

Tijdschrift voor Directieve
Therapie
Jrg.6 N:1 Augustus 1978



INHOUD

Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Kees Hoogduin	Stoppen met roken met behulp van een zelf-controleprocedure	11
Dick Oudshoorn	Tics en dwangverschijnselen bij kinderen	17
Kees Hoogduin & Else de Haan	Tics, het syndroom van Gilles de la Tourette	28
Richard Van Dijck & Onno van der Hart	Strategieën in hypnotherapie	43
Kees van der Velden	Vaak, kort & op ongelegen tijden	51
Frieda Aelen & Alfred Lange	Individuele sex- en slaaptherapie bij samenwonende partners	55
Kees Hoogduin	Behandeling van seksuele problemen bij een echtpaar via behandeling van een van hen	82
Onno van der Hart	Hypnotherapie in plaats van plastische chirurgie	85
	Notities bij 'De welwillende beproeving'	91
Alfred Lange	Timing; een tweede voorbeeld	96
Onno van der Hart	Systeemvoorschrijving	104

OMSLAG: Marijke van der Does & Else de Haan

REDACTIE: R. Van Dijck, O. van der Hart, C.A.L. Hoogduin, L. Joele, A. Lange, D.N. Oudshoorn, K. van der Velden

Omslag

Wie U daar op het omslag ziet, lezer, dat zijn wij niet, maar dat is klinische-psychiatrie-professor Jay Haley! Het verschil met ons is dat Haley wat aan z'n ogen mankeert, terwijl wij zeer goed zien en alleen maar een beetje kleurenblind zijn, net als Erickson.

Psycholoog-fotograaf Else de Haan kiekte de auteur van *Strategies* bij een lezing in Florence. TDT-redacteuren Kal en Dijck woonden de gebeurtenis bij. U ziet hen in de rechterbovenhoek. Zij werden daar geplaatst door all-round psychiatrie-praktijk-manager Marijke van der Does.

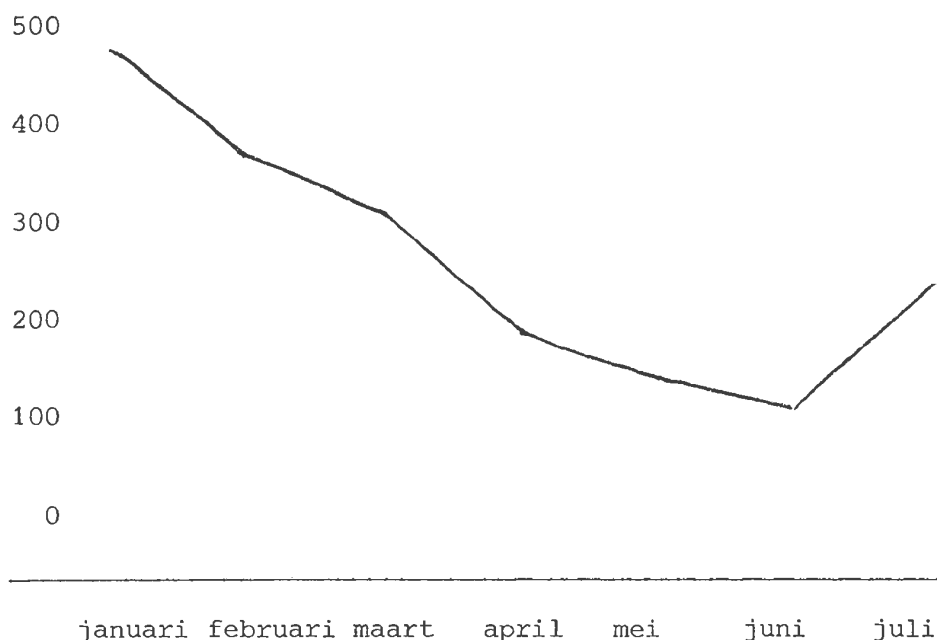
In werkelijkheid bevonden onze medewerkers zich gelukkig niet buiten de lokaliteit - zoals de fotografie suggereert - maar erbinnen. Zij kennen Haley dus, en omdat wij hen kennen, kennen wij Haley nu ook een beetje. Zo is dan Haley van ons allemaal. *Proficiat, Jay!*

Het Boek

Eind juli kwam uit *Directieve Therapie 1*, in principe hetzelfde boek als *Directieve Therapie*, alleen met wat minder fouten en met een *1* achter *Directieve Therapie*. *Directieve Therapie 1* is de eerste bijdruk van *Directieve Therapie*. Het verschijnen van deze uitgave betekent dat andermaal 4.000 exemplaren van Het Boek op de markt gebracht worden.

Hoe staat het met de verkoop?

Kijk maar eens naar de onderstaande grafiek.



U ziet, en dat is het interessante, dat de dalende seizoenlijn (januari: 468 ex.; februari: 335 ex.; maart 325 ex.; april: 183 ex.; mei: 168 ex.; juni: 147 ex.) in juli ineens doorbroken wordt door een wonderlijke zomeruitschieter: 241 exemplaren!

Hoe dit te verklaren?

De onderstaande recensie van *Festen* zal de verkoop wel niet hebben gestimuleerd.



MGV 33 (5), 1978
(mei)

Velden, K. van der. (red.): *Directieve Therapie*. Deventer. Van Loghum Slaterus, 1977. Serie: Sociale bibliotheek. 365 blz. Prijs: f 39.50.

Directieve therapie is een verzameling artikelen van verschillende auteurs over hun therapeutische praktijkervaringen.

Als 'directieve' therapeuten hebben zij gemeen, dat zij proberen de therapie aan te passen aan de behoeften van de cliënt. Hun belangstelling geldt een pragmatische, doelgerichte en kortdurende therapeutische benadering, waarbij de therapeut verantwoordelijkheid accepteert voor het bepalen en uitvoeren van een therapeutische strategie. De directieve benadering wordt onderbouwd door een op de communicatie- en systeemtheorie gebaseerde 'Haleyaanse' aanpak en de op leertheorieën gebaseerde gedragstherapie.

In het eerste deel worden deze en andere kenmerken, principes en basisconcepten van de directieve therapie beschreven. Belangrijker en meer inspirerend lijkt mij de overige driekwart van het boek, handelend over vooral praktische problemen zoals die zich voordoen in therapeutische situaties. Deel II beschrijft behandelingen van specifieke problemen, waaronder dwangmatig controleren en fobische verschijnselen. Deel III geeft voorbeelden van specifieke directieve benaderingen zoals de paradoxale intentie en het voorschrijven van therapeutische rituelen. Een discussie over mogelijke verklaringsbeginselen voor de werkzaamheid van de te zware last als therapeutische interventie sprak mij hier minder aan.

Deel IV doet praktische suggesties voor het oplossen van veel voorkomende problemen in therapeutische situaties. De verscheidenheid van onderwerpen en auteurs maakt het boek interessant en boeiend maar minder overzichtelijk. Dat lijkt me vooral voor beginnende therapeuten een nadeel. Dat maakt ook dat ik bezwaar heb tegen de aankondiging door de uitgever van dit boek als 'een doortimmerd en uitvoerig praktijkboek'. Redacteur en inleider Van der Velden spreekt bescheiden van "in sommige opzichten een eenzijdig, althans onvolledig boek". Dat doet aan het geheel ook meer recht. Wie gewend is zijn therapeutisch handelen te verantwoorden vanuit een gesloten

theoretisch systeem zal veel van de in het boek voorgestelde oplossingen – meest middels concrete richtlijnen van de therapeut aan zijn cliënt – wellicht te pragmatisch vinden. Het boek is echter duidelijk geschreven vanuit de praktijk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en biedt voor voor het therapeutisch handelen aldaar veel goede en creatieve suggesties.

Theo Festen

Merkt U overigens op, lezer, met welk een gemak Festen citaten uit Ons Werk overneemt zonder ook maar ten naaste bij aan te geven dat hij napraat en overschrijft?

Neen, dan *Prof. dr. J. H. Thiel!*

Zijn bespreking in het NTVG lijkt wel de beste die totnutoe verschenen is.

LITERATUUR:

CHANDLER, F. W., M. D. HICKLIN en J. A. BLACKMON (1977)
New Engl. J. Med. 297, 1218.
FURTH, R. VAN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 510.

McDADE, J. E., C. C.
New Engl. J. Med.
MEENHORST, P. L., J.
BRUMMELEN (1978)

April 1978

Ned. T. Geneesk. 112, nr. 25, 1978

BOEKAANKONDIGINGEN

Directieve therapie. Onder redactie van K. VAN DER VELDEN.
365 bl. Van Loghum Slaterus, Deventer 1977. Prijs: ingen.
f 39.50.

Ooit werd spottenderwijs psychotherapie omschreven als „an undefined technique applied to unspecified cases with unpredictable results” (RAINY 1950). Alle psychotherapeutische scholen trachten meer te zijn dan dat. „Directieve therapie” probeert bij uitstek deze definitie te logenstraffen.

Dit boek is de vrucht van jarenlange samenwerking van een multidisciplinaire groep psychotherapeuten. Het gaat over een van de jongste loten aan de snel groeiende boom der psychotherapieën, een psychotherapeutische benadering waarvan MILTON ERICKSON en HALEY belangrijke pioniers zijn.

De titel is wellicht misleidend omdat de indruk zou kunnen ontstaan dat het gaat om een theoretische en homogene therapievorm. Daarvan is duidelijk geen sprake. Het gaat om een familie van psychotherapieën, gerelateerd aan hypnotherapie, gedragstherapie, gezinstherapie, communicatie- en systeemtheorie, met als gemeenschappelijke familietrek de directieve aard van de therapie, de beperktheid van het aantal zittingen en de pragmatische aanpak in de richting van concrete, welomschreven doelen.

Uiterst fascinerend zijn de mogelijkheden die zich openen vanuit het strategisch denken van deze therapievormen en de directieven die hieruit kunnen worden afgeleid. Het boek dient echter niet gelezen te worden als een handleiding voor trucs, die uit de losse hand kunnen worden toegepast voor de oplossing van ernstige problemen, klachten en symptomen.

Er geschieden ook geen wonderen; maar het gaat hier wel om een belangrijke aanwinst in het psychotherapeutisch arsenaal.

J. H. THIEL

H. A. VAN WIJNGAARDEN, *De invloed van geluid op het neerslaan van ingedeemde nevel.* Proefschrift Utrecht, 13 september 1977 (promotores: dr. P. H. DAMSTÉ en prof. H. EPHRAÏM).

onderzoek is gericht naar de eigenschap-

„cake walk effect” w
antrum niet volledig s
cyclus mee? Zeker is d
met maar één deur. H
van dit onderzoek ee
vibrerende nevel is. F
massage-effect en ver
tomische verhoudinge

*World Health statisti
and causes of deat
Genève 1977. Prij.*

Deze jaarlijkse p
organisatie bevat o
betreffende bevolki
tecijfers naar oorza
middelde levensver
hebben voor het mer
1975. Veel ontwikke
Sowjet-Unie nog ste

Bij doorbladering
staande boek is men
plaatsen, bv. als men
geboorte in Grieken
land. Dit neemt niet
betekenis heeft. Bij
zoek zal men echter
zich bij voorkeur moe
westerse landen, waar
over een deugdelijke
beschikken.

J. G. McNULTY, *Radiol
Philadelphia 1977.*

Een uite

De beste publiciteit die men zich wensen kan, maar toch vermocht Thiel de neergaande lijn niet te keren.

Ook de boekhandel spande zich in Het Werk aan de man te brengen. De kaart die U hierbij treft dateert uit april/mei dit jaar. We konden niet precies voor U nagaan of wellicht de verkoop van *Directieve Therapie* bij de Universitaire Boekhandel Nederland BV als gevolg van deze *mailing*-campagne excessief steeg, maar duidelijk zal zijn dat de landelijke trend er niet door beïnvloed werd.

Please send the publication overleaf.
(prices are subject to change without notice)

Name: Polak, F.
Address: Vossiusstraat 31
Amsterdam

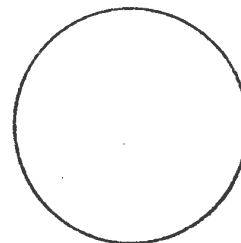
Signature: Freck

Special interests: n.v.t.



UNIVERSITAIRE BOEKHANDEL NEDERLAND B.V.
MEDICAL BOOKSELLERS
LANDS WERF 21 OOSTERSTRAAT 11
3063 GA ROTTERDAM 9711 NN GRONINGEN
THE NETHERLANDS THE NETHERLANDS

KAN ONGEFrankeerd
WORDEN VERZONDEN
(NO STAMP NEEDED)



ANTWOORDKAART
REPLY CARD

MACHTIGING / LICENCE nr. 1422

3000 WB ROTTERDAM

THE NETHERLANDS

Eind 1977 verscheen:

DIRECTIEVE THERAPIE

Onder redactie van Kees van der VELDEN.

Dit boek gaat over de gewone en ongewone richtlijnen of directieven die therapeuten aan hun cliënten kunnen geven. Zij sluiten aan bij het werk van auteurs als Milton, Erickson, Gardner, Haley en Watzlawick, en bevatten elementen uit o.m. de hypnose, de communicatie- en systeemtheorie, de gedrags-therapie en de gezinstherapie. Ondanks deze diversiteit kunnen de volgende gemeenschappelijke kenmerken worden geformuleerd: 1. de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of directieven; 2. het aantal zittingen wordt beperkt gehouden; 3. cliënt en therapeut werken aan concrete, welomschreven doelen; 4. de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context; 5. de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen: "Wat werkt bij dit probleem bij deze cliënt?"

(L9/p4/6/78); 1977; 356 pag.; ± f 39,50

Door deze kaart, aan ommezijde voorzien van Uw naam en adres, aan ons te retourneren, bestelt U een exemplaar van dit boek.

Dat gebeurde pas nadat mevrouw *Joke Huïsmán* voor *NRC/Handelsblad* een interview maakte met de redacteuren *Dijck & Van der Velden*. Op 17 juni 1978 verscheen haar artikel onder de kop *MAATWERK VAN EEN VAKMAN*. Knap stuk, goede titel en fraai portret van onze vrienden erbij. U ziet het hieronder.

...dering... versierendelij-
... veel andere therapieën.

... andere avond de ander aan
het woord komt, dan wordt het een
saaije bedoening. De aanleiding om

... ik de
mijn
we m
zo'n
cliënte

... j zich
drachten
eter dat
Het is

... om te
n men-
voort zo
en zoals

... en dat
lijk: je
en; als
je dat
elemaal
et af te

... ren vol
hun pro-

... dat dan
klagen of
je cultuur
directieve
ijn er legio
" Wel ge-
op eindeloos
wordt als je
kere inspan-
jv. door huis-

... nogal schools
ck verzekert me
ate aanpak best
worden met een
r zonder betutte-
aak samen met
n en te bedenken
valshoek zou zijn."
vergelijkt zichzelf
n, die ervoor zit om
un klachten af te
rstandhouding met
noemt hij hartelijk.
soms foto's zien van
of hun kinderen".
sieuwe klacht waar je,
mwegen, in therapie
seksuele moeilijke-
is er dan onenigheid
van het voorspel, de
neenschap te hebben
ruzie wil één van de
wel eens vrijen om
d te maken"). Met een
kun je volgens Van
eel bereiken. Er mag
ijd worden, maar bo-
el. „Wat je dan ziet is
iele gedrag zich meer



Kees van der Velden en Richard van Dijck

ONT

Een ma-
van nae
doodsat
re echt
zorgen,
bleek,
kort na
lijk. Op
gaan to
rustheic
liefd te
lijk vrie
vriendin
dwong
een ein-
haar ak
bescho
kleine l
king, de
zonder
wel hij
waagd
onvrie
uit an
De op
voorta
angsta
van h
bren
had g
enke
den
plaa
dat l
de zi
dict
(U
Vel

te
he
w
r
n
S
s
i

Niet minder dan 100 mensen besloten naar aanleiding van dit artikel - of zou het het portret van Dijck zijn? - naar de boekhandel te stappen teneinde een exemplaar van Het Boek te bekommen. Kassa!

Redacteur Van der Velden verloor een weddenschap met de interviewster. Hij had haar gezegd dat er in juli niet meer boeken verkocht zouden worden dan in juni. Zij zei van wel. Het kostte hem een fles oude jenever.

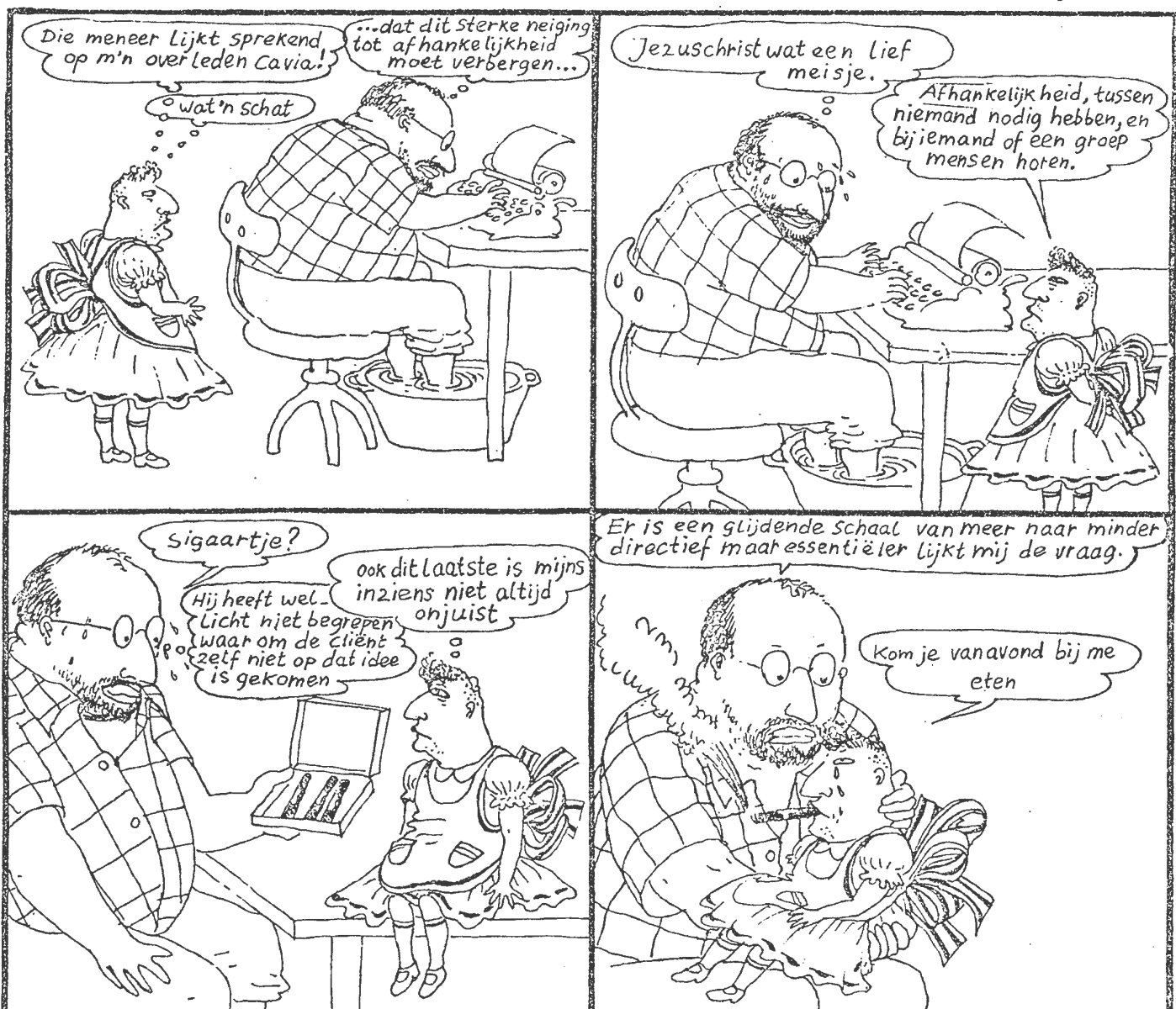
Polak

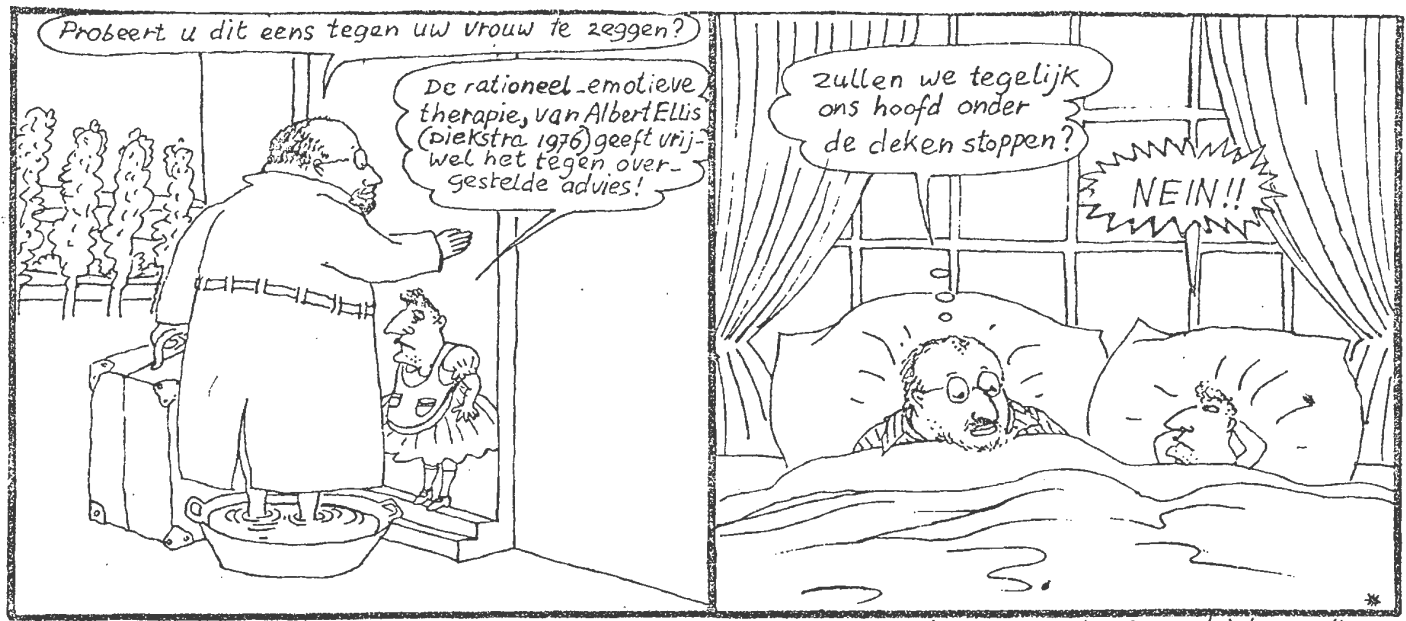
Wij wijdden al eerder enige regels aan *Polak* en hij deed dat aan ons. Wij zouden U niet aan deze onbeduidende gebeurtenissen herinnerd hebben, wanneer niet ook *Prof. Roelofs* zich over het ventje gebogen had.

HET ALLERLAATSTE WOORD

VAN PROF. ROELOFSZ

HP 22 juli 1978





* zie Dr. GLAS en de IJzeren driehoek afl: 20

Menige HP-lezer ontging de portee van bovenstaande zedenschets. Tot *Vrij Nederland* van 29 juli onthulde hoe de vork in de steel zat. He-
 laas is het onderstaande berichtje nogal slordig geredigeerd, maar hope-
 lijk biedt het de lezer van TDT toch enig vermaak.

Onzin
 VN 29 juli '78

Achter in de *Haagse Post* van vorige week staat een cryptische strip: 'Het allerlaatste woord' van prof. Roelofs. Een klein mannetje in een melsjesjurk met een strik wordt verliefd op een heer die met zijn voeten in een teil water zit te typen. Het meisje zegt: 'Die meneer lijkt sprekend op mijn overleden cavia. Wat een schat.' De heer mompelt wartaal als: 'Er is een glijdende schaal van meer naar minder directief maar essentieler lijkt mij de vraag.' Of: 'De rationeel-emotieve therapie van Albert Ellis Dijkstra (1976) geeft vrijwel het tegenovergestelde advies.'
 Niet ingewijden snappen er niets van.

De heer lijkt sprekend op Ron Kaal, die deze week de *HP* verliet om naar *Filmfan* te gaan. De taal die hij uitslaat zijn letterlijke citaten uit een artikel: 'Psychotherapie en emancipatie.' De Amsterdamse psycholoog Freek Polak schreef het voor het *Tijdschrift voor psychotherapie*. 'Ik begreep al niet waarom Joost Roelofs dat artikel zo nodig moest lezen,' zegt Freek Polak. 'Ik zeg: daar snap jij toch niets van. Hij mag het best overschrijven. Maar ik had het wel leuk gevonden als hij mijn naam erbij gezet had.' Hij vermoedt dat Ron Kaal hem niet mag vanwege een melsjeskwestie.
 'Dat heeft er niets mee te maken,' roept Roelofs. 'Die tijdeluit kwam dat artikel bij mij brengen. Ik moest er zou het lezen. Ik had het op mijn bureau gelegd. Uit aardigheid. Toen zocht ik wat gebrul. Ik ben dus het kleine meisje, hè? En ik hou heel veel van Ron Kaal. Ik heb uit die brochure de onnozelle dingen gekozen. Ik moest gewoon iets hebben waarin echt onzin staat.'

Omslag (2)

Ziet de belettering van Uw omslag d'r ook zo smerig uit? Dat komt door die vervloekte GIMBORN-STEMPELINKT die wij hebben gebruikt. We kregen

er ook enorm gore vingers van. Deze zg. inkt is kennelijk bereid en op kleur gebracht met afgewerkte motorolie. 'Shake before use', staat erop. Wie dit voorschrift volgt krijgt de rotzooi ook nog in zijn ogen.

Er zijn nog meer complicaties met het omslag. Degeen bij wie wij de kaftjes op maat sneden is bij zijn vrouw vandaan. (Is het bij U in de omgeving trouwens op het moment ook zo dat iedereen ineens van zijn vrouw vandaan is?) En hij nam zijn snijmachine mee. Goed recht natuurlijk, de man verdient er zijn brood mee, maar intussen zijn wij wel de dupe! Men loopt maar weg en doet maar, maar met de consequenties houdt men zo weinig rekening! Ach, dacht men meer na!

In ieder geval moet hiervoor een oplossing komen. Wij gaan niet, bij de 6de jaargang gekomen, opnieuw alle kaften met lineaal en Stanley mes trachten recht te krijgen.

Scriptie

Opnieuw is daar een scriptie verschenen die betrekking heeft op ons Vakterrein. *Observatiemethoden in het evalueren van echtpaartherapie*, luidt de titel van het door Peter van den Eijnden, Caroline Handelé en Bep Meeuwisse geschreven werkstuk. Waar wij zelf niet zo heel goed onderlegd zijn in de in's en out's van empirisch onderzoek, en wij ons dus niet bevoegd achten de onderhavige arbeid op zijn deugdelijkheid te beoordelen, moeten wij het noodgewongen laten bij de vermelding van het gegeven dat vrouwen in de experimentele situatie opvallend meer lachten dan mannen. Dat hadden wij altijd al gedacht! De scriptie is te verkrijgen bij redacteur Dijck.

Bij dit Nummer

Wij hebben een fiets gekocht. En door die fiets zijn wij iets van onze welhaast spreekwoordelijke huismusserigheid kwijtgeraakt. En doordat wij minder thuis waren kwamen wij in aanraking met drank en ook met vrouwen. En dat was er weer de reden van dat wij minder animo hadden om voor U te schrijven. Vandaar dat U in dit nummer geen artikel vindt dat *Beeldspraak* heet en geschreven is door Onno van der Hart & Kees van der Velden.

Ook redacteur Joele heeft zijn fameuze bijdrage *Sport & Psychopathologie* niet geschreven. Kijk zelf maar. Hij heeft niets geschreven.

Wie wel iets geschreven heeft, dat is PAAZ-hoofd Hoogduin. *Stoppen met roken met behulp van een zelf-controleprocedure* heet zijn bijdrage.

PAAZ-hoofd Oudshoorn schreef over *Tics en dwangverschijnselen bij kinderen*, welk onderwerp wij ook weer terugvinden in de titel van Hoogduin & De Haans *Tics, het syndroom van Gilles de la Tourette*.

Persoonlijk hebben wij iemand gekend die behept was met het laatste syndroom. Hij droeg een strikje en leerde door aan een sociale academie. Hij riep 'klootzak' en 'oen' en 'gelul' - zonder dit te willen. Hij deed dit ook op vergaderingen en hij deed dit heel in het bijzonder ook op plenaire vergaderingen, waar zich zo'n 300 man nieuwe vrijgestelden bevonden. 'Klotebabbel', ontviel hem op het moment dat de directeur het woord nam. Applaus en gejuich werden zijn deel.

Met 'ouwe lul' begroette hij het curatoriumlid dat wilde uitleggen dat kennisvermeerdering en maatschappijkritiek elkaar niet *absoluut* uitsluiten. Een ovatie volgde. Wij konden op deze wijze waarnemen hoe dit syndroom uitgroeide tot een ware ziekte en hoe ten slotte deze jongeman een held werd, een symbool van de strijd tegen onrecht en vooroordeel. Toen ging hij in stage. Daar werd hij afgewezen. En zo verdween hij weer van het toneel. De welzijns werkers hadden er niet zo een erg in. Die hadden weer ander onrecht omhanden.

We gaan verder. Wat een tragiek!

Dijck & Hart schrijven over *Strategieën in hypnotherapie*. Mooi stuk, maar wat moeten we ermee in Deel 2?

Dan schrijven Dijck & Van der Velden niet over *De Satillatiepers; haar werking en toepassing*. Belangrijk artikel, dunkt ons. Jammer dat het niet geschreven werd.

In *Vaak, kort & op ongelegen tijden* gaat de bekende auteur Van der Velden niet in op de sexuele vraagstukken waarmee de hedendaagse vrouw zich maar al te vaak geconfronteerd ziet, maar in stede daarvan occupeert hij zich met vragen rond het menselijk contact in 't algemeen.

Individuele sex- en slaaptherapie bij samenwonende partners is geschreven door mevrouw Frieda Aelen en Alfred Lange. Wij kennen mevrouw Aelen. Zij heeft ook een fiets, een racefiets nog wel. Toen wij haar zeiden niet een racefiets te bezitten noch er een te wensen, verweet zij ons dat wij mogelijk een zeilschip hadden kunnen hebben, wat wij juist helemaal niet hebben. Wij konden haar dus niet volgen. Toch maakte zij veel indruk op ons en genoten wij van haar, want wellicht was het zo dat zij dingen zei die slimmer waren dan wij zouden kunnen bevatten. In haar therapie kunnen we zien hoe ze erin slaagt in enkele weken tijds een cliënt van 60 jaar 64 te laten worden om ten slotte het kunststuk te volbrengen dat deze 64-jarige wederom in een man van 63 wordt getrans-

formeerd. Bravo! (Weet U dat mevrouw Aelen bevriend is met degeen naar wie wij ons in feite te vaak op ons rijwiel spoeden? Wij verklappen niets!)

Ook Kal schrijft weer eens over *sex*. Ons Tijdschrift krijgt iets lichtvoetigs op deze manier, iets waar wij van houden.

Geheel in deze lijn ligt het artikel *Hypnotherapie in plaats van plastische chirurgie* van redacteur Van der Hart. 't Stuk is qua vormgeving niet best, maar dat vond zijn cliënte ook al. Toch zal wie ervan heeft kennis genomen het niet meer willen veranderen.

In *Notities bij 'De welwillende beproeving'* geeft Van der Hart ongemeen felle kritiek op Kal. Hoewel wij Kal niet in bescherming willen nemen, menen we toch dat Harts taalkundige opmerkingen niet helemaal ernstig genomen moeten worden. Bovendien heeft Kal het al druk genoeg. U moet maar eens op Uw gemak luisteren naar zijn antwoordapparaat. U hoort dan een moede man. Wij bellen zelf zowat dagelijks om het te horen. Tryptizol, denken wij dan. Of Anafranil.

Aansluitend volgt niet *Theoretische fundering der directieve therapie* van Lange & Van der Velden. Dit stuk beoogt een antwoord te zijn op o.m. Barendregts stelling dat eclecticisme slechts tot verwarring leidt. De auteurs hadden duidelijk willen maken dat eclecticisme niet slechts tot verwarring maar ook tot vrolijkheid leiden kan! Deze mogelijkheid had Barendregt geheel over het hoofd gezien.

In *Timing, een tweede voorbeeld* komt Lange terug op het thema van *Timing, een eerste voorbeeld* en loopt hij vooruit op *Timing, een derde voorbeeld*. Goed, denken wij, 'timing', uitstekend. Maar *waarvan* geeft onze hoofdamtenaar nu eigenlijk een voorbeeld? Van 'timing', welzeker, dat begrepen we, maar, vroegen we ons af, wanneer deelt de auteur ons nu mede wanneer je dit doet en wanneer dat?

In *Systeemvoorschrijving* geeft redacteur Van der Hart enkele krasse voorbeelden van systeemvoorschrijving. Zelf begrijpen wij niet wat hij met deze term vermag te bedoelen, maar dat, lezer, komt doordat de ascetische auteur op het moment dat wij dit schrijven doende is het artikel dat de hierboven in cursief aangeduide naam draagt naar de post te brengen, in de hoop dat het U en ons nog op tijd bereikt.

Och, mocht het ons ook gelukken U en de Uwen te bereiken! En dan niet alleen qua hoofd maar ook qua hart! Opdat U en wij als het ware één worden, een soort Gestalt dus, met veel admiratie, niet alleen wat betreft gevoel maar ook met betrekking tot denken!

Vaarwel!

H. D. ed.

Kees Hoogdijn

juli 1978

1. Inleiding

Sigaretten roken doen miljoenen mensen dagelijks en in toenemende mate, terwijl hen via krant en televisie een niet meer te negeren aantal mededelingen over de gevaren die de roker bedreigen, continu bereikt. Voor een aantal rokers dat dagelijks ophoudt met roken, is dit tenslotte reden om hulp te zoeken.

Vele behandelingsstrategieën om de cliënt te doen stoppen met roken, zijn toegepast, onder andere de aversieve benadering, zelf-controle procedure (Lichtenstein & Kentzer, 1971) en hypnotherapie (b.v. Van der Hart, 1977). De resultaten van deze behandelingen zijn steeds goed in een aantal gevallen. Er blijkt een relatief grote groep cliënten te bestaan die na enige zittingen wegblijft en de recidiefkansen zijn aanzienlijk. Als verklaring hiervoor voeren Kanfer & Phillips (1970) aan dat degene die met roken wil stoppen - of gestopt is - door de reclamecampagnes e.d. voortdurend aan verleiding of zelfs bekrachtiging van rookgedrag staat blootgesteld.

In het hiervolgende wordt een voorbeeld gegeven van behandeling van een sigarettenroker met behulp van een zelf-controle procedure, waarbij de leidraad van Bandura (1969) wordt gebruikt: de cliënt zal geleidelijk de tijd die hij besteedt aan zijn ongewenst gedrag en de plaats waar hij dit gedrag manifesteert, beperken.

2. Het voorbeeld

Mevrouw Latter is een tweeëndertig-jarige vrouw, gehuwd; ze heeft twee gezonde kinderen. Zij lijdt sinds haar vroege jeugd aan epilepsie. Gedurende de laatste jaren is ze aanvalsvrij op de gebruikte anti-epilepsie medicatie. Bij de behandelende neuroloog is haar rookprobleem aan de orde gekomen. Ze heeft al een aantal vergeefse pogingen ondernomen om te stoppen. De neuroloog verwees haar voor behandeling van haar rookprobleem.

1e zitting

Mevrouw geeft aan ongeveer 40 sigaretten per dag te roken.

Verloop van de zitting:

1. Het vergroten van de motivering voor de behandeling:

De zwaarte van het behandelingsprogramma wordt benadrukt.

Haar wens om te stoppen met roken wordt gerespecteerd, maar

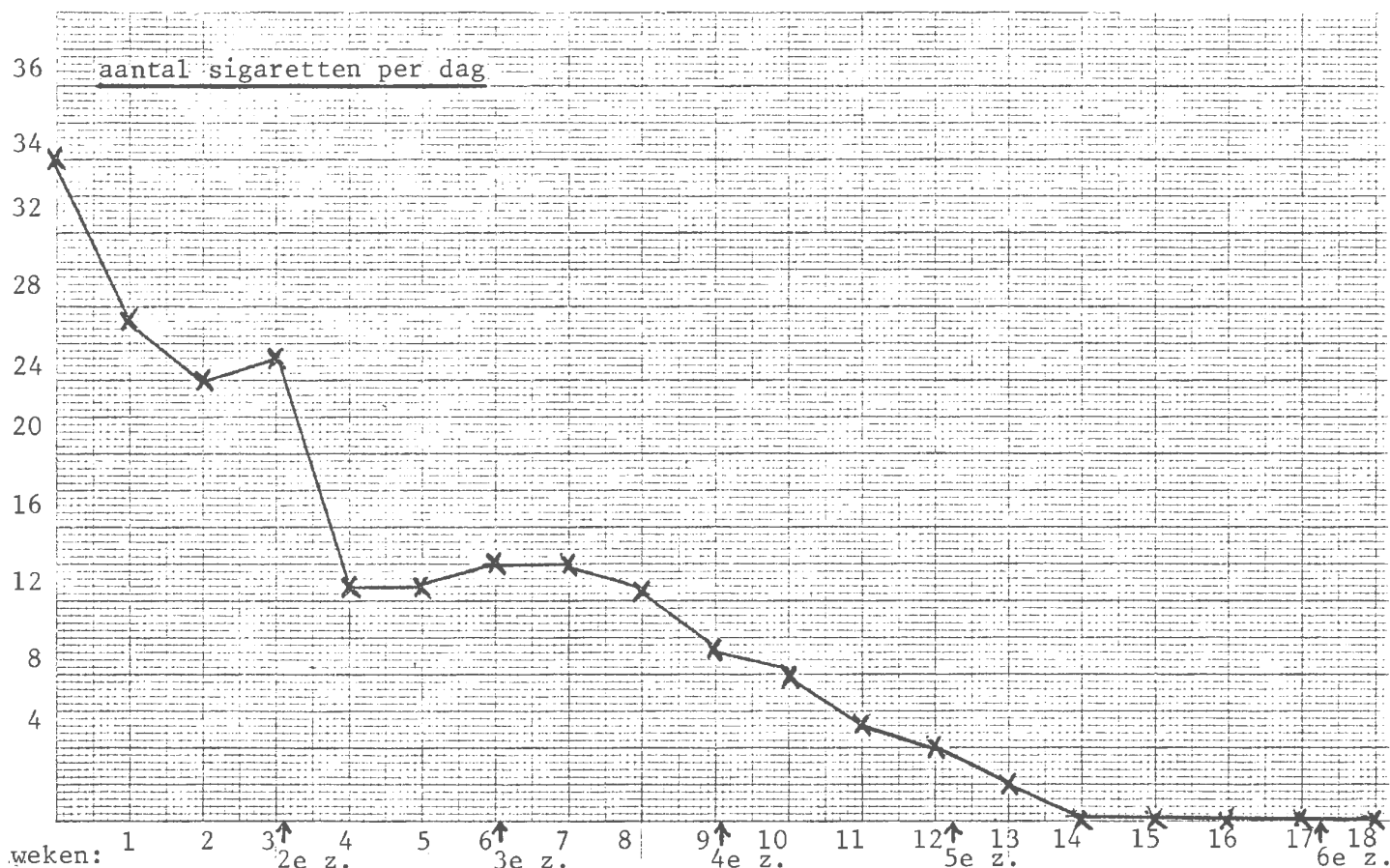
zonder dat op dit moment informatie wordt gegeven over de

behandeling, wordt gesteld dat de eisen om deze behandeling te

kunnen ondergaan, misschien voor haar te zwaar zijn. Sigaretten

roken is weliswaar buitengewoon slecht voor de gezondheid, maar

relatief toch een minder ernstig verschijnsel, etc.



2. De planning van de behandeling:

Wanneer cliënte toch ja zegt, wordt verdere informatie gegeven.

Er wordt een voorstel gedaan omtrent het tijdstip dat het roken

gestopt moet zijn. Deze termijn is nogal arbitrair, maar drie

of vier maanden blijkt in de praktijk goed bruikbaar.

Met mevrouw Latter wordt afgesproken dat ze over drie maanden

gestopt zal zijn met roken. Tijdens deze periode worden vier

vervolgafspraken gepland.

3. Het vergroten van de cognitieve dissonantie:

Op dit moment van de zitting wordt cliënte gevraagd of ze op de

figuur 2.

datum:

2/2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24	32													

totaal 32 52 36 30 30 28 23 28 25 29 28 24 28 20

hoogte is van de gevaren van zoveel roken. Wel, dat was zij. Indien ze onvoldoende kennis hierover zou bezitten, wordt die aangevuld. Bovendien wordt een ruwe schatting gemaakt van het aantal pakjes sigaretten dat ze nog zal roken gedurende de behandelingsmethode en deze pakjes moeten in één keer aangeschaft worden. Mevrouw Latter zal 5 sloffen sigaretten (= f 130,--), zodat ook de financiële consequenties van roken - of niet roken - duidelijk worden.

4. Verandering van merk:

Desgevraagd vertelt cliënte een viertal merken te roken, met een duidelijke voorkeur voor een bepaald merk. Ze krijgt het advies dit merk niet meer te roken, maar één van de andere drie merken voortaan te kiezen.

5. Registratie:

Ze krijgt een 24-uurs registratielijst mee waarin de door haar gerookte sigaretten zich gemakkelijk laten aantekenen (zie fig. 1).

2e zitting

Uit de registratie van het sigaretten roken blijkt alleen al door de zelfregistratie en zelfobservatie een daling te zijn opgetreden. Dit wordt grafisch weergegeven (fig. 2). Deze daling wordt gebruikt om cliënte de indruk te geven dat zij mogelijk een geschikte kandidate is om deze behandelingsmethode te kunnen benutten.

1. Stimulus controle:

Alle sigaretten en de aansteker worden opgeslagen op een vaste plaats. Deze plek dient buiten de woonkamer te liggen en dient door zijn plaats cliënte zo weinig mogelijk aan het roken te herinneren. Tenslotte wordt het electriciteitsmeterkastje in de hal hiervoor gekozen.

2. Roken doe je in de rookkamer (vergl. Nolan in: Kanfer & Philips, 1971):

Er wordt een speciale ruimte voor het roken gereserveerd. De matig verwarmde serre zal de enige plaats zijn waar mevrouw nog zal roken. Wanneer zij buitenshuis is, zal zij alleen op het toilet roken.

3e zitting

Op de derde zitting is het roken aanzienlijk afgenomen. In overleg met cliënte wordt besloten dat het roken in de serre nu ook afgeschaft wordt. Het roken zal alleen nog op het toilet geschieden.

5e zitting

Deze is gepland op de datum dat het roken beëindigd zou zijn. Mevrouw Latter blijkt nog 4 sigaretten op een dag te roken.

- Negatieve zelfbestraffing:

In aansluiting aan het roken van een sigaret wordt een activiteiten-programma gemaakt: kasten opruimen, toilet schoonmaken, etc.

Er wordt een extra zitting afgesproken. Op deze zitting vertelt ze reeds drie weken gestopt te zijn met roken. De activiteiten in aansluiting aan het roken heeft ze nooit uitgevoerd.

De gehele behandeling nam 2 x 30 minuten en 4 x 15 minuten = 2 uur in beslag.

3. Discussie

Voor een aantal cliënten dat het sigaretten roken wil beëindigen, is het toepassen van een zelf-controle procedure zinvol (vergl. o.a. Lichtenstein & Kentzer, 1971; Kanfer & Phillips, 1970).

Een voordeel van deze methode is dat de cliënt een effectieve manier leert om probleemgedrag aan te pakken. Ook wanneer hij terug zou vallen en weer opnieuw gaat roken, kan hij zelfstandig dit zelf-controle programma uitvoeren en opnieuw erin slagen met roken te stoppen.

Bij het opstellen van de zelf-controle programma's geldt wat voor waarschijnlijk alle psychotherapeutische programma's geldt: de grote lijnen zijn vooraf aan te brengen, maar vrijwel steeds dient er binnen dit kader op de eigenaardigheden van het probleemgedrag bij deze cliënt ingehaakt te worden. Dit komt in het begin van de behandeling aan de orde: bij cognitieve dissonantie en bij het vaststellen van de self-punishment (of self-rewarding).

Ook de stimuluscontrole vereist een goede kennis van de leef- en woonsituatie van de cliënt om deze goed te kunnen laten uitvoeren.

De kans op een succesvolle behandeling neemt toe wanneer de partner of andere gezinsleden op de hoogte zijn van de behandeling.

De partner wordt verzocht tenminste één zitting mee te maken. Hierdoor wordt de kans dat deze de behandeling in negatieve zin beïnvloedt, kleiner, terwijl bovendien de partners belangrijke functie als sociale bekrachtiger geaccentueerd kan worden, b.v. door bij de gemeenschappelijke zitting cliënt te adviseren de grafische weergave van de "vooruitgang" boven het bed te hangen.

Literatuur

Bandura, A. (1969) Principles of behavior modification, Holt, Rinehart & Winston, New York

Hart, O. v.d. (1977) Een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie, in: Directieve Therapie, C.P. van der Velden e.a., Van Loghum Slaterus, Deventer

Kanfer, F.M. & J.S. Phillips (1970) Learning foundations of behavior theory, Wiley, New York

Lichtenstein, E. & C.S. Kentzer (1971) Modification of smoking behavior: a later look in: Advances in behavior therapy, R.D. Rubin e.a., Academic Press, New York

Tics en dwangverschijnselen bij kinderen

Dick Oudshoorn

17

Veel kinderen laten in een bepaalde periode onwillekeurige, stereotype bewegingspatronen zien die met 'tics' plegen te worden aangeduid. Het kan gaan om oogknipperen, fronsen, bepaalde bewegingen van de mond, of meer komplekse bewegingen waarbij ook de hals en nekspieren betrokken zijn. Vaak gaat het spontaan weer over. Er is een parallel te trekken met stotteren (verg. Oudshoorn, 1977). In andere gevallen blijft het symptoom bestaan, of verdwijnt het om op een gegeven moment opnieuw op te treden.

Andere fenomenen (hoewel vermoedelijk verwant) die men met 'dwangverschijnselen' aanduidt zijn ook per se niet erg ongevoel, altans in bepaalde stadia van de ontwikkeling. Men denke aan het bedceremonieel, andere rituelen, het eindeloos herhalen van vragen, of gebaren, of formules of bezweringen, het dwangmatig aanraken of juist niet aanraken van voorwerpen of van een muur, het alles moeten tellen of noteren enz.

Dwang-verschijnselen behoeven zeker niet zonder meer als een dwangneurose te worden aangemerkt en kunnen voorkomen bij kinderen die overigens impulsief en rusteloos zijn. (Zo ziet men bij typies dwangmatige kinderen ook wel funktionele en psychosomatische klachten en fobiese trekken, wat bij volwassenen een nogal zeldzame combinatie is. Een goed aangepast en gewetensvol kind kan zich onder omstandigheden uitgesproken delinkwent gedragen. Kortom bij kinderen liggen de zaken anders dan bij volwassenen. Verg. A. Freud. (1969) die er ook op wijst dat een bepaald neuroties gedragspatroon bij een kind eerder niet dan wel tot een dienovereenkomstige volwassen 'neurose' leidt.) Welke leerteoretiese verklaring kan men geven voor het ontstaan en het blijven voortbestaan van bovengenoemde verschijnselen? Een eenvoudige hypothese is dat een bepaalde tic of dwang spontaan optreedt, toevallig aanslaat en daardoor neigt tot herhaling, eventueel gewoontevorming. Welke factoren bepalen dat 'aanslaan'? Enerzijds intrapsychiese: in de fase van groeiende bewustwording van eigen lijf en omgeving ontstaat er gemakkelijk veel angst en onlustgevoel bij het kind. Het heeft nog nauwelijks mogelijkheden om wat het ervaart te beïnvloeden. Alles wat het doet wat een zekere lust of vermindering van onlust geeft, of wat de illusie geeft van controle, wordt bekrachtigd.

Anderzijds zijn er gezinssysteefactoren die als bekrachtiger kunnen fungeren. Bijvoorbeeld als blijkt dat met de tic of het dwangverschijnsel de aandacht op zichzelf wordt gevestigd c.q. van iets of iemand anders wordt afgeleid.

Het is vaak erg nuttig - zie de gevalsbeschrijvingen onder 2 - het symptoom op te vatten als een boodschap in kryptogramstijl, bestemd voor het gezin en met name de ouders. De dynamiek lijkt dan te zijn: 'als ik het niet gewoon mag zeggen of doen, dan maar ongewoon'. Nu is de complicatie daarbij natuurlijk dat de boodschap misverstaan kan worden en tot het nieuwe probleem wordt en zodoende onderdeel wordt van een nieuwe keten van gebeurtenissen. (Bv grote paniek en angst dat de aangewezen patiënt krankzinnig wordt. Zie 2.3)

De auteur neemt echter aan dat een tic of dwangsymptoom niet altijd (meer) een vaststelbare functie heeft. Het kan een relikwie zijn, daarmee iets eigens, iets dierbaars. Het verschaft bevrediging; het moeten verliezen geeft spanning en angst. Het bekrachtigt zichzelf. Eventuele nadelen zijn van een andere orde, zoals dat ook geldt voor andere gewoontes zoals roken en drinken. (Zie 2.5)

Zo komen we dan tot drie mogelijkheden:

- A) het symptoom vervult een functie in het verminderen van spanning of onlust, of het afweren van (vermeend) onheil;
- B) het symptoom vervult een functie in het gezinssysteem, of gaat er een functie in vervullen, waardoor het in stand wordt gehouden;
- C) het vervult geen speciale functie (meer) maar is een eigenaardigheid, een gewoonte.

Bij A en B is het voor de taxatie van belang na te gaan of het symptoom er van jongsaf is geweest, dan wel dat het plotseling is ontstaan dan wel verergerd.

We kunnen deze indeling leggen naast die van Van Dijck (1978): het verschijnsel kan een signaal zijn, of onderdeel van een bepaalde sequens of een wijze van leven of 'coping mechanism'.

Vooraf bij het plotseling optreden of verheven van een symptoom is het aangewezen allereerst aan een signaal (boodschap) te denken, die allereerst ontcijferd dient te worden. Het is een bekend literatuurgegeven - en wordt door onderstaand materiaal bevestigd - dat dit opvallend vaak optreedt met de puberteit. Om dergelijke redenen heeft de auteur een uitgesproken voorkeur voor gezinsbehandeling tenzij blijkt dat hij met C te maken heeft.

2 Gevalsbeschrijvingen.

- 2.1 Dick is al eerder beschreven in TDT 4,3(april/mei 77) p 56. Hij werd op 12 jarige leeftijd aangemeld wegens 1)tics - het herhaaldelijk opensperren van de mond en klikken met de tong en 2) angstig gedrag t.o.v. leeftijdgenoten, zodat hij alleen met veel jongere kinderen speelde. De therapeut plaatste de problemen in het kader van de drempel naar de puberteit waar Dick voor terugdeinsde. Hier stemde ieder mee in. In het bestek van elf maanden zijn er acht kontakten geweest. Soms kwam de jongen alleen en dan gedroeg hij zich als een jonge hond die alsmaar wilde stoeien. Maar hij legde toch ook bereidwillig zijn dagelijkse moeilijkheden voor en volgde twee adviezen ook met goed gevolg op. Eén advies leidde tot een eind aan de plagerijen die hij op school placht te ondergaan, en wel door niet meer te reageren in plaats van bovenop de kast te klimmen. Het andere resulteerde erin dat hij zich door schuldinducerende manoeuvres van zijn moeder niet meer zo snel het zwijgen liet opleggen. Nadien rapporteerde vader dat Dick zich veel meer als een twaalfjarige gedroeg. Voor het overige was hij het eeuwige gestoei beu en wilde hij liever dat hij met Dick wat meer kon praten. Ondertussen zat de jongen er schaapachtig bij te kijken en met het uitstoten van wonderlijke geluiden bekken te trekken. Hij kon er echt niets aan doen, zei hij. De therapeut zei dat het geen zin had om ertegen te vechten, maar dat hij het wel tienmaal expres kon doen als het een keer per ongeluk voorkwam. Na enig aandringen voerde Dick het zo uit en daarna was het verschijnsel zeer snel uitgedoofd. De therapeut nodigde hem uit verschillende dingen aan zijn vader te zeggen, die Dick eerder bij de therapeut had geuit. (Het ging om enige wensen en ook enkele verwijten.) Met een rode kop en onder veel gegiechel gelukte het hem vrij goed. Hij kreeg van therapeut en van vader een compliment; vader was tevreden en Dick glom van trots. Hij kreeg twee opdrachten mee van bovenbeschreven strekking.
- Na een pauze van drie maanden bleek hij geen last te hebben gehad van de tics. Nogeens vier maanden later bleek in een afsluitend gezinsgesprek - het was het eind van de zomer, hij was sinds kort op een nieuwe school - dat hij in de laatste vakantieweek druk en ongrijpbaar was geweest en veel met zijn ogen had geknipperd. Toen het op de tuinbouwschool allemaal wel mee bleek te vallen was alles weer in orde.

Diskussie: Bij Dick konden de spanningen hoog oplopen. Hij had er alleen motorische uitlaatkleppen voor, te weten 1) stoeien, waarin hij placht door te schieten, en 2) tics. Zo passen deze tics in de A-kategorie. Maar het had ook boodschapkarakter voor het gezin: wensen & verwijten aan zijn ouders in kryptogram. Hun houding was dubbelzinnig: enerzijds keurden ze zijn kinderachtig gedrag af, maar anderzijds hadden ze hem altijd al gauw vrijpostig en brutaal gevonden als hij zijn mond wilde open doen als een twaalfjarige.

Wat is hierin veranderd? 1) Bij Dick zelf heeft de negatieve oefening (verwant aan paradoxale intentie) de tic snel uitgedoofd, wat echter direkt werd gekoppeld aan de vergunning om zijn mond (op een adekwate manier) open te doen. Opmerkelijk is dat er in een vol-

gende stressfase een andere tic opdook, die overigens spontaan weer verdween toen de ergste stress voorbij was. 2) Voorts had hij een weerbaarder houding tegenover klasgenoten gevonden. 3) Dan was zijn houding tegenover moeder ook steviger geworden. 4) Last but not least was hij niet meer beducht om zijn vader als een grote jongen te benaderen en nu echt zijn mond open te doen.

2.2 Johan is elf jaar en wordt aangemeld wegens 1) tics - een tic facial en/of het hoofd naar links draaien in een soort 'loop-rond'-gebaar. Zijn linker M. Sternocleidomastoideus is tweemaal zo dik als de rechter spier! 2) Dwanghandelingen - stoot hij bv zijn rechter elleboog (of voet) dan moet hij ook de andere aanstoten, want anders krijgt hij buikpijn.

Hij heeft nog een zusje van twaalf jaar. Zijn vader is anderhalf jaar eerder onvoorzichtigerwijs onder een trein gekomen en verongelukt. De tijd is in dit gezin sindsdien stil blijven staan. Voor moeder is het nog steeds onwerkelijk; ze hoort en ziet haar man nog overal. Ze mag er van haar kinderen en familie nooit over praten, ze worden dan erg boos op haar.

Dit alles blijkt in het eerste gesprek waarin moeder met Johan aanwezig is. Het volgende behandelingskontraakt wordt afgesproken: 1) rouwverwerking van het hele gezin; 2) symptomen van Johan genezen. Opdrachten na het eerste gesprek: 1) vaker over vader praten en 2) monitoren van de tics en de dwanghandelingen door de jongen zelf, zonder te proberen deze tegen te houden.

De lijsten worden wat slordig maar toch wel getrouw door hem ingevuld. (N.B. dit is heel anders dan bij volwassenen met dwangklachten die dan ook een dwangmatige precisie aan de dag plegen te leggen; bij kinderen gaat dat zelden op.) De volgende opdrachten zijn: 3) de rechter halsspier heeft extra oefening nodig, dus moet tweemaal worden aangespannen na een onwillekeurige beweging van de linker spier. 4) Bij per ongeluk aanstoten tweemaal expres met de andere kant. De volgende maal blijkt dat hij de rechter halsspier niet eens bewust kan aanspannen (nalatigheid van de therapeut om dat na te gaan!). Dan oefenen we samen voor de spiegel het 'loop-rond'-gebaar, en daarna is het geen punt meer. De tics en de dwanghandelingen verdwijnen totaal en het verschil in spierdikte is na een half jaar nauwelijks meer waar te nemen.

Ook kan er vrijelijk over vader gesproken worden.

De meeste tijd van de gezinsgesprekken is overigens gewijd aan botsingen en wrijvingen tussen moeder en Johan en tussen het zusje en Johan. Moeder en zusje (dat wat parentifikatieneigingen vertoont) vormen een beetje een bondje, dat meelij heeft met Johan die nogal makkelijk in tranen uitbreekt. Dit probleem is voor de tweede behandelingsronde.

Diskussie: In dit gezin kon niet gesproken worden over de tragische dood van vader (misschien vooral niet omdat moeder haar man diens grove onoplettendheid verweet). Het gevolg was dat de tijd stilstond, dat moeder gederealiseerd was en nogal machteloos stond in de opvoedingstaak. Johan miste zijn vader heel erg, maar mocht/kon/wilde er evenmin over praten - in plaats daarvan (?)

e

21

vertoonde hij tics en dwangverschijnselen, die waarschijnlijk ook gevoed werden doordat hij in een nadelige positie in het gezin stond.

Wat is er inmiddels al veranderd? 1) de dood van vader is niet langer taboe, 2) Johan heeft zijn symptomen kunnen afleren, onder gebruik van een welwillend beproevende paradoxaal geïntendeerde negatieve oefening, 3) nu wordt er meer gewoon gekibbeld en is de niet gezonde gezinsstructuur aan bod - waarbij het vrouwelijke deel nogal aarzelend is...

- 2.3 Jan de Vries is veertien jaar en wordt aangemeld wegens sinds enkele maanden bestaande klachten van moeheid, duizeligheid en slecht slapen. Verder vertoont hij in steeds sterkere mate tics en dwanghandelingen. De klachten treden vrijwel uitsluitend thuis op. Hij pleegt langdurig ritmies te stampvoeten, of hij zit te zuchten en te kreunen, of hij raakt dwangmatig allerlei voorwerpen aan. Op school wordt hij geplaagd omdat hij met zijn ogen knippert.
- Zijn anamnese levert weinig aanknopingspunten. Hij is de oudste van vier kinderen. Hij volgt de MAVO zonder problemen. Het gezin woont in een klein orthodox-christelijk dorp. Vader is een beetje een man van de wereld omdat hij een kleine zaak heeft opgebouwd en her en der zijn klanten opzoekt. Moeder is een angstig-ingerpakte vrouw, erg zorgzaam en netjes. Ze heeft een hechte band met Jan, die zelf op typiese losmakings-(afnaveel-)momenten -zoals begin kleuterschool, begin lagere school, begin zwemles - ook wat angstig placht te reageren. Nu hij opgroeit vindt vooral moeder hem een lastige jongen worden. Ze zegt het meer met bedroefdheid dan met boosheid.
- De therapie heeft tot nu toe zeven zittingen bedragen, altijd bijgewoond door ouders en Jan. In eerste instantie wordt de uitleg dat het om een drempelprobleem gaat voor kennisgeving aangenomen. Vader is kennelijk de instigator van behandeling en stelt zich kooperatief op, moeder en Jan kijken nurks de kat uit de boom. Een registratieopdracht van de stamperij wordt wel erg met de franse slag uitgevoerd. De opdracht om tweemaal extra te stampen na elke 'automatiese' stamp stuit op hardnekkig verzet bij Jan, ook als de therapeut uitvoerig uitlegt dat vechten tegen het stampen niet helpt, eerder integendeel, en dat een ruiter zijn paard wèl in de teugels kan krijgen door het op te dragen te stampvoeten. De spanningen in het gezin lopen na de derde zitting hoog op, om niet geheel duidelijke redenen, en men begint over psychiatrische opname van Jan te praten. De therapeut voelt daar niets voor, maar is -op uitdrukkelijk verzoek van de jongen zelf- wel bereid om wat druppels voor te schrijven. Hij krijgt dan 2 x 0,5 mg Haldol dd. Dit wordt al vrij snel weer uit eigen beweging gestaakt. De vierde zitting is het stampen veel minder geworden, zo wordt gerapporteerd. Hij blijkt dan de opdracht uit te voeren, zij het dan ook woedend en tierend tegen de dokter. Hij vindt zelf dat de druppels hem kalmer maken (!) maar de ouders zeggen daar niets van te merken. Jan is een keer halverwege op weg naar school in paniek teruggekeerd; nu is hij de moed verloren. Moeder ziet het somber in. Ze

1

22

zit pal naast haar zoon en maakt het de therapeut haast onmogelijk om met Jan te praten. Dan gaat hij tussen moeder en Jan inzitten en legt nogeens uitvoerig uit hoe alles samenhangt met de moeilijke opgaven die een opgroeiende jongeman zichzelf en zijn ouders stelt. Hij voorspelt dat Jan nog moeilijker zal worden als de symptomen verminderen en verdwijnen, 'maar dat zal een goed teken zijn'. Moeder kijkt broedend voor zich uit.

De zesde zitting begint met de gebruikelijke sputters tegen de opdracht. De therapeut houdt voet bij stuk: ook al neemt dan de totale stamp-tijd niet af, nu is Jan toch al het stampen voor tweederde de baas immers! Hij toont ook begrip voor moeders gevoelens, nu haar zoon zoveel minder contact met haar heeft dan vroeger en met zulke moeilijke problemen worstelt. Ze barst in een huilbui uit, maar stopt deze weer even snel. Opnieuw wordt het gesprek op het thema van de puberteit gebracht. Veel van Jans gedrag -zoals zijn mateloze verveling en zijn prikkelbaarheid- zijn in feite normaal pubergedrag, 'waarvoor je je zoon of dochter natuurlijk af en toe het liefst achter het behang zou willen plakken, maar toch is het natuurlijk een goed teken, omdat je kind daarmee laat zien dat hij zijn eigen weg wil zoeken' etc. Het dwanggedrag wordt herlabeld als: 'boodschap aan u, ouders, die nog half onduidelijk is. Maar het stampen drukt zijn ongenoegen uit en het kreunen zijn wanhoop, want Jan voelt dat hij problemen heeft en hij vraagt zich wanhopig af hoe hij u het duidelijk kan maken zonder u te kwetsen. Daar speelt het onderbewuste ook in mee. Zolang hij het nog niet heeft gevonden zal hij blijven stampvoeten en kreunen. Maar het is dus echt goed bedoeld, namelijk om u het leven niet helemaal onmogelijk te maken.'

Na deze uitleg is Jan ineens spraakzaam en opgewekt. Moeder vraagt echter of ze het dan moet goedvinden dat Jan zich nog steeds in de huiskamer aan en uitkleedt en door haar (of -meestal- door vader) in bed wordt gestopt. De therapeut zegt dat dat noodzakelijk en goed is, zolang als Jan het probleem nog niet heeft opgelost en stelt voor dat beide ouders Jan onder de wol stoppen. Dit wordt door alle drie met vreugde begroet. In deze sfeer wordt er ook het plan opgesteld dat Jan voor het eerst in zijn leven een hele week bij een tante en oom zal gaan logeren, maar hij mag op zijn verzoek zijn broertje meenemen.

In de zevende zitting blijkt alles goed te zijn gegaan. Moeder is opgewekt en veel kalmer en de logeerpartij was een succes. Het stampen en kreunen is volgens Jan al veel minder. De behandeling loopt nog door.

Diskussie: Jan is de oudste zoon. Vader doet zich wel voor als een man met bredere opvattingen, maar is toch niet in staat om moeder in deze fase van de gezinscyclus voldoende steun en veiligheid te geven, terwijl zij geen raad weet met nieuwe ontwikkelingen. Jan geeft ook blijk van angst voor de toekomst. Hij zit duidelijk in een overgangsfase. Hij is van de dorpschool overgegaan naar de MAVO aan de overkant van de rivier, in de grote stad en heeft de dorpse en knussere sfeer moeten inruilen voor die van rokende en vloekende en opscheppende pubers en adolescenten. Vader moedigt Jan op slinkse wijze wel aan om 'mannelijker' ge-

drag te gaan vertonen. Moeder wordt steeds depressiever en angstiger. Haar gedrag lijkt een stille aanklacht. In die sfeer ontwikkelt Jan zijn tics en dwanghandelingen. Ze zijn op te vatten als een signaal, maar zoals gebruikelijk in kryptogramstijl, die door de ouders niet wordt begrepen. Het effect is dramatisch: iedereen denkt dat Jan gek wordt en de klachten eskaleren peilsnel. Het gezin gaat zich steeds meer op zijn wonderlijke eisen richten. De strategie van de therapie is er op gericht het gezin de overgang te laten maken naar een systeem met een minder starre morfostase waarin een puber zich kan ontplooien.

2.4 Karel Klop is veertien jaar oud. De huisarts schrijft: 'Hij is de laatste maanden ongezegelijk, wil niet meer naar school, is af en toe oninvoelbaar. Is vertroeteld door zijn moeder, die ook nog al angstig is voor al wat nieuw is of onverwacht.' De laatste dagen voor aanmelding was er een eskalatie opgetreden met merkwaardige woedeaanvallen. Vader is met veel ijver en studie opgeklommen van boekhouder tot finaciëel directeur van een firma. Moeder was tot haar huwelijk boekhoudster; lijdt aan migraine. Er is ook nog een negenjarig zusje. Karel heeft sedert zijn zevende jaar veel last van bronchitis, ook het afgelopen half jaar heeft hij daarom veel school verzuimd. Op de lagere school liep hij meestal alleen rond. In de brugklas is hij na een vechtpartij met een Ambonees sedertdien panisch bang voor molukkers, met fobiese vermijding van vele straten enz. In aansluiting aan een allergieonderzoek is hij tics gaan vertonen, nl. hoofdschudden en bekketrekken, en is hij zich een hersenziekte gaan inbeelden.

In het eerste gesprek is de therapeut niets meer bekend dan wat de huisarts had geschreven. Er zit een verlegen, slungelachtige en puisterige jongen in de kamer en de ouders voeren het woord. Karel heeft veel angst, hij ziet overal beren en hij heeft ook faalangst op school, zeggen ze. Hij zit op het Atheneum en heeft goede cijfers, maar zegt zelf pas tevreden te zijn met allemaal A's. Hij kan s'ochtends zijn bed niet uitkomen en wordt erg geprikkeld als zijn ouders aandringen. De eerste opdracht is dat Karel ofwel op tijd opstaat en naar school gaat, danwel tot het moment dat de school uitgaat in bed blijft liggen nadenken, absoluut zonder iets te doen. Zijn ouders dienen hem helemaal ongemoeid te laten; Karel zal boekhouden.

De volgende maal komen Vader, Karel en tante (SM) want Moeder heeft darmklachten. Karel laat zijn logboek lezen. De dag na het eerste gesprek is hij inderdaad op bed bebleven en alle volgende dagen is hij naar school gegaan. Wel kwam hij soms te laat door eindeloze dwanghandelingen bij het aankleden. Omgekeerd bleef hij soms urenlang in de fietsenstalling van de school staan talmen, omdat hij niet tot het besluit kon komen op de fiets te stappen en naar huis te rijden. Aan het eind van de week blijkt men besloten te hebben dat Karel bij zijn tante gaat logeren omdat hij daar meer ontspannen zou zijn en om zijn ouders een 'adempauze' te gunnen. Bij tante

wordt het schoolpatroon nog moeizamer en neemt het dwanghandelen toe, maar hij houdt zich aanvankelijk wel rustig. Er is slechts één woedebui geweest toen hij even bij moeder aanwipte. Hij kon pas slapen toen hij moeder telefonies exkuus had aangeboden. Tante heeft ook een rapport opgesteld. Bij het aankleden moet ze ieder kledingstuk aangeven en tegen hem blijven praten, anders zou hij in paniek raken. Zo ook bij het uitkleden, naar bed brengen enzovoort. Hij zou vaak 'ontzettend nerveus' zijn, met 'vreselijke trekkingen met het hoofd en eigenlijk het hele lichaam; alleen bij het zien van een ziek mens is hij al overstuur.' Hoe meer tante haar best doet, hoe slechter het gaat, tot er een grote uitbarsting volgt als Karel zijn voet stoot. Hij ziet onmiddellijk een operatie voor zich en krijgt een 'zenuwaanval': 'niemand gaf om hem, hij wilde dood!' De volgende dag zit hij dan hoofdschuddend met zijn treintje te spelen.

Zo zit hij dan ook bij de therapeut, samen met vader en tante. Hij piekert inderdaad veel over ziekte en krijgt dan angstaanvallen, maar hij probeert zich altijd te beheersen, vertelt hij. De therapeut vraagt of hij nu ook zo'n aanval kan opwekken, omdat hij graag zelf precies zou willen zien wat er dan bij Karel gebeurt. Maar ook al wordt er over massale en niet uit te roeien ziekenhuisstafylokokkeninfecties uitgeweid, het gelukt Karel niet om een angst-aanval te krijgen, en hij barst tenslotte in een huilbui uit. De therapeut legt het beginsel van de paradoxale intentie uit; Karel reageert prompt: 'dat is precies omgekeerd als ik geprobeerd heb altijd!' Hij zal de p.i.-aanvallen noteren.

De volgende maal komt hij (volgens afspraak) alleen. (Overigens had tante opgebeld en verteld dat Karel enorm bang voor zijn vader zou zijn - de therapeut verzocht haar iedereen te vertellen dat ze dit telefonies had medegedeeld. Ze had ook weer een brief geschreven waarin ze uitgebreid verslag deed van vele, vele aanvallen en alle dwangverschijnselen, die kennelijk steeds grootsere vorm gaan aannemen. De aanvallen zijn voor de therapeut mysterieus, het zouden er tientallen per dag zijn. Klein citaat: 'Op een gegeven moment had ik een sok aangetrokken. Met dezelfde snelheid trok Karel hem echter weer uit. Hij was nog niet klaar met de gedachte dat die sok al aan zijn voeten mocht zitten en omdat hij anders vergiftigd werd met die gedachte moest eerst die sok weer uit.') Karel zelf rapporteert dat hij niet meer tegen die aanvallen vecht en dat het er eerst meer en daarna minder werden. Ik vertel hem wat tante me had medegedeeld. Hij ziet het zo: zijn vader zou de allerbeste schoolprestaties wensen en heel gauw ontmoedigd reageren. Daarvoor was Karel doodsbang en daarom werkte hij zo lang. Verder vermeldt hij vele ruzies tussen zijn ouders, waar hij zichzelf de schuld van geeft. De p.i.-opdracht wordt voortgezet. Ook de school belt op: Ze zijn Karel zeer ter wille. Hij behoort tot de briljante leerlingen, maar toont veel faalangst. Hij werkt traag en is een echte perfektionist. Er zijn drie plaaggeesten in zijn klas. Die blijven echter zitten, zodat hij daar het volgend schooljaar vanaf is.

Kort nadien vraagt moeder per telefoon een dringend gesprek aan. De therapeut zegt dat Karel bij hun thuis hoort en dat hij graag het hele gezin wil spreken. Karel blijkt dan twee dagen zonder enige moeilijkheid bij vader op kantoor te hebben gewerkt. (Het is inmiddels schoolvakantie.) Onmiddellijk na thuiskomst was het dan -tot vaders grote teleurstelling- weer het oude liedje. Karel wil-

de niet eten, zodat vader hem ging zitten voeren (!). De volgende avond wilde hij wederom niet eten. Vader zei toen dat hij niet mee mocht naar kantoor als hij niet at. Derhalve at Karel niets en bleef hij de volgende morgen in bed liggen. Later op de ochtend kwam hij er uit en ging hij lawaai schoppen op de gang. Moeder reageerde niet. Toen gooide hij een kastje stuk door een ruit en reageerde moeder wel. De overige dagen moesten de ouders beurtelings assisteren bij het aankleden en moesten ze bv een schoen wel twintig minuten (!) vlak bij zijn voet houden tot hij deze aantrok. De therapeut legt uit dat het gedrag een boodschap inhoudt die aan de ouders is gericht. 'Een soort kryptogram', dat zo moeilijk is dat momenteel noch de ouders, noch de therapeut het al kunnen begrijpen. Daarom is het goed dat Karel het blijft volhouden. Hij mag overigens na het weekeinde wel weer mee naar kantoor, maar thuis moet alles bij het oude blijven. Dat gaat altijd zo. De ouders reageren opgelucht, en Karel trouwens ook. Hij lijkt erg op de therapeut gesteld te zijn en veel vertrouwen te hebben (wat eerder uitzondering dan regel is bij zulke problematiek, althans volgens literatuurgegevens). Dan houdt de therapeut ruggespraak met een kollega en legt daarna uit dat hij het al voor 50 % begrijpt: 'Karel is met één been al groot, wil volwassen zijn en op eigen benen staan, en met het andere been staat hij nog in de kinderschoenen. En hij vraagt zich voortdurend af (vandaar jouw twijfelen) of hij op de ene voet verder wil gaan of op de andere. Bijvoorbeeld bij het opstaan en bij het aankleden! Alledrie stemmen ze gretig in. 'Maar', gaat de therapeut verder, 'als u druk uitoefent om groot te zijn, dan krijgt Karel de neiging zich kinderlijk te gedragen, en als u hem te weinig kans geeft om groot te zijn en hem te veel als een kind behandelt dan gaat hij protesteren. Het is dus erg moeilijk voor u, ouders. Hij zal altijd protesteren. Dat is echter een goede zaak. Want hij is er zelf nog helemaal niet uit. U mag meewerken, maar geen enkele aandrang uitoefenen.' Ook dit wordt door de ouders direkt aanvaard. Moeder vraagt toch nog of ze bij het aankleden moeten aandringen. De opdracht luidt dan dat ze er allebei bij zullen zijn en zorgvuldig zullen kijken wat hij doet, dat wil zeggen, op welk been Karel wil staan bij het opstaan. 'Staat hij trouwens niet op dan is dat een duidelijke aanwijzing dat hij klein wil blijven. Goed zo! Staat hij wel op, dan herhaalt zich voor hem het moeilijke probleem op welk been hij wil staan. Hij zal er wederom erg bij aarzelen, ook bij het aankleden. U bent er dan bij. Alles zal erg langzaam gaan, net als in een ritueel. U zwijgt, want Karel moet alsmear nadenken; zwiwend overhandigt u hem de kledingstukken, maar Karel is de ceremoniemeester!' Geestdriftige instemming... De volgende maal mag Karel weer alleen komen. (Dit kan omdat hij geen tekenen van weerstand tegen de therapeut vertoont, en is dan ook wel nuttig om te impliceren dat hij een eigen individu is. Als de ouders zich daarmee van het therapeuties front zouden willen terugtrekken, zou dat wederom beslist een kontraindikatie voor aparte gesprekken met de aangewezen patiënt zijn!) Hij vertelt dat de opdracht goed wordt uitgevoerd. Idereen is blij met de uitleg die de therapeut had gegeven van de puzzel. En de paniek was nu verdwenen. Nu is Karel optimistieser gestemd, zegt hij. Het aan- en uitkleden gaat dus inderdaad ritueel met behulp van de ouders. De vorige dag echter was hij zelf snel uit bed gekomen en had hij zichzelf snel aan willen kleden maar toen ging het weer mis! De therapeut zegt dat Karel daar nog niet aan toe is. De zesde zitting komen ouders en Karel. Moeder vertelt van allerlei scènes, maar verder vergoelijkt ze het gedrag van Karel en

26

lacht hem toe. Er is geen sprake van ondubbelzinnige kritiek of ongeduld - de kommunikatiepatronen blijven paradoxaal. De therapeut geeft de zelfde uitleg en opdracht mee. 'Scènes zijn vragen van Karel aan zijn ouders of ze alsjeblieft engelengeduld met hem willen hebben.' Als vader op een bepaald moment een milde vorm van onenigheid met zijn echtgenote te berde brengt, acht de therapeut het verstandig daar niet op in te gaan.

Diskussie: Ook deze behandeling loopt nog. Wat is er tot dusverre van te zeggen? Het gezin lijkt wel het meest gestoorde van de tot dusverre hier beschreven gevallen. Er is weinig ondubbelzinnige en kongruente kommunikatie, noch in positieve noch in negatieve zin, en symptomatische kommunikatie overheerst. (Migraine en buikklachten van moeder, aanvallen en dwangverschijnselen van Karel.) Het is een pathologische morfostase en de therapeut kan alleen aansluiten door zich aan de kant van de morfostase op te stellen en zich niet voor veranderingen uit te spreken. (Verg. M.Selvini P.)

- 2.5 Eduard is elf jaar en is verwezen omdat hij door voortdurend likken aan zijn bovenlip diepe kloven en ekzeem heeft, waar de huidarts niets aan kan verbeteren. Ook spert hij zijn mond vaak open. Moeder was eerder bij een kollega onder behandeling geweest wegens een 'inzinking' die vooral veroorzaakt zou zijn door eindeloos 'gedokter' met het jongste zoontje en daarna ook met Eduard. Er leken geen andere problemen te zijn. Besloten werd tot individuele gedragsterapie. Er zijn negen zittingen geweest in drie maanden en een follow up na nogeens vier maanden.
- Inderdaad werd begonnen met de opdracht een elastiek om de pols te dragen en dit elke keer aan te trekken als hij zijn lip likte. Eduard deed het tot het kapot was; aanvankelijk werkte het uitstekend maar daarna verslofte het. De kloven waren direkt weer terug. De opdracht werd herhaald, maar tevens werd met hypnoterapie begonnen. Via ontspanningsoefeningen, het laten afdalen van twintig treden en -vanaf de tweede maal- handlevitatie werd snel een bevredigende trance bereikt, waarin Eduard samen met de therapeut vrijelijk over land, ondergronds en door de lucht kon reizen. Zo volgde er na enige proefvluchten een reis naar 'Grote Mannenland'. Hij is dan dertig jaar, voelt zich zelfverzekerd en likt niet meer aan zijn lippen. De therapeut vraagt waarom Eduard het vroeger deed. 'Omdat ze zo droog waren' luidde het antwoord. We gaan terug tot hij achttien jaar is - hetzelfde beeld. We gaan terug naar vijftien jaar - idem. Dan terug naar veertien jaar - hij likt zijn lippen. De therapeut besluit om hem eerst terug te voeren naar zijn eigen leeftijd en hem dan uit zijn trance terug te halen om er eerst gewoon over te praten. Hij vraagt daarna: 'Waarom lik je eigenlijk je lippen?' 'Omdat ze zo droog zijn'. De therapeut inspekteert de bovenlip nauwkeurig. Hij zegt er weinig van te snappen. Die vochtige bovenlip lijkt meer op vochtige babybillen, waar dan immers ook ekzeem op komt. De slijmvliezen moeten natuurlijk wel vochtig zijn, maar die huid toch niet! Het lijkt of er een wereld voor Eduard open gaat. De therapeut laat hem eerst alleen het slijmvlies van de lip likken. 'Dat is lekker.' 'Dan de huid erboven.' 'Dat is afschuwelijk!'

Hij wordt weer in trance gebracht. Weer een vliegreis en de tijd wordt drie maanden vooruit gezet, naar september. De therapeut vertelt zijn reisgenoot dat het likken afgelopen zomer is opgehouden. Eduard wilde niet langer uitgelachen worden. Hij had altijd zijn elastiek gebruikt.

De volgende twee zittingen wordt -in trance- hetzelfde overgebracht. Dan vraagt de therapeut Eduard of hij naar zichzelf wil kijken terwijl hij vliegt. Eduard beschrijft die jongen precies, vindt het maar een stom gezicht, die lip, net babybiljetjes en zegt die jongen dat hij er mee op moet houden. Als hij weer uit trance komt heeft hij lekker geslapen.

Inderdaad gaat dan het likken over en is het ekzeem in september verdwenen. Bij follow up in januari is het resultaat gehandhaafd. Alles gaat voor de wind.

Diskussie: Op tamelijk willekeurige gronden wordt hier een hele andere methode gevolgd dan in de andere gerefereerde gevallen.

Het is diskutabel of dit een 'echte' tic of dwanghandeling betrof maar ik neem voorlopig aan dat de methode van de hypnotherapie wel degelijk de moeite waard is om in voorkomende gevallen verder te beproeven. De indicatie ligt dan vooral in de C-kategorie. In de A-kategorie kan hypnotherapie natuurlijk ook uitgeteerd worden, maar daar heb ik zelf nog geen ervaring mee.

3 Slotopmerkingen: Enkele opmerkingen van algemene strekking zijn al in de stukjes diskussie geplaatst. Enige herhaling is dan niet te vermijden:

- .1 Een symptoom kan natuurlijk tot zowel A als B behoren.
- .2 Een gekombineerde aanpak, dwz èn systeemgericht èn gedragsgericht blijkt erg effectief te zijn.
- .3 Naarmate een gezin meer paradoxale patronen laat zien is meer paradoxale aanpak geïndiceerd (verg Van Dijck 1977).
- .4 Hypnotherapie is een belangwekkende benadering die in de eerste plaats individu-gericht is, maar indirect ook zijn effect op het systeem kan hebben, als de therapeut dat maar in het oog houdt.

4 4 Litteratuur

- Dijck, R. Van, (1977) Vormen van directieve therapie bij paren en gezinnen. Directieve Therapie I (red K.v.d.Velden) p.26
- Dijck, R. Van, (1978) Modellen in de kinderpsychotherapie TDT apr/mei
- Freud, A., (1969) Normality and Pathology in Childhood. The Hogarth Press London
- Oudshoorn, Dick (1977) Stoteren Directieve Therapie I p.161
- Selvini Palazzoli, M., Paradoxon und Gegenparadoxon

"Tics or habit spasms are sudden, quick involuntary and frequently repeated movements of circumscribed groups of muscles serving no apparent purpose".

(Leo Kanner, 1957)

TICS, HET SYNDROOM VAN GILLES DE LA TOURETTE

augustus 1978

Kees Hoogduin & Else de Haan

1. Inleiding

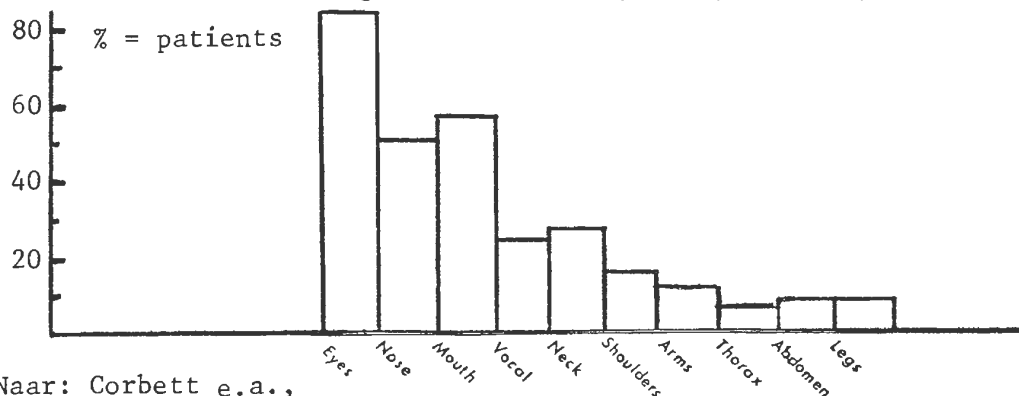
Het nu volgende artikel handelt over tics in engere zin, De tic wordt hier onderscheiden van andere gewoonten, zoals bijvoorbeeld haartrekken, nagelbijten, oor- en neuspeuteren, wenkbrauw-trekken, wratzuigen, bril rechtzetten en tikken van de hand op voorwerpen. Deze tic-achtige gewoonten zijn meer complex en betreffen veelal gecombineerde of opeenvolgende activiteiten van twee lichaamsdelen (vgl. Corbett, 1977). Over de behandeling van deze tic-achtige gewoonten is elders uitvoerig geschreven (Azrin & Nunn, 1973; Hoogduin, 1978).

In het hiernavolgende worden achtereenvolgens besproken: de localisatie van de tics, de verschillende ticsyndromen, de mogelijke ontstaanswijze en de prognose. Na de beschrijving van de verschillende behandelingsstrategieën worden twee voorbeelden gegeven van de behandeling van kinderen met tics. In de discussie wordt ingegaan op het zelfcontrole-karakter van de behandeling; het belang van het betrekken van de ouders bij de behandeling wordt benadrukt.

2. Beschrijving van het tic-gedrag

2.1 De localisatie van de tic:

Tics kunnen in alle lichaamsdelen voorkomen, maar worden het meest frequent gezien aan het gezicht en het minst frequent aan de thorax en de benen (vgl. Corbett e.a., 1969; Corbett, 1977).



(Naar: Corbett e.a., figuur 1.)

2.2 De diagnostische rubriceringen

Het syndroom van Gilles de la Tourette bestaat uit meerdere tics en wordt vergezeld door vocale tics als grommen, knorren, keelschrapen. Het uitstoten van obscene taal tenslotte wordt karakteristiek geacht voor dit syndroom. Er zijn aanwijzingen voor de veronderstelling dat het syndroom van Gilles de la Tourette het volledig ontwikkeld tic-syndroom is en de mildere tic-verschijnselen niet in essentie verschillen van dit syndroom (Corbett e.a., 1969; Corbett, 1971; Corbett, 1977).

2.3 De incidentie:

Het voorkomen van tics bij kinderen wordt wisselend aangegeven, maar ligt waarschijnlijk rond de 4 - 5% (vgl. Corbett, 1977). De verschijnselen manifesteren zich meestal tussen het zesde en tiende jaar.

2.4 Het ontstaan van tic-gedrag:

Corbett (1977) vermeldt een overeenkomst in het motorische patroon van de reflex van Moro en de tics. De reflex van Moro is een "atavistische" reflex die de jonge zuigeling de eerste drie maanden van zijn leven vertoont (Biemond, 1961). De reflex kan opgewekt worden door hard in de handen te klappen. De jonge zuigeling reageert met:

- oogknipperen wat na een latente periode gevolgd wordt door
- een angstgrimas van het gezicht
- het naar voren bewegen van het hoofd
- het naar voren brengen en optrekken van de schouders
- het abduceren van de armen
- en het ombuigen van de ellebogen.

Met behulp van video en speciale fotografische technieken is aangetoond dat bij de tics ook eerst een oogknipperen plaatsvindt, na een latente periode volgen de andere tic-bewegingen (Corbett, 1977).

De door Yates (1970) geformuleerde op de leertheorie gebaseerde hypothese over de ontstaanswijze van de tic sluit hierop aan. Hij ziet de tic in aanzet als een geconditioneerde vermijdingsrespons oorspronkelijk uitgelokt door een traumatische situatie. Wanneer de ticbeweging de angst-inducerende stimulus doet verdwijnen (of deze stimulus verdwijnt toevallig tegelijkertijd), ontstaat er een bekrachtiging. Bij volgende gelegenheden zal door

stimulus-generalisatie angst kunnen worden opgewekt die weer door de bewegingen worden verminderd (Yates, 1970).

De woede, bezorgdheid en irritatie van ouders, onderwijzers en vriendjes tenslotte kunnen eveneens een belangrijke bekrachtiging zijn.

Door een aantal auteurs wordt een organische basis aangenomen voor tics. Shapiro e.a. (1973) vinden in hun onderzoek daar naar hun mening voldoende argumenten voor: o.a. E.E.G.-afwijkingen bij 17 van de 34 onderzochte personen; bij 18 van de 34 volwassen tiqueurs vinden zij neurologische afwijkingen. Hiertegenover staat de opmerking van Rapoport (1959) dat de E.E.G.'s bij ticcende kinderen zeer moeilijk te interpreteren zijn ten gevolge van hun ticbewegingen, alsmede het onderzoek van Challas e.a. (1967); zij vinden bij elf onderzochte kinderen een normaal E.E.G. en geen neurologische afwijkingen. Corbett (1977) concludeert tenslotte "the evidence for an organic basis for tics is conflicting although organic factors may play an important part in some cases of ourette's syndrome persisting into adult life, there is little indication of a specific neurological lesion in the majority of cases".

Van belang lijkt het onderzoek naar het voorkomen van psychiatrische verschijnselen bij de ouders van ticcende kinderen (Corbett e.a., 1969). Van de ticcende kinderen blijkt 31% een ouder te hebben met in de anamnese psychiatrische klachten. Voor ouders van kinderen die op andere gronden de psychiatrische kinderopholiek bezochten, is het percentage 19,3% en van ouders van kinderen die een tandheelkundige kliniek bezochten 6,2%. Deze verschillen waren significant. Corbett (1977) concludeert dat de ouderlijke psychiatrische stoornis zeer wel mogelijk een belangrijke primair etiologische factor zou zijn bij de ticverschijnselen.

2.5 De prognose van ticverschijnselen:

Hoewel Gilles de la Tourette zeer somber was over de prognose van de ticverschijnselen blijkt uit uitvoerige follow-up onderzoeken niets dat deze conclusie rechtvaardigt.

Corbett e.a. (1969) vermelden bij een gemiddelde follow-up van 5,4 jaar dat bij 73 kinderen slechts 4 onveranderd zijn gebleven, 39 zijn verbeterd en 30 blijken volledig hersteld te

zijn van de klachten. Wanneer Corbett (1971) ook de follow-up van Torup (1962) bij zijn getallen betreft, komt hij tot de conclusie dat 60% van de kinderen eenmaal volwassen niet langer door de tics gehandicapt is.

3. Behandelingsstrategieën

3.1 Negative practice:

Op grond van zijn theorie over de ontstaanswijze van tics beschrijft Yates (1970) de methode van de negative practice. In plaats van de tic moet een andere respons - die niet te verenigen is met de tic - worden aangeleerd: het niet uitvoeren van de tic.

Bij de negative practice procedure moet de cliënt de ongewenste respons - de tic - op bepaalde tijden lang achter elkaar oproepen. Daarna volgt een periode van rust. Door het lang achter elkaar oproepen van de tic neemt de reactieve inhibitie snel toe, tot een punt waarop de cliënt gedwongen wordt tot een tic-vrije periode. Het verdwijnen van de reactieve inhibitie tijdens deze periode werkt bekrachtigend op de respons van het niet uitvoeren van de tic. Op deze manier wordt via counterconditioning in plaats van de ongewenste respons - de tic - een gewenst gedrag - het niet uitvoeren van de tic - aangeleerd (Yates, 1970).

Nicassio e.a. (1972) geven een andere uitleg voor de werking van de methode van de negative practice. Zij gaan uit van de principes van de aversieve conditionering: het lang achter elkaar oproepen van de tic veroorzaakt vermoeidheid, waardoor het uitvoeren van de tic een onaangename bezigheid wordt. Het effect zal zijn: afname van de frequentie van de tic of het volledig verdwijnen.

3.2 De methode van de incompatibele respons:

Azrin en Nunn (1973) beschrijven een tic als een nerveuze gewoonte die, ooit ontstaan als een normale reactie op stress, nu onafhankelijk daarvan blijft voortbestaan, een ongebruikelijke vorm heeft en een ongebruikelijk hoge frequentie. Een tic kan ook ontstaan uit normaal maar niet frequent optredend gedrag. De auteurs benadrukken het automatisme van de tics, waardoor deze voor een groot gedeelte aan het bewustzijn ontsnappen.

Bij sommige tics worden specifieke spieren / spiergroepen door het steeds uitvoeren van die tic extra geoefend, terwijl de tegenovergestelde spieren betrekkelijk ongebruikt blijven. Ook dit mechanisme draagt bij tot het in stand houden van de tics. Bezorgdheid of medelijden uit de omgeving kunnen tenslotte als belangrijke sociale reïncers gaan werken voor het tic-gedrag. De methode van de incompatibele respons bestaat uit de volgende onderdelen:

- De registratie.
- De training in het bewustworden van de tic.
 - De cliënt geeft een nauwkeurige beschrijving van de tic, eventueel met behulp van een spiegel (response discription procedure).
 - De cliënt wordt geleerd ieder onderdeel van de tic als zodanig te herkennen (response detection procedure).
 - De cliënt leert de allereerste beweging van de tic te onderkennen (early warning procedure).
 - Alle situaties waarin de tic optreedt, worden beschreven (situation awareness training).
- Oefening in de incompatibele respons.
 - Voor de tic wordt een incompatibele respons uitgezocht die aan de volgende eisen moet voldoen:
 - de respons moet tegenovergesteld zijn aan de tic;
 - de respons moet enkele minuten volgehouden kunnen worden;
 - de respons moet voor de cliënt bewust gemaakt kunnen worden met behulp van isometrische contractie;
 - de respons moet onopvallend uitgevoerd kunnen worden en moet gemakkelijk inpasbaar zijn in de normale activiteiten;
 - de respons moet de antagonisten van de spieren die gebruikt worden voor de tic, versterken.
- Het bevorderen van de motivatie.
 - Dit gebeurt door met cliënt uitgebreid te praten over het ongemak en de problemen die ontstaan door het tic-gedrag. Ouders, familie of vrienden worden ingeschakeld om de cliënt te helpen herinneren aan zijn oefeningen en hem te prijzen voor zijn inspanningen en behaald succes.

- De generalisatie.

Tijdens de zitting wordt er geoefend in het ontdekken van de tic en het uitvoeren van de incompatibele respons.

De situaties waarin het tic-gedrag pleegt op te treden worden hierbij in vitro geoefend.

- Azrin en Nunn besteden één lange zitting aan de behandeling; daarna zijn er telefonische contacten.

Een variant op de methode van Azrin en Nunn is de behandeling van het met de ogen knipperen (vgl. Beck, 1977); Beck beschrijft de succesvolle behandeling van een man die gemiddeld 94 maal per minuut met zijn ogen knipperde: de man moet naar een voorwerp staren zonder te knipperen en langzaam tot 3 tellen; hierna moet hij 1 maal knipperen. Deze oefening wordt tweemaal per dag 10 minuten uitgevoerd.

Lange (1976) geeft zijn cliënt met een oog-knipper-tic een observatie-opdracht: een kwartier lang moet hij observeren en daarna opschrijven wat hij gezien heeft. De tic verdwijnt vrijwel geheel.

3.3 De ^{algemene} ~~eenvoudige~~ "S - R interventie":

Hierbij wordt de cliënt geleerd zelf zo vroeg mogelijk de responsketen die leidt tot tic-gedrag te onderbreken met een gedrag dat de kans op het optreden van het tic-gedrag doet afnemen.

3.4 De medicamenteuze therapie:

Met betrekking tot de medicamenteuze behandeling blijkt Haldol zeer effectief. De dosering ligt tussen de 2 en 20 mg per dag (Challas e.a., 1967; Connel e.a., 1967; Healy, 1970; Shapiro & Shapiro, 1968; Cornett, 1977). In een aantal gevallen verdwijnen alle verschijnselen, maar blijken bij stoppen van het medicament terug te keren (vgl. Thomas e.a., 1975).

Challas (1967) komt na de medicamenteuze behandeling van elf ticcende cliënten tot de conclusie dat vele medicamenten niet werkzaam zijn; hij noemt o.a. mysoline, librium, phenergan, diphantoïne, reserpine, largactil, amphetamine, luminal en prazine.

4. De voorbeelden

4.1 Jelle is 12 jaar. Hij is de oudste uit een gezin met 5 kinderen.

4.1.1 De klachten:

Sinds 2 jaar heeft Jelle last van tics. De tics zijn ontstaan vlak voordat hij met een kamp van school meeding. Jelle is uitgebreid neurologisch onderzocht, waarbij geen afwijkingen zijn gevonden. Zijn ouders vertellen alles gedaan te hebben om hem eraf te helpen: lief zijn, boos worden, belonen, straffen, lachen en hem vragen ermee op te houden.

4.1.2 De tics:

Het ticcen is begonnen met ogen knipperen. In de loop van de tijd is de plaats van de tic veranderd. De tics die Jelle nu heeft, zijn vooral het wijd open sperren van zijn mond en in mindere mate trekken met zijn benen.

Jelle heeft zijn tics de hele dag door, behalve in zijn slaap. Vlak voor belangrijke momenten - rapportuitreiking, ouderavond - nemen de tics in hevigheid toe. Dit ondanks het feit dat Jelle een van de beste leerlingen van de klas is.

4.1.3 De directe behandeling van de tics:

4.1.3.1 De registratie:

In eerste instantie wordt de behandeling gericht op het wijd open sperren van zijn mond. Omdat de tic vrijwel constant aanwezig is, worden er tijden afgesproken waarop Jelle zijn tics registreert: 3 maal per dag 5 minuten.

4.1.3.2 Negative practice:

Jelle wordt verteld dat het belangrijk is controle te krijgen over zijn tics. Hij krijgt de opdracht zijn tics bewust te oefenen. Voor iedere registratie zal hij voor de spiegel 5 minuten lang expres "ticcen". Bij de volgende zitting vermelden de ouders dat Jelle kalmer wordt en dat er soms momenten zijn dat zijn gezicht volledig rustig is.

4.1.3.3 De incompatibele respons:

Als na 3 weken oefenen blijkt dat de frequentie van de tic niet verder afneemt, wordt de methode van de incompatibele respons volgens Azrin en Nunn (1973) ingevoerd: Jelle krijgt de opdracht op een potlood te bijten en de lippen rond het potlood te klemmen zodra hij zijn tic voelt aankomen. Als de tic hem te snel af is geweest, moet hij als extra oefening daarna alsnog een halve minuut lang op het potlood bijten. Tijdens de zitting wordt de methode geoefend. Omdat het voor Jelle moeilijk blijkt deze methode gedurende de hele dag toe te passen, wordt er een fasering aangebracht: Jelle moet 5 maal per dag 5 minuten lang de methode toepassen.

4.1.3.4 De "algemeen eenvoudige" S - R interventie:

Na een week is de tic vrijwel over. Er is echter een andere voor in de plaats gekomen: sinds een paar dagen stoot Jelle een doordringend geluidje uit. Zijn moeder vertelt dat het geluidje door het hele huis te horen is.

Het volgende advies wordt gegeven: zodra hij de vocale tic voelt opkomen, zal hij slikken. Er worden nu geen oefenperiodes meer afgesproken; Jelle beheerst de methode goed. Het geluidje is binnen drie dagen over. Na het geluidje ontwikkelt zich een nieuwe hinderlijke tic: Jelle knippert met zijn linker oog; bovendien ontstaat de gewoonte om met de vuist in dat oog te wrijven. Het oog wordt rood, de oogleden gezwollen. Jelle zal eerst afleren in het oog te wrijven. Iedere keer als hij merkt dat zijn hand naar zijn oog gaat, moet hij in zijn been knijpen. Tijdens de zitting bij het uitproberen van deze oefening, kondigt zich al een nieuwe tic aan: Jelle gaat met zijn mond grimassen. Voor het geval dat deze tic doorzet, wordt alvast de incompatibele respons met Jelle afgesproken. De mogelijkheid van weer nieuwe tics wordt uitgebreid besproken. Er worden gissingen gemaakt over de tic die er de volgende keer zal zijn.

Veertien dagen later zijn de tics verdwenen en is er geen nieuwe tic meer verschenen.

4.1.4 Het inschakelen van anderen:

4.1.4.1 Beloningen:

Omdat het oefenen voor Jelle niet altijd even plezierig is, worden er beloningen voor hem afgesproken. Voor iedere oefening krijgt Jelle 1 punt; 10 punten leveren een soldaatje op (een beloning die hij zelf heeft uitgekozen). In de loop van de behandeling worden de beloningen op Jelles verzoek afgeschaft. Hij vindt de beloningen kinderachtig worden, is trots op zijn prestaties en heeft waarschijnlijk al genoeg soldaatjes.

4.1.4.2 Time-out procedure:

Jelle wordt de mogelijkheid geboden even van alles af te zijn als de oefeningen en de hulp van zijn ouders hem te veel worden: hij kan naar zijn kamer gaan, waar hij dan even niets hoeft. Zijn ouders zullen hem aan deze afspraak helpen herinneren; zo hij zijn incompatibele respons niet uitvoert, wordt hij naar zijn kamer gestuurd.

4.2 Adriaan is een jongen van 14 jaar. Hij heeft epilepsie in lichte mate en is zwakbegaafd. Als hij wordt aangemeld, heeft hij al een geschiedenis van hulpverlening achter de rug. Hij bezocht het M.O.B. in verband met schoolproblemen en werd twee jaar behandeld in een medisch pedagogisch instituut wegens gedragsproblemen en tics. De tics die tijdens de opname verdwenen, zijn het laatste halfjaar in volle hevigheid teruggekomen.

4.2.1 De klachten:

Sinds enige jaren heeft Adriaan last van verschillende tics. Het tic-gedrag is begonnen met zwaaien met de armen. Na verloop van tijd is daar het uitstoten van obscene woorden bij gekomen.

4.2.2 De tic:

De tic waarmee Adriaan wordt aangemeld, is het uitstoten van de woorden "kut" en "neuken". De frequentie van de tic wisselt per dag.

4.2.3 De directe behandeling van de tic:

4.2.3.1 De registratie:

Registreren van zijn tic is voor Adriaan geen nieuwe bezigheid; in de vorige behandeling leerde hij dit al. Hij voelt de tic aankomen.

4.2.3.2 S - R interventie en self-punishment:

Adriaan wordt het principe van de incompatibele respons uitgelegd. Afsproken wordt dat hij iedere keer als hij voelt dat hij kut of neuken gaat zeggen, zijn lippen stijf op elkaar zal persen. Zegt hij de woorden toch, dan zal hij daarna 2 minuten lang de oefening uitvoeren.

4.2.4 Inschakelen van de anderen:

Adriaan kan nog niet goed klok kijken en heeft daarom problemen met de oefeningen na de tic. Afsproken wordt dat Adriaan het klok kijken samen met zijn vader zal oefenen. De ouders zullen Adriaan aan de oefeningen helpen herinneren.

Een maand na de tweede zitting heeft Adriaan zijn tic nog 1 keer gehad. Wel voelt hij zo nu en dan de tic nog aankomen, doch hij is in staat het uitstoten van de woorden te voorkomen.

5. Discussie

5.1 Het principe van de behandeling is een zelf-controle procedure.

De behandeling bij de twee besproken voorbeelden valt uiteen in een drietal elementen:

- de zelf-monitoring;
- de directe aanpak van de tic met behulp van de incompatibele respons van Azrin en Nunn, de negative practice of een eenvoudige S - R interventie;
- het inschakelen van de ouders.

De monitoring kan grote moeilijkheden opleveren omdat het tic-gedrag zo hoog frequent voorkomt. Er kan gekozen worden voor registratie gedurende een deel van de dag. Zelf-monitoring verdient in principe de voorkeur boven observatie en registratie door ouders of onderwijzers (vgl. Thomas e.a., 1975); Thomas zag een vocale tic binnen 24 uur verdwijnen na een zelf-monitoring advies.

Bij de voorbeelden is in het eerste geval naast de incompatibele respons van Azrin en Nunn gebruik gemaakt van andere technieken, nl. negative practice en de eenvoudige S - R interventie.

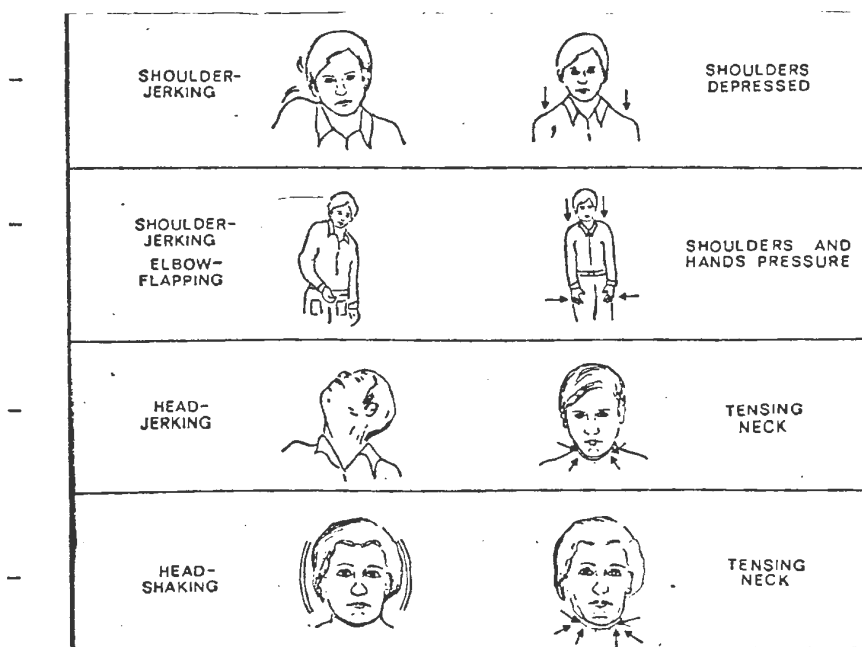
In het tweede geval wordt eveneens een zelf-controle procedure gehanteerd (S - R interventie en self-punishment).

Het inschakelen van de ouders geschiedt op verschillende manieren. Bij het eerste voorbeeld worden de ouders gevraagd het uitvoeren van de negative practice te belonen. Wanneer de oefeningen niet uitgevoerd worden, wordt er een time-out procedure gekoppeld aan het niet oefenen: de ouders zullen de jongen naar zijn kamer verwijzen. De negatieve reacties van de ouders op het tic-gedrag worden omgebogen tot een reageren op het zich houden aan het programma.

Vooraf bij kinderen zal het consequent uitvoeren van de oefeningen met de incompatibele respons soms problemen opleveren. Zeker in het begin van de behandeling is voor hen de uiteindelijke beloning - het niet meer hebben van de tics - te ver weg. Het invoeren van beloningen voor het goed uitvoeren van de opdrachten kan dan zinvol zijn.

5.2 Er wordt een respons gezocht die niet verenigbaar is met het tic-gedrag.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van tics en een daarbij bruikbare incompatibele respons:



(figuur 2; overgenomen uit Azrin en Nunn, 1963)

- grimassen met de mond
- oogknipperen
- schopbewegingen van been
- een potlood in de mond en de mond samenknijpen
- ogen open sperren en fixeren van voorwerpen (Beck)
- gaan staan op het ene ticcende been en dit been aanspannen

Deze onverenigbare responsen worden gebruikt als S - R interventie en als self-punishment aansluitend aan het plaatsvinden van de tic.

5.3 Het verspringen van tics bij mensen met multiple tics is geen ongewoon verschijnsel (vgl. Jones, 1960, Nicassio, 1972). Het verspringen van de tics wordt gelabeld als beweging en dus vooruitgang.

Het is belangrijk de cliënt van de mogelijkheid van het verspringen van tics op de hoogte te brengen. Eventueel kan geanticipeerd worden op nieuwe tics door alvast incompatibele responsen hiervoor af te spreken.

5.4 Bij kinderen met tics speelt in het gezin vaak een discipline-probleem: met zijn symptoomgedrag komt het kind onder de strenge regels van zijn ouders uit.

Naast de directe behandeling van de tics zal in deze gevallen bespreking van algemene opvoedingsproblemen belangrijk zijn. Het stimuleren van de ouders om met de kinderen te spelen, te sporten of anderszins positief bezig te zijn, kan een belangrijk onderdeel van de behandeling zijn.

6. Slot

Bij de hier voorgestelde behandelingsstrategie blijkt het volstrekt irrelevant te zijn of de tic door de therapeut gezien wordt als een organische afwijking, aangeleerd gedrag of als een ontwikkelingsstoornis. Ook blijken diagnostische rubriceringen als Maladie des tics des dégénérés, syndroom of ziekte van Gilles de la Tourette, vocale tics met of zonder coprolalie en oogknipperen, geen consequenties te hebben voor de te volgen behandelingsstrategie (vgl. Clarke, 1966).

Referenties:

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

Beck (1977) : Self-control treatment of an eye blink tic,
Behavior Therapy 8 (1977), 277 - 279

Biamond, A. (1961) : Hersenziekten,
Bohn, Haarlem (blz. 284)

Challas, G., J.L. Chapel & R.L. Jenkins (1967):
Tourette's disease: control of symptoms and
its clinical course,
Internat. J. of Neuropsychiat. 3 (1), 95 - 108

Clarke, D.F. (1966) : Behavior therapy of Gilles de la Tourette's
syndrome,
Brit. J. Psychiat. 112, 771 - 778

Connel, P.H., J.A. Corbett, D.J. Horne & A.M. Mathew (1967):
Drug treatment of adolescent tiqueurs,
Brit. J. Psychiat. 113, 375 - 381

Corbett, J.A., A.M. Mathews, P.H. Connel & D.A. Shapiro (1969):
Tics and Gilles de la Tourette's syndrome:
a follow-up study and critical review,
Brit. J. Psychiat. 115, 1229 - 1241

Corbett, J.A. (1971) : The nature of tics and Gilles de la Tourette's
syndrome,
J. of Psychosomat. Res. 15, 403 - 409

Corbett, J.A. (1977) : Tics and Tourette's syndrome,
in: M. Rutter & L. Hersov,
Child Psychiatry,
Blackwell, Londen

Healy, C.E. (1970) : Gilles de la Tourette - syndrome,
Am. J. Dis. Child. 120

Hoogduin, C.A.L. (1978) : Haartrekken, nagelbijten en andere ongewenste
gewoonten,
T.D.T. 5 (3), 19 - 30

Jones, H.G. (1960) : Continuation of Yates treatment of a tiqueur,
in: H.J. Eysenck,
Behavior therapy and the neuroses,
Pergamon, Oxford

Kanner, L. (1957) : Child Psychiatry,
Thomas, Springfield

Lange, A. (1976) : Behandelning van een man met een tic,
T.D.T. 3 (8)

Nicassio, F.J., R.P. Liberman, R.G. Patterson, E. Ramirez & N. Sanders (1972):
The treatment of tics by negative practice,
J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat. 3,
281 - 287

Rapoport, J. (1959) : Maladie des tics in children,
Am. J. Psychiat. 116, 177 - 178

Shapiro A.K. & E. Shapiro (1968):
Treatment of Gilles de la Tourette's syndrome
with Halopendal,
Brit. J. Psychiat. 114, 345 - 350

Shapiro, A.K., E. Shapiro, H. Wayne & J. Clarcis (1973):
Organic factors in Gilles de la Tourette's
syndrome,
Brit. J. Psychiat. 122, 659 - 664

Singer, K. (1963) : Gilles de la Tourette's disease,
Am. J. Psychiat. 120, 80 - 81

Thomas, E., K. Abrams & J. Johnson (1975):
Self-monitoring ans reciprocal inhibition
in the modification of mutiple tics of
Gilles de la Tourette's syndrome,
in: R.C. Katz & S. Zlutnick,
Behavior therapy and health care,
Pergamon, New York (blz. 235 - 243)

Torup, E. (1962) : A follow-up study of children with tics,
Acta Paediatrica 51, 261 - 268

- Yates, A.J. (1958) : The application of learning theory
to the treatment of tics,
J. Abnorm. Soc. Psychol. 56, 175 - 182
- Yates, A.J. (1970) : Behavior Therapy,
Tics (blz. 192 - 207),
Wiley, New York

Strategieën in hypnotherapie

Richard Van Dijk en Onno v.d. Hart

1. Inleiding:

In dit stuk wordt getracht diverse hypnotherapeutische interventies te groeperen op grond van een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Dit resulteert in een indeling tot vijf verschillende strategieën. Deze zijn:

- symptoombeïnvloeding
- negatieve bekrachtiging
- ontlading of catharsis
- oplossing op metafoor of symbolisch niveau
- reoriëntatie in de tijd

Het toepassingsgebied en de voor- en nadelen van elk van deze strategieën wordt besproken, en aangegeven wordt welke trance-diepte vereist is voor het gebruik ervan. In mindere mate wordt ingegaan op de technische uitvoering. Relaties met therapeutische technieken buiten de hypnotherapie worden aangegeven.

2. De strategieën:

Bij deze indeling is niet getracht om op grond van theoretische uitgangspunten een overzicht aan te brengen, maar de groepering is uitgevoerd op basis van een gemeenschappelijke grondgedachte die in verschillende procedures wordt herkend. Er is eerder gestreefd naar overzichtelijkheid dan naar volledigheid. Omdat de strategie en niet de klacht het uitgangspunt vormt, is het ook te verwachten dat het indicatiegebied nogal wat overlap te zien zal geven. Bij de rangschikking worden de oudere technieken eerst genoemd.

2.1 Symptoombeïnvloeding:

Dit is de hypnotische interventie die wellicht het meest tot de verbeelding spreekt, maar waarover ook de meeste misverstanden bestaan. De cliënt heeft een klacht en de therapeut hypnotiseert deze klacht weg. Onder bepaalde voorwaarden zal deze eenvoudige onderneming goede resultaten opleveren in een

beperkte tijd, maar wanneer onvoldoende rekening gehouden wordt met de functie van de klacht is het succespercentage gering en het aantal recidieven groot.

Bij deze techniek wordt gebruik gemaakt van het fenomeen van suggestieve beïnvloeding; dit is gewild of ongewild een onderdeel van elke vorm van psychotherapie, ook los van hypnose. Door hypnose wordt de acceptatie van suggesties soms vergroot, hetgeen vooral duidelijk blijkt bij het geven van posthypnotische suggesties. Dit fenomeen is gebonden aan een bepaalde trance diepte en treedt niet bij alle cliënten op. Dit geeft een eerste beperking van het toepassingsgebied: het moet gaan om personen die een voldoende trance diepte kunnen ontwikkelen. Een tweede beperking betreft de aard van de klachten: deze moeten welomschreven zijn. Bijvoorbeeld: pijn van somatische of psychogene oorsprong, psychogene verlamingsverschijnselen, angst die aan bepaalde situaties gebonden is, etc...

Verder moet bij het onderzoek naar de functie van de klacht blijken dat het voortduren van de klacht niet essentieel is voor de cliënt in financieel of sociaal opzicht. Indien er van een grote ziektewinst sprake is, zal wellicht eerst dat gegeven veranderd moeten worden, alvorens de klacht bereikbaar is. Indien de klacht een bepaalde communicatieve betekenis heeft t.o.v. de omgeving, of onmisbaar is als adaptieve strategie, dan is deze vorm van symptoombestrijding niet de meest aangewezen weg.

Is aan de bovenstaande voorwaarden voldaan, dan kan over de uitvoering van de strategie van symptoombeïnvloeding het volgende gezegd worden: in de meer traditionele wijze van hypnotherapie wordt een vrij autoritaire, dirigerende en op imponeren gerichte procedure van de therapeut beschreven die "vaderhypnose" genoemd wordt. (cfr. Stokvis, 1953; Koster, 1947). Dit stamt wellicht voor een deel nog uit de negentiende eeuwse omgangsvormen tussen artsen en cliënten. Hierbij pasten voorstellingen van een therapeut als wonderdokter die in één klap alle problemen oplost. Pogingen om die stijl te handhaven vallen tegenwoordig gauw uit de toom. In het werk van Erickson (zie Haley in 1967) vinden we richtlijnen voor effectieve symptoombeïnvloeding die vooral gebaseerd zijn op een permissieve en indirecte manier van suggesties geven. De volgende aanbevelingen kunnen hieruit afgeleid worden:

- het verdient de voorkeur om het verdwijnen van een klacht als een geleidelijke en zo mogelijk begrijpelijke ontwikkeling te presenteren; soms kan het nodig zijn om een restant van de klacht te handhaven om de cliënt gezichtsverlies te besparen of om aan zijn pessimistische verwachtingen niet te veel geweld te doen. Pogingen om een klacht volledig en radicaal uit te bannen of te "verbieden" bevorderen vooral ongelooft en scepticisme.

- een permissieve formulering van de suggesties voorkomt weerstand. De therapeut kan b.v. aan de cliënt overlaten op welk tijdstip hij de suggesties zal gaan uitvoeren.
- een indirecte manier van symptoombeïnvloeding bestaat er ondermeer uit dat de aandacht van de cliënt naar andere belevingen dan de klacht wordt afgeleid. (b.v. een gewaarwording van jeuk tijdens een tocht met een lift, waarna pas na afloop door de cliënt wordt geconstateerd dat hij zich in een normaliter angstverwekkende situatie heeft begeven, cfr. Haley, 1963).
- concrete manieren om indirecte symptoombeïnvloeding toe te passen bestaan er uit dat de therapeut suggereert dat veranderingen zullen optreden in de tijd, de plaats, de intensiteit of de aard van de symptomen of de belevingen die de cliënt tijdens zijn klacht zal gewaarworden. De verschuivingen of transformaties leiden er vaak toe dat het symptoom vervolgens spontaan verdwijnt.

2.2 Negatieve bekrachtiging:

Een bestraffingsprocedure toegepast in het kader van hypnotherapie verschilt alleen van negatieve bekrachtiging in de loop van gedragstherapie door de toevoeging van een hypnotische trance. Hypnotherapeuten zijn over het algemeen van oordeel dat trance de beleving versterkt, maar gedragstherapeuten betwijfelen vaak het nut ervan. (zie Dengrove, 1976). Net zoals in gedragstherapie kan bij als "bad habits" te omschrijven probleemgedrag, een imaginaire negatieve ervaring gekoppeld worden aan het optreden van het ongewenste gedrag. Zo kan aan een roker een hoestbui gesuggereerd worden zodra hij zijn hand naar een sigaret uitsteekt, of een alcoholist kan posthypnotisch misselijkheid ervaren of beelden van lichamelijke aftakeling voor zich zien opdemen als zijn gedachte op het thema "drank" komen. Net als bij gedragstherapie is het nadeel van deze aversieve strategie dat de cliënt niet zelden een afkeer t.o.v. de hele therapie gaat ervaren, zelfs al is hij aanvankelijk wel gemotiveerd om deze te ondergaan. Hypnotherapie steunt, wellicht nog in sterkere mate dan andere therapievormen, op een constructieve relatie tussen de therapeut en de cliënt. Het is niet gemakkelijk deze relatie intact te houden bij gebruikmaking van aversieve technieken; zij komen nog het meest in aanmerking als een bijkomstig hulpmiddel naast meer constructief gerichte programmas. Ook kan de afkeer van de therapie enigszins voorkomen worden door, naast negatieve bekrachtiging bij het optreden van probleemgedrag ook een duidelijke positieve bekrachtiging aan het optreden van alternatief gedrag in de suggesties te verwerken.

2.3 Catharsis of ontlading:

Onder deze rubriek wordt een aantal benaderingen samengevat die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat tijdens een hypnotische trance een gevreesd onderwerp, eventueel betrekking hebbend op het verleden en moeilijk toegankelijk gemaakt door verdringingsmechanismen, onder leiding van de therapeut wordt opgezocht. Kenmerkend is verder dat heftige affectieve ontladingen toegelaten en zelfs aangemoedigd worden. Men kan hierin elementen herkennen van "flooding", in de zin dat in plaats van vermijdingsgedrag een langdurige blootstelling aan beladen onderwerpen wordt aangemoedigd; met psychodrama in zoverre er "acting out" wordt aangemoedigd; met gestalttherapie in de zin dat "unfinished business" tot een actuele herbeleving wordt gestructureerd. Ook bij de na de tweede wereldoorlog tijdelijk oplevende "hypnoanalyse" stonden pogingen centraal om verdrongen traumatische ervaringen opnieuw te doen beleven en daarna tot een betere verwerking te brengen.

Een gemeenschappelijke grondgedachte is het gezamenlijk opsporen van een voor de cliënt emotioneel moeilijk gebied en het met hulp of leiding van de therapeut voltooiën van een zware tocht. Dit kan een moeizaam gebeuren zijn, dat in de tijd niet goed te structureren is. Als cathartisch bedoelde zittingen kunnen niet tussen het gewone spreekuur door georganiseerd worden. De procedure stelt ook aparte eisen aan de therapeut, die emotionele ontladingen moet aanmoedigen en vervolgens goed weten te hanteren.

In de praktijk blijkt ook dat de heftigheid van de emotionele ontladingen niet altijd correspondeert met de duurzaamheid van de veranderingen. Sommige cliënten, vooral zij die bij voorbaat nogal emotioneel ontvlambaar waren, lijken verslingerd te raken aan sessies waarbij ze zich eens helemaal kunnen laten gaan. Een probleem is ook dat vrijwel iedereen in zijn leven een aantal traumatische ervaringen heeft doorgemaakt die met enige fantasie in verband kunnen worden gebracht met actuele problematiek. Omwille van deze overwegingen lijkt de "catharsis-strategie" niet geschikt om in eerste instantie te overwegen. Slechts wanneer bepaalde thema's, bijvoorbeeld d.m.v. angstdromen, zich blijven opdringen, en wanneer er reden is om aan te nemen dat de mogelijkheid tot constructieve verandering geblokkeerd zal blijven zonder een terugkeer naar het beladen thema, lijkt deze strategie op zijn plaats te zijn.

De trancediepte die voor deze procedure vereist is, kan sterk variëren. Een echte leeftijdsregressie wordt doorgaans pas bij diepere trances bereikt; bij een cathartische sessie kan het overgaan naar lichtere trance soms niet eens erg storend zijn als de cliënt maar sterk geïnvolveerd blijft in het thema dat ontwikkeld wordt.

47

2.4 Oplossing op metafoor of symbolisch niveau:

Erickson (zie Haley, 1967) vermeldt een indirecte behandeling van een man met ejaculatio precox, die eerst een kunstmatige klacht gesuggereerd krijgt, die duidelijk te vertalen is in een Freudiaanse symboliek naar de oorspronkelijke klacht toe. (nl. de angst om zijn sigaret in een mooie asbak af te tikken). Vervolgens wordt hij behandeld voor dit kunstmatig verwekte probleem; de oorspronkelijke klacht blijkt daarna ook opgelost te zijn. Dit verhaal illustreert hoe een oplossing op metafoor of symbolisch niveau ook kan generaliseren naar concrete gedragingen die tot dezelfde "klasse" kunnen gerekend worden. Buiten de hypnose wordt dit principe onder meer door Gardner (1971) toegepast bij psychotherapie van kinderen. In de traditie van hypnotherapie wordt deze strategie toegepast in de Rêve éveillée van Desoille (zie Carp, 1958), de Guided affective Imagery van Leuner (1969), de psychosynthese van Assaglioli (1965). Ook ter Horst (1976) beschrijft in "Reisdromen" een werkwijze die gebaseerd is op probleem oplossen op metafoor niveau. Gemeenschappelijk aan al deze benaderingen is dat de cliënt er toe gebracht wordt een metafore weerspiegeling van zijn problemen te geven en dat de therapeut op metafoor niveau een oplossing biedt. Een duiding, of verklaring van de metaforen naar concrete communicatie toe, wordt vermeden.

Grofweg vindt men twee richtingen bij het gebruik van deze strategie: een aantal auteurs (b.v. Gardner) houden zich aan de metaforen die de cliënt brengt en bedenken individuele reacties daarop. Anderen (b.v. Leuner) presenteren standaardsituaties waaraan zij een vaste symbolische betekenis toekennen, en werken eventueel een bepaald programma af. Aan de laatste werkwijze lijkt bezwaar te kleven dat ze gemakkelijk kan vastlopen in een boeiende maar weinig doeltreffende excursie langs groene weiden en donkere wouden.

Deze mogelijkheid om ver van de realiteit verwijderd te blijven is zowel het zwakke punt als het sterke punt van deze strategie. Personen die weinig communicatief zijn, geremd of terughoudend, of die geen directe discussie willen aangaan, kunnen toch geboeid raken door deze benadering. Dit geldt voor kinderen nog meer dan volwassenen. Een voordeel is eveneens dat een diepe trance niet absoluut vereist is (maar wel nuttig is, als die bereikt wordt). Van de therapeut wordt vereist dat hijzelf zich in een dergelijke belevingswereld kan verplaatsen. Ter Horst geeft als een aardige vuistregel: geboeid zijn door een auteur als Tolkien.

2.5 Reoriëntatie in de tijd:

Erickson (zie Haley, 1976) beschreef een procedure waarbij cliënten d.m.v. een reoriëntatie naar een niet nader gespecificeerd moment in de toekomst, beelden van zichzelf hallucineerden in een situatie dat ze een moeilijk pro-

bleem geheel of gedeeltelijk hadden overwonnen. Deze gehallucineerde positieve toekomstvisie blijkt zeer effectief te zijn in de zin dat met slechts een beperkt aantal zittingen uitgesproken veranderingen kunnen bereikt worden. De cliënt blijft overigens de keuze houden waarop hij "onbewust" het geprojecteerde gedragsrepertoire in gang zal zetten.

Deze techniek vereist echter een aanzienlijke trancediepte. Als regel kan men stellen dat naarmate het doel verder afstaat en naarmate het scepticisme van de cliënt groter is, een diepere trance (met amnesie) vereist is. Ook kan het nodig zijn verschillende tussenstappen aan te brengen omdat ook in trance het einddoel voor de cliënt niet voorstelbaar blijkt.

In een aantal therapeutische procedures wordt een gelijkwaardig grondprincipe gebruikt, zonder dat dezelfde eisen aan de trancediepte gesteld hoeven te worden. Dit zal doorgaans wel gepaard gaan met een aanzienlijke toename van het aantal zittingen. Het grondprincipe kan omschreven worden als: de cliënt wordt ertoe gebracht in een positieve sfeer te fantaseren over de uitvoering van activiteiten die hij tot nog toe heeft gevreesd en vermeden. Het opwekken van de positieve sfeer kan behalve d.m.v. hypnose of zelfhypnose gebeuren met behulp van relaxatieoefeningen, zoals bij systematische desensitisatie of door bedekte bekrachtiging zoals bij de gelijkmatige techniek. Een belangrijk bestanddeel van deze strategie lijkt eruit te bestaan dat gedragsrepertoires worden ontwikkeld (of "plans" en "metaplans" in de terminologie van Miller et al, 1960) die niet op bewust niveau hoeven gerepeteerd te worden om uitvoerbaar te blijken.

Op praktische gronden kan men kiezen voor een meer stap- voor stap-benadering of streven naar verder reikende veranderingen, naar gelang de trancediepte die bereikbaar is en de mate van verandering die voorstelbaar is. Wanneer getwijfeld kan worden aan de motivatie om aan veranderingen mee te werken (zoals dat b.v. bij anorexia nervosa bijna altijd het geval is), kan de techniek gebruikt worden om in eerste instantie de motivatie te versterken.

Reoriëntatie naar het verleden, niet met het doel om negatieve herinneringen weer naar boven te brengen, naar integendeel om positief gekleurde herinneringen uit de jeugd weer op de voorgrond te plaatsen vormen een andere manier om de cliënt "emotioneel te herprogrammeren" of tot gunstiger interpuncties van zijn ervaringen te brengen.

Vanwege het constructieve perspectief en de mogelijkheid om flexibel om te gaan met de vereiste trancediepte, heeft deze strategie een breed toepassingsgebied, niet alleen wanneer het gaat om symptoombestrijding, maar ook voor het bijbrengen van gedragsalternatieven in een meer algemene zin.

3. Nabeschuwing:

- 3.1 De vijf genoemde strategieën zijn steeds terug te vinden bij therapievormen die niet op hypnose zijn gebaseerd: dit is ook te verwachten. Hypnotherapie is niet een andere vorm van therapie, als wel therapie met behulp van een andere relatie tot de cliënt die in een andere bewustzijns- of belevingswereld verkeert.
- 3.2 Deze inventaris leidt tot de volgende werkwijze: kunnen de klachten geherformuleerd worden als een probleem waarop één van de ons bekende strategieën een oplossing kan bieden? Ook deze pragmatische benadering is niet specifiek voor hypnotherapie.
- 3.3 Het herhaaldelijk vermelden van de relatieve afhankelijkheid van trancediepte geeft ook aan hoe hypnose het best kan gehanteerd worden: een additionele mogelijkheid voor therapie, met name bij personen die zich aangesproken voelen tot een bepaalde manier van hun klachten te vertalen of interesse hebben in het beleven van andere ervaringstoestanden.

Referenties

Assaglioli, R. 1965 Psychosynthesis
N.Y., Hobbs & Dorman

Carp, E.A.D.E. 1958 Psychocatharsis
Lochem, De Tijdstroom

Dengrove, E. (ed) 1976 Hypnosis and Behavior Therapy
Springfield, Ill. Thomas

Gardner, R. 1971 Therapeutic communication with children
N.Y., Science House

Haley, J. (ed) 1967 Advanced techniques in hypnosis and
therapy
N.Y., Grune and Stratton

Haley, J. 1963 Strategies of psychotherapy
N.Y., Grune and Stratton

Koster, S. 1947 Leerboek der hypnose
Amsterdam, Van Rossen

Leuner, H. 1969 Guided Affective Imagery
Am. J. Psychother, 23, 4 - 22

Miller, H.A., E. Gallanter & K.H. Pribrom 1960 Plans and the structure of behavior
London, Holt, Rinehart & Winston

Stokvis, B. 1953 Hypnose in de geneeskundige praktijk
Lochem, De Tijdstroom

Ter Horst, W. 1976 Reisdromen
T. Orthopedagogiek, 15, 467 - 485

Kees van der Velden

1. Inleiding

Mensen die gesteld zijn op vriendschappelijke contacten, maar om welke reden dan ook er niet in slagen anderen te inspireren een dergelijke band met hen aan te gaan, willen weleens proberen de gewenste hartelijke verstandhouding middels klagen en chanteren tot stand te brengen.

Geheel ineffectief is deze aanpak niet.

Het mobiliseren van iemands schuldgevoel kan een goede manier zijn om bijv. de eenzaamheid te bestrijden, maar een neveneffect is helaas vaak dat degeen die de taak heeft de ongelukkige tot troost te dienen naast schuldgevoel ook ergernis en wrevel ontwikkelt.

Waar dit toe leidt is bekend.

Bezoeken worden uitgesteld, en als men er niet meer onderuit kan duren ze veel langer dan nog prettig kan wezen.

Een verloedering van de verstandhouding is vaak het gevolg.

In dit artikel wordt een procedure geschetst waarmee men kan proberen het kwaad af te wenden.

2. Voorbeeld

Mevrouw Ginjaar is drieënvijftig en eenzaam. Vanwege een hysterische verlamming aan het rechterbeen heeft ze een rolstoel en een aangepaste woning. Via de diaconie, de sociale dienst en een organisatie die de belangen van lichamelijk gehandicapten behartigt is ze erin geslaagd een redelijk comfortabel leven op te bouwen. Maar ze is niet tevreden. Ze wil gezinsverzorging.

In plaats daarvan krijgt ze 'gesprekken' aangeboden.

Deze vult ze met klagen en ageren.

De maatschappelijk werkster krijgt het er na enige tijd benauwd van, tracht mevrouw Ginjaar te confronteren met 'wat zeeigenlijk doet', en als dat niet helpt gaat ze de bezoeken aan haar cliënte uitstellen.

Ze slaagt erin nu slechts eenmaal per week een huisbezoek bij mevrouw Ginjaar af te leggen, zij het dat dit bezoek altijd aanzienlijk langer duurt dan gepland was, en zij het dat de maatschappelijk werkster zowel ervoor als erna ziek is.

Zij brengt het probleem in een consultatiebespreking. Daar wordt het

volgende afgesproken:

- Ze zal mevrouw Ginjaar driemaal per week bezoeken.
- Deze bezoeken zullen niet langer duren dan een kwartier. Mevrouw Ginjaar zal gevraagd worden de tijd exact in de gaten te houden. Motto: 'U spreekt dermate boeiend dat ik mijn besef van tijd welhaast vergeet. Houdt U de tijd alstublieft bij, opdat niet de ernstige reumapatiënt die ik na U bezoeken moet onder mijn onnauwkeurigheid lijdt.'
- De bezoeken worden op ongebruikelijke tijden gepland. Halfacht des morgens is bijv. een geschikt tijdstip, wanneer mevrouw juist doende is te ontwaken. Of woensdag halfelf, wanneer mevrouw juist een tom-pouce wil nuttigen met de wijkpredikant.
- Ze zal mevrouw Ginjaar niet meer bemoedigen doch alleen nog beklagen.

Zo gezegd zo gedaan.

Enkele weken later rapporteert de maatschappelijk werkster dat mevrouw tegenover haar niet meer klaagt, precies de tijd in de gaten houdt, en dat zij een 'groot respect' voor mevrouw Ginjaar heeft ontwikkeld. Mevrouw had haar op de hoogte gebracht van haar deplorabele levensgeschiedenis en de alles bijeen toch ferme manier waarop zij getracht had er het beste van te maken.

Een halfjaar later is het aantal bezoeken tot de helft teruggebracht zonder dat het klaaggedrag hierdoor is toegenomen.

3. *Replicatie*

Annie en Piet, beiden studenten, zijn in behandeling wegens sexuele moeilijkheden. Annie vindt er weinig aan en vindt juist dat ze er veel aan zou moeten vinden. Als dit probleem enigszins is opgelost komt Annie's gebondenheid aan moeder ter sprake; die verhindert dat de jongelui wat een eigen leven genoemd wordt op kunnen bouwen. Annie's moeder is achtenvijftig, zeer gesteld op verzorging en kleine attenties, en een jaar geleden in de steek gelaten door haar echtgenoot. Sindsdien eist moeder Annie's wrevelige aandacht op.

Het paar heeft moeder erop gewezen dat het recht heeft op zelfstandigheid e.d., maar moeder heeft altijd wel klachten die de zo gewenste losmaking in de weg staan.

De therapeut spreekt af dat het paar moeder zal gaan verwennen. Halfdrie des nachts zal Annie moeder bellen en vragen: 'Hoe gaat het? Ik wil even weten hoe het met U gaat.' Piet zal moeder bloemen sturen met op het kaartje de tekst 'Omdat U zo een fijne schoonmoeder bent'. Ook

zal er onverwachts langs gegaan worden, speciaal op momenten waarop de kans bestaat dat moeder zich juist vermeit met de organist die een oogje op haar heeft.

Het kost enige moeite Annie en Piet ervan te overtuigen dat de voorgestelde handelwijze niet onoirbaar is, maar dat het, integendeel juist onoirbaar zou zijn om voort te gaan op de weg die reeds voor zoveel displezier heeft gezorgd.

Het paar gaat akkoord.

Reeds na korte tijd geeft moeder aan het prettig te vinden meer met rust gelaten te worden.

4. *Variant*

Mario is een zeventienjarige Portugese jongen met vele nerveuze klachten, waaronder tremores, hyperventileren en de vrees om gek te worden.

Mario spreekt uitstekend Nederlands, in tegenstelling tot zijn familie.

In de contacten van het gezin met de buitenwereld speelt hij een heel belangrijke rol, maar in het gezin zelf wordt hij als een kleine jongen behandeld. Hij mag zowat niets en het lijkt wel of de ouders van oordeel zijn dat elke schrede die 's avonds na negenen op straat gezet wordt rechtstreeks tot de gevaarlijke wereld van hoererij, goklust, verslaving en geweld voert. Terwijl Mario juist een keurig iemand is.

Het congruent aan de orde stellen van dit meningsverschil leidde totnogtoe uitsluitend tot een pak rammel door vader. Negen uur thuis, vindt vader. Mario is dan ook nooit een seconde voor negenen binnen.

De therapeut stelt met Mario een rooster van thuiskom-tijden op.

De ene keer zal hij de woning niet eens verlaten, de volgende dag komt hij om halfacht thuis ('Er was niets aan buiten'), de dag erna stapt hij om halftien binnen en weer later is het kwart voor negen. Ook dagen dat het tien uur wordt komen voor.

De ouders reageren verrast. Het aardige, van waardering voor thuis blijkgevend gedrag van hun zoon verhindert hen commentaar te hebben op het feit dat hij zo nu en dan blijkbaar zin heeft wat langer weg te blijven. Ook in andere opzichten gaat het de ouders gemakkelijker vallen Mario zijn eigen weg te laten gaan.

5. *Aanvulling*

1. De hier geschetste aanpak werd nog een aantal malen uitgevoerd.

Rapportage over de resultaten volgt later.

2. De onder 3 beschreven therapie werd uitgevoerd door Anje Valkenburg; de bij 4 aangeduide behandeling door Frank Habekotté. In beide the-

rapieën werd natuurlijk heel wat meer gedaan dan hier werd aangegeven.

6. *Discussie*

1. De beschreven aanpak heeft als voornaamste doel om op een elegante wijze uit de hand gelopen contacten in goede banen te leiden. Als het goed is worden diverse vicieuze cirkels ermee doorbroken:
 - het is niet meer de klager die het initiatief neemt tot contact maar de trooster;
 - het blijkt volstrekt overbodig om ter wille van de voortdoring van het contact te blijven klagen - zonder klagen gebeurt dit ook wel;
 - doordat de trooster de klager frequent opzoekt heeft hij minder last van schuldgevoel; doordat hij maar kort blijft heeft hij minder last van ergernis;
 - de afwezigheid van schuldgevoel en ergernis maken het mogelijk enige hartelijkheid aan den dag te leggen; kennelijk wordt dit door de klager geapprecieerd.

2. Bij de drie beschreven gevallen was het steeds zo dat alle betrokkenen van de oplossing profiteerden, dus niet alleen degenen die zich 'los wilden maken'. Men zou een dergelijke aanpak toch moeten overwegen voor men de cliënt aanbeveelt zich assertiever of zoiets op te stellen. Assertief optreden leidt als regel waarschijnlijk wel tot meer levensvreugde voor degenen die dit kan, maar voor hen die er het slachtoffer van worden is het minder leuk. Ik schreef hier al over.

3. Die 'ongelegen tijden', zijn die essentieel? Ik betwijfel het. Waarschijnlijk wordt er met 'frequent en kort' al voldoende gesaneerd. Het 'ongelegen-tijden'-aspect spreekt vermoedelijk vooral cliënten aan die zich wild ergeren aan de klager en zichzelf een wraakoefening durven toestaan. Meer ethisch ingestelde cliënten zullen ontkennen dat er bij hen van enige behoefte aan wraak sprake is; bij hen zal de toevoeging dat de bezoeken op ongelegen tijden afgelegd dienen te worden tot een verhoogde weerstand tegen het uitvoeren van de opdracht leiden.

4. Het is natuurlijk essentieel dat het advies gegeven wordt buiten medeweten van de klager. Wie hier bezwaar tegen heeft kan met deze aanpak niets beginnen.

1. Inleiding

In dit artikel worden twee verschillende therapieën bij twee verschillende mensen beschreven. De eerste betreft een slaaptherapie, de tweede heeft betrekking op een sexuele dysfunctie. De twee therapieën vonden in dezelfde periode plaats, en de cliënten waren partners in een vaste relatie.

In de volgende paragraaf wordt uiteengezet hoe de respektievelijke aanmeldingen tot stand kwamen en verliepen. In paragraaf 3. worden de slaapproblemen van Huib en de behandeling daarvan beschreven. In paragraaf 4. komen de seksuele problemen van Paul aan bod. In de discussie, tenslotte, wordt onder meer ingegaan op de vraag of relatietherapie niet geïndiceerd was geweest in plaats van twee aparte therapieën door twee verschillende therapeuten.

2. De aanmeldingen

Huib, zangleraar (ongeveer 50 jaar oud) had zich telefonisch aangemeld wegens ernstige slaapstoornissen, waarvan hij al vanaf zijn jeugd veel last had. Hij slikte meestal 6 tabletten Dormopan en dronk enkele glazen wijn, waarop hij dan enkele uren per nacht kon slapen. Hij was aan de telefoon zeer opgewonden en vroeg of de behandeling snel kon starten. Hij beschouwde dit als een laatste redmiddel.

Bij navraag door de therapeut bleek hij samen te wonen met Paul, een tien jaar oudere boekhouder. De relatie met Paul was volgens Huib uitstekend en had niets met zijn klacht te maken.

De therapeut, die dacht aan een snelle symptoomgerichte therapie, stelde daarop voor om één taxatiegesprek te hebben waarbij Huib alléén zou komen. Het doel van dit gesprek zou zijn te onderzoeken in hoeverre een zeer korte therapie kans van slagen zou hebben.

Als de problemen daarvoor echter te complex zouden lijken dan zou wegens tijdgebrek enige maanden uitstel, of doorverwijzen, noodzakelijk zijn.

In het taxatiegesprek werd de aanmeldingsklacht verder gepreciseerd. Vanaf zijn 16e jaar slikte Huib al slaaptabletten. De laatste 10 jaar waren daar ook nog 3 tabletten Temesta per dag bij gekomen. De pillen werden hem verstrekt door een zenuwarts bij wie hij enige tijd in behandeling was geweest. Hij had allerlei therapieën geprobeerd, o.a. bij een instituut voor slapeloosheid. Niets werkte bij hem. Ontspanningsoefeningen sloegen niet aan; van yoga werd hij niet rustig. Hij omschreef zichzelf als voortdurend gespannen, hetgeen bevestigd werd door zijn ietwat gejaagde en gedreven manier van praten.

Door het vragen naar andere klachten kwam naar voren dat Huib zeer dwangmatig en angstig reageerde op geluiden van buitenaf. Wanneer hij van zijn werk naar huis reed maakte hij zich al zorgen en raakte hij al gespannen door de gedachte aan de geluiden die zijn burens zouden kunnen maken die avond. Hij gaf zelf aan dat deze geluiden helemaal niet extreem waren. Zijn burens waren eerder als rustig dan als lawaaiig te betitelen. Ieder geluid van zijn bovenbuurman, al was het nog zo zacht (kopjes neerzetten, TV, radio, etc.) maakte hem enorm gespannen en had tot gevolg dat hij zich op niets anders kon concentreren. Zelf lekker een boek lezen of TV kijken was er niet bij. Deze klacht was ongeveer 10 jaar geleden ontstaan nadat hij van een heel stil afgelegen huis was verhuisd naar een huis waarin de burens extreem veel lawaai maakten. Het idee 'ik heb recht op stilte' werd in die tijd dermate een obsessie voor hem, dat hij ook later, nadat hij verhuisd was naar zijn huidige woning, van ieder extern geluid last had. De differentiatie 'intern' versus 'extern' is belangrijk. Van geluiden die hij zelf produceerde of onder controle had, had hij geen last. Dat gold ook voor de geluiden die door zijn vriend Paul veroorzaakt werden.

Sexualiteit vormde een derde probleemgebied. Huib en Paul waren beiden homosexueel, maar hadden geen sexuele verhouding. Volgens Huib kwam dat doordat Paul al meer dan 10 jaar impotent was, waarvoor hij jarenlang een analytische behandeling had ondergaan. Huib ging wel af en toe 'vreemd', maar dat gebeurde naar zijn zeggen te weinig om de lacune in zijn sexuele leven op te vullen. Hij had daardoor een min of meer constante sexuele spanning. Masturbatie vond hij niet bevredigend. Het gaf hem een gevoel van surrogaat en walging.

Het speet hem dat hij niet gemakkelijker andere mannen kon versieren, waardoor dat probleem minder zou zijn. Anderzijds vond hij het toch ook moeilijk jegens Paul, die hij niet wilde kwetsen, als er eens wél sprake was van een sexuele affaire met een andere man. Hij vertelde dat dan ook niet aan Paul, hoewel deze altijd gezegd had hem hierin volledig te begrijpen. Hij vroeg zich nu af of hij niet altijd opener had moeten zijn.

Hoewel de sexualiteit niet een direkt aanwijsbare invloed op de slapeloosheid en de geluidsfobie uitoefende, leek het de therapeut verstandig om te trachten iets meer aan de weet te komen over de verhouding van Huib en Paul. Het zou toch kunnen zijn dat er meer spanningsvelden in die verhouding waren, waaraan aandacht geschonken zou moeten worden. Hij stelde daarom voor om een tweede taxatie-gesprek te hebben, waarbij Paul aanwezig zou zijn. Huib sputterde eerst wat tegen omdat hij bang was dan 'open kaart te moeten spelen'; hij zou het incidentele vreemd gaan dan niet kunnen verzwijgen. De therapeut verzekerde hem dat hij Huib zeker niet onder druk zou zetten om privé gegevens uit hun verhouding te onthullen als Huib daar vanuit zichzelf niet aan toe was. Hij liet Huib ook weten veel respect te hebben voor de moeite die deze steeds had genomen om Paul in dit opzicht niet te kwetsen. In het tweede gesprek zou vreemd gaan dan ook helemaal niet ter sprake hoeven te komen.

Het tweede gesprek werd door de therapeut ingeleid met een korte samenvatting van het vorige gesprek. Opvallend was hoe breedspakig en gespannen Huib opnieuw zijn eigen klachten met betrekking tot geluiden en slapen naar voren bracht. Daarna werd de aandacht gericht op de verhouding tussen Huib en Paul. Paul bevestigde wat Huib al eerder had verteld. Zij hielden veel van elkaar; konden prima met elkaar opschieten; hadden weinig ruzie. Het enige probleem was de sexualiteit. Paul bevestigde dat hij al heel erg lang impotent was, met iedereen. Dat was een probleem waar hij persoonlijk erg onder leed en dolgraag vanaf wilde. Het had echter weinig met Huib te maken, want zelfs als hij potent zou zijn, zou hij niet in Huib geïnteresseerd zijn. Zij waren geen ideale partners voor elkaar, allebei het passieve type, aldus zowel Huib als Paul. Toen ze elkaar leerden kennen waren ze wel verliefd op elkaar geweest, maar sexueel waren ze al heel gauw, vooral Paul, op elkaar afgeknapt.

De therapeut informeerde of ze wel met elkaar vrijden in de ruimere zin van strelen, aaien, etc. Dat gebeurde wel en werd als positief, intiem, ervaren. Hoewel Huib dat wel prettig zou vinden leidde het strelen er nooit toe dat Paul hem bevredigde. Paul verklaarde dit door zijn angst om gekonfronteerd te worden met zijn eigen falen. Hij zou bij Huib de wens voelen dat hij (Paul) ook een erektie zou krijgen. Hij zou het ook akelig vinden om Huib dan te kwetsen door geen erektie te krijgen.

Bij zijn samenvatting wees de therapeut erop dat zij misschien wel 'te goed' voor elkaar waren. Zij hielden erg veel rekening met de gevoelens van de ander. Hoewel dit zeer veel positieve kanten had, kon het wel zijn dat zij m.b.t. seksualiteit wat egoïstischer zouden mogen worden.

Deze kanttekening gaf aanleiding tot een discussie over het voorlopig behandelingskontrakt, die uitmondde in de volgende overeenkomst. Er zou een kortdurende intensieve therapie met Huib plaatsvinden waarbij rechtstreeks aan de geluidsfobie en de slapeloosheid gewerkt zou worden. Sexualiteit zou in principe buiten beschouwing blijven. Paul zou bij de zittingen niet aanwezig zijn, tenzij dat voor speciale doeleinden van belang zou worden. Als Huib binnen 10 zittingen zelf zou vinden dat hij van zijn klachten was genezen zou hij de therapeut geen financiële vergoeding betalen. Zou hij na 10 zittingen geen duidelijke verbetering konstatieren dan zou hij fl. 45 per zitting betalen (vgl. Erickson, 1971).

Toen het behandelingskontra kt naar ieders tevredenheid was geregeld vroeg Paul of zijn spanningsklachten niet ook in een nieuwe individuele therapie aangepakt konden worden. De therapeut zag daartoe in principe wel mogelijkheden, en beloofde hem een kollega te zoeken die daarmee snel een begin zou kunnen maken. Dat lukte, zodat de twee behandelingen in dezelfde periode plaatsvonden.

3. De behandeling van Huib

3.1. De eerste fase: 'trial and error' zoeken naar een geschikte behandelingsvorm

De derde zitting begon met een door Huib gegeven exposé over de treurigheid van zijn toestand; hij had weer heel veel pillen geslikt en was die dag daarover erg gedeprimeerd. Daar droeg ook de sex aan bij:

'ik heb nou eenmaal een paar keer per week een vent nodig', en 'jij bent een normale vent, daar kan ik me toch moeilijk tegen uiten' Het gesprek ging hierna vrij langdurig over sexualiteit; over masturbatie; over de ervaringen van de therapeut daarmee en over de manier waarop Huib ermee zou kunnen experimenteren. Hoewel het gesprek op dit moment duidelijk niet gericht was op het oplossen van problemen, maar meer op een gedachtenuitwisseling, mondde het toch uit in een advies. Huib zou de komende week erover denken hoe hij zijn eigen lichaam kon verwennen, plezier eraan beleven en stimuleren. Masturbatie was deze week verboden. Wel zou het kunnen zijn, dat hij al het gevoel zou krijgen dat hij dat graag zou willen, maar hij moest eerst zijn lichaam en geest de kans geven daaraan te wennen.

De reden van deze suggestieve en tegelijk judo-achtige opdracht was dat Huib een direkt op masturberen gericht advies zeker niet zou hebben geaccepteerd, terwijl het waarschijnlijk toch gunstig zou zijn geweest als hij in de toekomst wat soepeler in dit opzicht zou worden.

Er werd ook gepraat over de aanmeldingsklacht. Aangezien de slapeloosheid sterk verweven leek te zijn met de angst voor geluiden, stelde de therapeut voor om met dat laatste te beginnen. Hij dacht daarbij aan symptoomvoorschrijving en suggereerde de mogelijkheid van het inschakelen van de 'lawaaiige buurman'. Huib zou deze bijv. kunnen vragen om op bepaalde dagen extra veel lawaai te gaan maken. De gedachte hierachter was dat het door de buurman geproduceerde geluid dan van een andere orde zou worden. Het zouden geluiden zijn die indirekt onder controle van Huib vielen.

Huib leek erg weinig te voelen voor een dergelijke benadering. Hij zag tal van bezwaren. De therapeut besloot niet te proberen hem over te halen, maar in plaats daarvan te vragen de komende week daarover en over eventuele varianten na te denken.

In de vierde zitting bleek nog geen beslissing mogelijk. De buurman had in de afgelopen week zo een hels kabaal gemaakt, (een vriendin die met bassen en gitaren in de weer was had het huis wat opgevrolijk dat verheviging Huib onmogelijk leek.

Wel had hij zelf iets nieuws bedacht en al enkele nachten in praktijk gebracht. Op een cassetterecorder had hij fijne klassieke muziek opgenomen. Die draaide hij 's nachts in bed. Dat leidde hem een beetje af en hij had het idee dat hij dan toch wat gemakkelijker insliep. De therapeut prees hem voor zijn inventiviteit en fraaie analyse van het probleem, maar was toch bang dat hij hiermee niet werkelijk een knop in het problematische 'circuit' (vgl. Dick Oudshoorn, 1978) zou omdraaien. Het zou integendeel zijn angst voor niet inslapen en het waarnemen van andere geluiden benadrukken. De therapeut vroeg hem daarom om opnieuw te denken over het voorstel van de afgelopen week. Zou hij daar 'nee' tegen zeggen -en dat was zijn goed recht- dan zou een heel andere weg ingeslagen moeten worden. Dat zou een ietwat saai, langzaam pad van geleidelijke ontspanning moeten worden.

Er werd in deze zitting ook nog over masturbatie gepraat. Dit lag in het verlengde van datgene wat de week ervoor was besproken en had vooral betrekking op Huibs steeds terugkerende vraag: 'ben ik wel normaal in vergelijking met andere mensen?'. Evenals in de vorige zitting waren de reacties van de therapeut hierop vooral steunend en bevestigend. Het verbod op masturbatie bleef gehandhaafd met gelijksoortige suggesties als de week ervoor.

3.2. Aanpak met behulp van hypnose.

Bij het begin van de vijfde zitting vertelde Huib dat hij had gekozen voor de langzame methode. De therapeut probeerde zijn teleurstelling niet te laten blijken en verzekerde Huib dat het voor deze waarschijnlijk de beste keuze was. Bovendien werd besloten de 'langzame methode' te versnellen door hypnose toe te passen. Hoewel Huib had laten weten dat hij slecht hypnotiseerbaar was, wilde hij het toch graag proberen.

Als inductiemethode werd gekozen voor handlevitatie. De gekozen hand ging niet omhoog, waarop de therapeut verder ging met gevoelens van loomheid, zware ogen etc. en de hand weer lichter liet worden. Er leek sprake te zijn van een lichte trance, Huib was althans meer ontspannen dan onder andere omstandigheden.

In de rest van deze zitting en ook in zitting 6 en 7 werd getracht onder hypnose een programma van emotionele herprogrammering t.a.v. externe geluiden op gang te brengen. De bedoeling was dat Huib eerst zou oefenen met het oproepen en beschrijven van beelden waarin hij positief en ontspannen was.

Als dat tot intensieve gevoelens van ontspanning kon leiden zou hij gaan oefenen met het oproepen van de spanning die hoorde bij anticipatie op geluid, gevolgd door ontspanning door oproepen van de positieve gevoelens. Deze positieve gevoelens zouden bovendien gekoppeld worden aan een voorwerp.

Dit programma mislukte jammerlijk. Huib was inderdaad geen gemakkelijk persoon om te hypnotiseren, zeker niet voor deze therapeut die bij de aanvang aan een korte behandeling had gedacht. In de discussie zullen we hierop nog terug komen.

3.3 Een zwaar juk en herkodering van externe geluiden

In zitting 8 werd met wederzijdse overeenstemming afgestapt van de emotionele herprogrammering. Het werd steeds duidelijker dat een strikt congruente benadering bij Huib weinig kans van slagen had. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar door de gewoonte van Huib om met ellenlange in herhaling uitgesproken klaagverhalen over de miserabelheid van zijn toestanden aan te komen zetten, zodra de therapeut ook maar iets van optimisme in zijn stem liet doorklinken. Werd de therapeut daarentegen somber over de toestand en de haalbaarheid van de methode dan werd Huib opeens veel enthousiaster en zag hij het veel meer zitten.

Het grootste gedeelte van de zitting werd in beslag genomen door het tot in details afspreken van nieuw -op een juk- gebaseerd huiswerk. Dat bestond uit de volgende onderdelen:

- a. Elke avond, vanaf het moment dat hij thuis zou komen, totdat hij naar bed ging, zou hij alle geluiden in de huiskamer op een cassette-recorder opnemen.
- b. Om de dag zou hij bij het naar bed gaan de volgende regels hanteren: In bed zou hij tot tijdstip X (ong. 12.00 uur) gaan liggen lezen (wat hij altijd al deed), terwijl hij in de cassetterecorder een cassette liet spelen met de geluiden die hij die avond van zijn buurman had opgenomen.
- c. Na tijdstip X zou hij ophouden met lezen; drie kwartier op de klok letten (niet proberen in te slapen); na drie kwartier naar de woonkamer gaan en daar drie kwartier een cassette met opgenomen geluiden afdraaien; dan weer drie kwartier naar bed; etc. etc.
- d. 's Ochtends bij het opstaan zou hij ook de cassette spelen totdat hij naar zijn werk ging.
- e. Medicijnen konden gekontinueerd worden.

Het idee achter de opdrachten kan het best geïllustreerd worden aan de hand van 'het advies van de rabbijn'. Deze Poolse geestelijke werd gekonfronteerd met een zielig verhaal van een arme boer. De boer klaagde erover dat hij zo klein behuisd was, maar desalniettemin jaar in jaar uit kinderen kreeg. Daardoor was de ruimte voor iedereen nu zo gering geworden dat hij geen leven meer had. De rabbijn liet hem uitpraten en vroeg hem toen of hij genoeg schapen en geiten had en waar die bivakkeerden. De boer vertelde trots over zijn kleine veestapel die dag en nacht buiten vertoefde. Daarop adviseerde de rabbijn hem om al zijn schapen en geiten in zijn woonhuis onder te brengen. De boer sputterde begrijpelijkerwijs tegen: 'maar rabbijn, ik heb toch al gezegd dat ik zo weinig ruimte heb...'. De rabbijn glimlachte geheimzinnig en hield voet bij stuk: 'doe nu wat ik je zeg, je zult zien dat het heel belangrijk is'. De boer, die een grenzeloos vertrouwen in zijn rabbijn had (waar kom je dat tegenwoordig nog tegen?) haalde zijn schouders op, ging naar huis en verzamelde zijn vee in huis.

Enkele maanden later kwam hij weer bij de rabbijn. 'En hoe staat het ermee?' vroeg deze. 'Belabberd' antwoordde de boer: 'die beesten kakken mijn hele huis vol, overal waar je gaat staan of zitten ligt zo'n dier, wij hebben nu helemaal geen ruimte meer'. De rabbijn keek ernstig, bleef enige minuten stil en sprak de verlossende woorden: 'je kunt ze nu weer buiten stallen'. Lang voordat het begrip 'relatieve deprivatie' was uitgevonden maakte deze rabbijn er al gebruik van. De boer was nu gelukkig met de zee van ruimte die zijn huis hem op dit moment bood..

Bij Huib werd in zekere zin ook hierop gemikt. Door zichzelf voortdurend te tracteren op die 'geluiden van boven' zouden na het wegvallen van die opdracht de werkelijke geluiden van boven als kleine rimpeltjes beschouwd worden die in het niet vallen bij wat hij had doorstaan. Bovendien zou de koppeling van angst aan de geluiden afnemen doordat hij ze bij voortduring onder eigen controle opriep.

Voor de rationale van het 'niet-inslaap-advies' verwijzen wij naar Lange (1977a).

Het uitvoeren van de opdracht was niet zonder problemen geweest. De cassetterecorder was niet gevoelig genoeg geweest om de geluiden van de buurman te registreren. Daar was Huib begrijpelijkerwijs mee gestopt. Daardoor had hij ook niet goed geweten wat hij met de rest van de opdracht aan moest. Moest hij nu wel uit bed gaan of niet, na drie kwartier? Bovendien was er nog het 'oropax probleem'. Huib bleek, daar was nooit eerder over gepraat, gewend om met oropax in zijn oren te slapen. Daarzonder werd hij, als hij al sliep, van elk geluid van buiten wakker. Hij werd helemaal lyrisch toen hij over de kwaliteiten van deze roze wasdopjes vertelde.

De opdracht werd nu op een aantal punten bijgesteld:

- a. Huib zou elke avond goed opletten of hij geluiden (o a. muziek of praten, live of van radio of grammofoon) hoorde. Zodra dat het geval was zou hij de cassetterecorder aanzetten en de geluiden nabootsen. Aangezien hij zeer muzikaal was en het ook in de lijn van zijn beroep lag, zou het een uitdaging zijn om dat zo precies mogelijk te doen. Huib was niet bepaald enthousiast. Hij gruwde van het idee om de door hem verfoeide popmuziek die zijn buurman regelmatig draaide te moeten imiteren. Nadat de therapeut het belang ervan nog eens had onderstreept, beloofde hij echter zijn volledige inzet in deze.
- b. Op de 'drie kwartier avonden' zou hij geen oropax gebruiken. Hoewel hij ook daar begrijpelijkerwijs bezwaren tegen had, hield de therapeut -denkend aan de rabbijn en de boer- hier aan vast.

In de tiende zitting bleek dat er weer van alles fout was gelopen. In plaats van door te gaan totdat hij vanzelf zou inslapen, was hij na de tweede keer drie kwartier op te zijn geweest niet het bed uitgegaan, ook niet als hij na drie kwartier nog wakker was. Daarentegen had hij zijn programma wel verzwaard door het niet om en om te doen, zoals afgesproken en ook schriftelijk vastgelegd, maar had het vijf nachten achter elkaar gedaan. Hiervan was hij naar zijn zeggen volledig uitgeput. Een derde wijziging was het gevolg van het feit dat Huib had gemerkt dat hij op veel avonden helemaal niks hoorde van zijn buurman. Daardoor was hij bang geworden zijn 'bandje' niet vol te krijgen en had besloten om op dat soort avonden dan maar muziek op te nemen van het type waarvan zijn buurman hield. Dan had hij toch tapes om in bed af te draaien.

10.64

De therapeut prees hem om zijn inzet, waarna een evaluatie van de therapie plaats vond. Per slot van rekening was dit de tiende van de afgesproken 10 zittingen. Huib vond het moeilijk een oordeel te geven. Hij had het idee dat het wel zinnig was om er hard aan te werken, maar had nog niet veel vooruitgang bespeurd; in ieder geval niet met betrekking tot het slapen. Wel was hij wat minder gespannen van de geluiden van de buurman. De therapeut was het helemaal met Huib eens en hoopte dat het nu mogelijk zou zijn om enkele weken achter elkaar het programma precies zoals afgesproken was, uit te voeren. Dat zou gebeuren.

Zitting 11 werd ingeleid met een exposé van de doffe ellende, die Huib had doorgemaakt door het -inderdaad- precies opvolgen van de instructies. Hij had nachten wakker gelegen. In 'de andere nachten' was hij herhaaldelijk wakker geschrokken doordat hij geen Oropax in had. Wel bleek dat hij op eigen houtje de dosering in medicijnen had vermindert en dat hij nauwelijks last had gehad van geluiden van boven. De therapeut vroeg wat voor conclusies Huib zelf trok en hoe hij wenste verder te gaan. Huib stelde voor om te stoppen met de 'drie kwartier nachten' en in plaats daarvan in bed te trachten te ontspannen en aan fijne dingen te denken. De therapeut was het niet met hem eens en overtuigde hem dat het nodig was het programma voort te zetten. Wel stond hij hem toe om de oropax weer in volle glorie te herstellen. Een andere wijziging betrof het opnemen van de geluiden. Dit zou in de komende periode niet elke avond gebeuren, maar om-en-om. De rationale hiervan was dat hij dan kon beoordelen hoeveel last hij had van de buurgeluiden als hij niet hoefde op te nemen.

3.4 Afsluiting van de behandeling

In zitting 12 bleek dat Huib het huiswerk exact had uitgevoerd, en voor het eerst tevreden was. Het om-en-om opnemen was niet goed gelukt omdat de buurman veel was weg geweest, maar hij had gemerkt dat hij weinig spanning meer kreeg van die geluiden. Hij hoopte dat dat ook zou zijn met nieuwe geluiden, die in de zomer (veel open ramen en zo) zouden kunnen opduiken.

De therapeut adviseerde hem wanneer dat nodig was zijn eigen programma te maken; nieuwe geluiden niet proberen te vermijden maar juist opzoeken, opnemen en afdraaien.

Tijdens de 'drie kwartier nachten' moest hij er minder vaak uit. Na 1 of 2 keer opstaan, sliep hij vanzelf in. In de andere nachten sliep hij meestal al om half twee in (erg vroeg voor hem). Dit alles terwijl hij van 6 tabletten Dormopan teruggegaan was naar 2 tabletten. Ook met Temesta was hij aan het minderen geslagen van drie naar twee. Afgesproken werd om elkaar pas na 1 maand weer te zien. In de tussentijd zou Huib doorgaan met het programma en het waar nodig aanpassen aan situaties die nieuwe eisen zouden stellen. Aangezien de therapie niet binnen 10 zittingen succes had opgeleverd stond Huib erop te betalen. De therapeut ging hiermee akkoord.

Een week voorafgaand aan de afspraak voor de volgende bijeenkomst belde Huib op. Hij had voor langere tijd een 'schnabbel' in een andere stad, waardoor de afspraak voorlopig niet kon doorgaan. Het ging, naar zijn zeggen, erg goed met hem. Hij was door een diep dal gegaan, maar merkte nu dat dat toch vruchten afwierp. Na drie maanden, wanneer de therapeut op zijn beurt weer terug zou zijn, zou Huib contact opnemen voor een nieuwe (follow-up) afspraak. Aangezien deze periode nog niet om is, kunnen wij over de resultaten daarvan nog niet rapporteren.

4. De behandeling van Paul

4.1 De eerste vier gesprekken (taxatie)

De voornaamste klacht die Paul in het eerste gesprek naar voren bracht was zijn impotentie. Als jongetje was hij bij spelletjes niet impotent. Pas bij zijn eerste homofiele contact op 17jarige leeftijd waren deze impotentieklachten ontstaan. Niettemin had hij sexuele contacten gehad, óók met anderen dan Huib tijdens de perioden van samenwonen. Dit had hij nooit aan Huib verteld.

66
~~72~~.

Tot anderhalf jaar geleden had hij kontakten met jongens van het Rembrandtplein, waarbij hij actieve sexuele toenadering van deze jonge prostituées niet kon velen. Zijn wens was om 'zich óver te geven', 'echt' te neuken en zich daarbij emotioneel te uiten. Hij schaamde zich dat hij niet klaar kon komen en ook was hij bang om overweldigd te worden. In de angst om overweldigd te worden, herkende hij de angst voor zijn geweldadige stiefvader. Ook bij zelfbevrediging lukte het meestal niet om een erectie te krijgen. Hij deed daar ook de laatste jaren nauwelijks meer aan.

Voor de impotentieklachten is hij bij vele psychiaters in behandeling geweest, waaronder een 4 jaar durende psychoanalyse.

Zijn tweede klacht had betrekking op zijn voortdurende nervositeit. Een gevolg van zijn angst om 'niet op tijd klaar te zijn' met zijn huishoudelijke taken. Hij had altijd in een snel tempo en accuraat gewerkt. Dit laatste en zijn onvermogen opdrachten even te laten wachten, hadden hem genoodzaakt zijn werk als boekhouder neer te leggen. Hij was dan ook al sedert 4 jaren in de W.A.O.

Het voortdurend bezig zijn met sex ervaaarde hij als een obsessie en een probleem. Tenslotte wilde hij graag stoppen met het medicijnengebruik. Hij gebruikte per dag 2 Temesta à 2,5 mg en 1 Mutabon F (antidepressivum + anxiolyticum). Vanwege de geofende klagende verteltrant van Paul, dacht de therapeut al direkt aan een 'zware monitoringsopdracht' en symptoomvoorschrijven. Temeer daar in het verleden jarenlange gesprekstherapie weinig succes had gehad.

Paul kreeg de opdracht om steeds als hij gespannen was, zijn gevoelens 5 minuten lang op te schrijven. De motivering was dat hij de bronnen van zijn nervositeit en spanning goed moest leren kennen en onderscheiden.

Aan het slot van de eerste zitting vroeg Paul hoe lang de behandeling zou gaan duren. De therapeut zei hem dat zij dacht aan een 15-tal zittingen.

Tijdens de tweede zitting bleek dat Paul ook fobische klachten had: in winkels voelde hij zich vaak opgesloten en vaak was hij bang om flauw te vallen in uitgaansgelegenheden. Dit laatste was éénmaal gebeurd.

67

Ook kon hij ergernissen heel moeilijk uiten. Besproken werd wat hem sexueel opwond en welke attributen hij bij auto-stimulatie kon gebruiken. Die week was hij tweemaal naar een peep-show geweest. Paul kreeg als opdracht om een bezoek te brengen aan de peep-show en dan een erectie te vermijden. De therapeut besloot om met symptoomvoorschrijven aan de impotentieklachten te gaan werken en tijdens de therapie, op congruente wijze veel aandacht te besteden aan de andere klachten. De schrijfoopdracht, ofwel 'zware monitoring' werd gecontinueerd. Over zijn medicijngebruik werd gesproken en besloten dat de Mutabon F vervangen zou worden door Mutabon D. (Na een week werd ook daarmee gestopt).

In de derde zitting vertelde Paul dat hij tijdens het bezoek aan de peep-show het begin van een erectie had gehad. Hij vond dat hij diep gezonken was met zijn sexuele geneigdheden. Hij was ook bang dat anderen dit van hem vonden. De therapeut schetste twee mogelijkheden om aan dit probleem te werken: ten eerste het accepteren van zijn grote sexuele belangstelling en ervan te genieten, ten tweede het afleren van deze preoccupatie. Zelf noemde Paul nog een derde mogelijkheid: als hij een vaste bedvriend zou hebben zou zijn obsessie vanzelf verdwijnen. De therapeut vroeg Paul wat hij zich voorstelde bij 'keurige' sex. Hij bleek hierover ronduit Victoriaanse ideeën te hebben. Omdat de therapeut veronderstelde dat zijn schaamte over zijn sexuele behoeften hem hinderde bij sex te genieten, werd besproken wat Pauls ideeën waren over mooi en behoorlijk sexueel verkeer. Hij vond dat sex teder, lief, mooi, éénworden en een climax in hoogtepunt moest zijn. Belangrijk vond hij het daarna laten voelen hoe fijn je het hebt gevonden. We bespraken enkele gedragingen van hemzelf en de therapeut liet Paul weten dat ze hem eigenlijk 'een heer in het sexuele verkeer' vond. Naar aanleiding van de ingevulde klachtenlijst werd Pauls gebrek aan assertiviteit als werkpunt naar voren gebracht en besproken. Paul kreeg als opdracht alle besproken en onbesproken klachten in volgorde van belangrijkheid op te schrijven. De schrijfoopdracht werd gecontinueerd.

68
14

Als sexopdrachten kreeg Paul: een avond fijn sexueel met zichzelf bezig te zijn zónder erectie en vrijen met een jongen zónder erectie te krijgen. Vantevoren is besproken hóe dit aan de betreffende prostitué te verkopen, hetgeen óók een invoegende funktie had.

In de vierde zitting vertelde Paul dat tijdens het vrijen met de jóngen zijn erectie werd verstoord doordat de jongen klaarkwam. De therapeut benadrukte nogmaals, ietwat somber, het grote belang van het vermijden van de erectie. Zeer ontevreden over zijn prestatie vertelde Paul de autostimulatie slechts 5 minuten te hebben volgehouden. Hij had geen zin meer. Volgens het principe van de kleine stap gaf de therapeut hem hierop als opdracht voor de volgende week de autostimulatie uit te breiden naar 6 minuten. Ook het andere huiswerk had Paul zeer serieus gedaan. Zijn klachten in volgorde van belangrijkheid waren:

1. impotentie a. bij jongens
b. bij zelfbevrediging.
2. rusteloosheid en spanning bij verplichtingen, faalangst en gebrek aan zelfvertrouwen.
3. schaamtegevoelens a. over impotentie
b. over fantasieën en sexueel gedrag
c. over afkomst.
4. moeite met het uiten van wensen t.a.v. anderen.
moeite met het uiten van irritaties, uit angst dat de mensen kwaad op hem werden.

Lichamelijk had hij zich die week erg rot gevoeld, maar hij weet dat niet langer aan het stoppen met de medicijnen, nadat de therapeut hem de vorige zitting ervan op de hoogte had gebracht dat het zéér onwaarschijnlijk was dat het stoppen op zo'n korte termijn al gevolgen zou hebben (Repertorium Verpakte Geneesmiddelen).

Vanaf de derde zitting tot de laatste zitting kreeg Paul als 'zware monitoringsopdracht': drie maal per dág op een vast tijdstip een spanningsscore noteren en bij scores boven de 6 (0-10 schaal) gevoelens en verklaringen hiervoor te noteren. In het behandelingskontraakt werd vastgelegd dat aan de klachten zou worden gewerkt in volgorde van de aangegeven belangrijkheid.

4.2 Evaluatie van de eerste vier zittingen

Uit voorgaande bleek dat er sprake was van een uitgebreide hoeveelheid klachten. De benadering daarvan bestond uit een mengeling van judo en congruente technieken. Het was voor Paul altijd erg belonend geweest om uitvoerig over zijn klachten en stemmingen te praten. Als de therapeut een optimistisch geluid liet horen als: de spanningsscores werden toch minder hoog en de lichamelijke klachten verminderden, dan was dit voor Paul steeds een aanleiding om nogmaals uit te weiden over zijn twijfel of hij ooit nog zou genezen en over zijn beklagenswaardige toestand. Dit was de reden dat de therapeut besloot om de impotentieklachten en de faalangst met veel judo en symptoomvoorschrijven te behandelen. Ook paste hierbij het zware juk: één of twee zware monitoringsopdrachten en gemiddeld twee actieopdrachten; autostimulatie en sexkontakt. Het huiswerk viel Paul dan ook zeer zwaar, hij klaagde steen en been. De therapeut reageerde hier steeds met veel begrip op; ze had veel respect voor het doorzettingsvermogen van Paul. Echter: 'minder huiswerk had geen zin, als het hem teveel werd dan moesten we misschien de frequentie van de zittingen verminderen'. Daar voelde Paul weinig voor en op deze wijze moest hij zijn beloning, het praten over zijn klachten, dus steeds verdienen.

Tijdens de zittingen bleef Paul er ook over klagen dat hij weerstand voelde t.a.v. de therapie. Ook hier ging de therapeut niet trekken, maar gaf mee: 'het is een heel begrijpelijke en gezonde reserve tegen verandering'.

Aan de schaamtegevoelens werd in eerste instantie congruent gewerkt. Pauls attitudes tegenover sex werden emotioneel en rationeel besproken, waarbij de therapeut fungeerde als een model voor vrijere attitudes t.a.v. sexuele behoeften en gedragingen. Dit laatste moge blijken uit een kort citaat uit zijn spanningslijst:

'heb wel het idee dat ik haar alles kan zeggen. Ook dat ik mijn verlangens naar jongens, die ik toch zelf veroordeel, kan uiten en, belangrijker nog, dat ik weet dat ze me hierom niet veroordeelt, maar het integendeel gewoon vindt. Zo ver ben ik nog niet'.

4.3 De volgende drie zittingen; 5,6 en 7. 16.78

In de komende drie zittingen 5,6 en 7 bleef steeds hetzelfde huiswerk gehandhaafd. Elke week autostimulatie, vrijen met een jongen zonder erectie en de spanningslijst. Naast de bespreking van de ervaringen bij het huiswerk kwam het accent te liggen op het zoeken van de spanningsbronnen: spanning als hij zich ergerde of anderszins zijn gevoel niet kon uiten en spanning als hij iets moest doen waar hij geen zin in had. Hoewel hij dit aanvankelijk ontkende bleek de meeste spanning door opgekropte gevoelens thuis veroorzaakt te worden. De therapeut ging mee met de ontkenning van deze belangrijke spanningsbron en liet Paul zijn aandacht richten op irritaties buitenshuis, hetgeen voor hem minder bedreigend was. Buitenshuis bleek Paul eigenlijk maar over twee gedragsalternatieven te beschikken bij ergernissen. Of hij zei niets of hij schold de bewuste mensen onbeheerst en ongeremd als een viswijf uit. Dit laatste verergerde weer zijn schaamtegevoel over zijn, kennelijk niet te verhullen, 'lage afkomst'. Afgesproken werd het vergroten van de assertiviteit als werkpunt aan te vatten. Paul kreeg als opdracht als hij zich ergerde, over de situatie waarin hij zich ergerde na te denken en zijn ergernis niet te uiten. (hij uitte immers zijn ergernis steeds nauwelijks). De therapeut koos voor deze vage opdracht met symptoomvoorschrijving om Paul tot piekeren aan te zetten zonder hem de gelegenheid te geven zijn irritatie halfslachtig te uiten of van zich af te schrijven.

In de zesde zitting werd een aanvang gemaakt met de assertiviteits-training in de vorm van rollenspelen. Tijdens de zitting vertelde Paul dat hij heel fijn drie kwartier zonder erectie met een jongen, Hans, gevrijd had. Hij kon zich erg goed overgeven en heel ontspannen aangeven wat hij lekker vond. We bespraken en oefenden hoe hij met een smoes ook de volgende keer zonder erectie met hem zou kunnen vrijen. Alle opdrachten bleven gehandhaafd. Irritaties en uitingen daarvan zouden deze week worden opgeschreven. Het tweede contact met Hans was zo mogelijk nog plezieriger verlopen dan het eerste contact. Paul had het begin van een erectie gehad en zonder dat hij iets had gedaan of had beseft wat er gebeurde was hij plotseling vanzelf klaargekomen. Hij had in alle opzichten genoten, maar voelde zich wel schuldig over het klaarkomen! Uit de spanningslijst van die week bleek dat hij verliefd was, hij verlangde voortdurend naar Hans maar was erg bang zich emotioneel te binden.

De autostimulatie vond hij nog maar surrogaat. Omdat het Paul ergerde dat hij steeds tegen Hans loog, spraken we af dat hij eerlijk over zijn impotentieklachten met Hans zou praten. Paul vroeg zich wanhopig af hoe hij dat dan moest doen. De therapeut vroeg hem daar zelf een oplossing voor te verzinnen. Het doel hiervan was zijn zelfstandigheid en zijn probleemoplossend vermogen in het 'transfer of change' stadium te vergroten.

Tijdens de zevende zitting werden rollenspelen gedaan met 'Huib', naar aanleiding van de irritaties die Paul thuis voelde. De beide partners leken een 'wedstrijd wie voelt zich het miserabelst' te doen. Hoewel de oorzaak en aard van hun klachten erg verschillend waren, bestonden er veel overeenkomsten in hun manieren van omgaan met hun problemen. Beiden waren ze verslaafd aan psychofarmaca, waarbij Huib dan ook nog slaapmiddelen gebruikte. Ze hadden hier allebei een hekel aan en vertoonden een gelijke reactie op vermindering van medicijnen: een misselijk gevoel tot braakneigingen toe. Deze verschijnselen traden al op bij zeer geringe veranderingen in het medicijngebruik. Paul uitte zijn bezorgdheid om Huib door maar heel weinig van hem te eisen. Zo zou hij bijvoorbeeld erg graag gewild hebben dat Huib eens kookte. Hij vond echter dat Huib het al zo moeilijk had, dat hij dat niet van hem kon vragen. Ook vermeed hij Huib te laten merken dat hij zich niet goed voelde. Dan raakte Huib immers ook maar dieper in de put. Paul was erg gemotiveerd om met de medicijnen te stoppen. Hij dorst zijn pogingen echter niet aan Huib te vertellen omdat die hem zéker gewoontegetrouw zou verklaren 'dat hij toch ècht iets moest némen' als hij zich rot voelde en dat zijn pogingen om te stoppen gedoemd waren te mislukken. Dit interactiepatroon had tot gevolg dat Paul voortdurend zijn verdriet en andere gevoelens onderdrukte om Huib niet ongerust te maken. Huib op zijn beurt reageerde wel op de nonverbale seintjes van Paul, waarmee deze uitdrukking gaf aan zijn gespannenheid. Dit gaf dan aanleiding tot discussie over de kans van slagen van de therapie en de noodzaak van de pil. Het lag in de bedoeling van de therapeut dit patroon te doorbreken. In rollenspelen werd Paul geleerd rechtstreeks zijn gevoelens en wensen te uiten. De nadruk lag op het niet vervallen in discussies en het blijven bij het 'hier en nu'. Verder besloot de therapeut de faalangst en de spanning om huishoudelijke taken indirekter aan te pakken. Paul kreeg als opdracht om alle huishoudelijke taken alleen te doen en daarbij goed te letten op de ervaring.

Dit was bedoeld als een soortgelijke interventie als 'het advies van de rabbijn' (par.3.3). In combinatie met de rollenspelen leidde de opdracht echter tot huiselijke onenigheid.

4.4 Zitting 8,9 en 10

Paul had vlak na de zevende zitting een gesprek met Huib, waarin deze hem vertelde dat hij best begreep dat Paul in therapie was voor zijn 'impotentieklachten'. Huib vond het ridicuul dat Paul op 64-jarige leeftijd nog sex wilde. Ook had hij gezegd ongerust te zijn dat Paul verliefd zou worden en zou vertrekken. Paul had hem gezegd heel nuchter te zijn en Huib nodig te hebben. Hij had Huib beloofd altijd bij hem te blijven. Paul was ambivalent over dit gesprek. Aan de ene kant was het voor het eerst in zijn leven dat hij geloofde dat iemand van hem hield en was hij daar erg blij mee. Aan de andere kant betekende zijn belofte van trouw dat hij de mogelijkheid van een volledige sexuele relatie met een ander uitsloot.

Er waren nog enige gesprekken met Huib geweest. Huib scheen namelijk de 'huishoudopdracht' van Paul te saboteren door tòch in het huishouden te helpen. Paul had zijn irritaties en wensen daarover heel duidelijk geuit. Tegelijkertijd had hij het plezierig gevonden te merken dat Huib hem graag iets uit handen nam. Het meerdere werk bleek de spanning om er tijdig mee klaar te zijn te hebben vermindert. Huib had echter te kennen gegeven dat hij de volgende keer niet aan een dergelijke opdracht mee wilde werken. Er werd een compromis gesloten: de komende week moesten er nieuwe en duidelijke afspraken gemaakt worden over de nieuwe taakverdeling.

Paul had zich de hele week zorgen gemaakt over hoe hij het Hans zou vertellen van zijn impotentie (zie Lange, 1977b, waarin het advies iemand over de 'beschamende klacht' te vertellen, wordt gegeven om de angst voor het optreden van de klacht te verminderen. In dit geval was het de bedoeling dat de anticipatieangst en daarmee de oorzaak van de impotentieklacht zou verminderen). Tenslotte had Paul het Hans verteld. Deze had er heel rustig op gereageerd. Het bleek dat hij dezelfde klachten had. Paul was hierdoor erg opgelucht.

De negende zitting was Paul er slecht aan toe. Tot tweemaal toe was Hans niet op een afspraak verschenen. Als reactie was Paul de eerste maal uit boosheid met een andere jongen meegegaan, maar had dit als ontrouw en onplezierig ervaren.

Hij had zich erg verdrietig gevoeld en had graag willen huilen, wat niet kon waar Huib bij was. De therapeut steunde Paul in zijn verdriet. Paul had erg veel nagedacht over zijn beginnende relatie met Hans en zijn gevoelens voor hem. Hij had zich gerealiseerd dat Hans, nu nog wel lief en gevoelig, tóch een hoerenjong was en óók de hoerentrucjes wel zou leren. Hij was afwisselend teleurgesteld en cynisch geweest en had vaak naar Hans verlangd. Hij had het gevoel een zware crisis achter de rug te hebben. Nadat vrij intensief op congruente wijze met succes aan de schaamtegevoelens was gewerkt, dacht de therapeut aan een ondersteuning van deze attitudeverandering middels symptoomvoorschrijven. Paul kreeg als opdracht op te schrijven dat 'Paul Vermeer de grootste viespeuk van heel Amsterdam is en waarom'. De monitoringsopdracht bleef gehandhaafd. Er werden geen sexopdrachten meer gegeven omdat Paul nu naar eigen behoefte zich alleen òf met jongens met sex bezighield.

De tiende zitting bleek de gemiddelde spanning alweer gedaald van 7,25 naar 6,5. Paul had tweemaal zeer plezierig gemasturbeerd! Hij had een bevredigend contact gehad met een vriendje van Hans. Hij was ondanks voorzorgen tóch klaargekomen. Hij realiseerde zich dat hij nooit jongens aan zich had laten komen. Nu liet hij ze rustig hun gang gaan en vond het nog heerlijk ook. Hij wist dan ook zeker dat hij dan klaar zou komen, óók als hij probeerde dit tegen te gaan. Hij cijferde zich in kontakten met jongens niet meer weg, verwachtte dat ze zich met hem zouden bemoeien en maakte zelfs duidelijk wat hij wilde. Door de 'viezerik'opdracht had hij veel schaamtegevoel 'van zich afgeschreven'. Zijn angst en schaamte om niet klaar te komen waren verdwenen. Hij was erg tevreden over zijn sexuele prestaties. Ook het actieve billenloeren en fantaseren kon hij nu van zichzelf accepteren. Bij deze evaluatie werd het werkpunt impotentie afgesloten.

De enige klacht die nu nog resteerde was de spanning die de huishoudelijke taken met zich meebrachten. Nogmaals werd zijn hoge streefnivo, ook wat de spanning betrof, en zijn concentratie op falen besproken. Zijn werk bij een bevriende arts, tegenover wie hij zich nu ook assertiever opstelde, deed hij met veel plezier. De spanning die hij nu nog wel voelde had vooral te maken met zijn verdriet om Hans en met lichamelijke klachten als hoge bloeddruk, misselijkheid, buikpijn en duizeligheid, waarvoor hij medisch werd onderzocht.

Hij voelde veel voor verlaging van de frequentie der zittingen. De therapeut feliciteerde hem met dit voorstel. Zijn huiswerkmoetheid labelde zij heel positief: 'het zou heel goed zijn om nu eens zonder teveel verplichtingen, heel bewust, zijn situatie te ervaren'. Paul zou pas weer over 14 dagen komen.

Tot slot van deze evaluatiezitting bespreken we zijn nieuwe zelfbeeld. Hij is nu een 63-jarige man, die kan vrijen en klaarkomen en geen schaamte voelt, initiatief kan nemen en duidelijk maken wat hij wil. Hij realiseert zich zijn beperkingen, o.a. door de verhouding met Huib. Hij heeft afscheid genomen van zijn droom: een tedere, intieme, opwindende relatie met een jongen van 20.

4.5 Laatste zitting: Potent en een illusie armer

Paul vertelde met de therapie te willen stoppen. Hij had veel nagedacht en was erg contemplatief.

We kwamen nog eenmaal terug op zijn 'weerstand' tegen de therapie. Het was zijn geheime illusie geweest met een jongen samen te wonen waarmee hij een fijn sexueel contact zou hebben. Hij realiseerde zich dat hij daar eigenlijk bang voor was. Hij zag in dat hij een keuze moest maken: naar een dergelijke, gelijkwaardige relatie streven met een geringe kans van slagen, zoals de praktijk uitwees, of voor de relatie met Huib kiezen, waarbij hij naar behoefte seksuele contacten met jongens kon hebben.

Bijna ritueel had Paul van de eerste keuzemogelijkheid afscheid genomen. Even voor de zitting had hij Hans aan de overkant van de straat zien lopen, hij had zijn aandacht niet getrokken en reageerde toen Hans hem enthousiast begroette zeer koel en vervolgde 'gehaast' zijn weg.

We bespraken dat Paul afscheid had genomen van Hans en van een droom die hij 40 jaar had gekoesterd. Dat deed pijn, een verlies dat hij zou moeten verwerken. Wel had hij nu de mogelijkheid tot seksuele bevrediging. Met dit inzicht in zichzelf was hij erg blij, zei hij. Hij verwachtte niet dat de therapie hem nog verder zou kunnen helpen. De therapeut complimenteerde hem met de bescheidenheid van zijn aspiraties en deelde zijn verwachting dat na de verwerking van het verlies van zijn droom, hij rustiger en minder gejaagd zou worden. We spraken af een follow-up zitting te houden over drie maanden.

5. Diskussie

1. De eerste belangrijke en tevens dubieuze beslissing was het besluit om Paul niet bij de therapie van Huib te betrekken, zelfs nadat bleek dat er problemen op het sexuele vlak lagen. Het feit dat Paul aan het einde van de tweede sessie met Huib aangaf zelf in therapie te willen, had een extra reden kunnen vormen om hen samen te nemen. De eerste therapeut zag daarvan af omdat hij van mening was dat de aanmeldingsklachten van Huib niet gefundeerd waren in de verhouding met Paul en daardoor ook niet bekrachtigd werden. Bovendien zag hij uitgangspunten voor een direkte symptoomgerichte aanpak die door Huib zelf ook werd gewenst. Huib en Paul samen in therapie nemen zou nodeloze komplikaties hebben gegeven. De therapie met Paul geeft zeker aanleiding om achteraf tevreden te zijn met deze beslissing. Wat Huib betreft is dat minder zeker, omdat niet helemaal duidelijk is in hoeverre zijn klachten werkelijk zijn verdwenen en of inschakeling van Paul misschien geen extra mogelijkheden had opgeleverd.

2. Een tweede aanvechtbaar besluit van de eerste therapeut was om Paul te verwijzen in plaats van hem zelf in individuele therapie te nemen. Als er dan toch sprake moet zijn van twee individuele therapieën binnen één verhouding, heeft het dan geen voordelen om dat door één therapeut te laten gebeuren? Afgezien van het 'tijds'motief, geloven wij dat het een verstandige beslissing is geweest om de twee therapieën niet door één therapeut te laten verrichten. Deze zou waarschijnlijk toch snel ingezogen zijn geworden in allerlei relationele kanten van de problemen zonder dat het functioneel was dat hij zich daarmee bemoeide. Vooral bij de klachten en de therapie van Paul was de kans daarop groot geweest, omdat zijn sexuele veranderingen implicaties konden hebben voor de verhouding met Huib. Zoals het nu gelopen is heeft Paul dat zelf verwerkt zonder dat de hulp van de therapeut daarbij nodig was. Lukte dat niet, dan was het het altijd nog mogelijk geweest om Huib bij Pauls behandeling te betrekken. Wel was het essentieel dat de twee therapeuten met elkaar contact hadden over wat er in beide therapieën gebeurde. Daardoor was het uitgesloten dat de therapieën tegenstrijdigheden tot gevolg hadden.

3. De therapie met Huib verliep moeizamer dan die met Paul. Het is niet helemaal duidelijk wat daarvan de oorzaak is. In ieder geval lag die niet in ongemotiveerdheid of desinteresse van Huib. Deze wilde er echt van alles aan doen, kwam stipt op de afspraken en

H

-hoewel het vaak mislukte- probeerde altijd om zijn huiswerk te doen. Het lijkt ons zinnig om een aantal cruciale momenten in de therapie van Huib, vanaf de derde zitting (eerste individuele behandelingszitting), nader te beschouwen.

In het begin waren twee dingen essentieel. Ten eerste de beslissing van de therapeut om wel te praten over sex en masturbatie, maar in dat opzicht geen behandelingsdoelen of kontrakten aan te gaan. Ten tweede was belangrijk dat de angst voor geluiden als een meer primair behandelingsdoel werd gesteld dan de slapeloosheid. Tot zover is er niets aanvechtbaars gebeurd. Het uitvoerig praten over de masturbatie duidt op noodzakelijk geduld bij de therapeut en heeft naast eventuele directe gevolgen ook een 'invoegende' functie. De spanning die de geluidsfoobie met zich meebrengt maakt inslapen extra moeilijk en het lijkt dus gemakkelijk te verdedigen om dat in ieder geval zo snel mogelijk aan te pakken. Huib was het daarmee dan ook helemaal eens.

De moeilijkheden beginnen bij de aanzet tot de eerste symptoomvoorschrijving. Gedachtig het keuzepincipe van Van der Velden en Van Dijck (1977) stelde de therapeut Huib voor een keuze, waarbij de door hem ongewenste methode als langzaam en saai werd afgeschilderd. Helaas en onverwachts koos Huib toch voor de langzame methode. Dat was een lelijke streep door de rekening. Om nu niet in een zeer langdurige systematische desensitizatie terecht te komen, koos de therapeut voor het toepassen van hypnose bij het herconditioneren van gevoelens aan geluiden van buiten af. Het lukte echter niet om Huib snel tot een hypnotische trance te brengen die voldoende diep was om dit programma uit te voeren. De oorzaak van die mislukking is niet helemaal duidelijk. Enerzijds lijkt het dat het tijds-perspektief de therapeut parten heeft gespeeld. Er was een korte therapie afgesproken, hetgeen enig ongeduld in de hypnosessies bracht. Anderzijds was Huib in vergelijking met andere 'proefpersonen' inderdaad moeilijk in trance te krijgen.

Nadat het uitstapje naar hypnose niet goed was bevallen, switchte de therapeut naar een aanpak, die dicht lag bij de eerst door hem geprefereerde maar door Huib afgewezen procedure. Er was nu geen sprake van symptoomvoorschrijving, maar eerder van een zwaar juk dat bovendien een herkodering van de externe geluiden tot gevolg zou hebben. Hij zou er vertrouwd mee raken.

Achteraf gezien zou het waarschijnlijk beter zijn geweest als de therapeut deze methode van begin af aan als alternatief had aangeboden, in plaats van de hypnose. Het veelvuldig switchen heeft waarschijnlijk niet erg bevredigend gewerkt. Maar ja, soms probeer je iets wat niet lukt, en dan kan je er toch beter tijdig mee ophouden in plaats van proberen het door te drukken. In ieder geval lijkt het verstandig om bij het toepassen van het 'keuzeprincipe' dusdanige keuzes aan te bieden dat de therapeut met iedere keuze goed uit de voeten kan. Vertrouwen op al te veel verkooptechniek ten gunste van één der twee alternatieven kan toch wel eens misplaatst blijken te zijn.

4. Na al het switchen en geharrewar bleek de geluidsfobie uiteindelijk toch snel in effect af te nemen. Toch had dit -in combinatie met het 'drie kwartier' advies- nog niet direct positieve gevolgen voor het slapen. Huib bleek één van de zeer weinige cliënten (op een totaal van ca. 20) bij wie het advies tot opstaan en een onaangename taak uitvoeren niet snel tot prima en snel inslapen leidde. Dat kan komen doordat hij in die periode, op eigen initiatief, ook sterk begon te minderen met zijn medicijnen. Wel werd het inslapen na enkele weken experimenteren met het juk en met oropax een stuk beter.
5. Een vraag is ook in hoeverre de betaling een rol heeft gespeeld. Wanneer de therapie binnen 10 zittingen drastisch succes zou hebben, zou Huib er niet voor hoeven te betalen, anders wel. Bevreedend nu was dat er tot aan de tiende zitting nauwelijks sprake was van enige vooruitgang. Alsof het wél betalen veilig gesteld moest worden. Pas na de tiende zitting begon Huib veranderingen te rapporteren. Vond hij het misschien onrechtvaardig om de therapeut niet te betalen? Of wilde hij misschien van de therapie af nadat duidelijk werd dat hij de 'deadline' niet haalde en dus moest betalen? Of was dit gewoon het proces zoals het ook zonder geldkwesties was gelopen? Het antwoord blijven wij voorlopig schuldig. In ieder geval willen wij opmerken dat bij sommige cliënten het al of niet betalen -zelfs al gaat het maar om kleine bedragen- invloed uitoefent op de manier waarop de therapie verloopt. Bij Paul speelde de betaling zéker een rol. Een bezoek aan een prostitué kostte hem evenveel als een uur therapie.

Daar hij sinds twee jaar geen prostitué meer bezocht was dit geen probleem en dit werd het nóg niet toen Paul de 'peepshow' ging bezoeken. Toen Paul frequenter, in opdracht of uit eigen behoefte, prostituées op ging zoeken, veranderde de situatie. Náást de therapie kon hij zich slechts éénmaal per 14 dagen een dergelijk bezoek permitteren. Naarmate het succes van deze ondernemingen toenam werd ook het uitzicht op ruimere financiële middelen belangrijker. Misschien heeft de 'prijs' van de therapie Pauls besluit om met de therapie te stoppen beïnvloed.

Waar de therapie van Huib vooral gekenmerkt werd door het toepassen van welwillende beproevingen met het doel om tot heroriëntatie tav. 'externe' geluiden te komen, was de therapie van Paul meer een mengeling van congruente en paradoxale elementen. Zo werden de impotentieklachten behandeld met behulp van symptoomvoorschrijven (vgl. van Dijck, 1977). Datzelfde gold voor de spanningsklachten. Paul kreeg er nog een zware taak bij en moest de spanning opvoeren. De spanningsopdracht werd echter óók congruent gebruikt. Het bijhouden van de spanningslijst en de irritaties had tévens als doel: differentiatie in zijn gevoelens aan te brengen en contingencies te ontdekken. Zo konden enkele van zijn 'nerveuse' klachten teruggevoerd worden naar gebrek aan communicatieve vaardigheden, opkroppen van gevoelens, gebrek aan assertiviteit, angst voor het gebruiken van schuttingtaal en zorgen om zijn sexobsessie. Aan dat laatste werd weer met paradoxale benadering gewerkt (Paul is de grootste viespeuk) terwijl de andere spanningsbronnen meer congruent behandeld werden.

6. Bij het behandelen van de impotentie werd begonnen met de opdracht om een erectie te vermijden bij een bezoek aan de peepshow. Meerdere malen gaf Paul er blijk van het mechanisme van deze vorm van symptoomvoorschrijven te doorgronden. Het is daarom opmerkelijk dat desalniettemin de bedoelde effecten werden bereikt. Kennelijk is het geen handicap wanneer cliënten de werkelijke bedoeling achter symptoomvoorschrijven begrijpen. Wel is het belangrijk dat de therapeut er dan juist op aandringt dat de cliënt serieus probeert de symptomen opzettelijk te vertonen.

7. Belangrijk in de therapie was de verandering in het zelfbeeld van Paul. Hieronder zullen we beschrijven welke veranderingen n.a.v. paradoxale dan wel congruente interventies leidden tot een nieuw zelfbeeld.

- a. Het stoppen met de medicijnen. Tijdens het bespreken van de irritaties ter voorbereiding van de assertiviteitstraining vertelde Paul vol verontwaardiging dat zijn vriend en behandelend arts had gezegd: 'dat zij nu toch maar van die medicijnen af waren'. Paul vond het onterecht dat deze vriend met de eer wilde gaan strijken maar had zijn boosheid hierover niet geuit. Daarop aansluitend speelde de therapeut Pauls rol en legde als zodanig de vriend vriendelijk doch beslist uit dat het stoppen met de medicijnen geheel en al zijn eigen initiatief en prestatie was. Uit dit voorval blijkt hoe belangrijk het voor Paul was om veranderingen aan zichzelf te kunnen toeschrijven (vgl. Erickson, 1963). Door hem op bovenstaande wijze te 'modelen' bevestigde de therapeut hem in dit voor hem zo belangrijke aspect van zijn zelfbeeld.
- b. Het leren uiten van wensen en irritaties, geoefend in rollenspelen. Hierdoor gingen anderen hem meer respekteren, waardoor hij ook meer zelfrespekt kreeg. Het feit dat hij nu meer adequate reacties tot zijn beschikking had, veroorzaakte waarschijnlijk ook, dat hij minder last had van schaamtegevoelens over schuttingtaal waarmee hij zijn lage afkomst verraadde.
- c. Het verminderen van zijn schaamtegevoel over zijn sexuele gedragingen en behoeften door bespreken en heretiketteringen en 'modelen' van de therapeut.

Tot zover de congruente interventies.

- 8. Lange (1977c) noemt als nadeel van symptoomvoorschrijven dat 't wel leidt tot enigszins ander gedrag en andere connotaties, maar toch minder effect heeft aangezien het niet leidt tot een nieuw zelfbeeld. In de therapie met Paul leidde symptoomvoorschrijven op indirecte of directe wijze wel degelijk tot een verandering van het zelfbeeld. Hieronder zullen we noemen welke veranderingen n.a.v. paradoxale dan wel congruente interventies leidden tot een nieuw zelfbeeld.
- d. De 'viespeuk' opdracht had tot gevolg dat veel van Pauls schaamtegevoelens over zijn sexobsessie, die nog niet door hem werden geaccepteerd, verdwenen. Behalve dat dit bijdroeg tot een vermindering van de 'obsessie' had het tevens tot gevolg dat hij kon genieten van zijn groot erotisch waarnemingsvermogen en fantasierijke geest (etiketteringen van de therapeut).

86
~~25~~

e. Ons inziens is zijn zelfbeeld echter voor het grootste deel veranderd door de resultaten van het symptoomvoorschrijven m.b.t. de impotentie. Toen hij nog impotent was, weet hij zijn mislukte leven en al zijn klachten aan een bijkans externe oorzaak: 'het falen van de pik'. Door de veranderingen in zijn sexuele mogelijkheden op een breed terrein ging hij zichzelf en zijn eigen gedragingen veel meer zien als oorzaak van zijn klachten. Daarnaast ontwikkelde hij óók een reëler kijk op anderen. Zag hij de prostituées van het Rembrandtplein aanvankelijk als zachte, warme, naar liefde snakkende jongelingen, die hij met voorzichtigheid en deemoed diende te benaderen, nu ging hij ze zien als kille, onverschillige, onbetrouwbare prostituées, die alleen zijn geld wilden. Kortom Paul ontwikkelde een interner oriëntatie (Rotter, 1966). Hij maakte nu zelf de keuze: een huiselijk leven met Huib zonder sexkontakt, naar behoefte aangevuld met sexkontakten met jongens.

9. Hoewel de klachten van Huib en Paul totaal verschillend waren, waren er toch ook een aantal overeenkomsten. Beiden hadden heel duidelijke problemen, die al heel lang bestonden en niet gerelateerd waren aan de ander. Beiden hadden al jaren therapie-ervaring achter de rug en in hun presentaties op school een grote mate van overeenkomst; hoewel beiden hun klacht regelmatig als zeer ernstig afschilderden, maakten zij allebei ook de indruk veel behagen te scheppen in het eindeloos uitweiden en klagen erover. In beide therapieën was daarom een forse dosis judo nodig en moesten de therapeuten regelmatig hun scepticisme uitspreken. In beide therapieën was dan ook sprake van een zwaar juk, hoewel dat er bij Huib wat zwaarder uitzag dan bij Paul.

LITERATUURLIJST

1. Dijck, R. van (1977): De toepassing van de paradoxale intentie.
In: K.v.d.Velden(red): 'Directieve Therapie'
Van Loghum Slaterus, Deventer.
2. Erickson, M.H. (1963): Enuresis. In: J.Haley, Strategies in
Psychotherapy. Grune & Stratton. N.Y.
3. Erickson, M.H. (1971): Indirect hypnotic therapy of a bedwetting
couple. In: J. Haley, Changing Families,
New York, Grune & Stratton.
4. Lange, A. (1977a): Wie een kuil graaft voor een ander.. In: K.v.d.
Velden(red):Directieve therapie. Van Loghum
Slaterus,Deventer.
5. Lange, A. (1977b): Therapie met een trillende vrouw. TDT, 4(3)
24-37.
6. Lange, A. (1977c): Individuele therapie naar aanleiding van relatio
nele klachten. TDT, 5 (2) 89-96.
7. Oudshoorn, D., F. Moene en P. du Jour (1978): Psychotherapie van
patiënten met lichamelijke klachten en syndromen
TDT, 5 (4/5) 8-46.
8. Repertorium Verpakte Genéesmiddelen, 1978. De Toorts, Haarlem.
9. Rotter, (1966): Generalized expectancies of internal vs external
control of control. Psych.Monogr. Vol 80(1)1-28.
10. Velden, K. van der en R. van Dijck (1977): Motiveringstechnieken.
In: K.v.d.Velden (red): Directieve therapie.
Van Loghum Slaterus, Deventer.

82

BEHANDELING VAN SEXUELE PROBLEMEN BIJ EEN ECHTPAAR VIA BEHANDELING VAN
EEN VAN HEN

Kees Hoogdini

juni 1978

1. Inleiding

Het is langzamerhand een routine-procedure geworden de partner bij de behandeling van de cliënt te betrekken. Wanneer de problemen liggen op het gebied van de relatie of de sexualiteit lijkt een succesvolle behandeling zonder medewerking van de partner wel haast onmogelijk.

In het onderstaande wordt een voorbeeld gegeven van een behandeling van een echtpaar met relatieproblemen en sexuele problematiek - de vrouw wil niet meer met haar man naar bed - waarbij de partner afhaakt. De vrouw wordt in behandeling genomen; de behandelingsstrategie blijft echter gericht op verbetering van de "sexuele relatie".

2. Het probleem van mevrouw M.

Mevrouw M. is een kunstzinnige 30-jarige vrouw die zich na een opname in een universiteitskliniek aanmeldt. De diagnose na ontslag luidt: neurastheen depressief beeld met relatieproblematiek. Gedurende de opname heeft zij zich een vriend aangeschaft, terwijl de echtgenoot zich eveneens vlot getroost heeft. Na de opname wil het echtpaar het weer samen proberen. Na een jaar echtpaartherapie is de relatie tussen man en vrouw verbeterd, de sexuele relatie niet. De man ziet een verdere echtpaartherapie niet meer zitten (de therapeut is de derde in successie). Ook zijn vrouw zegt meer behoefte te hebben aan kontakten alleen. Mede gelet op de falende voorgaande behandeling wordt besloten dit verzoek te honoreren en een aantal kontakten met mevrouw alleen te hebben.

De problematiek wordt door haar als volgt beschreven:

Ze vindt haar man wel aardig, maar gelooft niet van hem te houden. Ze heeft geen belangstelling meer voor de sexualiteit, hoewel die ene keer per maand dat er een coïtus plaatsvindt deze toch voor haar orgastisch is. Een van de gevolgen van haar afkeer voor de coïtus is dat ieder gebaar van genegenheid voor de man - door haar man opgevat

83

als een aanleiding om te coïteren - door haar vermeden wordt. Wanneer er over de verlovingstijd gesproken wordt, blijkt hoe veilig en gelukkig ze zich gevoeld heeft bij haar dominerende echtgenoot.

Voorafgaand aan de opname speelt een periode waarin haar man nooit thuis is, altijd werkt, relaties heeft met andere vrouwen en haar steeds thuis laat zitten met drie snel na elkaar geboren kinderen. Na de opname is de man 's avonds steeds thuis, de avontuurtjes zijn beëindigd en hij probeert haar te helpen in de huishouding.

Na het principe "voor wat, hoort wat" uitgelegd te hebben en na tot de conclusie gekomen te zijn dat de man zijn best doet, wordt van haar een kleine daad gevraagd om de man voor zijn gewijzigd gedrag te belonen. Op voorstel van de therapeut zal zij iedere dag een overhemd en een pak 's morgens voor hem klaarhangen. Wanneer haar man een verklaring zal vragen voor dit zorgzame gebaar, zal zij haar waardering over zijn in positieve zin veranderde gedrag uitspreken. Dit (proef)directief heeft zij opgevolgd. Haar man heeft eerst verbaasd, later positief gereageerd. Vervolgens wordt de probleemrijke sexuele relatie besproken. Er is geen voorspel, zij heeft nooit zin, de man altijd en hij attaqueert haar eens per maand met succes, wat tenslotte voor haar ook een orgasme geeft. Dit levert de volgende voortzetting van de behandeling op:

"Daar de coïtus toch eens per maand plaatsvindt, is het misschien prettig zelf het moment daarvan uit te kiezen". Cliënte kan hiermee instemmen. We spreken het volgende af: "Als haar man haar weer min of meer tot de coïtus dwingt, zal zij hem afwijzen, hoe hij ook aandringt, maar de volgende dag zal zij zelf initiatieven nemen en tenslotte een coïtus laten plaatsvinden.

Bij het volgende contact, 2 weken later, blijkt er op deze wijze twee keer een goed verlopen coïtus te hebben plaatsgevonden. Daar de kwaliteit van het voorspel nog niet alles is, adviseert de therapeut haar haar man hierin te trainen met de boodschap dit in het begin zonder coïtus te oefenen. Om echter te vermijden dat hij haar toch weer tot een coïtus dwingt, spreken we af dat ze elke vijfde keer dat er geoefend wordt haar man tot een coïtus zal verleiden.

Het programma laat zich uitbreiden. Drie zittingen later is zij klachtenvrij en heeft zij een bevredigende sexuele relatie.

3. Bespreking

Na enige jaren ruzies, buitenechtelijke relaties en een psychiatrische opname is het niet ongebruikelijk dat - ook al wil het echtpaar een herstel van de sexuele relatie - dit herstel stroef en langzaam verloopt.

Na de mislukte relatietherapie - gedurende een jaar - haakt de man af en de vrouw zoekt hulp voor sombere stemmingen, doelloosheid van het leven en opvoedingsproblemen. Mevrouw krijgt het aanbod van individuele behandeling, ook al lijkt de problematiek een relationele te zijn. Cliënte krijgt de gelegenheid om over haar problemen te praten en geleidelijk wordt het onderwerp op de relatie gebracht. Na de coöperatie van cliënte onderzocht te hebben met het directief om de kleren van de echtgenoot 's ochtends klaar te leggen, kan overgegaan worden tot stapsgewijze benadering van het sexuele probleem.

4. Follow-up

Bij follow-up vier jaar later is er in deze situatie geen wijziging opgetreden. Binnen de rust van het gezin heeft Diane zich ontwikkeld tot een regelmatig exposierend kunstenares. De man is directeur van een middelgroot bedrijf geworden en zij hebben een mooi huis kunnen kopen.

Hypnotherapie in plaats van plastische chirurgie

Onno van der Hart

1. Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van een therapie met een jonge vrouw met een veelheid aan klachten en een langdurige psychiatrische geschiedenis. Het feit dat zij ook in onmin met haar eigen lichaam leefde bleek een geschikt aangrijpingspunt voor de succesvolle toepassing van hypnose. Hierdoor werden ook andere positieve ontwikkelingen mogelijk.

2. Geschiedenis

Sandra is, op het moment dat ze bij mij in behandeling komt, een 30-jarige gescheiden vrouw, die al acht jaar lang intensief contact met psychiaters, psychiatrische verpleegkundigen, psychiatrische inrichtingen en crisiscentra heeft onderhouden. Deze wijze van tijdsbesteding lijkt niet samen te hangen met een "moeilijke jeugd", hoewel thuis zich wel de nodige konflikten tussen de ouders en de kinderen en tussen de ouders onderling hebben voorgedaan. Nee, de bron van alle ellende lijkt haar huwelijk te zijn, dat volgens de rapporten gekenmerkt werd door verbaal en fysiek geweld, depressies, angsten en psychotische toestanden bij beide partners. Wegens die toestanden heeft Sandra zich ook tweemaal laten aborteren, hoewel ze graag moeder was geworden. Beiden gaan uit elkaar, maar redden het alleen niet. Een scheiding vindt plaats, die het oude patroon geenszins doorbreekt. Zo gaan ze bij de psychiater van de man in relatietherapie om uit te vinden waarom ze elkaar niet los kunnen laten.

Voor haar huwelijk heeft Sandra een aantal leuke banen gehad. Als de spanningen tussen haar en Jaap beginnen op te lopen, neemt ze eenvoudiger baantjes. Steeds loopt ze ook daarin vast. Doordat ze het blijft proberen, komt ze niet in de WAO maar is ze af en aan in de ziektewet.

Tegen de tijd dat Sandra bij mij komt, wordt ze onder meer gezien als "een tot psychotische decompensaties neigende vrouw"; "een soms wat popperig aan-doend kind-vrouwtje dat met haar heel heldere en nuchtere opmerkingen haar omgeving steeds weer verbaasd doet staan. Het zo duidelijk moeten vasthouden van de realiteiten om haar heen is een noodzaak om niet weg te zinken in een achterliggend moeras van sterk paranoia gekleurde betrekkingsideeën en waandenkbeelden, de laatste vaak van een zeer magische inhoud. Ze woont alleen, kan zich niet of nauwelijks staande houden en heeft geen werk. In sociaal opzicht leeft ze vrij geïsoleerd."

Sandra wordt naar mij doorverwezen opdat - ondanks de ongunstige prognose - toch eens een eind kan komen aan de voortdurende psychiatrische bemoeienis met haar. Een doelstelling die volledig in de lijn van directieve therapie ligt: "The goal of brief therapy is the satisfied dropout" (Rabkin, 1977, p. 218).

3. De behandeling

Het eerste wat bij Sandra opvalt is haar keurig verzorgde uiterlijk: haar modieuze kleren, het zorgvuldig gestyleerde donkerblonde haar, het goed opge-maakte gezicht. Ik merk op dat ze er goed verzorgd uitziet. Zij zegt dat ze zeer onzeker is over haar lichaam en er eigenlijk niets aan vindt deugen. Vanaf haar negende kijkt ze veel in de spiegel. Wat geen genade in haar ogen kan vinden, probeert ze met alle mogelijke middelen te korrigeren of te camoufleren. Haar neus-veel te groot naar haar idee - en haar borsten - veel te klein vindt ze - zijn de belangrijkste onderwerpen van haar obsessies over haar uiterlijk. Ze is al bij een plastische chirurg geweest; deze zag echter geen reden om haar te opereren. Ze probeert nu van haar huisarts een ver-wijzing voor een ander te krijgen.

Doordat ze zich zo schaamt voor haar lichaam, gaat ze ook contact met mannen uit de weg. Haar ex-echtgenoot ontmoet ze nog geregeld, maar seksueel contact is er niet bij.

Sandra maakt op mij de indruk van iemand met een sterk ontwikkeld voorstellingsvermogen; een vermogen dat ze voornamelijk gebruikt om haar eigen uiterlijk te bekritisieren. Ze zal waarschijnlijk via "geleide fantasie" snel in trance kunnen geraken. Ik stel haar voor om met behulp van hypnose aan haar negatieve lichaamsbeeld te werken. Dat spreekt haar wel aan.

In de volgende zitting geef ik Sandra suggesties om te ontspannen. Ze gaat duidelijk snel in trance. Spontaan begint ze te huilen. Ze vertelt dat ze vannacht gedroomd heeft dat ze zwanger was en een tweeling kreeg. Daar was ze erg blij mee. Ze voelde zich sterk. Maar toen ze wakker werd en merkte dat ze slechts gedroomd had, werd ze erg verdrietig.

Ik stel Sandra voor om zich die vrouw - nu nog zwanger - aan haar linker zijde voor te stellen. Als ze haar duidelijk ziet, vraag ik haar aan haar rechterzijde de vrouw voor te stellen die ze zou willen zijn - geopereerd en wel; d.w.z. met een kleinere neus en grotere borsten. De rechter vrouw is jonger en vrolijker dan de linker; die is weer wijzer en meer terughoudend. De linker heeft donker blond haar, de rechter is hel blond.

Ik vraag Sandra om waar te nemen hoe beide vrouwen elkaar ontmoeten en met elkaar in gesprek raken. Duidelijk wordt dat er wel iets is wat ze in elkaar aantrekt, maar dat ze ook erg onwennig tegenover elkaar staan. Ze zijn ook zo verschillend. Ze spreken af om samen iets binnenshuis te doen: een kamer opknappen. Buitenshuis durven ze geen van beide zich in aanwezigheid van de ander te vertonen.

Het gebeuren komt met die klus tot een voorlopig einde. Ik suggereer dat wat nu gebeurt rustig zijn eigen gang kan gaan, terwijl Sandra in de komende weken met haar aandacht gewoon bij de dingen van alle dag kan blijven.

Een wat indirecte suggestie voor amnesie. Als ik de keer daarop Sandra weer zie, herken ik haar aanvankelijk niet. Ze heeft haar haren en wenkbrauwen hel blond laten verven. Dat wekt - na herkenning - onmiddellijk associaties op met de "rechter vrouw" uit de trance van de vorige keer. Het lijkt erop alsof Sandra de afgelopen 14 dagen die vrouw is geweest. Ze is voor het eerst sedert lange tijd met een vriendin uitgeweest - een avondje stappen. Ze heeft zelfs een jongen opgepikt voor een nachtje. Ook heeft ze eindelijk eens stevige ruzie met Jaap, haar ex-echtgenoot, gemaakt.

Ze gaat weer snel in trance. Ik vraag haar rustig af te wachten welke vrouw naar voren zal komen. Ze ziet een zeer drukke vrouw, die veel op reis is en die als ze thuis is steeds maar moet telefoneren. Sandra merkt op dat die vrouw er precies zo uit ziet als zij nu. Hoewel die vrouw toch van alles doet, is ze toch eenzaam. "Ze heeft geen achterban."

Dan verschijnt een andere vrouw - een veel rustiger en meer ingetogen type. Tussen beiden bevindt zich een muur. Ik stel voor dat de rustige vrouw de aktievere opbelt en haar uitnodigt voor een bezoek bij haar thuis. De aktieve - eigenlijk overaktieve - vrouw stemt toe. Ze komt bij de ander steeds meer tot rust. Ze begint te huilen en vertelt dat ze met al die drukte toch zich zelf ontlopen heeft en een puinhoop van haar leven gemaakt heeft. De ander reageert daar heel rustig en begrijpend op.

Plotseling opent Sandra haar ogen en zegt dat zij zelf die drukke vrouw is; dat de kamer van die drukke vrouw haar eigen kamer is en dat de kamer van de rustige vrouw was zoals ze hem in de tijd dat ze nog met haar man samenwoonde had willen hebben.

Ik vraag haar de ogen weer te sluiten en terug te gaan naar het gesprek van beide vrouwen. De rustige vrouw zegt tegen de ander dat ze haar wil helpen en steunen. Ze suggereert haar om meer rust en ruimte voor zichzelf te creëren. De aktieve ervaart haar huilen als falen en wil zich maar al te graag weer in allerlei bezigheden storten. Ze kan zich dan echter toestaan om - met hulp van de ander - tot rust te komen. Beiden drinken tenslotte heel rustig koffie.

Sandra komt weer terug naar het leven van alle dag. Ik bespreek met haar

dat ze haar trance-ervaringen helemaal niet hoeft te analyseren, maar gewoon hun gang kan laten gaan. Ik geef haar een compliment voor de inzet die zij vertoont en het goede werk dat ze verricht.

De keer daarop is Sandra's haar een tint donkerder. Ze vertelt dat ze goed bezig is geweest en "groeit". Ze merkt dat ze vol woede jegens Jaap en ook jegens andere mensen zit en dat ze niet weet wat ze daarmee aan moet. In trance laat ik haar "een aantal personen ontmoeten die ze nog wel het één en ander te vertellen heeft". Eerst zegt ze haar broer de waarheid, dan haar moeder en tenslotte haar ex-echtgenoot. Ze werkt hard en ze geeft elk van hen de volle lading. Tenslotte zegt ze, met een zucht van opluchting, dat ze genoeg gewerkt heeft en dat ze zich nu heel rustig voelt. We spreken af dat als ze mij, als ze het in de komende drie weken wellicht eens erg moeilijk heeft, kan schrijven. Misschien verstuurt ze die brief, misschien schrijft ze er zelf het antwoord onder dat ik volgens haar had kunnen geven.

In de gesprekken daarna komt het aksent meer en meer op Sandra's gedrag in een aantal situaties te liggen. Wat doet ze als Jaap haar in een psychotische toestand om hulp vraagt en ze weet dat ze toch stank voor dank krijgt? Zal ze nu een vaste baan nemen of een parttime baantje via een uitzendburo? Wat moet ze met mannen?

Sandra beleeft een periode van ups en downs. Ze vindt een baan, maar ze stort zich zó in het werk, dat ze doordraait en er weer mee moet stoppen. Ze stuurt me een brief waarin ze schrijft dat er al veel ten goede veranderd is, maar dat het te snel gaat. Er zit haar nog zoveel dwars ten opzichte van haar ex-echtgenoot. Daar zou ze meer ruimte voor willen hebben in de gesprekken met mij. We spreken hierover en ik beveel haar het schrijven van de "doorlopende brieven" aan - zelf zou ze aan Jaap willen schrijven, aan haar moeder en aan haar vader. Veel agressie komt vrij en soms heeft ze het daar behoorlijk moeilijk mee. Ze heeft op een nacht zo sterk de neiging om een steen door de ruiten van Jaap's moeder te keilen en haar in elkaar te slaan, dat ze de S.O.S.-dienst belt. Door dat gesprek kalmeert ze weer. Ik instrueer haar in een soort auto-hypnose, waarin ze thuis imaginaire gesprekken met deze of gene kan voeren en zo een aantal openstaande zaken kan afsluiten. Dat brengt ze herhaaldelijk met succes in praktijk.

Op een keer ziet Sandra eruit als een jong meisje, met twee vlechtjes. Ze zegt ook dat ze zich nu 17 voelt en bezig is de schade in te halen. Ze trekt er meer op uit, gaat weer met jongens om, maakt meer gekheid. Iedere volgende zitting ziet ze er beter uit en geeft ze aan dat ze meer zichzelf aan het worden is. Ze vindt langzaam maar zeker haar eigen koers. Ze ontmoet Jaap nog wel eens, maar kan steeds meer afstand van hem nemen. Ze gaat op een bevredigende manier met andere mannen om, ze begint aan een cursus voor schoonheidsspecialiste. Na een contact van drie kwart jaar, waarin het interval tussen de zittingen steeds groter werd, stoppen we. Acht maanden daarna vindt een follow-up gesprek plaats. Sandra is een erg aardige, vriendelijke volwassen vrouw geworden, vind ik. Ze funktioneert goed in haar werk, haar studie en haar sociale contacten. De relatie met Jaap heeft ze bijna helemaal afgerond - o.a. via infrekwente relatie-gesprekken bij de therapeut van Jaap. Ze had zich wel afgevraagd of ze er goed aan deed daar aan deel te nemen, maar bedacht dat ze er goed gebruik van kon maken: door al haar irritaties jegens Jaap rechtstreeks tegen hem te zeggen. Ze is nu zover dat ze hem best als een vriend zou willen houden, die ze eens in de zoveel tijd ontmoet. Ze merkt dat ze heel lekker voor zichzelf zorgt en langzaam maar zeker aan een nieuw stadium toekomt, waarin bijvoorbeeld plaats is voor een vaste partner.



4. Diskussie

a) De hypnotherapie met betrekking tot de manier waarop Sandra haar eigen lichaam beleefde is in feite een onderdeel van een meer omvattende behandeling. Ook de gehele therapie stond duidelijk niet op zichzelf. De psychiatrische geschiedenis spreekt voor zichzelf. Mijn doel was eenvoudig Sandra te helpen een leven zonder hulpverleners te kunnen leiden. Daartoe nam ik het contact over van een kollega. Dat Sandra daarnaast wel af en toe voor relatiegesprekken bij de therapeut van haar ex-echtgenoot kwam, heb ik op de koop toegevoegd. Het was haar niet mogelijk om op zichzelf naar een beëindiging van de relatie toe te werken. Daarvoor was de band tussen beiden te intensief geweest en deed Jaap ook nu nog te vaak een beroep op haar. Ik zag die relatie-gesprekken in feite als één van de probleemgebieden in haar leven, waar ze wellicht middels die individuele therapie beter mee om zou kunnen gaan. En dat is gelukt. Zo is soms het manoeuvreren van een therapeut bij een sociaal-psychiatrische dienst binnen een in therapeutisch opzicht zwaar bezette regio.

b) Wat betreft de klacht - haar te grote neus en te kleine borsten - die Sandra in het eerste gesprek met mij te berde bracht: ik ben ervan overtuigd dat plastische chirurgie géén oplossing was geweest. Er bestond de mogelijkheid om met behulp van hypnose haar borsten te laten groeien (vgl. Erickson 1977; Staib & Logan 1977; Willard 1977). Dat zou altijd nog kunnen gebeuren, indien wenselijk. Het feit echter dat deze twee klachten deel uit maakten van een ruimer probleem (een negatief beleven van haar gehele lichaam) gaf mij het idee om eerst in dat gehele lichaamsbeeld veranderingen te laten optreden.

Deze interventie is in ieder geval geslaagd voor wat haar waarneming van neus en borsten betreft: ze heeft hun vorm en maat kunnen aksepteren als bij haar behorend. Na de eerste trance-zittingen was dat probleem van de baan.

c) Essentiëel in het wijzigen van Sandra's percepties van haar lichaam was het trance-werk, waarin ze de zwangere, rustige, wijze en oudere vrouw én de helblonde, hyperactieve jongere vrouw met het gekorrigeerde figuur met elkaar zag omgaan; een benadering die geïnspireerd is door Grinder & Bandler (1976). Deze benadering, die sterk doet denken aan gestalttherapie, geeft de suggestie dat veel therapie niet bestaat uit het wijzigen van het zelfbeeld van de cliënt in een gunstige richting (vgl. Lange, 1977). Nee, vaak heeft de cliënt verschillende zelfbeelden, die niet met elkaar in overeenstemming zijn en los van, of in tegenstelling tot, elkaar blijven voortbestaan. Therapie heeft dan tot doel die integratie te laten plaatsvinden op de manier die de cliënt zelf aangeeft. In hypnotherapie betekent dit, dat de therapeut de cliënt - bij wijze van spreken - helpt om een kontekst te creëren waarin de relevante symbolische figuren op een door het onbewuste van de cliënt aangegeven manier met elkaar kunnen omgaan (vgl. Van der Hart, 1975).

d) Dit hypnotherapeutische proces zouden we als een metafoor gebeuren kunnen beschouwen: het vertoont overeenkomsten met de manier waarop de cliënt met allerlei situaties in zijn of haar leven omgaat (vgl. Van der Hart & Van der Velden, 1978).

We zouden in het onderhavige voorbeeld ook kunnen aansluiten bij het taalgebruik van Douglas (1973). Zij beschouwt het lichaam van de mens als een "natuurlijk symbool": de manier waarop men zijn lichaam waarneemt symboliseert onder meer de manier waarop men zijn of haar sociale realiteit beleeft. Als dit klopt, dan houdt een wijziging van de symbolische waarde van iemands eigen lichaam ook een verandering van diens perceptie van zijn sociale realiteit in. Iets anders geformuleerd: wanneer de cliënt wijzigingen in de betekenissen van zijn of haar "natuurlijke symbolen" begint aan te brengen, doen zich ook mogelijkheden voor de sociale werkelijkheid anders te beleven en om zich daarin anders te gaan gedragen. Bij Sandra was hiervan zeker sprake.

89

Interessant is hierbij nog hoe zij haar negatieve preokkupatie met uiterlijk en make-up heeft weten om te zetten tot een konstruktieve bezigheid: het opgeleid worden tot en werken als schoonheidsspecialiste.

Referenties:

- Douglas, M. (1973) - Natural Symbols (2e gewijzigde druk) - Penguin Books, Harmondsworth
- Erickson, M.H. (1977) - Control of physiological functions by hypnosis
Amer, J. Of clinical hypnosis, 20 (1) 8 - 19
- Grinder J. &
R. Bandler (1976) - The structure of magic, II Science & Behavior Books, Palo Alto
- Hart, O. v.d. (1975) - Gestalt-hypnotherapie bij een fobie voor dode vogels. Tijdschrift voor directieve therapie 3 (2), 50 - 54
- Hart, O. v.d. &
K. van der Velden (1978) Metaforen - Tijdschrift voor directieve therapie 6 (1).
- Lange, A. (1977) - Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelfperceptietheorie
M: K. van der Velden (red.), Directieve therapie Van Loghum Slaterus, Deventer
- Rabkin, R. (1977) - Strategic psychotherapy: brief and symptomatic treatment. Basic Books, New York.
- Staib, A.R. &
D.R. Logan (1977) - Hypnotic stimulation of breast growth
Amer, J. Of Clinical Hypnosis, 19 (4) 201 - 208
- Willard, R.D. (1977) - Breast enlargement through visual imagery and hypnosis.
Amer J. Of clinical hypnosis 19(4), 195 - 200

91

Notities bij "De welwillende beproeving".

Onno van der Hart.

1. De term.

Hoogduin en Van der Velden (1978) roepen mijn sympathie op als ook zij voor het Engelse "benevolent ordeal" een nederlands equivalent zoeken. Maar al te vaak wordt door ons geen moeite gedaan om het taalgebruik van onze illustere Amerikaanse vakbroeders of -vaders in algemeen beschaafd Nederlands te vertalen. Ik vroeg mij wel af, of in dat geval van de juiste vertaling sprake is. Een "welwillende beproeving"? Stel mij eens aan hem voor. De therapeut kan het beste met de cliënt voor hebben als hij hem een "zware taak of last" voorschrijft; bij hem is dan sprake van enige welwillendheid, zou ik denken. Afgaande op het Prisma woordenboek Engels-Nederlands, zou "weldadige beproeving" op z'n plaats zijn. Bij "weldadig" krijg ik echter de associatie dat het uitvoeren zelf van de zware last op een rechtstreekse manier een weldadige werking heeft, zoals iemand die de zon aanbidt ervaart als hij korte tijd in de zon ligt. Bij een "weldadige beproeving" wordt het betreffende effect pas zichtbaar als de cliënt zijn klachten reduceert of stopt. De taak zelf kan zelfs een onaangenaam karakter hebben.

Ik konkludeer eigenlijk, dat zowel het engelse "benevolent ordeal" als de nederlandse begrippen "welwillende beproeving" en "weldadige beproeving" geen ideale termen zijn. Het betreffende bijvoeglijk naamwoord is eigenlijk overbodig, als we er van uitgaan, dat als het therapeutisch handelen een welwillendheid van de therapeut jegens zijn cliënt(en) inhoudt, dat alle werkzame interventies direkt of indirekt een weldadig effect hebben. Als we op het karakter van de betreffende taken richten, dan zijn naar mijn idee de omschrijving "zware last" of "zware taak", "juk" of "beproeving" (zonder bijvoeglijk naamwoord) beter. Ikzelf houd van afwisseling, maar ik vind "beproeving" beslist een fraaie term.

92

2. Straf

Volgens de auteurs is de hoffelijkheid, die de therapeut jegens de cliënt aan de dag legt, kenmerkend voor direktieve therapie en zou die hoffelijkheid bij straf, bij konfrontatie en bij hoge rekeningen ver te zoeken zijn.

Ik vermoed dat hier een aantal zaken door elkaar worden gehaald. Ook op hoffelijke wijze kan een therapeut strafwerk geven. Vele van de door de auteurs op hoffelijke wijze voorgeschreven "beproevingen" kunnen bovendien ook als straf beschouwd worden. Ik denk aan het "uitzielen", de rest van de nacht studeren, 20 x achtereen naar het toilet gaan, een bedrag storten op rekening van de inspekteur voor direktieve belastingen.

Het is van belang om de gedragstherapeutische omschrijvingen van het begrip "straf" hierbij te betrekken. Ik geef een aantal citaten.

Milteson (1967, p. 426): When a negative reinforcer is made contingent on an operant we speak of the punishment of that operant.

Bandura (1969, p. 295) verstaat onder punishment the extent to which response patterns can be removed through direct administration of aversive stimuli (...) when aversive consequences follow upon any behavior, they generally produce a reduction or cessation of responsiveness.

Rimin & Masters (1974, p. 354): Punishment may be defined as the withdrawal of a positive reinforcer or the application of a negative reinforcer. Stated somewhat differently punishment involves the withdrawal of a positive or rewarding stimulus, or the application of an aversive, unpleasant stimulus (...) Throughout this chapter the terms punishment, aversive events are interchangeably since even the mere withdrawal of positive reinforcers is generally seen as aversive (...).

Om dit alles met een voorbeeld toe te lichten.

Het "Hoogduin-advies" (opl. Hoogduin et al, 1977) werd gegeven aan een echtpaar waarvan de man zijn vrouw dwangmatig allerlei vragen stelde. Zij diende hem bij elke vraag te antwoorden met "Beste Jan, of lieve Jan, ga nu maar naar het toilet en ga het zelf maar uitdenken." En Jan diende dit dan te doen, net zo lang tot hij het "probleem" had opgelost.

We kunnen in dit geval spreken van zowel een "withdrawal of positive reinforcers" als van "punishment" of het toedienen van "aversive stimuli". De opdracht was zeker een "beproeving" voor dit echtpaar en voor hun hele gezin, maar had tenslotte een weldadig effect: de zeer significante reductie van het dwanggedrag en dientengevolge een prettige atmosfeer in huis en werkhervatting van de man. Misschien mag ik konkluderen dat de door Hoogduin & Van der Velde gebezigde uitdrukking "welwillende beproeving" gezien moet worden als een poging om het negatief geladen begrip "straf" positief te etiketteren. In ieder geval lijkt het mij onvermijdelijk dat bij een grondige behandeling van het onderhavige onderwerp de gedragstherapeutische literatuur over "straffen" niet verwaarloosd wordt.

3. Een aanvulling.

De auteurs geven een aantal duidelijke voorbeelden van de toepassing van datgene waarover wij het hebben. Ik zou er graag aan willen toevoegen, dat Van Dijck (1977; vgl. Van der Hart, 1978, pag 9.5.) als eerste opmerkte, dat vele therapeutische rituelen een "zware last" inhouden. (Hier vind ik overigens de term "beproeving" zeer op z'n plaats).

Een voorbeeld vinden we in het "schuld en boete" ritueel (Van der Hart, 1977), waarmee de verpleegster Nel haar schuld kon delgen. Ze had - ter herinnering - een patiënte tijdens haar opleidingstijd te veel medicijnen gegeven, maar had die vergissing op tijd kunnen corrigeren. Toch werd ze ontslagen. De therapeut stelde haar o.m. een etmaal vasten voor, waar zij zelf twee keer 24 van maakte, omdat zij een andere beproeving - het bezoeken van die patiënte - niet meer kon nakomen. Ook stelde zij zelf het schrijven van streefregels voor, elke dag een uur, en borduren.

Ook het voorschrijven aan Johanna - iemand met anorexia nervosa - om te vasten in het kader van een "overgangsritueel" kunnen we als een zware last zien, ook al is het tevens een vorm van symptoom voorschrijven (vgl. De Smet & Van der Hart, 1977).

Het elke dag een uur schrijven van de "doorgaande afscheidsbrief" (Rubinstein, 1977) is tenslotte ook een beproeving, die niet mis is. De cliënt moet net zo lang doorschrijven tot hij "alles wat hij te zeggen heeft" opgeschreven heeft. De therapeut kan er ten opzichte van de cliënt van uitgaan, dat zolang er nog klachten zijn, hij nog niet voldoende geschreven heeft.

4. De beproeving als specifieke faktor.

Als ik bovenstaande zo neerschrijf, krijg ik het visioen van de psychoanalyse als de superbeproeving. Wat wij als direktieve therapeuten willen, is het voorschrijven van een beproeving die toch in een paar dagen, c.q. weken of maanden voldoende effect heeft - m.b.t. het probleem, waardoor hij uitgedacht is. Kortom, ik vermoed, dat bijna elke vorm van direktieve therapie een of andere vorm van een beproeving kent, maar dat direktieve therapeuten - evenals gedragstherapeuten - geschoold zijn in het steeds weer op een specifieke, zo niet unieke manier toepassen van deze faktor (vgl. Van Dijck & Oudshoorn, 1978).

5. Waken voor overtroeven.

Sommige cliënten zijn in staat om een beproeving tot het uiterste door te voeren, waardoor de "straf" ongewenste proporties kan gaan aannemen. Omdat de "piekeropschrijf"-oefening geen effect had bij mevrouw M., die last had van dwanggedachten, werd haar voorgesteld om een koude douche te nemen als zij haar denkpatroon niet op andere wijze kon doorbreken. Zij aanvaardde die suggestie welwillend. Een paar dagen later belde haar ontstelde echtgenoot: zij was herhaaldelijk onder de douche geweest - geen probleem -; maar 20 minuten of nog langer per keer, dat leek hem toch wel te gek. Helemaal blauw kwam ze eronder vandaan; uren bleef ze klappertanden, terwijl het dwangdenken ongestoord doorging! Een andere aanpak leek aangewezen.

6. "C.P. van der Velden".

Storend vond ik de verwijzing "C.P. v.d. Velden, c.a. (1977)
Direktieve therapie
van Loghum Slaterus, Deventer".

Onze goede vriend heet dan toch "Kees van der Velden"! (En in ons Tijdschrift is het "Wij" of "De Hoofdredakteur"). Ik zie hier een dilemma van de eerste auteur, dat hij nu maar eens moet oplossen: Publiceert hij nu onder de naam "C.A.L. Hoogduin" (of "Cees" of "Cees A.L. Hoogduin") of is het konsekwent "Kees Hoogduin"?

Referenties:

Bandura, A. (1969), Principles of behavior modification
Holt, Rinehart & Winston, New York.

Dijck, R. Van (1977), Persoonlijke mededeling.

Dijck, R. van & D. Oudshoorn (1978), Directieve therapie en aspecifieke
therapeutische factoren.

T.D.T., 5(3), 14-18.

Hart, O. van der (1977), Therapeutische rituelen; twee voorbeelden
In K. van der Velden (red.), Directieve therapie, Van Loghum Slaterus,
Deventer.

Hart, O. van der (1978), Overgang en bestendiging; over het ontwerpen
en voorschrijven van rituelen in psychotherapie. In druk.

Milleson, J.R. (1967). Principles of behavior analysis. The Macmillan
Company, New York.

^{Rim}
Ruium, D.C. en J.C. Masters (1974), Behavior therapy: technique and ^{anal} ampi
^{ca} ginduys. Academic Press, New York.

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

1. Inleiding

In het vorig nummer van TDT bepleitte ik het geven van expliciete aandacht aan kwesties als "timing". De behandeling met één echtpaar werd vrij gedetailleerd beschreven teneinde diverse momenten ter discussie te stellen waarin een andere dan de gehanteerde volgorde waarschijnlijk tot een ander therapie-verloop had geleid. Het nu gepresenteerde artikel is het beloofde "vervolg", waarbij wederom de behandeling van één echtpaar als illustratie zal dienen. Aangezien het om minder complexe klachten gaat zal de beschrijving deze keer veel minder gedetailleerd en korter zijn. In par. 2 wordt de behandeling geschetst. In par. 3 volgt een discussie over de "timingsaspecten".

2. Viktor en Lia

2.1 Aanmelding taxatie en behandelingskontraakt

Lia (ongeveer 30 jaar oud) was degene die zichzelf en haar man had aangemeld. Viktor was ongeveer even oud als zij en werkte in het management van een drukkerij. Lia was huisvrouw. Zij hadden twee kinderen van ongeveer 6 jaar.

Er was eigenlijk maar één klacht: Lia hield niet meer van Viktor. Viktor "deed" haar niets. Ze moest er niet aan denken om met hem naar bed te gaan. Zij vond hem wel aardig, had medelijden met hem en ze konden als een soort kameraden ook prima met elkaar opschieten. Viktor bevestigde dit beeld. Op sombere zachte toon gaf hij zijn visie, waarin begrip voor Lia's gevoelens naar voren kwam.

Hoewel duidelijk gekwetst in zijn eer uitte hij geen boosheid.

In de taxatiezitting kwamen geen andere problemen naar voren.

Die schenen er niet te zijn.

De cruciale vraag was natuurlijk: willen jullie bij elkaar blijven?

Deze vraag werd bevestigd beantwoord en daarvoor werden verschillende argumenten genoemd. Ten eerste: de kinderen. Ten tweede vond Lia, dat zij toch zo redelijk met elkaar konden opschieten dat zij zou willen dat die diepere gevoelens ook weer terug kwamen. Viktor sloot zich daarbij aan.

Het eerste keuzemoment (vgl. par. 3) trad nu op. De therapeut prees Lia voor haar inzet en positieve houding en was vol lof voor het geduld van Viktor. Aan de andere kant uitte hij echter zijn somberheid wat betreft aktiveren van gevoelens die er niet waren en op gang brengen van de sexualiteit. Hij legde er de nadruk op dat hij geen knop bij Lia zou kunnen omdraaien waardoor zij weer van Viktor zou gaan houden en met hem zou kunnen vrijen.

Sterker nog Lia zou dat zelf ook niet kunnen. Dergelijke gevoelens lieten zich niet afdwingen en dat moest zij ook niet proberen.

Deze judo-houding, die toch ook op veel realiteit was gebaseerd had onmiddellijk succes. Lia begon aan de therapeut te trekken: ze zouden toch klein kunnen beginnen. Zij zou toch kunnen proberen voorbeelden, waaruit het leek alsof ze een ingewijde in de zelfperceptietheorie was. De therapeut bleef sceptisch, maar liet zich overhalen. Met dien verstande, dat rechtstreeks werken aan gevoelens en sex voorlopig niet zou gebeuren. Het voorlopig behandelingskontraakt werd: kijken wat er zou gebeuren als zij iets meer dan voorheen aan elkaar zouden laten weten wat zij wel of niet prettig van elkaar vonden. Elke vorm van sexueel contact werd voorlopig buitengesloten. Dat zou pas weer ter sprake komen als Lia daar uit zichzelf behoefte toe rapporteerde.

2.2 De eerste behandelingsfase

Het behandelingskontraakt werd stipt nagekomen. Viktor en Lia deden trouw hun best met het turven van irritaties, het voeren van gesprekken in rondes en het afsluiten van kleine gedragskontrakten. Sex kwam niet aan de orde. In deze eerste fase, van zo'n vijf zittingen gebeurde dan ook weinig schokkends. Het was - voor de therapeut en voor Viktor en Lia - afwachten geblazen.

/ hier en daar wat extra aardig tegen Viktor te doen. Zij gaf een aantal

Het geduld werd tegen het einde van deze fase steeds meer beloond. Lia begon haar onvrede uit te spreken. "We zouden toch kunnen beginnen met wat aan de sex te doen". Nadat de therapeut dit nog een tijdje had tegengehouden teneinde Lia de gelegenheid te geven goed te onderzoeken of zij daar wel werkelijk aan toe was, werd besloten hiertoe dan toch over te gaan. Dit luidde de volgende fase van de behandeling in.

2.3 De tweede behandelingsfase: sex-therapie en individuele klachten van Lia

Wat betreft de sex-therapie werd begonnen met de eerste stappen van een Masters & Johnson-achtig programma. Daarbij was vooral belangrijk dat het initiatief bij Lia moest liggen. Er werd allèen geoefend en gevreeën als zij aangaf er zin in te hebben.

Hoewel dit programma bevredigend leek te verlopen traden er toch enkele - gelukkige - complicaties op. De eerste was dat Lia in toenemende mate begon te klagen over eigen lichaam: te veel beharing en te weinig borsten. Daarnaast begon Lia in toenemende mate allerlei andere minderwaardigheidsgevoelens aan de orde te stellen. Deze betroffen bijvoorbeeld haar gebrek aan organisatie in huis, het "komen tot niks" en het niet durven praten met mensen.

De therapeut ging diepgaand in op de klachten. Het gezamenlijke sex-programma werd er enigszins door overschaduwd. Dat zou immers toch moeilijk uitvoerbaar zijn als Lia zich niet lekker voelde in haar eigen vel.

De "nieuwe" moeilijkheden van Lia kwamen eigenlijk wel goed te pas aangezien zij bijdroegen tot een nieuwe etikettering. Het was niet alleen meer een kwestie van "hoe aantrekkelijk vind ik Viktor?" maar ook: "hoe kan ik met mijn eigen lichaam en onlustgevoelens overweg?" De minderwaardigheidsgevoelens werden "aangepakt" met een mengeling van praten, steun, verschillende vormen van zelf-monitoring en observatie van andere personen.

Door het opstellen van fraaie schema's, en door kontrakten met de therapeut aan te gaan kwam Lia tot een voor haar bevredigende indeling van haar tijd en tot nieuwe nuttige tijdsbestedingen.

Nadat enkele zittingen het accent op Lia's individuele problemen had gelegen begon Lia, gesteund door Viktor, weer te vragen om hervatting van de sex-therapie. De therapeut wilde daarin best meegaan, hetgeen de laatste fase van de therapie inluidde.

2.3 De derde behandelingsfase: vervolg sex-therapie

Over deze fase van de behandeling hoeft weinig geschreven te worden. Zij gingen al enkele malen in de week - tegelijk - vroeg naar bed, waarbij zij dan, als Lia daar zin in had, elkaar streelden.

Het accent lag er nu op dat zij elkaar meer dan voorheen lieten weten wat zij lekker vonden of juist remmend. Het "neukverbod" dat nog uit de beginfase van de sex-therapie stamde werd ook in deze fase gehandhaafd, tot het moment dat zij het zelf doorbraken en rapporteerden fijn geneukt te hebben.

De therapie begon toen op zijn einde te lopen en werd na 11 zittingen (met vrij veel tijd tussen de laatste drie zittingen) gestopt.

2.4 Een epiloog

Bijna een jaar na afloop van de behandeling belde Lia op. Zij wilde één gesprek hebben met de therapeut alleen. Dat had zij in de eerste fase van de therapie ook een keer gevraagd. Toen had de therapeut dat geweigerd. De therapeut stemde nu toe.

In dat gesprek vertelde Lia dat het erg goed ging met Viktor en haar, maar dat ze daar niet voor kwam. Er was iets anders. Zij had een verhouding met de manlijke partner van een bevriend echtpaar. Viktor en de andere vrouw wisten daar niets van. Die verhouding was echter niet zonder problemen, omdat zij het gevoel had dat de vriend haar slecht behandelde en daarover wilde zij raad van de therapeut. De therapeut vroeg of die relatie ook voorafgaand en tijdens de therapie had gespeeld. Lia bevestigde dit. Het was de reden geweest dat zij indertijd een keer met de therapeut alléén had willen praten.

Achteraf was zij blij geweest dat dat niet was gebeurd omdat zij had begrepen dat zij best van haar vriend en Viktor tegelijk kon

houden. De therapie had met name tot dat inzicht geleid. De therapeut legde zijn motieven voor indertijd het weigeren van dat gesprek uiteen (zie diskussie) en het gesprek werd nu verder gericht op de verhouding Lia-vriend-Viktor. Uiteraard kon de therapeut niet meer doen dan met Lia enkele alternatieven op een rijtje zetten en steun en begrip uitspreken. Het gesprek eindigde positief. Lia had het gevoel er verder zelf wel uit te komen.

3. Diskussie

1. De eerste en voor de timing belangrijkste beslissing van de therapeut was de weigering om meteen en rechtstreeks aan verbetering van de affektieve en sexuele verhouding te werken. De manier waarop de therapeut dit inkleedde had bovendien een judo-achtig karakter. Ik denk dat Lia had verwacht dat de therapeut zou proberen haar ervan te overtuigen dat er mogelijkheden waren voor een betere (sexuele) verhouding met Viktor. Zij zou dan in de contramane zijn gegaan, waarbij zij dezelfde redenen zou hebben gehanteerd die de therapeut in werkelijkheid heeft aangevoerd.

De rollen waren nu omgekeerd en aangezien Lia echt niet voor niets in therapie was gegaan was zij bereid om het "spel te gaan maken".

2. Een tweede kwestie van timing betrof de duur van het niet werken aan sexuele problemen. De therapeut maakte bepaald geen haast om te beginnen met het oefenen met sex-opdrachten. Dit had verschillende positieve kanten. Ten eerste werd Lia's inzet sterk vergroot doordat zij herhaaldelijk zelf moest aandringen op het werken aan de sex. Zij kreeg een sterke betrokkenheid daarop. Een ander voordeel was dat de therapeut tijdens die eerste vijf zittingen steeds beter kon taxeren in hoeverre er kans was dat de positieve gevoelens van Lia jegens Viktor nog in die mate aanwezig waren dat het verantwoord was om verder te gaan met een sex-therapie.

Het had ook kunnen zijn dat Lia werkelijk niets meer voor Viktor voelde en dat een sex-therapie volkomen misplaatst zou zijn. In zulke gevallen lijkt het "de kat uit de boom kijken" een prima strategie te zijn.

3. De verwerking van "het geheim" kan met enige creativiteit ook in timingstermen gegoten worden.

Tijdens de therapie wilde de therapeut niet met Lia alleen praten. Een jaar na afloop wel. De aanvankelijke weigering van de therapeut was gebaseerd op de gedachte dat de informatie die Lia hem zou geven - en waarvan Viktor niets wist - alleen maar verlamvend zou kunnen werken. Hij zou opgezadeld worden met een voor de therapie essentieel geheim. Als Viktor van de inhoud niet op de hoogte gebracht zou worden, zou de therapeut een soort medeplichtige van Lia zijn geworden met weinig manoeuvreerruimte. Waarschijnlijk had hij dan Lia voor de keuze moeten stellen: kappen met vriend, vertellen aan Viktor of stoppen met de therapie. Geen van deze keuzes zou de juiste zijn geweest. Door het gesprek op dat moment te weigeren maakte de therapeut duidelijk dat het aan Lia was om te beslissen wanneer zij bepaalde dingen die tot nog toe verzwegen waren voor Viktor, aan deze zou vertellen. Doordat de keuze tussen wel en niet vertellen nu nog niet gemaakt hoefde te worden en geen konsekventies had voor de therapie kon de behandeling zich verder ontwikkelen in de richting die het meest aansloot bij Lia's eigen gevoelens jegens Viktor. Een jaar na afloop van de therapie was het voor de therapeut geen enkel probleem om het individuele gesprek te voeren. Hij was geen partij meer.

4. Ook in de tweede therapiefase speelde timing een belangrijke rol, met name in de beslissing om gedurende een aantal weken extra veel aandacht te geven aan Lia's individuele problemen en het gezamenlijke sex-programma enige tijd te stabiliseren op het al bereikte nivo. Het element van heretiketteren dat daar in school had een positief gevolg. Het leidde tot een snel succes nadat het Masters & Johnson programma in de derde fase intensief werd voortgezet.

5. Binnen sex-therapieën spelen timingskwesties altijd een rol. Hoe groot maak je de stappen? Hoe lang ga je door met één fase binnen het programma? Antwoorden op die vragen hangen af van de mate waarin de sexuele problemen een communicatieve (secundaire) ondergrond

hebben of dat het primaire sexuelle problemen zijn bij één of beide partners. Voor een wat uitgebreidere beschouwing hierover zij verwezen naar Lange & van der Hart (1978, par. 5.15).

6. Over het tijdstip waarop met het behandelen van sex-problemen gestart kan worden in een therapie zijn wel enkele algemene richtlijnen op te stellen. Slechts zelden kan er in het eerste begin van een therapie zinvol aan de sex gesleuteld worden. Meestal liggen de problemen toch (ook) in de algemeen communicatieve sector. Machtsstrijd en dat soort zaken maken dan dat een Masters & Johnson programma een lachtertje wordt. Met elkaar leren praten en omgaan is een eerste vereiste. Het preciese tijdstip waarop dan wel met de behandeling van de sexualiteit begonnen wordt is wel weer een timingskwestie die van geval tot geval beoordeeld moet worden. Soms is het zinnig om ermee te beginnen als het een beetje beter met de cliënten gaat zonder dat er sprake is van een significante vooruitgang. Verbeteren van de sexuelle verhouding kan dan gebruikt worden voor het verder sleutelen aan de manier waarop zij in het algemeen met elkaar omgaan. Soms is het beter om wat langer te wachten. De beslissing hierover kan van verschillende factoren afhangen, zoals de aard van de onderlinge moeilijkheden en ook het preciese karakter van de sexuelle problemen en behoeften.

In de twee therapieën die tot nog toe gebruikt zijn als illustratie voor timingskwesties is het Masters & Johnson programma om andere redenen dan de hierboven genoemde machtsstrijd en communicatieperikelen niet in het begin van de behandeling gestart. Bij Betty en Gerard was dat omdat eerst "gewerkt" werd aan het verleden. Bij Lia en Viktor vanwege de in punt 1 en 2 beschreven motieven. Ik denk dat slechts bij uitzondering in het eerste begin met een sex-therapie gestart dient te worden. Ik denk dan aan die gevallen waarin cliënten zichzelf aanmelden voor sexuelle problemen en er geen duidelijke problemen, in de manier waarop zij verder met elkaar omgaan, naar voren komen. Sex-therapie kan dan meteen geïndiceerd zijn, hoewel er vaak tijdens de behandeling toch andere problemen blijken te zijn, waardoor het "sex-programma" soms tijdelijk gestopt dient te worden.

7. In het artikel over mislukkingen heb ik het niet onderkennen van het ontbreken van affektie als een belangrijke faktor genoemd (Lange, 1978). Meestal impliceert het afwezig zijn van affektie dat men ook weinig inzet wenst te vertonen en zeker dat men de verhouding niet wil intensiveren. Relatietherapie is dan niet zo een zinvolle zaak. In de therapie met Lia en Viktor lag het anders. Lia had nog wel degelijk positieve gevoelens voor Viktor, maar die waren meer van vriendschappelijke dan van vrouw-man aard. De verhouding was haar zoveel waard dat ze in therapie wilde om die andere gevoelens op te wekken. Dit zal misschien niet zo erg vaak voorkomen. Maar het lijkt mij dat als dit wel het geval is, de hier toegepaste procedure en timing vaak op vergelijkbare wijze op zijn plaats zal zijn. Mijns inziens zal een therapeut dan niet te gretig aan het werk moeten gaan, maar kan hij beter een periode in lassen waarin de partner met het gemis aan gevoelens eventueel kan besluiten om toch maar niet in therapie te gaan en de verhouding te verbreken.

Referenties:

Lange, A. (1978): Mislukte therapieën. TDT, 5(3)55-72

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

Masters, W.H. & V. Johnson (1970): Human sexual inadequacy.
Little Brown. N. York.

Gezinstherapeuten beschouwen over het algemeen niet het symptomatische gedrag van één gezinslid als het probleem, maar het geheel aan interacties waarvan dat gedrag deel uitmaakt. Dit gezinsprobleem valt te omschrijven als een vicieuze cirkel. Weakland (1977, p. 24) merkt bijv. op: "problems consist most basically of vicious circles, involving a positive feed-back loop between some undesired behavior and inappropriate efforts to get rid of it."

Wanneer de therapeut aan de "geïdentificeerde patient" diens symptomatisch gedrag voorschrijft, is dat één manier om de vicieuze cirkel van gezinsinteracties te doorbreken. Een vergelijkbare, maar waarschijnlijk sterker werkende, techniek is het voorschrijven aan alle gezinsleden om hun respektieve bijdragen aan de vicieuze cirkel uit te voeren (vgl. Papp, 1977; Selvini Palazzoli et al, 1977; Rabkin, 1977). We kunnen hier spreken van het systeem voorschrijven.

Bij Papp (1977) vinden we een fraai voorbeeld van het voorschrijven van het systeem. Het betreft een gezin met de ouders beiden begin 40, de dochter Debbie (15) en de zoon John (12). John is de geïdentificeerde patient. Hij schijnt zich onmogelijk te gedragen: mishandelt de hond, schopt gaten in de muur, pest z'n ouders. Hulpverlening eerder heeft niets verbeterd. Papp identificeerde de volgende vicieuze cirkel: "The more John misbehaved, the more helpless mother became, the harsher father became; the harsher father became, the more John misbehaved; and the more John misbehaved, the more helpless mother became and so on. John was thus preserving the balance of power in the marriage through his misbehavior. Father could be strong and mother could be weak. Debbie contributed to this by fighting mother's unfright battles with father".

Papp overlegt met kollega's achter de doorkijk-spiegel over de vraag hoe dit patroon doorbroken kan worden. Men adviseert haar het systeem voorschrijven in plaats van een meer direkte en ^{Kongru}komplexe aanpak.

"Returning to the session I thold this family that the group was concerned that I was exploring their family roles in such a way as to imply they could change them and the group felt this would be wrong. They feel that it is very important for you, Mrs. W., to continue to act helpless and incompetent because that gives your husband a real opportunity to protest you and to be strong and show that he cares. This is very important as it would upset

the balance of your marriage if you should change this. And we feel it's important for you to continue to be the bad guy, Mr. W., because if you didn't Debbie and John would begin to fight with their mother and that would be very upsetting for everybody (Debbie denies this). And John, they feel that you have been provoking mother to get her to try and to take over more and become the strong woman you know she is, but we feel that's not such a good idea because then Dad would be out of a job and he can't take that. He can take being the bad guy and if you all get out of this roles it would be upsetting to everybody in the family."

Overigens bestaat de interventie van Papp niet 100 % uit het voorschrijven van het gezinssysteem. Het inadekwate patroon tussen beide ouders wordt wel voorgeschreven - een paradoxale opdracht - maar John, de "geïdentificeerde patiënt", wordt op subtiele wijze gesuggereerd om zijn aandeel aan de bestaande vicieuze cirkel op te geven.

Systeem voorschrijven kan ook aangewezen zijn in partnerrelatietherapie; m.n. als de partners niet bij machte zijn een frustrerend patroon van ruzie maken te doorbreken en een kongruente therapeutische aanpak van kleine stappen en gedragskontrakten waarschijnlijk geen succes zal hebben. Het is mogelijk om het paar te adviseren in de komende week zoveel mogelijk ruzie te maken - "om er eerst goed van bewust te zijn door het opzettelijk uit te voeren, voordat je het gaat veranderen." Het is echter beter om het voorschrijven van het systeem aan een bepaalde tijd te koppelen. Lange & Van der Hart (1978) geven het voorbeeld van partners, die vonden dat ze te veel tegen elkaar schreeuwden. De therapeut sprak met hen een vaste tijd af, van acht tot half negen 's-avonds, waarop zij al hun irritaties van die dag zo hard mogelijk tegen elkaar zouden uitschreeuwen. Daartoe moesten beiden gedurende de dag van hun eigen irritaties notities maken. Buiten het half uur mochten ze geen ruzie maken. Beiden rapporteerden tijdens de volgende zitting een plezierige en rustige week. Het schreeuwen hadden ze geprobeerd, maar het was hen nooit gelukt het half uur vol te maken. De rest van de tijd was het helemaal rustig geweest. De therapeut sprak toen met hen af om het half uur tot 20 minuten terug te brengen. De opdracht werd gedurende een aantal weken gehandhaafd, totdat het patroon van ruzie maken grondig gewijzigd was.

Volgens Van der Hart & Defares (1978) zijn paradoxale benaderingen vooral op hun plaats in de eerste fase van de behandeling van

zgn. B-type gezinnen of paren. Dat zijn sociale systemen, die gekenmerkt worden door overwegend indirecte, inkongruente en inkonsistente communicatie, een "geïdentificeerde patient", een taboe op meta-communicatie en een rigide structuur. In bovengenoemd voorbeeld was geen sprake van een duidelijk B-type paar. Zou dat wel het geval zijn geweest, dan had de therapeut niet moeten verbieden om buiten het afgesproken half uur ruzie te maken. Hij had man en vrouw dan moeten suggereren om vooral op de tijd die hun het beste uitkomt, van acht tot half negen, sterk ruzie te maken.

Ook bij andere natuurlijke groepen dan het gezin kan het systeemvoorschrijven op z'n plaats zijn. Van der Hart & Rubinstein (1972) pasten deze techniek herhaaldelijk toe in hun training van leer- groepen op een sociale academie. Deze groepen vertoonden sterke overeenkomsten met B-type gezinnen. In een van deze groepen werd in de "evaluaties" alles wat er daarvoor in of door de groep gedaan was ontkracht. Nooit deugde er iets van. Om dit patroon te doorbreken, opende een van de trainers een bijeenkomst met een voorbereidend praatje: "Zoals we allen weten, wordt er in vele groepen aan het eind van een taak of bijeenkomst geëvalueerd. Wij allen hebben dit meermalen ervaren. Ook in deze groep hebben wij deze ervaring opgedaan. Daarom hebben wij (de trainers) het idee, dat jullie allen, wanneer je erover nadenkt, weten wat er waarschijnlijk gezegd zal worden in de evaluatie van deze bijeenkomst, aan het eind van de middag. Wij geven jullie daarom de suggestie om nu reeds deze zitting te evalueren, zodat we de rest van deze zitting kunnen afmaken zonder onderbreking".

Hierop gaf een groepslid aan, dat het een slechte zitting was geweest, omdat men weer niet gezegd had, wat men had willen zeggen. De trainer vroeg: "Wat had je willen zeggen?"

Het vervolg van deze bijeenkomst had een veel intensiever en konstruktiever karakter dan anders en er was aan het einde van de zitting geen gelegenheid om dat te ontcrachten. Later werd gekonstateerd dat die zitting het keerpunt van de groep was geweest.

Diskussie

Met de uitdrukking " systeem voorschrijven " wordt bedoeld dat de therapeut alle gezinsleden hun respektieve gedragingen voorschrijft, die met elkaar de vicieuze cirkel vormen waarvan het symptomatisch gedrag van de "geïdentificeerde patiënt" deel uitmaakt. Over deze benaming is verschil van mening mogelijk. Ik heb ook gedacht aan "het voorschrijven van een vicieuze cirkel", maar vond dat wel aanduiden waar het om gaat maar niet fraai klinken. Van Dijck (1978) suggereerde "sequentie voorschrijven", maar dit vindt slechts in bepaalde gevallen plaats. Soms schrijft de therapeut letterlijk voor dat A eerst haar gedrag uitvoert en vervolgens B het zijne, enzovoort. In andere gevallen is de opdracht globaler en worden slechts de rollen voorgeschreven.

Hieruit volgt voorlopig, dat we het systeem voorschrijven kunnen onderverdelen in sequentie voorschrijven en rolgedragvoorschrijven. Ik ben er van overtuigd dat daarmee het laatste woord nog niet gezegd is.

Referenties

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

Hart, O. van der & T.H. Rubinstein (1972), Groepstraining en systeembenadering. In: K.J. Nijkerk & Ph. H. van Praag (red.), Groepswerk. Samson, Alphen a/d Rijn.

Hart, O. van der & P.B. Defares (1978) Gezinstherapie 1978. In: Hulpverleners en veranderen. 2e editie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

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

Papp, P. (1977), The family who had all the answers. In: P. Papp(ed) Family therapy: full length case studies. Gardner Press, New York.

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

Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G.F. Cecchin, G. Prata (1977), Paradoxon und Gegenparadoxon. E. Klett, Stuttgart.

Weakland, J.H. (1977), "OK - You've been a bad mother." In: P. Papp (ed.), Family therapy: full length case studies. Gardner Press, New York.

Dijck, R. Van (1978), Persoonlijke mededeling.