke maat. Dat laatste legt de verbinding naar het verschijnsel directieve therapie. Het therapeutische terrein is een terrein met vele onzekerheden, voetangels en klemmen, vage noties en ook pretenties, waarvan blijkt dat ze niet waar te maken zijn. Fons Schrijvers geeft in zijn artikel weer hoe directieve therapie gezien en beoefend wordt door de therapeuten die deze reader hebben samengesteld. Het grootste belang dunkt ons nog niet eens het nieuwe van kleinschaligheid in de toepassing maar de genuanceerde manier waarop dit thema door de diverse auteurs – de auteur van dit artikel inclusief – wordt behandeld. Daarop volgen twee artikelen over opleiding. Het eerste van Gerrie Driessen kijkt met een lach en een traan naar het reilen en zeilen van enkele sociale academies. Schrijfster is *Gerrie Driessen*, die een en ander belicht vanuit haar eigen ervaring en daaraan een aantal naar onze mening zinnige opleidingsvragen verbindt. Het tweede artikel, geschreven door *Han Hidalgo*, kijkt kritisch naar een rapport, dat door de Werkplaats Opbouwwerk Noord-Nederland is uitgebracht. Hier niet zo zeer een lach en een traan als wel een theoretische omspeling van opleiding c.q. verbinding van theorie en praktijk in het opbouwwerk.

Deze theoretische uiteenzetting maakt ons wel verlangend naar de praktijk, vooral die van de probleem-project-aanpak. De bredere beroepsorganisatie van welzijnswerkers komt voor de derde keer binnen korte tijd in het vizier door het gesprek, dat *Andries de Jong* heeft gevoerd met leden van de Nederlandse Vereniging van Personeelswerkers en het Landelijk Kontakt Veldwerkers.