

# de koningin

Tijdschrift voor Directieve  
Therapie

Jrg.6 Nr.2

Oktober 1978

kees

for



INHOUD

---

Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Alfred Lange	Behandeling van verslaafden aan "hard drugs"	12
Leen Joele	Over het voorschrijven van sportbeoefening	32
Kees Hoogduin	Over het nemen van beslissingen	47
Richard Van Dijck	Humor in therapie	58
	Over paradoxen: werkplan	63
Onno van der Hart	Hypnotherapie: een inleiding	64
Kees Hoogduin	Hypnotherapie bij een eetfobie	83
Richard Van Dijck, Joep van der Linden & Anke Meijs	Directieve therapie op een psychiatrische universiteits <sup>poli-</sup> kliniek	89
Richard Van Dijck & Onno van der Hart	Geleide fantasie en metaforen in hypnotherapie	95
Kees Hoogduin	Te veel en te weinig	107
Dick Oudshoorn	Strategische gezinstherapie	113
Onno van der Hart & Kees van der Velden	Beeldspraak	124

---

OMSLAG: Cathy en Stef Van Dijck

---

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

---

Ditmaal een slechts *globaal* grappig Ten Geleide. Dat maakt het ons overbodig bij U te informeren wat U *speciaal* heel erg leuk vond en geeft ons bovendien voldoende gelegenheid ons verder bezig te houden met de promotie van ing. O. van der Hart, van of voor wie wij paranimf zijn op de 22ste november, wat o.m. maakt dat wij naarstig moeten zoeken naar een stel liefst niet te veel gedragen zwarte schoenen (maat 46), want modehuis Sloos levert wel degelijk op maat gebrachte rokcostuums, maar geen schoenen en ook geen manchetknopen.

Modehuis Sloos! O, wij weten zeker dat U er geen enkele moeite mee zou hebben om aan te geven wat U *speciaal* leuk vond aan dit Stuk wanneer wij U zouden mededelen wat ons in het contact met dit Modehuis is overkomen! Als U onze maten zou weten! En zou weten hoe of dat de heer Sloos reageerde op de kennisneming van onze maten! Onze partner heeft in elk geval enkele ~~spannende~~ ~~ogenblikken~~ doorgebracht met het opnemen van de lengte van de binnennaad van onze spijkerpantalon, van welk soort van activiteit wijzelf overigens vnl. hilarisch en ook wel zenuwachtig worden.

Enfin, hierover gaat ons Ten Geleide niet.

Ook niet over de uitgave van *Overgang en bestendiging* die ons zoëven bereikte. Wij spreken daarover nog wel op de voornoemde datum: 22 november a.s.

Neen, dit Ten Geleide is gewijd aan Het Boek en Dit Nummer.

#### *Het Boek*

N.a.v. het verschijnen van Het Boek werden, zoals U weet, de redacteurs Dijkje en Velden geïnterviewd door een starreporter van NRC/Handelsblad. Wij wezen daar reeds op. Hoewel de verkoop dankzij dit vraaggesprek tot ongekende hoogten werd opgestuwd, was niet iedereen enthousiast. Bijv. niet mevrouw Els Brummer. Zij schreef:

...in het rug te ge  
...blijgbaar? nooit langer  
dan je erin kijkt. Het verschil tu  
sen een spiegel en een schilderij is,

## Therapie

Met belangstelling las ik het stuk over directieve therapie (Z-bijvoegsel 17.6.78). Twee vertegenwoordigers van de richting, de heren R. van Dijck, psychiater en K. v.d. Velden, psychotherapeut, gaven uitleg.

In eerste instantie dacht ik dat het hier een nieuw uitgedachte behandelingsvorm voor apen betrof. Neen, het bleek een nieuwe therapie te zijn om „de mensen uit de lagere maatschappelijke klassen” te verlossen uit hun geestelijke nood. De gangbare therapieën zouden - zo las ik - niet toepasbaar zijn op deze categorie mensen. Ondermeer het intelligentieniveau zou te laag zijn. Nu meen ik de onbescheidenheid te mogen

hebben op te merken dat het toch nog niet bewezen is dat milieu en intelligentie iets met elkaar te maken hebben, hooguit met een verschil in kansen om zich te kunnen ontwikkelen.

Verder vond ik de opmerking van de heer v.d. Velden ook niet zo geslaagd. Hij vertelde ondermeer: „ze laten me soms foto's zien van hun volkstuin of van hun kinderen”. Ach wat aardig hè mijnheer v.d. Velden, dit vertrouwen van de eenvoudige mens. Ook de theorie rondom het coitus-verbod mag er zijn. Deze „kleuters” begrijpen immers alleen geboden en verboden. Hoe het écht in elkaar steekt dat begrijpt alleen God de therapeut. Je zult door dit soort hogepriesters gered moeten worden, je zou er gefrusteerd door raken!

ELS BRUMMER

Bussum.

BRIEF

NRC/Handelsblad 8/7/78

Wat een bikkelharde kritiek!

Zelf zouden wij enigermate uit het veld zijn geslagen door zo een scherpe aanval, maar redacteur Velden niet. Lees maar wat hij 't mens antwoordde:

Kees van der Velden, Beatrijsstraat 53, Rotterdam. Telefoon 774801

Aan mevrouw Els Brummer  
BUSSUM

Rotterdam, 11 juli 1978

Geachte mevrouw Brummer,

Ik kon niet zo goed wijs uit Uw ingezonden brief in NRC/Handelsblad van 8 juli jl.

U schrijft dat Van Dijck of ik beweerd zouden hebben dat de intelligentie van mensen uit lagere maatschappelijke klassen dermate gering is, dat deze mensen niet in aanmerking komen voor gangbare psychotherapie. Ik heb het interview nogeens grondig doorgelezen, maar een bewering van deze strekking heb ik niet kunnen terugvinden. (U en ik hebben toch wel eenzelfde tekst onder ogen gehad?)

Ook begreep ik niet welk bezwaar U ertegen heeft dat cliënten foto's van hun volkstuin tonen, c.q. dat ik daar melding van maak. Het is toch vaak erg gezellig om mekaar foto's te laten zien? In het interview heb ik ook geen letter kunnen vinden over 'kleuters', terwijl mij tevens is ontgaan waar Van Dijck en ik over 'geboden en verboden' reppen. Kortom, zoals ik reeds zei, ik kon niet goed wijs uit Uw brief.

Wat mij wel duidelijk werd is dat U zich enigermate geërgerd hebt aan mevrouw Huismans artikel, en U zult wel willen geloven dat ik dat jammer vind.

Onze bedoeling was immers niet om mensen tegen ons in het harnas te jagen, maar juist om te bereiken dat bij de lezer een zekere sympathie of in ieder geval welwillendheid jegens de directieve therapie zou groeien. Nou, dat is bij U niet goed gelukt!

Wanneer U overigens bezwaren/suggesties van meer zakelijke aard met betrekking tot de directieve therapie mocht hebben, dan houd ik mij daarvoor graag aanbevolen. Zelf had ik als bezwaar tegen het stuk dat te zeer de suggestie werd gewekt dat iederéén met directieve therapie in een paar gesprekken opknapt. Zolang dat niet het geval is lijkt een kritische bejegening mij zeer op zijn plaats.

Met vriendelijke groet,

Hoogachtend,



Hier had 't wijfje niet van terug.

Merkt U overigens hoe deze redacteur hier weer de Domme August uit-  
hangt? Over subassertiviteit gesproken!

Evenzeer gaf aanleiding tot ergernis de heer Alex Korzec, die Het Boek mocht recenseren voor de Documentatiebladen van de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie.

'"Directieve therapie" van Onno van der Hart en anderen' heet het al in de redactionele aankondiging. U begrijpt dat wij knarsetandden! Alsof ing. Hart reeds niet ruim voldoende van ons geprofiteerd heeft! Nou ja, dat kunnen we Korzec niet aanrekenen misschien. Maar dan de bespreking zelve!

DOCUMENTATIEBLADEN van de NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GROEPS-PSYCHOTHERAPIE

redactie: Co Bleeker  
Bien Filet  
Gerard Jacobs  
Rob Tiesselinck

redactieadres:  
Van Baerlestraat 46  
1071 AZ Amsterdam

bibliografie en technische verzorging:  
Gerard Schwencke

administratie:  
Korenbloemlaan 3  
2343 VA Oegstgeest

assistente: Aleid Bijlmer-Antons

produktie : Type- en kopieerinrichting VAN DER LINDEN, Leiden

=====

Jaargang 12, no. 4

september 1978

af1. 54

=====

VAN DE REDACTIE

Zomernummers zijn traditioneel niet dik; U moge zelf beoordelen in hoeverre gebrek aan volumen deze keer door kwaliteit gecompenseerd wordt. Naast de gebruikelijke aanvulling van de titels van boeken en tijdschriftartikelen over groeps- en gezinspsychotherapie van Gerard Schwencke, bieden we u deze keer drie boekbesprekingen. De recensie van "Directieve therapie" van Onno van der Hart en anderen past op het eerste gezicht niet in de Documentatiebladen, omdat het boek over een vorm van individuele psychotherapie handelt. Met de overweging, dat de methode veel besproken wordt en in principe niet ongeschikt is om in groepen te worden toegepast, heeft de redactie Alex Korzec gevraagd en bereid gevonden het boek te recenseren.

INHOUD VAN DIT NUMMER

AANWINSTEN van bitliotheken en nieuwe boektitels A 46- 47

BOEKBESPREKINGEN

- Directieve therapie; o.red.v. K.van der Velden  
(rec. A.Korzec) B 198-199
- Group counseling and group psychotherapy with  
rehabilitation clients; ed. by M.Seligman  
(rec. J.A.C.Bleeker) B 200
- No single thread; psychological health in family  
systems; by J.M.Lewis, e.a.  
(rec. M.de Winter) B 201-204

DOCUMENTATIE

- Bibliografie 1977 (vervolg) D 1977 - 17- 18
- Bibliografie 1978 (vervolg) D 1978 - 2- 5

Directieve therapie; onder red. van Kees van der Velden; met bijdr. van Richard van Dijck, Onno van der Hart, Kees Hoogduin; e.a. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977. 365 blz. ISBN 90 6001 428 6. Prijs: f 39,50.

In een boek over Anatole France vertelt iemand aan de schrijver, Michel Corday: "Il y a trente ans, les modes féminines étaient bien cruelles pour les amants. Les robes avaient quatre-vingt boutons".

De therapiemode, dat schrijven ook de auteurs van het hier besproken boek - Directieve therapie - heeft een onafzienbaar aantal recente boeken en tijdschriften geproduceerd met een onnodig aantal uiteenlopende richtingen. Het in 1977 verschenen boek met bijdragen van acht therapeuten lijkt, uitgaande van de titel, een overtollige reactie op non-directieve richtingen in de psychotherapie op een moment dat Rogers en anderen al meerdere jaren ervan teruggekomen zijn.

Bij verder lezen dan de titel blijkt het boek echter ambitieuzer.

In het eerste hoofdstuk wordt de directieve therapie gedefinieerd volgens 5 kenmerken:

1. De therapeut geeft de cliënt; aanwijzingen of directieven.
2. Het aantal zittingen wordt beperkt gehouden.
3. Therapeut en cliënt 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.

Alleen het eerste en laatste kenmerk lijkt mij origineel, vooral het laatste als men het verduidelijkt: "Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt, in deze situatie? Dit houdt in dat hij (de therapeut) nu eens gebruik maakt van analytische gezichtspunten, dan weer van leertheoretische noties, of inzichten uit de gezinstherapie...."

Welnu dit lijkt een ondogmatische start om verder te kijken wat er werkt in (directieve) therapie en welke onspecifieke technieken als een soort superstitious conditioning ingeslopen zijn; en ook om te onderzoeken waarom adviezen eigenlijk werken, je zou denken mensen krijgen adviezen genoeg.

Het boek is ontstaan uit een verzameling van een dertigtal korte artikelen. Met enig geweld aan de logica en de inhoud zijn ze ingedeeld in vier hoofdstukken, een soort theoretische oriëntatie, behandeling van specifieke problemen, specifieke benaderingen en wat technologische richtlijnen met, zoals gebruikelijk bij psychotherapeutische technologieën, meer don'ts dan do's.

Er staan enige zeer goede, soms briljante artikelen in het boek, die praktisch direct toepasbaar zijn. Ik heb vooral genoten van de verhalen over rituelen van Onno van der Hart en van het zeer duidelijke artikel over behandeling van hyperventilatie van Kees Hoogduin. Ook de verschillende stukken over hoe met onmogelijke opdrachten sommige patienten beter kunnen worden, zijn zeer inspirerend.

Het verbaast me niet bij het lezen van de personalia dat de meeste schrijvers op S.P.D.'s en poliklinieken werkzaam zijn en uit veel blijkt hun ervaring en contact met honderden patienten.

Het is vooral een praktisch boek, dat je meer op nieuwe ideeën kan brengen dan dat het uitlegt waarom het werkt. En dat is tegelijk wat ik in het boek mis, een beter gefundeerde theorie.

Hans Strupp schrijft terecht dat de moderne therapeut zich onderscheidt van de heler en de shaman doordat hij naast het primaire doel, het bereiken van resultaten, ook wil begrijpen waarom de interventies werken.

Het zou onjuist zijn te beweren dat de schrijvers dat niet doen, maar het is m.i. niet voldoende of overtuigend.

Vele schrijvers leunen zwaar op alles wat Haley heeft geschreven, maar Haley is meer een briljante satyricus dan een theoreticus en meer een profeet dan een tekstuitlegger.

Het verhaal over strategieën van de Chinese generaal Sun Tzu vond ik prima, maar vooral als een soort Erickson-achtige metafoor die de bedoeling heeft iets te suggereren, maar niet om iets duidelijker te maken.

Door het hele boek is er trouwens een onterechte nadruk op de machtsstrijd-aspecten van de therapieinteractie en er staat te weinig over de bij de directieve therapie nog meer noodzakelijke methoden om vertrouwen te kweken. Ik ben het ook niet eens met raedgevingen zoals dat de therapeut, indien mogelijk, op een iets hogere stoel dan de cliënt moet gaan zitten. Het niet bespreken van de basishouding van de therapeut is méér dan eenzijdigheid. Een geringere tekortkoming vond ik het ontbreken van verwijzingen naar Nederlandse literatuur over dit soort therapieën (bijvoorbeeld van Renterghem en ook Carp's Suggestieve Behandelingsmethodes en het suggestieve element in de psychotherapie).

Toch vond ik het een sympathiek en inspirerend boek en als conclusie zou ik de samenvatting van de schrijvers over een boek van Kempler willen aanhalen: 'De theorie is vrij zwak maar als praktische richtlijn.... zeer leerzaam'.

Alex Korzec

Ach, misschien bent U eigenlijk wel tevreden met zo een soort van verhaal, bedenken wij ons. Maar wij zijn het niet. Natuurlijk bevat Het Boek briljante hoofdstukken, zeker is het inspirerend, ongetwijfeld is het sympathiek. Maar dat gezeur over theorie! Lezer! Denkelijk zal de mensheid nog enige tijd bestaan en zal gedurende die periode nog het een en ander ondernomen worden om het menselijk gedrag te beïnvloeden. Waar wij op Bie-achtige wijze witheet over kunnen worden, dat is over de pretentie van dit soort van recensenten dat het mogelijk zou zijn met een soort van sluitende theorie de beïnvloeding van het menselijk gedrag in kaart te brengen! Alsof wij de mensen kenden! Alsof wij of zij even zouden kunnen zeggen hoe of dat Het Zit! IJdelheid, najagen van wind, zo denken wij met de Prediker. Stellige dingen zeggen over waar we niks van weten, dat is in de mode, i.p.v. van tijd tot tijd eens iets uitproberen en constateren dat het niet gek ging.

Wij stoppen hierover.

De uitgever zit (niet) stil.

Hieronder vindt U de correspondentie tussen Lambertus Verlag en Van Loghum. Wellicht komt het tot een Duitse uitgave.



Met vriendelijke groeten

(om u op de hoogte te houden van de ontwikkelingen hierbij kopieën van de laatste correspondentie betreffende een mogelijke Duitse vertaling van 'Directieve therapie'. Misschien hebben we na de Messe beter nieuws)

*Diet Bredenoord*

Van Loghum Slaterus bv

Deventer  
Geert Grootestraat 4  
Telefoon 05700-1 08 11  
Postbus 23

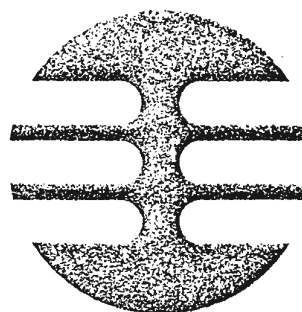
LAMBERTUS  
VERLAG GMBH

LAMBERTUS VERLAG 78 Freiburg · Postfach 1026 · Sternwaldstr. 4 · Tel. 70721/22

Mrs. Arendina Bredenoord  
Foreign Rights  
Van Loghum Slaterus BV  
Postbus 23

Deventer

Holland



Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Tag
ab	Aug. 14, 1978	di	September 29, 1978

Dear Mrs. Bredenoord,

Referring to your a.m. letter we should like to ask you to reserve the option on

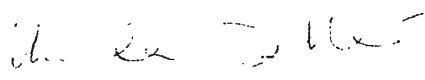
Kees van der Velden: Directieve therapie

for us furthermore. Unfortunately we didn't receive an answer from our expert nor we have the book. So we should be very much obliged to you if you could send us a further reading copy.

Thanking you for your kind co-operation, we are, with  
best wishes

Sincerely yours,

LAMBERTUS-VERLAG GMBH  
i.A.



(Ursula Dittmar)

Registergericht Freiburg Nr. HRB 56  
Geschäftsführer: Dr. Lioba Knöbber

Bankverbindung: Bad. Komm. Landesbank Freiburg 41084  
Postscheck: Karlsruhe 30218-752 · Basel 40-23972 · Wien 7569.513

The Netherlands

Lambertus Verlag GmbH,  
Ms. Ursula Dittmar,  
78 FREIBURG.  
Postfach 1026.  
Deutsche Bundesrepublik

October 5, 1978.

db

9

Dear Ms. Dittmar,

Further to your letter of September 29 I herewith send you another copy of Van der Velden/'Directieve therapie'. Maybe we could discuss the matter further during the Frankfurt Bookfair? Our standnumber will be: 94 44.

With kind regards,

Yours sincerely,

Van Loghum Slaterus bv.

Arendina Bredenoord,  
Foreign Rights.

encl.

Nóg een exemplaar van Het Boek gratis weggegeven! Als het zo doorgaat halen we een derde druk zonder dat U of wij er iets wijzer van worden! Hoe of het met de verkoop staat op dit moment weten we overigens niet. We moeten dat nog vragen aan de heer Drabbe. Maar we willen liever niet nog weer eens een keer te laat zijn.

*Bij Dit Nummer*

Lange opent met de beschrijving van de behandeling van een jongen uit de scene. Innoverend thema, vandaar dat-ie als nummer 1 mocht komen.

Bij herlezing vonden we 't stuk extra goed.

Joele's bijdrage leidde bij ons tot hypochondere overwegingen, terwijl we 't stuk toch heel juist en to the point vonden. We zijn weleens bang dat wanneer de Hart-Joele-stroming binnen onze Beweging de overhand mocht krijgen, er voor personen met een meer decadente aanleg geen plaats meer overblijft.

Kal schrijft over een thema dat ons allen regardeert en waartoe wij zo zelden komen: 't nemen van beslissingen. Ook alweer een aanleiding voor ons om ons enigermate insufficiënt te gevoelen.

Lezer, belasten wij U intussen niet te zeer met onze sores? Neen? Dan gaan we door.

Heel erg hebben we moeten lachen om het artikel van Dijck dat Humor in therapie heet. Het is ontspannend te lezen dat nergens in dit stuk een Positieve Levensinstelling, Onthouding, Sport, Besluitvaardigheid, Concentratie of Volwassenheid wordt aanbevolen! Heerlijk, Dijkje!

Met zijn Werkplan over paradoxen opent dezelfde redacteur een mogelijkheid waarvan wij gaarne gebruikmaken: hij kondigt aan iets te schrijven zonder datgene waarover hij wil schrijven alreeds onder woorden te brengen. Lof.

Terwijl redacteur Dijck zijn proefschrift over hypnose voorbereidt, zit Hart niet stil. Hypnotherapie, een inleiding, heet zijn bijdrage. 't Stuk bevat wel wat fouten, maar de toegevoegde lijst van errata neemt er in elk geval een paar weg. Misschien kan Dijck dit stuk gebruiken voor zijn dissertatie?

Ook Kal schrijft over hypnotherapie, en wel n.a.v. een probleem waarvan wij zouden wensen dat wij het t.a.v. de Drank hadden. 't Is niet direct een stuk waarvoor feministes warm zouden lopen, maar daar is het dan ook niet voor geschreven.

Dijck, Linden en Meijs beschrijven de toestand op de Jelgersmapoli. 't Is een gedegen stuk. Wij zijn er trots op supervisor van deze poli genoemd te mogen worden.

In Geleide fantasie en metaforen in hypnotherapie wordt onze aandacht andermaal gevestigd op datgene waarin wijzelf zo jammerlijk falen maar waarvan wij tezelfdertijd zo intens genieten: de toestand van ontspanning en rust welke zich mededeelt aan degenen die erin slaagt zich met succes aan de procedures van Dijck & Hart te onderwerpen.

Binnenkort komen wij met een authentieke bijdrage van onszelf op dit onderwerp terug.

Kal levert een aanvulling op Joele's eerdere bijdrage over dwang;

wellicht kunnen de heren hun ideeën bundelen?

In Strategische gezinstherapie leren wij Oudshoorn als spreker kennen. Van diverse zijden mochten wij vernemen dat onze vriend ongemeen veel lof oogstte met zijn lezing, terwijl er ook het een en ander werd afgelachen. Men kan zich dit voorstellen. Zeer goed is het volgens ons dat hij nogeens propaganda maakt voor het door Dijk ontworpen schema voor de classificatie van gezinssystemen. Wij zijn van mening dat dit schema minder aandacht heeft gekregen dan het verdient.

Of vindt U nu dat wij te veel op de hand van Dijkje zijn?

Dat pleit voor U!

Ten slotte komen Hart & Velden met een eerste, weliswaar doorwrochte maar tegelijk toch uiterst summiere bijdrage over Beeldspraak.

Mooi thema, maar 't lijkt of de jongens er niet helemaal goed mee uit de voeten kunnen.

Solliciteren zij naar een mede-auteur?

Lezer, wij wensen U het beste toe.

't Is weer een dik nummer, 't is weer een goed nummer.

Och, mocht het ons gelukken ooit de juiste slotzin voor het Ten Geleide van zo een nummer te vinden!

*De Hoofredacteur*

igen : beh. v. een ~~wash~~ ~~aan~~ ~~aan~~ 500

leer: door ontkenning ~~van~~ van 70 levig  
medes vermedig pakt  
be is Heer van tijd die cad-kt  
erom → soort 'frappé'

Behandeling van verslaafden aan 'hard drugs'

Alfred Lange

1. Inleiding

Over de manier waarop men kan proberen personen, die verslaafd zijn aan 'hard drugs', te helpen van hun verslaving af te komen zijn vele opvattingen bekend, die niet allemaal met elkaar in overeenstemming zijn. Men kan denken aan de maatschappelijke benaderingen, die er van uitgaan dat individuele behandeling nauwelijks zin heeft, zolang de sociale kontekst blijft zoals die momenteel is. Met die sociale kontekst wordt bedoeld: de sfeer van criminaliteit rondom de addictie (Cohen, 1975). De hoge prijs van de heroïne, de raakvlakken met de onderwereld, de noodzaak voor de 'junk' om te stelen, zijn allemaal onderling gerelateerde factoren die bijdragen tot een vicieuze cirkel waarin het maatschappelijk isolement van de verslaafde steeds verder toeneemt en de kans op 'afkicken' steeds kleiner wordt.

Weinigen zullen de relevantie van de maatschappelijke factoren ontkennen. De vraag is echter of men - zelfs al is er in de wet en maatschappelijke structuur nog niets veranderd - niet toch kan proberen om verslaafden te helpen van de verslaving af te komen. Diegenen, die deze vraag bevestigend beantwoorden zijn het bepaald niet eens wat betreft de aanpak.

Zo onderscheidt van Epen (1977) naast het 'maatschappij-critische model' nog drie andere modellen voor de hulpverlening aan verslaafden: het somatisch-medisches model, het psychiatrisch model, het gedragstherapeutisch model en het aanvaardingsmodel. De verschillen tussen deze benaderingen bevinden zich voor een deel op de 'zacht-hard' dimensie. De voorstanders van aanvaarding pleiten voor het vrijgeven van hard drugs; het niet als wettelijk strafbaar stellen. Een verslaafde heeft het recht om verslaafd te zijn. Daardoor wordt de maatschappelijke positie van de verslaafde verbeterd met een eventuele kans om de vicieuze cirkel te doorbreken. Deze benadering leunt dicht tegen het maatschappij-critische model aan. Alle andere modellen zien de verslaafde als een patiënt.

psand. model



(b)

De opvattingen over de oorzaak van de 'ziekte' en aard van de behandeling verschilt echter. Volgens het 'medisch psychiatrisch model' moet men de oorzaken van verslaving in traumatische ervaringen in de jeugd zoeken. Behandeling dient dan ook daarop en niet symptoomgericht te zijn. Dit zou men een 'zachte' benadering kunnen noemen aangezien de verslaafde geen verantwoordelijkheid hoeft te dragen voor zijn gebruik van drugs. Zolang de psychiater zijn trauma's niet heeft weggewerkt kan hij het immers toch niet helpen.

De gedragstherapeutische aanpak is wat harder. Van Epen denkt daarbij vooral aan aversie-therapie en geeft dan ook de Emilie-Hoeve als voorbeeld. Ik vind dat jammer aangezien daarmee een karikatuur van de gedragstherapeutische mogelijkheden wordt gegeven. Belangrijker dan straffen is het creëren van alternatieve responsen met behulp van selectieve bekrachtiging, en het toepassen van een cognitieve benadering, waarbij het creëren van een ander - positiever - zelfbeeld centraal staat. Wel korrekt is de konstatering van van Epen dat in het gedragstherapeutisch model de verslaafde meer eigen verantwoordelijkheid wordt toegekend dan in het psychiatrisch en het medisch-somatisch model.

Hoe groot de verschillen in aanpak ook zijn, over één aspect is men het eens: de kans op succes is gering. Het aantal verslaafden dat met behulp van therapeuten van hun verslaving afkomt is bijzonder klein (d'Anjou, 1978).

In dit artikel wil ik een lans breken voor een nieuwe aanpak, die gebaseerd is op integratie van leertheoretische beginselen (kleine stap, zelfbeloning, beloning door anderen) en hypnose.

Er zijn twee redenen om bij behandeling van verslaving aan hypnose te denken. Ten eerste is gebleken dat sommige interventies die onder hypnose zijn uitgevoerd een sterker effect hebben dan vergelijkbare interventies zonder hypnose. Aversie-therapie onder hypnose heeft bijvoorbeeld een krachtiger uitwerking dan imaginaire aversie-therapie. Het uitvoeren van bepaalde programma's om van verslaving af te komen wordt verbeterd en de effecten ervan worden versterkt als de programma's begeleid worden door post-hypnotische suggesties.

(c)

De tweede reden waarom aan hypnose gedacht wordt als hulpmiddel, is een puur praktische. Het is te verwachten dat verslaafden aan hard drugs 'goede' subjekten zijn voor hypnose. Bekend is dat hoe vaker men in trance is geweest hoe gemakkelijker het gaat, hoe dieper men komt. De meeste proefpersonen zullen niet de eerste der beste keer in een diepe trance geraken, hetzij zij 1000 km. hebben gevlogen om door Milton Erickson himself behandeld te worden (van Dijck, Persoonlijke Mededeling).

Verslaafden zijn echter goede bekenden van bewustzijns toestanden die met trance vergelijkbaar zijn. Het is zeer wel voorstelbaar dat zij a.h.w. een aantal fasen in hypnotiseerbaarheid overslaan. Zij kennen de ervaringen, schrikken er niet van en geven zich er gemakkelijk aan over.

Het blijft natuurlijk de vraag of de causaliteit op deze manier ligt. Misschien is het andersom. Misschien zijn personen die zich gemakkelijk overgeven aan een hypnose ook wel meer geneigd tot experimenteren en zich over te geven aan veranderende bewustzijns toestanden door drugs. Het antwoord op deze 'kip of ei' kwestie is echter niet nodig om te kunnen konstateren dat verslaafden waarschijnlijk gemakkelijk in een bevredigende - voor therapeutische doeleinden funktionele - trance zijn te brengen.

De opzet van dit artikel is als volgt. In de volgende paragraaf wordt de aanmeldingssituatie van Maurice en de taxatie daarvan beschreven. Daarbij worden de overwegingen, om te trachten hem met een combinatie van gedrags- en hypnotherapie van de verslaving af te laten komen ter diskussie gesteld. Daarna wordt een overzicht gegeven van de behandeling, die verdeeld is in een aantal stadia.

Tot slot volgt een diskussie waarin o.a. wordt geprobeerd algemene karakteristieken voor deze behandelingsvorm te formuleren. Ook de indikatiestelling en de beperkingen zullen daarbij aan bod komen. Ter relativering wil ik nu alvast vermelden dat de therapie nog niet geheel is beëindigd. De redenen dat ik er toch al over rapporteer zijn puur praktisch. De behandeling is in een stadium dat het m.i. vruchtbaar is om de werkwijze ter diskussie te stellen. Ten tweede zit ik er momenteel 'goed in' zodat ik denk er gemakkelijk over te kunnen schrijven. Ten derde kan overwogen worden of deze

materie dient opgenomen te worden in Directieve Therapie II.

2. De behandeling van Maurice

2.1. De aanvangssituatie, de taxatiezitting en de eerste behandelingsfase

Maurice - 30 jaar oud - was een regelmatig bezoeker van het HUK (het 'Amsterdamse huiskamer project'). Gedurende ruim 9 jaar was hij verslaafd aan heroïne. Zijn dagelijkse dosis was tussen de 25 en 100 gulden.

Hij werkte 3 avonden per week in een nachtclub als disc-jockey, waarmee hij genoeg verdiende om van te leven als hij niet zou spuiten. Nu was het zo geregeld dat zijn verdiensten naar zijn ouders gingen. D.w.z.: zij beheerden zijn financiën teneinde te voorkomen dat alles erdoor gejaagd werd en hij alleen maar schulden maakte. Het contact met zijn ouders was goed. Hij ging er regelmatig eten, bracht er zijn wasgoed, etc. Hij kreeg f.25,00 per dag zakgeld. Dat ging sowieso naar de heroïne. Met de dosis die hij daarvoor kreeg kon hij toekomen. Maar vaak had hij zin in meer. Het geld daarvoor verkreeg hij door: het stelen van fietsen (misschien was de mijne daar ook wel bij) en het dealen in stuff en pep.

Behalve heroïne ('horse') gebruikte hij pep, op de avonden dat hij werkte, en heel af en toe coke (cocaïne). Verder nam hij elke dag, meteen na het opstaan, methadon. Zonder de methadon zou hij veel meer horse hebben moeten nemen om geen fysieke onthoudingsverschijnselen te krijgen. Maurice zag er tijdens het eerste gesprek goed uit. De therapeut complimenteerde hem daarmee. Het bleek dat hij net een paar dagen bij zijn ouders had gelogeed. Daarvan 'knap ik altijd reuze-goed op'.

In het taxatiegesprek werden ook andere facetten van het leven van Maurice besproken. Veel grote problemen naast de horse bleken er echter niet te zijn. Hooguit dat zijn ouders hem wat betuttelen. Maar daarbij konstateerde hij zelf al dat zij daar, gezien de situatie, wel gelijk in hadden. In een vroegere groepstherapie was weleens gekonstateerd dat hij te weinig kwaadheid uitte. Zelf achtte hij dat echter geen probleem. Hij kon nou eenmaal goed met mensen opschieten.

Er waren eigenlijk meer 'assets' dan extra problemen. Zoals we al zagen had hij werk en goed contact met zijn ouders. Bovendien woonde hij op een prettige étage in een huis waarin boven hem goede vrienden woonden. Van isolement was totaal geen sprake. Hij woonde weliswaar alleen, maar vond dat helemaal geen bezwaar. Hij zou geen vaste vriend willen hebben. Door het heroïnegebruik was zijn sexuele leven trouwens toch tot een nulpunt gedaald. Aan vrijen of masturberen had hij geen behoefte.

Hoopgevend voor een eventuele therapie was dat hij veel interesses had. Hij hield van lezen, TV-kijken, musea, platen draaien, etc. Allemaal activiteiten waaraan hij nu niet toekwam door zijn voortdurende jacht op geld op te kunnen 'scoren'.

Aan het einde van de taxatiezitting werd een *voorlopig behandelingskontra*kt afgesloten. Hoewel Maurice had gehoopt dat de therapeut hem vanaf het begin onder hypnose zou behandelen, werd afgesproken dat er eerst een fase zou komen waarin Maurice niet meer zou doen dan zijn leven 'in kaart brengen' (monitoring). Hij zou een *dagboek* gaan bijhouden, waarin hij zowel over zijn stemmingen als over de praktische gang van zaken zou schrijven. Hierdoor zou het bijv. mogelijk worden om aan de weet te komen of er vaste antecedenten waren die het heroïnegebruik opriepen. Een volgende stap zou zijn om zo mogelijk kleine wijzigingen in zijn leefpatroon te gaan aanbrenge*n*, met eventueel een mindering in 'gebruik'. Hierbij zou geen hypnose gebruikt worden. Dat zou pas in een later stadium gebeuren, als de eerste fase bevredigend was verlopen.

De rationale bij dit voorlopig kontra*kt* was dat er een fase van zelfwerkzaamheid van Maurice zou zijn. Zijn motivatie om zich in te zetten zou dan getest kunnen worden.

In de *tweede zitting* bleek dat Maurice zijn huiswerk met ijver had volbracht. Zijn dagboek - klein bloknoo*tje* - was met veel aandacht en toewijding verzorgd. Dat was zichtbaar door de met zorg gekozen afwisseling van kleuren (viltstift) waarmee hij voor hem belangrijke accenten had aangegeven. Uiteraard prees de therapeut hem voor zijn inzet. De afspraak werd - zij het licht gewijzigd - gehandhaafd. Maurice zou nu vooral gaan letten op de momenten dat hij behoefte voelde om te 'scoren'. Bovendien zou hij gaan nadenken over dingen die hij

7

zou doen als hij niet zou gebruiken. Hij zou een *alternatief leven in kaart gaan brengen*. Tijdens de zitting werd daar eerst globaal over gepraat. Als hij niet zou gebruiken zou hij veel geld en tijd overhouden. Dat geld en die tijd zou hij besteden aan bezoeken aan 'de coffeeshop' (behorend bij de homofiele scene), het Amsterdams Historisch Museum, sauna, TV-kijken en lezen. Verder zou hij de tijd gebruiken om zijn huis op te ruimen en netjes te houden, te koken en zijn zaakjes bij allerlei instanties te regelen. Hij zou zich zelf cadeautjes kunnen geven in de vorm van hasj, belgisch bier, boeken, platen en planten.

Al in deze tweede zitting werd een begin gemaakt met de pogingen om met horse-gebruik te minderen. Dit was eerder dan gepland en gebaseerd op de wens van Maurice om het te gaan proberen. Het plan was als volgt. Maurice zou gedurende drie dagen de komende week zich onthouden van heroïne. Om dat mogelijk te maken werd tijdens de zitting een exact programma van uur tot uur voor die drie etmalen gegenereerd.

Maurice deed dat zelf door - gezeten in een gemakkelijke stoel - met gesloten ogen op te noemen wat hij vanaf het opstaan tot het naar bed gaan op die drie dagen zou doen. Terwijl hij sprak schreef de therapeut - erg zijn best op het handschrift doende - de onderdelen op; voor iedere dag apart. Af en toe vroeg hij daarbij om een aanvulling of stimuleerde hij Maurice om in het programma cadeaus voor zichzelf in te bouwen.

Nadat het geheel was afgesproken werd overeengekomen dat Maurice de therapeut iedere avond om etenstijd zou *opbellen* om te vertellen hoe het ging. Afwijkingen van de geplande activiteiten zouden door Maurice opgeschreven worden.

Het programma had gedeeltelijk succes. Maurice had twee dagen niet 'gebruikt' (= niet gespoten). Drie dagen 'kon' hij niet aan. De therapeut complimenteerde hem met het succes van de twee dagen, maar vroeg hem wel om zijn taalgebruik over die 'derde' dag te wijzigen. In plaats van 'kon ik niet aan' werd het: 'was nog te moeilijk'. Een probleem was geweest dat hij voor de methadon steeds naar het HUK moest waar hij in de verleiding kwam om horse te kopen. Afgesproken werd dat hij de methadon niet meer daar zou halen maar bij de arts van het HUK thuis, en wel steeds voor een hele week.

Een ander probleem dat Maurice naar voren bracht was de grote hoeveelheid alcohol die hij op zijn werk dronk, circa 20 borrels per nacht. Afsproken werd dat hij de precieze hoeveelheid zou gaan turven. Het opbellen was ook niet helemaal probleemloos geweest. Maurice vond het wel een stimulerend en prettig idee dat hij mocht - zelfs moest - bellen, maar had moeite met het vaste tijdstip. Overeengekomen werd dat hij tot 11 uur 's avonds kon bellen. Als hij de therapeut niet aan de lijn kreeg zou hij eventueel alleen de boodschap 'alles o.k.' doorgeven.

Hoewel de geplande dagen niet volledig volgens schema waren verlopen, waren er toch duidelijke veranderingen vergeleken met vroeger. Maurice had zichzelf voor het eerst weer eens verwend. Hij had planten en boeken gekocht, had minder gebruikt en voelde zich vol goede moed. Het programma werd daarom met de hierboven genoemde kleine wijzigingen herhaald. Toegevoegd werd dat Maurice op de derde dag zelf, in een gemakkelijke stoel zittend, zou nadenken over zijn programma voor de volgende dagen en dat zou opschrijven. Als dit allemaal bevredigend zou verlopen dan zou langzaam aan het toepassen van hypnose kunnen worden overwogen. De derde week was prima. Maurice had bijna iedere avond opgebeld. Had slechts éénmaal wat pep genomen (oraal) en totaal geen horse. De planning die hij zelf zou maken had hij achterwege gelaten. De therapeut liet Maurice tijdens de *vierde zitting* uitgebreid vertellen over wat hij allemaal had gedaan en wat hij allemaal had gekocht. Maurice vertelde daarbij dat zijn ouders hem weer de beschikking over zijn geld hadden gegeven omdat hij niet meer gebruikte. De therapeut complimenteerde hem met zulke verstandige ouders, die bereid waren om hem zijn verantwoordelijkheden terug te geven en op zo een manier vertrouwen in hem uit te drukken.

Op voorstel van Maurice werd nu 1½ dag op de gebruikelijke manier gepland: Maurice dicteert, therapeut schrijft op. Verder zou Maurice zelf iedere avond voor de planning van de volgende dag zorgen.

## 2.2. De tweede behandelingsfase; integratie gedragstherapeutische technieken en hypnose (zitting 5 t/m 10)

In de *vijfde zitting* werd het voorlopig behandelingskontraakt omgezet in een nieuw - meer definitief - ontwerp. Gebleken was dat Maurice

in staat was 'op eigen kracht' (met monitoring, plannen en zelfbeloning) duidelijke vermindering in het gebruik te initiëren. In de nu komende fase zou geprobeerd worden met behulp van hypnose definitief van de verslaving af te komen.

Hij had in de vierde week éénmaal (voor f.25,--) gebruikt, in het weekend toen hij 's nachts om 5 uur dronken van zijn werk was gekomen. Tijdens het werk had hij weer pep geslikt omdat hij anders in slaap zou zijn gevallen. Dat was echter niet met de spuit en bovendien zo weinig dat hij het niet nodig vond om daarin verandering aan te brengen. Het drankgebruik tijdens zijn werk was geminderd naar een niveau van ongeveer 10 borrels. Dat niveau wilde hij handhaven. Verder dronk hij weinig, zodat de therapeut niet aandrong om het drankgebruik nog verder terug te brengen.

In de vijfde zitting werd formeel begonnen met hypnose. Het met gesloten ogen praten over de dagindeling dat in de vorige zittingen steeds was gebeurd en waarbij de therapeut suggestieve vragen stelde zou men kunnen beschouwen als een informele start.

Voor inductie werd gebruik gemaakt van *handlevitatie* met een oog-hand fixatie. Dat duurde ongeveer 5 minuten. Voor verdieping werd tot 20 geteld met suggestie van zware en plakkende oogleden. Er werden geen tests uitgevoerd. De trance leek vrij diep, zoals ook werd bevestigd in het nagesprek: 'te gek', 'ogen plakten erg'.

Tijdens de trance had de therapeut *geen suggesties* m.b.t. heroïne gegeven. Wel ten aanzien van de behoefte om elke avond op te bellen en om elke avond de volgende dag te plannen.

De volgende vijf zittingen waren nog op wekelijkse basis. *De structuur van de zittingen* was steeds dezelfde:

- Maurice begon met een *kort overzicht van hoe hij zich die week gevoeld had*; of hij iets gebruikt had; zo ja, hoeveel.
- Daarna werden de huiswerkopdrachten of de onder hypnose gegeven suggesties besproken.
- Mede op grond van wat uit de eerste punten naar voren kwam, werd *afgesproken waaraan onder hypnose gewerkt zou worden*. Maurice vertelde dan ook op welke punten hij graag posthypnotische suggesties zou willen hebben. In iedere zitting werd daarover a.h.w. een kontrakt afgesloten. Soms kwam daarbij iets totaal nieuws naar voren. Bijvoorbeeld

toen Maurice vertelde dat hij in de afgelopen week 's nachts naast zijn bed had geplast. Dat was een paar keer gebeurd. Hij ging dan in zijn slaap op de rand van het bed staan en plaste 'naar buiten'. Suggesties over 'diep en rustig slapen' en 'geen behoefte om 's nachts te plassen' waren voldoende om hem daar in één sessie vanaf te helpen.

- Een belangrijk deel van de zittingen was steeds *de hypnose zelf*. De inductie ging steeds sneller, meestal via oogfixatie. In het begin met een lineaalpje dat de therapeut liet zakken. Later met vast punt. Verdieping werd meestal bereikt door tellen en door het uitvoeren van tests: ogen die niet open gingen, een arm die niet gebogen kon worden, verstrengelde handen die hij niet uit elkaar kon krijgen. Op een schaal van 100 --> 0 (0= meest diep) bereikte hij regelmatig een niveau van 20. In de meeste zittingen werd ten aanzien van de posthypnotische suggesties een permissieve vorm van amnesie toegepast. In de zin van: 'het zou heel goed kunnen zijn dat je je straks niets of heel weinig herinnert van wat we nu bespreken; maar zelfs als dat zo is zal jouw onderbewuste ervoor zorgen dat het toch allemaal zo gebeurt'. Meestal was er na de zitting dan sprake van amnesie, maar in de loop van de week werd Maurice zich dan toch bewust van de suggesties. Ook de meeste andere suggesties werden op permissieve en indirecte wijze gegeven: 'het zou kunnen dat .....', of 'je zult dit pas uitvoeren als je lichaam en geest er volledig aan toe is' ... .

- *Het napraten over de hypnose* duurde meestal niet lang en vormde de afsluiting van de zitting. Maurice voelde zich onveranderlijk lekker en ontspannen na afloop en zocht altijd naar superlatieven om aan te geven dat het deze keer 'nog fijner', of 'nog dieper' was geweest. Hij had een werkelijk zeer belonende houding jegens de therapeut.

Op welke punten werden *posthypnotische suggesties* gegeven? De hieronder aangehouden volgorde is niet naar belangrijkheid, maar enigszins chronologisch. 'Enigszins', omdat sommige suggesties regelmatig herhaald werden.

1. *Het plannen van de dagen*. Hieronder valt ook het maken van lijstjes over uit te voeren klussen en activiteiten.
2. *Zichzelf belonen*; enerzijds door fijne activiteiten als 'sauna', 'coffeeshop', 'museum'. Anderzijds door cadeaus voor zichzelf te kopen: platen, planten en boeken.



3. Elke avond de therapeut *opbellen*.
4. *Afkeer van horse*: niet lekker, niet passend bij zijn nieuwe leven.
5. *Goed voelen* in het algemeen; goed voor zichzelf zorgen, lekker koken.
6. *Vermindering van pepgebruik*, tot minimale korreltjes oraal gebruik op vrijdag- en zaterdagavond tijdens zijn werk.
7. *Afscheidnemen van het HUK*; uitvoeren van een afscheidsritueel met behulp van een 'bloemetje'. Dit gebeurde in de achtste zitting en leek geïndiceerd omdat bezoeken aan het HUK hem steeds weer in verleiding brachten, waaraan hij dan soms weer toegaf.
8. Geleidelijk *minderen met methadon*. Zijn basisniveau was 50 mg. per dag (10 pilletjes). Vanaf de 9de zitting werd dit een 'topic', zij het op zeer permissieve wijze: 'het zou kunnen dat je lichaam er aan toe is iets minder te nemen'.

Na de *tiende zitting* zou er voor het eerst een langere periode (5 weken door vakantie van Maurice en de therapeut) zijn waarin Maurice het zonder therapie moest doen. Hoe was - voorafgaand daaraan - de stand van zaken?

Maurice zelf vond dat het geweldig met hem ging. Hij had zijn hele huis opgeruimd en gereorganiseerd; pep werd alleen nog maar in zeer kleine hoeveelheden op zijn werkvondten geslikt, niet gespoten. Hij kookte elke avond lekker voor zichzelf of ging bij zijn ouders eten. Hij deed fijne dingen. Wel gebruikte hij nog af en toe horse. Soms een week helemaal niet, dan weer één of twee keer in een week. Meestal kwam dat door een directe aanleiding: een vriendje dat hem vroeg iets te halen, een vechtpartij waarbij hij gemolesteerd was waarna hij zich vreselijk rot had gevoeld. Hij biechtte zijn vergrijp altijd meteen eerlijk op, soms al aan de telefoon of anders tijdens de zitting. Zijn mededelingen over horsegebruik waren controleerbaar omdat hij voor het verkrijgen van heroïne toch was aangewezen op het HUK. Wanneer de therapeut van de staf te horen kreeg dat hij daar geweest was, wist hij dat het fout zat.

De therapeut reageerde op mededelingen over gebruik met een mengeling van zorg en begrip. Al te straffend reageren zou fout zijn omdat het de kans op leugens zou vergroten. Zonder meer aksepteren zou als nonchalance geduid kunnen worden. Gelukkig bleven zelfs bij gebruik

de doses zeer binnen de perken. Hoogstzelden was het voor meer dan f.25,--. De therapeut kon dan zijn teleurstelling en zorg koppelen aan het compliment dat hij zich verder zo goed had weten te beheersen. Doordat de doses zo klein waren werd zijn nieuwe levensritme er niet door verstoord. Hij kon zijn geld zelf blijven beheersen. Hij hoefde geen fietsen te stelen en kon de dingen, die hij belangrijk was gaan vinden, blijven doen.

In de tiende zitting werd de lange pauze in de therapie besproken. Maurice zou met zijn ouders naar Spanje gaan. Hij wilde proberen daar verder te minderen met methadon. Hij was nu op het niveau van 8 pillen per dag (40 mg.). In het verleden had hij in vakanties ook wel eens het methadon-gebruik drastisch teruggebracht. Zodra hij dan in Amsterdam terugkwam, was het dan helemaal mis geweest. Op Schiphol stond hij al te trillen. Nu werd dan ook afgesproken dat hij zeker niet tot verder dan 5 pillen per dag zou teruggaan. Tijdens de trance werden hierover suggesties gegeven. Ook werd de beleving van het naderen van Schiphol opgeroepen, waarbij suggesties werden gegeven van 'goed voelen', 'behoefte om zijn programma van activiteiten uit te voeren' en 'afkeer van horse'.

### 2.3. De derde behandelingsfase; omgevingscontrôle en verdere verandering van zelfbeeld (zitting 11 t/m 16)

De vakantie van Maurice was niet doorgegaan. Op het laatste moment waren de plannen gewijzigd. Hij zou nu twee maanden later gaan. Het was hem echter wel goed gegaan in die periode van 5 weken. De eerste twee weken was hij helemaal vrij van horse en pep geweest. Daarna had hij weer enkele malen (in totaal 4 keer) gebruikt. Het waren echter minimale hoeveelheden (ongeveer f.10,--). Methadon-gebruik was gezakt naar 5-pillen per dag.

Het model van de zittingen bleef onveranderd: voorbesprekingen met vaststellen van doelen, hypnose en nabespreking. De zittingen duurden meestal tussen 30 en 45 minuten.

De toestand veranderde in deze periode niet sterk. Pep slikte hij helemaal niet meer, maar heroïne kwam af en toe terug. Eenmaal zelfs was er sprake van een uitspatting, waarbij hij voor f.700,-- erdoor had gejaagd. Dat was gebeurd in een weekend waarop hij twee 'jongens' had opgepikt en in huis gehaald. Op dit punt was trouwens wel duidelijk

sprake van verandering. Zijn sex-leven was teruggekomen. Hij had regelmatig losse sexuele kontakten.

Tijdens de hypnose bleven de direkte suggesties een belangrijke rol spelen: afkeer van horse, 'het past niet meer in je leven', etc. Er kwamen echter toevoegingen. Zo werd onder hypnose afgesproken dat Maurice op allerlei plaatsen in zijn huis *bordjes* zou ophangen met teksten als: 'in dit huis wordt geen heroïne gebruikt en wordt er niet over gepraat'.

Aan deze afspraak zaten twee kanten. Ten eerste was gebleken dat gebruik vaak volgde op externe stimuli. D.w.z.: doordat anderen erover begonnen te praten. Dat zou nu, in ieder geval in zijn huis, niet meer gebeuren. Ten tweede zou hij nu vele malen per dag gekonfronteerd worden met zijn nieuwe zelfbeeld, dat van niet-gebruiker (vgl. zelf-verbalisatie volgens Meichenbaum, 1974; of Lange, 1976).

Maurice zag het helemaal zitten. Desalniettemin bleek het niet afdoende. De volgende stap was dat hij *geen gebruikers meer toegang tot zijn huis* zou geven. In de voorbespreking stemde hij daarmee in, terwijl er onder hypnose verder over werd gepraat en suggesties werden gegeven.

Omdat bewuste of onbewuste 'verleiding' door anderen nooit helemaal is uit te bannen werd in zitting 14 besloten om het nog op een andere manier aan te pakken. Maurice zou voor *f.25,-- horse* in huis halen; dat *in een fraai doosje* verpakken en voor zichzelf zichtbaar in de kamer neerleggen. Dit zou de konstante zelf geïnitieerde verleider moeten zijn. De hypothese was, dat hij daar gemakkelijker weerstand aan zou kunnen bieden omdat hij dit zelf had gekreëerd en omdat er geen sociale (scene) komponent bij betrokken was. Het weerstaan van deze verleiding zou dan gegeneraliseerd worden naar andere verleiders, invloed op zijn zelfbeeld uitoefenen en als een soort afscheidsritueel beschouwd kunnen worden.

De suggestie tot het kopen van horse en het doosje werd zoals gebruikelijk op een permissieve manier gegeven: 'als je lichaam er aan toe is zul je de komende week, of de volgende week .....' (Erickson, et al, 1976).

Misschien was de suggestie wat al te permissief geweest. In ieder geval had Maurice het niet gedaan. Hij vertelde het niet te hebben ge-

durfd. De therapeut prees hem voor zijn verstandige beslissing om dit soort zaken niet te forceren. Per slot van rekening wist niemand zo goed als hijzelf wat wel en niet haalbaar was. Kennelijk was het er nu nog te vroeg voor. Ook in de week daaropvolgend gebeurde het niet. Aangezien er daarna weer een lange periode van wederzijdse afwezigheid aanbrak liet de therapeut deze suggestie verder rusten.

#### 2.4. De huidige fase; zelfcontrôle via zelfbeloning, omgevingscontrôle en zelfhypnose (zitting 16 t/m 19)

Maurice kwam bruinverband, blakend van gezondheid terug uit Spanje. Hij voelde zich zeer goed en werklustig. Hij werkte inmiddels 5 avonden in de week. Na zijn terugkomst had hij éénmaal een kleine hoeveelheid gebruikt - een kennis had hem benaderd - maar daarna (4 dagen) niet meer zonder dat hem dat enige moeite had gekost.

Voor het eerst werd in zitting 17 gebruik gemaakt van de gefractioneerde methode (vgl. Weitzenhoffer, 1957). Dat ging zeer wel. In korte tijd was Maurice in een diepe trance, waarin de suggestie van 'horse kopen, in doosje doen en thuis bewaren' werd gegeven. Daarna werd onder hypnose met geopende ogen een *rollenspel* gedaan. Eerst speelde de therapeut Maurice, die vriendelijk doch beslist een verzoek om iemand aan horse te helpen weigerde. Daarna werden de rollen omgedraaid. Maurice ging nu oefenen in het afwijzen. Aan het rollenspel werden posthypnotische suggesties verbonden als: 'wanneer je benaderd wordt zul je je deze reakties herinneren en zul je de behoefte hebben om zo te reageren, en zal het je gemakkelijk vallen om dat te doen ....'.

In de daaropvolgende week gebruikte Maurice weliswaar geen heroïne, maar had wel drie dagen achter elkaar 'coke' gespoten (steeds voor f.25,--). Maurice probeerde de therapeut gerust te stellen. Het kwam doordat hij zijn methadonpillen bij een vriend had vergeten, die daarna niet meer te bereiken was geweest. Daardoor was hij gedwongen geweest om naar het HUK te gaan voor een 'slok' methadon, met alle gevolgen van dien.

De therapeut was toch teleurgesteld en zelfs ietwat moedeloos. Hij voelde er niets voor om Maurice nu weer te gaan belonen met een aangename trance en daarbij de gebruikelijke suggesties te geven. Het leek een goed moment om Maurice zelf het werk weer te gaan laten verrichten. Al in eerdere stadia had Maurice gezegd dat hij graag *zelfhypnose* zou

willen leren. Dat was toen niet gebeurd. De therapeut stelde nu voor om daarmee een begin te maken. Besproken werd hoe Maurice dat zou aanpakken. Tijdens de zitting werd meteen geoefend. De trance-induktie ging perfect met behulp van oogfixatie. Daarna werd het moeilijk waar te nemen omdat Maurice zich de verdiepingssuggesties niet hardop gaf. Na een tijdje opende Maurice echter de ogen en zei dat het niet lukte om verder te komen, en dat hij er nu weer helemaal uit was. Besproken werd wat Maurice eventueel anders kon doen. Hij zou de komende week gaan oefenen, iedere avond.

Maurice kwam de volgende week zeer opgewekt binnen. De eerste keer dat hij thuis had geoefend met zelfhypnose was het bijzonder goed gegaan. Hij was heel diep geweest. Hoewel het daarna niet opnieuw goed was gelukt was hij er toch vier dagen lang door beïnvloed geweest. In die periode had hij niets gebruikt. Minder fraai was dat hij daarna wel weer twee maal coke had gespoten. Eenmaal zelf voor f.75,--.

De zelfhypnose leek toch een belangrijke aanwinst. De therapeut besloot om het nu opnieuw te laten oefenen, waarbij hijzelf steeds aanvullingen zou geven. Het zou a.h.w. een gezamenlijke hypnose worden. Verdiepings- en andere suggesties zouden hardop worden gegeven. Het geheel zou op een cassetterecorder opgenomen worden. Maurice zou de cassette thuis bij de zelfhypnose gebruiken. De gezamenlijke zelfhypnose lukte nu zeer redelijk, hoewel de suggesties die Maurice zichzelf gaf wat al te staccato en snel werden uitgesproken. In tegenstelling tot de meeste sessies uit de laatste tijd werden er nu weer suggesties gegeven over het doen van activiteiten, het plannen, het zelfbelonen. Bovendien werd bij de directe suggesties niet alleen gezinspeeld op heroïne, maar werd ook coke expliciet genoemd en elke vorm van spuiten. Tot slot werd gesuggereerd dat de zelfhypnose thuis elke avond fijner zou gaan en hij zich er steeds prettiger bij zou voelen.

### 3. Diskussie

Op dit moment is nog niet te zeggen of de therapie met Maurice uiteindelijk succesvol zal zijn. Zelf is hij wel enthousiast over de veranderingen die zich in zijn leven hebben voltrokken. Hij is momenteel in staat een 'normaal' leven te leiden, met veel activiteiten, waarbij hij kan werken en zijn geld zelf kan beheren. De terugkeer van seksuele behoeftes en contacten wordt ook als positief ervaren. Hij heeft

weliswaar een aantal malen coke gespoten, maar dat wordt als minder verslavend en bedreigend beschouwd dan heroïne. Zo heeft coke minder lichamelijke afhankelijkheid tot gevolg en niet zo'n sterke 'flash'. Het lijkt meer op een grote dosis pep en heeft ook maar zeer korte uitwerking. Desalniettemin vind ik het verontrustend dat het nog steeds niet gelukt is om het 'needle freaking' gedurende een langere periode totaal te bedwingen. Misschien dat het toepassen en perfektioneren van de zelfhypnose wat dat betreft uiteindelijk de oplossing zal brengen. Hoewel het eindoordeel dus nog niet uitgesproken kan worden, zijn er toch een aantal punten die nu al ter discussie gesteld kunnen worden.

1. *De fasen* waarin deze therapie in de rapportering is ingedeeld is arbitrair. Gemakshalve had ik de therapie ingedeeld in een aantal perioden die steeds liepen van de ene vakantie tot aan de andere. Dat is niet helemaal zonder reden. Juist bij verslaving is terugval in een therapieloze tijd zeer wel te verwachten. Het apart bekijken van zo een periode is dan wel op zijn plaats. Men kan daarbij denken aan een ABAB research-model, zoals bijv. gepropageerd door Leitenberg (1973). Toch zou men de fasering met recht heel anders kunnen zien, om daarbij meteen te komen tot een meer algemeen model.

*De eerste fase* bestaat dan uit *monitoring*. De bedoeling is om een baseline te verkrijgen en de motivatie te testen. Ik denk dat het weinig zin heeft om met een verslaafde aan de gang te gaan, die niet bereid is om energie in het bijhouden van zijn gewoontes te steken. In deze fase worden ook de alternatieve responsen geïnventariseerd. Bij Maurice waren er veel, hetgeen als een positieve indicatie voor de behandeling beschouwd mag worden. Een verslaafde die geen enkele interesses heeft zal veel moeilijker zo niet onmogelijk te behandelen zijn.

In de *tweede fase* begint de verslaafde te *minderen* met gebruik waardoor tijd en geld voor *belonende activiteiten* vrijkomt. Hierbij wordt nog geen hypnose gebruikt. Bij Maurice leverde dit al snel veel op. Dat zal zeker niet altijd het geval zijn en lijkt me ook niet nodig. Als er maar - desnoods kleine - verminderingen in gebruik en veranderingen in levenspatroon optreden. Misschien belangrijker dan het direkt belonende daarvan is, dat het een eerste aanzet is tot afscheid van de scene. De alternatieve levenswandel maakt dat de verslaafde minder afhankelijk wordt van het drug-milieu en de talrijke tijdrovende rituelen. Er valt

geen gat als dat ophoudt.

In de *derde fase* kan dan met *hypnose* verder worden gewerkt. Posthypnotische suggesties over spuiten alsook suggesties over alternatieve responsen gaan dan een belangrijk onderdeel van de behandeling vormen.

De *vierde fase* kan staan in het licht van *zelfhypnose*. De verslaafde leert zichzelf in een bevredigende trance te brengen en suggesties te geven. Door dit bijv. elke dag éénmaal te doen krijgt men een oplossing voor het probleem dat posthypnotische suggesties na korte of langere tijd uitgewerkt zijn.

De *vijfde fase* zou moeten bestaan uit een keten van *follow-ups*. Bijvoorbeeld één keer in de één à twee maanden over een periode van een jaar. Maurice bevindt zich, met dit model voor ogen momenteel in de vierde fase. Opvallend was in het verloop van zijn therapie dat de grootste veranderingen bij hem in de eerste en tweede fase optraden. De hypnose beviel hem wel erg goed, had ook tot gevolg dat hij zich over het algemeen erg goed voelde en veel activiteiten ondernam, maar had niet tot gevolg dat hij helemaal niet meer spoot. Ik wil daarop in een volgend diskussiepunt nog terugkomen.

2. In de inleiding schreef ik over de maatschappelijke kant van verslavingsproblematiek. Maurice had op dat punt veel '*assets*'. Hij had geen financiële problemen. Hij had een goed huis; goede kontakten met zijn ouders en verdere familie; een baan. De therapeut zou deze therapie niet zijn gestart wanneer Maurice zich had bevonden in het maatschappelijk isolement waarin veel '*junks*' zich bevinden. De straffende ervaringen die deze oplopen wanneer zij proberen niet meer te spuiten maken de kans op succes wel erg klein.

Als een positieve indicatie kan men ook beschouwen het feit dat Maurice zich vrij nauwkeurig hield aan de tijden voor de therapiezittingen. Hij kwam wel vaak buiten adem - iets te laat - binnen hollen, of juist veel te vroeg, maar hij liet het zelden helemaal afweten. Bij een andere verslaafde - Frits, een kennis van Maurice - was dat heel anders. Na de telefonische aannedingsafspraken kwam hij eerst helemaal niet opdagen. Wel een week later op een onverwacht tijdstip. Een gesprek kon toen niet plaatsvinden. De nieuwe afspraak kwam hij weer niet na. Uiteindelijk heeft er geen enkele zitting plaatsgevonden.

28

De zelfselectie, waardoor alleen de meest gemotiveerden overblijven, zien wij in deze twee gevallen duidelijk geïllustreerd. Die selectie lijkt mij, gezien de ongunstige 'overall' prognoses overigens alleen een voordeel.

Het lijkt mij ook voor therapeuten verstandig om met kleine haalbare stappen te werken. In dit geval houdt dat in dat met het beschreven therapiemodel eerst ervaring wordt opgedaan bij verslaafden die een maximum aan mogelijkheden hebben. Als dat redelijk succes heeft kan overwogen worden of het ook zinvol toegepast kan worden bij minder gunstig gesitueerde verslaafden.

3. Van begin af aan was een belangrijk punt in de behandeling *het vertrouwen* dat de therapeut voortdurend jegens Maurice demonstreerde. Hij ging er steeds van uit dat deze hem niet zou belazeren. Dat klinkt nisschien erg simpel, maar is het niet. Bijna iedereen met wie de therapeut over de behandeling sprak maakte opmerkingen in de trant van: 'maar dat geloof je toch niet', of 'ze zeggen allemaal dat ze niet gebruiken, maar ondertussen ....'. Soms was het ook moeilijk om dat vertrouwen op te brengen. Bijvoorbeeld als Maurice vertelde één of twee keer een heel klein beetje gebruikt te hebben. Je gaat dan al gauw iets denken van: 'nou dat zal wel veel meer geweest zijn ....'. Toch geloof ik dat juist op die momenten dat vertrouwen cruciaal is. Die demonstratie van vertrouwen verschilt wezenlijk van wat de verslaafde elders meemaakt (bijv. zelfs bij artsen die methadon verstrekken). Het wantrouwen waarmee zij daar geconfronteerd worden versterkt hun negatieve zelfbeeld. Het vertrouwen waarmee de therapeut hen tegemoet treedt roept een positief zelfbeeld op en ook een soort 'commitment' jegens deze voor hem op dat moment zo belangrijke persoon. In deze therapie werd het vertrouwen van de therapeut meestal beloond doordat later bleek dat Maurice de waarheid had gesproken. In dit verband is het ook belangrijk om de andere activiteiten en zelfbeloningen steeds te checken. Als dat blijft gebeuren kan het spuiten om tijds- en financiële redenen nooit erg uit de klauwen lopen.

4. In de eerste zittingen waarin herprogrammering van de dagen van de week werd besproken maakte de *therapeut* zich *ondergeschikt*. Hij was het die zich a.h.w. liet dikteren en voor Maurice opschreef. Het is misschien een klein detail, maar ik vind het wel elegant. De konstruktie had



verschillende voordelen. Ten eerste maakte het mogelijk dat Maurice zijn ogen kon sluiten en zich goed kon concentreren op die komende dagen. De impact was daardoor waarschijnlijk vrij groot, en het gaf meteen een aanloop naar de hypnose.

Ten tweede was het goed voor de verhouding van Maurice en de therapeut. Het maakte duidelijk dat de therapeut bereid was veel inzet te vertonen door het sekretariswerk te verrichten, terwijl Maurice zich 'up' mocht voelen door als een soort chef te dikteren. De vrijwillige 'down' positie van de therapeut bevestigde op meta-niveau echter juist zijn dominante positie en autoriteit.

5. De *inzet van de therapeut* werd ook onderstreept door het feit dat hij zich iedere dag liet opbellen. Maurice kreeg daardoor het idee dat hij niet in z'n eentje de hele week ermee bezig was. Het laten bellen had echter ook een remmende en belonende bedoeling. Als hij niet had gebruikt was het belonend om dat die dag te kunnen melden. Als hij wel gebruikte wist hij dat hij dat diezelfde dag nog zou moeten vertellen.

6. Hoewel er toch een aantal goede elementen waren in de behandeling met Maurice is het tot nog toe niet gelukt om het spuiten definitief de kop in te drukken. Waaraan kan dat gelegen hebben? Ik wil niet preten-deren deze vraag met zekerheid te kunnen beantwoorden. Wel kan ik een aantal momenten in de therapie signaleren waarin misschien niet de sterkste voortzetting is gekozen.

Zo is in de derde behandelingsfase (zitting 11 t/m 16) ten onrechte nagelaten om te checken in hoeverre Maurice zijn nieuwe dagprogramma's nog uitvoerde en zichzelf beloofde voor niet-gebruiken. Er werden op dat terrein ook geen posthypnotische suggesties meer gegeven. De therapeut had kennelijk iets in zijn hoofd van: 'dat zit nu allemaal wel goed'. Later bleek dat het helemaal niet zo goed zat. Met name op het gebied van zelfbeloning. Dat was nauwelijks meer voorgekomen. Misschien zou vasthouden daaraan wel hebben gezorgd voor een ander dagritme en minder verleiding om weer af en toe te gaan spuiten.

Een ander punt is dat de therapeut in zijn posthypnotische suggesties vaak sprak van 'afkeer van *horse*', of van iets als: 'je zult steeds meer voelen dat *horse* en pep niet meer in jouw leven passen'. Dat Maurice iets anders dan *horse* en pep zou kunnen gaan spuiten was niet

in het hoofd van de therapeut opgekomen. Pas toen Maurice vertelde coke gespoten te hebben realiseerde de therapeut zich dat hij in de posthypnotische suggesties elke vorm van 'needle freaking' moest uitbannen.

Het wapenen tegen verleiding door zelf horse te kopen en ritualiserend in een doosje te doen lijkt mij - hoewel het nog geen sukses opgeleverd heeft - een zinnige zaak. In par. 2.3 schreef ik al dat de suggesties zeer permissief werden gegeven. Toch geloof ik niet dat dat verkeerd is geweest. Wel kan het zijn dat het nog te vroeg was; dat Maurice er inderdaad nog niet aan toe was. Het lijkt me wel mogelijk om er later - als de zelfhypnose verder vruchten afwerpt - weer op terug te komen. De zelfhypnose kwam nu pas in de 18de zitting aan bod. Misschien was het mogelijk en nuttig geweest daar eerder mee te starten. De ervaring bij Maurice was dat de posthypnotische suggesties niet langer dan vier tot vijf dagen invloed uitoefenden. Met dat gegeven zijn er twee mogelijkheden: of de therapieessies moeten in een hogere frekwentie of de verslaafde moet het zelf doen. Ik denk eigenlijk dat het verstandig is om met dat laatste toch zo snel mogelijk te beginnen.

We hebben eerder gezien dat Maurice vele 'assets' had die de kans van slagen van de behandeling relatief groot maakten. Eén daarvan was het grote aantal sociale kontakten (familie, vrienden. etc.). De kans dat hij in een leegte terecht zou komen als hij uit de drug-scene zou stappen zou bij hem vrij klein zijn. Zijn sociale kontakten kunnen echter ook een negatieve faktor zijn geweest. Hij maakte zeer geprononceerd deel uit van 'andere' scenes: de homofiele en semi-artiesten wereld. Daarin kwam hij veel in aanraking met druggebruik. Verleidingsbronnen kwamen bij hem meer voor dan bij anderen die zelf geen drugs meer gebruiken. Hoewel 'verleiding' wel besproken is, en onderwerp van interventies was, had deze involvering in 'verleidelijke' milieus misschien meer expliciet aan de orde moeten komen

7. Maurice is nu bezig zich te bekwamen in zelfhypnose. Het ziet er naar uit dat hij in ieder geval goed in staat is zichzelf te induceren. De vraag is of het nodig en verstandig is dat hij daarna de verdieping en suggesties op eigen kracht uitvoert. Ik kan me ook voorstellen dat de therapeut en Maurice samen een standaard cassette maken die hij na de zelfstandig uitgevoerde oogfixatie (die bevalt hem erg goed) aanzet.

(t)

Deze cassette zou dan het tellen bevatten, en de belangrijkste post-hypnotische suggesties die hij in deze fase nodig heeft. Graag ontvang ik hierover spoedig kommentaar van de deskundigen onder ons, de heren Van Dijck en Van der Hart. Daarvan kan ik dan nog direkt praktisch voordeel hebben. Dit betekent overigens niet dat ik ten aanzien van de overige discussiepunten, alsmede de therapie zelf, niet in kommentaar geïnteresseerd zou zijn.

Literatuur

d'Anjou, L.J.M. (1978); *Behandeling van verslaafden: inventarisatie en evaluatie van bestaande behandelingsmethoden. Rapport van het W.O.D.C. Staatsuitgeverij, Den Haag.*

Cohen, H. (1975); *Drugs, druggebruikers en drug-scene. Samsom, Alphen aan de Rijn.*

Epen, J.H. van (1977); *Therapeutische 'modellen'. Opvang van behandeling van verslaafden aan drugs en alcohol. Maandblad Geest. Volksgezondheid, 32 (10), 585-592.*

Erickson, M.H., E.Rossi & S.Rossi (1976); *Hypnotic realities. Halsted Press, New York.*

Lange, A. (1976); *Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Tijdschr. voor Psychotherapie, 2 (5), 179-194. Ook in: K.van der Velden (red.) Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.*

Leitenberg, H. (1973); *The use of single-case methodology in psychotherapy research. Journ.Abnorm.Psychol., 82 (1), 87-101.*

Meichenbaum, D. (1974); *Cognitive behavior modification. Gen. Learning Press. Morristown, New Jersey.*

Weitzenhoffer, A.M. (1957); *General techniques of hypnotism. Grune & Stratton, New York.*  
 Gedeeltelijk vertaald door R.J.van den Bosch, Jelgersma Kliniek, Leiden.

Ileen Joele.

Over het voorschrijven van sportbeoefening.

Inleiding.

In onze tijd begint sportbeoefening te verworden; enerzijds is sport een commerciële aangelegenheid geworden van met amphetamines of anabole steroïden opgekweekte (hans)worsten, anderzijds zijn er de mensen die uit doodsangst mokkend hun rondjes draaien: "Ik moet van m'n dokter wat meer bewegen".

Hoewel er ook thans nog veel mensen zijn die sporten voor hun plezier en bij wie de angst voor kwalen slechts een geringe rol speelt, is het een opvallend verschijnsel dat cliënten, die bij hulpverleners aankloppen met psychische problemen vrijwel nooit ten tijde van hun hulpvraag met genoegzaam aan één of andere vorm van intensievere lichaamsbeweging dan klaverjassen doen. Het gaat om die cliënten die naast psychische problemen vele lichamelijke klachten hebben of die uitsluitend lichamelijke klachten hebben en bij de psychiater of psycholoog belanden, omdat er geen lichamelijke oorzaak voor hun problemen gevonden is. Dikwijls zijn deze cliënten van mening dat lichamelijke inspanning juist de oorzaak van hun klachten is, of deze in belangrijke mate doet verergeren. In de medische terminologie gebruikt men dan dikwijls uitdrukkingen als: functionele klachten, hypochondere klachten, neurastheen(depressief) syndroom, angstneuro(se)tische depressie, orgaanneurose, hysterie, sterke neiging tot somatisatie etc.

Het is niet de bedoeling van deze bijdrage om een pleidooi voor de "mens sana in corpore sano" gedachte. Er bestaat geen duidelijke causale relatie tussen een "gezond lichaam" en een "gezonde geest", hetgeen ook Cicero reeds inzag. Het volledige citaat luidt: "Sit mens sana in corpore sano", wat een wens of verzuchting impliceert. Wel zal een poging ondernomen worden om enkele indicatiegebieden voor het voorschrijven van sportbeoefening in het kader van een directief-therapeutische benadering af te grenzen, terwijl tevens een bij deze indicatiegebieden mogelijk bruikbare motivatietechniek aan de hand van voorbeelden zal worden toegelicht.

Indicaties.

A. Vrijwel alle "neurotische" cliënten, ook wanneer ze geen duidelijke lichamelijke klachten hebben, vertonen een deplorabele lichamelijke conditie. Ze zijn weinig geneigd tot lichamelijke inspanning en, wanneer ze zich inspannen, zijn ze snel vermoeibaar en hebben een lange periode

nodig om te herstellen van transpireren, hartkloppingen, ademhalingsmoeilijkheden etc. Een eenvoudige en objectieve methode om dit vast te leggen is de zogenaamde Coopertest: binnen 12 minuten moet een zo groot mogelijke afstand lopend worden afgelegd. Vrijwel alle cliënten blijven schrikbarend ver onder de voor hun leeftijdscategorie geldende norm. Welke overwegingen kunnen de therapeut er nu toe brengen om deze cliënten, die het, zoals ze zelf als eersten zullen tegenwerpen, toch al moeilijk genoeg hebben, ook nog te gaan vermoeien met zwemmen, hardlopen, paardrijden, squash of tafeltennis?

Ten eerste: ook bij deze cliënten is het gevaar voor somatisatie groot. De conditie is al slecht en het gevaar dreigt dat ze, wanneer de therapie wat veel eisen stelt, een lichamenlijk symptoom zullen ontwikkelen.

Ten tweede: algemeen kan gesteld worden dat een slechte lichamenlijke conditie het zelfbeeld van de cliënt in negatieve zin beïnvloedt: niet alleen ziet de cliënt zich als iemand die bijvoorbeeld slechter contacten maakt dan een ander, hij kan ook nog minder vlug de trap op dan leeftijdsgenoten. Door de verbetering van het zelfbeeld (vgl. ook Lange 1977) en een groter gevoel van lichamenlijk welbevinden kunnen de door de cliënt als werkelijke problemen beleefde zaken dikwijls makkelijker bespreekbaar worden.

Het derde argument is van zeer algemene aard. De bedoelde categorie cliënten is dikwijls bereid om een intellectuele discussie te voeren over psychische problemen. Directieve therapeuten proberen dikwijls via indirecte benaderingen om greep te krijgen op de problemen van hun cliënten, waarbij ze zich scherp bewust zijn van het feit dat de cliënt aanzienlijk geroutineerder is in het spreken over zijn unieke problematiek dan de therapeut: wanneer het gevaar dreigt dat de gesprekken het karakter krijgen van een gesprek tussen een vakman (de cliënt!) en een belangstellende dilettant kan het zeer nuttig zijn om de inhoud van de gesprekken te verschuiven naar een gebied waar de therapeut wederom "in charge" is. Reeds Kraepelin (1893) onderkende dit, blijkens het volgende citaat: "..... Es ist daher für den Artz vor allem notwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Macht über die Kranken zu verschaffen, ein Ziel, welches nicht durch barsches

und rechthaberisches Entgegentreten, sondern nur durch ruhiges, ernstes, aber stets wohlwollendes und nicht kleinliches Festhalten an dem einmal aufgestellten Behandlungsplane erreicht wird. Das feste Vertrauen der Kranken, dass ihnen geholfen werden wird, ist das mächtigste Behandlungsmittel in der Hand des Arztes und lässt ihn oft genug durch die unbedeutendsten, ja scheinbar unsinnigsten Eingriffe die weittragendsten Erfolge erringen." En dat 60 jaar voor Haly en Whittaker! De veel gesmade Kraepelin hat (hier) recht.

De motivatie techniek bij deze cliënten is moeilijk. Ze willen over alles praten, lijsten invullen, medicatie slikken, maar vinden sport kinderachtig. De sportbeoefening kan daarom het beste als een relatief onbelangrijk, doch niettemin verplicht onderdeel van een wijziging in de context van de klachten worden aangeboden. De motivatie sluit bij deze benadering aan en, kan bijvoorbeeld als volgt gaan. "Eén van de gevolgen van je problemen is dat je lichamelijke conditie verslechterd is. Je hebt dit zelf niet gemerkt, omdat het zo geleidelijk gegaan is. Je zou het kunnen vergelijken met sigarettenroken: iedere roker accepteert zijn ochtenkuch, het je 's ochtends niet zo prima voelen, zonder zich te realiseren dat deze zieke verschijnselen eigenlijk helemaal niet zo gewoon zijn. Zo heb je ook geaccepteerd dat je op je 35e jaar de conditie van een vijftigjarige hebt. Het valt ons wat moeilijk om over je wezenlijke problemen te praten, terwijl wij ons voortdurend vergissen in je leeftijd".

Eén en ander kan verder onderbouwd worden met een medisch gekleurde uitleg over de gevaren van een slechte lichamelijke conditie (hoog cholesterol, kans op hartinfarcten etc.).

Essentieel is verder dat de lichamelijke belasting zeer geleidelijk wordt opgevoerd en, zeker in het begin, geen "sprint" karakter vertoont, aangezien de lichamelijke gevolgen van kortdurende, hevige inspanning (vgl. Hoogduin 1977) dikwijls hypochonder verwerkt worden.

Naar de resultaten van sportbeoefening kan bij deze groep cliënten het beste indirect geïnformeerd worden: het was al niet zo belangrijk en bovendien geldt, als altijd, dat de cliënt de genoegdoening

voor een bereikte verandering toekomt en **niet** de therapeut. Een indirecte benadering geeft meer gelegenheid om de client uitvoerig te prijzen voor nauwelijks verwachte resultaten. Voor de buitenstaander (stagiaires bv.) lijkt de lof die door therapeuten en medecienten wordt toegezwaard in een groepsbehandeling dikwijls gewild "niet echt" en overdreven. Dit oordeel berust op een miskennis van de belevingswereld van de client: een mens die de patientenrol heeft moeten aannemen is dikwijls de eerste om deprecierende uitlatingen te doen over hetgeen hij, in welk opzicht dan ook, bereikt heeft. Sociale bekrachtiging dient niet alleen afhankelijk te zijn van het oordeel van de client over zichzelf, doch ook van reële stappen voorwaarts, hoezeer de client die zelf soms ook bagatelliseert. Achteraf geven clienten dikwijls toe dat ze geen raad wisten met lof, maar er wel gelukkig mee waren.

Wie sportbeoefening eist van clienten dient zelf als voorbeeld te fungeren. Het eisen van lichamelijke inspanning vindt gemakkelijker plaats, wanneer de therapeut ook zelf regelmatig afgemat en bezweet, maar gelukkig, te bezichtigen is.

Een voorbeeld.

Herman is achtendertig, wanneer hij in een dagcentrum wordt opgenomen. Een jaar voor opname is hij gestopt met zijn werk als ingenieur, vanwege contactstoornissen. Zijn klacht is dat hij zich altijd gespannen voelt in het gezelschap van mensen vanwege zijn onbeschoftheid en neiging tot ruzie maken. Eerder is hij opgenomen geweest in een psychotherapeutisch centrum, waar hij zich volgens de behandelaars slechts kon handhaven door "krampachtig de rol van doktersassistent aan te nemen". Hij had te weinig introspectief vermogen om "aan zichzelf te werken".

In het dagcentrum valt op dat hij in het contact overvriendelijk en beleefd is. Voorts dat hij veel te veel drinkt (± 5 flessen wodka per week) en er veel ouder uitziet dan hij is:

smoezelig, onverzorgd en een dikke buik. Wanneer hij gewaar wordt dat sportbeoefening een verplicht onderdeel van het programma is, reageert hij in eerste instantie geamuseerd en stelt dat hij lichamelijke inspanning altijd vreselijk heeft gevonden, doch verklaart zich bereid om zich aan de regels te houden, die luiden dat nieuwkomers, die om welke reden dan ook bezwaar hebben tegen sportbeoefening, niet verplicht zijn om er aan deel te nemen, doch wel om de sportactiviteiten van hun groepsgenoten als toeschouwer bij te wonen. Bij de Coopertest, waar hij toch maar aan deelneemt, blijkt dat Herman nog geen vijfhonderd meter kan draven. Hij schrikt hiervan, doch, gerustgesteld door de negatieve bevindingen van het lichamenlijk en laboratorium onderzoek, verbindt hij er verder geen consequenties aan. Een ander onderdeel van Herman's behandeling wordt gevormd door het samen met een verpleegkundige (Joke de Theye) oefenen van "toneelstukjes", waarin hij "net doet alsof" (vgl. Joele 1978) hij zich vlot gedraagt. In het kader van deze rollenspelen wordt ingegaan op de betekenis van zijn uiterlijke verschijning voor het leggen van sociale contacten (één van zijn behandelingsdoelen). Zijn buik is te dik; hij heeft hier al meer, vriendelijk, commentaar op gekregen van zijn groepsgenoten. Hij komt tot het besluit dat sportbeoefening zou kunnen bijdragen tot reductie van zijn lichaamsomvang en stelt zich in een opdrachtenzitting (vgl. Van der Hart 1977) om naar een goede sportvereniging te gaan, waar men na een conditietest vaststelt wat ieders mogelijkheden zijn. Het blijkt dat zijn conditie zo slecht is dat de (terecht voorzichtige) sportarts hem verbiedt om aan sport te doen, alvorens hij afgevallen is. Aansluitend neemt Herman zich voor om de wodka consumptie tot één fles per week terug te brengen. Het lukt, en na drie maanden besluit hij om de alcohol geheel te stoppen. Inmiddels doet hij elke dag aan sport en zijn andere problemen makkelijker bespreekbaar geworden.



B. Sommige cliënten kunnen niet behandeld worden, omdat hun emotionele ontladingen telkenmale een gerichte aanpak van de problematiek in de weg staan. Zij krijgen huilbuien, destructieve woede aanvallen of vallen flauw, wanneer het gesprek te "gevaarlijk" wordt. Er zijn vele manieren beschreven om dit aan te pakken. Soms kan het voorschrijven van sportbeoefening een goede methode zijn om dit gedrag te blokkeren en/of in hanteerbare banen te leiden. Ook hier geldt weer dat het beoefenen van sport uiteraard niet voorgesteld moet worden als een geneesmiddel. Het dient ingepast te worden in een voor de cliënt en zijn omgeving aanvaardbare analyse van de gepresenteerde problematiek.

Voorbeeld.

Caroline is 18 jaar. Ze heeft sinds haar 16e last van depressieve buien die zich dikwijls ontladen in agressieve en/of suicidale gedragingen. Haar gedrag heeft ertoe geleid dat ze, voor ze in aansluiting aan haar laatste psychiatrische opname in het dagcentrum komt, reeds twee opnames in psychotherapeutische centra en één psychiatrische opname achter de rug heeft. Aan deze behandelingen is telkens een einde gekomen door een suicidepoging of een met veel splinterend meubilair gepaard gaande driftbui.

In de eerste contacten valt op dat Caroline zeer snel in het defensief is; ze ziet er eigenlijk constant gemelijk en gesloten uit. Later durft ze te vertellen dat ze voortdurend bang is om weer wakker te worden in een ziekenhuis, zonder dat ze precies weet wat er gebeurd is. Haar buien van onbeheersbaarheid blijken vooral op te treden wanneer ze niet begrijpt, waarom iemand een negatief oordeel over haar heeft, of wanneer ze het idee heeft dat ze voor de gek gehouden wordt, dit laatste treedt vooral op wanneer iemand haar complimenteert. Tijdens een eerdere behandeling is haar voorgelegd dat ze alleen contact met anderen kan hebben via agressief gedrag, hetgeen geleid heeft tot therapeutisch bedoelde, doch nogal

erotisch getinte, omarmingen in de badkamer van het betreffende behandelingsinstituut.

In de gesprekken met Caroline individueel en in de gezinsgesprekken met haar ouders, zuster en broer wordt gesteld dat de eerste prioriteit is dat zij het uithoudt in het dagcentrum. Daarvoor is nodig dat zij haar driftbuien leert beheersen, ook omdat zij al heeft aangegeven dat ze het moeilijk heeft met het positieve klimaat in het dagcentrum.

Driftbuien blijven uit, mogelijk dankzij een intensieve gezinstherapeutische bemoeienis, maar Caroline houdt het moeilijk, zowel in de weekends thuis, als in de groep. Ze heeft dikwijls angstaanvallen, waarbij ze vraagt om voorwerpen die ze kapot mag maken. Hoewel het, bv. door het aanbieden van verscheurbaar textiel telkenmale gelukt om een uitbarsting te voorkomen, die zou kunnen leiden tot een als reeel alternatief bestempelde heropname in een psychiatrisch centrum, zijn deze buien zeer hinderlijk voor Caroline zelf en de groep waarin ze functioneert. Uiteindelijk wordt besloten om gebruik te maken van Carolines sportieve instelling: ze doet enthousiast aan hockey, doch moet nog al eens uitvallen vanwege een slechte conditie; (de psychofarmaca helpen daarbij ook al niet).

Ze krijgt de opdracht om telkens wanneer ze angst of drift voelt opkomen te gaan hardlopen. Dit heeft wel enig resultaat, als een soort time-out procedure, maar de groep blijft verontrust, omdat Caroline telkens na 5 à 10 minuten terugkeert en nog een half uur, zwaar hijgend, de aandacht op zich blijft vestigen. Aan het aanvankelijke advies wordt de volgende uitbreiding gegeven:

Caroline zal blijven lopen tot ze "echt alles kwijt is", en daarna zich uitgebreid gaan soigneren. Om dit prettig te laten verlopen zal ze schone kleren, geurige zeep, handdoeken en deodorants meebrengen.

Het spreekt vanzelf dat dit advies, zowel door Caroline als haar familie alleen geaccepteerd kon worden na zorgvuldige motivatie. In gezinsgesprekken wordt uitgelegd dat Caroline door factoren voortvloeiende uit zowel haar persoonlijke gegevenheid als de gezinsinteractie moeite heeft gekregen met het hanteren van haar normale drift. De driftbuien worden gelabeld als begrijpelijke manifestaties, die tijdelijk een hinderlijk karakter hebben verkregen. Om dit in het rechte spoor te krijgen zal zij zich tijdelijk moeten overgeven aan een directe, kinderlijke vorm van energie ontlading, nl. hardlopen.

Deze uitleg slaat goed aan, omdat vader een zich overspannende man, die zeer energiek zijn zaken drijft, broer een te ijverige student, moeder een overspannen huisvrouw, en zus een puber met spanningshoofdpijn is. Allen zijn het erover eens dat hard werken (bv. sporten) beter is dan stoelen door ramen gooien, als manifestaties van overmatige energie.

Hoewel Caroline aanvankelijk thuis nog veel "spanningspakketjes" (vgl. Hoogduin 1978) nodig heeft en in de groep dikwijls nonverbaal te kennen geeft dat "het" weer kan gaan gebeuren, groeit er geleidelijk een situatie waarin ze alleen af en toe zegt "ik moet even gaan hardlopen". Uiteindelijk (na  $\pm$  4 maanden) is haar zelfvertrouwen zo gegroeid dat ze de psychofarmaca durft te verminderen en zelfs (succesvol) te solliciteren.

Ook op de gezinsinteractie heeft deze ontwikkeling een goede invloed. De gezinsleden durven Caroline meer te zeggen, terwijl ze daarvoor zich vnl. onledig hielden met het bezweren van opkomende driftbuien en Caroline zelf wordt minder paranoïd.

C. Cliënten met lichamelijke klachten zijn zeer dikwijls dermate bezig met hun lichaam en de matige prestaties daarvan, dat een louter op, eventueel aanwezige, psychische problematiek gerichte benadering geen of weinig effect heeft.

Deze clienten zou men, grof, in twee subgroepen kunnen indelen: 1. de clienten met veel verschillende, doch vage en in ernst wisselende lichamelijke klachten en 2. clienten met één of enkele zeer harde en permanent in het beleven belangrijke. Onder 1. vallen de hyperventilatie, functionele klachten, angstneurotische klachten etc., onder 2. de harde, soms van waanachtige ideeën vergezeldde hypochondere klachten in engere zin.

Deze tweedeling is zinnig vanwege het verschil in angstbeleving bij deze clienten.

De "angstneurotici" zijn dikwijls hevig, doch onbestemd angstig, de "hypochonders" zijn altijd bezorgd, doch zelden in de hevige, door lichamelijke symptomen gekenmerkte, angsttoestand van bv. de hyperventilerende client. Bij de hypochonder zou men kunnen stellen dat hij zijn angst heeft ondergebracht in een vast symptoom, dat als een betrouwbaar rationaal voor zijn ellende fungeert, terwijl de hyperventilant dit rationaal ontbeert en dus hevig angstig is. Het succes van bv. de plastic zak is m.i. dan ook voor een groot deel te danken aan de zorgvuldige uitleg die onderdeel is van de procedure. Het verschil in angstbeleving heeft consequenties zowel bij het motiveren tot sportbeoefening als bij de keuze welke sport het beste voorgeschreven kan worden. Dit moge blijken uit de volgende twee voorbeelden.

ad C 1.

Angstneurotische clienten worden zo dikwijls door angstaanjagende lichamelijke sensaties gekweld, dat ze er toe neigen elk gedrag te vermijden dat de hartslag of ademhaling zou kunnen doen versnellen, dus zeker sportbeoefening. Wel zijn zij zeer gevoelig voor benaderingen die er op gericht zijn hun zelfvertrouwen in het functioneren van hun lichaam te vergroten, en anders dan de onder A. genoemde clienten, zijn ze zich er, ook zonder onthullende Coopertest, pijnlijk van bewust dat ze fysiek minder presteren dan anderen. In die

zin kan de motivatietechniek bij hen eenvoudig zijn: verbeteren van de lichamelijke conditie leidt tot daling van de hartslag, groter ademvolume en sneller herstel van vermoeienis.

De moeilijkheden beginnen wanneer ze daadwerkelijk gaan sporten: in het begin leidt zelfs normale lichamelijke activiteit tot angstaanvallen, hetgeen zeer ontmoedigend werkt. Voortdurende bemoediging door zoveel mogelijk mensen, vanuit zoveel mogelijke invalshoeken is dan aangewezen. Zowel het behandelteam als de leden van het systeem waarin de client functioneert (bv. gezin en therapeutische groep) moeten door-drongen worden van het feit dat de client met zijn soms minuscule inspanningen zich heel moedig gedraagt. Dit is des te belangrijker, omdat verschillende vormen van sportbeoefening, wanneer de initiële weerstand eenmaal is overwonnen, niet alleen als specifiek conditie verbeterende factor kunnen werken, doch ook een rol kunnen spelen in procedures als paradoxale intentie, flooding en geleidelijke desensitisatie.

Een voorbeeld.

Andy werd reeds eerder beschreven (Joele 1977). Hij heeft duidelijke hyperventilatieklachten en is er slechts zeer geleidelijk toe te bewegen om zijn zeer zittende bestaan wat te veranderen. De in de eerdere bijdrage vermelde wandelingen op het strand worden slechts bereikt nadat hij uitvoerig gecompimenteerd is voor wandelingetjes over het terrein van het psychiatrisch centrum waar hij in dagbehandeling is. Wanneer de ergste en meest invaliderende klachten eenmaal zijn overwonnen blijft Andy hangen op een bepaald niveau. Hij vermijdt nog steeds intensievere vormen van lichaamsbeweging. Tegelijk met de eerder beschreven extinctie-

procedure voor zijn klaaggedrag wordt dan gekozen voor een vorm van paradoxale intentie, waarvan sportbeoefening een essentieel onderdeel uitmaakt.

Andy is een ijdele jongen. Hij mag graag in het middelpunt van de belangstelling staan in de groep en voelt zich wat onthand, wanneer de manier waarop hij dat vroeger bereikt (rationaliserend klagen) door de vermindering van zijn meest ernstige klachten is uitgehold. Tevens identificeert hij zich graag met de therapeuten en hij is zeer geïnteresseerd in de door een van hen beoefende ruitersport. Wanneer hem wordt verteld dat hij helemaal het figuur heeft van een goed ruiter reageert hij gevleid, doch aarzelend. Niet ten onrechte vreest hij dat de schokkende bewegingen zijn ademhalingspatroon zouden kunnen ontregelen. Hier wordt op geantwoord dat hij zich al niet meer door de toch ook te verwachten drukkende atmosfeer in een supermarkt laat afhouden van winkelen en dat het altijd mogelijk is om tijdens een paardrijles de instructeur in kennis te stellen van zijn klachten. Uiteindelijk verklaart hij zich bereid om het te proberen en hij ontwikkelt zich tot een enthousiast ruiter. Deze overwinning draagt in niet geringe mate bij tot het beschreven gunstige behandelingsresultaat.

ad C 2.

Cliënten met hypochondere klachten zijn dikwijls niet uitgesproken angstig: ze zijn bezorgd. Bezorgd dat de artsen die ze hebben geraadpleegd hen of niet goed begrepen hebben of onbekwaam zijn geweest of geen kennis hebben genomen van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van hun speciale praeoccupatie. Wanneer ze al aan sport doen heeft dit dikwijls een betekenis voor het onderhouden van hun klachten. Meestal doen ze niet aan sport, omdat een van de artsen uit de reeks die ze bezocht hebben dat ontraden heeft. Een directe moti-  
vatietechniek zoals bij bv. de hyperventilerende client is onmogelijk; soms weten deze cliënten meer over fysiologie dan de hulpverlener. De grootste moeilijkheid is hier om de

client tot een andere vorm van lichaamsbeweging te krijgen in het kader van een verandering van de context van de klachten. Wanneer de client eenmaal de eerste stap heeft gezet blijft hij gewoonlijk wel doorgaan met dezelfde volharding waarmee hij zich vastgeklampt heeft aan zijn eerdere praecoccupatie. Dit relatief gebrek aan vluchtigheid is veruit het belangrijkste verschil met de onder C 1 beschreven clienten.

Een voorbeeld.

Kees is 34 jaar wanneer hij in het dagcentrum wordt opgenomen met de volgende klachten: hij is contact gestoord en wil aan zichzelf werken. Hij heeft dit eerder geprobeerd in twee gerenommeerde psychotherapeutische centra; de eerste heeft hem afgewezen, de tweede heeft hem ontslagen, omdat hij alleen aan onderdelen van zichzelf wilde werken en vond hem een typische client voor een SPD; de SPD verwijst hem tenslotte naar het dagcentrum.

Kees is bezeten van alles wat de mens gezond en ongezond kan maken. Zijn leven is te kenschetsen als één poging om de juiste combinatie van voeding en activiteitenpatroon te ontdekken die tot het ideaal van de volledige ontplooiing leidt. Hij raadpleegt frequent een vaste sportarts en fysiotherapeut die hem moeten adviseren t.a.v. zijn lichamelijke activiteiten. Daarnaast leeft hij uitsluitend uit de reformwinkel, aangevuld met homoeopatische preparaten. Zijn bijbel is een natuurgeneeskundig handboek, waar hij regelmatig tot bezorgdheid stemmende lichamelijke verschijnselen in op zoekt. Hij is een fanatiek sporter. Zijn sport is de body-building. Aangezien hij zichzelf te dun vindt (hij heeft een normale, wat pezige en graciele lichaamsbouw) streeft hij sedert meerdere jaren naar de ontwikkeling van spiergroepen, zoals die in body-building tijdschriften (hij is vaste abonnée van een tiental) gepropageerd wordt. Dit leidt er toe dat hij vrijwel constant door pees- en spierblessures geplaagd wordt. Bovendien importeert hij uit Engeland en Amerika allerlei pakketten voedsel met een hoog eiwit gehalte. Zijn kennis van deze materie is fenomenaal, doch in het verleden meer of minder expliciet door hulpverleners gerelativeerd, zoniet geridiculiseerd. Naast allerlei andere bemoeienissen

(zijn manier van contacten leggen, voedingsgewoonten, gedrag in de groep etc.) wordt t.a.v. het aspect van de sportbeoefening voor de volgende benadering gekozen. In individuele gesprekken wordt zeer geleidelijk de lof voor zijn fantastische toewijding vermengd met aanbevelingen tot de noodzaak van het onderhouden van lichamelijke conditie naast procedures gericht op het ontwikkelen van spiermassa. Kees gaat enthousiast in op deze aanpak en de gesprekken ontwikkelen zich tot een voor beide partijen informatieve uitwisseling over bereikte resultaten.

Kees raakt geïnteresseerd in de hobby van de therapeut: lange afstand lopen. Hij durft het echter slecht aan; langdurige inspanning leidt tot ophoping van allerlei slechte stoffen in de spieren. De therapeut reageert met een uitleg die behelst dat duur werk meer natuurlijk is dan explosieve sporten, omdat het het lichaam meer gelegenheid geeft tot aanpassingen. Kees gelooft dit wel, maar zijn ervaringen met lange afstand lopen zijn slecht: na vijf minuten bemerkt hij zoveel verschillende zaken in zijn lichaam dat hij weken moet studeren om zichzelf gerust te stellen. De therapeut voert dan een challenge in: "Vindt je dat ik ongezonder ben dan jij?". Kees is juist naijverig; hij heeft zich dikwijls afgevraagd hoe de therapeut na 10 kilometer nog in staat was om te spreken. Afgesproken wordt dat bij de eerstvolgende trainingsronde van de therapeut Kees zal meegaan. Wanneer de doodsangst te erg wordt is in ieder geval medische hulp voorhanden. Bovendien zal gelopen worden rond het psychiatrisch centrum. De tocht is een belevenis voor hem, van minuut tot minuut krijgt hij commentaar op wat hij voelt en hij loopt (zijn lichamelijke conditie was uitstekend) met gemak  $\frac{1}{4}$  8 km, veertig minuten.

Na deze interventie is hij bekeerd tot het duur werk: langzaam maar gestaag. Hij vindt het vooral bijdragen tot zijn zelfvertrouwen: "iemand die met gemak zo lang loopt kan geen kanker hebben, of wel?". "Nee, Kees".



Te zeggen dat de therapie daarna op rolletjes verliep zou overdreven zijn. Wel hadden de therapeuten belangrijk aan geloofwaardigheid gewonnen en was Kees in staat om zijn werk weer te hervatten.

#### Samenvatting.

Sportbeoefening kan van belang zijn voor de volgende categorieën van z.g. neurotische cliënten, nog afgezien van de vormende waarde die voor iedereen kan uitgaan van de discipline die voor sport noodzakelijk is.

1. Als "verschuivings"manoeuvre bij de behandeling van problemen bij "neurotische" mensen zonder expliciet geformuleerde lichamelijke bezwaren.
2. Als methode om destructieve emotionele ontladingen te blokkeren.
3. Als een mogelijkheid om angstaanvallen te overwinnen. in het kader van bv. een paradoxale intentie of flooding procedure.
4. Als manier om een ineffectief coping mechanism te wijzigen.
5. In het algemeen: om de lichamelijke conditie van de client en zijn zelfbeeld te beïnvloeden.

#### Litteratuur.

- Van der Hart, G; 1977. In Directieve Therapie I; Van Loghum Straterus; Deventer.
- Hoogduin, C.A.L.; 1977. In Directieve Therapie I, Van Loghum Straterus; Deventer.
- Joele, L.J.; 1977. Alleen hyperventilatie?  
TDT, 4, 3.
- Joele, L.J.; 1978. Twee magere vrouwen;  
TDT, 5, 7.

Kraepelin, E. ; 1896. Psychiatrie; Verlag von Johan  
Ambrosius Barth; Leipzig.

Lange, A; 1977. In Directieve Therapie;  
Van Loghum Statems; Deventer.

Met dank aan Kees Hoogduin die mij aan het lopen kreeg.

47  
Kees Hoogduin,  
oktober 1978

## 1. Inleiding

Iedereen wordt van tijd tot tijd geconfronteerd met de noodzaak een beslissing te nemen over belangrijke zaken. Beslissingen waarvan de consequenties moeilijk te overzien zijn en verstrekkende gevolgen kunnen hebben. Mensen die zich onder behandeling gesteld hebben, schakelen gebruikelijk hun hulpverlener in bij het nemen van beslissingen, zoals veranderen van werk, scheiden, abortus laten plegen, een kind adopteren, verhuizen of een verhouding beëindigen. D'Zurilla en Goldfried (1971) beschrijven een procedure waarbij de cliënt getraind wordt in het oplossen van problemen en het leren nemen van beslissingen. Bij deze benadering is de doelstelling niet het actuele probleem oplossen, maar leren beter problemen op te lossen. In dit artikel wordt een techniek beschreven om cliënten te helpen een beslissing te nemen, waarbij het in eerste instantie erom gaat het actuele probleem op te lossen - hierbij wordt gebruik gemaakt van de principes die D'Zurilla en Goldfried formuleerden -; in tweede instantie leert de cliënt echter ook op een rationele manier beslissingen te nemen.

Naast de groep cliënten die gedurende de behandelingsperiode de hulpverlener vraagt hen te helpen met het nemen van een beslissing, zijn er ook cliënten die zich aanmelden omdat zij niet in staat zijn om in een belangrijke zaak tot een beslissing te komen. Voor beide groepen is de hiernavolgende procedure bruikbaar.

## 2. De procedure

Bij het nemen van een beslissing zijn de volgende fasen te onderscheiden:

2.1 Het helder en duidelijk definiëren van het probleem en het formuleren van het uiteindelijke doel (D'Zurilla en Goldfried, 1971, 1973). Het verdient de voorkeur te komen tot een formulering die tenslotte slechts twee oplossingsmogelijkheden in

zich heeft, bijvoorbeeld: iemand wil van baan veranderen, maar twijfelt. De definiëring van het probleem is: het kan goed of slecht zijn van baan te veranderen. De formulering van het doel is te komen tot wel of niet van baan veranderen.

2.2 Het genereren van argumenten voor en tegen

Wanneer het probleem duidelijk omschreven is, wordt de cliënt verzocht argumenten voor en tegen te verzamelen. Hij krijgt de opdracht mee een gelijk aantal - b.v. tien of twintig - argumenten voor en tegen te verzamelen, waarbij ook de minder belangrijke genoteerd moeten worden.

De argumenten voor en tegen bestaan meestal uit gunstige of minder gunstige consequenties die volgen op de genomen beslissing. Goldfried en Goldfried (1974) bevelen in navolging van D'Zurilla en Goldfried (1971) aan de cliënten te wijzen op de sociale en persoonlijke gevolgen en op gevolgen op korte en langere termijn van de te nemen beslissing.

2.3 De waardering van de argumenten

De argumenten worden door de cliënt verdeeld in positieve en negatieve argumenten (zie 3). De lijsten worden met de cliënt puntsgewijs doorgenomen en steeds wordt de "hardheid" van een argument onderzocht, bijvoorbeeld: iemand heeft als argument voor verder studeren genoemd "omdat mijn ouders het prettig vinden". De therapeut toetst nu de hardheid van dit argument door de cliënt de vraag voor te leggen: "Je wilt dus blijven studeren omdat je ouders het prettig vinden?" Van te voren is met de cliënt de afspraak gemaakt dat deze zich iedere keer opnieuw uitspreekt over een aldus voorgelegde vraag, alsof dit het enige argument is. Aansluitend wordt het argument gewaardeerd: irrelevant = 0, relevant = 1, ertussenin = ½.

De waardering wordt in de kantlijn geplaatst en nadat alle argumenten op de beschreven wijze zijn gewogen, worden de punten opgeteld. Wanneer de positieve en negatieve punten elkaar in evenwicht houden, kan de cliënt gezegd worden dat het duidelijk is waarom hij niet tot een beslissing komt. Het maakt niet uit, van baan veranderen of niet, het is voor hem lood of oud ijzer. Als er grote verschillen zijn tussen de argumenten voor en tegen is het naast elkaar zetten van de scores voldoende om de cliënt een beslissing te doen nemen.

2.4 De uitvoering van de genomen beslissing

Het is nuttig tussen deze fase en de zitting waarop de beslissing genomen wordt enige dagen tijd te laten. De cliënt krijgt de lijsten met voor- en tegenargumenten mee naar huis en kan ze nog eens rustig bestuderen en er eventueel op terugkomen. Vermeden moet worden dat de cliënt zich gedwongen voelt tot een beslissing en de therapeut moet de conclusie naar aanleiding van de waarderingscijfers van voor- en tegenargumenten aan de cliënt overlaten.

Nadat de cliënt de beslissing genomen heeft, wordt de uitvoering besproken. Er vindt een planning van de verschillende te nemen stappen plaats.

3. De voorbeelden

De hierboven beschreven procedure is toegepast bij cliënten met de volgende problemen: wel of niet in psycho-analyse gaan, wel of niet scheiden, van werk veranderen, wel of niet studeren en wel of niet abortus ondergaan. In alle gevallen is de cliënt tot het nemen van een beslissing gekomen, slechts in één geval - het wel of niet verbreken van een verhouding met een gehuwde partner - bleek de cliënt in een later stadium ongelukkig over de genomen beslissing en herstelde de haar zo weinig gelukbrengende verhouding.

3.1 Wel of niet studeren

Een 22-jarige vrouw vraagt advies over een studieprobleem. Ze heeft een universitaire studie na een jaar afgebroken en is daarna gaan werken. Na opnieuw een jaar heeft ze pogingen ondernomen om de pedagogische academie te doorlopen. Op het moment van aanmelding is zij met deze laatstgenoemde opleiding gestopt.

Haar probleem wordt gedefinieerd als: wel of niet studeren. Zij wordt gevraagd 20 argumenten voor en tegen het studeren te verzamelen. Wanneer ze stelt nooit zoveel argumenten te kunnen bedenken, krijgt zij het advies om haar vrienden en kennissen lastig te vallen met haar probleem. De uit deze discussie voortkomende argumenten kan ze aan haar lijst toevoegen.

De volgende lijsten met in de kantlijn genoteerde waarderingscijfers zijn tenslotte door haar geproduceerd:

VOORDEEL STUDEREN		
1.	Je kunt je eigen tijd beter indelen	1
2.	Je kunt af en toe spijbelen	1
3.	Je kunt bepaalde vakken kiezen	1
4.	Je kunt erover vertellen	1
5.	Andere mensen vinden het interessant	1
6.	Meer waard theorie van de mens	1
7.	Je wordt door anderen voor vol aangezien	0
8.	Je hebt inspraak in wat je doet	1
9.	Je kunt later beter parttime werken	1
10.	Je verdient goed met $\frac{1}{2}$ dag werken	1
11.	Je kunt financieel onafhankelijk van je man zijn	1
12.	Je kunt eventueel voor het gezinsinkomen zorgen	1
13.	Je wordt gedwongen ergens over na te denken	1
14.	Je ouders vinden het leuk	$\frac{1}{2}$
15.	Je kunt jezelf door je werk erna blijven ontwikkelen	1
16.	Je hoeft je nooit te vervelen	1
17.	Studentenvoorzieningen	1
18.	Je leert ruimer denken	1
19.	Willen studeert ook; je gaat gelijk op	1
20.	Lange vakanties	1
Totaal		18 $\frac{1}{2}$

NADEEL STUDEREN		
1.	In je vrije tijd denk je vaak: eigenlijk moet ik studeren	$\frac{1}{2}$
2.	Je verkeert in onzekerheid of je iets wel of niet kent	$\frac{1}{2}$
3.	Er worden initiatieven van je verlangd	1
4.	Je wordt geacht je correct te gedragen na je studie	$\frac{1}{2}$
5.	Je moet een eigen mening hebben	1
6.	Je moet je mening naar voren brengen	1
7.	Alles wordt erg uit elkaar geplozen	0
8.	Je moet je ergens voor interesseren	1
9.	Je behoort tot "de studenten"	0
10.	Je voelt je niet verbonden met arbeiders enz.	0
11.	Je moet je ergens in verdiepen	0
12.	Je specialiseert je erg	0
13.	Je ziet door de problemen de werkelijkheid niet meer	1
14.	Je kennis veroudert snel	0
15.	Je moet blijven werken wil je er niet uit raken	1
16.	Je kunt de studie wat moeilijk van je af zetten	0
17.	Je moet jezelf erg belangrijk vinden	0
18.	Je bent tegen de dertig voordat je kinderen kunt krijgen	0
19.	Je kunt er verstrooid van worden	0
20.	In andere stad: forensen	1
Totaal		8

Na de beslissing genomen te hebben, is zij rechten gaan studeren. Het mislukken van twee eerdere studies was aanleiding de behandeling uit te breiden met de behandeling van het studieprobleem.

### 3.2 Zwangerschap wel of niet onderbreken

Een 30-jarige vrouw, gehuwd, twee kinderen, wordt door een wanhopige echtgenoot en een huisarts die ook geen raad weet, met spoed aangemeld. Mevrouw blijkt een tiental weken zwanger te zijn en iedereen is ervan overtuigd dat een derde kind een ramp voor dit gezin zal betekenen. Zij zou het gezin met twee kinderen al niet aan kunnen, laat staan, etc. Mevrouw reageert op deze reacties van echtgenoot en huisarts op dusdanig vage wijze dat wanhoop in ernstige mate bij hen bevorderd wordt. Onder het motto "vrouw is baas in buik" plaatst de therapeut de echtgenoot in een hoek van de kamer en wordt hem gevraagd zich verder als toehoorder te gedragen. Met mevrouw wordt het principe van de beslissingsprocedure doorgesproken. Zij zal 's avonds de lijsten met 20 argumenten voor en tegen voor het voldragen van de zwangerschap maken en de volgende dag zal de beslissing over de zwangerschap genomen kunnen worden. Mevrouw brengt de hieronderstaande lijst mee:

20 POSITIEVE PUNTEN VOOR ZWANGERSCHAP		
1.	Leuk voor Chantal (een van de kinderen)	$\frac{1}{2}$
2.	Mooi om te hebben	0
3.	Een plezier om het kind op te zien groeien	1
4.	Het is leuk om een baby te verzorgen en dingen te leren	
Totaal		$3\frac{1}{2}$

20 BEZWAREN TEGEN ZWANGERSCHAP		
1.	Ons besluit geen kinderen meer te nemen	$\frac{1}{2}$
2.	Te klein huis	$\frac{1}{2}$
3.	9 maanden ziek, etc.	1
4.	Leeftijdsverschil tussen kinderen te klein	$\frac{1}{2}$
5.	Chantal kan nog niet meelopen met de kinderwagen	0
6.	Ik ben altijd moe	1
7.	Ik heb dan helemaal geen tijd meer voor Michael	$\frac{1}{2}$
		→

8.	Ik heb weinig zin in huishouden en ben daarom bang dat ons gezin eronder komt te lijden	1
9.	Michael plast in bed en staat daarvoor onder behandeling; mijn man kan daar slecht tegen	1
10.	Chantal is een week zonder mij na de bevalling	0
11.	Mijn man is tegen een derde kind; als we deze zwangerschap laten doorgaan, kan dit problemen geven voor ons huwelijk	1
12.	's Nachts moet ik eruit voor Chantal	$\frac{1}{2}$
13.	We kunnen niet op vakantie	0
14.	Michael doet nu al veel voor mij, boodschappen doen, met Chantal spelen of even oppassen; ik ben bang dat het met een derde kind teveel voor hem wordt (door mijn schuld)	$\frac{1}{2}$
15.	Het is nu al moeilijk een groot kind en een klein; twee kleintjes en een grote lijken me nog veel moeilijker	1
16.	Eigenlijk kom ik nu tijd tekort, omdat ik veel slaap	1
Totaal		10

Na het bespreken van de lijsten besluit mevrouw zich te laten aborteren. Met het echtpaar wordt de afspraak gemaakt dat ze na drie dagen zullen bellen. Na drie dagen belt mevrouw op; zij zegt ervan overtuigd te zijn dat abortus moet gebeuren. Aansluitend krijgt zij de nodige informatie en de abortus wordt uitgevoerd. Na enige maanden blijkt mevrouw tevreden over haar toen genomen beslissing.

### 3.3 Het wel of niet verbreken van een relatie

Een 25-jarig alleenwonend meisje heeft sinds een halfjaar een relatie met een topfunctionaris van het C.D.A. Daar deze man - een goede veertiger - daarnaast fabrieksdirecteur is en zoals niet ongebruikelijk vele commissariaten bekleed en tenslotte ook nog gehuwd is en een aantal kinderen heeft, kreeg hij na enige tijd genoeg van zijn zich steeds eisender opstellende vriendin. Tijdens een roerend samenzijn vertelde hij haar dat hij de relatie verbrak omdat hij zoveel van haar hield; hij stelde het niet aan te kunnen zijn vrouw, kinderen en vriendin naar de donder te zien gaan. Hij besloot zichzelf op te offeren en terug te gaan naar zijn vrouw met de belofte onze cliënte ten alle tijden bij te zullen staan. Wel dit laatste viel tegen; cliënte belde hem vaker op, maar



de minnaar zat vaker in vergaderingen. Cliënte deed tenslotte enige zelfmoordpogingen, waarna aanmelding volgde. Nadat zij weer wat hersteld was van de door haar ingenomen spiritus en haarwater, werd haar de beslissingsprocedure voorgelegd. Zij zal de 20 argumenten voor en tegen het voortgaan met de relatie verzamelen.

20 ARGUMENTEN TEGEN		
1.	Omdat hij binnen 9 maanden (redelijke tijd?) niet voor mij heeft gekozen	1
2.	Omdat ik niet op het tweede plan wil staan	1
3.	Omdat hij me al enorm door elkaar geschud heeft, resp. pijn heeft gedaan	1
4.	Omdat hij op "kritieke" momenten niet bij mij is (weekends, vakanties, avonden, nachten)	1
5.	Omdat de relatie niet aan de buitenwereld getoond mocht worden	$\frac{1}{2}$
6.	Omdat ik (derhalve) te weinig aandacht krijg	1
7.	Omdat voortzetting van het contact door mij als slopend wordt ervaren (althans op de oude voet)	1
8.	Omdat ik me vernederd voel	$\frac{1}{2}$
9.	Omdat ik niet lang wil wachten totdat hij toe is aan de realisatie van een eventueel huwelijk	1
10.	Omdat ik het gevoel heb dat niet of onvoldoende tot hem doordringt wat alleenwonen voor mij betekent	1
11.	Omdat ik nu al merk dat ik ook door anderen (voor mij respectabele personen) bewonderd word	$\frac{1}{2}$
12.	Omdat zijn "houden van" voor mij ongehoorwaardig aan het worden is, want	$\frac{1}{2}$
13.	Wat heeft hij voor mij over / omdat ik te vage vermoedens hieromtrent heb	$\frac{1}{2}$
14.	Omdat hij nu ook niks meer van zich laat horen	1
15.	Omdat ik vrees dat de goede communicatie niet meer (door mij) hervat kan worden	1
16.	Omdat ik naar duidelijkheid verlang over mijn eigen gevoelens	$\frac{1}{2}$
17.	Omdat ik zo spoedig mogelijk een evenwichtig leven wil leiden	1
18.	Omdat ik niet meer weet of hij wel een goede partner voor mij kan zijn	$\frac{1}{2}$
19.	Omdat ik denk dat ik me niet meer veilig en geborgen bij hem kan voelen	$\frac{1}{2}$
20.	Omdat ik de buitenwereld wil laten weten dat ik de verhouding beëindigd heb	$\frac{1}{2}$
Totaal		15 $\frac{1}{2}$

20 ARGUMENTEN VOOR	
1. Omdat we elkaar gelukkig kunnen maken	1
2. Omdat ik graag (door hem) bewonderd wordt	$\frac{1}{2}$
3. Omdat ik t.z.t. misschien toch nog zijn vrouw kan worden (2-3%)	0
4. Omdat ik door de relatie goed kon functioneren	$\frac{1}{2}$
5. Omdat ik me goed kon ontplooien door ons contact	$\frac{1}{2}$
6. Omdat ik het als prettig ervaar te merken dat hij ook van mij leert	$\frac{1}{2}$
7. Omdat hij naar mij verlangt	$\frac{1}{2}$
8. Omdat we veel samen plezierig kunnen doen (reizen, politiek)	$\frac{1}{2}$
9. Omdat ik me veilig en geborgen bij hem kon voelen	$\frac{1}{2}$
10. Omdat ik veel gevoeliger met hem omga dan Tineke met hem omgaat en hij dat als goed (en nieuw) ervaart	0
11. Omdat ik hem graag die nieuwe levenskansen wil geven	$\frac{1}{2}$
12. Omdat (wanneer hij bij mij was) ik me erg begrepen kon voelen door hem	0
13. Omdat die grote mate van elkaar aanvoelen en begrijpen de relatie zo waardevol voor me maakte	$\frac{1}{2}$
14. Omdat ik het misschien wel als een triomf ervaar, als hij komt, dat hij al die problemen ervoor over heeft om naar mij toe te komen	$\frac{1}{2}$
15. Omdat ik door hem mij conventionele waarden heb eigen gemaakt, waarmee gemakkelijker te leven is	$\frac{1}{2}$
16. Omdat ik het als positief ervaar zoveel indruk op iemand te maken	0
17. Omdat ik alleen wonen / leven niet eenvoudig vind	0
18. Omdat ik denk een goede partner voor hem te kunnen zijn	1
19. Omdat hij voor mij een toekomst als "free-lancer" verwezenlijken kan	$\frac{1}{2}$
20. Omdat met hem veel materiële leuke dingen mogelijk zijn	0
Totaal	8

Na toetsingen waardering van de argumenten besluit cliënte de relatie te verbreken. In overleg met de therapeut deelt zij dit per brief aan haar partner mee, terwijl zij hem verzoekt voorlopig een maand geen contact met haar op te nemen.

Na deze beslissing blijft het echter tobben. Ze voelt zich ongelukkig en kan hem maar niet vergeten. Nadat de maand om is (hij had haar al eerder gebeld) vindt er een ongeplande ontmoeting plaats,

waarbij het paar elkaar in de armen valt. Bij follow-up na 4 maanden blijkt in deze ongelukkige relatie geen wijziging gekomen te zijn.

#### 4. Discussie

- 4.1 De beschreven procedure leert de cliënt een beslissing te nemen over een belangrijk onderwerp. Naast de praktische kant: het opruimen van een cruciaal dilemma, leert hij tegelijkertijd rationeel omgaan met het beslissen over belangrijke zaken. Blijven twijfelen of impulsief beslissen zijn niet te combineren met deze gang van zaken. Bij vergelijkbare vragen kan hij zelf deze procedure volgen en samen met partner of gezin beslissingen nemen. Ook al leert de cliënt door de eenmalige ervaring deze vrij eenvoudige techniek van een beslissing nemen iets wel of niet te doen, het is een vereenvoudiging van de probleemoplossingstechniek volgens D'Zurilla en Goldfried, waarbij het accent juist niet ligt op eenmaal een belangrijke beslissing nemen, maar op het leren problemen goed te analyseren, te definiëren, alternatieven te geven, beslissingen te nemen en tenslotte te evalueren. Bij de hier beschreven voorbeelden zijn de consequenties dusdanig dat van evalueren en eventueel een alternatief gedrag ontplooiën meestal geen sprake meer kan zijn. Bijvoorbeeld: wanneer je je baan opgeeft voor een andere baan, is bijsturen of terugkeren naar de oude situatie vaak onmogelijk.
- 4.2 Er wordt gesteld dat nu op rationele wijze beslissingen genomen worden. Deze zin moet eigenlijk luiden: op meer rationele wijze worden beslissingen genomen. Immers, zowel bij het genereren van argumenten voor en tegen als bij de weging van de argumenten spelen subjectieve elementen een rol (D'Zurilla en Goldfried, 1971). Ook zullen de argumenten van zwaarte verschillen. Daar dit zowel bij de argumenten voor als tegen een rol speelt, wordt hier vooralsnog geen verdere aandacht aan geschonken. Ook is de therapeut een belangrijke factor bij de waardering van de verschillende argumenten. De manier waarop de therapeut vraagt naar de waarde van een bepaald argument kan de cliënt beïnvloeden om de vraag op een bepaalde wijze te waarderen. Haley (1978, blz. 153) wijst op het feit dat veel therapeuten die stellen niet te willen manipuleren, cliënten

beïnvloeden zonder dat zij zich dat bewust zijn. De therapeut kan dit vermijden door zich zoveel mogelijk bewust te zijn van zijn manipuleren.

Vermeden dient te worden dat de therapeut bij het waarden van de verschillende argumenten op een ongewenste wijze invloed uitoefent; dient hij goed op de hoogte te zijn van de levenssituatie van de cliënt. Dan is het mogelijk de verschillende argumenten niet alleen zo kritisch mogelijk te benaderen, maar zal hij ook in staat zijn zijn invloed zorgvuldig aan te wenden. Hij kan dan bij het ter toetsing voorleggen van een argument een spottend lachje vertonen of een korte zakelijke formulering geven waar een mogelijke duidelijke instemming van de therapeut uit spreekt. Ook kan hij bij het ene argument flinke kritische kanttekeningen plaatsen of bij een ander argument geen kritiek uiten. De cliënt zal tenslotte in een stadium komen waarop hij op grond van zijn argumenten zijn beslissing neemt. Het is belangrijk dat de beslissing de grootste kans biedt op een gewenste voortgang. De therapeut dient zich te realiseren dat hij zich aan zijn medeverantwoordelijkheid voor deze beslissing niet kan onttrekken.

4.3 Er zijn cliënten die na de procedure enigszins verbaasd kijken naar het resultaat van de puntenscore. In die gevallen is het goed de cliënt te verzoeken het nemen van de beslissing uit te stellen. De cliënt neemt de lijsten mee naar huis en krijgt de opdracht iedere keer als de twijfel omtrent de juistheid van de beslissing hem overvalt, zich achter het bureau te plaatsen en de verschillende argumenten opnieuw te waarden na eerst de oude waarderingscijfers afgedekt te hebben. Op de volgende zitting kunnen deze uitkomsten besproken worden. In de twee gevallen waarbij dit vervolg aan de beslissingsprocedure werd gekoppeld, nam de cliënt een definitieve beslissing gedurende deze periode.

Zoals al eerder gezegd werd, moet de cliënt nadat het besluit genomen is, nog enige tijd de mogelijkheid hebben erover "na te denken". Immers bij de hier voorgestelde procedure handelt het vaak om beslissingen die na eenmaal uitgevoerd te zijn niet meer teruggedraaid kunnen worden.

Tot slot is het goed de cliënt te verzoeken geen beslissingen te nemen vóór de voor deze beslissing afgesproken zitting. Het komt

nogal eens voor dat men bij het verzamelen van de argumenten voor en tegen opeens op een argument stuit dat op dat moment in die situatie zo zwaar lijkt te wegen dat de cliënt alsnog impulsief tot een besluit komt. Op zich hoeft dit niet bezwaarlijk te zijn - het gaat tenslotte om een eenmalige beslissing - maar het principe van D'Zurilla en Goldfried "Niet niets doen, maar ook niets impulsief" blijft ook hier van kracht. De cliënt zal overeenkomstig de afspraak de uitvoering van de beslissing uit moeten stellen tot na de volgende zitting.

Referenties

D'Zurilla, T.J. en M.R. Goldfried (1971)  
 Problem solving and behavior modification,  
 J. of Abnormal Psychology, 78 (1), 107 - 126

D'Zurilla, T.J. en M.R. Goldfried (1973)  
 Cognitive processes problem-solving and  
 effective behavior,  
 in: M.R. Goldfried en M. Merbaum,  
 Behavior change through self-control,  
 Holt, Rinehart & Winston, New York

Haley, J. (1978)  
 Directieve Gezinstherapie,  
 De Toorts, Haarlem

Goldfried, M.R. en A.P. Goldfried (1974)  
 Cognitive change methods,  
 in: F.H. Kanfer en A.P. Goldstein,  
 Helping people change,  
 Pergamon Press, New York

HUMOR IN THERAPIE

Richard Van Dyck

Inleiding:

Afgaande op de manier waarop behandelingen worden besproken, lijkt humor in psychotherapie zelden gebruikt te worden. Alleen Frankl en Arndt en zijn volgelingen maken expliciet gebruik van de mogelijkheid om klachten met humor te bejegenen, maar wie kennis neemt van de *ten geleide's* van dit tijdschrift begrijpt onmiddellijk dat humor wel een essentieel onderdeel vormt van directieve therapie.

In deze bijdrage worden twee manieren besproken om humor aan te wenden: Als een meer incidenteel hulpmiddel om de sfeer van een gesprek te beïnvloeden of bepaalde opmerkingen in te kleden en ten tweede als een systematisch te gebruiken hulpmiddel van een aantal problemen.

Voorbeelden:

1. Uit een aanmeldingsgesprek van een gezin komt een typisch voorbeeld van de eerste, incidentele manier van toepassing van humor: Het blijkt te gaan om een 17-jarige dochter, die op zeer coherente manier weet uiteen te zetten dat haar vader en moeder het voortdurend met elkaar oneens zijn over de manier waarop zij en de andere kinderen moeten worden opgevoed. Uit haar verhaal blijkt dat het vaste patroon eruit bestaat dat vader een harde stellingname kiest ten opzichte van de kinderen, waarna moeder regelmatig toestemming verleent om het standpunt van haar man te negeren. De volgende die aan het woord komt is vader: Hij geeft een uiteenzetting over hoe kinderen dienen opgevoed te worden, en hoe zijn vrouw hem daarbij dwarsboomt. Daarna is moeder aan het woord. Zij begint haar exposee met:  
 Moeder: "Mijn man is een heel sterke persoonlijkheid..."  
 Therapeut: (vriendelijk) "En toch krijgt U hem eronder?"  
 Moeder: (verrast) "Eh, ja"

Iedereen lacht.

Dergelijke opmerkingen zouden een zeer confronterende toon krijgen wanneer ze in ernst zouden uitgesproken worden. Het feit dat er gelachen wordt maakt de opmerking voor alle betrokkenen meer aanvaardbaar en vermindert de weerstand. Niet alleen voor het acceptabel maken van confronterende opmerkingen is humor bruikbaar, maar telkens wanneer de therapeut correcties wenst aan te brengen in het gedrag van de cliënten, zonder daarvan een zware "issue" te maken: zoals het afzwakken van theatrale uitspraken, het relativiseren van absolutistische stellingnames etc... Humor is vooral geschikt als *indirecte* interventie wanneer de therapeut zich niet onbetuigd wil laten bij bepaalde gebeurtenissen in het gesprek, maar toch op dat moment een uitvoerige discussie wil vermijden. Verder draagt humor aanzienlijk bij tot een meer ontspannen en meer tolerante sfeer, wat in de meeste therapiezittingen zeker een aanwinst is te noemen.

- 2.2 Het volgende voorbeeld vormt een meer specifieke toepassing van humor als middel om bepaalde klachten te bestrijden. Het gaat om een ongeveer 40-jarige ongehuwde verpleegster die in behandeling kwam wegens dwangverschijnselen die zijn ontstaan nadat ze een onschuldige vergissing maakte in de operatiekamer waar ze werkte. Sindsdien rumineert ze over de mogelijke noodlottige consequenties van een nalatigheid van haar kant, en kan het niet laten om elke handeling, zoals het instellen van de juiste temperatuur van het steriliseerapparaat meermalen te controleren. Wat betreft haar controledwang wordt paradoxale intentie voorgeschreven. Gelijktijdig wordt haar dwangdenken op de volgende manier aangepakt: De therapeut steekt een enigszins omslachtig verhaal af dat begint met de voorstelling dat ze inderdaad schuldig is geweest aan het overbrengen van een bacterie tijdens een operatie. Het verhaal vervolgt dat, voor een belangrijk deel wegens nalatigheid of foutieve diagnose van artsen tijdens de weekenddienst deze infectie zich verder over het ziekenhuis verspreidt. Overal doen zich sterfgevallen voor. Een soort pestepidemie lijkt uitgebroken. In de stad vindt men kinderen en bejaarden dood op straat.

De epidemie verspreidt zich vanuit haar woonplaats over het hele land en tenslotte via scheepvaart en luchtverkeer over de hele EEG, waar overal dood en verderf wordt gezaaid. Ze had dit verhaal met stijgende ongerustheid beluisterd, totdat de Europese Gemeenschap door haar schuld ten onder moest gaan, toen begon ze hartelijk te lachen. Als toepassing van deze gebeurtenis werd haar geadviseerd, om telkens, wanneer de dwanggedachten zouden opkomen, zichzelf dit verhaal voor te houden, hetgeen ze met succes kon doen. Zoals vaak het geval is wanneer een symptoom geblokkeerd wordt, stelde ze zelf daarna een aantal problemen aan de orde in haar werksfeer en privésfeer, waarvan ze het bestaan eerder had ontkend en zelfs tegengesproken. In een aantal zittingen konden daarvoor oplossingen gevonden worden. Enkele jaren later vertoonde ze een kortdurend recidief, naar aanleiding van nieuwe problemen op het werk. Dezelfde procedure kon gebruikt worden, opnieuw met goed resultaat.

De hierboven geschetste aanpak vertoont duidelijke verwantschap met de "implosive therapy" van Levis en Stampfl. Een verschil is echter dat de verhalen die gebruikt worden niet langer dan 10 minuten duren en dat humor als hulpmiddel systematisch wordt toegepast.

- 2.3 Het volgende voorbeeld betreft een vrouw, eveneens lijdende aan een dwangneurose die op een bepaald moment van de behandeling zelf het gebruik van humor in de hand nam en verder uitbouwde. Haar klachten betroffen een controle- en schoonmaakdwang die gevoed werd door de angst dat één van de gezinsleden het huis met faecalieën zou besmetten. De eerste fase van deze behandeling, waarbij haar behoefte om haar echtgenoot bij alle belangrijke beslissingen in te schakelen, aan de orde kwam, werd reeds beschreven in deel I. Bij de verdere behandeling werd na paradoxale intentie met betrekking tot de controlehandelingen, ook een alsmaar uitdijend verhaal over vervuiling met poep voorgesteld met het doel haar lachlust op te wekken. Niet alleen nam ze dit over, maar ze sprak zelfs af om dagelijks een nieuw verhaaltje te verzinnen en dit op te schrijven. Uiteindelijk kwam ze tot een serie sinterklaas-



gedichten waarvan hierbij een treffend voorbeeld:

*poep op het raam*  
*poep op de cyclaam*  
*poep op de wand*  
*poep op de lamp*  
*poep op de W.C.*  
*poep ook op de T.V.*  
*poep op de deur*  
*poep bruin van kleur*  
*poep op de kaars*  
*poep onder je laars*  
*poep op het gordijn*  
*poep is altijd 'n gein (?)*  
*poep op de muren*  
*poep zelfs bij de burens*  
*poep op de krant*  
*poep in de mand,*  
*poep aan de bloemen*  
*poep, teveel om op te noemen*  
*poep in de hand*  
*zo gaat men met poep door het hele land*

Haar pre-occupatie met faecalieën zakte hierna zeer sterk; de rest van de behandeling werd voornamelijk besteed aan het bespreken van onenigheid over de opvoeding van de kinderen en problemen in de sfeer van afhankelijkheid en eigen inbreng t.o.v. haar man.

#### 4. Bespreking

- 4.1 Humor is een wellicht ondergewaardeerd hulpmiddel in psychotherapie. Therapeuten gaan, althans in een verslaggeving, te veel mee met de wanhopige en bloedernstige manier waarop de cliënten hun klachten naar voren brengen. Misschien heeft het er ook mee te maken dat de verwachting bestaat dat meer indruk gemaakt zal worden met een verhaal over de behandeling van klachten die als tragisch worden afgeschilderd,

dan een mededeling over klachten waarvan men de ernst zelf al heeft gerelativeerd (zie hierover o.a. Palmenstrand).

/eigen

4.2 Een bijkomend voordeel van het gebruik van humor is dat het de the-  
rapeut betere mogelijkheden biedt tot een goede/agressieregulatie  
tijdens de zittingen. Dit maakt het debiteren van cynische en denigre-  
rende opmerkingen over de cliënten na afloop van de zittingen groten-  
deels overbodig.

4.3 De mogelijkheid om humor op een incidentele manier toe te passen,  
zoals in het eerste voorbeeld, lijkt vrij algemeen te zijn. De juiste  
toon is lichte ironie. Men moet er voor waken dat de opmerkingen spot-  
tend of denigrerend klinken. Het gebruik van humor als specifieke  
techniek is veel meer beperkt. Alleen cliënten die uit zichzelf reeds  
over een zin voor humor beschikken kunnen deze methode met succes  
toepassen. In enkele gevallen kwam men niet verder dan lachen als  
een boer met kiespijn. Dit bleek geen opluchting te geven. Hiermee  
is nogmaals het principe geïllustreerd dat men moet trachten aan te  
sluiten bij de persoonlijke eigenaardigheden en kwaliteiten van de  
individuele cliënt.

OVER PARADOXEN: WERKPLAN

Richard Van Dyck.

Omdat het mij door tijdgebrek niet mogelijk is om over dit thema een uitgewerkt artikel te leveren, beperk ik mij tot het insturen van het volgende schema.

1. Definities:

- van verschillende termen, *paradox*, *symptoomvoorschrijving*, *double bind*, *paradoxale intentie*; verschil *indirect-paradoxaal*.
- schijnbare helderheid bij b.v. Watzlawick: "paradox resulteert uit strijdige informatie tussen 2 niveaux".  
In de praktijk blijkt de moeilijkheid er vooral uit te bestaan te beslissen of 2 elementen tot *eenzelfde* of *verschillend* niveau behoren.  
Andere definitie: paradox ontstaat als onduidelijkheid kan bestaan over een relatie tussen 2 strijdige uitspraken. Hierin is opvatting van "ontvanger" beter verdisconteerd.

2. Beschrijvingen van Haleyaanse paradoxen (met voorbeelden).

- Metacomplementaire opstelling
  - Symptoomvoorschrijving
  - Benevolent ordeal (zware last)
- Deze paradoxen zijn in mindere of in sterkere mate aanwezig.  
V.b. continuum in opstelling: contract - judo - paradox.

3. Specificatie van de situaties waarin elk van deze paradoxen zinvol is.

4. Bespreking van problemen in de praktijk:

- Kritiekloos toepassen van absurde invallen.
- Paradoxen als "laatste redmiddel".
- Persoonlijke aversie t.o.v. de hele benadering bij sommige therapeuten.

5. Voorstel tot constructie van paradox (met voorbeeld):

- Eerste formulering van gewenste verandering op een concrete, ondubbelzinnige manier.
- Daarna omvorming tot paradoxaal advies.

HYPNOTHERAPIE: EEN INLEIDING

Onno van der Hart

1. Een voorbeeld

Suzan, een studente sociale wetenschappen, vroeg hulp voor een studieprobleem. Ze had van een docent gehoord dat haar skriptie binnen twee weken ingeleverd moest worden, maar ze kon geen letter op papier krijgen en had zelfs geen opzet in haar hoofd. Ze was al een half jaar dagelijks met het onderwerp bezig; had alle relevante literatuur bestudeerd, maar ze kon er niets mee.

Suzan had ervaring met hypnose: ze had als proefpersoon deelgenomen aan onderzoek waarin hypnose gebruikt werd. Mogelijk kon dat haar ook helpen bij het oplossen van dit probleem.

Ze ging - als ervaren subjezt - snel en gemakkelijk in hypnose.

Na een aantal minuten vertelde de therapeut haar het volgende:

"Je zit met het probleem van die skriptie, Suzan, waaraan je nu in hypnose iets kan doen. Weet dat je onbewuste in feite heel creatief is. Daar de tijd van jou nu ook trager en trager gaat lopen, zal je onbewuste in korte tijd heel veel kunnen doen aan het probleem.

Je hebt alle literatuur grondig bestudeerd; weet dat die informatie in je aanwezig is en tot je beschikking staat. Je onbewuste zal nu op haar eigen creatieve manier met dit materiaal kunnen omgaan. De oplossing zal als vanzelf ontstaan en naar voren komen in de vorm van een structuur voor de skriptie.

Je zult die structuur dan nog eens kritisch bekijken en als die goed bevonden wordt, zal je de komende tijd de skriptie zeer gemotiveerd schrijven, zodat deze spoedig af zal zijn."

Suzan ging met deze suggesties aan de gang. Ze praatte de eerste tijd niet met de therapeut, maar in zichzelf. Haar lippen bewogen daarbij in hoog tempo. Af en toe stopte dit; mompelde ze iets als

65

"even hiernaast kijken" en vervolgens ging ze weer in hoog tempo verder.

Na ongeveer zeven minuten merkte ze op dat ze het antwoord had. De therapeut vroeg haar of ze daarmee de structuur of opzet van de skriptie bedoelde. Dat was zo. Hij vroeg haar die structuur nog eens door te lopen en na te gaan of deze werkelijk goed was. Dat deed ze en ze merkte zeer tevreden op, "Ja, dat is het!" De suggestie werd herhaald dat ze zeer gemotiveerd zou gaan schrijven en de skriptie spoedig af zou hebben.

Een aantal maanden later berichtte Suzan dat haar skriptie inderdaad op tijd was afgekomen en dat ze er een zeven voor gekregen had. Ze had ook zeer gemotiveerd - en in hoog tempo - een aantal andere studie-onderdelen afgewerkt, waar ze voorheen niet erg efficiënt mee bezig was geweest. Al dit werk was binnen twee maanden na de hypnose-zitting volbracht. Toen moest ze - wat ze al voor die zitting had geweten - in het ziekenhuis worden opgenomen wegens de ernstige complicaties van haar zwangerschap.

## 2. Hypnotherapie als leerproces

Volgens Erickson (1971; geciteerd door Beahrs, 1971) leren mensen eerst op een bewust nivo van gewaar worden. Zodra ze zich iets eigen hebben gemaakt, komt dat in het onbewuste terecht, "there to become available automatically when the need arises (..) ". Voor veel mensen is het een probleem dat ze die eerste stap - dat bewuste leren niet kunnen maken. Ze hebben allerlei foutieve opvattingen, ideeën, angsten, ed. die hen verhinderen om zich volledig geconcentreerd bezig te hebben met datgene wat ze moeten leren. Suzan kon tijdens haar mislukte pogingen een opzet voor haar skriptie te maken gedacht hebben: "Dat lukt me nooit.... en ik heb zoveel andere dingen aan mijn hoofd....er moet nog zoveel gebeuren voordat ik naar het ziekenhuis moet....en hoe zal het met mijn zwangerschap aflopen?" Iemand die angsten of andere symptomen heeft, kan denken dat ze hem alleen maar overvallen en dat hij er zelf niets aan kan doen.

Vaak heeft de bewuste ideeën, ed, die iemand verhinderen een bepaald probleem op te lossen te maken met een negatief zelfbeeld. Zou dat zelfbeeld in gunstige zin gewijzigd kunnen worden, dan kan de houding t.o.v. het betreffende probleem veranderen en wordt de kans van slagen groter (vgl. Lecky, 1945; Lange, 1977). Er zijn een aantal therapeutische methoden ontwikkeld om iemands zelfbeeld te wijzigen. Wanneer een dergelijke opvatting over jezelf echter zeer rigide is, is het mogelijk dat therapie die op een bewust nivo van psychisch functioneren mikt niet aanslaat, geen succes heeft. Hypnotherapie kan dan aangewezen zijn.

In hypnotherapie wordt het bewuste nivo van leren, bij wijze van spreken overgeslagen. De therapeut richt zich rechtstreeks tot het "onbewuste" van de cliënt. Hij stimuleert diens creatieve probleemoplossend vermogen, dat op dat nivo opereert. In hypnose worden alle irrelevante en zelfs hinderlijke ideeën opvattingen, verwachtingen, angsten, ed. buiten haakjes gezet en is de cliënt in staat om de aandacht alleen bij de essentiële gegevens te houden. Uit het "spelen" met die gegevens kan een oplossing ontstaan - een "kognitieve en affektieve herstructurering" (Wallace, 1966; vgl. par 6) - die de bewuste opvattingen in het gedrag van de cliënt ("van binnen uit") gunstig kunnen beïnvloeden.

### 3. De aard van hypnose

In voorgaande zijn termen gebruikt als "bewuste" en "onbewuste" en werd gesuggereerd dat hypnose iets te maken heeft met functioneren op een onbewust nivo. Dit behoeft nadere toelichting.

#### 3.1 Hypnose als een veranderde bewustzijns toestand

Bij een aantal onderzoekers (vgl. bijv. Barber, 1972; Barber et al, 1974; De Moor, 1978) heerst de opvatting "hypnose een bewustzijnstoestand is die kwalitatief anders is dan ons normale en gewone bewustzijn. Volgens hen gaat het slechts om een "responsive waking state".

67

Hiertegenover staan de meningen van alle andere onderzoekers en - vooral - klinici. Zo definiëren Crasilneck & Hall (1975, pag. 1) hypnose als "an altered of consciousness. It is characterized by an increased ability to produce desirable changes in habit patterns, motivations, self-image, and life-style. Alterations may be produced in physiological functions, such as pain, that are usually indeceptable to psychological influence".

Volgens Tart (1969) houdt deze veranderde bewustzijnstoestand een kwalitatieve verandering in de patronen van mentale funktioneren is. Dat wil zeggen het subjezt ervaart dat zo: "He feels not just a quantitative shift (more or less alert, more or less visual imagery, sharper, dueller, etc.) but also that some quality or qualities of his mental processes are different." Deze verandering wordt door Shor (1959) gezien als een proces waarin de zgn. "generalized reality orientation" \* naar de achtergrond van ons gewaarzijn verhuisd en ophoudt met funktioneren. De veranderde bewustzijnstoestand die zo ontstaat noemt Shor een "hypnotieke trance".

Erickson & Rossi (1974) noemen een mogelijke oorzaak waardoor onderzoekers als Barber c.s. niet van een kwalitatief andere bewustzijnstoestand spreken en anderen wel: In veel experimenteel onderzoek in laboratoria wordt gewerkt met standaard-instructies en direkte suggesties (vgl. par. 7) en worden de proefpersonen niet of nauwelijks getraind in buitensluiten of afzwakken van bewuste manieren van funktioneren. "The presence of many verbal, sensory, perceptual, and psychodynamic associations common to both the trance and waking situation in most experimental studies bridges the gap between them and further reduces their discontinuity." In dergelijke omstandigheden is er inderdaad sprake van een zekere kontinuïteit tussen "wakende toestand" en "trance". In hypnotherapie - m.n. dat van Erickson - wordt de kliënt daarentegen getraind in het apart funktioneren op de beide nivo's, waarbij in trance onwillekeurig en autonoom gedrag overheerst.

\* : "a structured frame of reference in the background of attention which supports, interprets, and gives meaning to all experiences".

68

### 3.2 Trance-diepte

In de vorige paragraaf werd er al impliciet op gewezen dat er in feite niet sprake is van één hypnotische trance-toestand. Men spreekt in het algemeen van het bestaan meer oppervlakkige en diepere trance-nivo's. Erickson (1952, p. 79) merkt hierover het volgende op: "At the lighter levels there is an admixture of conscious understandings and expectations and a certain amount of conscious participation. In the deeper stages, functioning is, more properly, at an unconscious level of awareness. There in the deep trance the subject behaves in accordance with unconscious patterns of awareness and responses which frequently suffer from his conscious patterns". Op een onbewust nivo funktioneert het subject "in accord with unconscious understandings, is independent of these forces to which his conscious mind ordinarily responds, and behaves in the reality which exists in the given situation for his subconscious or unconscious mind. Conceptions, memories, and ideas constitute his world of reality with which he is surrounded is useful only insofar as it can be used in the hypnotic situation". (p.80)

Diepe hypnose, kortom, is that level of hypnosis that permits the subject to function adequately and directly at an unconscious level of awareness without interferences by the conscious mind."

Uit de onderzoekshoek zijn de schalen bekend die de diepte van iemands hypnotische trance meten (vgl. bijv. Le Cron & Bordeaux, 1947; Hilgard, 1965). Deze schalen zijn gebaseerd op de veronderstelling dat subjecten op diepere nivo's meer en moeilijker hypnotische verschijnselen kunnen laten optreden dan op oppervlakkiger nivo's (vgl. par. 4).

### 3.3 De waardering van het onbewuste

Wie in hypnose onbewuste personen stimuleert die de cliënt kunnen helpen een probleem op te lossen, heeft een positie



69

druk van dat onbewuste. Zo was Flourney (1854-1920) sterk onder indruk van de verschillende funkties die het onbewuste kan vervullen (Ellenberger, 1970); Watkins, 1977). Hij onderscheidde bijv. de "kreatieve funktie" waardoor de persoon inzicht of wijsheid krijgt die niet aan bewuste funkties zijn toe te schrijven. Voorts is het onbewuste in staat om te spelen, om verhalen of mythen te kreeëren, om te waarschuwen en te vertroosten, in vaak zelfs beter te denken dan het bewuste.

Deze visie treffen we ook bij Erickson aan (vgl. Beahrs, 1971; Haley 1967). Volgens hem is het onbewuste een positieve kracht is die "will arrange what is best for the individual if he stops interfering with it" (Haley, 1967, p. 531). Suzans ervaringen in hypnose zijn hier een duidelijk voorbeeld van.

Overigens is de klinische werkelijkheid niet zo eenvoudig als deze visie lijkt aan te geven. Het is niet zo dat het onbewuste de perfecte probleemoplosser is. "...it's not always plain sailing, and it may go about things in the wrong way. Some of Milton H. Erickson's experiences with pain control have been trial and error, with a good deal of error" (Elisabeth Erickson, in Erickson & Rossi, 1977). Een voorbeeld betreft een cliënt die voor "onbeschrijfbare aanvallen" hulp zocht; aanvallen die de plaats van hyperventilatie-aanvallen zouden hebben ingenomen. De therapeut stelde hypnotherapie voor, waarin het "onbewuste" van de cliënt gestimuleerd zou worden het betreffende probleem op te lossen. Gedurende een jaar vonden eens in de drie weken á een maand hypnose-zittingen plaats. De cliënt deed daarin boeiende en waarschijnlijk ook belangrijke ervaringen op. De aanvallen verdwenen echter niet. Een kollega, die toen ingeschakeld werd, konstateerde dat de aanvallen nog steeds met hyperventileren te maken hadden. Met behulp van de provokatie (vgl. Hoogduin, 1977) en het voorschrijven van het symptomatisch gedrag werd de cliënt in een beperkt aantal zittingen van zijn klachten afgeholpen.

70

#### 4. Hypnotische verschijnselen

Al eerder werd gewezen op het feit dat mensen in hypnose ervaringen hebben die zij normaal niet of moeilijk kunnen realiseren. Heel kort wordt een aantal van deze ervaringen - hypnotische verschijnselen - hier behandeld. Hierbij wordt grotendeels de opsomming van Kroger & Fezler (1976) gevolgd.

a). Catalepsie. Is een toestand die gekenmerkt wordt door "involuntary contractions of any part or all of the body musculature" (Kroger & Fezler, p.1). Een cataleptische arm, bijvoorbeeld, blijft zich in de positie bevinden waarin hij geplaatst is.

b). Ideosensorische activiteiten. Het subjekt is in staat om zintuigelijke voorstellingen te maken van bijvoorbeeld visuele, auditieve of kinesthetische aard. Deze zintuigelijke dimensies kunnen ook tegelijkertijd aanwezig zijn. Hoe meer van hen een rol spelen, des te dieper de trance (vgl. Grinder et al, 1977).

c). Ideomotorische activiteiten. Slaan op het onwillekeurige vermogen van spieren om op stimuli - in de omgeving of de verbeelding - te reageren. Hierdoor kan de therapeut vaak indirect iets waarnemen van wat de cliënt ervaart. De cliënt kan ook leren via tekens met de therapeut te kommuniseren (vgl. Le Cron, 1954; Cheek, 1962 a en b.)

d) Amnesie. Is het vermogen om iets te vergeten; een vermogen dat ook in het dagelijks leven veelvuldig benut wordt. Met betrekking tot hypnose houdt amnesie in, dat de persoon in de zgn. wakende toestand zich niet herinnert wat in de trance gebeurd of gezegd is - terwijl dat in de trance wel het geval is. Amnesie kan onder meer van belang zijn bij het geven van posthypnotische suggesties (vgl. par. 7.2.).

e). Hyperamnesie. Het vermogen om zich in hypnose gebeurtenissen veel gedetailleerder te herinneren dan in de zgn. wakende toestand.

f). Leeftijdsregressie. Houdt het herbeleven van gebeurtenissen van vroeger in. Bij een volledige leeftijdsregressie zijn alle uitingen van de persoon volledig in overeenstemming met de leeftijd in kwestie. Dit is slechts in een diepe trance het geval. Bij een partiële leeftijdsregressie kijkt de persoon naar zichzelf als dat kind van toen.

g.) Analgesie en anesthesie. Betekenen het niet gewaarworden van pijn of pijnlijke prikkels. Fysiologisch kan worden vastgesteld dat het lichaam wel op die prikkels reageert, terwijl het hypnotisch subjezt ze niet gewaar wordt. De mate van anesthesie korrespondeert met de trance-diepte en de sterkte van de motivatie (Kroger & Fezler, p. 23).

h.) Negatieve en positieve hallucinaties. Een negatieve hallucinatie is het niet gewaarworden van een bestaande stimulus, een positieve hallucinatie het ervaren van een stimulus die er in werkelijkheid niet is. Hierbij kunnen verschillende zintuigelijke dimensies betrokken zijn.

i.) Tijdsdistorsie. Slaat op een veranderde beleving van de tijd. Men ervaart in trance bijvoorbeeld dat na een uur "klokke-tijd" slechts 10 minuten verstreken zijn. Het omgekeerde kan ook het geval zijn. Suzan kreeg bij haar trance-werk een suggestie tot tijdsdistorsie: "Daar de tijd voor jou nu ook trager en trager gaat verlopen, zal je onbewuste in korte tijd heel veel kunnen doen aan het probleem".

j.) Automatisch schrijven. Een ideomotorische aktiviteit die aparte aandacht verdient. Is het "vanzelf" schrijven terwijl de aandacht van het subjezt op iets anders gericht is. Kan soms gebruikt worden als kommunikatiemiddel als de persoon moeite heeft om in hypnose te praten.

h.) Posthypnotische responsen. Het opvolgen - na beëindiging van de trance - van suggesties die tijdens de hypnose gegeven zijn. Men kan het betreffende gedrag uitvoeren zonder zich de suggestie te herinneren (amnesie), Het is echter ook mogelijk zich dat wel te herinneren en de suggestie toch op te volgen. Bij Suzan treffen we dit voorbeeld aan: "...zal je de komende tijd de skriptie zeer gemotiveerd schrijven, zodat deze spoedig af zal zijn". Van belang is dat de suggesties moeten aansluiten bij de opvattingen, overtuiging en eigenaardigheden van de kliënt. Kief (1978) wijst op een voorbeeld waarin dat niet gebeurde: "Vanaf nu bent u niet meer bang om de straat op te gaan". De kliënte schoot onmiddellijk uit trance en zei "Dat is niet waar". Beter was wellicht geweest: "u wilt vanaf nu steeds minder en minder bang zijn om de straat op te gaan". (Kief, 1978).

Subjekten kunnen getraind worden in al deze hypnotische verschijnselen, waardoor ze in een steeds diepere trance kunnen gaan en steeds gemakkelijk op een onbewust nivo kunnen functioneren (vgl. Erickson, 1954). De verschijnselen kunnen vaak ook in hypno-therapie benut worden.

## 5. Basiskenmerken.

Het vermogen om in hypnose ongewone ervaringen op te doen wordt in de litteratuur aan een of twee factoren toegeschreven, nl. een verhoogde suggestibiliteit en/of toegenomen verbeeldingskracht.

### 5.1. Verhoogde suggestibiliteit

Veel auteurs zien hypnose als een "toestand van verhoogde suggestibiliteit". Volgens Kroger & Fezler (1976, p. 13) verwijst "suggestibiliteit" naar een "suggested act that is uncritically carried out without the individual's logical processes participating in the response". In hypnose neemt de vatbaarheid voor suggesties toe. Om die reden wordt vaak van hypnose gebruik gemaakt om therapie effectief te laten zijn.

Het is echter herhaaldelijk gekonstateerd dat directe suggesties m.b.t. hypnotische verschijnselen en therapeutische veranderingen in vele gevallen weinig of geen sukses hebben. Symptomatisch gedrag laat zich slechts zelden rechtstreeks "weghypnotiseren". Dit pleit niet voor het bestaan van een eenvoudig basiskenmerk van hypnose, "verhoogde suggestibiliteit". (Of het zou moeten zijn, dat die hypersuggestibiliteit optreedt als de suggesties aansluiten bij de behoeften van de cliënt). We veronderstellen veeleer dat de cliënt in hypnose bereid is om actief en geïnteresseerd te werken met datgene waar de therapeut zijn aandacht op vestigt -mits dat aansluit bij zijn behoeften, ed. We zijn het eens met de opvatting van Hilgard (1977), dat verhoogde suggestibiliteit slechts een zeer beperkt kenmerk is van het geheel aan veranderingen dat door hypnose wordt bewerkstelligd.

73

## 5.2. Toegenomen verbeeldingskracht

We beschouwen de toegenomen verbeeldingskracht als een essentiëler kenmerk van hypnose dan verhoogde suggestibiliteit. Het is alsof het functioneren van het onbewuste in hoge mate uit verbeelden bestaat. Daarbij moeten we - zoals eerder opgemerkt - niet alleen dan de visuele dimensie denken, maar aan alle mogelijke zintuigelijke dimensies.

Het stimuleren van de verbeeldingskracht impliceert het verdiepen van de trance. Kroger & Fezler (1976, p. 38) voegen daar het volgende aan toe: "Vind images are accomplished by focussing on the development of a subject's sensory recall. Every image should be experienced in all five senses if possible, and just as if it were really happening. A sensation once experienced is never forgotten. It is recorded forever. We have the ability to recall a sensation in its entirety, but we seldom utilize this potential. A sensation is created by imaginarely going back in time to a point where that particular sensation was received and re-experiencing it".

Wanneer de therapeut de cliënt in hypnose de suggestie geeft om zich prettig te voelen, zal deze een ervaring oproepen waarin hij zich prettig voelde. Hoe levendiger de betreffende voorstelling, des te prettiger zal hij zich kunnen voelen. Wanneer de cliënt zich niet prettig voelt, slaat de opmerking "je voelt je niet prettig" niet aan. Integendeel, hij wil juist van de diskrepanctie tussen de feitelijke ervaring in de suggestie bewust worden. Wil de therapeut de cliënt helpen zich alsnog prettiger te voelen, dan kan beter gesuggereerd worden dat de cliënt zich een prettige situatie of herinnering voor de geest haalt.

## 6. Fasen in het hypnotisch leerproces.

Zoals in par. 2 werd aangegeven kunnen we hypnotherapie als een leerproces opvatten. Dit proces kan in een aantal fasen verdeeld worden. We sluiten aan bij de fasen-indeling die Wallace (1966; vgl. Van der Hart, 1978, par. 4.3.4.) geeft voor het leren in een traditionel rituele trance. We voegen aan deze indeling gegevens uit de praktijk van de hypnotherapie toe. De inductie van hypnose houdt in dat de aandacht van de cliënt geïsoleerd wordt van de omgeving waarvan hij zich gewoonlijk bewust wordt. De aandacht wordt naar binnen gericht, waardoor

hij "can call upon past experiences and learning to utilize and accomplish equally phenomenal changes" (Erickson, 1970, p.89). Wallace spreekt in dit verband van de zgn. wet van dissociatie, als volgt omschreven: "This is the principle that any given set of cognitive and affective elements can be restructured more rapidly and more extensively the more the perceptual cases from the environment associated with miscellaneous previous learnings of other matters are excluded from conscious awareness, and the more of those new cases which are immediately relevant to the elements to be reorganized are present".

De volgende fasen worden onderscheiden:

6.1 Leren vooraf. Tenminste een paar van de elementen die gereorganiseerd moeten worden in een nieuwe "kognitieve synthese" dienen - door eerder leren - aanwezig te zijn. Dit sluit aan bij de opvatting van Erickson dat "the resources which the client needs to effect the change he desires are already available within him". (Grinder et al, 1977, p. 110).

Suzan had het probleem van de te schrijven skriptie. De therapeut suggereerde haar dat haar onbewuste met het materiaal dat zij allang opgenomen had aan de gang ging.

6.2 Afscheiding. In de trance-induktie wordt de cliënt geholpen de aandacht steeds meer op de suggesties van de therapeut en daarmee korresponderende eigen innerlijke ervaringen te richten. Alle irrelevante informatie uit de omgeving en uit het bewuste wordt buiten gesloten. Naarmate dit proces verder gaat en de cliënt meer en meer opgaat in innerlijke ervaringen, wordt een diepere trance bereikt. Tijd en training zijn meestal vereist om zover te komen. Vandaar dat de cliënt vaak eerst een of twee zittingen in algemene hypnotische vaardigheden wordt getraind, alvorens met de hypnotherapie zelf wordt begonnen.

75

In de praktijk wordt de afscheidingsfase met een voorbereiding ingeleverd. Daarin wordt de cliënt gemotiveerd om een hypnotisch leerproces te ondergaan. Mogelijke misverstanden, vooroordelen en angsten worden uit de weg geruimd. Veel mensen zijn - bijv. tengevolge van verhalen over toneelhypnotiseurs - bang voor controle verlies. In hypnotherapie is de cliënt echter niet overgeleverd aan de therapeut, maar is het diens taak om aan te sluiten bij het beleven van de cliënt (vgl. Bea hrs, 1971, 1977). Na de voorbereiding vindt de eigenlijke trance-induktie plaats. In principe kan men op een oneindig aantal manieren in hypnose gaan. Er zijn evenwel standaard inductie-technieken - zoals oogfixatie en handlevitatie (vgl. Erickson, 1961 Van Dijck, 1978) - ontwikkeld. Een beginnend therapeut doet er goed aan om die te leren beheersen. Hij moet zich er echter niet toe beperken, omdat er cliënten kunnen zijn die een andere benadering nodig hebben. Zowel bij oogfixatie als bij handlevitatie wordt de waarneming van zintuigelijke prikkels ingeperkt. Bepaalde prikkels gaan overheersen en daaraan worden suggesties gekoppeld die het optreden van onwillekeurige responsen tot gevolg hebben: "Terwijl de trillinkjes en spierschokjes in hand en vingers toenemen, ontstaat er langzaam maar zeker ook een gevoel van lichter worden in de hand".

De trance-induktie wordt gevolgd door een trance-verdieping. Hierin gaat het erom de cliënt te helpen naar een bevredigende of zo diep mogelijke trance-nivo te brengen. Hulpmiddelen daarbij zijn o.m. directe suggesties tot verdieping (bijv. "bij elke rustige uitademhaling ga je dieper en dieper in trance") en de cliënt laten verbeelden dat hij een trap afdaalt, die hem dieper en dieper in trance brengt. Ook het suggereren van handlevitatie (of andere hypnotische verschijnselen) na de inductie met behulp van bijvoorbeeld oogfixatie is een goede verdiepingstechniek.

6.3 Hypnotherapie. Wallace noemt deze fase dit van de suggestie. maar in hypnose hebben suggesties ook in de fase van de afscheiding een belangrijke rol gespeeld. Bevindt iemand zich eenmaal in een goede trance-toestand, dan kunnen volgens Wallace rechtstreekse suggesties gegeven worden (in par. 7 gaan wij hier nader op in) Deze zorgen ervoor dat meerdere combinaties van relevant kognitief materiaal gaan uitstaan. Maar ook spontane processen zijn mogelijk. Afhankelijk van het therapeutisch doel, kunnen eenvoudige emotionele of kognitieve veranderingen optreden of vinden ingrijpender persoonlijkheidsveranderingen plaats. De cliënt kan leren om vroegere positieve ervaringen (zoals belevenissen van ontspanning, plezier, overgave etc.) en mogelijkheden in de huidige (trance) toestand en in de toekomst te benutten. Suzan werd gesuggereerd haar creatieve vermogen optimaal te gebruiken.

Het aantal hypnotherapeutische benaderingen en technieken is legio. Voorbeelden zijn:

- a) Het rechtstreeks beïnvloeden van symptomatisch gedrag - bijvoorbeeld symptoom substitutie, symptoom transformatie en symptoom verbetering (Erickson, 1954; Rabkin, 1977).
- b) Het koppelen van eerder afgedane positieve ervaringen aan actuele problematische situaties. Wanneer de positieve emotie sterker is dan de negatieve, dan vervangt die de negatieve emotie (vgl. Kroger & Fezler, 1976, p. 26). Dit is vooral van belang waar de negatieve emotie angst is.
- c). Het koppelen van eerder opgedane negatieve ervaringen aan actuele problematische situaties. Op die manier kunnen een aantal "slechte gewoonten" als alcoholmisbruik en vraatzucht behandeld worden. Cautela (1966, 175) spreekt in dit verband van bedekte desensitisatie. Gevoelens van walging - elders opgedaan - worden aan de betreffende gewoonte gekoppeld.
- d). Korrigerende emotionele ervaringen (Alexander & Franch, 1964; Erickson, 1965).



77

Hierin wordt de cliënt gekonfronteerd met een pijnlijke ervaring, waar hij geen raad mee weet, opdat hij die ervaring kan "verwerken". Daarbij kan o.m. gebruik gemaakt worden van geleide fantasie en metaforen (vgl. Van Dijk & Van der Hart, 1978).

Een voorbeeld biedt Wouter, een 27-jarige jongeman die hulp heeft gezocht voor depressieve gevoelens, angsten, het vermijden van sociale contacten en een veel voorkomend gevoel van onwezenlijkheid ("misschien ben ik wel schizofreen,"). Deze klachten brengt hij zelf in verband met gebeurtenissen uit zijn jeugd. Toen heeft hij "verkeerde dingen" gedaan, waardoor zijn ouders zich wat van hem af zijn gaan keren. In een van de hypnosezittingen vertelt hij spontaan dat hij een schilderijtje ziet van een meisje op een schommel. De therapeut vraagt hoe oud zij is. "Drie jaar". "En hoe oud ben je zelf"? "Ook zo iets". Het schilderij wordt een bewegend beeld. Wouter vertelt dat het meisje zijn zusje is. Hij vraagt haar of hij op de schommel mag. Zij weigert dat. Hij wordt kwaad, trekt haar van de schommel af en slaat haar. Als hij zelf schommelt, schopt hij haar zelfs in het gezicht. Zij begint te brullen en moeder komt aangerend. Wouter krijgt een pak rammel en wordt naar zijn kamer gestuurd. Moeder zegt dat ze van zo'n slechte jongen niet meer houdt. Wouter wordt erg verdrietig voelt zich eenzaam. Hij zit er erg over in dat moeder niet meer van hem houdt. De therapeut suggereert dat hij haar zou kunnen opzoeken en haar vragen of ze het echt meende. Wouter gaat naar haar op zoek, maar kan haar niet vinden. "Ze is er niet meer. Maar dat is erg, want ik ben teruggegaan in de tijd. Ik heb gezien ho zij mij verzorgde, hoe zij mij de borst gaf, hoe ik uit haar geboren ben. Zij is zo nauw met mij verbonden, dat het onmogelijk is dat ze niet van me houdt. Zij kan wel eens terecht kwaad zijn geworden op de lullige dingen die ik heb gedaan". De volgende zittingen rapporteert hij vooruitgang in diverse opzichten: minder spanning, gemakkelijker contact kunnen maken met andere mensen, etc.

78

Konkluderend: Het arsenaal aan hypnotherapeutische benaderingen en technieken is zeer ruim. In vele technieken kunnen verschillende hypnotische vaardigheden (vgl. par 4 ) benut komen in alle gevallen wordt een beroep gedaan op de verbeeldingskracht van de cliënt.

Nog een enkele opmerking over het beëindigen van de trance: wie in hypnose gaat moet daar op een gegeven moment ook uit terugkeren. Een eenvoudig hulpmiddel daarbij is het tellen van één tot drie bij de eerste tel spant de cliënt zijn spieren, bij de tweede rekt hij zich uit, en bij de derde tel opent hij zijn ogen.

6.4 Uitvoering Als in hypnose de gewenste kognitieve en emotionele veranderingen zijn opgetreden, zal de cliënt vroeg of laat in zijn dagelijks leven in overeenstemming daarmee moeten handelen. Deze gedragsveranderingen kunnen spontaan optreden - zoals in het voorbeeld van Wouter - of gekoppeld zijn aan posthypnotische suggesties - zoals bij Suzan het geval was.

6.5 Instandhouden Het uitvoeren van nieuwe gedrag kan het gevolg zijn van posthypnotische suggesties. Deze zijn echter na enige tijd uitgewerkt. Vaak is echter een zichzelf versterkend proces opgang gekomen, waardoor het nieuwe gedrag gehandhaafd blijft. Een bedreiging van het instandhouden kan bijv. door "sekundaire ziekte winst" geleverd worden. Daarna doet men er goed aan om in de taxatiefase van de therapie de aanwezigheid van die sekundaire winst vast te stellen. Is dat het geval, dan aanvankelijk een ander soort therapie - bijv. relatie - of gezinstherapie - zijn aangewezen.

#### 7. Het verhogen van de effectiviteit van suggesties.

Er zijn mensen die al zó gereed zijn om in hypnose te gaan, of een verandering in hun leven - bijv. het oplossen van een probleem - te laten plaatsvinden, dat een eenvoudige, directe suggestie van een autoriteit hen daarbij al kan helpen (vgl. Rabkin, 1976).

79

De aanpak van Hartland (1971) bestaat grotendeels uit dergelijke rechtstreekse suggesties.

De meeste cliënten staan echter zowel ambivalent ten opzichte van het in hypnose gaan als ten opzichte van het oplossen van hun problemen. Ze reageren op een inkongruente manier op de suggesties van de therapeut (Grinder et al, 1977). Om hen te helpen bij het in trance gaan en het in hypnose oplossen van hun problemen zijn - m.n. door Erickson - meer permissieve en indirecte vormen van suggesties ontwikkeld. Daarnaast kan het bewerkstelligen van amnesie aan het einde van de zitting een goed hulpmiddel zijn voor het verhogen van de effectiviteit van de therapie.

#### 7.1 Indirekte vormen van suggesties

We geven een paar voorbeelden van de meer permissieve en indirecte manieren van suggesties geven. De lezer wordt verder naar het werk van en over Erickson verwezen (bijv. Haley, 1967 Erickson et al, 1976; Erickson & Rossi, 1975; Bandler & Grinder, 1975; Grinder et al, 1977).

- de permissieve suggestie: "het is helemaal niet nodig om je ogen open te houden".
- de verpakte vraag: "ik vraag me af of je weet dat je in trance bent".
- de verpakte suggestie: "het is een goede ervaring om dieper en dieper in trance te gaan".
- over een ander praten: "ik heb eens iemand gekend, die meteen in trance ging toen hij in die stoel ging zitten".
- de double bind: "als je nog niet in trance bent, gaat je linker hand omhoog; als je al in trance bent, gaat je rechterhand omhoog....ik weet nog niet welke hand het zal zijn, maar laten we afwachten welke hand omhoog gaat en ons die boodschap berichten".
- alle mogelijke responsen inbouwen: (bij de suggestie een weg te visualiseren) "misschien is de weg vlak.... misschien is -ie ook heuvelachtig....ga je op en neer...moet je wat klimmen.... kan je wat dalen. Hoe de weg ook is, je kan verder en verder gaan".

80

- verwarming stichten: "en je hand gaat zweven, wat ie ook doet...hij gaat zweven terwijl hij blijft liggen...hij gaat omlaag terwijl hij hoger en hoger gaat. en terwijl hij stil blijft liggen, gaat de ander omhoog....hoger.

Indirekte suggesties - die hun doel via omweggetjes bereiken - zijn vaak beter aan meer directe suggestie, omdat de cliënt ze bewast moeilijk of niet kan herkennen. Hij kan zich er dan ook moeilijk tegen afzetten. "Bij administrering suggestions indirectly so they are not recognized by consciousness, the suggestions are able to enter the patient; preconscious and/8 unconscious mind and are there utilized in an optimal manner for the patient's overall development" (Erickson & Rossi, 1974, p. 239).

## 7.2 Het suggereren van amnesie

Suzan ontcrachte na afloop niet haar hypnose-ervaringen. Zij wist ze te benutten bij het schrijven van haar skripte en het verrichtten van een aantal andere werkzaamheden. Veel cliënten hebben de neiging hun trance-ervaring, of de posthypnotische suggesties van de therapeut, wel in twijfel te trekken. Omdat te voorkomen is het bewerkstelligen van amnesie op z'n plaats. "Hypnotic amnesia effectively breaks the bridging associations between the trance and waking situation and thus seals hypnotic suggestions from the potentially negating effects of the patient's conscious attitudes" (Erickson & Rossi, 1974, p. 239). Hierdoor wordt dus de effectiviteit van posthypnotische suggesties verhoogd. Erickson (1954 b; vgl. De Shazer, 1978; Van der Hart, 1978 b) beschrijft boeiende benadering waarvan amnesie een essentieel onderdeel vormt: de pseudo-oriëntatie in de toekomst. Hierbij wordt de cliënt in hypnose gevraagd zich een gebeurtenis in de toekomst voor te stellen: een gebeurtenis waarin hij op een positieve manier en klachten wij funktioneert. Voor deze belevenis wordt posthypnotische amnesie gesuggereerd. Volgens Erickson kan het onbewuste van de cliënt hem daarbij deze ervaring leiden in

81

realiseren van het gewenste gedrag. "The fasion in which the patients made their fantasies a part of their reality life was in keeping with the ordinary natural evolution of spontaneous behavior responses to reality. It was not in compliance with therapeutic suggestions nor dit it seem to derive even indirectly from anything other than the patient's responses to their realities. Furthermore, their behavior was experienced by them as arising within them in relation to their immediate life situation" (Erickson, in Haley, 1967, p. 388).

Amnesie kan beter op een indirekte dan op een direkte manier gesuggereerd worden. De kliënt die rechtstreeks gevraagd wordt om iets te vergeten, zal zich immers gemakkelijk kunnen afvragen wat hij precies moet vergeten en zich zo het betreffende onderwerp nog sterker voor de geest halen. Het binnen de hypnose-zitting veranderen van onderwerp kan amnesie bevorderen (vgl. Stein, 1972), evenals het afleiden van de aandacht direkt na beëindiging van de trance (vgl. Erickson et al, 1976). Een voorbeeld van dat laatste is het vragen aan de cliënt - zodra hij zijn ogen geopend heeft - wat hij "van dat schilderij daar vindt" of het praten over een onderwerp dat vóór de hypnose aan de orde was.

#### 8. Diskussie

ERRATA BIJ: HYPNOTHERAPIE: EEN INLEIDING

- Pag. 2, 8e regel v.o.o.: 'hebben' = 'Houden'
- Pag. 3, 3e regel v.o.o.: moet zijn: 'kwalitatief niet anders'
- Pag. 5, 13e r. v.b.: 'suffer' = 'differ'
- , 19e r.v.b.: moet zijn: '..reality, and the actual reality
- , 2e rev.o.o.: 'personen' = <sup>with</sup>'patronen'
- Pag.10, 10e r.v.b.: moet zijn 'Vivid images'
- , 15e r.v.o.o.: 'niet prettig' = 'nu prettig' 'wil' = 'zal'
- Pag. 12, 2e r.v.b.: 'ingeleverd' = 'ingeleid'
- Pag. 15, 4e r.v.b.: 'komen' = 'worden'
- , 10e r.v.o.o.: 'Daarna' = 'Daarom'
- , 8e r.v.o.o.: moet zijn: '... dan kan aanvankelijk een'
- Pag. 17, 1e r.v.b.: 'verwarming' = 'verwarring'
- , 3e r.v.o.o.: 'wij' = 'vrij'

N.B. Dit waren de meest storende fouten. De oplettende lezer kan helaas nog veel meer vinden.

Met verschuldigde spijtbetuiging,

Onno van der Hart.

entpöbl. bitohin

ess.

beter : app. ved. hte

## HYPNOTHERAPIE BIJ EEN EETFOBIE

---

Kees Hoogduin,  
september 1978

### 1. Inleiding

Onno van der Hart (1977) beschrijft in het hoofdstuk "Ongewone hulpmiddelen ter bevordering van assertiviteit bij therapeut en cliënt" hoe een beginnend therapeute zich assertiever leerde opstellen in de behandelsituatie. Zij vertelt zich lekker te voelen als ze zeilt en het roer in handen heeft. In een simulatiespel concentreert zij zich op de zeilscene, waarna er een therapiezitting wordt gespeeld. Het advies om zich voortaan voor een zitting eerst op dit zeilen te concentreren leidt tenslotte tot een assertievere houding in haar werksituatie.

Bij de hierna beschreven behandeling van een cliënte met een eetfobie is hiervan uitgegaan. Iedere cliënt kent op een bepaald gebied wel een zelfverzekerde houding; met behulp van hypnose en autohypnose wordt de cliënt ertoe gebracht zich met de bij die bepaalde situatie gedemonstreerde assertiviteit te begeven in een situatie waarin hij zich tot nu toe onzeker en nerveus voelt.

### 2. Het voorbeeld

Eefje, 30 jaar, gehuwd met een gymnastiekleraar, heeft twee kinderen van zes en drie jaar oud. Dertien jaar geleden heeft ze last gekregen van wat zij noemt een eetfobie. Deze eetfobie is begonnen op Kerstmis toen zij, haar man nog kort kennende, op "zicht" moest komen bij de schoonfamilie en voor de eerste maal dineerde. De sociale klasse van haar toekomstige echtgenoot verschilt nogal met haar afkomst; de man komt uit een welgestelde Westlandse tuindersfamilie, terwijl Eefjes vader tuindersknecht is. Eefje stelt dat dit in die tijd voor haar een belangrijke rol speelt. Zij maakt zich grote zorgen over de vraag of zij wel geaccepteerd zal worden door het ouderlijk gezin van Doef. Gedurende deze maaltijd wordt ze zo nerveus dat ze nauwelijks in staat is iets te eten. Sindsdien heeft ze grote problemen met het eten buitenshuis. Ze slaapt dagen ervoor slecht en gebruikt Librium en



84

Mogadon gedurende die tijd. Ondanks deze medicatie blijft ze angstig en nerveus tot de maaltijd achter de rug is. Nader onderzoek van het gezin en van de relatie vertoont geen bijzonderheden. De verschillende huwelijksgebieden worden door man en vrouw als zeer goed omschreven: een gelukkig gezin.

#### De behandeling

Mede gelet op de goede relatie wordt gekozen voor een hypnotherapeutische behandeling van Eefje.

Na een vlotte trance-inductie via oogfixatie is Eef ook in staat om te praten. Op de vraag van de therapeut een situatie te beschrijven waarin ze zich gelukkig en zeker voelt, noemt ze de vrijdagavond wanneer ze met de beide kinderen naast zich voorleest.

T: Kun je zeggen in wat voor stoel je zit?

E: Ja, in de leunstoel, de luie stoel. Hans zit meestal links van mij en Petra rechts.

T: Ja.

E: Stijf tegen mij aangedrukt.

T: Ja.

E: Ze krijgen ieder een flesje limonade en wat lekkers omdat het vrijdag is.

T: En hoe voel je je?

E: Ik voel me nog sterk.

T: Ja? Hoe sterk is dat?

E: Dat je alles voor ze kan doen, enzo, dat je echt hun moeder bent en dat ze helemaal van je afhankelijk zijn.

T: Ja. En denken zij ook dat je alles kan?

E: Ja, dat geloof ik wel.

T: Wat ga je voorlezen?

E: Van Jip en Janneke, dat is hun favoriete verhaal.

T: Ja. Heb je een bepaalde bladzijde?

E: Jip en Janneke in de regen, s een van de hoofdstukjes ....

T: Hoe voel je je?

E: Goed. Goed en sterk.

T: Goed en sterk.

De kinderen gaan naar bed  
houd dat gevoel goed vast:  
je voelt je goed en sterk,  
je voelt je goed en sterk.

T: We zijn een maand verder  
we zijn een maand verder  
en je schoonmoeder heeft jullie  
uitgenodigd om te eten.  
Je voelt je goed en sterk,  
goeie sterke vrouw,  
moeder van een gezin,  
je wordt uitgenodigd  
met je man om  
te gaan eten  
bij je schoonmoeder.

Hierna wordt de tocht naar het huis van schoonmoeder, het binnen-  
komen, gedetailleerd door Eef beschreven.

Vervolgens beschrijft zij het verloop van de maaltijd, de ver-  
schillende gangen, wat als volgt eindigt:

T: En dan? Wat is er toe?

E: IJs, verschillende soorten ijs met veel slagroom en vruchten  
erop. En daar ben ik ook wel gek op. Ik wil wel altijd van  
alles wat mee-eten.

T: Ja, en na de maaltijd?

E: Dan moeten we eerst afwassen, koffie zetten, dat gaat dan  
onder de afwas door en die wordt dan gelijk ingeschonken.

T: Wat doe je dan?

E: Gezellig bij elkaar zitten, vaak wordt er een spelletje ge-  
daan, kaarten, of .. ja, meestal wel kaarten.

T: En dan voel je je ook altijd goed?

E: Ja, ik voel me prettig.

T: Altijd?

E: Ja, altijd. Dan hebben we veel lol, dat is erg fijn.

T: Maar nu,

als je de hele maaltijd ontspannen  
- de sterke moeder van haar gezin -  
meegemaakt heb,  
dan zal je,  
na afloop van die maaltijd,  
nog veel sterker  
dat gevoel krijgen  
dat je er voor je gezin bent,

T: dat je iemand bent  
 die het kán,  
 die het doet.  
 Een heel trots,  
 warm gevoel zul je dan beleven,  
 helemaal ontspannen,  
 helemaal tevreden,  
 Hoe voel je je nou?

E: Goed.

T: Voel je je ontspannen?

E: Ja.

T: Voel je je tevreden?

E: Ik voel me lekker, ja erg tevreden.

T: Ja, tevreden?

Tevreden over wat je doet.  
 Tevreden over de opvoeding  
 van je kinderen.

E: Ja, het zijn lieve kinderen. Ik heb er niet over te mopperen.

T: Dat is goed.

Het is goed om te weten  
 waar je dingen voor doet.  
 Dat is goed.

Vervolgens wordt cliënte gevraagd in haar eigen tempo terug te komen en de ogen weer te openen.

Op de volgende zitting (vier weken later) vertelt Eefje dat ze de Librium en de Mogadon heeft laten staan, omdat ze zich veel rustiger voelt. Bovendien is ze eenmaal met haar man en enige collegae van hem in de stad gaan eten zonder dat zij zich nerveus heeft gevoeld.

De therapeut complimenteert haar met het staken van de medicatie, maar stelt met betrekking tot het klachtenvrij verlopen etentje dat één zwaluw nog geen zomer maakt. Vervolgens wordt de planning van het etentje bij haar schoonouders besproken, Dit etentje wordt door haar in overleg met haar schoonmoeder georganiseerd en verloopt zonder bijzonderheden. De behandeling heeft 4 zittingen in beslag genomen. Bij telefonische follow-up na 3 maanden bleek de gunstige toestand geconsolideerd.

### 3. Discussie

3.1 De behandeling valt uiteen in de volgende elementen:

#### 3.1.1 De hantering van het keuze-principe (Van Dijck, 1977)

Eefje krijgt de keuze tussen een kortdurende hypnotherapie en een langerdurende meer gedragstherapeutisch geöriënteerde therapie. Zij kiest voor hypnotherapie.

#### 3.1.2 Autohypnose

Richard Van Dijck (1978) beschrijft de principes van een autohypnotische techniek die geschikt is om meer specifieke problemen te behandelen. Deze behandeling bestaat uit een eenvoudige (b.v. oogfixatie) inductie, het aanleren van autohypnose met behulp van een bandje van deze inductie, het door de therapeut inspreken van een tekst die een beschrijving is van een goed verlopen (voorheen) probleemrijke toestand en het thuis laten oefenen van deze band. Van dit principe wordt bij de behandeling van Eefje gebruik gemaakt.

#### 3.1.3 Het bevorderen van assertiviteit

Tijdens de trance wordt Eefje gevraagd zich een situatie voor te stellen waarbij zij zich vol zelfvertrouwen en zeker voelt. Vervolgens beschrijft ze als een zelfverzekerde moeder een goed verlopen etentje bij haar schoonouders.

#### 3.1.4 Het zelf organiseren van het etentje

Tenslotte zal zij het etentje bij haar schoonmoeder organiseren. Dit nu ligt geheel binnen het gedragspatroon dat een jonge, zelfverzekerde moeder heeft en kan in strijd geacht worden met het gedrag van de onzekere, eefobische Eefje.

3.2 Het effect van autohypnose volgens Van Dijck valt in twee componenten uiteen (Van Dijck, 1978): een algemeen en een meer specifiek effect.

Bij Eefje is het algemene effect snel merkbaar: beter slapen en het beëindigen van Librium- en Mogadongebruik. Maar ook het

specifieke effect is eerder merkbaar dan op het tijdstip van het geplande etentje bij schoonmoeder. Wanneer ze toevallig eerder een keer in een restaurant eet, verloopt deze maaltijd voor het eerst sinds 13 jaar zonder problemen.

#### 4. Slot

Bij het hier beschreven voorbeeld van de behandeling van angstig, onzeker, subassertief gedrag, wordt binnen het kader van een autohypnotische behandeling (Van Dijck, 1978) gebruik gemaakt van een door Van der Hart (1977) beschreven techniek om assertiviteit te bevorderen.

#### Referenties

- Dijck, R. van (1977): Een compacte therapie,  
T.D.T. 5 (2), 25 - 35
- Dijck, R. van (1978): Autohypnose en hypnotherapie,  
Stencil Jelgersmakliniek
- Hart, O. v.d. (1977): Ongewone hulpmiddelen ter bevordering van  
assertiviteit bij therapeut en cliënt,  
in: C.P. van der Velden e.a.,  
Directieve Therapie,  
Van Loghum Slaterus, Deventer

DIRECTIEVE THERAPIE OP EEN PSYCHIATRISCHE UNIVERSITEITSPOLIKLINIEK

Richard van Dijck  
Joep van der Linden  
Anke Meijs

Inleiding.

De setting van een psychiatrische universiteitspolikliniek komt op verschillende manieren tot uiting in het beleid:

- Het feit dat de polikliniek een universitaire afdeling is brengt met zich mee dat er een taak is op het gebied van onderwijs: dit betreft vooral medische co-assistenten en stagiaires psychologie. Voor hen gaat het erom enige praktijkervaring op te doen, hetgeen moet kunnen worden geïntegreerd in de overige activiteiten van de polikliniek.
- Omdat de polikliniek een onderdeel is van een opleidingskliniek wordt een groot deel van de behandelingen uitgevoerd door artsen in opleiding tot psychiater. Zij blijven meestal 9 maanden tot 1 jaar op de polikliniek en vertrekken dan naar een andere afdeling. Dit heeft consequenties voor het soort behandelingen dat aan hen kan worden toevertrouwd. De meeste arts-assistenten zijn nog bezig een eigen stijl en voorkeur te zoeken. Dit heeft ook consequenties voor de manier waarop bijvoorbeeld supervisie moet worden uitgevoerd.
- Het feit dat de polikliniek een onderdeel vormt van een Academisch Ziekenhuis heeft ook consequenties voor het soort patiëntenzorg dat wordt bedreven. Hoewel het beleid gericht is op een regionalisatie en uitbreiding van het contact met de huisartsen, bestaat de indruk dat ook verwijzers pas in tweede instantie gebruik maken van de polikliniek.

Uit het bovenstaande volgt dat speciale maatregelen zullen moeten worden genomen om te voorkomen dat de situatie verwarrend en onduidelijk wordt wegens het (te) grote aantal betrokkenen bij de behandeling. Omdat jaarlijks een betrekkelijk groot aantal (+ 850) patiënten worden verwezen en omdat het merendeel van de therapeuten na korte tijd naar elders is vertrokken, is er meer behoefte aan een korte, op de klachten gerichte standaardbehandeling. Het beleid dat in de loop der jaren is ontwikkeld, bestaat eruit dat in eerste instantie korte directieve therapie wordt geboden. Pas als in de praktijk is gebleken dat dit onvoldoende is, of wanneer vanaf het begin duidelijk is dat deze benadering weinig kans maakt, wordt voor andere behandelingsvormen gekozen. Deze omvatten momenteel: interactionele groepstherapie; assertieve training in groepen; individuele gedragstherapie;

individuele inzichtgevende therapie en klinische opname. De meeste patiënten gebruiken reeds psychofarmaca op het moment dat ze verwezen worden; meestal wordt ernaar gestreefd om ze in de loop van de behandeling te verminderen of te staken.

De principes van directieve therapie worden op de Jelgersmapolikliniek op 2 niveaus toegepast. Namelijk zowel in de patiëntenzorg als in de opleiding.

#### Patiëntenzorg

Het profiel van de gemiddelde polikliniekpatiënt zoals naar voren kwam bij een follow-up onderzoek 1 jaar na aanmelding op de polikliniek (van der Linden, 1977), levert het volgende beeld op.

De patiënt is vaker een man dan een vrouw.

Is gemiddeld 38 jaar.

Woont meestal in Leiden of onmiddellijke omgeving.

Is in 2 van de 3 gevallen gehuwd of samenwonend.

Is zelden uit de hoogste sociale klasse afkomstig en vaker uit de lagere dan uit de middelste.

Heeft meestal neurotische symptomen, minder vaak psychosomatische of psychotische verschijnselen.

Heeft nogal vaak een psychiatrische voorgeschiedenis.

Wordt vaak door de huisarts verwezen en komt nogal eens op eigen verzoek.

Ontvangt vaak individuele gesprekken en relatietherapie, en krijgt zelden hypnose en groepstherapie.

Wordt meestal in overleg met zijn behandelaar uit de behandeling ontslagen en beëindigt zelden de behandeling door weg te blijven.

Dit na gemiddelde behandelingsduur van 22 weken en bij een aantal van 6 à 7 zittingen.

De route die de patiënt op onze polikliniek doorloopt is de hiernavolgende:

- a. Telefonische aanmelding door verwijzer of patiënt. Er worden twee afspraken gegeven, één voor een kennismakingsgesprek in de week van de aanmelding, en één voor een intakegesprek.

b. Kennismakingsgesprek met één van de drie psychiaters teamhoofden.

Doel van dit onderhoud:

1. Aanbieden van snel contact in geval van een wachtlijst.
2. Beoordelen of er sprake van een spoedintake moet zijn.
3. Kennismaking met de te superviseren patiënt.
4. Voorlichting.

Vanuit de overweging dat goede voorlichting over de behandeling die de patiënt te verwachten heeft, de behandelingsresultaten gunstig zal beïnvloeden, wordt in het gesprek aandacht besteed aan de volgende punten:

De beperkte behandelingsduur, d.w.z. 5 à 10 zittingen.

Praktisch werken, namelijk het geven van opdrachten in een therapie-situatie of als huiswerk (directieven).

Het werken met complete, welomschreven doelen en wel stapsgewijs.

Het belang van de aanwezigheid en het betrokken zijn van de partner bij de behandeling.

Verdere explicitering op de behandelingsprocedure (intakegesprek, frequentie, vervolgesprek).

c. Intake gesprek.

Beide partners worden door co-assistenten een anamnese afgenomen, waarbij de nadruk ligt op de actuele situatie en systeemkenmerken die de klachten onderhouden.

Vervolgens vindt een gezamenlijk gesprek plaats met de behandelaar, veelal een arts-assistent, waarin een voorlopige inventarisatie van de probleemgebieden en de concrete doelstellingen daaromtrent wordt geformuleerd, samen met de patiënt. De eerste huiswerkopdracht daarna betreft vaak de klachtenregistratie.

d. Behandeling.

In principe volgt er nu een probleemgerichte directieve therapie waarbij soms met meer gerichte, specifieke gedragstherapeutische technieken gewerkt wordt.

Ten aanzien van de indicatiestelling voor inzichtgevende therapieën hanteren we een faseringsprincipe. D.w.z. een probleemgerichte aanpak gaat vrijwel altijd vooraf aan inzichtgevende therapieën als groeps-psychotherapie en inzichtgevende individuele therapie.



Groepspsychotherapie heeft daarbij de voorkeur, vanwege de gelegenheid die deze therapeutische situatie biedt als oefensituatie en waarin ze meer aansluit bij de realiteit dan individuele inzichtgevende behandeling.

Bij gebrek aan sociale vaardigheden, een klacht die zich uit in contactstoornissen en vaak gezien wordt als de indicatie voor groepspsychotherapie, kiezen wij ook liever in eerste instantie voor symptoomgerichte aanpak, als de assertieve trainingsgroep.

### Opleiding

De polikliniek vormt tevens een opleidingsinstituut voor 6 arts-assistenten en 3 stagiares psychologie.

Om de supervisiemogelijkheid te optimaliseren zijn er momenteel 3 teams ieder bestaande uit een psychiater, 2 arts-assistenten en een stagiaire psychologie. Ook in de opleiding wordt gebruik gemaakt van principes van de directieve therapie. Dit komt tot uiting in de volgende teamactiviteiten.

- a. Intake-overleg. Wekelijks worden de nieuwe intakes besproken, waarbij een eerste therapieplan wordt opgesteld met concrete werkpunten. De indicatie voor een andere therapievorm (met mogelijkheid tot supervisie) wordt eveneens overwogen. De deelnemers zijn de teamleden plus een klinisch psycholoog die als consulent voor gedragstherapie optreedt.
- b. Interne supervisie. Aan de hand van eerder genoemde probleemgebieden krijgt de supervisant wekelijks (een zgn. "papieren") supervisie over te ontwikkelen strategieën en te geven suggesties voor opdrachten en verkooptechnieken.
- c. Externe supervisie. Voor speciale technieken en meer ingewikkelde problemen hebben arts-assistenten naast hun algemene interne supervisie vaste supervisie bijeenkomsten met externe supervisoren, waarbij geluidsbandjes van zittingen worden gebruikt.
- d. Screen-supervisie. Eveneens wekelijks volgt het team onder leiding van de psychiater achter het screen behandelingen van één van de teamleden. Wij hanteren bij deze directe supervisieform de methode van Selvini-Palazzoli i.e. de zitting wordt onderbroken voor een tussentijds teamoverleg waar met name de huiswerkopdracht wordt geformuleerd. Feed-back van de teamleden verloopt volgens de richtlijnen van Haley, er wordt namelijk alleen commentaar toegestaan, dat leidt tot een constructief alternatief.

e. Interim-evaluatie. Maandelijks worden alle behandelingen besproken waarvan de duur 10 zittingen of een veelvoud daarvan overschrijdt. Het betreft hier een evaluatie van de therapie waarbij de eerder geformuleerde doelstellingen opnieuw worden bekeken en zonodig gewijzigd worden en de zinvolheid van voortzetting wordt besproken. Tenslotte wordt het aantal nog benodigde zittingen geraamd. De verwijzer krijgt een bericht over deze stand van zaken.

Tenslotte is directieve gezinstherapie in het kader van de algemene A-opleiding psychiatrie voor arts-assistenten één van de vijf vormen van psychotherapie (naast gedragstherapie, groepstherapie en inzichtgevende therapie op Rogeriaanse dan wel psycho-analytische basis) waarin arts-assistenten onderwijs krijgen. Ook in deze jaarlijkse cursus die 10 zittingen omvat is er naast de theoretische aspecten veel aandacht voor praktische c.q. pragmatische zaken en vormen de huiswerkopdrachten een belangrijk onderdeel; vervolg van de theoretische opleiding bestaat uit, voor diegenen die op de polikliniek werkzaam zijn, een refereeruur waar boeken of artikels op het gebied van directieve (gezins)therapie worden besproken.

49

	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4	fase 5	fase 6	fase 7
	aanmelding	kennismaking	intake	intake overleg	behandeling en supervisie	interim evaluatie	ontslag
betrokken personen	secretaresse ↓ (staflid)	staflid + stagiaire	co-assistent arts-assist.	staflid stagiaire 2 arts-ass. co-ass. Hans Faverey	<u>routine</u> <u>korte therapie met routine</u> <u>supervisie</u> staflid arts-assistent  <u>specifieke therapie met inten-</u> <u>sievere supervisie</u> assertieve training (Anje + arts-assistent) externe supervisie K.D.T. gedragstherapie (Hans Faverey) hypnose (Richard en Onno) interact. gr. (Anke, Joep, ass.) individuele inzichtgevende ther. KZ-groep (Anje) relaxatiegroep ( ) screen supervisie	staflid + 2 arts-ass.	arts-assistent
rapportage	eventueel interne notitie	intern formulier	conceptbrief aan HA	intake- formulier	zittingsverslagen	interim- formulier	ontslagform. ontslagbrief aan HA
bijzonderheden	brief telefoon aanmeldings- formulier	binnen 1 week na aanmelding voorlichting + beslissing over spoed, routine etc. klachten- vragenlijst?		beslissing over therapie- vorm, therapie- plan. binnen 1 week na intake besluit in brief aan HA	verdere beslissing over therapie- vorm, therapieplan routine supervisie = consultatie intensieve supervisie = per zitting of wel in screenvorm, of wel met externe supervisor over audiomateriaal	automatisch na 10 zit- tingen; evt. andere the- rapievorm, therapie- plan afschrift aan HA	klachtenvragen- lijst als post meting t.z.t. follow-up?

Geleide fantasie en metaforen in hypnotherapie.

Richard Van Dyck &  
Onno van der Hart.

1. Inleiding:

Deze bijdrage behandelt in de eerste plaats de praktische uitvoering van de hypnotische technieken gebaseerd op geleide fantasieën en metaforen of symbolische voorstellingen. Voor de bespreking van de indicaties, de voor- en nadelen wordt naar hoofdstuk (...) verwezen. Aan de hand van een aantal voorbeelden zal geïllustreerd worden op welke wijze ten eerste de evocatie van levendige en indringende beelden bevorderd kan worden, en ten tweede hoe de therapeut kan intervenieren op het niveau van de metafore voorstellingen.

2. De evocatie:

Het eerste voorbeeld betreft een 40 jarige vrouw die ondermeer last had van spanning en slapeloosheid. Nadat ze zelfhypnose had geleerd kon ze zich lichamelijk goed ontspannen, maar ze bleef toch vaak wakker liggen en begon dan weer te piekeren. Een directe suggestie om de slaap te vatten bleek onvoldoende effect te hebben. Met indirecte suggesties, gegeven tijdens de voorstelling van een prettige wandeling, op een haar bekende vakantieplaats werd wel het gewenste effect bereikt. Aan de inductie ging een gesprek vooraf, waarbij getracht werd uit te zoeken welke ervaringen haar tijdens een dergelijke wandeling het meest boeide; van deze informatie werd systematisch gebruik gemaakt. De tekst van de zitting is hieronder verbatim weergegeven. De hypnose beslaat een periode van ongeveer 20 minuten. Bij elke duidelijke stempauze is een nieuwe regel gebruikt. Langere pauzes zijn aangegeven door het open laten van 1 à 2 interlinies.

---

(1) "Wanneer je ligt mag je zelf beginnen met ontspannen

Ik ga je nu ook verder je eigen gang laten gaan en als je zover bent dat je een prettig ontspannen gevoel hebt wil je dan een teken geven met de wijsvinger van je linkerhand.

(ze geeft teken na + 2 minuten) Ja, zeer goed

Nu je ontspannen bent

zowel wat je spieren betreft als ook geestelijk ontspannen weet je ook dat naarmate je dat verder op je laat inwerken, naarmate de tijd vordert

(10) neemt die ontspanning gewoon toe

die wordt dieper

en je zou b.v. na verloop van tijd je best

op zoiets kunnen konsentreren als gevoelloosheid of andere fenomenen gevoel van gewichtloosheid of andere dingen

herinneringen ophalen

maar ik geloof niet dat het erg nuttig zou zijn

ik denk niet dat het eigenlijk erg van pas komt

je kunt het even goed zo laten

prima, nou, je weet dat het mogelijk is

(20) en verder is het van geen belang.

Wat wel nuttig zou zijn

waar je wel wat mee kunt

zijn die voorstellingen met gebruik van je fantasie

en van je herinneringen

op de momenten dat je ontspant en nog niet slaapt

om die te vullen op een voor jou prettige manier

zodat je ook niet het gevoel hebt dat je persé snel moet slapen

dat je je ook niet verveelt

maar dat je die ontspanning kunt blijven beleven als een prettig iets

(30) en niet als een soort saaie leegte

Om dat te doen zou ik je nu willen voorstellen dat je nu

in je fantasie

verplaatst naar het eiland Sark  
 dat je op het punt staat  
 om een lange wandeling te maken  
 Je vertrekt van een vertrouwd punt en je bent  
 één en al aandacht  
 voor alles wat je beleeft  
 de frisheid

(40) de zuiverheid van de lucht die je inademt

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

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

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

je herkent al de vaste punten

(50) je neemt in je  
 de geluiden van vogels  
 veraf en dichtbij  
 het gevoel van vrijheid  
 dat je herkent van het verblijf op het prettige en overzichtelijke stukje  
 land  
 het prettige gevoel van vermoeidheid als je lang gewandeld hebt

de rust als je gaat neerzitten en uitrust

het opnemen van de warmte van de zon  
 de koelte van de lucht  
 de geluiden van de zee tegen de rotsen

(60) de verrassingen van een nieuwe wandeling

het vertrouwde van een bekende wandeling

de bereidheid om te genieten

en de rust en het prettige gevoel  
dat volgt uit het genieten

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

en de bereidheid ze achter je te laten

de rust in je spieren  
de rust in je geest

voorstellingen en gedachten

(70) fantasieën die overgaan in dromen  
dromen waar je uit ontwaakt met een prettige herinnering

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

het besef  
dat je zonder verveling  
deze ervaringen steeds opnieuw kunt oproepen

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

en fantasieën die overgaan in of terugkomen in dromen

rust  
die een verkwikkend gevoel geeft  
(80) en waar je fris uit ontwaakt

er de mogelijkheid  
om je ervaringen te variëren

uit te breiden  
te veranderen  
om nieuwe wegen te gaan  
oude wegen op nieuwe manieren te gebruiken

de natuurlijke overgang van slapen in waken en waken in slapen

wanneer je deze wandeling in je voorstelling  
(90) lang genoeg gevolgd hebt  
kun je daarbij overgaan  
in een rustige slaap  
of een helder ontwaken  
net wat je op het moment  
het beste uitkomt

Je mag je nu gaan voorbereiden  
om jezelf terug te roepen

---

- 2.1. De techniek berust meer op evocaties dan op suggesties: d.w.z. de therapeut suggereert niet: "nu voel je de wind op je wangen" of "je bent nu vermoeid", maar een voorstelling wordt vrij globaal aangeduid, wat een impliciete uitnodiging inhoudt aan de cliënte om deze voorstelling verder in te vullen. Dat op deze uitnodiging duidelijk werd ingegaan blijkt uit haar commentaar achteraf dat ze verbaasd was dat de therapeut de situatie op het eiland zo precies kon weergeven. Omdat de cliënte zelf moet invullen, wordt ze sterker geëngageerd in het gebeuren en is het resultaat ook iets dat vanaf het begin als eigen en vertrouwd wordt beleefd en niet iets dat alsnog geassimileerd moet worden.
- 2.2. Overeenkomstig de adviezen van Bandler & Grindler (1975) werden systematisch de verschillende zintuigen in de inductie betrokken (zie 39 - 59). Dit resulteert in een meer totale beleving van de opgeroepen



voorstellingen.

2.3. Therapeutische suggesties worden voornamelijk op een indirecte manier gegeven en zijn daardoor zelfs niet eens duidelijk herkenbaar als opdrachten. (cfr. Erickson, Rossi & Rossi, 1976). Bijvoorbeeld 69 - 71: als fantasieën overgaan in dromen dan impliceert dat, dat inmiddels slaap is opgetreden, maar een directe uitspraak die weerstand of scepticisme zou kunnen oproepen, wordt vermeden.

81 - 86: "de mogelijkheid om je ervaringen te variëren etc...", heeft een suggestieve waarde eerder door hetgeen geïmpliceerd wordt, dan door hetgeen gezegd wordt. Bandler & Grindler (1975) geven als psycholinguïstische verklaring voor dergelijke effecten: de toehoorder zal automatisch een poging doen om dergelijke algemene uitspraken te vertalen in: "ik heb de mogelijkheid om mijn ervaringen etc..." Op deze manier zal 62 opgevat worden als een uitnodiging om te genieten en 65 - 66 zal er toe leiden dat de dingen van het dagelijks leven op een (verre) afstand gelaten worden. Deze impliciete, indirecte manier van suggesties overbrengen gaat nog een stap verder dan de permissieve suggesties zoals die in 89 - 95 gebruikt wordt. Dit laatste houdt in dat verschillende mogelijkheden worden aangegeven, die alle als gunstig worden gelabeld. Bij impliciete suggesties is zelfs het feit dat een opdracht gegeven wordt niet geheel duidelijk. Overigens gaat het eerder om "uitnodigingen" dan echte suggesties. Misverstanden en het uitblijven van effect is steeds mogelijk, evenwel zonder dat de hypnotische relatie daardoor gestoord wordt, zoals bij weigering van directe suggesties wel het geval is.

2.4. De evocatieve kwaliteit van deze voorstellingen of aanbiedingen hangt voor een belangrijk deel samen met het gebruik van onvolledige zinnen waaruit werkwoorden en referenties aan de persoon zelf zijn weggelaten. Behalve een sterk indringend effect lijkt hier ook een enigszins poëtische sfeer te resulteren.

3. Interventies op het niveau van metaforen:

Het eerste voorbeeld betrof een geleide fantasie die betrekking had op een werkelijk bestaande situatie en waarmee alleen getracht werd een uitgangspunt te bieden voor een aantal positieve ervaringen en suggesties. De geleide fantasie kan ook de richting van een metafoor uitgaan, waarin concrete situaties of problemen slechts op een "vertaalde" manier terug te vinden zijn. De interventies die op dit niveau kunnen gebeuren worden in de volgende voorbeelden toegelicht. (Hier wordt niet meer uitvoerig stilgestaan bij de wijze waarop de evocatie van een droombeeld heeft plaatsgevonden.)

Het tweede voorbeeld gaat over een jonge vrouw met psychogene anorexie. Zoals dat bij dit klachtenpatroon vaak voorkomt bestond er een sterke angst of aversie t.o.v. een zwaarder gewicht en een meer vrouwelijk uiterlijk. Gesprekken over dat thema waren niet erg vruchtbaar; naast andere maatregelen werd daarbij van de volgende metafore voorstelling gebruik gemaakt: de therapeut vroeg haar tijdens een trance zich een niet ontluikende bloem voor te stellen, zich vervolgens in de fantasie te identificeren met deze bloem en daarna bewust het langzaam openbloeien van de bloem te beleven. Deze voorstelling werd tijdens verscheidene zittingen herhaald, en is zeker niet de enige factor geweest die in de behandeling van deze anorexie van belang was. In een bepaald stadium heeft de metafoor wel een faciliterende werking gehad.

Hiermee werd een eenvoudige metafore voorstelling geïllustreerd waarmee een therapeutisch effect werd beoogd. De volgende twee voorbeelden gaan over een meer complexe situatie, namelijk wanneer de geleide fantasie wordt opgezet naar aanleiding van een voor de cliënt angstverwekkende gebeurtenis. Behalve het oproepen van een voorstelling bestaat de therapie eruit dat deze in dialoog met de cliënt gewijzigd en tot ontwikkeling gebracht wordt in een voor de cliënt gunstige richting. In het derde voorbeeld stuurt de therapeut de voorstellingen op een duidelijke manier:

Myra is een vrouw van 24 jaar die behandeling zocht wegens een fobische angst, aanvankelijk alleen voor dode vogels, inmiddels uitgebreid tot alle dode dieren die ze op straat kon aantreffen. Dit probleem bestaat sinds haar achtste jaar en is geleidelijk uitgegroeid tot een soort straatvrees. In een aantal voorafgaande zittingen deed ze ervaring op met hypnose en leerde een diepe trance te ontwikkelen. De zitting die beschreven wordt begon met het voorstel van de therapeut in te gaan op haar angst voor dode vogels. Ze antwoordde: "misschien ben ik zelf wel een vogel."

Na enige stilte vertelde ze, dat ze in de verte een dode vogel zag. Ze kon de straat en de plaats waar het dier lag nauwkeurig beschrijven. Ze speelde wat met de afstand; soms zag ze het dier veraf, dan weer iets dichterbij. De therapeut vroeg haar geleidelijk dichterbij te komen. Dat deed ze, tot ze op een punt kwam waar ze niet voorbij wilde. Ze wilde er zelf niets meer mee te maken hebben en werd gespannen. De therapeut vroeg haar het beeld los te laten en te ontspannen. Daarna stelde hij haar voor iets plezierigs op te roepen. Ze kon naar een plek gaan waar het prettig was. Ze koos een park uit. De therapeut suggereerde haar, dat het fijn zou zijn om te vliegen. Dat zou ze kunnen door een vogel te worden. Ze nam er de nodige tijd voor, en stelde zich voor dat ze een vogel was.

Ze vloog weg, vond het heerlijk en beschreef wat ze onder zich zag. De therapeut vroeg haar of het mogelijk was de oude Myra te zien. Ze zag haar, in het park. Ze volgde wel de suggestie om naar het park terug te gaan, maar voelde er niet zo veel voor om naar Myra te gaan en iets met haar te doen. "Daar houdt ze niet van." Na wat aanmoediging van de therapeut om het heel voorzichtig te doen, ging ze toch naar Myra terug en pikte haar zachtjes in haar oor. De therapeut vroeg haar toen zich opnieuw te identificeren met de oude Myra en ze reageerde op wat de vogel deed. Geïrriteerd zei ze: "Ga weg! Laat me met rust. Ga weg!" De therapeut vroeg haar weer de vogel te zijn en te reageren. "Maar ik wil alleen aardig voor je zijn. Ik wil je vriendinnetje zijn." Hiermee kwam een dialoog op gang met Myra als vrouw en Myra als vogel,

waarbij de therapeut vroeg om van rol te verwisselen. Myra raakte op een gegeven moment van de goede bedoelingen van de vogel overtuigd. De vogel vroeg haar toen, of zij op haar rug wilde klimmen om samen een eindje te gaan vliegen. Voor dit aanbod voelde Myra niets. Elkaars vriendinnetje zijn, een beetje spelen dat kan nog. Maar vliegen ging veel te ver. Ze vertelde de vogel, dat ze bang was dat hij een ongeluk zou krijgen door ergens tegenop te vliegen. De vogel vertelde haar dat hij zeer voorzichtig zou zijn, zodat er zeker geen ongeluk kon gebeuren. Na veel aandringen nam Myra de uitnodiging aan. In de stilte die volgde vroeg de therapeut wat er nu gebeurde. "Oh, niets. Ik zie ze beiden wegvliegen, verdwijnen." Na nog een stilte merkte Myra spontaan op dat ze weer in die straat was waar ze die dode vogel zag liggen. "Ik vind het niet prettig om te zien, maar ik raak er niet meer door van streek. Ik wil het begraven, maar ik durf het nog niet aan te raken." De therapeut suggereerde haar dat ze de vogel met een schep kon begraven. Hier ging ze op in, en ze leek in een opgeluchte, tevreden stemming te komen, waarna de zitting beëindigd werd.

In het vierde voorbeeld beperkt de therapeut er zich voornamelijk toe om de cliënt aan te moedigen de eigen fantasieën verder te volgen. In deze behandeling, waarbij een angstdroom het uitgangspunt vormde komt spontaan een incest problematiek aan de orde, zodat de geleide fantasie overgaat in een zitting met een cathartisch effect m.b.t. deze herinnering uit het verleden. Hiermee wordt ook de mogelijke overlap geïllustreerd tussen een therapeutische strategie gebaseerd op geleide fantasie en de strategie gebaseerd op catharsis. Het gaat om de behandeling van een 30 jarige vrouw met fobische klachten en angstdromen. Deze dromen treden frekvent op, houden haar uit de slaap en maken haar weer gespannen. Na enige oefening in trance wordt haar voorgesteld een steeds weerkerende, afschuwelijke droom in hypnose opnieuw te beleven en af te maken.

In de droom is ze veel jonger dan in werkelijkheid. Ze zit met andere meisjes en jongens in een klaslokaal. Voor de klas staat een grote man met een bijl. Hij hakt de hoofden van alle kinderen af. Als Marja aan de beurt is, probeert ze gillend weg te rennen. Op zo'n moment wordt ze wakker en ze kan haar angst niet meer bedwingen. De therapeut vraagt haar echter om in de klas te blijven. Ze is angstig en wil toch vluchten, maar de aanmoediging van de therapeut helpt haar verder af te wachten. De man hakt haar hoofd af. Maar, zo merkt ze op de bijl is blijkbaar bot want het gaat niet vanzelf. Dan wordt het helemaal duister om haar heen. Ze konkludeert dat haar hoofd er af is. Het is een tijdlang donker en stil. Opeens ziet ze iets: een baby in een baarmoeder. De baby zwemt druk heen en weer. Haar wordt gevraagd zich met die baby te vereenzelvigen. Na enige tijd beginnen weeën op te treden en ze voelt zich naar buiten gedrukt worden. Het lijkt een moeilijke geboorte te worden waarbij haar hoofd vast komt te zitten. Ze loopt rood aan, krijgt het zeer benauwd en wordt weer erg angstig. Het duurt vrij lang eer ze bevrijd is en geboren is. Dan komt ze weer tot rust. De therapeut geeft haar daartoe alle gelegenheid. Er wordt een tijdje niets gezegd.

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

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

Maar als hij zich opnieuw zou misdragen, dan zal ze hem weer de schedel inslaan. Hierna komt ze tot rust. De therapeut geeft een paar indirecte suggesties voor amnesie en beëindigt de zitting.

3.1. Als belangrijkste interventies met behulp van metaforen werden geïllustreerd:

- het presenteren van een voorstelling die in overdrachtelijke zin een oplossing van de problematiek inhoudt (de openbloeiende bloem.)
- het d.m.v. een wisselende identificatie en een dialoog "onschadelijk" of "onschuldig" maken van een gevreesd object.
- Op een non-directieve wijze fantasieën laten ontwikkelen. Soms leidt dit tot zeer agressieve voorstellingen met moord en doodslag. Dit is zeker niet zonder risico. De cliënt kan schrikken van de eigen fantasieën en de therapeut kan opkomende paniekgevoelens versterken als hij zich zelf niet op zijn gemak voelt in de situatie. Daarom is bijsturen naar een minder gewelddadige ontwikkeling vaak te prefereren. Leuner (1969) noemt onder meer: een confrontatie met een gevreesde fantasie voorstelling, die er alleen maar uit bestaat dat de cliënt het angstverwekkende of agressieverwekkende beeld blijft aankijken zonder enige actie te ondernemen. Dit leidt er vaak toe dat de fantasievoorstelling spontaan verandert, in omvang vermindert, of op een grotere afstand verdwijnt. Een andere symbolische bejegening bestaat eruit dat de therapeut tot een voorstelling van verzoening aanmoedigt, bijvoorbeeld d.m.v. het voeren of overvoeren van de gefantaseerde figuur.

3.2. Kenmerkend voor de benadering is dat de symbolische inhoud niet geduid of besproken worden, maar dat de veranderingen plaatsvinden op metafoor niveau.

3.3. In tegenstelling tot wat men op grond van de bovenstaande voorbeelden zou kunnen vermoeden, is de techniek ook bruikbaar voor mannelijke cliënten.

Referenties:

- Leuner, H. (1969): Guided affective imagery,  
Am. J. Psychother. 23, 4 - 22
- Bandler, R. & J. Grindler (1975): Patterns of the hypnotic  
techniques of Milton H. Erickson  
M.D., Vol I  
Meta Publications, Cupertino
- Erickson, M.H., E. Rossi & S. Rossi (1971): Hypnotic realities  
Irvington publishers, N.Y.

Kees Hoogduin,  
oktober 1978

1. Inleiding

Indien cliënten met dwangverschijnselen leven binnen een gezins-situatie verdient een interactionele benadering de voorkeur (vgl. Hoogduin e.a., 1977; Hoogduin en De Haan, 1977).

Een aantal cliënten met dwangproblematiek is tenslotte - bijvoorbeeld door overlijden van gezinsleden - alleen komen te staan. Regelmatig wordt dan gezien dat de dwangfenomenen die zich eerder binnen de gezinscontext goed lieten interpreteren, een eigen bestaan zijn gaan leiden (Joele, 1977). De cliënt kan volledig verstrikt raken in zijn rituelen en zich geleidelijk meer gaan isoleren.

Zowel het hebben van de dwangverschijnselen als het niet meer komen tot vroeger met plezier beleefde activiteiten, kan een cliënt ertoe brengen hulp te zoeken. Bij deze vaak zeer geïsoleerd levende cliënten kan een behandeling die deze twee aspecten van het klachtenpatroon benut, tot een aanzienlijke vermindering van de klachten leiden. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van het koppelen van de symptomen (Haley, 1976; Hoogduin en Van der Velden, 1978). Het uitvoeren van gewenst gedrag dat de cliënt niet meer vertoont, wordt als consequentie gekoppeld aan ongewenst gedrag dat in overvloedige mate ten toon gespreid wordt. Aansluitend zal de cliënt minder dwanggedrag vertonen of meer gewenst (bijvoorbeeld sociaal) gedrag demonstreren. Haayman (1977) noemt bij de bespreking van de behandeling van cliënten met dwangverschijnselen terecht naast het afleren van dwanggedrag het aanleren van nieuwe responsen.

In het onderstaande wordt een poging ondernomen de ongewenste dwangverschijnselen en de niet geproduceerde, doch wel gewenste activiteiten te inventariseren. Vervolgens wordt een voorbeeld gegeven op welke wijze de koppeling van klachten toegepast kan worden.

2. Dwangverschijnselen

De symptomatologie is bij iedere cliënt met dwangverschijnselen anders. Wanneer men zich waagt aan een inventarisatie van de dwangproblematiek



is het noodzakelijk een aantal rubriceringen en vereenvoudigingen toe te passen.

2.1 De (ongewenste) dwangfenomenen (vgl. Rachman, 1976; Rado, 1974)

- Twijfel en controle:

Het controleren van een plaatsgevonden activiteit - gaskranen, afgesloten deuren, ingenomen medicijnen -.

Het controleren van een reeds opgeslagen informatie - of er geen verschrikkelijke vergissingen begaan zijn, of getallenreeksen nog aanwezig zijn, het testen van het geheugen (vgl. Joele, 1977) -.

- Rituelen poetsen en reinigen:

Het wassen van de handen, van kleding, de huishouddwang, aankleed-rituelen.

- Dwangdenken:

Het dwangmatig gepreoccupeerd zijn met denkinhouden die onaangenaam, heiligschennend, obsceen, zeer verwerpelijk of agressief jegens geliefde personen zijn.

2.2 Gewenste doch niet vertoonde gedragingen

- Noodzakelijke activiteit:

Goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische en tandheelkundige verzorging.

- Nuttige activiteit:

Het hebben van sociale kontakten, werken, zich inzetten voor de medemens, cursussen.

- Plezierige activiteit:

Muziek maken, sporten, clubs, het ontwikkelen van een kennissenkring.

3. Praktische toepassing

De eerste fase van de behandeling van cliënten met dwangproblematiek, eenzaamheid en sociaal isolement bestaat uit een zeer uitvoerige inventarisering van de verschillende klachten. De cliënt wordt gevraagd de bij hem voorkomende dwangverschijnselen te registreren. Vervolgens wordt hem gevraagd een inventarisatie te maken van alle activiteiten

waar hij niet (meer) aan toe komt, doch die wel noodzakelijk, nuttig of plezierig zijn.

De volgende zitting wordt gebruikt om het principe van het koppelen van de symptomen uit te leggen. Bij de verkoop kan open kaart gespeeld worden: "Je zit nu altijd goed; in het verleden waren er symptomen en kwam je niet tot bepaalde activiteiten. Nu zal je of veel last van symptomen hebben en daardoor tot veel dingen komen, of weinig last van symptomen hebben en tot weinig dingen komen."

Er zijn vanzelfsprekend symptomen die zich goed, andere die zich minder goed laten koppelen.

Een voorbeeld van een combinatie is het volgende:

Een 40-jarige alleenwonende man is aangemeld met een wasdwang. Hij vertoont hiernaast vele andere klachten, o.a. is hij sinds een drietal jaren gestopt om maar iets schoon te maken in zijn huis. De noodzaak om het huis schoon te maken, wordt besproken. Het schoonmaken van het huis wordt onderverdeeld in taken van ongeveer dertig minuten (b.v. alle pannen schoonmaken, de borden wassen, het gastoestel reinigen). Aansluitend aan iedere zevende maal dat hij zijn handen wast, wordt een van de dertig-minuten-taken (in een van te voren overeengekomen volgorde) afgehandeld. De cliënt gaat akkoord met dit contract en de schoonmaak en een vermindering van het handenwassen volgen.

Een andere klacht is twijfelzuchtig dwangdenken. De therapeut brengt nu een ander door de cliënt gewenst gedrag naar voren, namelijk het weer beoefenen van karate en het werken aan een betere conditie. Contingent aan het dwangdenken wordt vijftien minuten fietsen op een hometrainer gekoppeld (vgl. Hoogduin en Van der Velden, 1978).

#### 4. Discussie

- De hier voorgestelde benadering voor geïsoleerd levende mensen met ernstige dwangproblematiek is eenvoudig en wordt door de cliënten ook als goed inhakend op hun problematiek gezien. Toch zijn de kansen op mislukkingen zeer groot:
  - Het is noodzakelijk dat er een goede "klantenbinding" is, tenslotte worden de contracten zwaar en wordt er veel van de cliënt geëist.
  - Het is noodzakelijk met een licht kontrakt te beginnen dat bij voorkeur door de cliënt ontwikkeld is en waarop de therapeut "afgedongen" heeft. M.a.w. laat de cliënt een kontrakt voorstellen,

maar hoe het voorstel ook luidt, zeg hem dat dit een te grote stap ineens is en stel een lichtere koppeling voor. Bespreek dat het mislukken van één kontrakt de gehele behandeling kan doen mislukken. Complimenteer hem voor zijn enthousiasme, maar vertel hem dat er weliswaar mensen met vergelijkbare problemen zijn die zeer grote stappen aankunnen, maar dat het de voorkeur verdient kalm aan te beginnen.

- De therapeut dient zich te realiseren dat bij deze zeer geïnvallideerde mensen kortdurende therapie meestal niet mogelijk is. Het principe van steeds een beperkt aantal zittingen afspreken, waarna een evaluatie volgt, kan vanzelfsprekend wel toegepast worden.
  
- Wanneer bij cliënten met dwangverschijnselen binnen een gezinsstelsysteem de symptomen afnemen, zien we regelmatig een gezinscrisis ontstaan. Bij de geïsoleerd levende cliënt ontstaat er ook vaak gedurende de behandeling een emotionele crisis met hyperventilatieaanvallen, angsten en depressieve verschijnselen. Zoals er geanticipeerd wordt op een mogelijke gezinscrisis bij de behandeling van cliënten levend in een gezin, zo is het ook gewenst de geïsoleerd levende cliënt op een dergelijke crisis voor te bereiden. Op die manier wordt vermeden dat de cliënt de op zich gunstige ontwikkeling als een verslechtering beleeft met de gevaren van wegblijven van de behandeling, terugvallen in dwangrituelen, e.a.

Gedurende een van de eerste zittingen wordt door de therapeut een overzicht gegeven van de diverse klachten:

- dwanghandelingen
- dwanggedachten
- angsten, hyperventilatie
- depressie
- woedebuien
- verdriet, teleurstelling



~~Vervolgens worden~~ De klachten <sup>25</sup> naar ernst geordend, waarbij de dwanghandelingen als zeer ernstige en verdriet en teleurstelling als normale, gezonde verschijnselen worden omschreven.

De weg naar verbetering c.q. vermindering van dwanghandelingen kan dus een toenemen van andere verschijnselen tot gevolg hebben. De voor de cliënt zeer moeilijk te aanvaarden emotionele crisis, huilbuien en

11

verdriet om het ellendig leven, kunnen binnen dit kader weliswaar als zeer moeilijk te dragen, maar toch als een teken van vooruitgang worden geïnterpreteerd.

- Het isolement van de cliënt kan het noodzakelijk maken dat de therapeut zijn activiteiten niet beperkt tot het therapie-uur of de kantoortijden, maar zich 24 uur, 7 dagen in de week telefonisch bereikbaar opstelt. Het is niet uitgesloten dat gedurende de behandeling zich een periode voordoet waarin de cliënt overvloedig gebruik maakt van deze telefonische bereikbaarheid. Het gevaar van een toenemende afhankelijkheid van de cliënt ontstaat. Het verbinden van een consequentie aan het telefoneren lost dit probleem meestal op. Zeer werkzaam is b.v. de cliënt een geldbedrag in een potje te laten deponeren aansluitend aan het telefoneren: de eerste maal één gulden, de tweede maal twee gulden, de derde maal vier gulden, de vierde maal acht gulden .... In overleg kan het geld besteed worden aan een goed doel.

#### 5. Slot

Wanneer de dwangverschijnselen tenslotte het leven vullen van de cliënt is het goed te bedenken dat dwangklachten ook een positieve betekenis kunnen krijgen. Het afwikkelen van bepaalde dwangrituelen kan een bevredigend karakter krijgen. Bij de in een isolement levende cliënt kan dit bevredigende aspect van de dwang inhoud aan zijn leven geven. Bij de behandeling zal met deze vriend-vijand-situatie rekening moeten worden gehouden.

#### Referenties

- Haayman, W.P. (1977) Dwang, therapeutische ervaringen bij 25  
patienten, Dissertatie, Ryno, Meppel
- Haley, J. (1971) Directieve gezinstherapie, blz. 43,  
De Toorts, Haarlem
- Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1977)  
De behandeling van dwangverschijnselen bij  
kinderen, Delfschrift, 1 (1), 43 - 52

Hoogduin, C.A.L., O. v.d. Hart, R. Van Dijck, L.J. Joele & K. v.d. Velden  
 (1977)  
 De interactionele behandeling van het dwangmatig  
 controleren,  
 in: C.P. van der Velden e.a., Directieve Therapie,  
 Van Loghum Slaterus, Deventer

Hoogduin, C.A.L. & K. v.d. Velden (1978)  
 De welwillende beproeving,  
 Tijdschrift Directieve Therapie, 5 (4,5), 54 - 65

Joele, L.J. (1977)  
 Cliënten met een dwangneurose zonder partner,  
 Tijdschrift Directieve Therapie, 4 (4), 74 e.v.

Rachman, S. (1976)  
 Obsessional compulsive checking,  
 Behav. Res. & Ther., 14, 269 - 277

Rado, S. (1974)  
 So-called obsessive-compulsive neurosis,  
 American Handbook of Psychiatry 2 ed., vol. 3,  
 195 - 209

## Strategische Gezinstherapie

### Enige specifieke problemen rondom gestoorde adolescenten.

Dick Oudshoorn. (uitgeschreven tekst van een voordracht in Wassenaar t.g.v. de uitbreiding van de jeugdpsychiatrische afdeling 'Conradok' van de Ursulakliniek, gehouden op 20 oktober 1978.)

Samenvatting: Adolescentenproblemen en -crises zijn meestal op te vatten als Faseovergangsprikelen. Niet alleen de adolescent en ieder gezinslid maakt zijn eigen ontwikkeling door, maar ook het gezin als zodanig. Als er een crisis ontstaat dan geschiedt dat in een proces waarin door wisselwerkingen en toevallige bijkomstigheden een sneeuwbal effect optreedt. Zo'n proces wordt wel aangeduid als een 'morfogenetisch' of 'Deviance Amplifying Feedback Process'. Daar wordt een voorbeeld van gegeven. De behandeling verliep in dat geval niet zonder komplikaties.

Normaliter is een gezin gekenmerkt door neiging tot verandering en neiging tot behoud. In combinatie maken die een redelijke ontwikkeling met behoud van ieders stabiliteit mogelijk. Bij gestoorde gezinnen is die balans er niet. Er wordt een voorbeeld gegeven van een ijzersterke morfostase waarin 'de tijd stilstaat' (verg. R. Van Dijk in 'Directieve Therapie I' van v.d.Velden c.s.)

Er wordt een uitgebreid voorbeeld gegeven van een problematisch morfostatisch gezin waarin er een psychotische crisis uitbreekt. Het gevaar van herstel van de oude toestand is niet te onderschatten. Aanvankelijk had de therapeut een strategie gekozen om aan dat gevaar te ontkomen. Hij zag zich echter genoodzaakt tot een drastische koerswijziging. Aan de hand van het schema van Van Dijk worden enkele strategische overwegingen uiteengezet.

-.-.-.-.-.-

Dames en Heren,

Het is zeer eervol vanmiddag hier te mogen spreken. Vanwege de beperkte tijd val ik met de deur in huis:

Als we Therapie omschrijven als het gebruik van een bepaalde methode om een bepaald doel te bereiken, dan is Directieve Therapie speciaal gekenmerkt door het gebruik van richtlijnen en adviezen, die de cliënt moeten helpen met nieuw gedrag te experimenteren. DT is met name gericht op Gedragsverandering. Er zijn ook andere therapievormen, welke gebruik maken van uitleg en interpretaties (duidingen). Wanneer een

Directief Therapeut dat doet, dan speciaal om de cliënt uit een andere invalshoek naar bepaald gedrag of een bepaald symptoom te laten kijken en hem daarmee te motiveren om met nieuw gedrag te experimenteren. Om het even of het een individuele, een echtpaar-gezins of groepsbehandeling betreft.

Strategische Therapie is m.i. een betere term: de therapeut ontwikkelt en gebruikt een bepaalde strategie om (met gebruikmaking van bepaalde tactieken) tot een gewenst doel te komen.

Dat Doel is te omschrijven als Verandering. Daaraan zijn drie nivo's te onderscheiden: 1) de klacht, het symptoom, het specifieke probleem is opgelost; 2) het gedrag in het algemeen en omgang met elkaar (de relatiepatronen) zijn veranderd; 3) er heeft een leerproces plaatsgehand waarin het probleemoplossend vermogen vergroot is en/of een betere strategie is eigen gemaakt. Dit is alles nogal ambitieus; soms moet je als therapeut met wat minder tevreden zijn.

Directieve Therapie werkt met drie soorten richtlijnen:

- 1)leeropdrachten, kontrakttechnieken. Werken in kleine stapjes met kongruente en meestal direkte benaderingen;(verg. Lange & v.d.Hart)
- 2)ongewone, indirecte benaderingswijzen, vaak met paradoksale opdrachten die neer komen op symptoomvoorschrijven;(verg.Haley, Van Dijk)
- 3)rituelen (verg. Selvini Palazzoli, van der Hart)

Kenmerkend voor DT is overigens dat er meestal een mengeling van direkte en indirecte benaderingswijzen wordt gehanteerd, wat het tot een fascinerende en beweeglijke therapiestijl maakt.

Dat wat betreft Directieve of Strategische Therapie. Volgende vraag: Hoe kijkt een Strategisch Therapeut aan tegen de Adolescentie?

Een adolescent beweegt zich voort tussen de 14 en 25 jaar in een bepaalde levensfase met bepaalde inherente problemen. Die hier te bespreken zou uilen naar Athene dragen betekenen. Maar ook de andere gezinsleden maken hun levensfasen door en ook het gezin als zodanig maakt zijn Gezinscyklus door. Vanuit dit perspectief (verg. Haley) zou je alle problemen die zich in iemands leven voordoen kunnen onderscheiden in: 1)faseproblemen en 2) faseovergangsproblemen. Nogmaals, daarbij moet men zowel naar het betreffende individu kijken als naar de fase of faseovergang van het gezin, resp. andere gezinsleden. Wanneer bijvoorbeeld een vrouw van 45 jaar depressief wordt is het onder andere dienstig te kijken naar de fase(-overgang) van haar kind(-eren).

c

Volgens Haley ontstaan de meeste problemen en stoornissen juist bij faseovergangen; en naar onze ervaring is dat juist. Mogelijk zijn ongeveer 80 % van de adolescentenproblemen in twee clusters in te delen: 1) overgangsproblemen aan het begin van de adolescentie, dus rondom het veertiende levensjaar, en 2) overgangsproblemen aan het eind. Daar worden dadelijk enkele voorbeelden van besproken.

Wat verstaat een Strategisch Therapeut onder een Krisis?

Je kunt van een crisis spreken als er een situatie is ontstaan waarin de problemen onoplosbaar lijken. We gaan er zoveel mogelijk vanuit dat dat komt omdat het zg. probleemoplossend vermogen tekort schiet, resp. de verkeerde strategie wordt gebruikt (verg. Rabkin). Zelfs gaan directe therapeuten van de optimistische veronderstelling uit dat er in beginsel voor ieder probleem meer dan een oplossing bestaat. Therapie is in dat licht bezien het zoeken en uitproberen van de beste, gegeven de situatie en de betrokkenen.

Een adolescentenkrisis is onderdeel van een gezinskrisis. Dat is iets dat groeit in wisselwerking met allerlei factoren, ook toevallige, in een soort sneeuwbal effect. Hiervan volgt nu een voorbeeld:

Karel is 14 jaar, een intelligente Atheneumleerling, die wordt verwezen door de huisarts vanwege gedragsproblemen, dwanghandelingen en het niet naar school gaan. Karel heeft van kindsaf astmatische bronchitis en is door zijn moeder erg vertroeteld. Moeder zou een angstige vrouw zijn, bang voor alles wat nieuw is. Vader is van boekhouder opgeklimmen tot directeur. De huidige problemen zijn in het voorjaar begonnen toen Karel ongezeggen en koppig werd. De ouders wisten daar geen raad mee, reageerden paniekerig, beurtelings straffend en weifelend-toegevend. Daarmee werd het 'ongewenste' gedrag van Karel versterkt en diens onzekerheid vergroot. Wat de deur dichtdeed was een vechtpartij met een ambonese jongen van zijn school, wat Karel verloor. Hij durfde nadien niet meer naar school. Ook werd er uitgerekend in deze labiele periode allerlei allergologisch onderzoek verricht met alle angstwekkende ziekenhuissituaties vanden, waarbij Karel prompt tics en dwanggedachten ontwikkelde en met name ging tobben over een hersenziekte. Enfin, zo groeit dit proces in het verloop van enkele maanden iedereen boven het hoofd totdat de huisarts besluit tot verwijzing naar een psychiater. Dat is de laatste vonk die leidt tot een woedeexplosie bij Karel en grote paniek bij de ouders.

De volgende punten vielen op:

- 1) De ouders hebben kennelijk geen benul van 'normaal' pubergedrag.
- 2) Ze versterkten dat gedrag door inadekwate reacties.
- 3) Dit deed het algehele angstnivo in het gezin stijgen,
- 4) en frustreerde de ouders,
- 5) en maakte Karel steeds labieler.



6) In een sneeuwbaaleffekt ontstond er verdere eskalatie door twee toevallige factoren: a) het gevecht met de ambonese jongen en b) het allergieonderzoek.

In het tweede gesprek komen de dwangverschijnselen meer op de voorgrond te staan. Deze treden op rituele wijze vooral op rondom opstaan en aankleden en naar school gaan. Maar ze interfereren ook sterk met de maaltijden.

Hoe kan men zich zo'n proces voorstellen?

- 1) 'Gewoon' protest tegen de ouders (samenhangend met zijn faseovergang maakt de ouders ongerust en kwaad en onzeker.
  - 2) Dit versterkt Karels onzekerheid en speciaal zijn angst voor vader.
  - 3) Zijn verzet gaat 'ondergronds' in de vorm van dwanggedrag. Dit is van de vorm: 'Ik dwing jullie niet, ik frustreer jullie niet, maar ik word gedwongen door mijn ziekte om jullie te dwingen en te frustreren'.
  - 4) De ouders gaan hier -ook letterlijk!- voor door de knieën. (Voor het aantrekken van een sok kan moeder een half uur aan zijn voeten geknield zitten)
  - 5) Ze versterken zodoende zijn dwanggedrag tegen wil en dank.
- Niemand treft hier speciaal een verwijt; het is typisch een gezinsproces dat tenslotte ieder boven het hoofd groeit.
- Dit wat betreft de analyse. Hoe pakte de therapeut het verder aan?

Hij legde uit dat de tics, de dwanghandelingen, ook het eindeloze aarzelen bij het opstaan en alle andere verschijnselen typische tekenen waren van een konflikt. Namelijk enerzijds de wens om groot te worden, maar ook de angst en onzekerheid die daarbij komt, en anderzijds de wens om klein te blijven, met alle voordelen van het vertrouwde. In feite werd er een kwartiertje informatie vanuit de ontwikkelingspsychologie gegeven (heel vaak in therapieën wordt er tijd uitgetrokken voor informatieoverdracht), waarbij het natuurlijk werd beschreven als een probleem voor allen en niet alleen voor Karel. Iedereen herkende het en stemde gretig in met deze probleemdefinitie.

De konsekwentie van een positieve omschrijving van een probleem is vanzelfsprekend dat dit probleem vervolgens niet direkt te vuur en te zwaard kan worden bestreden. Het vraagt om een indirecte benadering:

'Telkens die twijfel van :wil ik groot worden of klein blijven, dat wat hij toch zelf moet beslissen, dat mogen we niet de kop in drukken. Nee, integendeel, want het is ergens goed voor. Dus dient u voortdurend attent te zijn en telkens zijn beslissing op dat moment te respekteren.' Er werd zelfs een zekere rituele vorm aan gegeven.

Een probleemdefinitie in ontwikkelingstermen is automatisch een optimistische interpretatie, waarbij er geen ziekte en geen boosdoeners in het spel zijn. Dat geeft nieuwe hoop en vermindert de noodzaak tot defensief gedrag bij alle betrokkenen.

De therapie loopt overigens bepaald niet op rolletjes. De dwangtaferelen blijven even intensief en de hele pedagogische situatie blijft voorsnog slecht. Ze gaan op vakantie naar Engeland, waar de rituelen gewoon doorgaan. Karakteristiek is dat ze juist zeer hevig worden als men haast heeft om de thuisboot te halen, en deze vanzelfsprekend dan ook mist... Thuisgekomen is de stemming niet best. Als Karel 'gewoon vervelend' doet (ik bedoel: zoals een jongen van zijn leeftijd kan doen) reageren de ouders verkeerd en als hij dwanghandelt evenzo. Ze wenden zich zelfs tot de huisarts die over opname in een psychiatrisch ziekenhuis begint te denken. De therapeut brengt hem met moeite op andere gedachten. Dan gaat hij zelf op vakantie. Na terugkeer blijkt de situatie onhoudbaar. De huisarts hangt weer aan de telefoon en wil opname doordrukken, omdat Karel volgens hem beslist 'hebefreen' is. Onmiddellijk daarna belt moeder op om te rapporteren dat Karel zijn hele kamer aan het slopen is. Dan besluit de therapeut om Karel op de PAAZ op te nemen.

Daarmee is er overigens nog geen man over boord. De gezinstherapie dient gewoon voortgezet te worden, wanneer de therapeut tenminste van de juistheid van gezinsbenadering overtuigd blijft. De opname kan en zal ook meestal deëskalerend werken. De therapeut dient het gezin wel duidelijk te maken dat zijn fundamentele probleemdefinitie ('diagnose') niet gewijzigd is en dat de beslissing tot opname vooral op taktische-praktische overwegingen gestoeld is.

Het behandelingsprogramma is op alle drie de op pag b opgesomde nivo's van verandering gericht en begint nu enige vruchten af te werpen, al gaat het wat moeizaam.

Het was niet de bedoeling u vandaag op suksesstories te vergasten. Dit diende slechts als voorbeeld voor de probleemstelling aan het begin van de adolescentiefase, met als centraal thema het konflikt groot/klein. Daarop wordt de strategie opgebouwd. Meestal is uiteraard opname niet nodig.

Ik ga nu snel door naar de problemen aan het eind van de adolescentie. Die zijn formidabel. Zoals we aan het begin van deze fase het konflikt groot/klein centraal plegen te stellen, zo aan het eind de 'afnavelings problematiek'. Wat natuurlijk evenzeer een gezinsprobleem is, immers een navelstreng is een vitale band tussen twee generaties.

f

Ik moet weer een klein stukje theorie inlassen, die u zeker bekend is. Elk gezinssysteem, elke natuurlijke groep, is enerzijds gekenmerkt door een neiging tot verandering en anderzijds door neiging tot behoud. Normaliter zijn die twee in balans en maken ze tezamen natuurlijke, min of meer harmonische groei mogelijk. In pathologische systemen tref je ofwel teveel van het eerste aan - dit zijn instabiele, zg morfogenetische gezinnen, waar gemakkelijk DAF-processen optreden. Maar de meeste pathologische gezinnen vertonen eerder een overmaat van morfostatische (homoiostatische) tendenzen, mechanismen. Zulk een systeem komt uit de aard der zaak onder druk te staan als een gezinslid de adolescentie heeft bereikt, die immers per definitie om veranderingen vraagt. Hoe gaat een morfostatisch gezinssysteem daarmee om?

In ijzersterke gevallen verandert er niets aan de verhoudingen:

Twee weken geleden zag ik van achter de doorkijkspiegel zo'n gezin. Het betreft een man, portier, al jaren in de WAO wegens nogal vage lichamelijke klachten. Hij wijkt niet van de zijde van zijn vrouw, die al 25 jaar thuis zit, zeer fobisch en de hele dag doende met dwangdenken en -handelen. De oudste zoon is 25 jaar, heeft de HTS afgemaakt, is zelfs in militaire dienst geweest, maar zit weer thuis en maakt geen aanstalten eruit te trekken of een baan te zoeken. Op het eerste gezicht lijkt hij eerder debiel; zijn mimiek is leeg, met af en toe flitsen van angst e.d. De andere zoon is 22 jaar. Studeert aan een universiteit, maar woont ook thuis en heeft vrijwel geen contacten buitenshuis. Zijn liefste wens is een straatje om te lopen met zijn broer! Zijn functie in het gezin is die van susser, harmoniebewaker. Moeders belangrijkste preokkupatie is het wasgoed; speciaal controleert ze frekwent het ondergoed van haar zoons op ontlasting - precies als toen het nog peuters waren. Het echtpaar was bestand gebleken tegen echtpaartherapie, onder meer met symptoomvoorschrijving, gelijkend op de methode 'Hoogduin'. Daarom was nu tot gezinsbehandeling besloten. Overigens is ook kenmerkend dat er nauwelijks een hulpvraag van hun kant was. Een ijverige GMD-arts had op verwijzing en behandeling aangedrongen bij vader.

Dit is een gezin van de categorie 'de tijd staat stil' (chronische overwegende morfostase en overwegend paradoksale communicatie) in het schema van Van Dijk. De voorgeschreven strategie dient dan te zijn: krisisinductie. De eerste verandering kan dan zijn dat bv de oudste zoon psychotisch wordt, of dat er een andere crisis komt, maar de kans op verdere en tenslotte therapeutische veranderingen is dan aanzienlijk groter. Eventueel verschuift dus de situatie naar 'pathologisch-morfostatisch gezin met een psychotische adolescent'. Het gevaar waar de therapeut mee rekening moet houden is de neiging van

het gezinssysteem om de oude situatie te herstellen als de psychotische episode voorbij is. Nu volgt er een uitgebreid voorbeeld waarbij de therapeut het -juist om het genoemde gevaar te vermijden- verkeerd aanpakte, zodat hij tenslotte tot een radikale koerswijziging moest overgaan.

Jaap is een jongen van 22 jaar, die na zijn opleiding tot onderwijzer van huis uit te hebben voltooid plotseling naar een konseratorium gaat op 100 km afstand van huis. Na enkele maanden wordt hij daar psychotisch (met een katatoon syndroom) en wordt hij teruggestuurd naar zijn ouderlijk huis en vandaaruit op onze PAAZ opgenomen. Zo'n aardige, gevoelige jongen, die me zei dat hij God was. Ik zei dat ik hem geloofde. 'Trouwens, ik ben óók God.' Jaap moest glimlachen en we konden goed met elkaar praten. Via de Bhagavad Gita kwamen we op steeds aardser onderwerpen terecht. De psychotische verschijnselen verdwenen snel, maar hij bleef onzeker en tobberig. Het behandelingsprogramma omvatte naast individuele therapie ook een gedifferentieerd groepstherapeutisch programma, waarbij voor hem de centrale onderwerpen alles behelsden wat met identiteit, volwasse worden, toekomst en zelfstandigheid te maken heeft. Het liep allemaal niet zo snel maar wel voorspoedig. Een jongen met velerlei talenten.

Hij zei wel eens dat het huwelijk van zijn ouders maar een treurige zaak was. Ruzies en grote stiltes - hij had medelijden met hun. Zijn twee zusters waren snel het huis uit gegaan, maar hij was zo lang mogelijk gebleven. De therapeut zag de ouders ook tweemaal en de typering klopte wel. Maar ze hadden geen behoefte aan hulp. Vader vertelde wel dat hij zelf een kruiwagen vol tabletten van de zenuwarts had geslikt in zijn leven en dat hij blij was dat zijn zoon nu wèl de kans kreeg om er met hulp bovenop te komen. Ik kreeg een warme handdruk.

Bent u een individueel gericht therapeut, georiënteerd op 'eigen weg inslaan' en alles wat daarmee samenhangt, dan vindt u deze aanpak wellicht heel juist. Maar iemand die veel met gezinsdynamiek bezig is zal wel zijn twijfels hebben. Hoe zit het met de morfostatische krachten van dit gezin? De ouders kunnen hun zoon nog nodig hebben, en/of hij kan vinden dat hij voor hun nog nodig is. Zulke dingen wist ik wel, en toch. Waarom niet direkt tot gezinsbehandeling overgegaan? De redenen zijn de moeite waard om te vermelden:

- 1) de therapeut was teveel op Jaap zelf gericht (wat geen schande is, maar wel een beperking van het blikveld tot intrapsychische dynamiek inhoudt) en hoorde hem bovendien plannen maken over kamers zoeken en een baan. Zoiets klinkt vanuit de ontwikkelings (levenscyclus) gedachte natuurlijk uitstekend.
- 2) Er zit ook een systematische denkfout achter, namelijk de opvatting dat verzelfstandiging van iemand als het ware automatisch wordt be-

h

vorderd door een individuele aanpak. Dat hangt er maar vanaf!

3) Dan is een gevaar speciaal bij psychotische jongeren dat ze een sterk appèl richten aan de vaderlijke en moederlijke gevoelens van de therapeut. Dit leidt dan tot de gevaarlijke fantasie dat deze een betere vader en moeder is dan de eigen ouders. En ook al zou dat helemaal waar zijn (maar wie zal dat bepalen?) dan toch is het een valkuil. (v.d.Lande waarschuwde vanuit Amstelland al in 1972 voor het gevaar van rivaliseren met de ouders e.d.) Hoe het ook zij, kunt een gezin niet straffeloos negeren. De neiging tot herstel van het oude kan sterker zijn dan je denkt.

Doel van gezinstherapie in dit stadium is goede afnaveling, wat een pijnlijk en ingrijpend gebeuren is voor twee generaties, die dan ook eventueel beide geholpen moeten worden. Zo'n adolescent is vaak juist psychotisch geworden omdat hij zich niet kon/durfde losmaken van zijn ouders en vice versa. Het is niet erg relevant of de psychotische episode vlak vóór of óver de brug optreedt. Het gaat om hetzelfde probleem en dat ligt aan deze kant. Daar dient het te worden aangepakt, waarna dan de betrokkene zijn reis kan vervolgen zonder aarzeling, zonder tegenwerkende krachten van schuldgevoel of heimwee. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de ouders en andere gezinsleden.

Hoe verging het Jaap en zijn ouders nu?

Hij vond een kamer en een tijdelijke baan en ging geleidelijk aan met ontslag. En straalde nu het jonge geluk van hem af? Nee, integendeel. Hij geraakte elke week gedeprimeerder en belde steeds vaker op naar de kliniek. Na enkele weken staakte hij zijn werk. Hij hing dagenlang in de kamer van zijn hospes en hospita rond. Toen ging de therapeut eindelijk een licht op. Het was de hoogste tijd voor een drastische koerswijziging, die passend was tegenover het wel wat dramatische Lijden en Falen. Dus een dramatisch gebaar van de therapeut. Deze zei dan ook: 'Jaap, ik heb een ernstige beoordelingsfout gemaakt door je aan te sporen op kamers te gaan wonen en een baan te zoeken. Je kunt beter maar weer naar je ouders terug gaan, want in gedachten ben je al die tijd bij hun.' Hij reageert zoals je zou verwachten: hij stemt ermee in en zegt met een klein triomfantelijk glimlachje: 'Jammer dat u die fout hebt gemaakt, daarvoor is veel tijd verloren gegaan. En hoe bent u nu van plan om verder te gaan?'

Enkele opmerkingen:

1) Fouten maken is helemaal niet erg. Er te bang voor zijn is erger. In elke therapie waarin je een redelijke relatie met elkaar hebt, kan

de therapeut zich één grote koerswijziging veroorloven. Dit heeft zelfs voordelen, zeker als je er openlijk voor uitkomt. Immers, per definitie maakt een cliënt fouten (ook al zal een Directief Therapeut hem dit niet pijnlijk onder de neus wrijven) want anders was er geen noodzaak naar een therapeut te gaan. Maar dan is het hinderlijk als er een onfeilbare persoon tegenover je zit.

2) Een Strategisch Therapeut werkt graag zowel direkt als indirekt en ziet niet in waarom hij dat zou moeten verloochenen. Hier deed de therapeut het ook door alle schuld voor het Falen op zich te nemen. Dit was de enige manier ook, want anders zou het immers door ziekte of slapheid van Jaap zijn gekomen, en wat valt daar therapeutisch mee te beginnen? Er was een opstapje nodig voor de volgende ronde en voor een effectieve herdefinitie van het kernprobleem.

De therapeut stelde gezinstherapie voor. De ouders stemden na enig heen en weer bellen aarzelend in. Door omstandigheden moest men een maand wachten en toen was het gezin wel goed gaar... Onze jonge vriend zat er erg somber en labiel bij; de spanning tussen de ouders was om te snijden. Ze kwamen prompt met: 'Nu zijn we allemaal aan behandeling toe.'

Het is oppassen geblazen. Daar kan men beter niet te gretig op ingaan. Even gemakkelijk trekt men zich weer op de oude stelling terug. De situatie is ook nog niet rijp voor een gewoon behandelingskontraakt, met kongruente, direkte afspraken op het nivo van het echtpaar. Er is immers vooralsnog een driehoek tussen twee ouders en een psychotische zoon, een driehoek die qua structuur nog niet helemaal duidelijk is, maar in ieder geval sterk en morfostatisch is. Voorts wordt er voor een belangrijk deel symptomatisch gekommuniceerd, in ieder geval door zoon en vader (die zichzelf 'depressief' en 'overspannen' noemen). De ruzies tussen de ouders hebben het meest weg van de categorie: 'blaffende honden bijten niet', waarvan het dubieus is of die wel überhaupt in de hoofdgroep 'overwegend morfogenetische systemen' thuis hoort. Een dergelijke situatie vraagt allereerst om blokkering van de paradoksale patronen, met als vermoedelijk resultaat een verschuiving naar de categorie 'leven als kat en hond', wat veel duidelijker morfogenetische karakteristieken heeft. Vermoedelijk komen er dan ondubbelzinnige fikse ruzies tussen de ouders, waarbij ze de zoon niet meer nodig hebben, en zal deze zich uit de driehoek kunnen losmaken, wat voor zijn eigen ontwikkeling en faseovergang noodzakelijk is.



k

	A	B	THERAPEUTISCHE STRATEGIE	
	DE COMMUNICATIE IS OVERWEGEND CONGRUENT	DE COMMUNICATIE IS OVERWEGEND PARADOXAAL	M.b.t. KOL. B.	ALGEMEEN
I	SYSTEEM VERTOONT OVERWEGEND MORFOSTATISCHE PROCESSEN  (altijd) chronische klachten, vb. echtpaar a  <i>'Kinderen die vragen worden overgelaten'</i>	1. acute symptomen, vb. echtpaar f  <i>'De klok terugzetten'</i>  2. chronische symptomen, vb. echtpaar e  <i>'De tijd staat stil'</i>	prioriteit aan blokkeren van paradox  prioriteit aan D.A.F. induceren	morfogenetische processen bevorderen
II	SYSTEEM VERTOONT OVERWEGEND MORFOGENETISCHE PROCESSEN  (altijd) acute klachten, vb. echtpaar b  <i>'Leven als kat en hond'</i>	1. chronische symptomen, vb. echtpaar g  <i>'Blaffende honden die niet bijten'</i>  2. acute symptomen, vb. gezin c  <i>'Help, ik word gek'</i>	prioriteit aan blokkeren van paradox  prioriteit aan aanbrengen van nieuwe stabiliteit	morfostatistische processen bevorderen
	LEFROPDRACHTEN EN CONTRACTECHNIKEN	PARADOXALE OPDRACHTEN		

THERAPEUTISCHE STRATEGIE

Schema R. Van Dijck in 'Directieve Therapie I' pag 41

Referenties:

Van Dijck, Richard: Vormen van directieve therapie bij paren en gezinnen. in 'Directieve Therapie I' - Kees van der Velden (vLoghum Slateru Haley, Jay: Uncommon Therapy. W.W. Norton & Comp. New York 1973.

van der Hart, Onno: Overgang en Bestendinging. v. Loghum Slaterus 1978.

Hoogduin, Kees e.a.: De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. in 'Directieve Therapie I'

Lande, J.L.: Adolescenten roepen gevoelens op. T. Psychiatrie 15 p 89.

Lange, Alfred en Onno van der Hart: Gedragsverandering in Gezinnen Tjeenk Willink Groningen 1975

Rabkin, Richard: Strategic Psychotherapy. Basic Books Inc New York 1977.

Selvini Palazzoli, M. e.a.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart 1977.



Onno van der Hart & Kees van der Velden

1. Een voorbeeld uit de Bijbel

2 Samuel 12 : 6/7.

"En de HERE zond Nathan tot David. Deze kwam bij hem en zeide tot hem: Er waren in een stad twee mannen; de een was rijk en de ander arm. De rijke had zeer veel schapen en runderen; de arme had niets, behalve één klein ooilam dat hij had gekocht en opgekweekt. Het groeide bij hem op, samen met zijn kinderen; het at van zijn bete, dronk uit zijn beker en sliep in zijn schoot, het was hem als een dochter. Eens kreeg de rijke man bezoek; en hij kon er niet toe komen, een van zijn schapen of runderen te nemen en te bereiden voor de reiziger die bij hem was gekomen; dus nam hij het ooilam van de arme man en bereidde dat voor de man die bij hem gekomen was. Toen ontbrandde de toorn van David zeer tegen die man en hij zeide tot Nathan: Zo waar de HERE leeft: de man die dit gedaan heeft, is een kind des doods. En het ooilam moet hij viervoudig vergoeden, omdat hij dit gedaan heeft en geen medelijden had. Daarop sprak Nathan tot David: Gij zijt die man!"

2. Inleiding

Cliënten en therapeuten bedienen zich van metaforen, van beeldspraak. Bij beeldspraak wordt de toestand van het ene werkelijkheidsgebied weergegeven in de termen en beelden van een ander, vergelijkbaar werkelijkheidsgebied. Het tweede werkelijkheidsgebied symboliseert het eerste, of wordt althans geacht dat te doen. Nathans betoog tegen Koning David vormt hiervan een illustratie.

Dit artikel gaat over het gebruik van beeldspraak in directieve therapie, en speciaal over de manieren waarop de wijzen waarop de therapeut door middel van beeldspraak de cliënt en zijn probleem kan beïnvloeden. In onze terminologie sluiten we aan bij de Indeling van directieve interventies van Van Dijk et al. (1973).

3. Beeldspraak en therapie

Het gebruik van beeldspraak is niet een exclusief kenmerk van directieve therapie.

Analytische therapie is voor een goed deel gewijd aan het vertalen van de metaforen die de cliënt aanbiedt (bijv. bij de duiding van dromen) in de metaforen van de analyticus ("Die vrachtwagen, waarvan U droomde, was dat niet eigenlijk Uw stiefmoeder?").

Ook in Gestalttherapie wordt de cliënt gestimuleerd zijn metaforen en symbolen uit te werken en in verband te brengen met zijn levenssituatie ("wees die vrachtauto waarvan je droomde").

Mogelijk is het wel kenmerkend voor directieve therapie dat een ruim gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheid om de betekenis van metaforen impliciet te laten.

Anders dan Nathan, die met zijn "Gij zijt die man!" zonneklaar duidelijk maakt wat hij met zijn metafoor wil zeggen, zou de directieve therapeut er de voorkeur aan kunnen geven om het aan Koning David zelf over te laten om zich de overeenkomst tussen zichzelf en de "rijke man" te realiseren.

In dit opzicht verraadt zich de verwantschap tussen directieve therapie en hypnotherapie, en blijkt hoezeer ook dit element van directieve therapie is beïnvloed door Milton Erickson.

4. Overwegingen rond het beeldspraakconcept

Wie over beeldspraak en directieve therapie wil schrijven, stuit op enkele moeilijkheden. We noemen er een paar.

- 1. Het begrip metafoor of beeldspraak omvat van alles en nog wat. Zowel uitdrukkingen als "en beer van een vent" als de subtiele vormen van probleemoplossen op metafoor niveau van Erickson vallen eronder. Wij beperken ons in dit artikel gemakshalve tot de vormen van beeldspraak die een informatieve, motiverende en directieve functie hebben.
- 2. Om te "verklaren" hoe en waarom metaforen werken, moet men weer gebruikmaken van nogal mistige concepten, die op zichzelf al weer nieuwe metaforen zijn.  
"Communiceren met het onbewuste" is zo'n metafoor; de begrippen "projectie" en "identificatie" zijn er nog twee.  
Het komt er op neer dat het gebruik van beeldspraak van tijd tot tijd klaarblijkelijk erg effectief kan zijn, maar dat niet goed aangegeven kan worden waarom. Dit is natuurlijk niks bijzonders - wie de effectiviteit van bijv. films wil beschrijven stuit op hetzelfde probleem - maar hinderlijk is het wel.
- 3. Directieve therapeuten zijn bij het gebruik van beeldspraak goeddeels aangewezen op hun vindrijkheid en associatief vermogen. Voor zover zij enigszins analytisch denken kunnen zij zich bij hun beeldspraak bedienen van de regels voor interpretatie van symbolen waarmee psycho-analytici zich behelpen; daarbuiten kan er aardig op los worden gefantaseerd en moet het - met name bij het gebruik van impliciete metaforen - maar aan de cliënt overgelaten worden of hij de "juiste" betekenis wil ontdekken. De mate waarin een cliënt zich "getroffen" toont door een beeld, kan hierbij voor de therapeut overigens een belangrijk hulpmiddel zijn.

5. Metaforen en de indeling van directieve interventies; een toevoeging

Van Dijck et al. (1978) blijken in hun 'Indeling van directieve interventies' onder het begrip metafoor uitsluitend impliciete vormen van beeldspraak te verstaan, d.w.z. beeldspraak waarvan de precieze betekenis voor de cliënt verhuuld blijft.

Onderkennen we daarnaast het belang van expliciete beeldspraak - bijv. vergelijkingen die gebruikt kunnen worden om het hyperventilatiefenomeen duidelijk te maken -, dan wordt het aantal mogelijke combinaties van interventies op metafoor niveau aanzienlijk uitgebreid.

Zie de volgende opsomming:

- 1. metafoor - impliciet - direct - congruent;
- 2. metafoor - impliciet - direct - paradoxaal;
- 3. metafoor - impliciet - indirect - congruent;
- 4. metafoor - impliciet - indirect - paradoxaal;
- 5. metafoor - expliciet - direct - congruent;
- 6. metafoor - expliciet - direct - paradoxaal;
- 7. metafoor - expliciet - indirect - congruent;
- 8. metafoor - expliciet - indirect - paradoxaal.

Het belang van deze indeling zal vnl. blijken bij de bespreking van

metaforen met een directieve, sturende functie; bij beeldspraak die informatief is bedoeld of een verhoging der vemotiveerdheid beoogt speelt zij verder geen rol.

De indeling bevat overigens een paar onzinnige combinaties, m.n. de nrs. 4 en 8. Wij zijn er althans niet in geslaagd ons hierbij iets concreets voor te stellen.

(Wordt vervolgd.)