

**Tijdschrift voor Directieve  
Therapie / Jan.1980  
Jaargang 7 Nummer1**

Inhoud

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
<i>pag. 5 ontbreekt</i> Dick Oudshoorn	Een (gemodificeerde) fighttechniek als moti- vatietechniek in een acute relationele crisis	<del>8</del> 6
Onno van der Hart	Therapeutische rituelen: een vorm van symbo- lische magie?	12
Kees Hoogduin	Zelfcontrole en dwang	35
Kees van der Velden	Strafbehoeftte, zelfbestraffing, boetedoening en directieve therapie	54
Alfred Lange	Het motiveren van cliënten in directieve (gezins-)therapie	59
Dick Oudshoorn	Behandeling van een twaalfjarig meisje met een inspiratoire gil-tic	104
Kees Hoogduin	De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren	108
Richard Van Dyck	Enkele suggesties voor screenzittingen	120
Leen Joele, Hans Sniijders & Joke den Theye	Gestructureerde groepsbehandeling in een structurerend dagcentrum	125
Kees Hoogduin	Over de prognose: Wat heeft de cliënt over voor verbetering?	149
Onno van der Hart	De hypnotiseur gehypnotiseerd	159
Alfred Lange	Strategy and Timing in Directive Family Therapy	168

Omslag: Daniël van der Velden

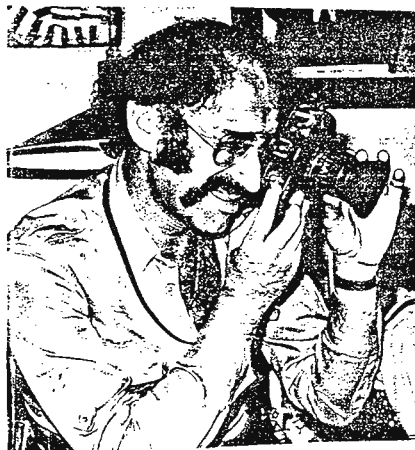
Redactie: Richard Van Dyck, Onno van der Hart, Kees Hoogduin, Leen Joele,  
Alfred Lange, Dick Oudshoorn, Kees van der Velden

*Lustrum*

Op 18 december 1979 bestond het TDT vijf jaar. Op de receptie die ter gelegenheid van dit lustrum werd gehouden, maakte fotograaf Alfred Lange de onderstaande opname.



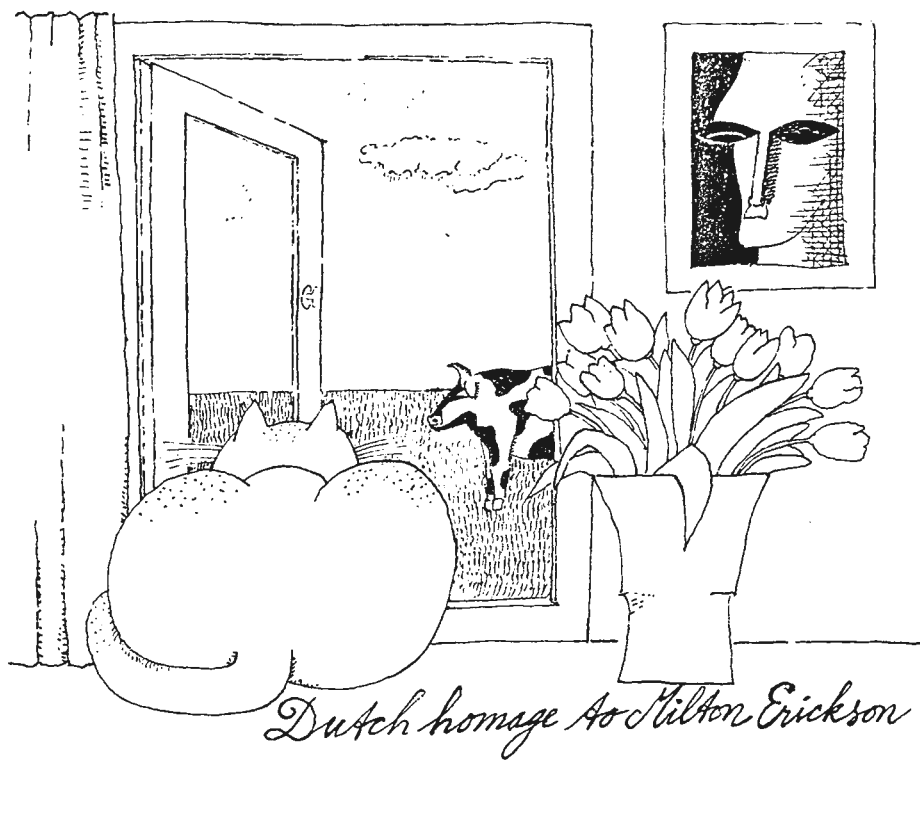
Redacteur Hart doet Aikido-oefeningen, redacteur Joele heeft een kater en denkt aan sport, redacteur Lange is behaard, redacteur Kal breed, redacteur Dijk verlegen, redacteur Oudshoorn voelt zich buitengesloten en Wij roken. Nabestellingen bij Lange, die we hieronder aan het werk zien.



*Dijk*

Dijk was bij Erickson. Hij nam een schilderij mee voor de oude meester

(zie afb.), waarmede deze zich zeer ingenomen toonde.



Afb. Schilderij voor Erickson

Dijk zou voor dit Nummer een verslag van zijn verblijf in Phoenix schrijven, maar 't kwam er niet van. In plaats daarvan ging hij naar het golfbad en de sauna en ook ging hij schaatsen. Teneinde onbeperkt verder te kunnen sporten zal hij steeds aandringen op het opschuiven van de verschijningsdatum van het Kwartaalschrift. Let maar op.

#### *Hart*

Hart kan nooit. Was niet bij de lustrumviering, gaat niet mee naar Deventer. Kan niet. Geen oppas. Verwarming stuk. Kind hoest. Moe. Wil wel steeds 'inspraak' enzo en waarschuwt dat de zg. kernredactie zich niet te zeer moet verwijderen van de zg. perifere redacteurs. Hallo!

Omdat Wij ondanks zijn Fouten & Gebreken toch van Hart houden, zouden Wij advies willen vragen bij hoe hem te dwingen op 1 februari mee te gaan naar Fons. Beste advies krijgt prijs.

#### *Kal*

Kal, die praktisch dit hele Nummer volschrijft, heeft dus ook al kopij voor het volgende Nummer ingezonden, en in het begeleidend briefje bij

die kopij kondigt hij alvast nieuwe kopij aan. Kal heeft *schrijfdwang*. Bij Ons geeft dit jaloezie. Intussen schreef hij ook nog een baanbrekend artikel in MGV (samen met Else de Haan) en verder horen Wij van tijd tot tijd wederom geruchten over het zg. Delftschrift of iets dergelijks, in elk geval over een door hem geïnspireerd en geredigeerd tijdschrift, dat dus allerlei creatieve bijdragen over directieve therapie zou bevatten. Dat ergert Ons. 't Is leuk dat je schrijft, Kal, maar 't zou wel aardig zijn als je je plaats wist.

### *Bitter?*

Zijn Wij bitter?

Welnee, Wij zijn naijverig en hebben soms de Pest in omdat Wij wel veel willen maar niet genoeg doen en dan liever hebben dat anderen ook maar minder doen dan dat Wij onder ogen moeten zien dat Wij inderdaad te weinig doen.

### *Bij dit Nummer*

Zo een dik Nummer hebben we dus nog nooit gehad. 't Is een dubbelnummer eigenlijk, maar daar kwamen we te laat achter om dat nog op het omslag te kunnen vermelden.

Oudshoorn opent met de beschrijving van een reeds bestaande techniek die hij gewoontegetrouw gemodificeerd heeft.

Hart ontwikkelt zich vervolgens verder in magische richting. Wij neigen ertoe dat een beetje eng te vinden, maar wie weet is dat een vooroordeel. Wist U dat Kal een rekenwonder is? Aan de telefoon zeggen wij hem bijv. weleens wat wij verdienen en zonder omwegen rekent hij dan voor hoeveel hypotheek wij moeten betalen. In Zelfcontrole en dwang sublimeert hij zijn rekenpassie ten dienste van de mens die het moeilijk heeft.

Velden schrijft over dingen als 'strafbehoefte' en insinueert daarmee dat de ons toevertrouwde medemens niet gewoon als U en wij het geluk zou nastreven.

Lange presenteert een wel zeer royaal vormgegeven bijdrage over motiveerings- of verkooptechnieken. Wordt hij nu congruenter of paradoxaler? Wij weten het soms niet. Het lijkt erop of hij in zijn werk congruent is en thuis paradoxaal, terwijl Wij thuis juist rechttoe-rechtaan zijn en op ons werk paradoxaal.

In Behandeling van een twaalfjarig meisje met een inspiratoire gil-tic voegt Oudshoorn een geval toe aan zijn Tics en dwang bij kinderen.

Kal beschrijft het vervolg van een behandeling waarover hij indertijd advies vroeg.

Dijk, die nu ineens Dyck heet, formuleert suggesties voor screenzittingen à la Selvini Palazzoli.

Joele, Snijders & Den Theye verrassen met een tijdig ingeleverd gestructureerd artikel over gestructureerde groepsbehandeling in een structurerend dagcentrum. Veel structuur dus, en toch worden de individuele eigenaardigheden van de cliënten gerespecteerd.

Kals volgende bijdrage gaat over een onderwerp waar we weinig van weten: de prognose, en daarmee samenhangend, de gemotiveerdheid van de cliënt. Kal doet een praktisch voorstel om te kijken wat een cliënt voor verbetering over heeft.

In het voetspoor van Erickson bevindt zich Hart met De hypnotiseur gehypnotiseerd. We hebben 167 bladzijden TDT achter de rug wanneer we ten slotte Lange's Strategy and Timing in Directive Family Therapy tegenkomen.

### *Slot*

Lezer, 185 bladzijden is wat veel. De met de hand gesneden kaftjes passen niet, de verzendenveloppen scheuren.

Wij zouden U willen voorstellen maar betrekkelijk gauw een volgend Nummer te plannen. Dat mag dan best dun zijn.

Zelf hebben Wij het geschrevene met plezier gelezen. Wij wensen U hetzelfde toe.

*De Hoofdredacteur*

Een (gemodificeerde) fighttechniek als motivatietechniek in  
een akute relationele crisis. Dick Oudshoorn

Schrijver dezes is allerminst een habituele vechtjas.

Hij heeft al zeer lang voordat hij op de gedachte kwam om arts  
laat staan om psychiater te worden een aantal interessante en  
doeltreffende gevechtsvermijdende technieken ontwikkeld. Een  
stimulerende bijkomstigheid is geweest dat hij in zijn jeugd-  
jaren op alle pluspunten van een leptosome habitus kon bogen.  
Enkele technisch-tactische aspecten zijn gebleken overdraagbaar  
te zijn aan diegenen die overeenkomstige moeilijkheden hebben.  
De schrijver wil ze hier slechts zeer kort toelichten:

1) Het is allereerst nuttig een goede neus te ontwikkelen voor  
situaties die blijkens gezond verstand en ervaring een bepaald  
risiko opleveren. Anticiperen is niet alleen in het gemotori-  
seerde verkeer het nuttigste wat men doen kan om botsingen te  
vermijden. Men kan zijn eigen gedrag dan beter op de verwachte  
situatie afstemmen.

a) Soms impliceert dit een algehele dus lijflijke vernijding.

. De schrijver zou bijvoorbeeld destijds onder geen beding op  
Oudejaarsavond de Keizerstraat in Scheveningen hebben bezocht.

b) Doorgaans echter is algehele vernijding een slechte of na-  
delige handelwijze waarmee het zelfrespect niet gediend is en  
waardoor de bewegingsvrijheid teveel belemmerd wordt. Idealiter  
wil men zich in alle situaties kunnen begeven zonder ooit in  
moeilijkheden te geraken. De schrijver hoopt dit omstreeks zijn  
tachtigste volledig te hebben bereikt.

c) Buitengewoon belangrijk om het potentiële gevaar op zijn  
juiste waarde te kunnen schatten wordt het wanneer twee groe-  
pen of gezelschapjes elkaar treffen, van een waarvan de ver-  
mijdingsstrategie deel uitmaakt. Let dan goed op de agressie  
bevorderende en agressieremmende factoren in beide groepen.  
Uiterst gevaarlijk is het bijvoorbeeld wanneer men een half-  
dronken overmoedige persoon in zijn gezelschap heeft, die

beledigende of prikkelende opmerkingen maakt tegen een lid van de andere groep die natuurlijk onder geen beding gezichtsverlies tegen over zijn kornuiten wil lijden.

2) In potentiëel riskante situaties is het belangrijk niet onnodig de potentiële agressor te prikkelen (trouwens wanneer is dat -nuchter bekeken- wèl nodig?) door uitdagende, onderzoekende of laatdunkende oogopslag, laat staan door kritische of hatelijke opmerkingen. Anderzijds is het even gevaarlijk wanneer men angst of onzekerheid laat blijken.

3) Als men ondanks in moeilijkheden begint te geraken (er begint iemand dreigend gedrag te vertonen) moet men zijn eigen beproefde rustinducerende technieken gebruiken.

a) Voor alles dient men zichzelf rustig en volzelfvertrouwen te voelen en dit ook in het gedrag laten zien, zonder natuurlijk te overdrijven.

b) Mocht er ergens nog een spoortje angst of paniek zijn dan dient dit zorgvuldig verborgen te blijven.

c) De tegenstander wordt met afgemast respect bejegend, met name terzake van zijn gevoelige plekken, en alles wordt gedaan om diens gezichtsverlies te vermijden respectievelijk diens aangeslagen eergevoel te herstellen. Hij wordt als een gelijke behandeld. Men moet negatieve labels vermijden.

4) Als de agressor zich opmaakt om te vechten - en de aangevallene voelt daar weinig voor - dan wordt er aangestuurd op verbale afhandeling, door begrip te tonen voor de gerezen irritatie of opwinding en door uit te leggen dat vechten in dit geval niet helpt enzovoort.

5) Slechts in het uiterste geval blijken bluf en overtroevings-technieken noodzakelijk te zijn. Helaas zou het te ver voelen deze lijn verder te vervolgen in dit artikeltje.

Hoe succesvol is deze strategie, vraagt de lezer zich nu wellicht af. Welnu, de auteur heeft in zijn hele leven nog nimmer op zijn donder gehad en is in de afgelopen 39 jaar slechts éénmaal een gevecht aangegaan (dat voor hem bevredigend is verlopen).



Speciaal in de omgang met agressieve patiënten heeft hij er buitengewoon veel profijt van gehad. Vooral de onder 3) genoemde regels zijn van belang, maar ook op 1c dient gelet te worden: met name moet men agressiebevorderend gezelschap achterwege laten als men een agressieve patiënt benadert, dus geen 'broeders' met opgestroopte mouwen en zonder bril meenemen.

Er is een aparte categorie waaraan de schrijver nog enige opmerkingen wil wijden voor hij tot de kasuistische mededeling overgaat, welke reeds in de titel van dit artikel ligt opgesloten. Hij doelt op kinderen, speciaal moeilijk opvoedbare, gauw geprikkelde of ontremde kinderen, en kinderen die tergen, uitdagen, kinderen op kleuter- en basisschoolnivo.

Er zijn kinderen die, hoe zorgvuldig je ook probeert hun niet teveel te prikkelen, een dermate lage frustratiedrempel hebben en zo gauw motorisch agressief worden dat een gevecht dan niet te vermijden is. Het móet dan ook niet persé ontweken worden. Het gevecht kan nut hebben als middel om het kind iets duidelijk te maken. Wat het niet kan horen kan het voelen.

De schrijver heeft herhaaldelijk rollebollend of knokkend of achter een kind aanhollend zijn Heilzaam Werk verricht en het kind er zodoende op gewezen a) dat er grenzen zijn en b) dat er met de therapeut dient te worden samengewerkt om bepaalde problemen op te lossen. In geval dit impliceert dat het kind voor een overmacht moet kapitulieren, dan toch omdat dit de beste weg is om nieuwe ontwikkelingskansen te krijgen. Het 'ik dwing je om vertrouwen in me te hebben' is een paradox maar (?) blijkt in de praktijk vaak werkzaam te zijn. Het leidt overigens gewoonlijk tot een volgede ronde waarin het kind de hem gestelde grenzen en de vastberadenheid van de therapeut gaat uittesten. Het kind is pas voor therapie gewonnen als het déze strijd heeft verloren, liever gezegd als het heeft kunnen ervaren dat de therapeut stand heeft gehouden en zijn woorden ook waarmaakt.\*

-----

\* De auteur is er overigens geen voorstander van het gevecht te provoceren, zoals dit bv in de Canadese Browndalehuizen gebruikelijk schijnt te zijn, doch zal het gevecht pas aangaan als het kind aanvalt of wegholt met bepaalde risico's.

Een dergelijke situatie heeft zich onlangs in een psychiatrische kliniek voorgedaan tussen een tweeëntwintig jarige jongeman en zijn psychiater.

Deze jongeman, S. genaamd, 190 cm lang en fors-atletisch gebouwd was op staande voet ontslagen vanwege een seksuele relatie met een bijna dertienjarige op de school waar hij werkte. S. was daardoor in een crisis geraakt, gedroeg zich onberekenbaar en dramatisch agerend-appellerend, en had in een etmaal vijf hulpverleners ingeschakeld, wat natuurlijk de chaos alleen maar had vergroot. Hij deed een lichte suicidepoging, waarop de waarnemend huisarts hem in zijn auto laadde en naar de psychiatrische kliniek bracht. De volgende ochtend zei S. tegen de psychiater dat hij weer weg wilde, maar hij had geen enkel plan en was nog zichtbaar uit zijn evenwicht. Zijn hele gedrag en zijn schuwe en wat wantrouwige oogopslag deden aan een twaalf-dertienjarige jongen denken. De psychiater legde uit waarom hij het vertrek van S. op dit moment niet zo verstandig en niet verantwoord achtte en stelde voor in ieder geval nog tot na het weekeind te blijven (het was vrijdagochtend) maar S. kneep er stiekem tussenuit. Dezelfde avond werd hij diep comateus binnengebracht op een intensive care afdeling. Hij had een gevaarlijke hoeveelheid tabletten geslikt die hem door een van de eerder ingeschakelde 'hulp'verleners royaal waren voorgeschreven. Twee dagen later werd hij weer teruggeplaatst naar de genoemde psychiatrische setting.

Wederom zei S. niets in deze opname te zien; hij vond alles kil en afstandelijk-onpersoonlijk. Hij had echter nog steeds geen plan en uitte zich suïcidaal; op de (overigens wel krasse) vraag wie hij daarmee wilde vermoorden werd wel duidelijk dat dit tegen het hoofd en de kollega's van de school was gericht, en ongevaarlijk was het zeker niet. Hij was erg gespannen en afwerend en zijn bewustzijn leek een tikkeltje bewolkt en vernauwd.

De psychiater zei S. dan ook dat hij hem niet nog eens de kans zou geven te ontglippen en zette verschillende terzake doende overwegingen uiteen. Het drong langzaam maar zeker tot S. door.

e

Ineens nam hij de benen - de test was begonnen. De therapeut dook achter hem aan en greep hem vast. Er volgde een worsteling waarbij de reeds wat kalende psychiater alles aan kracht en behendigheid moest opbrengen om dit gevecht met een cobra-achtige jonge atleet niet te verliezen. Bovendien achtte hij zich aan zijn stand verplicht te blijven uitleggen en herhalen wat zijn oogmerken waren om S. niet te laten ontglippen. De lezer begrijpt wel dat dit een toestand van kortademigheid in de hand verkte terwijl de tegenpartij niet door beroepséthiek geremd-zwijgend doorworstelde. Na een minuut of tien drong het kennelijk pas tot de afdeling door dat er iets bizonders aan de hand was en kwam er versterking. Maar -zoals hierboven reeds uiteengezet- dit verdubbelde slechts de gevechtskracht van de jonge Titaan. De psychiater had hem echter goed vast om het middel en hield nog steeds zijn evenwicht. Langzaamaan bewoog het gezelschapje zich in de richting van een vriendelijk en gemeubileerd (!) separeerkamertje. S. beet zich vast in de onderarm van de psychiater, in een (voor diens doen) dikke spier en hing er als een terrier (nee als een lééuw) aan vast. De dokter werd wel even goed nijdig en werkte S. naar binnen. Helaas was de ruit niet op de kracht en op het beschikbare meubilair berekend. We hoorden van om de hoek (waar men zich diskreet had teruggetrokken) een luid geraas en gesplinter en daar kwam na drie minuten een zeer dreigende, nu wel sterk op een kreatuur van Frankenstein gelijkende, niet geheel frisse figuur zeer doelbewust op zijn Hulpverlener afstappen. In zulke situaties kent iedereen gelukkig zijn plaats: met verschuldigde eerbied voor diens Ambt laat men de psychiater voorgaan. (Zelfs de toch zo vaak bekritiseerde dienaren van Hermandad plegen in dergelijke kritieke situaties nimmer brutaal voor de psychiater te dringen of in de vuurlijn te treden!)

De worsteling begon opnieuw tot tenslotte ook S. zijn plaats kende en wel in dit geval languit op de grond lag en hartgrondig huilde. De therapeut moedigde dit aan en zette ondertussen zijn voorlopig behandelingsplan uiteen, teneinde tot een behandelingskontraat te kunnen komen, zoals dat een direktief therapeut betaamt. Hij legde

ook uit -toen de jonge S. onvoldoende blijk van instemming gaf- waarom hij dan in dit geval een inbewaringstelling noodzakelijk vond, alhoewel dat voor de dagelijkse gang van de behandeling geen gevolgen hoefde te hebben. Dit werd daadwerkelijk volgens de voorgeschreven procedure geregeld.

Na enige uren en een kalmerend medicijn was er goed met de jongeman te praten, en -zoals gehoopt- in een totaal andere sfeer. S. had inderdaad goed aangevoeld dat de therapeut meende wat hij zei en dat die hem kennelijk de moeite waard had gevonden. Verder uittesten is uitgebleven; S. werkte volop mee en gaf herhaaldelijk blijk van vertrouwen en waardering en kon stap voor stap aan zijn doelen gaan werken.

Diskussie. Hier is het heroïsche verhaal verteld van een gevecht dat een van huis uit leptosome en niet meer zo jonge psychiater is aangegaan, die principiëel niet van vechten houdt en ook niet van behandelen onder dwang.

THERAPEUTISCHE RITUELEN: EEN VORM VAN SYMBOLISCHE MAGIE?

Onno van der Hart

1. Inleiding

Hebben rituelen een magisch-religieus karakter? Hierover verschillen tal van antropologen van mening. Durkheim (1915) beantwoordt de vraag bevestigend, maar volgens anderen - zoals Moore & Myerhoff, 1977 - bestaan er ook seculaire rituelen. De rituelen die de moderne westerse therapeut aan zijn cliënten voorschrijft lijken hier voorbeelden van te zijn.

Dat vele therapeutische rituelen niets met de religie van de cliënten van doen hebben blijkt uit de gepubliceerde gevalsbeschrijvingen. Dat ze evenmin iets te maken hebben met magie heb ik eerder - zo moet ik bekennen - zonder meer aangenomen (vgl. Van der Hart, 1978) - Het begrip 'magie' alleen al had voor mij zo'n negatieve klank, dat ik een presentatie over therapeutische rituelen daar niet mee wenste te besmetten.

Mijn vooroordeel jegens de magie staat niet op zichzelf. Vele westerse onderzoekers van de magische praktijken van zgn. primitieve volkeren hebben zich er laatdunkend over uitgelaten. Zo vindt Tylor (1873) er geen enkele waarheid of waarde in, beschouwt Frazer (1922) haar als een pseudo - of bastaard-wetenschap, ligt haar oorsprong volgens Lehmann (1898) in bijgeloof, brengt Lévi-Bruhl (1910) haar in verband met een onvermogen tot logisch denken en spreekt een zekere Preuss (geciteerd door Schmidbauer, 1973) zelfs van een "Urdummheit". Opvattingen als hierboven weergegeven bestaat ook nu nog; ze zullen menig lezer niet onwelgevallig zijn. Desondanks is de tijd gekomen om in een vergelijking van moderne therapeutische rituelen en traditionele rituelen van zgn primitieve volkeren ook aandacht te besteden aan het magische. Rituelen bestaan uit symbolische handelingen. Een nadere analyse van de sym-

bolische dimensie zal de magische aard van tal van traditionele rituelen én van therapeutische rituelen zichtbaar maken.

Dit artikel is als volgt ingedeeld. Eerst wordt het werken met therapeutische rituelen - mede aan de hand van een praktijkvoorbeeld - toegelicht. Dan volgt een beknopt overzicht van de kenmerken van magische praktijken. Vervolgens wordt ingegaan op de aard en functies van symbolen in therapeutische en magische rituelen. Daarbij speelt het begrip 'symbolische identifikatie' een centrale rol. Aandacht wordt besteed aan de principes, waarop symbolen van een - magisch of therapeutisch - ritueel worden gekozen. In de discussie wordt ten slotte op een aantal aspecten uit het voorgaande nader ingegaan; tevens wordt getracht om het betoog met andere therapeutische onderwerpen in verband te brengen.

## 2. Therapeutische rituelen

Rituelen zijn - naar hun vorm - voorgeschreven symbolische handelingen die op een bepaalde manier en in een bepaalde volgorde - en al dan niet vergezeld van verbale formules - uitgevoerd moeten worden. Naast de vormaspecten kan men aan rituelen een belevingsaspect onderscheiden. De betrokkenen gaan op in het uitvoeren van rituelen. Is dit niet het geval, dan is er sprake van lege rituelen (Van der Hart, 1978). Wanneer het in individuele psychotherapie of gezinstherapie mogelijk is een moeilijkheid of klacht als overgangsproblematiek te omschrijven, kan aan het ontwikkelen en voorschrijven van een therapeutisch ritueel gedacht worden. Door korrekte uitvoering van de volledige rituele procedure moet de betreffende overgang plaatsvinden. Op symbolische wijze wordt vorm gegeven aan het veranderingsproces, dat niet alleen de "aangemelde klacht" doet verdwijnen maar ook het geheel van interacties wijzigt waarvan die klacht een onderdeel was. De in eigen praktijk meest voorkomende rituelen zijn de zgn. afscheidsrituelen.

Zij zijn op hun plaats als het probleem onverwerkte rouw of onverwerkte gevoelens ten aanzien van personen of gebeurtenissen uit het verleden betreft. Deze rituelen stellen de cliënt in staat om afscheid te nemen van de persoon of gebeurtenis in kwestie. Zij bieden hem tevens een mogelijkheid om met partners familie of goede vrienden een nieuwe start te maken. De klemtoon ligt bij afscheidsrituelen op het symbolisch manipuleren en transformeren van de subjectieve ervaringen van de cliënt. De symbolische expressie van gevoelens neemt een belangrijker plaats in dan het rechtstreeks wijzigen van een bestaand interactiepatroon. Ter illustratie volgt hieronder een praktijkvoorbeeld.

#### Marga's afscheidsritueel

Marga, 24, is een alleenstaande jonge vrouw die door haar huisarts verwezen is om haar nervositeit, depressiviteit en sterke haatgevoelens. Ze is zozeer van streek dat ze haar werk niet meer aan kan en in de ziektewet is. Haar klachten hangen samen met de verbreking van een zeer problematische relatie, twee maanden geleden. Marga heeft vier jaar met een man samengeleefd, die haar herhaaldelijk mishandelt en verkracht heeft. Ze heeft ook prettige tijden met hem gekend, maar het fysieke geweld is steeds meer gaan overheersen. Marga draagt een stiletto op zak voor het geval dat haar ex-vriend - Henk - haar nog eens mocht komen opzoeken.

In de café's, waar ze veel komt om de eenzaamheid te verdrijven, neemt Marga wraak op andere mannen. Ze daagt mannen uit, maar als ze met hun handen aan haar willen komen toont ze haar stiletto. Mensen vinden haar daarom "een harde meid". Marga vindt zichzelf abnormaal. Ze vraagt hulp om weer "normaal" te worden en om niet meer in de put te zitten. Ze wil ook van haar razernij op Henk af.

Een van de eerste interventies van de therapeut is Marga voor te stellen een "doorgaande afscheidsbrief" (Rubinstein, 1977; Van der Hart, 1978) aan Henk te schrijven; een brief waarin

45

ze dagelijks schrijft wat ze op haar hart heeft. Ze hoeft hem niet werkelijk te verzenden, maar zou er wel een afrondingsceremonie mee moeten uitvoeren.

Na een paar weken schrijven voelt Marga zich soms wat opgelucht en zelfs een beetje vrolijk. Ze is weer aan het werk gegaan. Tot haar spijt moet ze konstateren dat ze de "schim" van Henk niet kwijt raakt. Het is alsof hij nog altijd bij haar thuis is. Alles wat hij in huis gedaan heeft - verbouwen, behangen, schilderen -, alle dingen die hij haar gegeven heeft of voor haar gemaakt heeft, doen Marga steeds aan hem denken.

De therapeut vraagt haar of de ring die ze om haar vinger heeft ook een geschenk van Henk is. Het is een zilveren ring met een open roos erop. Marga beaamt dit en begint over de fijne momenten met Henk te vertellen. De therapeut vermoedt dat die ring de sexuele relatie tussen beiden symboliseert en dat Marga die in haar beleven nog niet helemaal heeft kunnen verbreken. Hij vertelt Marga dat Henk, volgens hem, met die ring zijn aanspraak op haar seksualiteit tot uitdrukking heeft willen brengen. Als dat zo is, geeft zij door die ring te dragen aan dat hij nog steeds rechten heeft. Dan gaat zij de therapeut in op het uitvoeren van een afscheidsritueel. Marga zou daarin niet alleen haar "doorgaande brief" maar ook andere symbolen van de relatie met Henk - zoals deze ring - moeten vernietigen. Dit idee spreekt Marga aan. Ze vertelt dat ze spontaan een andere ring van Henk bewerkt heeft: ze had eerst geprobeerd hem met een tang klein te krijgen. Toen dat niet lukte, heeft ze hem platgedrukt tussen de deur en hem daarna in het water gegooid. Marga en de therapeut spreken af dat zij allerlei herinneringen aan Henk zal verzamelen om daarmee een afscheidsritueel uit te voeren. Ook zal ze in haar huis een aantal veranderingen aanbrengen, waardoor het meer haar eigen stem zal krijgen. De vorm van het afscheidsritueel wordt nauwkeurig doorgenomen.

Op de dag dat het ritueel zal worden uitgevoerd komt Marga met een zak spullen en een tas vol gereedschap naar de the-



U

rapeut. Ze heeft een hoogrode kleur; ze vertelt dat ze erg gespannen is. Het afscheidnemen doet haar meer dan ze gedacht heeft. In stilte loopt ze met de therapeut naar een stille plek ergens in de buurt. Onderweg komen ze vrij veel mensen tegen. Marga merkt op dat het goed is dat de therapeut bij haar is. Anders zou ze kunnen weglopen.

Op de plek gaat Marga meteen aan de gang. Ze gooit de zak leeg, pakt de ringen en de kettinkjes die ze van Henk gekregen heeft en maakt ze met een tang kapot. De zilveren roos of die speciale ring slaat ze met een hamer plat. Ze verscheurt foto's en brieven - waaronder de "doorgaande brief". Ze hakt schemerlampjes en schilderijtjes in stukken. Ze gooit alle brokstukken op één hoop en voegt daar allerlei kledingstukken - kado's van Henk - aan toe. Ze gooit er spiritus overheen en steekt de boel in brand.

Heel intens en geconcentreerd, zonder een woord te zeggen, staart ze lange tijd naar het vuur. Af en toe gooit ze er nog wat spiritus op.

Als het vuur bijna uit is, vraagt ze zachtjes aan de therapeut om met haar mee te gaan. Hoewel van te voren afgesproken was, dat Marga de as en restanten na de verbranding zou begraven, volgt hij haar zonder daarop te wijzen. Op de terugweg zegt ze: "Het is net alsof ik van een begrafenis kom".

In de kamer van de therapeut begint ze te huilen - voor het eerst terwijl iemand anders bij haar is. Na 20 minuten zegt ze, dat het haar verrast heeft dat "die dooie dingen" nog zoveel voor haar betekenden. Ze vindt het een eng idee, dat ze tijdens het verbranden al die spullen Henk zelf zag branden. Het gaf haar overigens wel voldoening: "Net goed: dat is z'n verdiende loon". Nu voelt ze zich verdrietig en leeg. Ze vraagt zich af of ze nu werkelijk van Henk af is en of ze minder agressief jegens andere mannen zal zijn.

Een vriend heeft Marga met zijn auto naar de therapeut gebracht; hij haalt haar ook weer op en brengt haar naar huis. Daar neemt ze een goeie douche en wast ze haar haar. Ze trekt nieuwe kleren aan en doet haar oude kleren in een plastic zak, die ze in een container doet. Die avond gaat ze met de vriend uit eten.

De eerste dagen na het ritueel moet Marga veel huilen. Dat lucht haar op. Ze voelt zich erg moe en moet een paar dagen rust houden.

Haar ex-vriend wordt in de loop der tijd steeds minder belangrijk voor haar. Als ze bij de tandarts een pijnlijke ingreep moet ondergaan - nog een gevolg van een kaakslag die hij haar indertijd gegeven heeft - voelt ze even iets van de oude haatgevoelens boven komen. Steeds minder speelt ze met andere mannen het spel van aantrekken en afstoten. Ze leert ook om zich niet voortdurend harder en sterker voor te doen dan ze is.

Na vier gesprekken, verspreid over ruim twee maanden, wordt de therapie voorlopig afgerond en zal Marga doorgaan in groepstherapie. De therapeut heeft haar leren kennen als een gevoelige en hartelijke vrouw. Voorzichtig ontwikkelt ze een relatie met een erg aardige vriend. Met haar familie heeft ze wat problemen. Men wilde haar aan een nette jongen koppelen, maar zij heeft besloten haar eigen gang te gaan.

De afscheidsceremonie van Marga heeft een aantal kenmerken die nadere aandacht verdienen. Ik denk m.n. aan het schema van Van Gennep (1909) - afscheid → overgang → vereniging - dat we in dit ritueel terugvinden en aan de rol van de therapeut. Daarvoor wordt evenwel verwezen naar Van der Hart (1978), Lange & Van der Hart (1979) en Van der Hart & Ebbers (1979). Het symbolisch karakter van een dergelijk ritueel zal in volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

### 3. Magie

Als men leest wat de kenmerken van de magische praktijken bij zgn. primitieve volkeren zijn, kan men licht denken dat het om een vorm van direktieve therapie gaat; zij het dat therapie slechts op het goede gericht is en magie zowel op het positieve als het negatieve. Zij kan de genezing van een patiënt of een overvloedige oogst beogen, maar ook ziekte of dood van een tegenstander.

Magie is geen bovennatuurlijke kracht die los van menselijke activiteiten werkzaam is. Het is een praktische kunst, die erop gericht is om konkrete en specifieke doelen te bereiken (vgl. Malinowski, 1954; Goode, 1949; Rosengren, 1976). Het kan gaan om het herstellen van iets dat in het verleden verkeerd is gegaan - zoals de genezing van ziekte of het neutraliseren van krachten die voor een slechte oogst hebben gezorgd - of op het bereiken van gewenste resultaten in de toekomst - zoals sukses in de jacht of visvangst.

Magie wordt uitgevoerd "professionele hulpverleners" - tovenaars - ten gunste van hun cliënten, die voor hun diensten moeten betalen. Het gaat in vele gevallen meer om het bereiken van de individuele doelen van een cliënt dan om doelen van een groep (zoals een lokale stamgemeenschap) als geheel. Wordt het beoogde resultaat niet verkregen, dan trekt men niet de werkzaamheid van magie als zodanig in twijfel. Men zal er eerder vanuitgaan dat de verkeerde techniek gebruikt is of dat de juiste techniek verkeerd werd uitgevoerd. Men kan ook vermoeden dat er tegenkrachten - eveneens van magische aard - in het spel zijn (vgl. Goode, 1949).

Zo bezien heeft magie een instrumenteel karakter, bestaan magische praktijken uit instrumentele handelingen. Dit feit is onderkend door alle westerse onderzoekers, die magie als een soort pseudo- of bastaardwetenschap zijn gaan beschouwen. Echter, zoals o.m. door Tambiah (1968) en Munn (1973) werd betoogd, wordt magie in zgn. primitieve samenlevingen nooit in de plaats van "gewone" technieken gebruikt. Wel geloven de betrokkenen dat de toepassing van magie - naast het innemen van geneeskrachtige kruiden of het bewerken van de grond - de kans op het bereiken van het gewenste doel vergroot.

Magie wordt te hulp geroepen als men de betreffende situatie niet geheel onder controle heeft, als er zich allerlei onvoorziene hindernissen kunnen voordoen waar de "normale" techniek geen antwoord op heeft (Malinowski, 1954). Hieruit volgt dat toenemende technische en wetenschappelijke kennis en kunde - waardoor de mens zijn omgeving meer kan beheersen - de behoefte aan magische praktijken doet verminderen.

Niet alleen zijn magische handelingen instrumenteel, ze zijn vooral ook expressief en symbolisch van aard. Het zijn rituelen waarin een gewenste situatie op symbolische wijze tot uitdrukking wordt gebracht (vgl. Beattie, 1964, 1966, 1974). Een eenvoudig voorbeeld hiervan is afkomstig van de Batakkers op Sumatra (Frazer, 1922): Als een onvruchtbare vrouw een kind wil krijgen, maakt zij een houten beeldje van een baby dat zij op haar schoot koestert. Zij gelooft dat dit tot de vervulling van haar wens zal leiden.

Niet slechts een onderdeel of een substantie die in een magisch ritueel gebruikt wordt leidt tot het gewenste resultaat, maar de gehele procedure. Het ritueel als geheel is een soort blue-print en werkt als een self-fulfilling prophecy (Tambiah, 1968; Munn, 1973). De structuur van de symbolische handelingen vormt een model dat de betrokkenen zich mentaal eigen maken en waardoor zij hun technische activiteiten laten leiden.

Therapeutische rituelen functioneren op overeenkomstige wijze. Voor hun optreden als extern model van en voor de innerlijke ervaringen van de cliënt wordt verwezen naar Van der Hart (1978). In de volgende paragraaf van dit artikel wordt nader ingegaan op de aard van symbolen en symbolische problemen van magische en therapeutische rituelen.

#### 4. Symbolen en symbolische handelingen

##### 4.1 Omschrijving

Turner (1967) beschouwt een symbool als "de kleinste eenheid van een ritueel dat nog de specifieke eigenschappen van ritueel gedrag heeft". Turner is hier onduidelijk: hij maakt geen onderscheid tussen een symbool en een symbolische hande-

ling. Het laatste kan beschouwd worden als de kleinste eenheid van een ritueel. Het is de manipulatie van een symbool. Marga's verscheuren van een foto tijdens haar afscheidsritueel is er een voorbeeld van.

Een symbool is een ding dat naar iets anders verwijst dan zichzelf. Meer nog, het stelt iets anders voor; het vervangt datgene wat het symboliseert (Skorupski, 1976). Het maakt datgene wat het voorstelt - vaak een immateriële kwaliteit of functie - zichtbaar. Vaak stelt een ritueel symbool meer dan één onderwerp voor. Het heeft dan een meerstemmig karakter (Turner, 1967). Veel symbolen hebben bovendien het vermogen om gemakkelijk nieuwe betekenissen aan te nemen (Sperber, 1976; Turner, 1977). Van dit gegeven maakte Marga's therapeut gebruik toen hij haar vertelde dat de zilveren ring met roos, die van haar ex-vriend had gekregen, diens aanspraak op haar seksualiteit voorstelde.

Datgene wat gesymboliseerd wordt is, volgens Beattie (1964) affektief geladen. Het symbool heeft de neiging die affectieve lading over te nemen: symbolen hebben een sterk emotionele kwaliteit (Sapir, 1934). We zien dit terug in de opmerking van Marga, dat "die dooie dingen" (de herinneringen aan haar ex-vriend) nog zoveel voor haar betekenden. Ook wanneer een symbool voor de relatie een bepaalde persoon staat - zoals bij Marga het geval was - kan het meerstemmig zijn en verschillende emoties oproepen. Toen ze de foto van haar ex-vriend zag voelde ze haat, maar eveneens weemoed over de fijne momenten die ze ook samen beleefd hadden.

Wellicht roept die foto nog veel meer bij haar op - ervaringen die wellicht nauwelijks onder woorden zijn te brengen. Zoals Lawlor (1978) opmerkt over symbolen: "The image, the form, is there concretely before us, and it can thus expand, evoking within the prepared viewer a whole complex of abstract, intuitive notions or states of being - qualities, associations and relationships which cannot be described or defined but only experienced".

Zoals genoemd, is een symbolische handeling het manipuleren van een symbolisch voorwerp. De handeling stelt een aktie, gebeurtenis of toestand voor, waarin datgene dat door het symbool wordt voorgesteld een rol speelt die analoog is aan de rol het symbool in de symbolische aktie zelf speelt (Skorupski, 1976). Als Marga de brief die ze aan haar ex-vriend geschreven heeft verscheurt, is ze (onder meer) bezig de relatie met hemzelf te verbreken. Zoals de Batakse vrouw een houten pop koestert, wil zij ook een kind van haarzelf kunnen koesteren.

Het doel van een therapeutisch of magisch ritueel is bepalend voor de aard van de betreffende symbolische handelingen. Al naar gelang de richting van het ritueel kan eenzelfde symbool anders behandeld worden. Het dagelijks afstoffen van de foto van een overleden familielid op de schoorsteen kan bijvoorbeeld bepaald zijn door het doel de relatie met de overledene levend te houden. Het verscheuren of verbranden van een foto kan - zoals bij Marga het geval was - het verbreken van een relatie ten doel hebben. Mauss (1972) geeft het voorbeeld van een stuk hout, arka genaamd (wat licht, bliksem of zon betekent), waarmee de tovenaar van een bepaald volk vuur aanwakkert en zichtbaar maakt als hij de regen moet laten stoppen. Moet hij stormen, bliksem en donder een halt toe roepen, dan gebruikt hij hetzelfde stuk hout om gloeiende kolen te begraven.

#### 4.2 Symbolische identifikatie

Toen Marga haar verbrandingsritueel uitvoerde, zag ze niet de foto's, kledingstukken, e.d., branden maar de persoon zelf - haar ex-vriend Henk - waarnaar die voorwerpen verwezen. Al die dingen stelden hem voor.

Tylor (1874, 1964) heeft voor het eerst op dit verschijnsel gewezen in zijn beschouwing over de magische praktijken bij zgn. primitieve volkeren. Hij merkt op dat degenen die een magisch ritueel uitvoeren het symbool en datgene wat het voorstelt met elkaar verwarren. Er bestaat uiteraard een subjektief verband tussen beide: de betrokkenen geloven

echter dat er een echt of objektief verband bestaat. Sterker nog, ze stellen het symbool en het gesymboliseerde aan elkaar gelijk. Skorupski (1976) noemt dit symbolische identifikatie: "The symbol in some sense is, or participates in, the reality it represents". Ook Turner (1972) geeft hier iets van aan: "...the objects and activities in point are not merely things that stand for other things or something abstract, they participate in the powers and virtues they represent." Hij spreekt van "a fusion of the powers believed to be inherent in the persons, objects, relationships, events, and histories represented by ritual symbols". Dankzij deze symbolische identifikatie kunnen de betrokkenen geloven, dat hun symbolische handelingen - het manipuleren van een symbool - ook het origineel beïnvloedt. "They are seen as ways of acting on the goal-object itself by acting on the symbol which manifests it" (Skorupski, 1976, p.152). Dit houdt - o.a. in therapie - in dat die symbolische handelingen ook dezelfde emoties en in dezelfde intensiteit oproepen als wanneer zij rechtstreeks met de persoon in kwestie te maken hebben (vgl. Van der Hart, 1978). Een cliënt had de dood van zijn vrouw, vier jaar geleden, niet kunnen verwerken. Als onderdeel van een afscheidsritueel van hij een monumentje van haar maken. Toen hij daaraan begon moest hij hevig en langdurig huilen. Een volgende poging had hetzelfde resultaat - zij het in iets mindere mate.

Overigens, zo merkt Tylor op, is de scheidslijn tussen de ervaring van een imaginair verband en het geloof in een echte verbinding vaak moeilijk te trekken. Marga zag tijdens het ritueel haar ex-vriend branden, maar kon daar na afloop afstand van nemen. Zij beseftte dat ze zich dat had verbeeld. De mensen die magische rituelen uitvoeren geloven ook na afloop dat ze werkelijk invloed op het "doel-objekt" hebben uitgeoefend. Men is er bijv. van overtuigd niet een denkbeeldige wind in een fles of geitenvel te hebben opgesloten, maar de echte wind (Mauss, 1972). De traditionele rooms-katholieke kerkganger gelooft dat hij met de Hosti werkelijk het lichaam van Christus tot zich neemt, voor anderen is er geen sprake van een symbolische identifikatie.

Marga's "hallucinatie" tijdens haar ritueel impliceert dat zij in een veranderde bewustzijnstoestand was - een rituele trance, vergelijkbaar met een hypnotische trance (vgl. Van der Hart, 1978). Het is een toestand waarin de verbeelding sterker werkt dan de "gewone" oriëntatie op de werkelijkheid om ons heen (vgl. Shorr, 1959) en waarin de persoon opgaat in datgene waar zijn aandacht op gericht is. Volgens Tylor (vgl. Skorupski, 1976) is het geloof in de kracht van een symbolische handeling op het doel-objekt het centrale kenmerk van een dergelijk veranderde bewustzijns-toestand, door hem ook wel "magische bewustzijn" genoemd. We zouden, met Tart (1975), kunnen spreken van een "state-specific knowledge".

#### 4.3. De keuze van symbolen

Op een lijst van veel gebruikte symbolen in therapeutische afscheidsrituelen komen voor: trouwringen, brieven, meubelstukken, foto's, geschenken, kledingstukken (Van der Hart, 1978, par. 6.3.5.2.). Al deze voorwerpen waren op de een of andere manier geschikt om de persoon van wie afscheid genomen moest worden (of de relatie daarmee) voor te stellen. Het maakt in de praktijk - van de therapeut en van de toevenaar - weinig uit op grond waarvan die geschiktheid er is; belangrijk is eenvoudig dat er een verbinding tussen symbool en gesymboliseerde bestaat (vgl. Lévi-Strauss, 1968). Analyseren we echter op grond waarvan een voorwerp de functie van symbool gaat vervullen, dan vinden we twee basisprincipes. De verbinding tussen symbool en gesymboliseerde berust op het principe van overeenkomst (of gelijkenis) of op het principe van contiguiteit, of op een combinatie van beide. In studies over de aard van "symbolische magie" is veel aandacht aan deze principes besteed.

##### 4.3.1 Het principe van overeenkomst

Het houten beeldje van de Batakse vrouw, de foto die Marga van haar ex-vriend had, het monumentje dat een cliënt (in het kader van een afscheidsritueel) van zijn overleden vrouw had gemaakt, de tekeningen die een vrouw van de moeilijke



momenten in haar leven moest maken (vgl. Van der Hart & Ebbers, 1979), het zijn alle voorbeelden van symbolen wier verbinding met datgene wat ze symboliseren door het principe van overeenkomst gekenmerkt wordt. Het zijn afbeeldingen van degene die zij symboliseren. We zouden dit soort symbolen ook ikonen, wegens hun gelijkenis met het gesymboliseerde, kunnen noemen (vgl. Firth, 1973).

De gelijkenis kan heel opvallend zijn, zoals bij het houten beeldje dat een kind voorstelt het geval is, maar kan ook één bepaalde kwaliteit van het symbool betreffen; een kwaliteit die het met het gesymboliseerde gemeen heeft en op grond waarvan het gekozen is. Mauss (1972) geeft het voorbeeld van klei, dat is de ene magische rite op grond van zijn gewicht gekozen is, in een andere op grond van bijv. zijn koelte, loden kleur, hardheid of zachtheid. (Hierdoor kan het voorkomen dat eenzelfde symbool in verschillende rites - of zelfs in eenzelfde ritueel op verschillende momenten - andere objecten of ideeën voorstellen - vgl. Turner, 1972).

#### 4.3.2 Het principe van contiguïteit

De kledingstukken en ringen die Marga van haar ex-vriend had gekregen, alle souvenirs die ze van hem bezat, waren symbolen voor (de relatie met) hem die op het principe van contiguïteit berustten. Ook het doosje van de trouwringen die van een cliënt een van de dierbaarste herinneringen aan zijn overleden vrouw vormt berust erop; zo ook het raam van het ziekenhuis waar achter zij de laatste maanden van haar leven gelegen had en waardoor hij haar kon zien als hij langs het ziekenhuis kwam.

Symbolen die via het principe van contiguïteit met het gesymboliseerde verbonden zijn treffen we in overvloed aan in magische rituelen - vooral in de zgn. zwarte magie waarmee men een persoon kwaad wil berokkenen. Voorbeelden zijn: een haarlok, een afgeknipte nagel, een etensrest, een kledingstuk, maar ook de afdruk van een lichaam in een bed of stoel, alledaagse gebruiksvoorwerpen, speelgoed, gezinsleden, huisdieren. Kortom, alles wat op de een of andere manier met de persoon in kwestie in aanraking is (geweest). Contiguïteit betekent: aanraking, aangrenzing, nabijheid, samenhang.

Tylor merkt op dat iemand die een haarlok van een persoon bewaart een subjektieve band tussen de lok en die persoon koestert. De objektieve band is verbroken, maar de subjektieve band blijft bestaan. In magische rituelen gelooft men dat er - ondanks de scheiding - toch nog een objektief verband bestaat. Volgens Frazer is het onderliggende principe, dat dingen die eens met elkaar in contact zijn geweest altijd met elkaar in kontakt blijven en elkaar zo beïnvloeden, ook als ze van elkaar gescheiden zijn. Deze opvatting kan gemakkelijk misverstanden oproepen (vgl. Beattie, 1964). Het gaat er om dat mensen magische (=symbolische) handelingen kunnen uitvoeren met symbolen die op het principe van contiguïteit berusten, niet om het idee dat alles wat ooit met elkaar in aanraking is geweest elkaar voortdurend blijft beïnvloeden. Dat zou immers chaos veronderstellen.

Een belangrijke rol speelt in dit verband het begrip pars pro toto: wat een deel van een geheel beïnvloedt, beïnvloedt ook dat geheel\*). Wie iets onderneemt tegen (of voor) iets dat met een bepaalde persoon in aanraking is geweest, doet dat ook tegen (of voor) de persoon in kwestie - en via hem ook tegen (of voor) zijn gezin en familieleden. Er vindt een identifikatie plaats van het deel met het geheel (Mauss, 1972). Tandem, speeksel, haar, ed. stellen de totale persoon voor. Mauss geeft een hierachter liggende visie weer: men gelooft dat iemands persoonlijkheid ondeelbaar is en als geheel in al diens delen én ook in hem als totaliteit verblijft.

---

\*) Watzlawick (1979) omschrijft het pars pro toto principe op een andere manier. Bij hem gaat het om de onmiddellijke herkenning (=waarnemen) van een geheel aan de hand van slechts één kenmerkend onderdeel.

#### 4.3.3 Overeenkomst en contiguïteit in rituele handelingen.

Zoals eerder vermeld werd (par. 4.1), zijn het niet symbolen maar gesymboliseerde handelingen die de kleinste eenheid van een ritueel vormen. Skorupski (1976) omschrijft de handelingen die gebaseerd zijn op het principe van overeenkomst als volgt:

Een bepaald soort verandering wordt in een voorwerp, S, aangebracht. S staat voor, of vertegenwoordigt, het doelobject d. Dus s is d. Daarom wordt dezelfde verandering in d teweeggebracht.

Een magisch voorbeeld biedt de Batakse vrouw die de houten pop op haar schoot koestert. In feite berusten de therapeutische afscheidsrituelen grotendeels op dit principe. Via begraven, verscheuren of verbranden afstand doen van de symbolen betekent afscheid nemen van de persoon of gebeurtenis in kwestie.

Durkheid en Mauss merken op dat het deel hetzelfde van het geheel is als de afbeelding van datgene wat afgebeeld wordt. In beide gevallen wordt het doelobject voorgesteld en treedt een symbolische identifikatie op. Vandaar dat Skorupski's omschrijving van symbolische handelingen zowel van toepassing is op symbolen die via het principe van overeenkomst met het doelobject verbonden zijn als op symbolen die op het principe van contiguïteit berusten. Het maakt dus nauwelijks iets uit of in de afsluitingceremonie van een afscheidsritueel, de symbolen afbeeldingen van of herinneringen aan de persoon in kwestie zijn. Het principe voor contiguïteit kan overigens wel een aparte rol vervullen. De cliënt die van zijn overleden vrouw afscheid moest nemen kwam zelf op het volgende: voor het raam waarachter zijn vrouw zo lang in het ziekenhuis had gelegen gooide hij het doosje van hun trouwringen in het water. Een gescheiden vrouw had zoveel herinneringen aan haar ex-echtgenoot, dat zij slechts met een deel daarvan een speciaal ritueel uitvoerde (= pars pro toto) en de rest "gewoon" in een vuilniszak voor de deur zette.

Een bepaald soort magische handeling wordt door het principe van contiguiteit beheerst. Het betreft het overdragen van een bepaalde eigenschap van een of ander object op de persoon in kwestie. Zo kan een man op zalmbes spruiten kauwen en ze op zijn kind spugen. Hierdoor zou dit kind net zo snel kunnen groeien als die zalmbes (Benedict, 1933; geciteerd door Skorupski, 1976) Skorupski formaliseert dit soort handeling als volgt: Een bepaalde eigenschap, F, wordt van het oorspronkelijke objekt, a, via een of andere overdrachtsmethode - zoals oppervlakte kontakt, vermenging, inname, inhalering - overgebracht op het doel-objekt, d.

Het komt ook voor dat deze vorm gekombineerd wordt met de eerder genoemde soort handeling. Skorupski:

Een eigenschap, F, wordt van a op S overgedragen s=d, vandaar dat F op d wordt overgedragen.

We vinden dit terug in een magisch gebruik in Beieren (Frazer, 1923): Men bewaart de navelstreng van een pas geboren baby in een stuk linnen. Is het een jongen, dan snijdt men in de navelstreng zodat hij tot een vakbekwame werker zal opgroeien. Gaat het om een meisje, dan prikt men in de navelstreng, zodat zij een goede naaister zal worden. Dit soort handelingen treft men in tal van magische riten aan. Ik heb ze echter (nog) niet in therapeutische rituelen ontdekt.

## 5. Diskussie

1. In dit artikel lag de nadruk op het symbolische karakter van therapeutische en magische rituelen en op de symbolische identifikatie die plaats vindt als de betrokkenen opgaan in het ritueel. Dit "identifikationistische" gezichtspunt (Skorupski, 1976) lijkt mij in de analyse van dergelijke rituelen de meest bruikbare. Er zijn echter (magische) riten, waarover verschillende auteurs (w.o. Frazer) een andere opvatting hebben. Zij menen dat met het in aanraking brengen van een doel-objekt met een voorwerp dat een gewenste kwaliteit bezit sprake is van "besmettende magie".

Door de aanraking of inhalering wordt het doel-objekt met de betreffende kwaliteit besmet. Een typisch voorbeeld biedt het op magische wijze genezen van wratten: men brengt een kiezelsteen in aanraking met de wrat; de kiezel wordt dan in een zakje op de weg naar de kerk gelegd en de ongelukkige vinder zal hem overnemen. Skorupski (1976) geeft toch de voorkeur aan de identifikationistische visie, omdat een zeer groot gedeelte van magie op symbolisme berust en omdat de tovenaar gelooft dat hij de aktie die hij symbolisch vorm geeft ook werkelijk uitvoert. Zijn opvatting volg ik ook waar het therapeutische rituelen betreft. Om dit met een voorbeeld toe te lichten: Na het uitvoeren van afscheidsritueel voert de cliënt vaak een soort reinigingsritueel uit (Marga ging onder de douche en waste haar haar). Men zou kunnen redeneren dat het water via aanraking met haar lichaam ook haar geest schoonwast. Het wassen als een symbolische handeling op te vatten die het rein worden (door niets gehinderd worden) voorstelt lijkt een zinniger interpretatie (vgl. Van der Hart, 1978, par. 6.3.6.4).

2. We hebben gezien hoe rituele handelingen via het principe van symbolische identifikatie verandering in de subjektieve ervaringen van de betrokkenen teweeg kunnen brengen. Lamphere (1969; geciteerd door Murray, 1977) laat zien hoe dergelijke handelingen - in genezingsrituelen van de Navajo-indianen - ook lichamelijke toestanden veranderen en genezing van ziekte tot gevolg kunnen hebben.

We treffen de werkzaamheid van symbolische identifikatie niet alleen aan in diverse westerse vormen van psychotherapie waarin de verbeeldingskracht een centrale rol speelt, maar ook in de behandeling van lichamelijke klachten langs psychische weg. Een bijna spektakulair te noemen voorbeeld wordt door Simonton c.s. (1975; 1978) in hun therapieën van kankerpatiënten geboden. Deze mensen wordt niet geleerd om in hun lot te berusten, maar om de strijd ook mentaal tegen hun ziekte aan te binden. Zij leren zich voor te stellen hoe bestraling en chemotherapie maar vooral hun eigen witte bloedlichaampjes, de strijd met de kankercellen aanbinden, hen overwinnen en vernietigen. De aard van dergelijke voorstellingen

voorstellingen is van grote invloed op het ziekteverloop. Wie zich steeds zeer agressieve, goed georganiseerde, witte bloedlichaampjes voorstelt, die zwakke kankercellen uiteenjagen en uit de weg ruimen, heeft beslist een gunstiger prognose dan degene die die kankercellen als oppermachtig voorstelt. Wie daarbij ook helemaal opgaat in de voorstelling, d.w.z. beeld en datgene wat voorgesteld wordt als een en hetzelfde beleeft (symbolische identificatie) doet het ook beter dan degene die zijn voorstelling met scepsis benadert. Ziehier een voorbeeld van moderne, westerse, magie, waarin de voorstelling een model of blue-print is voor de het verloop van de ziekte en eventueel de genezing. (Zie een andere interessante therapeutische techniek waarin deze functie centraal staat de "pseudo-oriëntatie in de toekomst van Erickson, 1967; vgl. De Shazer, 1978; Van der Hart et al, 1979).

3. Eerder werd vermeld, dat het opgaan in het ritueel gebeuren een veranderde bewustzijnstoestand impliceert, die vergelijkbaar is met hypnotische trance. Door diverse auteurs is het optreden van zo'n bewustzijnstoestand gekoppeld aan het functioneren van onze hersenen (bijv. Bander & Grinder, 1979. Erickson et al, 1976). In de zgn. "wakende" toestand zou het functioneren van onze linker hersenhelft overwegen (als we rechtshandig zijn), in trance het functioneren van onze rechterhersenhelft. In het kort weergegeven, gaat het hier om: de linker hemisfeer funktioneert in de produktie van spraak en in lineair, analytisch denken; het heeft ook het vermogen om tijd te schatten en om informatie in sequenties te verwerken (Lex, 1979) De linker hersenhelft is vergelijkbaar met een digitale computer (Watzlawick, 1979). De rechterhemisfeer is gespecialiseerd in ruimtelijke en tonale perceptie, het herkennen van patronen (ook die waar emoties bij betrokken zijn), in synthetisch denken. Linguïstische capaciteit is beperkt en verwerken van tijdsverloop is niet mogelijk (Lex, 1979). (Dit verklaart wellicht, dat in magie geen kloof bestaat tussen een wens en z'n vervulling (Mauss, 1972). Kortom, de rechter hemisfeer is te vergelijken met een analoge computer (Watzlawick, 1979).

Uiteraard is het functioneren van onze hersenen veel gekompliceerder dan hier werd aangegeven en werken beide hersenhelften steeds samen in allerlei akties. Bovendien zijn bij ons functioneren ook allerlei subkortikale processen betrokken (vgl. Lex, 1979). Toch is het van belang om voor ogen te houden dat het niet alleen in therapeutische rituelen maar ook in allerlei andere vormen van psychotherapie het vooral de functies zijn die tot het domein van de rechterhersenhelft gerekend worden die voor therapeutische vooruitgang verantwoordelijk zijn (vgl. Watzlawick, 1979).

4. Een laatste woord over de principes van overeenkomst en contiguïteit. Deze principes liggen niet alleen ten grondslag aan de hier gepresenteerde therapeutische en magische rituelen, maar spelen ook een zeer belangrijke rol in ons taalgebruik; Het principe van overeenkomst ligt ten grondslag aan metafoor, contiguïteit aan metonymie (vgl. Jakobson, 1956). (Metafoor en metonymie kenmerken ook vaak de verbale formules van magische rituelen - vgl. Tambiah 1968; Munn, 1973). Een omschrijving van het begrip metafoor is: "A figure of speech in which a term is transferred from the object it ordinarily designates to an object it may designate only by implicit comparison or analogy, as in the phrase 'evening of life' " (The American Heritage Dictionary, of the English Language). Het begrip metonymie wordt omschreven als: "stijlfiguur waarbij het enewoord voor het andere gebruikt wordt op grond van een werkelijk bestaande betrekking, niet op grond van een vergelijking (zoals bij metafoor het geval is), bijv. grijze haren voor ouderdom, een Vondel voor een werk van Vondel" (Kramers' woordenboek, 28e druk, 1968). De Christelijke Encyclopedie voegt hieraan toe: "men beziet dus twee dingen met één blik en de naam van dat, wat het meeste de aandacht trekt, wordt dan gegeven aan het eerste. bijv. witkiel voor stationskruier (die gewoonlijk een witte kiel draagt)."

Jakobson (1956) merkt op, dat metaforen veelvuldig in gedichten voorkomen, terwijl proza meer door metonymie gekenmerkt zal worden. Het begrip metafoor heeft in de taalwetenschappen veel meer aandacht gekregen dan het begrip

metonymie (vgl. bijv. Stutterheim, 1941). Ook in de psychotherapeutische literatuur komt de functie van metaforen in psychotherapie regelmatig aan bod (vgl. bijv. Lenrow, 1966; Haley, 1975, Van der Hart et al, 1979), terwijl metonymie er nagenoeg niet in voorkomt. Dankzij anthropologische studies van o.m. rituelen en mythen wordt de invloed van beide begrippen - en hun onderliggende principes van overeenkomst en contiguïteit meer zichtbaar.



REFERENTIES

- Bandler, R. & J. Grinder (1979), Hypnotherapie: het gebruik van taal volgens de methoden van Milton H. Erickson. De Toorts, Haarlem.
- Beattie, J. (1964), Other cultures. Cohen & West, London.
- Beattie, J. (1966), Ritual and social change. Man, I, 60-74.
- Beattie, J. (1974), On understanding ritual. In: B.R. Wilson (ed.), Rationality. Basil Blackwell, Oxford.
- Benedict, R. (1933), Magic. In: The Encyclopedia of the social Sciences, Vol. X. New York.
- Durkheim, E. (1915), The elementary forms of the religious life (4e druk, 1957). George Allen & Unwin, London.
- Erickson, M.H. (1967), Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. In: J. Haley (ed.), Advanced techniques of hypnosis and therapy: selected papers of Milton H. Erickson, M.D. Grune & Stratton, New York.
- Erickson, M.H., E.L. Rossi, S.J. Rossi (1976), Hypnotic realities. Irvington Publishers, New York.
- Firth, R. (1973), Symbols; public and private. George Allen & Unwin, London.
- Frazer, J. G. (1922), The golden bough; a study in magic and religion (verkorte uitgave). The Macmillan Press, London.
- Genep, A. van (1909), Les rites de passage. Emil Mourry, Parijs, Engelse uitgave: The rites of passage. Routledge & Kegan Paul, London, 1960.
- Goode, W.J. (1949), Magic and religion: a continuum. Ethnos, 14, 172-182.
- Haley, J. (1975), Buitengewone therapie. De Toorts, Haarlem.
- Hart, O. van der (1978), Overgang en bestendiging: over het ontwerpen en voorschrijven van rituelen in psychotherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hart, O. van der, R. Van Dijck, K. van der Velden (1979), Beeldspraak in directieve therapie. In: K. van der Velden (ed.), Direktieve therapie II. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hart, O. van der & J. Ebbers (1979), Rites of separation in psychotherapie. Paper presented at the XIth International Congress of Psychotherapy, Amsterdam.
- Jakobson, R. (1956), Two aspects of language and two types of aphasic disturbance. In: R. Jakobson & M. Halle, Fundamentals of language. Mouton, Den Haag.

53

- Lamphere, L. (1969), Symbolic elements of Navajo ritual. Southwestern Journal of Anthropology, 25 (geciteerd door Murray, 1977).
- Lange, A. & O. van der Hart (1979), Gedragsverandering in gezinnen (4e uitgebreide druk). J. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Lawlor, R. (1978), Translator's Preface. In: R.A. Schwaller de Lubicz, Symbol and the symbolic. Autumn Press, Brookline, Mass.
- Lehmann, A. (1898), Aberglaube und Zauberei: von den ältesten Zeiten an bis in die Gegenwart. Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Lenrow, P.B. (1966), Uses of metaphor in facilitating constructive behavior change. Psychotherapy: theory, research and practice 3 (4), 145-148.
- Lévi-Bruhl, L. (1910), Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures. Parijs.
- Lévi-Strauss, C. (1968), Het wilde denken. Meulenhoff, Amsterdam.
- Lex, B.W. (1979), The neurobiology of ritual trance. In: E.G. d'Aquili et al (ed.), The spectrum of ritual: a biogenetic structural analysis. Columbia University Press.
- Malinowski, B. (1954), Magic, science and religion. Doubleday & Company, New York.
- Mauss, M. (1972). A general theory of magic. W.W. Norton & Company, New York. Oorspronkelijke Franse uitgave 1902-1903.
- Moore, S.F. & B.G. Myerhoff (1977), Introductions; secular ritual: forms and meanings. In: S.F. Moore & B.G. Myerhoff (eds.), Secular ritual. Van Gorcum, Assen.
- Munn, N.D. (1973), Symbolism in a ritual context: aspects of symbolic action. In: J.J. Honigmann (ed.), Handbook of social and cultural anthropology. Rand McNally and Company, Chicago.
- Murray, D.W. (1977), Ritual communication: some considerations regarding meaning in Navajo ceremonials. In: J.L. Dolgin et al (eds.), Symbolic anthropology. Columbia University Press, New York.
- Rosengren, K.E. (1976), Malinowski's magic: the riddle of the empty cell. Current Anthropology, 17 (4), 667-67!
- Rubinstein, T.H. (1977), Persoonlijke mededeling.

- Sapir, E. (1943), Symbolism. Encyclopaedia of the social sciences. XIV. 492-493. Ook in: D.G. Mandelbaum (ed.), Selected writings of Edward Sapir, University of California Press, Berkeley.
- Schmidbauer, W. (1973), Van magie tot psychotherapie. De Toorts, Haarlem.
- Shorr, R.E. (1959), Hypnosis and the concept of the generalized reality-orientation. Amer. J. of Psychotherapy, 13, 582-602. Ook in: C.T. Tart (ed.), Altered states of consciousness. Wiley, New York, 1969.
- Simonton, O.C. & S. Simonton (1975), Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. J. of Transpersonal Psychology, 7 (1), 29-47.
- Shazer, S. de (1978), Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: the crystal ball technique. Amer J. of Clinical Hypnosis, 20(3), 203-208.
- Skorupski, J. (1976), Symbol and theory: a philosophical study of religion in social anthropology. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sperber, D. (1975), Rethinking symbolism. Cambridge University Press, Cambridge.
- Stutterheim, C.F.P. (1941), Het begrip metafoor. H.J. Paris, Amsterdam.
- Tambiah, S.J. (1968), The magical power of words. Man, 3 175-208.
- Tart, C.T. (1975), States of consciousness. E.P. Dutton, New York.
- Turner, V.W. (1967), The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. Cornell University Press, Ithaca.
- Turner, V.W. (1972), Symbols in African ritual. Science, 179, 1100-1105. Ook in: J.L. Dolgin et al (eds), Symbolic anthropology. Columbia University Press, 1977.
- Turner, V.W. (1977), Variations on a theme of liminality. In: S.F. Moore & B.G. Myerhoff (eds), Secular ritual. Van Gorcum, Assen.
- Tylor, E.B. (1958), Primitive culture (twee delen). Harper & Brothers, New York. (Oorspronkelijke uitgave: 1873).
- Tylor, E.B. (1964), Early history of mankind. University of Chicago Press, Chicago. (oorspronkelijke uitgave: 1878)
- Watzlawick, P. (1979), Wie weet is het ook anders: over de techniek van de therapeutische communicatie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

## ZELFCONTROLE EN DWANG

---

Kees Hoogduin,  
november 1979

### 1. Inleiding

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

Soms kan het nuttig zijn binnen het kader van een dergelijke benadering een zelfcontrole-procedure toe te passen, bijvoorbeeld om een bepaald dwangritueel aan te pakken.

Bij geïsoleerd levende mensen met dwangproblematiek biedt de zelfcontrole-procedure een mogelijkheid de cliënt toch ambulante te behandelen.

Bij de behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures wordt gebruik gemaakt van zelfregistratie, stimuluscontrol, negatieve zelfbestrafing en positieve zelfbeloning. Het gegeven dat een aantal cliënten een aantal ongewenste (dwang)activiteiten uitvoert en daarnaast niet meer komt tot een aantal gewenste activiteiten (bijv. sociaal gedrag, zich verzorgen) wordt bij deze benadering benut. 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. Een gevolg hiervan kan zijn dat de cliënt minder dwanggedrag vertoont of meergewenst (bijv. sociaal) gedrag demonstreert.

In dit artikel worden drie voorbeelden gegeven van een behandeling waarbij zelfcontrole-procedures worden toegepast.

In de discussie worden de mogelijkheden van een behandeling met behulp van zelfcontrole bij cliënten met dwangverschijnselen besproken.

Tenslotte wordt ingegaan op enkele moeilijkheden die zich bij deze benadering kunnen voordoen en op de bijzondere betekenis die dwangverschijnselen kunnen krijgen voor de in isolement levende cliënt.

## 2. Voorbeelden

### 2.1 Dwangverschijnselen en isolement ')

De heer Jansen - een 38-jarige kantoorbediende - meldt zich aan voor behandeling van zijn dwangverschijnselen. De problemen zijn sterk toegenomen na de dood van zijn ouders, nu zes jaar geleden. Hij is daarna verhuisd van het huis van zijn ouders naar een vierkamerflat. Geleidelijk aan heeft hij een uitgebreid scala van dwanggedachten en dwanghandelingen ontwikkeld. Zijn werk is hem door zijn controle-dwang steeds zwaarder gevallen. Zijn geringe prestaties hebben geleid tot een ziekmelding. Op het moment van aanmelding loopt hij enige weken in de ziektewet. Zijn dagindeling bestaat uit in bed liggen, t.v. kijken, wat eten en drinken, piekeren over zijn gezondheid en het uitvoeren van dwanghandelingen. De laatste drie jaar heeft hij zijn huis ernstig laten vervuilen. Alleen de keukentafel waarvan hij eet, ruimt hij nog op. Voorts wast hij zijn handen veeltientallen malen per dag en brengt hij 's avonds uren door met het controleren van gas, sloten en grendels. De heer Jansen is volledig geïsoleerd geraakt, hij spreekt eigenlijk alleen nog maar de levensmiddelen-leverancier. Ook zijn vele sportactiviteiten van vroeger - karate, judo, lange-afstandlopen en de hometraining - heeft hij geleidelijk aan gestaakt. De eerste fase van de behandeling bestaat uit een uitgebreide inventarisatie van de verschillende klachten. De heer Jansen 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 problemen uit te leggen. Bij de uitleg is eenvoud en duidelijkheid gewenst: "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 dwangverschijnselen hebben".

') Deze behandeling werd verricht door W.A. Hoogduin, psycholoog, onder supervisie.

Het dwangmatig handenwassen wordt als eerste ongewenste gedrag gekoppeld aan het nuttige schoonmaken van het huis. Het schoonmaken van het huis wordt onderverdeeld in taken van ongeveer dertig minuten -bijv. de afwas doen, de ramen zemen, het gastel reinigen- (zie figuur 1).

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.

figuur 1

datum:	tijd:	aantal x 7:	taken van 30 minuten:
vrij 15 sep 78	15.00	1	1. pannen / borden / bestek
	21.00	1	
	24.00	1	
za 16 sep 78	12.00	1	2. rommel in zak 3. grond opruimen
	17.00	1	
	23.30	1	
zo 17 sep 78	12.30	1	4. gastoestel / aanrecht / geiser
	15.00	1	
	22.00	1	
	24.00	1	
ma 18 sep 78	10.00	1	5. ramen / kastjes 6. tafel
	13.00	1	
	14.00	1	
	22.00	1	
	24.00	1	
di 19 sep 78	11.30	1	7. hal
	14.00	1	
	17.00	1	
	18.00	1	
	20.00	1	
	24.00	1	
woe 20 sep 78	9.00	1	
	14.00	1	
	20.00	1	
	24.00	1	
do 21 sep 78	10.00	1	
	13.00	1	
	17.00	1	
	18.00	1	
	23.00	1	
	24.00	1	

Na enkele weken is de flat opgeruimd en beperkt zich het handenwassen tot eenmaal voor het eten.

Het dwangmatig tobben over zijn gezondheid wordt gekoppeld aan het weer gaan sporten. In aansluiting aan een periode van hypochonder piekeren, zal hij vijftien minuten fietsen op de hometrainer. Zijn conditie verbetert en op de volgende zitting deelt hij mee ook zijn karatelessen weer hervat te hebben.

Het verbeteren van zijn leefomstandigheden - weer sporten, een opgeruimd huis, minder tobben, een betere lichamelijke conditie, weer normaal eten - heeft de stemming van de heer Jansen in positieve zin beïnvloed. Hij stelt voor het dwangmatig controleren voor het slapengaan te behandelen met een zelfbedachte zelfcontrole-procedure. Hij zal na alles goed gecontroleerd te hebben, onmiddellijk naar bed gaan en niet meer gedurende de avond af en toe controleren. De duur van de controle neemt af tot vijf minuten per avond. Hij besluit in overleg met zijn controlerend arts het werk weer te hervatten.

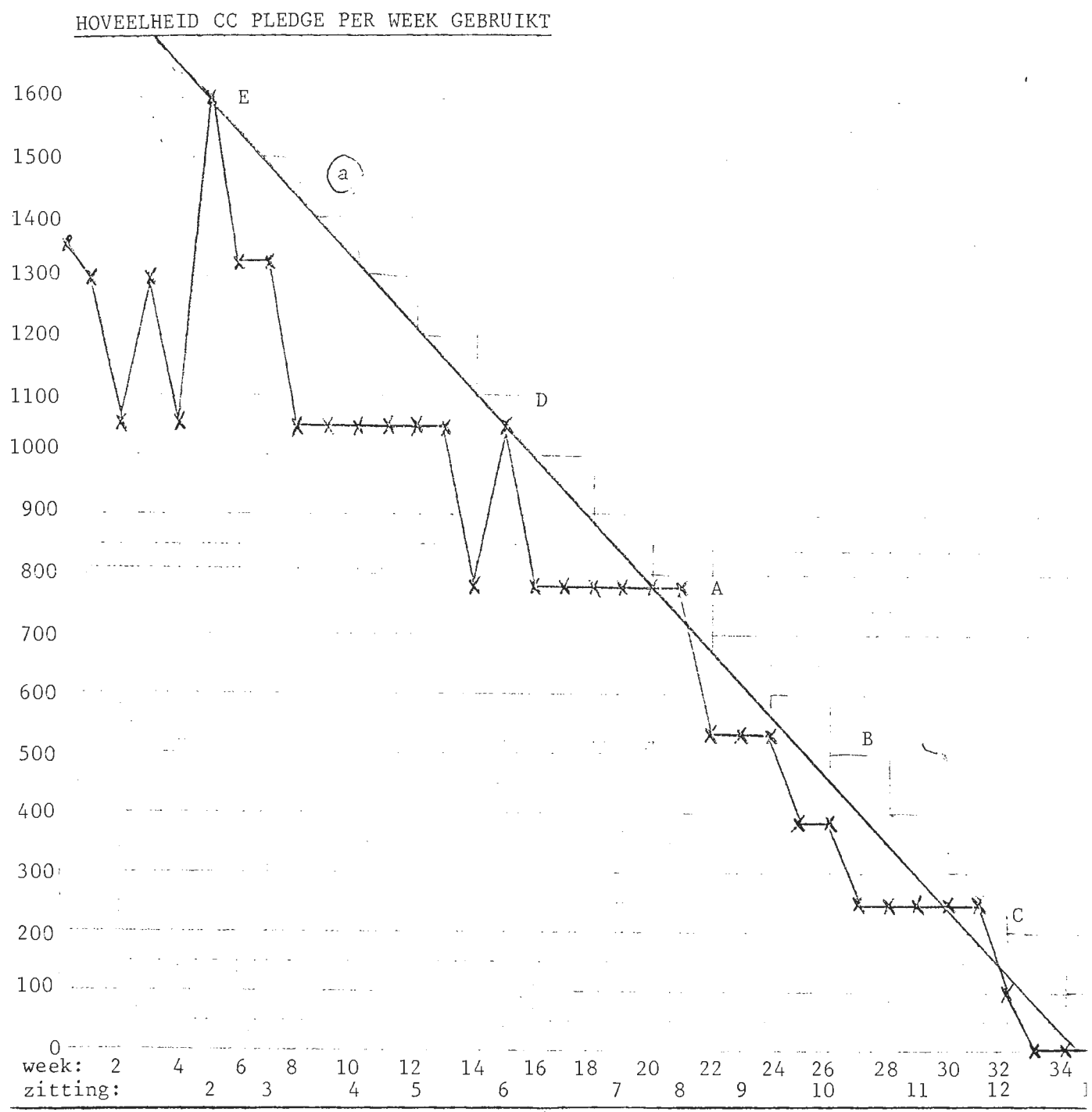
Bespreking

Zes maanden later is in deze relatief gunstige ontwikkeling geen verandering gekomen. Hij werkt hele dagen, sport weer en heeft vrijwel geen dwangverschijnselen meer. Wel moet gesteld worden dat hij buiten de sportclub en zijn werk nog steeds geïsoleerd functioneert.

2.2 De "Pledge"-dwang

Mevrouw De Boer is 41 jaar als zij zich aanmeldt voor behandeling van haar dwangverschijnselen. Sinds de geboorte van haar vierde kind, nu zes jaar geleden, gaat zij gebukt onder de gewoonte haar huis met Pledge-spuitbussen te reinigen. De echtgenoot - een wat kort aangebonden boer - heeft zich steeds verzet tegen haar gewoonte. Niet alleen vanwege de kosten (één bus Pledge kost f 3,50; zij gebruikt 5 à 6 bussen per week), maar ook omdat zijn vrouw tot 's avonds laat met deze schoonmaakactiviteiten bezig is. Daar de man op zijn bedrijf vrijwel dag en nacht werkt, wordt besloten mevrouw met een zelfcontrole-procedure te behandelen.

figuur 2



1. De zelfmonitoring

Mevrouw De Boer gaat iedere druk op de spuitbus registreren; bovendien zal zij het aantal cc's spuitbusvloeistof per week verspoten, registreren (1 bus = 265 cc).

2. Stimulus-controle

Mevrouw De Boer kan haar Pledge-dwang alleen maar perfect uitvoeren. Daarom wordt besloten te proberen minder voor-



werpen met Pledge te behandelen. Mevrouw doet op de zitting zelf steeds een voorstel een bepaald gedeelte van een kamer of van de gang niet meer met Pledge te doen. Zo ontstaan er gedeelten in huis die tenslotte alleen op een "normale" wijze gereinigd worden.

### 3. De negatieve zelfbestraffing

Aansluitend aan iedere schoonmaakactiviteit met behulp van de spuitbus zal mevrouw zich 30 seconden op de badkamer terugtrekken. Deze tijd zal zij besteden aan het instuderen van frans idioom. Mevrouw De Boer is om afleiding te hebben op advies van een eerdere therapeut een franse cursus gaan volgen. Het aanleren van nieuwe franse woorden vindt zij onaangenaam, maar noodzakelijk.

### 4. De positieve zelfbeloning

In overleg met de echtgenoot wordt afgesproken dat zij de tegenwaarde van iedere spuitbus die zij minder gebruikt in een potje zal doen. Zij zal dit geld naar eigen goeddunken besteden.

### 5. De planning van de behandeling

Tijdens de 6e zitting wordt met behulp van de grafische voorstelling een datum bepaald waarop mevrouw De Boer geen Pledge meer zal gebruiken. Hiertoe wordt de hulplijn (a) getrokken die de punten D en E verbindt (zie grafiek 2); deze lijn wordt doorgetrokken tot de as gesneden wordt. Wanneer de dwang met dezelfde snelheid zou afnemen als tussen de 2e en 6e zitting (resp. tussen de 5e en 13e week) zou mevrouw De Boer op de 35e week klachtenvrij zijn. Deze planning wordt uitgebreid met haar doorgenomen.

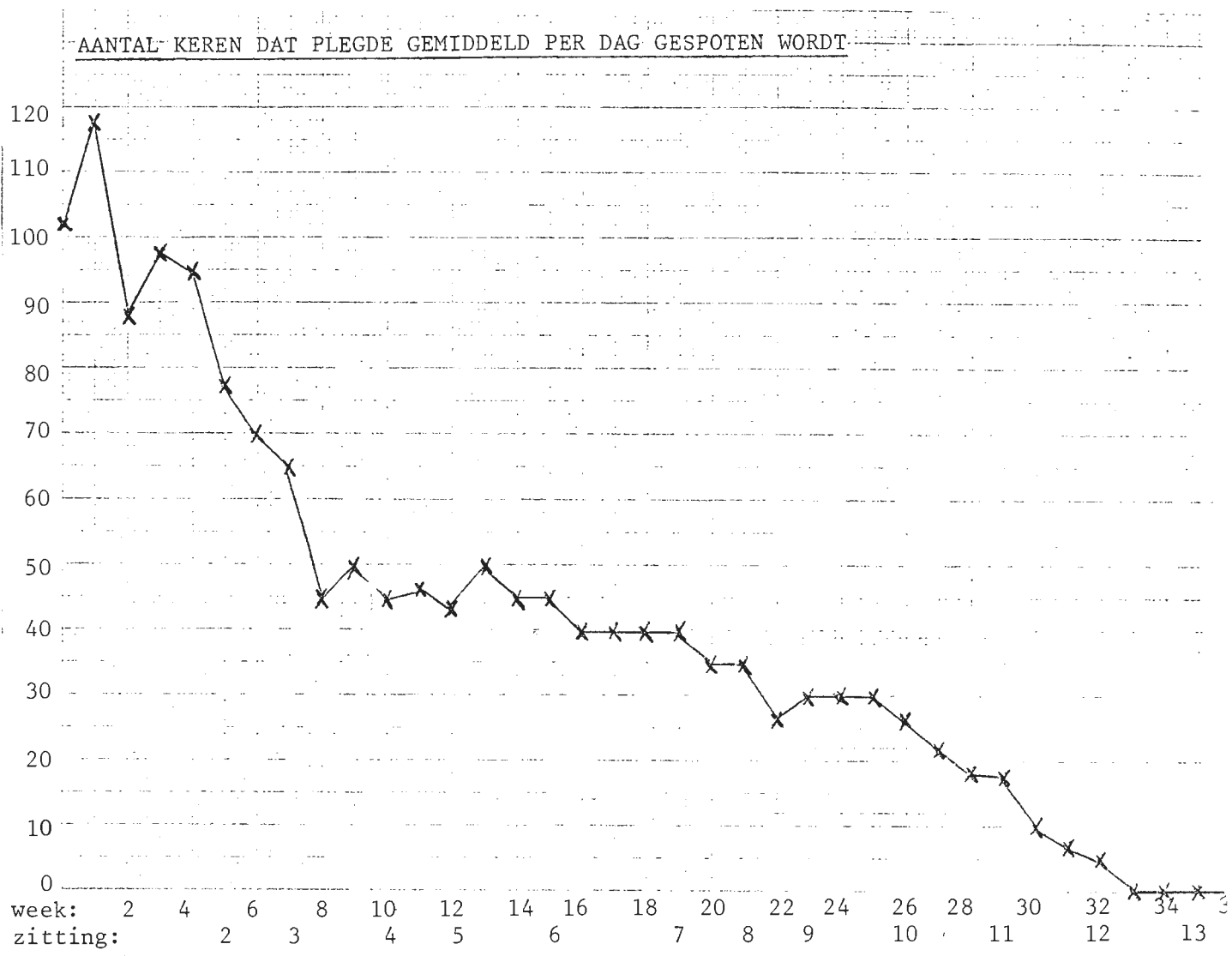
Vanaf deze (6e) zitting wordt steeds de volgende stap (i.c. een bus minder gebruiken) besproken.

moment waarop ze opnieuw een bus minder zal gebruiken, is steeds met behulp van de grafiek goed te bepalen (zie punten A, B en C in de grafiek).

### 6. De sociale bekrachtiging

Door de echtgenoot worden de bereikte resultaten - goed zichtbaar op de grafiek - met complimenten bekrachtigd.

figuur 3



Bespreking

Mevrouw De Boer slaagt erin binnen de gestelde planning haar "Pledge"-dwang te overwinnen. Een korte periode heeft mevrouw, in plaats van Pledge, spiritus gebruikt om toch glimmende meubels te krijgen. Na haar op het gevaar van een "spiritus"-poetsdwang gewezen te hebben, heeft zij dit verder nagelaten.

Naast de aanpak van de Pledge-schoonmaakdwang is er bij de behandeling aan gewerkt dat mevrouw meer aandacht aan de kinderen is gaan geven. Ook de sociale contacten zijn uitgebreid.

Op het moment dat mevrouw De Boer van haar dwang bevrijd is, brengt zij het verlangen naar voren om buitenshuis wat te gaan werken. Er ontstaat een ruzie tussen de echtgenoten, waaruit blijkt dat zeven jaar geleden - voor de dwang dus -, een dergelijk meningsverschil heeft gespeeld. De echtgenoot wil onder geen voorwaarde dat zijn vrouw uit huis gaat werken. Binnen de relatietherapie zal hieraan de nodige aandacht besteed moeten worden.

Bij follow-up na één jaar behoort de "Pledge"-dwang tot het verleden. Binnen de relatie zijn nog steeds problemen, terwijl mevrouw De Boer in het huishouden dwangmatig is gebleven.

### 2.3 De vrouw met een terugzet-dwang

Mevrouw De Jong klaagt sinds twee jaar (na de geboorte van haar tweede kind) over dwangverschijnselen. Deze symptomen bestaan uit een innerlijke twijfel of de voorwerpen in haar huis wel goed staan. Door voorwerpen te verplaatsen probeert ze deze twijfel op te lossen. Maar meestal betekent de verplaatsing een toenemen van de twijfel. Dit leidt tot een proberen het voorwerp weer in zijn oorspronkelijke stand terug te plaatsen. Rustkuren en poliklinische behandeling op een polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis leiden niet tot verbetering. Wanhopig omdat de dwang steeds sterker wordt, doet zij een astheen tentamen suïcidii met behulp van een relatief klein aantal tabletten tofranil. Aansluitend wordt zij opgenomen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Tijdens de negentien dagen durende opname komt mevrouw De Jong tot rust; van de dwangverschijnselen heeft ze vrijwel geen last.

Nauwelijks is zij ontslagen of de dwangklachten nemen weer toe. Mevrouw wordt hiervoor poliklinisch behandeld; de echtgenoot wordt bij de behandeling betrokken.

#### 1. Zelfregistratie

Mevrouw De Jong zal iedere terugzet-activiteit registreren op een speciaal voor haar samengesteld registratie-formulier (zie figuur 4).

figuur 4

DWANG:	DATUM:					
	9-1-79	10-1-79	11-1-79	12-1-79	13-1-79	14-1-79
- planten water geven + raamkozijnen	/// /// ///	/// ////	/			
- kamer stoffen	///	///	/// /// ///	///	///	
- vloer aanvegen	///	////	/// ///	///	///	///
- boodschappen opruimen	//		///	//		
- was opruimen	/					
- zolder schoonmaken			///	/	/	
- douche		/	///	/		
- kamertjes schoonmaken . kamer dochter . kamer zoon . kamer ouders	// / /	// / //	// /// ///	/ / //	/ / /	
- keuken doen	/// //	//	/// //	///	///	/
TOTAAL	34	26	52	20	12	3

(elk object dat teruggezet wordt met dwang = 1 punt)

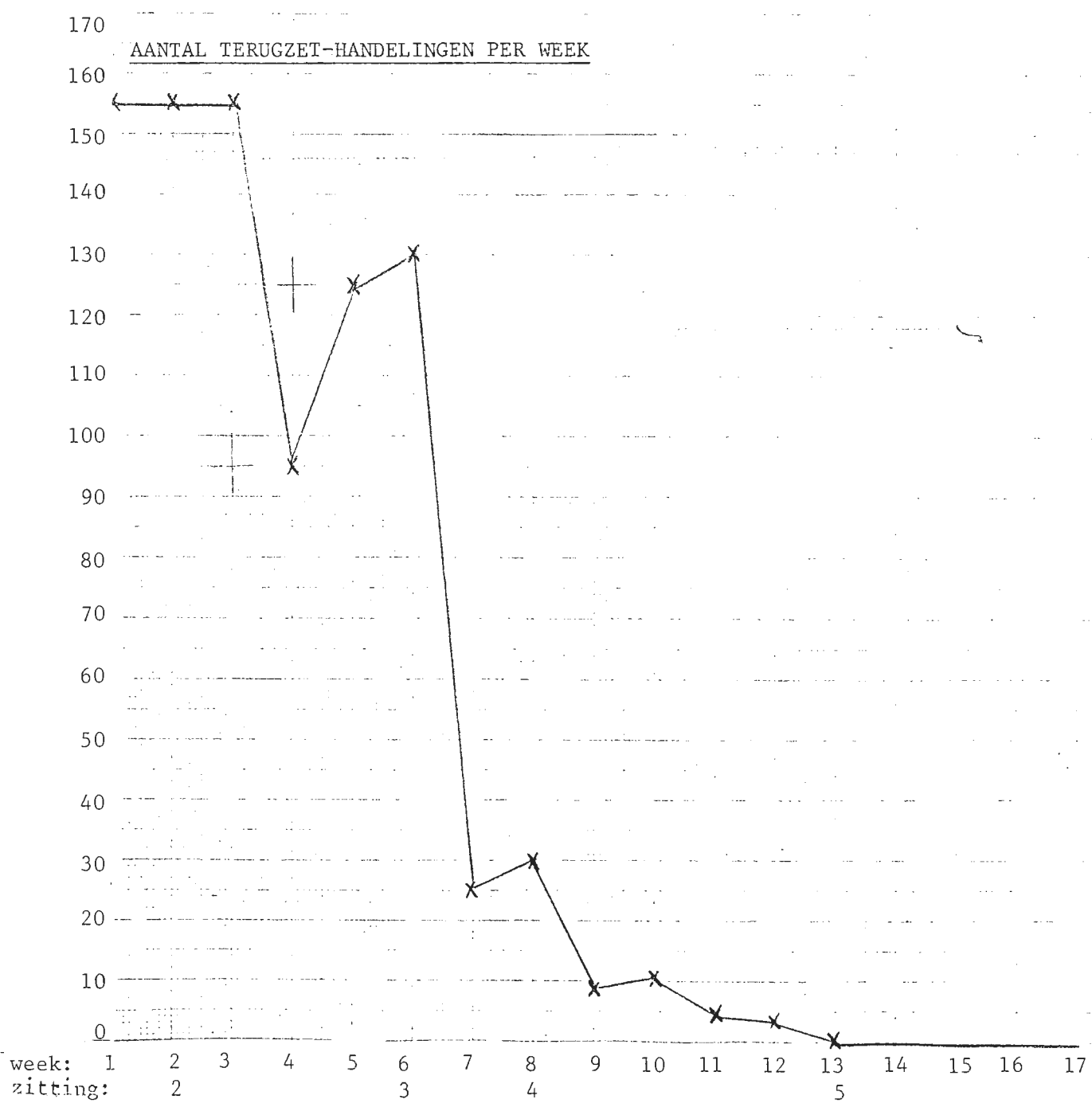
1e week: 155

2. De respons-consequenties

Doordat mevrouw de laatste twee jaar zo ernstig door de dwangverschijnselen is beziggehouden, heeft ze zich naar haar mening niet voldoende met de kinderen kunnen bezighouden. Deze activiteit - het met de kinderen wandelen, spelletjes doen, etc. - wordt gekoppeld aan het verrichten van een dwanghandeling. Iedere vijfde terugzet-handeling zal gevolgd worden door dertig minuten bezig zijn met de kinderen.

Aansluitend neemt de dwang af en verdwijnt tenslotte geheel.

figuur 5



45

### Bespreking

Naast de zelfcontrolebehandeling is er aandacht besteed aan de relatie. De echtelieden zijn tot een herverdeling van taken binnen het gezin gekomen.

Door het afnemen van de dwangverschijnselen is het mogelijk geworden een aantal gemeenschappelijke gezellige dingen te ondernemen.

Bij follow-up na zes maanden is in deze gunstige situatie geen verandering gekomen. De dwang is volledig verdwenen.

### 3. Discussie

1. Bij de behandeling van dwangverschijnselen wordt in de literatuur een voorkeur aangegeven voor een gedragstherapeutische benadering. Deze bestaat uit flooding (exposure in vivo), modeling en respons-preventie, uitgevoerd in een klinische setting (Rachman et al., 1971; Hodgson et al., 1971; Röper et al., 1973; Stern, 1975; Rachman et al., 1973; Rachman, 1974; Röper et al., 1974; Rachman, 1976; Röper & Rachman, 1976; Rachman et al., 1976; Haayman, 1977; Rachman & De Silva, 1978).

Waarom deze gerapporteerde behandelingen steeds klinisch hebben plaatsgevonden, is niet duidelijk. De diverse auteurs verzuimen dit te beargumenteren. Haayman (1977) is hierop een uitzondering; hij stelt: "Bij patiënten met een fobische dwang (dwanggedachten en poetsen) leidt een "flooding"-behandeling veelal tot zulke heftige angsten dat dit thuis niet te hanteren is. De duur van deze angstreacties is soms zo lang dat een begeleiding en respons-preventie in een ambulante therapie praktisch onhaalbaar is". (Hierbij moet opgemerkt worden dat Haayman sommige cliënten "metterdaad van dwanghandelingen afhoudt").

Boersma et al. (1976) weerleggen dit argument door met veel succes een identieke behandelprocedure (flooding, modeling en respons-preventie) bij cliënten in hun natuurlijke omgeving uit te voeren. Haayman adviseert twijfeldwang (twijfel en controleren, checken) bij voorkeur ambulant te behandelen "omdat de patient zich thuis bevindt temidden van de eigen voorwerpen die de dwangverschijnselen oproepen" en "tevens heeft men thuis een directere gelegenheid de gezinsleden van de patient in de behandeling te betrekken".

Vooralsnog zijn er onvoldoende argumenten om zonder meer voor een klinische behandeling te besluiten (vgl. Hoogduin & Van den Bosch, 1978 en Hoogduin & De Haan, 1979). De bezwaren die verbonden zijn aan een opname zijn daar te groot voor.

In de literatuur over de behandeling van dwangverschijnselen wordt er weinig aandacht geschonken aan zelfcontrole-procedures. Ferster et al. (1973) menen te kunnen stellen dat zelfcontrole bij dwangverschijnselen met ingewikkelde rituelen, lange duur en een groot aantal verschijnselen, gecontraïndiceerd is. Zij verzuimen echter deze mening van argumenten te voorzien.

Beech & Vaughn (1978) concluderen dat "zelfcontrole-procedures meestal worden gebruikt ter aanvulling van de behandeling door de therapeut of om de overgang van ziekenhuis naar de huissituatie te vergemakkelijken". Hoewel: "in enkele gevallen de gehele behandeling uitgevoerd wordt door de patient" (vgl. Meyer, 1973; Mahoney, 1971).

2. Bij de behandeling van dwangverschijnselen met behulp van zelfcontrole-procedures verschilt de aanpak niet van zelfcontrole-behandelingen van andersoortige problematiek. De programma's zijn eveneens opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen worden vóór het omstreden gedrag kans krijgt plaats te vinden (stimulus-controle; stimulus-respons-interventie) en maatregelen die genomen kunnen worden wanneer dit gedrag eenmaal heeft plaatsgevonden - respons-consequenties, zoals zelfbeloning of zelfbestrafing - (vgl. Hoogduin, 1979).
- De stimulus-controle heeft bij de behandeling van de dwangverschijnselen slechts een beperkte betekenis. De dwangcliënt heeft weinig mogelijkheden het optreden van zijn ongewenste gedrag te beperken door bepaalde uitlokkende stimuli te verwijderen of te vermijden (Beech & Vaughn, 1978). Wel kan hij de situaties zo arrangeren dat de kans dat dwangverschijnselen optreden, afneemt. In het geval van mevrouw De Boer is dat mogelijk door bepaalde gedeelten van het huis niet met Pledge in de hand te betreden. Ook kan de cliënt gezelschap zoeken, een gewenst t.v.-programma bekijken of een motorische inspanning leveren om aldus

de omgeving waar de dwangfrequentie hoog is, te vermijden.

- De S-R-interventie (het onderbreken van de responsketen met een zgn. "controlling response").

Wanneer de dwang ontstaat in aansluiting aan een periode van angst en spanning kan geprobeerd worden met behulp van ontspanningstechnieken te voorkomen dat de dwang uitgevoerd wordt. Ook de eerder genoemde motorische inspanning of het gezelschap zoeken, kan hierbij toegepast worden.

- De response-consequenties (zelfbeloning en zelfbestraffing) worden in het geval van mevrouw De Boer beide gebruikt. In aansluiting aan het gebruik van de Pledge zal zij zich een halve minuut op de badkamer terugtrekken en aldaar haar frans idioom bestuderen. Hier wordt gebruik gemaakt van een nuttige of noodzakelijk uit te voeren activiteit die toch niet aangenaam is om te doen. Het is dus geen straf in engere zin, terwijl toch de uitvoering als een bestraffing ervaren kan worden.

Ook bij mevrouw De Jong wordt deze procedure toegepast. In het geval van de heer Jansen wordt van deze procedure nadrukkelijk gebruik gemaakt. Steeds worden dwangverschijnselen gevolgd door een negatieve zelfbestraffing. Deze negatieve zelfbestraffing bestaat steeds uit het doen van een activiteit waar hij niet meer toe komt.

Dit kan zijn: goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische en tandheelkundige verzorging; het hebben van sociale contacten, werken, zich inzetten voor de medemens, het volgen van opleidingen en cursussen; muziek maken, sporten, clubs, het uitbreiden van sociale contacten.

Het is gebleken dat dit principe van "te veel en te weinig" een goede uitbreiding biedt van het zelfcontrole-repertoire.

Tot slot wordt de positieve zelfbeloning bij mevrouw De Boer gebruikt. Zij zal het door haar gespaarde geld (bij gebruik van minder Pledge-bussen spaart ze geld) voor eigen doeleinden gebruiken.

Ook bij de behandeling van dwangsymptomen heeft het nut de behandeling met behulp van de grafische voorstelling te plannen (vgl. Hoogduin, 1979).



WP

Bij het opstellen van behandelingsdoelen bij cliënten met dwangproblematiek is het belangrijk ervoor te zorgen dat er een normenpakket wordt opgesteld voor de frequentie van een bepaald gedrag. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt weet welke frequentie van dit gedrag of welke duur voor een bepaalde handeling als binnen de norm vallend beschouwd kan worden. Zo kan bijvoorbeeld met iemand die twee uur doet over het tandenpoetsen afgesproken worden dat drie minuten poetsen voldoende is en dat deze tijd als behandelingsdoel wordt gesteld. Soms kan het noodzakelijk zijn een expert op een bepaald terrein in te schakelen, bijvoorbeeld bij een "huishouddwang" kan een gespecialiseerd gezinsverzorgster gevraagd worden een schema te maken waarbinnen de activiteiten van de week een plaats krijgen.

3. De hier voorgestelde benadering voor de behandeling van dwangproblematiek lijkt eenvoudig en wordt door de cliënten ook als goed inhakend op hun problematiek gezien. Toch zijn de kansen op mislukken groot.

Het is noodzakelijk dat er een goede "klantenbinding" is, tenslotte zijn de contracten zwaar en wordt er veel van de cliënt geëist. Ook verdient het de voorkeur om met een licht contract te beginnen dat door de cliënt ontwikkeld is en waarop de therapeut "afgedongen" heeft. M.a.w. laat de cliënt een contract voorstellen, maar hoe het voorstel ook luidt, zeg hem dat dit een te grote stap ineens is en stel een lichter programma voor. Het mislukken van één contract kan de gehele behandeling doen mislukken. Complimenteer hem voor zijn enthousiasme, maar vertel dat er weliswaar mensen met vergelijkbare problemen zijn die zeer grote stappen aankunnen, maar dat het beter is om kalm aan te beginnen.

De therapeut dient zich te realiseren dat bij deze vaak ernstig geïnvallideerde mensen kortdurende therapie meestal niet mogelijk is. Het principe van steeds een beperkt aantal zittingen afspreken, gevolgd door een evaluatie, kan vanzelfsprekend wel toegepast worden.

Van de beschreven voorbeelden kan gezegd worden dat een aanzienlijke verbetering is bereikt, m.n. zijn de dwangverschijnselen

49

zo goed als verdwenen. Eerst dan wordt vaak duidelijk hoeveel moeite deze mensen hebben hun leven te vullen met de gewone zaken van alledag. Een praatje met een buur of een winkelier is een opgaaft, tegen familiebezoek wordt opgezien. De leegte en verveling vormen vaak een voortdurend gevaar weer terug te vallen in de dwangverschijnselen. Het steeds de mensen weer motiveren nieuwe contacten aan te gaan, op clubs te gaan, te sporten, kan de behandeling jaren doen voortduren.

4. Wanneer bij cliënten met dwangverschijnselen binnen een gezinsstelsel de symptomen afnemen, ziet men 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.

Bij cliënten die binnen een gezin leven, zal men het gezin moeten voorbereiden op het optreden van een gezinscrisis. De geïsoleerd levende cliënt zal evenzeer op het ontstaan van een soms ernstige crisis voorbereid dienen te worden. Op die manier wordt vermeden dat de cliënt een op zich gunstige ontwikkeling als een verslechtering beleeft met de gevaren van wegblijven van de behandeling of terugvallen in dwangrituelen.

Gedurende een van de eerste zittingen wordt door de therapeut een overzicht gegeven van klachten die bij mensen met dwangproblematiek kunnen optreden: dwanghandelingen, dwanggedachten, angsten, hyperventilatie, depressie, woedebuien, verdriet, teleurstelling. Vervolgens worden de klachten naar ernst geordend, waarbij de dwanghandelingen als zeer ernstige en verdriet en teleurstelling als normaal menselijke verschijnselen worden omschreven. Met de cliënt wordt besproken dat hyperventilatie, depressie, woede, verdriet en teleurstelling vaak optreden wanneer de dwangverschijnselen afnemen. De voor de cliënt zeer moeilijk te aanvaarden emotionele crisis, huilbuien en verdriet om het ellendige leven, kunnen binnen dit kader weliswaar als zeer moeilijk te dragen, maar toch als een teken van vooruitgang geïnterpreteerd worden.

Het isolement van de cliënt kan het soms noodzakelijk maken dat de therapeut zijn activiteiten niet beperkt tot het therapie-uur

of de kantoortijden, maar zich 24 uur, 7 dagen per 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.

4. Slot

Wanneer de dwangverschijnselen 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 (vgl. Carp, 1947).

In het volgende verbatim-fragment vertelt een cliënt met ernstige dwangverschijnselen over de betekenis die de dwangklachten voor hem hebben.

"... Nee. Maar het is wel zo dat ik van de ene kant dat denken zelf soms voel dat ik het niet wil stoppen, want wat komt er voor in de plaats? Een enorme leegte. Als ik natuurlijk al jaren al m'n dagen opvul met denken en 't gaat ineens stoppen, in een rot gat donder je eigenlijk ..."

en

"... Je hecht er toch waarde aan, al dat denken is gevoelsmatig voor mij belangrijk. Ik heb wel eens gezegd dat als ik de hele tijd loop te denken en ik denk ik moet er mee uitscheiden en ik douw een gedachte weg .. is haast net zo iets als een kindje laten verdrinken. Het is vaak een kind voor je die gedachte .. dat door te zeggen het mag niet, het kan niet, heb je het gevoel het onbehaaglijke gevoel van pure onvrede dat je wat opgeeft dat belangrijk is ..."

Referenties

Beech, H.R. & M. Vaughan (1978): Behavioural Treatment of Obsessional States,  
Wiley, Chichester

Boersma, K., S. den Hengst, J. Dekker & P.M.S. Ermelkamp (1976):  
Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: a Comparison with Obsessive-Compulsive Patients,  
Behav. Res. & Ther. 14, 19 - 24

Carp, E.A.D.F. (1947): De Neurose,  
Scheltema & Holkema, Bussum

Ferster, C.B., J.J. Nurnberger & E.E. Levitt (1973):  
The Control of Eating,  
in: M.R. Goldfried & M. Merbaum,  
Behaviour Change through Self-Control,  
Holt, Rinehart & Winston, New York  
(blz. 195 - 213)

Haayman, W.P. (1977): Dwang, therapeutische ervaringen bij 25  
patienten,  
Krips Repro, Meppel

Hodgson, R., S. Rachman & I.M. Marks (1972):  
The Treatment of Chronic Obsessive and Compulsive Neurosis: Follow-up and further Findings,  
Behav. Res. & Ther. 10, 181 - 189

Hoogduin, C.A.L. (1979) Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures,  
in: K. van der Velden (red.),  
Directieve Therapie II,  
Van Loghum Slaterus, Deventer  
(ter perse)

Hoogduin, C.A.L. & R. v.d. Bosch (1978):  
 Vermijding van opname,  
 Tijdschrift v. Psychiat. 20 (4),  
 259 - 266

Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1979):  
 Ambulante behandeling van ernstige  
 psychiatrische patienten,  
 M.G.V. 34, 752 - 763

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

Mahoney, M.J. (1971):  
 The Self-Management of Covert Behavior:  
 a Case Study,  
 Behav. Ther. 2, 575 - 578

Meyer, R.J. (1973):  
 Delay Therapy: Two Case Reports,  
 Behav. Res. & Ther. 4, 709 - 713

Rachman, S. (1974):  
 Primary Obsessional Slowness,  
 Behav. Res. & Ther. 12, 9 - 18

Rachman, S. (1976):  
 Obsessional-Compulsive Checking,  
 Behav. Res. & Ther. 269 - 277

Rachman, S., R. Hodgson & I.M. Marks (1971):  
 The Treatment of Chronic Obsessive-  
 Compulsive Neurosis,  
 Behav. Res. & Ther. 9, 237 - 247

Rachman, S., I.M. Marks & R. Hodgson (1973):  
 The Treatment of Obsessive-Compulsive  
 Neurotics by Modeling and Flooding in vivo,  
 Behav. Res. & Ther. 11, 463 - 471

- Rachman, S., P. de Silva & G. Röper (1976):  
The Spontaneous Delay of Compulsive Urges,  
Behav. Res. & Ther. 14, 445 - 553
- Rachman, S. & P. de Silva (1978):  
Abnormal and Normal Obsessions,  
Behav. Res. & Ther. 16, 233 - 248
- Röper, G., S. Rachman & I.M. Marks (1975):  
Passive and Participant Modeling in Exposure Treatment of Obsessive-Compulsive Neurotics,  
Behav. Res. & Ther. 13, 271 - 279
- Röper, G. & S. Rachman (1976): Obsessional-Compulsive Checking:  
Experimental Replication and Development,  
Behav. Res. & Ther. 14, 25 - 32
- Stern, R. (1975):  
Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder by Thought-Stopping Techniques,  
Psychother. Psychosom. 25, 83 - 87

Kees van der Velden

### *1. Inleiding*

Eén van de redenen waarom mensen zich ongelukkig kunnen voelen of waarom zij symptomen ontwikkelen, is dat zij menen in aanmerking te komen voor straf. Zij hebben blijkbaar iets fouts gedaan, of doen dat nog steeds, en wanneer ze daarvoor gestraft worden voelen ze zich wat rustiger worden van binnen.

Sommigen gaan zich onmogelijk gedragen, tarten de mensen in hun omgeving - bij voorkeur superieuren - en voelen zich pas weer prettig wanneer dezen aangeven dat het nu afgelopen moet zijn. ('Begrijpende' superieuren zijn voor dit type cliënten niet zo goed.)

Anderen besluiten zichzelf maar te straffen, bijv. door dagelijks in te zitten over naderende infarcten en zich uitbreidende gezwellen. De vrees voor straf is bij hypochondrische mensen vaak met weinig moeite aan te tonen.

Dit artikel gaat over het hanteren van dit gegeven in directieve therapie. Aan de hand van enkele gevalsbeschrijvingen wordt geïllustreerd hoe de behoefte aan of de vrees voor straf benut kan worden. In de 'Discussie' worden enkele theoretische overwegingen rond het thema gepresenteerd.

### *2. Casuïstiek*

#### *2.1. Neelie Kraaieveld*

Het meisje met de hierboven genoemde naam is opgenomen in een centrum voor drugsverslaafden. Ze gebruikt heroïne, LSD en dat soort dingen. De staf van het centrum, niet afkerig van een confronterende aanpak, scheldt haar voor rotte vis, en inderdaad knapt ze op. Wanneer ze zich tot een coöperatief groepslid ontwikkelt krijgt ze complimenten en de woorden van bemoediging zijn niet van de lucht. Aansluitend valt ze weer terug in een soort agerend psychopathiform gedrag. Wanneer deze sequens zich enkele malen heeft herhaald wordt besloten haar óók depreciërend te bejegenen wanneer ze het 'goed' doet. Deze aanpak resulteert in een meer duurzame vooruitgang.

#### *2.2. Mien Veders dwangverschijnselen*

Mien Veder is 35 jaar en gescheiden. Vanwege haar psychiatrisch verleden zijn haar kinderen aan de vroegere partner toegewezen. Zij heeft een grote hoeveelheid problemen die om een praktische oplossing vragen, en daarom

wordt er pas na een paar maanden aandacht besteed aan de klacht die haar van jongsaf kwelt: dwang. Zij beschikt over een veelheid van rituelen die tot doel hebben haarzelf tegen ziekte en dood te beschermen. Interessant is dat de dwangverschijnselen toenemen naarmate het haar voor het overige beter gaat. Dus: hoe gelukkiger ze zich voelt, des te meer moet ze ziekte en dood bezweren; en voelt ze zich beroerd, dan treden ook de dwangverschijnselen minder op.

De therapeut constateert dat Mien blijkbaar bang is dat zij voor vooruitgang gestraft zal worden, waarmee Mien, enigszins verrast, instemt. Vervolgens worden twee praktische consequenties getrokken. De eerste is dat het wijs lijkt niet al te veel vooruitgang na te streven; de tweede dat het aanbeveling kan verdienen een zekere mate van ongeluk te plannen, dit vooral al om beperkte perioden van ongedwongen vrolijkheid mogelijk te maken. Omdat Mien erg uitzielt naar een korte vakantie, en de geschetste eigenaardigheid het waarschijnlijk maakt dat deze vakantie door dwangtoestanden verpest zal worden, spreekt de therapeut met haar af dat zij zich de veertien dagen die haar van de vakantie scheiden op onplezierige wijze zal doorbrengen. Het feit dat zij vantevoren al geboet heeft voor haar genoeg zal het haar mogelijk maken van de vakantie zelf te genieten.

Enkele dagen later bevindt Mien zich in een flinke crisis, wat door de therapeut opgevat wordt als een teken dat zij inderdaad grondig boete doet. De vakantie zelf verloopt echter heel goed en van dwangverschijnselen heeft ze geen last.

De aanpak is haar verkocht als een bijzonder soort zelfcontroleprocedure.

### 2.3. *Dries Tuynmans liefdesverdriet*

Dries Tuynman is nooit erg aardig geweest voor zijn vriendin, maar wanneer ze hem verlaat reageert hij allesbehalve begrijpend. Hij wordt behoorlijk verward en moet met een inbewaringstelling opgenomen worden. In de isoleercel die hem tot verblijf dient vertoont hij bizarre gedragingen, en degenen die hem begrijpend toe wil spreken belooft hij met bijten, knijpen en spuwen. Luisteren doet hij in ieder geval niet. Besloten wordt hem een brief ter hand te stellen. Deze brief zal de visie van de therapeut op het door de heer Tuynman gedemonstreerde gedrag bevatten. Ter introductie van de brief zal de therapeut hem opzoeken om te kijken of hij misschien bij toeval ontvankelijk is voor een mondelinge toelichting.

Wanneer de therapeut de isoleer betreedt bevindt Tuynman zich juist in



een soort van katatone stupor. Hij ligt op bed, de ogen gesloten, en hij lijkt vastbesloten de therapeut geheel te negeren.

De therapeut neemt plaats naast zijn bed en geeft langzaam en rustig uiting aan de bewondering die hij voelt voor de diepe liefde die de heer Tuynman blijkbaar jegens zijn partner voelt, voor de zelfvernedering die hij zichzelf oplegt en voor de bereidheid tot boetedoening die uit zijn gedrag spreekt. Zo ongeveer.

De volgende dag pakt de heer Tuynman zijn koffers en verlaat in goede toestand de inrichting. Van het overhandigen van de brief komt niets meer.

#### *2.4. De involutieproblemen van mevrouw Kroes*

Mevrouw Kroes is 54 jaar en al een jaar of vijf onder psychiatrische behandeling. Ze hyperventileert, is depressief en heeft een Temestaverslaving. Haar echtgenoot is cerebraal niet helemaal goed meer en mevrouw leunt zwaar op haar zoon, die dientengevolge weer moeilijkheden heeft met het vinden van de weg naar zelfstandigheid.

Mevrouw heeft gelezen over hypnose en meldt zich voor die behandelingsvorm aan bij een nieuwe therapeut. Inderdaad wordt met behulp van hypnose een aanzienlijke reductie van klachten bereikt. Daarnaast wordt aandacht gegeven aan de verhouding die zij met haar zoon heeft, wat ook weer tamelijk vlot tot goede resultaten leidt.

Dan stagneert de verbetering. Speciaal op zon- en feestdagen blijft mevrouw geagiteerd, en omdat de maand december nogal wat feestdagen kent ziet ze als een berg tegen die maand op.

De therapeut legt mevrouw Kroes voor dat hij de indruk heeft dat ze meent ergens boete voor te moeten doen, voor iets dat ze fout doet, maar hij weet niet wat. Het kost mevrouw geen enkele moeite hieromtrent klaarheid te verschaffen. Zij vindt zich een 'slechte vrouw' omdat ze soms lelijke dingen denkt van haar man en hem ook in sexueel opzicht niet steeds ter wille is. Naar haar idee zou ze als het ware elk moment van de dag het goede moeten nastreven. Therapeut en cliënte worden het al gauw eens dat verdere verbetering aanzienlijke gevaren met zich mee zal brengen, speciaal het risico van een ondraaglijk schuldgevoel tegenover de partner. Het huidige klachtenniveau kan gezien worden als een gepaste zelfbestrafing. De therapeut adviseert mevrouw dan ook niet te trachten de decembermaand tot een feest te maken. Verder stelt hij haar een zelfcontroleprogramma à la Mien Veder (zie onder 2.2.) in het vooruitzicht: juist voldoende beroerde dagen plannen om van de overige te kunnen genieten. Op de vraag of de therapeut óók vindt dat mevrouw geen

lelijke dingen mag denken, antwoordt deze dat zijn persoonlijke mening er weinig toe doet en dat het in elk geval niet zijn taak is om het het meest eigene van haar persoonlijkheid, te weten haar Über-Ich, te beïnvloeden.

De volgende zitting is na de feestdagen. Tevreden rapporteert mevrouw over haar decembermaand. Zij heeft met een vriendin voor wie ze bewondering voelt gesproken over het regiem dat ze zichzelf oplegt. Het bleek daarbij dat de vriendin ook lelijke dingen dacht en deed van tijd tot tijd zonder nochtans in symptomatisch gedrag te vervallen.

De therapeut geeft mevrouw de kans om het nog een maand met gelukkig zijn te proberen. Mocht haar dit onverhoopt niet lukken - wat de therapeut verwacht - dan zal ze alsnog rotdagen moeten plannen.

### *2.5. Til Wouters' band met vader*

Til Wouters is 36, haar man even oud. Zij is praktisch de hele dag bezig met het piekeren over kanker; hij is regelmatig 'overwerkt' omdat-ie geen nee kan zeggen. Sexueel contact heeft het paar niet.

Tils klachten zijn begonnen nadat haar vader zes jaar geleden aan kanker overleed.

Til was 10 jaar toen haar ouders scheidden. Zij groeide op bij haar vader en er was een hechte band tussen beiden. Til trouwde toen ze 19 was, maar veel kans kreeg het huwelijk niet omdat Tils aandacht vooral bleef uitgaan naar vader, wat te meer begrijpelijk was omdat vaders gezondheid te wensen overliet en Til de enige was die voor hem zorgde.

Uiteraard heeft Til niet alleen mooie herinneringen: op het eind van zijn leven was vader vaak dysfoor en hij ontzag Til niet.

De therapeut zegt Til dat haar getob over kanker een vorm van boete doen is, want voor haar eigen 'onbewuste gevoel' heeft Til twee grote fouten gemaakt: ten eerste heeft zij hem in de steek gelaten door te trouwen, ten tweede heeft ze hem alleen dood laten gaan. Verder vindt ze blijkbaar dat ze geen bitterheid mag voelen over de nare manier waarop haar vader haar bejegend heeft.

De man wordt intussen geprezen voor zijn terughoudendheid: hij beseft blijkbaar dat Til nog met haar vader is en geen andere man kan toelaten.

In aansluiting op deze 'duiding' maakt het getob over kanker plaats voor het proces dat met 'rouw' wordt aangeduid.

### *3. Discussie*

1. Het 'duiden' van de betekenis van een klacht vertoont enige overeenkomst met de procedure die analytici hanteren. Alleen: in directieve

therapie valt er niet een stilte wanneer de duiding is gepresenteerd, maar volgt (expliciet of impliciet) het advies zo door te gaan. Hoewel paradoxaal, getuigt dit toch van een radicaal soort acceptatie.

2. De overeenkomst met positief etiketteren zal duidelijk zijn. Of het attenderen op 'strafbehoefte' zo positief is weet ik niet, maar geleidelijk kom ik tot de slotsom dat het eigenlijk lang niet altijd nodig is gedrag per se positief te etiketteren, als het maar anders geëtiketteerd wordt, en als dat etiket maar de mogelijkheid biedt de voortgang van de klacht aan te moedigen.
3. Het is altijd zinvol om de mogelijkheid van zelfbestrafing even te overwegen wanneer een klacht persisteert zonder dat daar een externe reden voor lijkt te zijn. Mensen denken nu eenmaal dat ze sommige dingen niet mogen denken en als ze daar geen straf voor krijgen, kunnen ze, net als kinderen, ertoe besluiten het zichzelf moeilijk te maken.
4. Behalve bij Mien Veder (zie 2.2.) heb ik nog niet meegemaakt dat de cliënt werkelijk bewust gaat zitten tobben om zodoende later niet te hoeven tobben. De aankondiging van het verplichte tobben werkt meestal als een 'zware last'.
5. Meneer Tuynman (zie 2.3) maakte het zichzelf erg moeilijk door liggend met gesloten ogen naar de duiding van de therapeut te luisteren. Ik heb het eens nagedaan en het bleek bijna niet mogelijk een dergelijke boodschap in die toestand aan te horen zonder tegelijk in trance te gaan.

HET MOTIVEREN VAN CLIËNTEN IN DIRECTIEVE  
(GEZINS)THERAPIE \*

59

Alfred Lange

Dames en Heren,

Ik wil het vanochtend hebben over motiveringstechnieken bij directieve therapie, in het bijzonder directieve gezinstherapie.

Anders dan de stromingen die vanochtend eerder aan bod zijn gekomen, is directieve therapie nog niet zo lang ingeburgerd en bekend binnen de psychotherapie.

Vandaar dat het me verstandig lijkt om eerst <sup>- zeer</sup> in het kort in te gaan op enkele hoofdkenmerken.

Daarbij wil ik ook trachten een aantal misverstanden uit de weg te ruimen.

Van der Velden & Van Dijk (1977) noemen 5 kenmerken die - huns inziens - essentieel zijn voor directieve therapie.

Het eerste kenmerk is dat de ~~directieve~~ therapeut geneigd is om de

kliënt aanwijzingen, richtlijnen, huiswerk en zelfs opdrachten te <sup>geven.</sup> ver-

~~schrijven~~

2) Voordracht gehouden voor de Nederlandse Veren.v.Psychotherapie,  
1 december 1979.

dia I  
kenmerken

Ik zeg met opzet 'geneigd', omdat het niet zo is dat er altijd gewerkt wordt met adviezen en opdrachten. In sommige gevallen zal ook een directieve therapeut volstaan met luisteren, geven van feedback en inzicht.

De geneigdheid tot het geven van adviezen betekent ook niet dat de therapeut zich autoritair opstelt.

Ik geloof dat dit het grootste misverstand is dat heerst over directieve therapie.

De directieve therapeut dient juist niet zijn wil op te leggen aan 'weerloze' cliënten, maar hoort zich te gedragen als een vakman, die mogelijk hulpmiddelen en strategieën kan aandragen, die de cliënt kan gebruiken om zelf zijn problemen verder op te lossen.

Een tweede kenmerk ~~van directieve therapie~~ is, dat men het santal zittingen beperkt houdt.

Uiteraard geldt daarbij geen absolute norm.

Wat voor sommige therapieën kort is kan voor ~~een~~ andere lang zijn.

Soms kan een therapie in 3, 4 - soms in 1 zitting - afdoende effect sorteren.

Soms ook zijn er meer dan 20 zittingen nodig. Bijvoorbeeld met

gezinnen waarin een grote verscheidenheid aan problemen voorkomen.

De nadruk op 'zo kort mogelijk' komt echter voort uit de waarneming dat vele therapieën die lang duren na verloop van tijd geen extra rendement meer opleveren.

Een niet - of gedeeltelijk - succesvolle therapie kan ~~best~~ beter afgesloten worden en - eventueel - aan een collega overgedragen worden.

Dit is te prefereren boven het eindeloos doorgaan en het niet-slagen van-de-therapie<sup>v</sup> toeschrijven aan weerstanden van de cliënten die overwonnen moeten worden.

Een derde kenmerk ~~van directieve therapie~~ is, dat de therapeut over het algemeen in het begin van de therapie met zijn cliënten duidelijk afspreekt wat de doelen zijn waaraan gewerkt wordt.

Deze doelen kunnen dan ook gelden als einddoelen, terwijl niet apriori ervan wordt uitgegaan dat de aanmeldingsklachten slechts een symptoom zijn van onderliggende, veel diepere problemen.

Ook hier zou ik weer willen wijzen op een misverstand: dat directieve therapeuten nooit ingaan op onderliggende fundamentele problemen.

Dat is niet juist.

Wes

Ook in directieve therapie zal de therapeut daarop alert moeten zijn.

Het zal voorkomen dat de aanvankelijke formulering van de therapie-

doeleinden wordt veranderd en dat cliënt en therapeut samen tot de

slotsom komen dat er toch andere, en soms diepere problemen zijn

waaraan gewerkt zou moeten worden.

Een vierde belangrijk kenmerk ~~van directieve therapie~~ is dat de

therapeut in zeer veel gevallen zal proberen om de context van de

problemen zo positief mogelijk te schetsen.

In directieve therapie zal de therapeut vaak trachten het zelf-

vertrouwen van de cliënt te vergroten door aan diens problemen

gunstige kanten te ontdekken en die ook te benoemen: *De cliënt is nobeler, verstandiger en meer veelzijdig dan hijzelf had gedacht.*

Dit kan lijnrecht tegenovergesteld zijn aan het streven dat sommige

andere stromingen kenmerkt, waarin de cliënt met nadruk wordt uitge-

legd dat zijn aanmeldingsprobleem alleen maar een topje van een ijsberg

is.

Dat het erger met hem is dan hij wel denkt.

~~Het laatste kenmerk waar ik hier kort op wil ingaan is het pragmatisme~~

~~of het eclecticisme.~~

van de positieve benadering

Een voorbeeld vinden we bij een cliënt, die bij een SPD komt, onder andere omdat hij zich zelden kan verzetten tegen de drang om naar de hoeren te gaan.

De therapeut accepteert de man's probleem, maar na wat doorvragen komt hij toch tot een - voor de cliënt - verrassend positieve wending.

In de interpretatie die hij geeft is het gaan naar de hoeren, een oplossing, die de man gekozen heeft om zijn vrouw en zijn gezin te respecteren. Het is immers duidelijk dat hij een veel grotere behoefte aan sexualiteit heeft dan zijn echtgenote.

Hun huwelijk zou er onder lijden wanneer hij steeds zou proberen haar over te halen tot gemeenschap.

Onbetaalde relaties met andere vrouwen zouden zeer bedreigend zijn voor zijn vrouw.

Een regelmatig bezoek aan prostituees is dan een nobele oplossing.

Het laatste kenmerk waar ik hier kort op wil ingaan is het pragmatisme of eclecticisme.



In feite worden daarmee alle andere kenmerken op hun kop gezet. Het pragmatisme houdt immers in dat de directieve therapeut altijd zal proberen in te spelen op de uniciteit van de cliënt met wie hij te maken heeft, en ook nog op het tijdstip en de situatie waarin de therapie zich afspeelt.

Bij het afstemmen van de strategie van de behandeling, moet hij kunnen switchen naar verschillende referentiekaders.

Weg

Om een voorbeeld te geven: het zojuist genoemde principe van positieve connotatie gaat niet onder alle omstandigheden op. Soms is het bijvoorbeeld juist nodig - we komen daar later nog op terug - om klachten extra zwaar te interpreteren teneinde cliënten te motiveren zich voor veranderen in te zetten.

In directieve therapie wordt gebruik gemaakt van verschillende theoretische kaders.

Ik denk dat dit ook wel bij andere stromingen voorkomt.

Zo zullen er best wel rogerianen zijn die ook leertheoretische principes gebruiken, en gedragstherapeuten die het empathisch naar de cliënt luisteren hoog in het vaandel hebben.

65

De expliciete nadruk op het combineren van deze kaders - het eclecticisme - is echter specifiek voor directieve therapie.

Ik wil daarom dit eerste stukje inleiding ~~over directieve therapie~~  
- wat mij betreft -  
afsluiten met het noemen van die referentiekaders die zich het meest lenen voor directieve therapie.

Ten eerste de leertheorie, of de gedragstherapie.

Deze stroming heeft een nauwe band met directieve therapie omdat ook daarin, wordt uitgegaan van de veronderstelling dat cliënten wezenlijk kunnen veranderen door nieuwe gedragingen uit te voeren.

De gedragstherapeutische procedures en technieken zijn vooral goed toepasbaar in die gevallen waarin met cliënten op congruente wijze - op deze term kom ik later terug - aan het vergroten van het probleemoplossend vermogen gewerkt kan worden.

Een tweede belangrijk kader is het kader van de communicatie- of systeemtheorie.

Meer dan in de gedragstherapie wordt in directieve therapie aandacht geschonken aan wetmatigheden in de verhouding tussen cliënten onderling en ook tussen cliënten en therapeut.

dia 4  
theoretische  
kaders

9.6

Kwesties als:

- machtsstrijd
- wie bepaalt de regels en hoe wordt daarop ingegaan

kunnen echter zeer goed gecombineerd worden met de eerdergenoemde principes uit de leertheorie.

Een derde kader waaruit geput kan worden is dat van de gestalttherapie.

Ook in directieve therapie is het soms wenselijk dat cliënten tot een dieper bewustzijn komen over zichzelf.

Dat kan betrekking hebben op ervaringen uit het verleden.

Het gebruik van gestalttherapeutische technieken en regels kan daarvoor een probaat middel zijn dat past binnen de directieve benadering.

Een vierde - voor mij - belangrijk kader wordt gevormd door de sociale psychologie, met zijn vele onderzoeken op het gebied van de attributie en zelfperceptietheorie.

Het zou - gezien het onderwerp van vandaag - te ver voeren om op deze kaders afzonderlijk dieper in te gaan.

Ik zou alleen nog willen stellen dat dit rijtje enigszins arbitrair en niet uitputtend is.

67

Sommigen zullen bijv. de culturele anthropologie of de psychoanalyse erbij willen opnemen.

Ik heb hier alleen de voor mij meest belangrijke kaders willen noemen.

Tot zover de directieve therapie in het algemeen.

Dan wil ik nu ingaan op de manier waarop men cliënten kan motiveren *zich open te stellen voor verandering.*  
~~voor therapie en voor directieve therapie in het bijzonder.~~

Ik zou de daarvoor te gebruiken strategieën en technieken willen indelen in verschillende categorieën, en wel op basis van twee dimensies.

dia III  
categoriekeën-  
motiverings-  
technieken

De eerste is een dimensie "algemeen-specifiek". Sommige motiverings-technieken, -tactieken, -strategieën zoals men het noemen wil, zijn van vrij algemene aard en hebben de functie om cliënten te motiveren voor de therapie in z'n totaliteit.

Ik denk dat een groot deel van de daarin genoemde principes ook gehuldigd worden door aanhangers van de vandaag eerder aan bod gekomen stromingen.

Daartegenover staan een aantal technieken en tactieken die tot doel hebben om de impact van specifieke interventies te vergroten.

Om bijv. te zorgen dat cliënten de feedback van de therapeut accepteren, of om de kans te vergroten dat de cliënten afgesproken huiswerk-

opdrachten uitvoeren.

Dat is de eerste dimensie.

De tweede dimensie heeft betrekking op het soort aanpak.

Daarbij zou ik het willen hebben over congruente versus paradoxale manieren van motiveren.

Wanneer de therapeut rechtstreeks - je zou kunnen zeggen 'op eerlijke wijze' - datgene uitlegt wat hij van zijn cliënten verwacht en waarom hij dat belangrijk vindt dan noemen we dat een congruente manier van motiveren.

Weg

Een congruente motiveringstechniek is bijv. het precies uitleggen wat er in de therapie gaat gebeuren, of het geven van hoop aan een cliënt, dat wanneer er op een bepaalde manier gewerkt wordt de kans op succes vrij groot zal zijn.

Daartegenover staan meer judo-achtige, paradoxale motiveringstechnieken die soms nodig zijn wanneer cliënten de neiging hebben om juist in te gaan tegen alles wat de therapeut - of gezinsleden - voorstellen.

In dat geval zal de therapeut ervoor moeten waken om een al te optimistische kijk op de problemen te ventileren.

niet aan de cliënt gaan trekken

Hij kan dan beter ~~een judo-achtige houding aannemen~~ en meer paradoxale

6.9

motivatietechnieken gebruiken.

Ik wil er nu niet te diep op ingaan. Ik wilde nu alleen het raamwerk schetsen, waarbinnen de verschillende motivatietechnieken die we zullen gaan bekijken, gepast kunnen worden.

Laten we beginnen met de eerste categorie: congruente technieken, die tot verhoogde motivatie voor de therapie in zijn totaliteit leiden. Deze technieken zijn extra belangrijk voor die cliënten die niet vertrouwd zijn met het fenomeen "psychotherapie".

Rabkin (1977) noemt - in zijn boek 'Strategic therapy' - het principe van 'hoop'-geven aan de patiënt als een essentiële motivatietechniek.

Het is motiverend voor patiënten om te merken dat hun somberheid en uitzichtloosheid misschien niet helemaal terecht zijn en dat er inderdaad mogelijkheden zijn voor hun om te veranderen, om iets aan hun situatie te doen en om te genezen.

Dat creëren van hoop in de beginfase van de therapie, kan gebeuren door het positief etiketteren - waar we het al eerder over gehad hebben - maar het gebeurt ook door het doorvragen naar kwaliteiten, van patiënten.

Dus niet alleen concentreren op datgene wat cliënten niet kunnen.

Door bijv. te vragen naar de manieren waarop de cliënt in het verleden al zelf heeft geprobeerd de problemen aan te pakken, komt men misschien

Dia IV  
Congruent/  
algemeen

op nieuwe wegen, die aansluiten bij wat de cliënt bij zichzelf al als mogelijke oplossing vermoedt.

Hoop en vertrouwen in een mogelijk goede afloop van de therapie wordt ook vergroot door het zelfvertrouwen dat de therapeut ten toon spreidt: Het vertrouwen van de therapeut in zijn eigen mogelijkheden en het prestige dat hij uitstraalt.

~~Dat zijn natuurlijk subtiele dingen die niet gemakkelijk in regels te vangen zijn.~~

~~Op wat voor manier kan een therapeut vertrouwen uitstralen? Op wat voor manier creëert hij prestige?~~

~~Sommigen zullen dat misschien proberen door statussymbolen aan de muur te hangen.~~

~~Rabkin noemt het voorbeeld van een arts, die in zijn spreekkamer op subtiele wijze via een foto aan de muur liet merken, dat hij ooit Jeek Kennedy behandeld had.~~

~~Ik denk dat velen van ons dit een wat doorzichtige en onsympathieke manier zullen vinden.~~

~~Het kan echter ook anders /~~ bijv. door de cliënt rustig tegemoet te

treden en geen genoegen te nemen met vage klachten maar deskundig door

72/

te vragen.

Aldus stimuleren om specifiek te worden is op zich ook al weer een motiverende factor, wanneer een cliënt merkt dat hij daardoor op een nieuwe manier over zijn klacht gaat praten en er zelf ook meer inzicht in begint te krijgen.

Hoop en positieve verwachting wordt natuurlijk vooral bewerkstelligd als de cliënten in de beginfase van de therapie ervaren dat er iets in hun situatie verandert.

In een individueel gesprek kan dat bestaan uit de ervaring dat dingen al duidelijk worden; of dat zij anders tegen zichzelf aankijken.

Bij een eerste gezinsgesprek kan het bijv. voorkomen dat gezinsleden al ervaren dat er anders gepraat wordt dan thuis.

- dat men specifiekere tegen elkaar is;
- dat er door sommige gezinsleden, die anders niet met elkaar communiceren, rechtstreeks gesproken wordt;
- dat er - bij conflicten - mogelijkheden zijn om tot compromissen te komen.

Dit zijn allemaal motiverende factoren die de hele geneigdheid om inzet te vertonen zullen vergroten, als een congruente aanpak is geïndiceerd.



Een ander soort algemeen principe kennen we onder de - door Minuchin (1973) geïntroduceerde - term, invoegen.

Het daarmee bedoelde aansluiten bij cliënten houdt in:

- dat de therapeut klachten die de cliënten brengen accepteert;
- dat hij interesse toont voor de cliënten door in te gaan op

dingen die misschien niet rechtstreeks met de therapie te maken hebben, zoals bijv. hobby's.

Een aardig voorbeeld hiervan maakte ik pas nog mee in een eerste gezinsgesprek waarbij het moeilijk was geweest de vader te motiveren om mee te komen

Het ging om z'n zoontje en hij vond niet dat hij daar iets mee te maken had.

Nadat de vrouw over de telefoon was geadviseerd hoe zij haar man kon bewegen om in ieder geval bij het eerste gesprek aanwezig te zijn, was hij inderdaad gekomen.

Hij kwam nors en dwars - duidelijk onder protest - binnen.

In de therapieruimte stond - wegens gebrek aan geschikte ruimte elders - een nieuwe racefiets.

Wat bleek?

De man was oud-wielrenner en raakte helemaal opgewonden bij het zien van dit aardig fietsje.

Nadat we 5 minuten over fietsen hadden gepraat was het ijs

gebroken en had ik ook als therapeut genoeg 'credit' om over de problemen in het gezin te mogen praten.

Uiteraard is dit een <sup>niet dagelijks</sup> ~~wat extreem~~ voorbeeld.

Maar het ingaan op de interesses, het werk, de hobby's, de school waar cliënten op zitten, en - waar mogelijk - te laten blijken er iets vanaf te weten, vergroot in ieder geval het contact met de cliënten, en daarmee de motivatie voor de therapie.

De benadering, die hierop gebaseerd is, is tegengesteld aan het door sommigen gehanteerde principe om tijdens een therapie zoveel mogelijk afstand te bewaren, en vooral niet over eigen interesses, hobby's, etc. te praten.

Motiverend is het ook wanneer cliënten een duidelijk beeld krijgen van wat ze in de therapie te wachten staat.

Dit houdt in dat de therapeut niet bang is in het begin al zijn werkwijze te étaleren en probeert aan het einde van een eerste zitting een voorlopig behandelingscontract aan te bieden.

Daarbij is een zekere beperking wel nodig. Al te veel - droge - informatie kan juist demotiverend werken.

Daarom moet de informatie over de therapie aansluiten op wat zij in de eerste zitting ervaren hebben.

Wanneer we terugblikken op de genoemde algemene congruente motiverings-technieken dan zien we, dat ze waarschijnlijk kenmerkend zijn voor goede therapeuten, tot welke stroming zij ook behoren.

Ik denk daarbij aan een door Jerome Frank (1975) geciteerd onderzoek waaruit blijkt dat tussen de stromingen de verschillen in therapie-resultaten slechts gering zijn.

Maar dat wel belangrijk is in hoeverre de therapeuten voldoen aan dit soort a-specifieke variabelen, waarbij dan vooral het vertrouwen in eigen kunnen, en het kunnen geven van hoop aan de cliënten essentieel is.

Misschien is het specifieke van directieve therapie wel dat niet alleen met deze congruente benaderingen wordt volstaan.

Een kenmerk van directieve therapie is immers dat wordt ingezien, dat voor sommige cliënten ~~juist~~ een positieve congruente benadering juist helemaal geen gunstige uitwerking heeft.

Schuld → Strafbarkeit  
wie CPW

Wat zijn dat voor cliënten waarbij het schetsen van hoop en het geven van uitleg en conclusies geen positief effect sorteert?

Die vraag is natuurlijk niet in enkele minuten te beantwoorden.

Maar ruw gezegd, zou ik 3 categorieën willen noemen.

Ten eerste

Eenzijds de cliënten die al geruimere tijd gewend zijn aan hun

- chronische - klachten en daar een behoorlijke hoeveelheid ziekte winst
- in de vorm van aandacht - aan ontleen.

Ten tweede, cliënten met loyaliteits- en idiosyncrasieën in het systeem. Bijv. een kind dat door zijn agressieve symptomen ~~de therapie~~ niet goed probeert bij elkaar te houden.

Anderzijds de cliënten die echt wel willen veranderen, maar tegelijkertijd

Ten derde

de autoriteit van de therapeut niet wensen te aanvaarden en geneigd

zijn met de therapeut een machtsstrijd aan te gaan en eigenlijk ~~want~~

van hem therapeut wel graag willen winnen.

Volgens Haley is dit de grootste categorie van alle patiënten en wordt

bijna elke therapeutische relatie hierdoor gekenmerkt.

Hoewel ik het daar bepaald niet mee eens ben, zullen we toch allemaal moeten

toegeven dat er een hoop cliënten zijn waarbij dit wel degelijk het

geval is.

Voor dat soort cliënten zijn de hierbovengenoemde congruente benaderingen

nauwelijks zinvol.

Dat geldt uiteraard niet helemaal voor alle aspecten daarvan.

Maar zeker is het geven van hoop, het noemen van positieve zaken,  
en het doorgaan op de positieve kwaliteiten van de cliënten dan  
uit den boze.

dia 1  
judo-achtige  
motivatie-  
technieken

We komen hiermee terecht in een tweede categorie van motiveringstechnieken:  
algemene interventies van judo-achtige aard.

Wat houdt dat judo-achtige in?

In het kort komt het erop neer, dat de therapeut wel uitleg kan geven.

Hij kan ook de klachten preciseren.

Maar het is dan bepaald onverstandig om hoop te schetsen, of positieve  
conclusies te geven.

De therapeut doet integendeel juist somber over zijn eigen mogelijkheden  
in combinatie met de zwaarte van de klachten.

De vraag is natuurlijk hoe je bepaalt of je voor een dergelijke  
motiveringstactiek moet kiezen, of voor de andere.

Uiteraard is ook deze vraag niet in een kort tijdsbestek afdoende te  
beantwoorden. Maar ik wil ~~er~~ <sup>toch proberen en</sup> iets over zeggen.

Als je iets positiefs zegt over de cliënt en hij reageert onmiddellijk  
met iets als 'nee hoor, dat is waardeloos', dan is dat een indicator  
dat een congruente houding niet veel zal opleveren.

Gebeurt dat een paar keer, dan denk ik dat de therapeut er goed aan doet een judo-achtige houding aan te nemen.

Hetzelfde geldt wanneer cliënten bijv. zeggen dat ze geen vertrouwen hebben in de therapie; dat ze wel komen maar dat ze niet denken er beter van te zullen worden.

Het lijkt me dan niet verstandig om die cliënten ervan te overtuigen dat dat wel zo kan zijn.

Het is dan beter om onmiddellijk met deze zienswijze "mee te gaan":

- onmiddellijk te zeggen dat je het zelf ook heel somber inziet;
- dat de kans op succes waarschijnlijk inderdaad heel klein is;
- dat je zelfs overweegt om er helemaal niet aan te beginnen maar

dat als de cliënt het graag wil, dat je dan toch wel enkele zittingen wil afspreken om het in ieder geval te proberen.

Het voordeel van deze benadering is, dat de therapeut ervoor zorgt dat de cliënt zijn oude spel - aan zich laten trekken - niet meer kan spelen.

Integendeel, hij moet nu zelf aan de therapeut gaan trekken, waardoor deze cliënt juist meer gemotiveerd zal worden.

Een voorbeeld zien we bij een vrouw, die al 10 jaar last had van trillende handen, waardoor ze niet in aanwezigheid van anderen iets durfde te tekenen of vast te pakken.

In het eerste gesprek liet zij niet na de therapeut steeds te vertellen dat ze de therapie eigenlijk helemaal niet zag zitten en totaal geen vertrouwen had in de mogelijkheden.

Hoemeer de therapeut zijn somberheid aanpaste aan de hare, en haar daarin zelfs ging overtreffen, des te meer positieve kanten zij zelf begon te noemen.

Tot zover over de judo-houding, die ook wel 'siding with the resistance' wordt genoemd, als motiveringstechniek voor <sup>- o.a. -</sup> "weerbarstige cliënten".

dia VI  
congruent  
specifiek

Dan stel ik voor om nu weer terug te gaan naar congruente motiverings-technieken, maar dan wel meer specifiek van aard.

Ik zou daar een tweedeling in willen maken.

Ze kunnen betrekking hebben op interventies tijdens een zitting, of op huiswerk dat buiten de zitting effect moet sorteren.

Wat de eerste categorie betreft - de interventies tijdens de therapie-  
zitting - denk ik bijv. aan herinterpretaties <sup>en hercoderingen</sup>, waardoor mensen anders tegen zichzelf en tegen problemen aankijken.



Bijv. het positief etiketteren, de problemen in een gunstige context plaatsen.

Als de therapeut dat beoogt, dan is het essentieel dat de cliënt

- als het ware - gemotiveerd wordt om in de interpretatie van de therapeut te geloven. Ik zal een voorbeeld geven.

Een vrouw was opgenomen in een PAAZ, wegens depressie, waarvoor zij vrij veel medicatie had gekregen.

Na 6 weken besloot het team om de echtgenoot bij de behandeling te betrekken, aangezien de vrouw de indruk had gegeven dat angst voor haar man - en onbegrip van die kant - belangrijke factoren waren.

De man weigerde aanvankelijk te komen.

Na enig aandringen kwam hij dan toch, tierend, scheldend en met de vuisten zwaaiend binnen: "Het was een schandaal, schoften waren het, om zijn vrouw zo vol pillen te stoppen. Ze moest onmiddellijk mee naar huis. Dan zou alles gewoon goed zijn. Praten had totaal geen zin".

De therapeut liet de man volledig uitrazen, vroeg zelfs door naar diens klachten over de staf. Na ongeveer een kwartier, toen er een stilte viel vroeg hij:

"Wilt u nu iets van mij horen?"

De man mompelde een onverstaanbare instemming. De therapeut zweeg weer even,

waarbij hij de man aankeek, en vervolgde:

"U zult het wel vreemd en verrassend vinden wat ik

ga zeggen, maar ik ben heel erg blij met wat u zegt.

De meeste echtgenoten van patiënten hier willen

juist dat er meer pillen verstrekt worden. Dat vinden

ze makkelijk. Van u merk ik dat u enorm betrokken

bent, bij wat er met uw vrouw gebeurt en dat u bereid

bent voor haar herstel te knokken.

Ik wil dat helemaal steunen, maar dan zult u mij

moeten helpen. Die vermindering van pillen krijg ik

er alleen maar door als we iets kunnen doen aan de

voorbereiding en opvang van het naar-huis-gaan.

Bijv. door gezamenlijke gesprekken met uw vrouw, uzelf

en mij te hebben.

Ik zou u willen vragen daaraan mee te werken."

Ik wil hier nu niet uitweiden over de inhoud van deze formulering en ook niet over de uitwerking.

Ik wil alleen de nadruk leggen op de manier waarop de therapeut deze interventie tot stand bracht.

Essentieel was dat hij de man eerst volledig liet uitpraten, en hem

de man  
vervolgens liet verklaren dat hij wel een reactie van de therapeut wilde.

Door lange stiltes, langzaam praten en dramatiek in de stem te leggen

werd verder voor een zo groot mogelijke - motiverende - impact gezorgd.

~~Daar moet de tijd voor genomen worden en het gewicht ervan moet worden~~  
benadrukt.

Belangrijk is ook dat de therapeut - wanneer hij probeert inzicht te verschaffen - zoveel mogelijk aansluit bij het taalgebruik van zijn cliënten.

Een <sup>veel</sup> ~~prachtig~~ voorbeeld daarvan wordt gegeven door van der Velden & van Dijck (1977<sup>5</sup>).

Het gaat om een hyperventilerende, debiele cliënt, aan wie uitgelegd moet worden wat er eigenlijk met zijn ademhaling mis is en wat dat allemaal tot gevolg heeft.

De therapeut komt op het <sup>clearde</sup> ~~briljante~~ idee om de klachten en het gehele proces van hyperventilatie te vergelijken met de gevolgen van een verkeerde samenstelling van het mengsel van lucht en benzine in de brommer van de patiënt.

Uitleg en gewicht geven aan feedback is een belangrijk element in het motiveren bij specifieke interventies.

Soms heeft het motiveren echter niet betrekking op iets wat tijdens de zitting verteld wordt, maar is het vooral nodig om cliënten te bewegen

om een congruente opdracht uit te voeren. Daarbij geldt voor een belangrijk deel hetzelfde:

Aansluiten bij de taal van de cliënt, en benadrukken van het gewicht door middel van dictie en dramatiek.

Een veel voorkomende fout bij het geven van opdrachten is dat de therapeut probeert ze te verkopen door ze als iets gemakkelijk voor te stellen.

Dat is juist démotiverend. De cliënt krijgt dan eerder een gevoel van: dat is iets wat iedereen wel kan, en zijn eergevoel wordt totaal niet geprikkeld.

Over het algemeen is het beter om een opdracht te introduceren met een tekst als: "ik ga u nu iets vragen te doen, maar dat is best wel moeilijk, en ik vraag me af of het niet te zwaar is. Dus gaat u er rustig over nadenken of u dat wel wilt doen of niet".

Dan volgt de uitleg en een periode waarin de cliënt kan nadenken.

Nu heeft de cliënt het idee dat als hij "ja" zegt, dat hij dat doet tegen iets wat zijn zelfrespect vergroot.

(1977\*)  
Van der Velden & van Dijck drukken het kernachtig uit: "als je iets gaat doen wat iedere klungel zou kunnen doen, dan zou dat niet bepaald motiverend zijn, maar als je iets gaat doen waarvan de therapeut het

aannemelijk maakt dat het een soort uitdaging is, dan wordt het aantrekkelijk om dat te doen.

Conclusie: de taak extra zwaar voorstellen en nadrukkelijk om medewerking vragen, is vaak een goede manier om mensen te motiveren een huiswerk-

afpraak aan te gaan en na te komen.

Het is ook motiverend wanneer cliënten wijzigingen kunnen aanbrengen in de voorstellen van de therapeut, zodat het een beetje hun eigen opdracht wordt.

En dan zou ik nu willen overgaan tot de laatste categorie van motiverings-

technieken: specifieke judo-achtige ~~of paradoxale~~ manieren van motiveren.

Ook hierbij - evenals bij de algemeen judo-achtige interventies - gaat

het vaak om cliënten die geneigd zijn een strijd met de therapeut aan te gaan en graag van hem willen winnen.

Wil men dan dat een opdracht op een bepaalde manier toch wordt uitgevoerd,

dan zal men daar specifieke motiveringstechnieken voor moeten gebruiken.

Eén zeer fraaie motiveringstechniek is gebaseerd op het keuze-principe

dat in eerste instantie door Erickson & Rossi (1975) is genoemd.

Het keuze-principe komt erop neer dat men meerdere benaderingen - met verschillend huiswerk - aanbiedt.

Je zegt niet: 'ik zou voorstellen om dit of dit de komende week te gaan

doen'. Maar je zegt: "Er zijn 2 aanpakken, en ik zou u willen vragen

erover na te denken welke van de twee u het meest geschikt lijkt.

di VII  
specifiek &  
judo

Er zijn maar weinig cliënten die zich op zo'n moment realiseren dat er nog een 3e mogelijkheid is, nl. om geen van beide te kiezen.

Soms kunnen de benaderingen sterk verschillen. Men kan een cliënt bijv. laten kiezen tussen een relatief langzame aanpak waarbij stap-voor-stap gewerkt wordt, of een snellere aanpak met bijv. symptoomvoorschrijving.

Soms zijn het alleen maar 2 formuleringen van hetzelfde principe, waarbij alleen beoogd wordt dat de cliënt het idee heeft dat hij bepaalt wat er gebeurt.

In zo een geval kan men het zien als een judo-achtige manier van motiveren.

Men kan een cliënt ook de keuze geven in verschillende tijdstippen:

Dit en dat zou u doen, maar u moet zelf bepalen wanneer u daar aan toe bent. Dat zal ongetwijfeld niet nu al zijn, dus denkt u erover na wanneer u dat zou willen doen.

Komt hij dan een week later terug met de mededeling dat hij het inderdaad nu gaat uitvoeren, dan is dat toch zijn beslissing geweest en niet de beslissing van de therapeut.

Bij cliënten waarbij een dergelijke judo-achtige manier van motiveren is geïndiceerd, is het geven van al te veel uitleg en het benadrukken van het belang juist vaak minder gunstig dan in eerdergenoemde gevallen.

Soms is het dan het beste om de mogelijkheid van de interventie alleen terloops aan te stippen, door iets te zeggen als: "oh, ik had een familie-lid die zat ook met zo'n probleem. Die heeft dit en dat gedaan, maar dat lijkt mij voor u niet zo erg geschikt".

Daarna zwijgt de therapeut en gaat over op een ander onderwerp.

Er bestaat dan een mooie kans dat de cliënt later in de therapie erop terugkomt: 'die neef van u, waar u het toen over hebt gehad, hoe is dat afgelopen? Zou dat niet iets voor mij zijn''

Afhankelijk van hoe de verhouding precies ligt, kan het dan nodig zijn om het nog een tijdje af te wimpelen tot de therapeut zich eindelijk gewonnen geeft en de cliënt de gelegenheid krijgt zichzelf deze opdracht toe te dienen.

Bij cliënten die nogal geneigd zijn om de strijd aan te gaan en niet graag willen accepteren wat de therapeut adviseert, kan het soms nodig zijn om een situatie zwaarder te etiketteren dan die in werkelijkheid is:

Dat is de tegenhanger van het positief etiketteren dat voor de meeste cliënten zo motiverend is.

Voor cliënten die daarop echter vooral reageren met diskwalificaties,



kan het juist goed zijn om een situatie zeer zwart te schilderen.

Ik heb daar al eerder een voorbeeld van gegeven toen het ging om de algemene houding in dat soort situaties, maar het kan ook bij specifieke interventies nodig zijn.

Zo schetst Hoogduin (1982) in een aantal voorbeelden hoe hij bij de behandeling van psychotische patiënten - in gezinsverband - aan bepaalde opdrachten een hele preek laat vooraf gaan waarin hij voorspelt hoe slecht het wel met de psychoticus - de aangemelde patiënt - zal aflopen als <sup>deze</sup> ~~hij~~ en de gezinsleden alles maar op z'n beloop laten.

Wc4

Een heel ander voorbeeld zien we ook bij Erickson (19..) die een jongetje met "kwaadaardige" aanvallen in behandeling kreeg. Hij gaf de moeder de merkwaardige opdracht om een dag lang op haar zoontje te gaan zitten.

Daaraan voorafgaand schetste hij uitvoerig hoe het jongetje voor galg en rad zou opgroeien; hoe hij misschien wel in de gevangenis zou terecht komen, enz.

Ik geloof dat dit een wat extreem voorbeeld is. Zeker niet replicerbaar voor de dagelijkse praktijk van de meesten van ons.

Maar het geeft wel een indruk van de mogelijkheden die er zijn, van het negatieve etiketteren.

Ik wil nu niet al te lang over negatief etiketteren uitweiden. Het lijkt me ook niet een strategie waartoe men al te snel moet overstappen.

En wanneer het werkelijk nodig is, lijkt het me verstandig om extra voorzichtigheid te betrachten, in die zin dat betrekkelijk snel van het negatieve etiket afgestapt kan worden om dan weer over te kunnen gaan op een meer positieve benadering.

Dia III  
categorieleën

Ik heb nu 4 soorten motiveringstechnieken genoemd, voor directieve therapie in het algemeen.

Ik zou echter geen recht doen aan de titel van deze voordracht wanneer ik niet ook sprak over specifieke eisen van motiveringstechnieken in gezinstherapie.

Met name wil ik het daarom nog hebben over de vraag: 'hoe motiveert men - bij een individuele aanmelding - het gezin om deel te nemen aan de behandeling?'

Iemand belt bijv. op omdat hij last heeft van slapeloosheid, concentratieverlies en moeilijkheden op zijn werk. Hij is geregistreerd als oorlogsslachtoffer.

De therapeut staat voor de keus: eerst één of meer gesprekken hebben met de man alleen, en op een gegeven moment voorzichtig kijken of hij de

andere gezinsleden erbij kan gebruiken, of zal hij meteen aandringen op een eerste gesprek met het gehele gezin.

Ik ben - met bijv. Haley<sup>(1977)</sup> en Selvini Palazzoli<sup>(1977)</sup> - van mening dat het uitermate belangrijk is, dat de therapeut juist bij het eerste gesprek alle gezinsleden uitnodigt en ook motiveert om te komen.

Daardoor wordt het mogelijk om van begin af aan te taxeren hoe de gezinssituatie is:

- in hoeverre de klacht van de aangemelde patiënt een functie heeft binnen het gezin;
- welke invloed die klacht heeft op de andere gezinsleden;
- en welke hulpbronnen er zijn in het gezin.

Besluit men pas later tot die gezinssessies, dan worden dat vaak zeer moeilijke gesprekken, omdat er dan al een bepaalde band is met de aangemelde cliënt.

De verhouding tussen hem en de therapeut speelt door in de gesprekken met de andere gezinsleden. Bovendien zijn sommige onderwerpen al uitvoerig besproken en kunnen niet gemakkelijk opnieuw behandeld worden. Je ziet dan ook niet hoe de andere gezinsleden daarop reageren.

Kortom: het worden vaak moeizame en minder vruchtbare gesprekken.

Daarom is het noodzakelijk om het allereerste gesprek te hebben met de zo grootst mogelijke relevante eenheid.

Hoe krijg je een cliënt, die het daarmee niet eens is, zo ver om zijn gezinsleden te bewegen toch mee te komen?

Uiteraard zijn niet alle gevallen - wat dat betreft - gelijk. Sommige cliënten zijn meteen zeer tevreden wanneer je zegt: 'ik wil daar nu liever niet over praten, nu niet dieper ingaan op uw klachten, omdat ik eerst een gesprek zou willen hebben waarbij uw partner en de kinderen ook aanwezig zijn'.

Die cliënten zijn soms blij, omdat ze daardoor het idee hebben minder geïsoleerd te zijn.

Dat is één categorie en daar is weinig motiveringstechniek bij nodig.

In de meeste gevallen echter stuit men wel op weerstand. Soms wil men nog de partner meebrengen maar niet de kinderen. Soms wil men liever helemaal alleen komen.

Hoe kan men iemand nu het beste motiveren voor een gezinsgesprek?

Ten eerste is het belangrijk dat men uitleg geeft. Daarbij dient men niet te vergeten er de nadruk op te leggen, dat men niet de anderen als

Dia VIII  
voor  
gezin-  
gesprekken

óorzaak ziet, en dat ze daarom mee zouden moeten komen. Maar dat men de anderen erbij wil hebben om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen.

Iemand met problemen, die in gezinsverband woont, heeft ongetwijfeld invloed op de anderen en ondergaat op zijn beurt de invloed van de anderen.

Alvorens de behandeling te starten is het van belang om te weten hoe dat precies in elkaar zit.

Deze uitleg is soms al genoeg om cliënten zover te krijgen dat zij de gezinsgenoten meevragen.

Een tweede punt dat men kan benadrukken is, dat het maar om één zitting gaat.

Dat het zeer wel mogelijk is, dat er na de taxatie-zitting geen gezinsgesprekken meer nodig zijn:

Dat men dan alleen met de aangemelde cliënt verder gaat, of in een andere samenstelling.

Gezinsleden verplichten zich dus tot niets door bij het eerste gesprek aanwezig te zijn. Dit maakt de drempel in ieder geval lager.

Het motiveren voor eventuele verdere gezinsgesprekken gebeurt tijdens dat eerste gesprek. Wanneer de cliënten merken dat het zinnig is zal dat niet zo moeilijk vallen. Is dat niet het geval dan hebben zij misschien gelijk

dat ze wegblijven. Kwaliteit hoort immers ook in de psychotherapie het meest belangrijke verkoopargument te zijn.

Soms hoort men van aanmelders het bezwaar dat zij wèl hun familieleden willen meevragen, maar dat ze weten dat één - of meerdere - familieleden daar geen gehoor aan zullen geven.

In zo'n geval is het aan te raden om met degene die zich aanmeldt, door te spreken wat precies de bezwaren zouden zijn, en dan een soort rollenspel met de aanmelder te doen: Voorspelen hoe hij het beste aan zijn gezinsleden kan vragen om toch voor één keer mee te komen.

Vaak zal de nadruk er dan op liggen dat de cliënt de anderen vraagt of zij voor één keer als hulp mee willen komen, omdat de therapeut dat beslist nodig heeft; Of zij hem deze vriendendienst willen bewijzen.

Tegen een dergelijke formulering blijken weinig gezinsleden bestand te zijn. In sommige gevallen gebeurt echter dit: de cliënt vraagt de gezinsleden om te komen en belt dan op en zegt: 'die of die wil toch niet mee-komen'.

Als het na doorvragen erop lijkt dat het inderdaad niet aan de cliënt heeft gelegen kan men hem vragen om de betrokkene te verzoeken de therapeut zelf op te bellen. Vaak blijkt dan dat de bezwaren van dat gezinslid toch

niet zo groot zijn en dat de aangemelde cliënt wat al te gemakkelijk  
genoegen heeft genomen met een lichte afwijzing.

Soms blijkt zelfs dat hij het helemaal niet heeft gevraagd.

Ik merk dat ik bijna de meest fundamentele voorwaarde vergeet te nemen,  
motiveren in dit opzicht  
die voor het ~~slagen van motiveringstechnieken~~ noodzakelijk is:

de vaste overtuiging van de therapeut dat het terecht is dat hij dit aan  
zijn - potentiële - cliënt vraagt.

Dat men niet te snel zegt: "o.k. kom dan maar alleen".

Wanneer de therapeut in zijn houding overtuiging uitstraalt, is het voor  
de cliënt meer relevant om mee te gaan, dan wanneer hij aan aarzelingen en  
stembuigingen, etc. merkt, dat hij de therapeut wel plat kan krijgen  
voor een individueel gesprek.

Ook hier geldt weer dat zelfvertrouwen en vertrouwen in het goede verloop  
bepalend is voor de uiteindelijke afloop.

Ook hier kun je weer spreken van een selffulfilling prophecy: Therapeuten,  
die verwachten dat hun cliënten meegaan in hun benadering zal het zelden

overkomen, dat het niet gebeurt. Therapeuten die zelf twijfels hebben of het wel zal lukken, zullen vaak geconfronteerd worden met situaties waarin zij hun aanmelder niet kunnen overtuigen van het belang om hun gezinsleden mee te nemen.

We komen nu aan het einde van deze voordracht.

Ik hoop dat duidelijk is geworden dat in directieve gezinstherapie geen sprake is van een aantal vaste motiveringstechnieken die men bij alle cliënten onder alle omstandigheden gebruikt.

Ik hoop dat het duidelijk is dat het in tegendeel zo is, dat er een verscheidenheid aan - soms zelfs tegenstrijdige - technieken bestaat, die gebruikt worden afhankelijk van de verhouding met de cliënt, van het soort klachten, en van de fase waarin de therapie zich bevindt.

~~Ik geloof dat het steeds rekening houden met de uniciteit van de verhouding "therapeut / cliënt" het belangrijkste kenmerk van directieve therapie is.~~

Met bewust combineren van dergelijke principes en technieken met verschillende theoretische kaders is misschien wel het belangrijkste kenmerk van directieve therapie.

-----



Referenties

Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1975): Varieties of the double bind.  
Amer.J.clinical Hypnosis, 17, 143-157.

Frank, J.D. (1976): Psychotherapy and the sense of mastering. In: Spitzer & Klein (Eds): Evaluation of psychological therapies. John Hopkins Univ. Press Baltimore.

Haley, J. (1978): Problem solving therapy. Jossey Bass.

Hoogduin, C.A.L. & T. Druyf (1980): Directieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen. In: K.van der Velden (red.) Directieve Therapie-II. van Loghum Slaterus, Deventer. (In druk)

Minuchin, S. (1973): Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht.

Rabkin, R. (1977): Strategic therapy. Basic Books, N.York.

Selvini Palazzoli M. (red.) (1979): Paradox en Tegenparadox. Samsom, Alphen aan de Rijn.

Velden, K.van der & R.van Dijck (1979a): Wat is directieve therapie? In: K.van der Velden (red.) Directieve Therapie-I. Hfdst.1. van Loghum Slaterus, Deventer.

Velden, K.van der & R.van Dijck (1979b): Motiveringstechnieken. In: K.van der Velden (red.) Directieve Therapie-I, van Loghum Slaterus, Deventer.

9.6

## I. KENMERKEN VAN DIRECTIEVE THERAPIE

1. De therapeut is *geneigd* richtlijnen, adviezen en opdrachten te geven.
2. In directieve therapie wordt het aantal zittingen zo kort mogelijk gehouden.
3. Expliciet formuleren van therapie-doelen.
4. Nadruk op positief etiketteren.
5. Pragmatisme of eclecticisme.

97

## II. THEORETISCHE KADERS VOOR DIRECTIEVE THERAPIE

1. Leertheorie (gedragstherapie).
2. Communicatie- en systeemtheorie.
3. Gestalttherapie.
4. Sociale psychologie / attributietheorie.

III. CATEGORIEËN VAN MOTIVERINGSTECHNIEKEN

	Algemeen	Specifiek
Congruent	a	c
Paradoxaal	b	d

66

#### IV. CONGRUENTE ALGEMENE MOTIVERINGSTECHNIKEN

1. Het geven van hoop
  - positief etiketteren
  - doorvragen naar kwaliteiten
  - belonen van inbreng van cliënten
  - zelfvertrouwen therapeut
  - deskundig doorvragen
  - veranderingen in beginfase
2. Het invoegen
  - accepteren van klachten
  - doorvragen over interesses
3. Duidelijk beeld geven van de therapie
  - étaleren werkwijze
  - voorlopig behandelingscontract

207

V. ALGEMENE JUDO-ACHTIGE MOTIVERINGSTECHNIEKEN

- weinig hoop
- somberheid troef
- twijfels over zinvolheid van de therapie

## VI. CONGRUENTE SPECIFIEKE MOTIVERINGSTECHNIEKEN

### 1. Feedback

- langzaam, nadruk, dramatiek
- aansluiten taalgebruik

### 2. Huiswerk

- aansluiten taalgebruik
- benadrukken moeilijkheid
- zoveel mogelijk gezinsleden erbij betrekken

202

VII. JUDO-ACHTIGE SPECIFIEKE MOTIVERINGSTECHNIKEN

1. Keuze principe
2. Terloops
3. Indirect
4. Negatief etiketteren



203

## VIII. MOTIVEREN VOOR GEZINSGESPREKKEN

1. Uitleg
2. Eén zitting
3. Rollenspel
4. Eigen overtuiging van noodzaak

104

Behandeling van een twaalfjarig meisje met een inspiratoire  
gil-tic.

Dick Oudshoorn

Marijke wordt door een keel-neus-en oorarts naar de kinderpsychiater verwezen vanwege een hardnekkige, oorverdovende, bloedstollende kreet bij inademing, altijd ingeleid door een hik. De plotselinge ijselijke kreten zijn twee straten verder te horen en zijn op school dermate onverdragelijk, dat Marijke naar huis is gestuurd tot ze verdwenen zijn. Ze is er nog voor in het ziekenhuis opgenomen geweest, waar lichamelijk onderzoek niets aan het licht heeft gebracht. Een jaar eerder is de klacht ook al eens opgetreden, maar toen spontaan binnen enkele weken overgegaan. Nu echter blijft hij aanhouden.

Marijke blijkt een vrolijke en goedlachse meid te zijn, met een pycnische, tamelijk corpulente lichaamsbouw. Terwijl ze gezellig zit te babbelen laat ze af en toe een verschrikkelijke gil horen, die door alle muren heen dringt en waar een 'toehoorder' niet aan kan wennen. Na de kreet (die meestal circa vier seconden duurt) babbelt ze verder of er niets gebeurd is. Ze zegt er geen hinder van te hebben, behalve dat ze het jammer vindt dat ze nu niet naar school mag. Ze zit in de brugklas Gymnasium en kan erg goed leren. Ze heeft veel vriendinnetjes en vriendjes.

Vader is legerofficier en past qua opvattingen het best bij D66; hij is achter in de vijftig en leeft op gespannen voet met zijn collega's en ondergeschikten, die veel rechtser zijn - hij is wat zijn werk betreft gedesillusioneerd. Moeder is een tobberige vrouw, die wegens 'chronische migraine' al jarenlang bij een zenuwarts onder behandeling is. Er zijn drie kinderen: een dochter van 22 jaar met een erg neurotische voorgeschiedenis, een zoon van 17 jaar die in de zesde klas van het Atheneum zit en zonder problemen functioneert en dan Marijke, door moeder een 'nakomertje' genoemd. Moeder voelt zichzelf oud en overbezorgd, hoewel ze dit laatste naar haar zeggen in veel ernstiger mate bij de oudste dochter was geweest.

De enige directe aanleiding voor de huidige klacht was dat moeder

een kort voordien uit het asiel gehaald hondje had teruggebracht, omdat het onzindelijk was en omdat de oudste dochter een hondenfobie had.

#### Behandeling

In de eerste zitting, waar (evenals in alle verdere zittingen) beide ouders aanwezig zijn, wordt Marijke geprezen omdat ze zonder enige twijfel de luidste gil van heel Zuid Holland kan produceren. Het is alleen betreurenswaardig dat ze er geen zeggenschap over heeft. Daarom wordt haar opgedragen om na elke onwillekeurige inspiratoire kreet een willekeurige expiratoire gil te slaken, 'om het onbewuste te laten horen dat jij het laatste woord hebt'. In plaats van een ander neurolepticum wordt 2dd 0,3 mg Haldol voorgeschreven. Ze moet thuis al haar huiswerk maken en mag pas naar school als de hik drie dagen weg is.

De tweede maal zijn behalve de ouders ook beide oudere kinderen aanwezig. Het gesprek levert weinig bijzonderheden op. De uitgilopdracht was maar matig uitgevoerd en wordt met kracht nogmaals 'verkocht'. Voorts wordt geoefend in het zo snel mogelijk naar haar mond brengen van haar hand, zodra er een gil komt; is haar dit gelukt dan mag ze ook bij het uitgillen de mond bedekken.

De volgende zitting blijken de opdrachten goed te zijn uitgevoerd en is het resultaat dat de frekwentie gedaald is, de duur sterk bekort en het lawaai de helft van de keren effectief gedempt is. De therapeut is kennelijk nog niet tevreden met zijn directieven want hij laat het meisje nu nog oefenen in het fixeren van haar middenrif, zodra de gil eraan komt. Het gevolg is in ieder geval wel dat Marijke nu zéér ingewikkelde toeren moet uithalen in plaats van ongecompliceerd en onwillekeurig te mogen gillen: ze moet dus haar diafragma bliksemsnel aanspannen als ze de hik voelt aankomen, meteen ook de hand naar de mond brengen, en mag als beloning zachter en ook gedempt door de hand uitgillen. Ze moet deze beweging vaak oefenen, voor het geval dat...

De vierde zitting blijkt de frekwentie drastisch te zijn gedaald. Maar er wordt zeer slordig met getallen omgesprongen, zodat de

therapeut een zelfcontroleprocedure met boekhouding voorschrijft. Marijke turft per dag van 1200 uur smiddags tot de volgende middag het aantal gillen. Tevens noteert ze de luidheid, welke met 1,2 of 3 wordt aangegeven en ten slotte de duur in seconden. Al deze uitkomsten dient ze op te tellen. Het streefgetal wordt heteerste etmaal op 126 gesteld; als ze daar niet boven komt mag ze een beloning. Elke volgende dag mag ze zelf een lager streefgetal vaststellen. Er wordt tevens een lijst van beloningen opgesteld.

Op de vijfde zitting komt naar voren dat Marijke de eerste maal ruim onder 126 was gebleven ( te weten 88) en dus haar beloning had gekregen (pannekoeken bakken). Daarop had ze het nieuwe getal op 80 vastgesteld. Ze haalde 82 en kreeg dus niets. Ze koos vervolgens 75 en haalde 71 enzovoort. Deze zitting is een week na de vierde. Vader en de twee andere kinderen hebben zich nogal geërgerd omdat het zo langzaam ging, en ook omdat Marijke het vaak niet zou hebben voelen aankomen, altans niet had afgedempt. Vorig jaar had ze de hik op een gegeven moment kunnen inslikken, waarom deed ze dat nu dan niet? De therapeut vindthet goed als Marijke dat probeert maar handhaaft de zelfcontroleboekhouding; alleen het expres uitschreeuwen komt nu te vervallen.

Vier dagen later wordt de therapeut in paniek opgebeld. Moeder was die ochtend boodschappen gaan doen en Marijke bleef samen met haar broer (die zat de studeren voor zijn proefwerken) thuis. Ze was plotseling weer enorm gaan gillen, als vanouds, en wel niet minder dan zeventien maal achtereen. De zoon had vader van diens werk laten komen en toen moeder thuis kwam was de hele familie totaal van streek. Marijke lag trillend op bed. Moeder krijgt de instructie Marijke maar rustig te laten liggen en volledig te negeren. 'Zo min mogelijk aandacht' luidt het devies.

Acht dagen later is de volgende zitting. Het programma blijkt uitstekend te zijn uitgevoerd en met een behoorlijk resultaat. De therapeut geeft een verklaring van de klacht in termen van de klassieke conditionering volgens Pavlov, welke iereen tevredenstelt. Het is dus geen plagerij of opzet.

Drie weken (en twee zittingen) later blijken er de meeste dagen geen hik-gillen geweest te zijn en op andere dagen nog een enkele maal. Ze is zeer tevreden en gaat inmiddels al weer vier weken naar school. De Haldol (die op de paniekdag was verdubbeld) wordt nu helemaal afgebouwd. Een maand nadien blijken er geen klachten meer te zijn opgetreden. Marijke krijgt een nieuwe hond van de ouders.

### Discussie

In acht zittingen in een tijdsbestek van elf weken is het symptoom geheel verdwenen.

Wat heeft de therapeut gedaan?

1) Een 'eervolle' verklaring gegeven in leertheoretische termen. Enerzijds kon hiermee een werkbaarder klimaat worden geschapen, anderzijds kon zodoende een methode worden geïntroduceerd waarmee het meisje zichzelf moest genezen.

2) Enkele zware lasten opgedragen, te koppelen aan het 'onwillekeurig' optredende symptoom, met een plausibele (?) verklaring.

3) Een zelfcontroleprocedure afgesproken, toen het symptoom op een bepaald peil bleef staan.

4) Nogmaals een eervolle verklaring gegeven omdat er twijfel rees aan de inzet enz. van Marijke.

5) Een negeer-opdracht aan het gezin toen er een plotselinge en heftige exacerbatie was opgetreden.

6) Lage Haldolmedicatie, omdat het symptoom buitengewoon storend en heftig was, en Haldol zowel tegen de hik als tegen een tic gegeven kan worden. Vermoedelijk had de behandeling zonder de Haldol het zelfde resultaat opgeleverd; het werd verstrekt om tegemoet te komen aan de verwachtingen die het gezin had ten aanzien van de kinderpsychiater, die bij zichzelf dacht: 'Baat het niet, dan schaadt het ook niet!'.  
100

De therapeut heeft afgezien van 'echte' gezinstherapie, hoewel er zeker aanknopingspunten voor waren, maar heeft ook op deze hier beschreven wijze het hele gezin indirect behandeld. Nadien is niet alleen het symptoom weg, maar vindt het hele gezin dat iedereen, en met name de oudste dochter en moeder, veel beter functioneert.

Kees Hoogduin,  
december 1979

## 1. Inleiding

Het onvermogen om klaar te komen bij de man - impotentia ejaculandi, ejaculatory incompetence (Masters & Johnson, 1971), ejaculatio retardata (Kaplan, 1974) - is een diagnostische rubricering die inhoudt dat een man met voldoende libido en voldoende erectie niet in staat is te ejaculeren.

De problematiek kan zich op verschillende wijze manifesteren:

1. Impotentia ejaculandi: een volledig onvermogen om klaar te komen bij de coïtus en bij masturbatie.

Te onderscheiden zijn een primaire en secundaire vorm; bij de secundaire vorm heeft de man zijn vermogen tot ejaculeren verloren.

2. Ejaculatio sejuncta of impotentia ejaculandi in cohabitatione: hierbij is er een onvermogen tot ejaculeren tijdens de coïtus. Door manuele of orale stimulatie is een ejaculatie wel mogelijk.

Ook hierbij is een primaire en secundaire vorm te onderscheiden. De secundaire vorm treedt meestal op na een sexueel trauma, bijv. betraapt worden, of plotselinge angst voor graviditeit door een scheurend condoom.

3. Partiële vorm van impotentia ejaculandi: hierbij komt de man wel tot een zaadmissie, maar de zgn. ejaculatiefase - de fase, waarin de spiercontracties optreden - lijkt afwezig: het zaad wordt "uitgeplast" (Kaplan, 1974). Primaire en secundaire vormen komen voor. De secundaire vorm wordt nogal eens gezien gedurende de behandeling van ejaculatio praecox, wanneer de cliënt probeert de ejaculatie te stoppen, terwijl deze reeds op gang is.

Het onvermogen om klaar te komen is een vrij zeldzame sexuele stoornis. Onder de 510 door Masters en Johnson behandelde cliënten bevinden zich slechts 17 mannen met dit probleem. Van deze mannen

+ ) Met dank aan Richard Van Dijck voor zijn waardevolle adviezen bij de behandeling.

behoren er 14 tot de groep die alleen niet klaar kan komen bij de coïtus (14 / 510 : 2,4%). De overige drie hebben nooit ge-ejaculeerd (3 / 510 : 0,6%).

Schellen (1965) heeft de resultaten beschreven van een onderzoek naar oorzaken van steriliteit. Hij vindt bij 30 absoluut steriele mannen 5 cliënten met impotentia ejaculandi of ejaculatio sejuncta, bij een onderzoek van 200 echtparen met klachten over steriliteit (= 5 / 200) over tweeënhalfjaar.

Kaplan (1974) heeft in haar praktijk geen cliënt met een impotentia ejaculandi behandeld.

Lichamelijke aandoeningen kunnen de oorzaak zijn van het optreden van deze ejaculatie-stoornissen. Van belang hierbij zijn congenitale afwijkingen (retrospemie), neurologische aandoeningen (mutipele sclerose en andere ruggemergsaandoeningen) en urologische aandoeningen (obstructie van afvoergangen). Ten gevolge van gebruik van bepaalde psychofarmaca (bijvoorbeeld Melleril) komt de uitgestelde of opgeheven ejaculatie nogal eens voor (vgl. Freyhan, 1961). Ook bij verslaving aan alcohol en morfine zou het voorkomen.

Bij het opnemen van de anamnese zijn de volgende vragen van belang:

- Zijn er pollutiones nocturnae (nachtelijke zaaduitstortingen)?  
Indien die aanwezig zijn, lijkt de lichamelijke kant in orde.
- Is er op een of andere manier buiten de coïtus wel een ejaculatie mogelijk (ejaculatio sejuncta)?
- Is de cliënt wel orgastisch, zonder dat er een ejaculatie komt?  
In dat geval dient retrospemie overwogen te worden (ejaculaat komt in de urineblaas) (Schellen, 1968).

In dit artikel wordt een succesvol verlopen therapie beschreven van een 28-jarige man die nog nooit klaar is kunnen komen (impotentia ejaculandi van het primaire type).

In de discussie worden de belangrijkste onderdelen van de behandeling besproken. Tevens worden de diverse benaderingswijzen zoals deze beschreven zijn in de literatuur, besproken.

2. Het voorbeeld

Jan van Dorp, een 28-jarige beroepsvoetballer, is voor behandeling door zijn huisarts verwezen. Hij heeft zijn huisarts bezocht omdat hij - trouwplannen hebbend - niet in staat is klaar te komen. Sinds hij op zijn veertiende jaar heeft gehoord dat jongens, en mannen, zich kunnen aftrekken, heeft hij tientallen vergeefse pogingen achter de rug om klaar te komen. Ook contacten met vroegere vriendinnen hebben hem niet kunnen helpen. Met zijn huidige vriendin vrijt hij regelmatig, maar vanwege haar godsdienstige achtergrond wordt de coïtus bewaard tot na de huwelijksdatum. Jan is wel in staat zijn vriendin te helpen orgastisch te worden. Zijn meisje is niet in staat hem te helpen een orgasme te krijgen, hoewel zij bij eerdere vrienden daar wel in geslaagd is. Jan is een vriendelijke, bescheiden jongeman over wie in psychiatrisch opzicht geen bijzonderheden te vermelden zijn. Hij heeft geen sexuele traumata door- gemaakt. Wel heeft hij op 24-jarige leeftijd een phimosis- operatie ondergaan. Bij het vrijen heeft hij goede erecties. Eens in de twee, drie weken heeft hij een "natte droom". Een enkele maal herinnert hij zich de volgende ochtend gedroomd te hebben over sex. Hij is neurologisch en urologisch onderzocht, waarbij geen bijzonderheden zijn gevonden. Röntgenologisch onderzoek van nieren, urinewegen, thorax, schedel en lumbale wervelkolom vertoont geen afwijkingen.

Na het eerste gesprek komt hij samen met zijn aanstaande vrouw. Wanneer over een oefenprogramma gesproken wordt, blijkt een dergelijk programma niet goed uitvoerbaar. Vrijen doen ze achterin de auto of stiekem op de kamer van het meisje, terwijl de ouders beneden zitten. Ook een individueel oefenprogramma voor hem levert bezwaren op. Hij slaapt met vier broers op de zolder van zijn ouderlijk huis. Tenslotte wordt gekozen voor een wat al te simpele benadering. Hij zal enige malen per week het masturberen oefenen zonder te proberen klaar te komen terwijl hij pornografische lectuur gebruikt. Wanneer hij tijdens dit oefenen een plezierig gevoel krijgt, zal hij stoppen en de volgende dag zijn programma vervolgen. Op deze manier wordt geprobeerd door de pornografische lectuur zijn aandacht van het niet klaarkomen af te leiden, terwijl door het expliciete klaarkom- verbod de angst om te mislukken weggevangen wordt.



///

Tijdens de volgende zitting is er van het programma niets terechtgekomen. Jan vertelt dat hij een afkeer heeft om zijn genitaal te beroeren. Hij blijkt een uitgesproken negatieve houding te hebben over zijn uitwendige genitaliën en praat over "die rot-pik". Zijn negatieve houding ten opzichte van zijn genitaliën en het praktische gegeven dat goed oefenen met zijn partner niet mogelijk is, doen de therapeut besluiten hypnotherapie toe te passen.

- De trance-inductie en autohypnose

De trance-inductie verloopt vlot met behulp van oogfixatie. Van de inductie wordt een audio-opname gemaakt. Jan zal dagelijks op de polikliniek in een daarvoor gereserveerde ruimte met behulp van het cassettebandje de inductie oefenen. Ook gedurende de verdere behandeling wordt de behandeling een aantal malen uitgebreid met autohypnose-oefeningen met behulp van audiobandjes.

- De herwaardering van zijn lichaam

Een gedeelte van 6 achtereenvolgende zittingen wordt gebruikt om hem te helpen zijn negatieve houding ten opzichte van zijn lichaam, maar vooral ten opzichte van zijn falend genitaal te doen opgeven. Op positieve wijze worden armen, benen, borst, hoofd en tenslotte zijn genitaal besproken. Hij krijgt hiervan een audio-opname mee die hij dagelijks ten behoeve van auto-hypnotische zittingen zal gebruiken.

- De cognitieve herstructurering

Met behulp van Ericksons bewuste en onbewuste wordt een cognitieve herstructurering uitgevoerd: zijn nachtelijke zaadlozingen, i.c. zijn nachtelijk klaarkomen, wordt als volgt geïnterpreteerd; Hoewel hij zich aangemeld heeft wegens niet kunnen klaarkomen, blijkt hij eigenlijk wel klaar te kunnen komen, alleen nog niet bewust. 's Nachts met behulp van zijn onbewuste gaat het uitstekend en blijkt hij gezien zijn frequente "natte dromen" een uitstekend "klaarkomer".

- Post-hypnotische suggesties

Hij krijgt het advies al zijn dromen zorgvuldig te registreren.

Uit de registratie blijkt dat hij tweemaal gedurende een nacht waarin een zaadlozing is opgetreden, een droom heeft gehad met een sexuele inhoud. Hij krijgt de post-hypnotische suggestie dat hij op vrijdagnacht, zonder gespoort te hebben en ook zonder dat hij gedronken heeft, een droom met een sterk sexueel gekleurde inhoud zal hebben.

Tien dagen na die zitting vindt een dergelijke vrijdag plaats en heeft hij een sexdroom met een zaadlozing. Er wordt nu een audiobandje gemaakt waarop de mogelijkheid besproken wordt dat op de volgende vrijdag, wanneer hij opnieuw een sexdroom heeft, zijn onbewuste hem de laatste fase van zijn zaadlozing bewust zal laten meemaken. Na twee "natte dromen" die ongemerkt aan hem voorbijgaan, wordt hij voor de eerste maal wakker tijdens de laatste orgastische contracties en beleeft hij zijn eerste orgasme.

- Problemen in de eindfase

Tijdens de dertiende zitting wordt de behandeling geëvalueerd in verband met zijn naderend huwelijk. Hij heeft zich trouw aan het in het begin van de behandeling gegeven coïtus- en masturbatieverbod gehouden. De negatieve houding ten opzichte van zijn lichaam is verdwenen. Met wat al teveel zelfvertrouwen ziet hij de huwelijksnacht tegemoet.

De therapeut bespreekt nu een eventuele kinderwens. Beiden willen voorlopig nog geen kinderen. Hierbij geeft de therapeut voorlichting over voorbehoedsmiddelen, want "het is mogelijk dat bij zo'n eerste huwelijksnacht de zaadlozing zo snel komt dat hij het niet meer zal kunnen inhouden".

De volgende afspraak is twee maanden na de huwelijksdatum gepland. Op de afspraak komt het echtpaar opgewekt binnen, alles is prima, alleen blijkt de sex in het geheel niet te gaan. Bij de eerste poging van Jan heeft zijn vrouw zoveel pijn gehad dat Jan verdere activiteiten heeft opgegeven. Mevrouw wordt naar de huisarts gestuurd voor lichamelijk onderzoek. Deze slaagt erin haar gerust te stellen en bij de daarop volgende coïtus is zij in staat enige minuten de penis van haar man te verduren. De man rapporteert een plezierig gevoel wat hij herkent als voorafgaand aan zijn

nachtelijke ejaculaties. Hij krijgt het advies enige malen per week met zijn penis in de vagina te gaan. Hij moet alle ruwheid vermijden, alleen voorzichtig bewegen en er goed op letten zijn vrouw geen pijn te doen. Bovendien zal hij geen pogingen doen zelf klaar te komen.

Tijdens de volgende zitting deelt het echtpaar mee dat alles prima is gegaan. De man is de eerste week na de voorafgaande zitting vijfmaal klaargekomen, terwijl ook zijn vrouw de sex orgastisch heeft beleefd.

Bij follow-up, zes maanden later, zijn er geen problemen meer; de coïtusfrequentie is 2 à 3 maal per week. Ejaculatiestoornissen hebben zich niet meer voorgedaan.

### 3. Discussie

1. Bij de behandeling van Jan van Dorp zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- De cognitieve herstructurering:

Jan heeft zichzelf steeds als een sexuele mislukking gezien. Wanneer hij een oefenprogramma krijgt, voert hij dat niet uit. Er blijken enige praktische bezwaren te zijn die uitvoering van het programma moeilijk maken, maar belangrijker is de afkeer die Jan blijkt te hebben bezig te zijn met zijn sexuele probleem. De cognitieve herstructurering - dat hij gezien zijn frequente "natte dromen" een uitstekend "klaarkomer" is en dat hij met behulp van zijn onbewuste wel goed kan ejaculeren - heeft hij zich niet eerder gerealiseerd.

De negatieve houding van Van Dorp ten opzichte van zijn genitaliën - de steeds weer falende lichaamsdelen - wordt met hypnose en autohypnose veranderd. Van Dorp heeft belangstelling voor een goed functionerend lichaam. Als beroepsvoetballer is het hebben van een goede lichamelijke conditie belangrijk. De verandering van zijn negatieve houding ten opzicht van bepaalde lichaamsdelen wordt geleidelijk bewerkstelligd. De eerste audiobandjes beschrijven in positieve termen armen en benen. Tenslotte wordt ook zijn genitaal besproken die zo goed stijf wordt en die 's nachts met behulp van zijn "onbewuste" zo goed klaar kan komen.

- De utilisatie van de dromen:

Van Dorp wordt gevraagd potlood en papier naast zijn bed te leggen, zodat hij in staat is onmiddellijk na het ontwaken dromen of droomfragmenten te registreren. Zijn belangstelling voor de inhoud van zijn dromen wordt gewekt.

Er is een duidelijk verschil tussen de dromen die hij heeft gedurende de nachten dat hij heeft geëjaculeerd en de andere nachten. De inhoud van de dromen optredend in nachten met ejaculatie hebben een sexuele inhoud, zoals:

- met een stijve penis wrijven tegen een onbekend meisje in de kerk;
- met een stijve penis tegen tante Leen, een wat moederlijke zangeres, liggen wrijven;
- vriendin die haar kous om zijn stijve penis doet.

De dromen in de andere nachten missen iedere sexuele betekenis.

De inhoud is meestal banaal:

- samen met een vriend gedamd en verloren;
- het verliezen van sportwedstrijden met één punt verschil;
- viswedstrijden, het gaan naar feestjes.

Nadat de bijzondere inhoud van de "natte dromen" is besproken,

krijgt hij de post-hypnotische suggestie op een bepaalde nacht

- vrijdagnacht - een sexuele droom te krijgen, waarbij hij klaar-  
komt. Door hem de avond voor die nacht niet te laten sporten of  
drinken, wordt het bijzondere karakter van die nacht geaccentueerd.

Hij krijgt de sexdroom op de geplande nacht en ook het daarna  
gegeven audiobandje met de suggestie dat zijn onbewuste hem zal  
helpen de laatste fase van zijn zaadlozing bewust door te laten  
maken, blijkt effectief. Hij beleeft voor de eerste maal een  
orgasme.

De gang van zaken bij de behandeling heeft Jan een groot vertrouwen  
in de toekomst gegeven. Het wachten is eigenlijk alleen nog maar  
op de huwelijksdatum. Het aan het begin van de behandeling gegeven  
coïtus- en masturbatieverbod blijft gehandhaafd. Als laatste  
advies voor de huwelijksnacht waarschuwt de therapeut hem voor het  
gevaar van een door hen nog niet gewenste zwangerschap. Hij wijst  
ook op de mogelijkheid dat hij na al die jaren te snel zal klaar-  
komen en stelt hem voor een nieuw probleem. De oplossing van dit  
probleem - rustig aan doen tijdens de coïtus - vermindert de

spanning die waarschijnlijk bij de eerste coïtus - die immers in het teken van klaarkomen staat - aanwezig zal zijn.

- Onverwachte problemen bij de slotfase van de behandeling:  
Zijn vrouw blijkt in de huwelijksnacht vaginistisch. Het komt nogal eens voor dat bij een succesvolle behandeling van een sexueel probleem van een van de partners de ander daarna een sexueel probleem blijkt te hebben (Stokvis, 1937, blz. 76; Van Dijck, 1974). Zijn vrouw wordt naar de huisarts verwezen en na onderzoek gerustgesteld. Ze blijkt hierna in staat tot de coïtus. Het eerder gegeven advies voorzichtig te beginnen, wordt opnieuw gegeven. Hij krijgt het advies geen pogingen te ondernemen om zelf klaar te komen, eerst moet zijn vrouw immers nog wennen. Deze situatie blijkt voor hen een goed klimaat te scheppen. Hij komt klaar en het ejaculatieprobleem is opgelost.

De behandeling heeft 16 zittingen in beslag genomen over een tijdsperiode van veertien maanden. Na de mislukking in de beginfase van de behandeling is er door de therapeut geen enkele haast getoond.

2. Bij de behandeling is gebruik gemaakt van hypnose en autohypnose. De vraag of de behandeling eveneens succesvol zou zijn geweest zonder deze technieken, is moeilijk te beantwoorden. Zeker is dat de cognitieve structurering, de toegespitste aandacht op de dromen en de natte dromen alsook de herwaardering van zijn lichaam ook zonder hypnose mogelijk geweest zou zijn. De problemen in de eindfase zijn zonder hypnose behandeld. Geruststelling van de partner na een lichamelijk onderzoek door de huisarts, de distractie - Jans aandacht wordt gericht op het niet pijn doen van zijn partner, weg van zijn sterke streven nu geheel bewust klaar te komen -, de milde paradoxale benadering nu wel te coïteren, maar niet te proberen klaar te komen met de confusietechniek dat hij juist nu door een zeer snelle ejaculatie verrast zou kunnen worden, vormen de belangrijkste elementen van de tenslotte succesvol verlopen behandeling.
3. Over de behandeling van de primaire impotentia ejaculandi is niet zoveel bekend. Dit komt vooral door het geringe aantal cliënten

dat zich met deze klachten aanmeldt voor behandeling (vgl. Masters & Johnson, 1971: 3; Kaplan, 1974: geen).

Toch zijn er aanwijzingen dat het probleem frequenter voorkomt. Schellen (1965) diagnosticeert in tweeënhalfjaar vijf gevallen bij tweehonderd echtparen die zich voor steriliteit op zijn polikliniek aanmelden.

4. Masters & Johnson maken bij de behandeling geen onderscheid tussen impotentia ejaculandi en impotentia ejaculandi in cohabitatione, dus geen onderscheid tussen cliënten die nog nooit klaargekomen zijn en cliënten die alleen niet in staat zijn tijdens de coïtus klaar te komen. Bij de beschrijving van de therapie wordt niet vermeld op welke wijze de drie cliënten met de volledige ejaculatie-stoornis tot een eerste ejaculatie worden gebracht. Slechts de mededeling dat het "sensate focus"-programma gevolgd wordt met aansluitend masturbatie-oefeningen, wordt gegeven. Wanneer de cliënt in staat is te ejaculeren wordt met behulp van de successieve approximatie tenslotte een ejaculatie tijdens de coïtus bereikt (Masters & Johnson, 1971; Razoni, 1978). Bij nadere beschouwing van de 17 gevallen van Masters en Johnson blijken de drie cliënten met de absolute impotentia ejaculandi na de behandeling in staat tot een normale coïtus met ejaculatie. De behandeling van de zgn. partiële vorm van impotentia ejaculandi bestaat uit een in "vivo" desensitisatie (successieve approximatie) met intensieve erotische stimulatie en afleiding om de meestal aanwezige zelfobservatie op te heffen.
5. Sobrero, Stearns en Blair (1965) beschrijven hoe met behulp van een aangepaste vibrator een cliënt met ejaculatie-stoornissen tot een ejaculatie komt. Schellen (1968) beschrijft de behandeling van 11 cliënten met impotentia ejaculandi met behulp van electrovibratie: 9 van de 11 ejaculeren binnen één tot zes minuten. Een cliënt is na enige tijd in staat met masturbatie een ejaculatie te krijgen. Schellen gebruikt deze techniek om zaad te krijgen voor kunstmatige inseminatie bij echtparen met een steriliteit door ejaculatiestoornis.

Deze techniek is door Newell (1978) gebruikt bij de behandeling van een cliënt met een primaire impotentia ejaculandi. Met behulp van de vibrator is eerst een ejaculatie bewerkstelligd, vervolgens heeft de cliënt leren masturberen en tenslotte is hij er geleidelijk aan in geslaagd tijdens de coïtus te ejaculeren.

6. Indien er na een jaren bestaande ejaculatie-stoornis ook nog een impotentie ontstaan is, dan verdient het de voorkeur deze laatste stoornis eerst te verhelpen. Meestal zijn de cliënten met een ejaculatie-stoornis in staat tot een goede erectie die 30 minuten tot een uur volgehouden kan worden. Eerst na jaren vergeefs geprobeerd te hebben klaar te komen, ontstaat deze secundaire impotentie.

Wanneer een cliënt eenmaal hersteld is van zijn ejaculatie-probleem ziet men regelmatig een toenemen van zijn assertiviteit en een meer "volwassen" gedragspatroon (vgl. Kaplan & Abrams, 1958).

#### 4. Nabeschuwing

Bij de behandeling van de impotentia ejaculandi in cohabitatione - alleen niet kunnen ejaculeren bij de coïtus - verdient de door Masters en Johnson en door Kaplan verder uitgewerkte behandeling met successieve approximatie en reciproce inhibitie - door sterke stimulering met erotische fantasieën of pornografische platen - de voorkeur.

Bij de behandeling van de partiële impotentia ejaculandi heeft ook deze benadering de voorkeur.

Voor de behandeling van de impotentia ejaculandi waarbij nog nimmer een ejaculatie heeft plaatsgevonden, is de toe te passen strategie minder duidelijk. De gegevens van Schellen doen vermoeden dat er vele honderden cliënten met deze klacht bekend zijn bij de steriliteitspoliklinieken. Kontakt tussen therapeuten met belangstelling voor dit probleem en deze poliklinieken kan mogelijk leiden tot een groter aantal cliënten dat voor deze problematiek behandeling zoekt. Eerst dan zal een uitspraak over een voorkeursstrategie gedaan kunnen worden.

Referenties

- Dijck, R. Van (1974): Vormen van directieve therapie bij echt-  
paren en gezinnen,  
Tijdschrift Psychiatrie 4, 209 - 228
- Freyhan, F.A. (1961): Loss of ejaculation during Melleril-  
treatment,  
Amer. J. Psychiat. 118, 171 - 172
- Kaplan, H.S. (1974): The New Sextherapy,  
Bailliere Tindall, London
- Kaplan, A.H. & M. Abrams (1958):  
Ejaculatory impotence,  
J. of Urology 79 (6), 964 - 968
- Masters, W.H. & V.E. Johnson (1971):  
Sexuele stoornissen bij man en vrouw,  
Manteau, Amsterdam
- Nervell, A.G. (1978): A Case of Ejaculatory Incompetence treated  
with a Mechanical Aid,  
in: Handbook of Sextherapy,  
J. Lopiccicolo & L. Lopiccicolo (ed.),  
Plenum Press, New York
- Razani, J. (1978): Ejaculatory Incompetence treated by  
Deconditioning Anxiety,  
in: Handbook of Sextherapy,  
J. Lopiccicolo & L. Lopiccicolo (ed.),  
Plenum Press, New York
- Schellen, A.M.C.M. (1965): Ervaringen op een polikliniek voor steriliteit,  
Ned. T. Verlosk. 65 (21), 21 - 49
- Schellen, T.M.C.M. (1968): Induction of Ejaculation by Electrovibration,  
Fertility & Sterility 19, 566 - 569



Sobrero, A.J., H.E. Stearns & J.H. Blair (1965):

Technic for the Induction of Ejaculation  
in Human,  
Fertility & Sterility 16, 765 - 767

Stokvis, B. (1937)

Hypnose in de geneeskundige praktijk,  
De Tijdstroom, Lochem (blz. 76 e.v.)

Enkele suggesties voor de screenzittingen

Richard Van Dyck

Het afgelopen jaar werd op de polikliniek als dagelijkse procedure het werken in screenzittingen naar het model van Selvini Palazzoli ingesteld.

De workshops van Boscolo en Cecchin waren daarbij een belangrijke stimulans.

Deze bijdrage, die aanvankelijk als handleiding voor de deelnemers werd geschreven, heeft alleen tot doel enkele praktische punten te behandelen die bij de uitvoering van belang kunnen zijn.

De toepassing van het screen en het daaraan gekoppelde overleg volgens het model van Selvini Palazzoli en haar groep leidt tot een werkwijze, die op een aantal punten van een gewone therapiezitting afwijkt. Om een maximaal effect te bereiken is het van belang deze verschillen goed in het oog te houden. Het essentiële voordeel van de screenzittingen is dat een uitvoerig overleg mogelijk is, waarna een zeer goed overwogen en doordachte interventie plaats kan vinden. De onderstaande aanbevelingen m.b.t. voorbereiding, gespreksvoering, timing en presentatie zijn bedoeld om dit aspect zo goed mogelijk te ondersteunen.

1. Bij de voorbereiding van de patiënt dient duidelijk gesteld te worden dat het niet gaat om een gunst aan de therapeut, zoals het verlenen van medewerking aan een soort demonstratie, maar dat het een vorm van intercollegiaal consult betreft, in het belang van de patiënt en op advies van de therapeut. De aanwezigheid van andere therapeuten achter het screen, evenals hun kwalificaties, moet vermeld worden. De globale duur van het geheel moet niet korter worden voorgesteld dan de praktijk uitwijst (meestal 1½ uur). Het is wenselijk om voldoende tijd voor de voorbespreking te nemen (+ 20 min.) en het is niet nodig om de mensen reeds dan in de wachtkamer te laten antichambren.

De bedoeling van de onderbreking moet bij voorbaat worden uitgelegd, evenals de mogelijkheid van telefonisch overleg tijdens de zittingen.

2. De voorbepreking dient in elk geval goed voorbereid te worden. Essentiële gegevens zijn de klachten, de taxatie en verdere gebruikelijke psychiatrische gegevens, tot nu toe toegepaste therapie met de resultaten daarvan, de recente ontwikkelingen en de bedoelingen van de therapeut met de huidige zitting.

Bij voorkeur moet een werkhypothese over de functie van de symptomen geformuleerd worden vóór de zitting en dient besproken te worden met behulp van welke gegevens deze hypothese ondersteund kan worden of verworpen zou moeten worden. Dit houdt natuurlijk niet in dat de therapeut niet meer bedacht moet zijn op onverwachte ontwikkelingen tijdens de zitting.

3. Het eerste deel, meestal 30 à 45 minuten lang, heeft als voornaamste functie het verzamelen van informatie waarmee een werkhypothese kan ondersteund of tegengesproken worden. Het gesprek zal vooral het karakter hebben van een interview. Therapeutische interventies, tenzij bedoeld als proefballonetjes, worden bij voorkeur uitgesteld. Eventueel worden telefonisch, of na een kort overleg op de gang, aanvullende vragen doorgegeven van de observatoren achter het screen. Gezien de beperkte communicatiemogelijkheden via de telefoon zijn korte, duidelijke vragen gewenst, zoniet kan het overleg beter op de gang plaats vinden. Patiënten accepteren deze interrupties doorgaans zonder problemen. Therapeuten zijn daarin veelal minder vlot; het is daarom aan te bevelen dat de therapeut expliciet deze mogelijkheid van interruptie aan de patiënt uitlegt, zodat de therapeut de kans krijgt ook aan zichzelf redelijke argumenten te verschaffen om de procedure aanvaardbaar te maken.

4. De onderbreking vindt plaats zodra de therapeut de tijd daartoe gekomen acht. Het is goed om dit even van tevoren aan te kondigen en niet abrupt de zitting af te breken. Dit geeft de observatoren de gelegenheid om eventuele belangrijke vragen vóór het einde van de eerste ronde via de telefoon in te brengen. Een veel gebruikte onjuiste aankondiging is: "even pauzeren". Het is niet "even", maar duurt veelal 20 minuten of langer en het is geen "pauze" maar een overleg.  
Beter is om de mensen aan te kondigen dat nu een bespreking volgt die wel enige tijd in beslag kan nemen. Dit is juist en verhoogt bovendien de spanning.
  
5. Het overleg: heeft als doelstelling: het formuleren van een werkhypothese die met de inmiddels verkregen gegevens is aangevuld en het bedenken van een advies of interventie.  
Eventueel kan de omgekeerde volgorde aangehouden worden: als "brainstorming-procedure" worden eerst voorstellen tot interventies verzameld en daarna wordt besproken welke hypothese daar achter zit en of die plausibel is.  
Deze op het eerste gezicht niet zo logische werkwijze is vaak zeer stimulerend. Het vaste recept van de Selvini Palazzoli-groep is: een positief etiket voor het symptomatisch gedrag, gevolgd door een ritueel of symptoomvoorschrijving. In gevallen waar de pathologie niet zo uitgesproken is leent de werkwijze zich ook uitstekend voor een meer congruente strategie.
  
6. De formulering van het advies: meestal zijn tijdens het overleg uiteenlopende mogelijkheden aan de orde gekomen. Het is nodig dat alles goed op een rijtje gezet wordt, alvorens de therapeut de zitting hervat. Een schriftelijke opsomming is geen overbodige luxe: in het geval van enigszins complexe adviezen, waarbij de precieze formulering van groot belang kan zijn, is het aan te bevelen om de interventie woordelijk op te schrijven en eventueel bij wijze van oefening uit te proberen.

7. Het uitbrengen van het advies: Er heeft een uitvoerig overleg plaats gevonden tussen de therapeut en de observatoren. Deze kostbare investering van tijd en mankracht mag tot uitdrukking gebracht worden in de wijze waarop het advies wordt gepresenteerd. Een verwijzing naar het overleg is zeker op zijn plaats, bijvoorbeeld: "wij zijn van mening dat ...". Hiermee onderstreept de therapeut dat meerdere collega's achter hem staan. Van het gebruik van notities dient geen geheim gemaakt te worden: schriftelijke voorbereiding wijst op degelijkheid en niet op incompetentie. Verder is een bondige, duidelijke presentatie van belang. Door de hele voorafgaande procedure is de spanning veelal opgelopen en bestaat er een grote ontvankelijkheid van de kant van het gezin. Het is een grote slordigheid hiervan geen gebruik te maken. De therapeut presenteert na een korte introductie het advies, verzekert er zich van dat het goed begrepen is en sluit daarna de zitting af. Uitnodigen tot discussie of het opperen van bedenkingen leiden alleen maar tot het afzwakken van het effect. Het advies moet zo goed voorbereid zijn dat bij voorbaat met tegenwerpingen rekening is gehouden. Als dat niet is gelukt, is het beter geen advies te geven, dan een zwak advies. Er kan dan meegedeeld worden dat het overleg nog voortduurt en dat het advies per brief zal worden toegestuurd.

8. Het afsluiten: dient aansluitend op de interventie plaats te vinden. Vermeden moet worden om nog naar een andere kamer te gaan voor recepten, agenda's e.d. Beter is het dit in de screenkamer af te handelen, eventueel zelfs vóór het uitbrengen van het advies, zodat de therapeut niet in verlegenheid gebracht wordt door niet geobserveerde manoeuvres en een kritische discussie die het advies ondermijnt. Bij het gebruik van een procedure zoals geschetst ligt het voor de hand om niet op zeer korte termijn (zoals de volgende week) weer een nieuwe afspraak te geven.

Na een dergelijk kort interval is een duidelijk effect van de interventie zelden merkbaar.

9. De nabespreking: gaat vooral om de vraag in hoeverre het advies het gewenste effect heeft bereikt, waarbij de indrukken van de observatoren voor de therapeut nogmaals zeer waardevol kunnen zijn.

Leen Joele.  
Hans Srijders  
Joke den Theye

## 1. Inleiding.

Langzamerhand zijn we ervan doordrongen geraakt, hoe weinig zeggend de term "individuele psychotherapie" is. Deze zo globale aanduiding heeft jarenlang een aantal misleidende mythen gesuggereerd over een "uniforme" client en een "uniforme" therapeut, resp. therapie, (vgl. o.m. Kiesler, 1971).

Evenzo doet het begrip "groepstherapie" een eenvormigheid vermoeden, die alles behalve de werkelijkheid dekt. Volgens een Amerikaanse telling zouden er minstens 250 zeer uiteenlopende vormen van groepspsychotherapie zich als zodanig presenteren, (vgl. Jongerius, 1974).

Eén manier om in deze chaotische diversiteit enig overzicht te scheppen is een indeling te volgen gebaseerd op de verschillen in de therapeutische school van de therapeut, (vgl. Keijzer, 1976).

Een andere indeling is die van ongestructureerde groepstherapieën versus gestructureerde groepstherapieën.

### 1.2.1. Ongestructureerde groepstherapieën.

De ongestructureerde vormen van groepstherapie hebben reeds lang een geheel eigen en gerespecteerde plaats verworven.

Dikwijls wordt bij deze behandelingsvorm gewerkt vanuit een groepsanalytisch (vgl. Whitaker & Liebermann, 1964, en Grotjahn, 1977) of groepsdynamisch (vgl. Yalom, 1972) referentiekader.

De werkwijze is in beide gevallen ontdekkend: door de interacties te laten gebeuren en daarna te duiden laat men de groepsleden zich als het ware "zelf ontdekken".

Kenmerkend is voorts dat de therapeuten overwegend non-directief werken. Het gebruik van zg. "oefeningen" wordt afgeraden. Bedoeld worden oefeningen zoals die bv. afkomstig zijn uit de hoek der sociale psychologie en de zg. encounter-beweging, (vgl. bv. Pfeiffer & Jones, 1969 en Schutz, 1973).

In verband met het vervolg van dit artikel, is het van belang na te gaan waarom men bij deze behandelingsvorm tegen het gebruik van structurende oefeningen is.

- 1. Als voornaamste bezwaar geldt dat de therapeut - bij introductie van oefeningen - het initiatief neemt. Een centrale waarde, -"de groepsleden en niet de therapeut nemen de verantwoordelijkheid voor wat er gebeurt" - wordt dan ondergraven.
- 2. Het gebruik van "spelletjes" zou paradoxaal kunnen werken; met name als deze bedoeld zouden zijn een authentieke ontmoeting te bevorderen.
- 3. Zonder introductie van structurerende oefeningen zou er al meer dan genoeg aan interactie voor ervaren therapeuten voor het opscheppen liggen. (vgl. hierbij Lakin, 1972 en Yalom, 1972).

#### 1.2.2. Gestructureerde groepstherapieën.

Ondanks de hierboven geciteerde bedenkingen neemt het aantal gestructureerde groepstherapieën de laatste jaren snel toe. Vooral in de vorm van sociale vaardigheidstrainingen, zoals bv. assertiviteitstraining, (vgl. Clijnen e.a., 1975, Baardman e.a., 1975, de Moor 1977, van Hasselt e.a. 1978 en Monti e.a., 1979).

Het aantal verschillende clientenpopulaties aan wie dergelijke trainingen wordt gegeven neemt zo toe, dat haast van een rage gesproken kan worden. Blijkbaar beantwoordt deze behandelingsvorm aan een behoefte waarin voorheen niet werd voorzien.

Ook vanuit de hoek van de research komen aanwijzingen voor het nut van een gestructureerde of te wel directieve groepstherapie bij bepaalde clientenpopulaties.

#### 1.2.3. Enige research gegevens m.b.t. (non)directieve groepstherapie.

Frank (1979) signaleert dat de research ten aanzien van psychotherapie nog niet veel conclusies mogelijk maakt. Zo komt hij tot slechts een viertal generalisaties bij de huidige stand van zaken.

Als één van de hoopgevende ontwikkelingen voor meer specifieke uitkomsten wijst hij op onderzoek waar clienten worden ingedeeld in termen van "locus of control".



Deze term is afkomstig van Rotter, (1966). Diens attitude schaal "Internal-External Locus of control" onderscheidt hoe een client persoonlijke gebeurtenissen in zijn leven waarneemt. Als door eigen inspanning ("Internal locus of control"), of als door toeval en omstandigheden ("External locus of control") bepaald.

De intern gecontroleerde persoon gedraagt zich actief, ten aanzien van eigen positie verbetering. De extern gecontroleerde persoon heeft daarentegen de neiging zich vrij passief te gedragen, wanneer het gaat om het bereiken van succes, verbetering van eigen situatie, e.d.

Hij verwacht daar nl. weinig heil van. De extern gecontroleerde persoon zou pas zijn passieve gedrag veranderen in actief gedrag, wanneer hem goed duidelijk gemaakt wordt dat en hoe hij er iets mee kan bereiken, (vgl. Andriessen, 1972).

Gebruik van deze cognitieve stijl binnen onderzoek naar psychotherapie blijkt inderdaad van belang. Zo vinden bv. Abramowitz e.a. (1974) dat extern beheerste cliënten zich meer thuisvoelen in directieve of gestructureerde (groeps)therapieën. Terwijl de intern beheerste cliënten meer voorkeur hebben voor nondirectieve therapieën.

Swartz en Higgins (1979) melden, dat extern beheerste cliënten meer baat hebben bij een strak gestructureerde assertiviteitstraining, dan intern beheerste cliënten, (zie ook de bevindingen van Baardman e.a. 1972, m.b.t. de I-E verdeling).

### 1.3. Ongestructureerd-Gestructureerd.

Gezien het bovenstaande lijkt het gewenst goed onderscheid te blijven maken tussen ongestructureerde en gestructureerde groepstherapieën. Het betreft niet alleen twee zeer uiteenlopende behandelingsvormen: beide blijken bovendien geëigend voor twee van elkaar verschillende clientengroepen die zich onderscheiden in cognitieve stijl.

In het vervolg van dit artikel zal uitgebreid worden ingegaan op een gestructureerde groepsbehandeling, zoals die wordt gegeven in een dagcentrum. Voor wat betreft <sup>scores van</sup> de cliënten in dit dagcentrum op de attitude-schaal van Rotter wordt verwezen naar paragraaf 2.1.2

### 2.1.1. Het dagcentrum.

Het dagcentrum waarvan in dit artikel sprake is betreft het Centrum voor dagbehandeling "Rozengarde", en is onderdeel van het psychiatrisch Centrum "Eloemendaal" te den Haag (Loosduinen).

In het centrum worden jaarlijks  $\pm$  120 cliënten behandeld, verdeeld over 8 groepen, met elk 8 à 9 plaatsen.

De cliënten kunnen worden verdeeld in 2 categorieën, (zie ook Joele & Snijders, 1979).

- Veertig procent van de cliënten wordt behandeld in zg. resocialiseringsgroepen. Het betreft hier o.m. jonge ex-psychotici en cliënten met zeer rigide neurotische problematiek. De gemiddelde behandelduur is binnen deze categorie 12 maanden, gedurende 3 werkdagen per week.
  
- Zestig procent der cliënten wordt behandeld in de zg. behandelgroepen. Dit betreft cliënten met een neurotische problematiek, (angstneurose, fobieën, reactieve depressie, e.d.). Deze cliënten worden veelal opgenomen nadat een langdurige ambulante behandeling niet afdoende gebleken is. De gemiddelde behandelduur voor deze categorie bedraagt 6 maanden, waarbij een "behandelweek" uit 3 werkdagen per week bestaat.

Het behandelingsprogramma voor beide categorieën is qua structuur formeel wel is waar gelijk, doch inhoudelijk zijn er (naast de reeds genoemde behandelduur) verschillen:

Het tempo ligt bv. in de resocialiseringsgroepen lager, en de sociale vaardigheden liggen bij de start van de behandeling op een lager niveau.

In het vervolg van dit artikel zal verder alleen worden ingegaan op de behandeling van de zg. behandelgroepen.

### 2.1.2. De mate van interne versus externe beheersing binnen de behandelgroepen.

Vijf jaar geleden werd in het dagcentrum gestart met de groepsbehandeling. Via vallen en opstaan kwamen wij als stafleden uit op een gestructureerde groepsbehandeling. We hadden niet alleen de indruk, dat we daar zelf goed mee uit de voeten konden, wat meer de doorslag gaf was dat een meer gestructureerde aanpak om de een of andere reden beter aansloeg bij onze cliënten.

Pas sinds een jaar proberen we onze klinische impressies te staven. Eén van de voorlopige resultaten is het volgende: In 1978 vulden alle cliënten die in een behandelgroep opgenomen werden de attitude-schaal van Rotter in, (zie nederl.bewerking Andriessen, 1972).

Vergeleken met de nederlandse normen bleken de cliënten boven het gemiddelde (- dat wil zeggen meer extern gericht dan intern - ) te scoren. De gemiddelde scores zaten in het zesde per<sup>o</sup>centiel. Met andere woorden: 60 procent van onze norm-groep scoort op de Rotter lager (dat wil zeggen meer intern gericht dan onze cliënten dat doen). Op deze gegevens afgaande zou een meer gestructureerde aanpak geïndiceerd zijn, maar zou deze ook weer niet te ver moeten worden doorgevoerd.

Al te veel structuur bleek onze behandeling toch ook weer niet te hebben: tien procent van genoemde cliënten moest in dat jaar afhaken en overgeplaatst worden naar een volledig klinische setting. Vermeldenswaard is hierbij dat deze groep "afhakkers" significant hogere (dus nog meer extern gerichte scores had), dan de groep cliënten die doorging met de dagbehandeling, (vergelijk Snijders, 1979).

## 2.2. Het behandelprogramma.

Binnen het programma zijn wat de groepstherapieën betreft de onderstaande onderdelen te onderscheiden ( tabel 2.2)

<u>tabel 2.2. Vormen van groepstherapie:</u>	<u>Frequentie/duur:</u>
1. opdrach <sup>t</sup> enzitting	1 x 1½ uur
2. assertiviteitstraining	2 x 1½ uur
3. ongestructureerde groepstherapie	1 x 1½ uur
4. interactietraining	1 x 1½ uur
5. dagboek-bespreking	1 x 1½ uur
6. week-evaluatie	1 x 1½ uur

Uit deze opsomming blijkt dat de gestructureerde sessies overheersen. Dit houdt overigens niet in, dat er binnen deze gestructureerde vorm van groepstherapie geen plaats zou zijn voor non-directief gedrag van <sup>therapeut</sup> en/of ontdekkende ervaringen bij de client. Zo kan een goed geleid rollenspel of een interactietraining tot onverwachte ontdekkingen of

emoties leiden. Bovendien vullen de verschillende sessies elkaar aan. Een client kan in een assertiviteitstraining op een gegeven moment goed voor zichzelf opkomen. Maar kan vervolgens in een ongestructureerde groepstherapie ontdekken daar nog erg geremd te zijn.

Wat betreft de inhoud van de assertiviteitstraining en de interactie-training wordt verwezen naar de paragrafen 2.3 en 2.4.

De inhoud van de opdrachtzitting (vlg. van der Hart, 1977), de dagboekbespreking en de weekevaluatie kan beknopt als volgt worden weergegeven:

- opdrachtzitting: de client spreekt af welke concrete haalbare opdrachten hij als "huiswerk" zal uitvoeren. De groep fungeert hierbij als klankbord.
- dagboekbespreking: de client bespreekt aan de hand van een dagboek relevante ervaringen, die plaats vonden buiten de therapie-dagen. Ook hierbij fungeren de overige groepsleden als klankbord, en krijgt men van elkaar de nodige achtergrondinformatie.
- weekevaluatie: iedere client bespreekt beurtelings relevante ervaringen opgedaan tijdens de drie behandel-dagen. Voorts wordt de eigen inzet besproken en dat wat bij de overige groepsleden en therapeuten is opgevallen aan positieve of negatieve gedragingen.

2.3. Rollenspel.

In het behandelingsprogramma van het dagcentrum neemt het rollenspel een belangrijke plaats in, ± 3 uur per week per groep. Dit programma onderdeel richt zich voornamelijk op de praktische training van individuele problemen van de cliënten; de client bepaalt zelf wat er geoefend moet worden: namelijk datgene waar hij of zij problemen mee heeft of problemen meer verwacht in de komende week. Daarnaast biedt het rollenspel therapeuten en cliënten een duidelijk inzicht in de gedragingen buiten de groeps-kamer. Het "uitspelen" van een situatie uit het milieu (b.v. woon/werk situatie) geeft dikwijls een duidelijker beeld dan het praten over de zelfde situatie: bagetelliseren en rationaliseren zijn in een zo'n natuurgetrouw mogelijk nagebootst spel moeilijk vol te houden. Rollenspel heeft op deze wijze niet alleen invloed op de z.g. assertiviteit maar leidt dikwijls tot verdergaande gedragsveranderingen.

### 2.3.1. De spelregels.

Het is in het rollenspel belangrijk om een concrete situatie zo realistisch mogelijk na te bootsen. Dit doet een beroep op het improvisatie-talent van groep en therapeut, maar zorgt er tevens voor dat er zeer humoristische situatie's kunnen ontstaan die de groepssfeer veraangenamen.

Het is onze ervaring dat het belangrijk is om de rollenspelen niet te lang te laten duren. Tijdens één zitting vier verschillende rollenspelen trainen en die zonodig in andere zittingen herhalen blijkt functioneler te zijn dan één lang en saai rollenspel dat de "spelers" uitput en de toeschouwers hun belangstelling doet verliezen. Voorts is een belangrijke regel dat de therapeut het praten over situaties coupeert. Het is een regel om eerst van de cliënten te vragen te laten zien wat en hoe ze met een situatie omgaan, zonodig nieuw gedrag te oefenen en pas daarna erover te praten. Dit voorkomt vermijdingsgedrag en inactiviteit van de groepsleden, bovendien worden er zoveel mogelijk groepsleden bij de rollenspelen ingeschakeld. Het gebruik van video-apparatuur is vaak een belangrijk hulpmiddel.

### 2.3.2. Enkele praktijkvoorbeelden.

Paul is een gefortuneerde 35 jarige ongehuwde man wiens leven uitsluitend bestaat uit hard werken als directeur van een grootwinkelbedrijf. Een eenzame man die zich niet van zijn zéér dominante moeder heeft kunnen los maken. Moeder bepaalt Pauls leven: wat voor kostuums hij draagt, hoe hij zijn geld moet uitgeven en vooral hoe haar zoon zijn vrije tijd doorbrengt. De vrije dagen en weekends worden altijd door moeder opgeëist. Paul heeft een luxe auto en moeder laat zich graag door haar zoon naar ver afgelegen plaatsen waar society zich verzameld voeren. Paul vertoont al enige tijd ontevredenheid over deze situatie. Moeder heeft b.v. weer een reisje naar St. Tropez op haar programma staan en zal ongetwijfeld Paul gebieden haar daarheen te brengen.

Er wordt een rollenspel gespeeld waarin Paul telefonisch zijn weigering aan zijn moeder zal medelen. Dit wordt herhaald tot moeder een duidelijke afwijzing heeft gekregen. Het in deze situatie getrainde gedrag wordt later thuis inderdaad toegepast. Dit rollenspel bleek het startsein te zijn voor verdere ingrijpende gedragsveranderingen. Het wordt Paul als snel duidelijk dat de reisjes met moeder ook voor hem functioneel waren, wat anders met de vrije tijd te doen?

Paul ontdekt in de vele oefeningen rond deze thematiek dat hij uitstekend in staat is op een vriendelijke en duidelijke manier met mensen om te gaan, daar ook veel plezier aan beleefd, maar zich altijd erg door zijn moeder heeft laten bepalen ten aanzien van zijn contacten met anderen. Uiteindelijk zijn de rollenspelen mede oorzaak van het feit dat Paul 'n volle vrije tijdsbesteding weet te vinden en zich losser maakt van zijn moeder.

Jannie is een 36 jarige analyste en kampt al jaren met forse alcoholproblemen. Niemand weet dit, ze verschuilt zich achter allerlei vreemde excuses voor haar gedrag en raakt verstrikt in een kluwen van leugens, vergeetachtigheid, afweer en angst. Wanneer Jannij in de groep komt heeft ze vrijwel niemand van haar vrienden en kennissen meer over en dreigt ze haar baan te verliezen. In de rollenspelen wordt Jannie geleerd hoe en vooral waarom ze over haar alcoholisme praten. Ze is uiteraard bang, en uit zich aanvankelijk zéér agressief en verbeten. Haar verzet uit zich b.v. als volgt: "ik heb niemand nodig, daar zit ik niet mee, ik wil geen begrip of medelijden". Soms krijgen de rollenspelen een duidelijk psychodramatisch karakter, Jannie uit zich angstig en wanhopig, ziet zichzelf steeds meer reëel in haar isolement, ervaart haar situatie als volstrekt onhoudbaar maar is nog angstiger voor het onbeproeefde alternatief.

Aanvankelijk weigert ze te oefenen, doch geleidelijk begint ze deel te nemen aan een reeks van sociale vaardigheids- en assertiviteitstrainingen. Ze leert om alcohol in allerlei situaties te weigeren, ze leert te spreken over alcoholisme met mensen die dat aangaan, en ze leert kennissen te ontvangen zonder een borrel te presenteren.

Na vele oefeningen begint ze geleidelijk meer het geleerde in praktijk te brengen waardoor ze de ontroerende ervaring opdoet dat haar omgeving veel vriendelijker reageert dan ze verwacht had. Haar angstaanjagende eenzaamheid en isolement worden hierdoor sterk verminderd. Ze behoudt haar baan, nadat ze vriendelijk en bescheiden haar chef heeft uitgelegd dat haar alcoholisme tot het verleden behoort, maar dat ze er in het verleden wel veel moeilijkheden mee heeft gehad. In hetzelfde gesprek excuseert ze zich

zoals ze geleerd heeft in de rollenspelen, voor de vreemde indruk die ze wel gewekt moet hebben. In de groep toont Jannie zich gelukkig en blij: "jullie hadden nog gelijk ook".

#### 2.4. Interactie-oefeningen.

Dit programma-onderdeel heeft ten doel om een groep willekeurig bij elkaar geplaatste mensen, die problemen hebben te leren "als groep" te functioneren. Anders dan bij het rollenspel ligt de nadruk bij interactie niet bij de individuele problematiek van de cliënten, maar wordt er voornamelijk gewerkt aan het verduidelijken van de posities in de groep. De cliënten worden getraind in het reageren op elkaars gedragingen.

Een ander essentieel verschil met de rollenspelen is dat bij de interactie de therapeuten bepalen welke oefeningen er gedaan worden, de oefeningen worden aangepast aan de behoefte van de groep op dat moment. Zo zal bij niet uitgesproken doch duidelijke wrijving in de groep vaak gekozen worden voor cohesie bevorderende oefeningen. Wanneer er veel nieuwe groepsleden binnengekomen zijn, worden er kennismakingsoefeningen gedaan.

Training in sociale-interactie leidt tot het verkrijgen van een werkzaam-klimaat binnen de groep, de leden leren naar elkaar luisteren en meningen te formuleren. Daarnaast verkrijgen ze inzicht in de manier, waarop ze zelf in een groep functioneren. Iedere groep heeft in ons centrum 1½ uur interactie-oefening per week. Voor een uitgebreide beschrijving van de gebruikte oefeningen verwijzen we naar bijvoorbeeld Oomkes (1971), Antons, (1976), en Stemding, (1975).

##### 2.4.1. De spelregels.

De therapeut bepaalt welke oefening er gebruikt zal worden, hij leidt ook de zitting. Een duidelijke instructie over wat er gebeuren moet, is belangrijk, waarom er wat gebeuren moet komt in deze fase van de zitting niet aan de orde. Het is onze ervaring, dat het in deze training belangrijk is, dat de therapeut met de oefeningen meedoet: de cliënten voelen zich niet geobserveerd, de therapeut krijgt feedback van de groep en omgekeerd, de therapeut kan door zelf mee te doen, beter de moeilijkheidsgraad van een oefening bepalen en daardoor gericht oefeningen kiezen.

Wanneer de oefening is afgelopen, wordt er nagepraat over het doel ervan. Hier geldt dus hetzelfde principe als in het rollenspel: "Eerst doen, dan praten". Niettemin is de nabespreking (de inventarisatie van de diverse persoonlijke ervaringen) erg belangrijk en er moet ruim tijd aan besteed worden.

2.4.2. Enkele praktijkvoorbeelden.

Annemarie toont al enige weken duidelijk, dat zij een "geheim" heeft. Ze weigert iets over haar "echte" problemen te vertellen in de groep. Ze wordt hierdoor nogal aangevallen door de groepsleden.

Tijdens een interactie-oefening kiezen de therapeuten voor een feedback-zitting in de vorm van een dieren sociogram. Iedereen benoemt de meest kenmerkende eigenschappen van de andere groepsleden in de vorm van een dier. Annemarie wordt door de therapeut een steenbok gevonden, met de volgende motivatie: "Je zet je erg in, je bent een doorzetter. Je staat op eenzame hoogte, maar je kunt je daar in balans houden. Het is moeilijk voor je om de berg af te dalen, daar is ook wel veel moed voor nodig (!). Het zou jammer zijn als je je evenwicht zou verliezen en zou vallen, je kunt beter voorzichtig en stapje voor stapje naar beneden komen. Maar wees vooral voorzichtig en bepaal zelf je tempo".

Annemarie voelt zich gevleid en erg begrepen. Ze heeft haar geheim niet "zomaar". Het drukt als een zware last op haar schouders. Nog dezelfde week heeft ze haar moed bewezen en haar geheim prijsgegeven.

Er hangt al enige dagen een lusteloze, weinig inspirerende sfeer in de groep. De stemming is wat geprikkeld, maar er zijn geen duidelijke, althans openlijke, conflicten. De therapeuten kiezen voor de volgende reeks oefeningen: De groep zit in een kring. Een van de groepsleden moet een directe en concrete vraag stellen aan een ander, die de keuze heeft of de vraag eerlijk of de vraag niet te beantwoorden. Vervolgens is degene aan wie de vraag gesteld is aan de beurt om een vraag te stellen. Om een dialoog tussen twee mensen te voorkomen, moet een ander gekozen worden om de vraag te beantwoorden. Op deze wijze komt iedereen aan de beurt, om zowel te vragen als te antwoorden en komt er duidelijkheid in het sluimerend ongenoegen. Daarna lanceert de therapeut enkele onafgemaakte zinnen, die door de groepsleden worden voltooid: "Ik ben .....". "Jij bent .....". "Ik vind .....", "Ik vind, dat jij .....", "Ik voel mij .....", "Ik voel voor jou .....".

Het resultaat van een dergelijke oefeningenreeks is dikwijls, dat de onderlinge spanning in de groep afneemt naarmate er persoonlijker vragen en antwoorden komen. Datgene, wat dwarsgezeten heeft, wordt uitgesproken en men hervindt elkaar in begrip en vertrouwen. Het zal duidelijk zijn, dat deze oefeningen door de therapeut zeer worden gestructureerd.



Het meedoen en indien nodig, het stellen van de "hamvraag" werkt als model voor volgende soortgelijke oefeningen.

### 3. Situatieve interventies.

Gestructureerde groepstherapie is gericht op het vergroten van het aantal gedragsalternatieven van de client in verschillende situaties. Naast de aandacht voor taakgerichte aspecten, zoals de technische kant van de sociale vaardigheidsbevordering, vragen ook de groepsmatige processen de nodige aandacht. Hierbij gaat het om vragen als hoe benut ik de groep optimaal tijdens de training, hoe bevorder ik de groepssamenhang, hoe zorg ik dat zoveel mogelijk groepsleden ervan profiteren en wat doe ik wanneer groepsleden dwarsliggen, etc. Met andere woorden, de therapeut zal enerzijds ervoor moeten zorgen, dat de structuur gehandhaafd blijft en anderzijds dat de sessies niet ontaarden in het opdringen van een voor geen van de groepsleden sraakelijke eenheidsworst.

De in de loop van de jaren in het dagcentrum ontwikkelde interventies, vallen in 3 categorieën uiteen. Deze interventies worden gebruikt in alle voor komende groepssessies.

#### 3.1. Bemoediging.

De meeste cliënten van het dagcentrum hebben hun klachten allang en ze hebben dikwijls de moed verloren; hoewel ze dit veelal niet uitspreken, kan hun houding gekenschetst worden met de uitdrukking: "Zo ben ik nu eenmaal". Ze hebben de neiging bij de hulpverleners voornamelijk steun, troost en een psychiatrisch gefundeerde legitimering van hun toestand te zoeken. Taakgerichte interventies ervaren ze dikwijls als bedreigingen van de status quo, die ze, niet ten onrechte, zien als weliswaar niet "the best of possible worlds" maar in ieder geval, de minst slechte. Ze hebben veel bemoediging nodig voordat ze <sup>ook</sup> ~~in~~ andere dan de hun vertrouwde opstelling niet meer als bedreigend ervaren. In de paragrafen 3.1.1. tot en met 3.1.5. worden een aantal interventies genoemd, die ten doel hebben de cliënten te bemoedigen op hun weg naar een ander gedrag.

3.1.1. "Neem ons op proef".

De cliënten van het dagcentrum hebben dikwijls reeds meerdere behandelingspogingen meegemaakt. Ze wantrouwen nieuwe hulpverleners en zijn zeker niet bereid om onmiddellijk energie te investeren in het opvolgen van adviezen zonder garantie, dat hun klachten zullen verminderen. Bij deze cliënten wordt veel spanning weggenomen, wanneer de therapeuten op voorhand aanraden om de eerste tijd in de groep als een "kijk de kat eens uit de boom" periode te definiëren; er wordt niets gevraagd, de cliënt krijgt voortdurend het advies om niet mee te doen, omdat hij "toch al zoveel heeft meegemaakt". Aan alle cliënten wordt de eerste week voorgesteld als een proefweek, wanneer de moeilijkheden, en/of de weerstanden, groter zijn, een voorbeeld is alcoholisme, kan deze periode uitgebreid worden tot een maand. In uitzonderingsgevallen wordt de gehele therapie in het kader geplaatst van "weet je zeker dat je dit nog aankan, of wil?".

In feite gaat het hier om een vorm van "prescribing the symptom". In verreweg de meeste gevallen blijven de cliënten deelnemen aan de therapie. Ook in de proefperiode doen ze dikwijls reeds pogingen om deel te nemen aan de verschillende onderdelen van de therapie. Uiteraard worden zij in die proefperiode door de therapeuten tot voorzichtigheid gemaand. Deze interventie is vooral werkzaam, omdat de groepen open en <sup>heterogeen</sup> ~~heterogeen~~ zijn samengesteld: nieuwkomers worden van het begin af aan geconfronteerd met groepsleden die ondanks ernstige klachten, toch goed verbeterd zijn.

3.1.2. "Jij bent de leider".

Veel cliënten hebben het vertrouwen verloren in hun mogelijkheden invloed te kunnen uitoefenen op andere mensen. Wanneer een groepslid enkele weken heeft meegedraaid in het programma, kan het zeer bemoedigend werken, wanneer hij gaat meerouleren in het groepsleiderschap. Zo heeft elk van de groepsleden beurtelings een week lang het zogenaamde "voorzitterschap" van de groep op zich te nemen. Hij of zij is dan verantwoordelijk voor de voorbereiding van de rollenspelen ("wie gaat vanmiddag wat oefenen") en de voorbereiding van de interactie-zittingen, na afloop van een behandelweek evalueert de groep de voorzitter van de week. Telkens blijkt weer dat vrijwel iedereen bepaalde leiderscapaciteiten bezit.

3.1.3. "Help eens mee".

In dezelfde orde ligt het benoemen van een cotherapeut. Gevorderde groepsleden worden ingeschakeld in de therapie bij specifieke onderdelen. Dit kan variëren van het voeren van anorexie-patienten tot het begeleiden in de tram bij fobische clienten. In het rollenspel kiezen de clienten elkaar uit om mee te helpen bij het oefenen van specifieke situaties, waar moeilijkheden bij bestaan. Ondanks het feit dat veel clienten bezwaren maken, wanneer ze uitgekozen worden om een rol te spelen, blijkt dikwijls dat ze uitstekend in staat zijn om mee te doen. (Vergelijk ook Yalom).

3.1.4. "Zo kan het ook".

Clienten kijken dikwijls op tegen de therapeuten. Soms wordt dit uitgesproken, meestal niet. Het kan gaan om een oppervlakkig ontzag voor de maatschappelijke positie, doch frequenter spelen gevoelens van vertwijfeling, jaloezie of woede een rol. De clienten worden immers geconfronteerd met therapeuten, die het in het leven op allerlei manieren beduidend beter getroffen hebben dan zijzelf: zij zitten "aan de goede kant van het bureau". Wanneer de therapeuten voordoen, hoe zijzelf zich in problematische situaties gedragen, kan dit uitermate bemoedigend zijn, natuurlijk alleen indien de schijn van bevoogding of paternalisme wordt vermeden.

Voorbeelden zijn:

- ruzie maken onder de therapeuten. Vele clienten zijn het vermogen verloren om het luid en duidelijk met iemand, die ze graag mogen, oneens te zijn. Een pittige woordenwisseling tussen de therapeuten kan voor een hele groep zeer ontspannend werken.

Een voorwaarde voor deze interventie is wel dat de therapeuten elkaar goed kennen, dat de situatie "echt" is en de therapeuten <sup>een</sup> in dergelijke situatie zo dikwijls hebben meegemaakt, dat ze ook in staat zijn om in dezelfde zitting tot een voor de groep aanvaardbare oplossing van de "ruzie" te komen.

Deze interventie kan vooral gebruikt worden in situaties, waarbij het duidelijk wordt dat meerdere groepsleden met verborgen ruzies zitten. Zo kunnen therapeuten bijvoorbeeld "ruzie" maken over het feit, dat een van de twee nog steeds rookt, terwijl toch duidelijk afgesproken is, dat dit kwalijke gedrag op het betreffende tijdstip niet meer zal voorkomen, ~~hebben wij inzicht gekregen in de oorsprong van je probleem, waarvoor wij veel respect hebben.~~ De roker kan bijvoorbeeld repliceren dat de criticus nog steeds zijn ontslagbrieven niet geschreven heeft, waardoor hij veel telefoontjes van verwijzers krijgt en de ruzie kan opgelost worden in een gezamenlijk <sup>contract</sup> contact, waarbij de roker in een bepaalde periode aanbiedt de verderfelijke gewoonte te stoppen in ruil voor een afgesproken aantal ontslagbrieven door de criticus.

- Vermijden van besmetting.

Clienten zijn dikwijls geneigd zich door de sombere stemming van enkele groepsleden volledig mee te laten slepen. De sfeer in de groep kan zeer verbeteren, wanneer de therapeuten zorgvuldig hun eigen humeur handhaven, ondanks verstikkende walmen van somberheid uit de groep. Uiteraard moet niet de indruk gewekt worden, dat klachten gebagatelliseerd worden door de therapeuten. Het is opvallend hoe snel de stemming kan omslaan, wanneer de therapeuten à tort et à travers vrolijk blijven. Het grootste deel van de groep besluit meestal dankbaar de zorgen tijdelijk op zij te zetten. Het vertellen van eigen, vrolijke belevenissen in het weekend (-het is goed er zorg voor te dragen om door alle vrolijkheid enige weemoed te mengen-) werkt dikwijls zeer opluchtend.

- Herformuleren.

Vele clienten beschrijven hun geestelijke of lichamelijke toestand niet (meer) in termen van eigen gewaarwordingen, maar zijn gewend geraakt op vragen naar hun welzijn te reageren met het interpreterende jargon van de hulpverlening en/of het welzijnswerk. Een beroerd humeur wordt dan snel een moeilijk te bespreken "depressie" en een koele houding wordt mijn "depersonalisatie" of, nog erger, "ik kan vandaag niet zo goed bij m'n gevoel".

Het gebruik van dit soort clichématige kreten is typerend voor het wezenlijke verarmde levensperspectief van meeste cliënten (vergelijk Bandler & Grindler, 1975), een soort verbale conversie van onmachtgevoelens tot pseudo-mystiek abstraheren.

Het is zeer belangrijk in gestructureerde therapie om zo snel mogelijk het spreken in dit soort ongrijpbare en onwerkbaar categorieën te ont-raden of zelfs te verbieden, zodat de cliënten in staat gesteld worden om zo snel mogelijk te leren uiting te geven aan hun belevenissen en niet aan een compilatie van het diagnostisch jargon van hun hulpver-leners.

3.1.5. Positief herformuleren.

Dit is een van de belangrijkste kenmerken van directieve therapie, zo ook van directieve groepstherapie.

In alle hierboven aangehaalde benaderingen werken de therapeuten impliciet of expliciet vanuit een positieve context. Ze laten in hun gedrag merken dat ze meer van de cliënten verwachten, dan deze zichzelf toegedacht hadden. Voor het bereiken van zo'n prettige atmosfeer is het nodig om zoveel moge-lijk handelingen van de cliënt positief te herformuleren.

Zo kan een cliënt, die een uitermate somber rapport uitbrengt over zijn belevenissen van de afgelopen week, gecomplimenteerd worden met het feit dat hij het zo goed en uitgebreid gedaan heeft, een cliënt die voortdurend zwijgt, gewaardeerd worden omdat hij anderen aan het woord laat, en een cliënt die voortdurend critiek op groepsleden uit, geprezen worden voor zijn inzet in het groepsproces.

Deze herformuleringen zijn vooral dan effectief als bemedigende interventie, wanneer de groepsleden veel stereotiep verbaal gedrag vertonen. Dikwijls verveelt een cliënt zichzelf het meest met zijn gedrag en hij zal de her-formulering zien als een teken dat er nog hoop is, ondanks de monotonie van zijn klachtenpresentatie. Het spreekt vanzelf dat alleen dan, wanneer de cliënt zijn klachten herkent in optimistische visie van de therapeut, de interventie werkzaam zal zijn. Wanneer de cliënt de herformulering ziet als een bagateliseren van zijn ernstige problematiek, heeft de therapeut een grote fout gemaakt. Een voorbeeld van positief herformuleren vond plaats in de behandeling van Paul, aanvankelijk werd zijn slaafse houding ten opzichte van zijn dominante moeder gekenschetst als een, de laatste jaren steeds zeldzamer wordende, uiting van respect voor ouderen.

Deze herformulering bleek ten tijde van de eerste weken in het dagcentrum, toen Paul nog zeer depressief was, ~~aan~~ zeer effectief. Mede door deze interventie werd het hem uiteindelijk mogelijk ook wat kritiek op zijn moeder te laten horen.

3.2. Cohaesie bevorderen.

Eigenlijk probeert de therapeut met alles wat hij doet in groepen de cohaesie op z'n minst te behouden. Groepstherapie is niet wel mogelijk zonder cohaesie. Cohaesie wordt vooral bevorderd door interventies die tot doel hebben de cliënten te laten zien, hoeveel ze gemeen hebben, dit niet met de bedoeling om ze oeverloos over gemeenschappelijke klachten te laten praten, maar om een kader te scheppen waarbinnen gevoelens van insufficiëntie, schaamte en hopeloosheid weer bij de naam genoemd kunnen worden. Door herkenning van eenzaamheid vervalt voor een deel de angst om afgewezen te worden. De cliënten voelen zich veiliger om deel te nemen aan de onderdelen van de groepstherapie. Niettemin komt het dikwijls voor, dat cliënten ook na algemeen bemoeidende interventies in de groep niet met hun wezenlijke problemen naar voren komen. In het navolgende worden 3 interventies beschreven om dit te bevorderen. <sup>1 een</sup> Die ~~ene~~ gradatie vertonen van meer naar minder vrijblijvend.

3.2.1. "Had jij ook niet zoiets?".

Vooraf cliënten die pas deel uitmaken van ene groep zijn, soms op aanraden van de therapeut, geneigd om "de kat" wat al te lang "uit de boom te kijken". Ze leven zichtbaar geïnteresseerd mee wanneer een medecliënt zijn zorgen verhaalt, doch weren vragen naar hun eigen problemen af. Soms kan het dan helpen, wanneer de therapeut plotseling nadenkend het zwijgende groepslid aanziet en bijvoorbeeld aarzelend zegt "Dat doet me denken ..... Zeg had jij laatst ook niet zoiets?". Al te direct refereren aan informatie die de cliënt tijdens zijn individueel gesprek aan de therapeut heeft gegeven is natuurlijk niet verantwoord. Dikwijls blijkt de cliënt evenwel de gelegenheid te baat te nemen om zijn zegje te doen.

### 3.2.2. "Precies Piet!".

Dit is een variant op de vorige interventie. Het komt nogal eens voor in zittingen, tijdens welke iedereen een beurt krijgt, dat sommige, wat breed-sprakige, groepsleden zich verongelijkt voelen, wanneer de therapeut de aandacht van de groep op een ander lid richt. Soms reageren deze groepsleden dan door zich, meestal <sup>verbaal</sup> (verbaal), duidelijk terug te trekken. Wanneer een ander groepslid dan iets meldt dat verwantschap vertoont met de belevenissen van het verongelijkte lid klaart diens stemming dikwijls op wanneer de therapeut nog eens terugkomt op zijn problemen onder de kreet "Precies Piet!". Uiteraard moet deze interventie kort gehouden worden, aangezien hij anders fungeert als een bekrachtiging van het verongelijkt doen. Wanneer de therapeut zelf van mening is, dat hij te weinig aandacht heeft gegeven aan een verslag van positieve belevenissen kan hij door de beschreven interventie alsnog het gedrag van Piet positief bekrachtigen.

### 3.2.3. "Ik heb eens iemand meegemaakt .....".

Sommige cliënten zijn, ook met de eerder beschreven methoden niet tot enige openhartigheid in de groep te bewegen, wat de cohesie zeer negatief beïnvloedt. Een zeer indirecte benadering kan dan zijn, dat de therapeut een, eventueel aan de gelegenheid aangepast, algemeen verhaal vertelt, waarin cliënten optreden die klachten vertoonden vergelijkbaar met de problemen van de cliënt, die hij of dat moment wil aanspreken.

Cliënten met alcoholproblemen bijvoorbeeld verzwijgen dit nogal eens. Wanneer een andere cliënt dan vertelt over zijn schuchterheid om delicate zaken te openbaren, kan de therapeut reageren door een vergelijking te maken met het voor alcoholisten zo typerende verbergen van hun probleem. Dit mes snijdt aan twee kanten: niemand wordt graag met een alcoholist vergeleken en de alcoholist tot wie de therapeut zich wil richten, voelt zich zeer aangesproken. Niet zelden komt hij in een van de volgende sessies tot een openbare biecht.

Bij deze benadering is het essentieel dat de therapeut geen geforceerde indruk maakt. Wanneer het verhaal een duidelijk persoonsgerichte indruk maakt neemt slechts de weerstand bij de cliënt toe.

### 3.3. Destructie blokkerende interventies.

Het zal opgevallen zijn dat in de interventies tot dusver veel aandacht wordt besteed aan het vermijden van weerstand, een typisch kenmerk van directieve benaderingen. Uiteraard treedt weerstand niettemin soms op. De eerste zorg van de therapeut is ervoor te zorgen dat de destructieve manoeuvres geblokkeerd worden en de groep kan doorgaan.

Weerstand in groepen kan uitgaan van een of slechts enkele groepsleden; het kan ook voorkomen, dat de therapeut een zeer cohesieve groep tegenover zich vindt, die er die middag geen zin in heeft. De interventies moeten uiteraard aangepast worden aan de omstandigheden.

#### 3.3.1. Negeren.

Wanneer een groepslid of slechts enkele groepsleden destructief ten aanzien van het groepsgebeuren bezig zijn kan de therapeut het beste ervoor zorgen, dat het zo evident mogelijk wordt, dat de betreffende groepsleden bezig zijn zich te isoleren. Er dient voor gewaakt te worden, dat gezichtsverlies optreedt, de cliënten moeten de gelegenheid hebben om zich weer bij de rest van de groep te voegen. Eén manier om dit te bewerkstelligen is de betreffende groepsleden of het betreffende groepslid, aan te raden zich voor korte tijd wat te gaan vertreden. Het gedrag moet, om dit mogelijk te maken, gedefinieerd worden als "het even te moeilijk hebben". Een time-out van ± een kwartier zorgde dikwijls voor dat de groepsleden daarna coöperatiever zijn.

#### 3.3.2. "Het wordt allemaal nog veel erger".

Wanneer cliënten na enkele dagen in de groep verbleven te hebben, stellen dat het allemaal nog veel erger wordt, is dit in vele gevallen een uiting van overbelast zijn: het is immers bepaald niet eenvoudig om temidden van onbekenden over jezelf te moeten praten. Soms echter is deze uitspraak een poging om meer aandacht te krijgen van de therapeuten, een uitzonderingspositie te verwerven of de therapeuten tot dezelfde machteloosheid te brengen, als die welke de client zelf ervaart. Gedeelde smart lijkt inderdaad halve smart te zijn onder die omstandigheden. Duiding en confrontatie lijken in deze gevallen weinig uit te halen; de client communiceert paradoxaal: in feite zegt hij: jullie zijn niet in staat mij te helpen, doe wat anders! De reacties van de therapeuten moeten aangepast zijn aan de positie die de boodschap van de client inneemt op de schaal van paradoxaal naar congruent



(vergelijk van Dijk 1977 en 1980). Wanneer de boodschap relatief een meer congruent karakter heeft, kan de therapeut reageren met bemoedigende reacties; hij kan de groepsleden die er langer zitten, laten vertellen dat vrijwel iedereen door een aanvankelijke verslechtering heen moet bijten. Wanneer de boodschap meer geïnterpreteerd wordt als een voor de groep en de client zelf destructieve manoeuvre is het zinnig om te blokkeren, door in te stemmen met de opmerking van de patient: "Inderdaad, het wordt nog veel erger".

3.3.3. "Gelukkig!".

Deze reactie op de boodschap van een client dat zijn klachten erger worden door of tijdens de behandeling - het eerste wordt dikwijls bedoeld door de clienten - lijkt op het eerste gezicht cinisch of hard. Iedere hulpverlener is evenwel op de hoogte van het zogenaamde honey moon verschijnsel.

Wij beschouwen een initiele verslechtering in de therapie als een prognostisch goed teken.

Aan de client wordt uitgelegd, dat het feit dat zijn klachten verergeren betekent dat de therapie aanslaat. Het betekent dat hij energie investeert, "echt (!) bezig is", etc. Kortom, een verslechtering is reden voor de therapeuten om de clienten te prijzen. Evenzo wordt clienten die vanaf de eerste dag af jubelen de komende verslechtering in het vooruitzicht gesteld. Deze aanpak ontnemt de boodschap zijn kracht: het is bijzonder moeilijk om te blijven klagen, wanneer dit tot waarderende reacties leidt.

3.3.4. "Gelukkig ben je kritisch!".

Wanneer de client zich duidelijk sceptisch of vijandig tegen de therapeuten opstelt, is het vrijwel altijd onverstandig om met objectieve verdedigingen te reageren. Louter "het begrip" evenwel leidt ook tot een impasse, omdat de client dan het idee zou kunnen krijgen, dat therapeuten tot een apart mensenslag behoren, die blijmoedig onterechte kritiek accepteren.

Een tussenweg is de client te prijzen voor zijn kritische instelling, die, hoewel thans niet geheel op feiten gebaseerd, als uiting van zelfstandigheid en autonomie te bewaarden is, als een hoopgevend verschijnsel. Een betoog over de negatieve gevolgen van een slaafse afhankelijkheid aan therapeuten kan hierbij op z'n plaats zijn.

Niet zelden zal de client na deze benadering op een congruentere manier uiting geven aan zijn onzekerheid of depressiviteit.

3.3.5. "Inderdaad, daar gaat het niet om!".

Sommige clienten presenteren vele klachten, terwijl ze bij elke poging van therapeuten of groepsleden om een aanpak te suggereren die zou kunnen leiden tot een verandering van deze klachten aangeven dat "er meer achter zit". Deze clienten worden wel betiteld als "help rejecting complainers". Dikwijls hebben ze al meerdere therapieën achter de rug en zijn ze gewend aan therapeuten die reageren met confronterende opmerkingen. Veelal zullen deze clienten tot de drop-outs behoren; dat is een tragische zaak, omdat ze bij elke mislukte therapie er vaster van overtuigd raken dat ze niet te helpen zijn. Zelfs kan er een paranoïde instelling ontstaan tegenover hulpverlening in het algemeen: "er zal zeker wel niets aan te doen zijn, hè!", of " ik moet er zeker mee leren leven!". Juist voor deze clienten kan het verblijf in een open, taakgerichte groep, op zich heilzaam werken. Groepsleden die, ondanks hun problemen, wel aan de slag gaan zijn aanzienlijk beter in staat om effectieve confronterende opmerkingen te maken dan de door deze clienten gewantrouwde hulpverleners. De therapeuten kunnen, afgezien van deze uit de medegroepsleden voorkomende correcties de volgende interventies overwegen.

3.3.5.1. "U heeft volkomen gelijk".

Wanneer de opmerkingen van de groepsleden bij deze cliënten niet werkzaam zijn kunnen de therapeuten nog proberen om volledig mee te gaan met de openstelling van de cliënt. Ze kunnen hem gelijkgeven in zijn wantrouwen ten opzichte van de slechte maatschappij. Dit is alleen dan werkzaam wanneer de therapeuten niet alleen instemmen met de sombere visie van de cliënt op de hulpverlening in het algemeen, maar deze zelfs overdrijven. Ze kunnen hun eigen geloofwaardigheid expliciet ter discussie stellen. Dikwijls reageert de cliënt dan met opmerkingen die behelst dat hij wel verwacht dat deze therapeuten hem beter zullen begrijpen dan de slechte therapeuten in het verleden. Het is een fout om hierin op welke wijze dan ook in te gaan. De teneur van de opmerkingen van de therapeuten moet zijn dat zij het voornamelijk betreuren dat de cliënt door zijn grote moeilijkheden een al te particuliere visie<sup>op</sup> de wereld om hem heen heeft verworven. Zij geven tegelijkertijd aan dat zij aan deze visie niets kunnen veranderen en stellen zich dienstvaardig op in afwachting van het moment waarop de cliënt zijn slechte ervaringen ter zijde kan stellen en wederom van therapeuten adviezen kan accepteren. Elk advies zullen zij vooraf laten gaan door de opmerking : " het zou mij zeer verbazen wanneer u het advies van mij, een hulpverlener, zou opvolgen".

Uiteraard is ook in het dagcentrum het eerder regel dan uitzondering dat deze cliënten niet geholpen kunnen worden. Toch kan een doorvoeren van de bovengeschetste attitude er toe leiden dat de cliënt geleidelijk zijn wantrouwen verliest.

4. Slot.

Structurerende therapie zoals beschreven in dit artikel fungeert binnen de hulpverlening zoals die plaatsvindt op het terrein van de geestelijke volksgezondheid dikwijls als een laatste poging om een cliënt nog gespreksmatig te helpen. In het verlengde van een behandeling in een dagcentrum ligt, helaas al te dikwijls, een totale hospitalisatie. Het is niet de bedoeling om hospitalisatie en psychiatrische centra negatief te kwalificeren. Wel is het zo dat wanneer een cliënt eenmaal volledig is opgenomen geweest, meerdere opnames zullen volgen.

Het feit dat deze opnames helaas zéér nodig zijn betekent niet dat hulpverleners niet uit alle macht moeten proberen om volledige opname te voorkomen (vgl. de Haan en Hoogduin, 1979).

Het dagcentrum waaraan in dit artikel gerefereerd wordt fungeert dikwijls als een ultimatum refugium voor mensen die volledig vastgelopen zijn in de maatschappij, in hun werksituaties, en in hun gezinsleven. De groepsmatige benadering van deze mensen leidt in een aantal gevallen tot herkenning van gemeenschappelijke problematiek en tot een mogelijkheid om deze problematiek op te lossen. Het gaat in vele gevallen inderdaad om mensen die zich volledig extern gecontroleerd voelen, de therapie heeft mede ten doel het zelfbeeld van deze cliënten zodanig te verbeteren dat ze weer enige besef van autonomie krijgen.

De beschreven procedures, zowel de specifieke als de meer algemene, het groepsproces of de taakgerichtheid bevorderende interventies, zijn te zien als een poging om in de meest letterlijke zin van het woord te roeien met de riemen die je hebt. Gelukkig blijkt dikwijls dat cliënten, geconfronteerd met een laatste mogelijkheid, tot meer in staat zijn dan bij een eerste gesprek mogelijk leek. Tenslotte zijn we van mening dat de in dit artikel gerefereerde benaderingen, ontleent in vele gevallen aan de voor meer geprivilegeerde cliënten tot op heden gereserveerde psychotherapeutische technieken, bruikbaar zijn voor een grote groep cliënten die tot dusver ~~zijn~~ <sup>buiten</sup> het indicatiegebied van de psychotherapie viel.

## Literatuur

147

- Abramowitz, C.V., Abramowitz, S.I., Roback, H.B.E. Jackson, C,  
Differential effectiveness of directive and non directive  
group therapies as a function of client internal-external control.  
Jnl. of Cons. and Clin. Psychology, 1974, 42, 848-853.

Andriessen, J.H.T.W.,  
Interne of Externe Beheersing.  
N.T. voor Psychologie, Deel XXVII, 1972, p. 173-189.

Antons, K,  
Groepsdynamika in praktijk, gestructureerde oefeningen en technieken.  
Samson, soc. en cult. reeks, Alphen a/d Rijn, 1976.

Baardman, I, R.D. de Jong en L. Koopelaar,  
Oefenen in interactie, Een gestructureerde training, in: Training  
in tussen menselijke verhoudingen, K.J. Nijkerk (red.).  
Samson, Sociale en Culturele reeks, Alphen a/d Rijn, 1975

Clijsen, M.L. de Groot en L. Hoos,  
Een gestructureerde vorm van psychotherapie in groepen, in: Tijdschrift  
voor Psychotherapie, Jaargang I, nr. I, januari 1975, p. 26-35

De Moor, W, Assertiviteitstraining, Gedrag, tijdschrift voor Psychologie  
1977, I, 31-59.

Frank, J.D.,  
The Present Status of Outcome Studies, Jnl. of Cons. and Clin.  
Psychology, 1979, Vol. 47, No. 2, 310-316.

Grotjahn, M,  
The art and technique of analytic group therapy.  
NY, Jason Aronson, 1977.

Van Hasselt, V.B., Hersen, M, Milliones, J.,  
Social Skills Training for Alcoholics and Drug Addicts: A Review,  
Addictive Behaviors, Vol. 3, op 221-233, 1978.

Joele, L.J. en Snijders, J.A.,  
Directieve therapie in Dagbehandeling,  
Directieve Therapie, II, K. v.d. Velden (red.), Van Loghum Slaterus,  
Deventer 1980.

Kiesler, D.J.,  
Experimental Design in Psychotherapy Research in Bergin, A.E. and  
Garfield, S.L., (Ed.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change:  
an empirical analysis, John Wiley & Sons Inc., N.Y., 1971.

Lakin, M.,  
Interpersonal Encounter: Theory and Practice in Sensitivity Training,  
Mc Graw-Hill Book Company Inc., N.Y. 1972.

Monti, P.M., Fink, E., Norman, W., and Curran, J.,  
Effects of Social Skills Training Groups and Social Skills  
Bibliotherapy With Psychiatric Patients, Jnl. of Cons. and  
Clin. Psychology, 1979, Vol. 47, No. 1, 189-191.

Oomkes, F.R.,  
Handboek voor gespreksttraining, Programmeren, werkwijzen,  
hulpmiddelen, procedures en oefeningen, Boom, Meppel, 1976.

Pfeiffer, J.W., J.E. Jones, Vol. I, Structured experiences for human  
relations training, University Associates Press, 1969.

Reijzer, H.M.,  
Groepspsychotherapie, in: Psychotherapie in Nederland, onder red.  
van A.P. Cassee, P.E. Boeke en J.T. Barendregt, Van Loghum Slaterus,  
Deventer, 1976.

Rotter, J.B.,  
Generalized expectancies for internal vs. external control of  
reinforcement. Psych. Monographs, 80, 1-28, 1966.

Schutz, W.C.,  
Blij. Uitgeverij Bert Bakker, Den Haag, 1973.

Snijders, J.A. en P.R.F. Beetsma,  
Jaarverslag dagcentrum 'Rozengarde' 1978, Interne Publicatie, Psych.  
Centrum 'Bloemendaal', Den Haag, 1979.

Stemerdink, A.H.S.,  
Groepstraining, leermethoden voor sociale vaardigheid, Samsom, Alphen  
aan de Rijn, 1975.

Schwartz, R.D. and R.L. Higgins,  
Differential Outcome From Automated Assertion Training As a Function  
of Locus of Control, Jnl. of Cons. and Clin. Psychology, 1979, Vol. 47,  
No. 4, 686-694.

Whitaker, D.S. and M.A. Lieberman,  
Psychotherapy through the group process, Adherton Press, N.Y., 1964.

Yalom, I.D.,  
The theory and practice of group psychotherapy, Basic Books, N.Y.,  
London, 1970.

van der Hart, O,  
Een directieve (nazorg) groep, in: Directieve Therapie, onder red. van  
K. v.d. Velden, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.

Jongorius  
N.T. Psychologie, 1974.

Bandler & Grindler  
Statue of magic I, 1975.

van Dijk  
Directieve Therapie I en II, Kees v.d. Velden, van Loghum Slaterus,  
1977, 1980.

OVER DE PROGNOSE: WAT HEEFT DE CLIENT OVER VOOR VERBETERING

---

Kees Hoogduin,  
november 1979

1. Inleiding

Het is niet ongebruikelijk een behandeling te beginnen zonder vast te leggen welke verwachting men heeft over het beloop van de therapie. Wanneer dit wel gebeurt, is het interessant te onderzoeken welke overwegingen de therapeut heeft gehad om tot een bepaalde prognosestelling te komen. Factoren als specifieke kwaliteiten van de therapeut, ervaring met de geboden problematiek, maar ook: maakt de cliënt een sympathieke indruk, man of vrouw, leeftijd, kunnen een rol spelen.

Ook kan het interessant zijn te onderzoeken wat de therapeut - indien hij tot een prognosestelling komt - doet met deze conclusie. Betekent een slechte prognose een minder gemotiveerde therapeut? Leidt deze conclusie via een self-fulfilling prophecy tot een minder gunstig behandelingsresultaat? Of betekent een dergelijke conclusie een wijziging in het behandelplan van de therapeut: gaat de therapeut in die gevallen extra aandacht besteden aan het vergroten van de motivatie van de cliënt voor de behandeling en besteedt hij extra aandacht aan die punten die leiden tot die ongunstige prognose-gedachte? Bijvoorbeeld: een slechte prognose kan verwacht worden indien er alleen maar nadeel van de vooruitgang verwacht kan worden: de huisvrouw met hoofdpijn wordt weer belast en de kantoorwerknemer zonder neurasthene klachten moet "weer werken" (zie Van der Velden & Van Dijck, 1977). Hierbij zal de therapeut zijn behandelingsplan zo inrichten dat hij onderzoekt of een toekomst zonder klachten aantrekkelijk kan worden gemaakt.

Als de nadelen van de verbetering zich vooral in de gezinssfeer voordoen, kan gezinsterapie overwogen worden; doen ze zich op het werk voor, dan kan met behulp van het arbeidsbureau of de bedrijfs-geneeskundige dienst een verbetering nagestreefd worden.

Wanneer de minder gunstige prognose vooral stoelt op de bij de therapeut aanwezige afkeer voor de aangeboden problematiek kan het

zinnig zijn de cliënt naar een collega door te verwijzen, waarbij de verwijzende therapeut er goed aan doet - en aldus het gevaar van de self-fulfilling prophecy vermijdend - zich over de mogelijke ongunstige prognose niet uit te laten. Integendeel, een milde streling van de nieuwe therapeut -"Ik weet dat jij goede resultaten hebt bij cliënten met deze problematiek"- kan de prognose in gunstige zin beïnvloeden. Aldus kan de cliënt ook tegemoet gekomen worden in de "pech" die hij had bij therapeuten met een afkeer voor zijn problematiek te komen.

In dit artikel wordt een strategie beschreven waarbij de cliënt tijdens de taxatiezitting verleid wordt uitspraken te doen wat het hem waard is zijn probleem opgelost te krijgen. Dit geschiedt zodanig dat hiermee of een belangrijke stap op weg naar de gewenste verandering is gezet of door de therapeut signalen worden verkregen zijn behandeling vooralsnog op verbetering van de motivatie te richten.

## 2. Voorbeelden

### 2.1 De illusie van de alternatieven

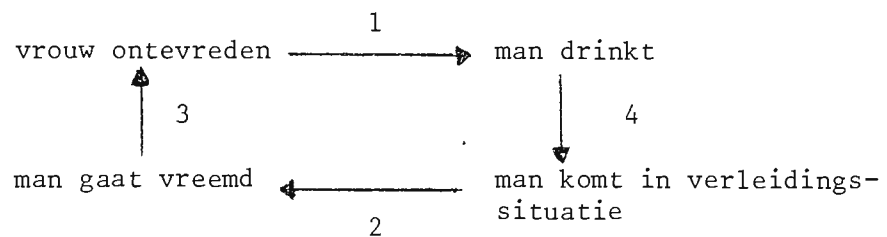
- De heer Zwaan, een 42-jarige huisarts, wordt door een consultatiebureau voor alcohol- en druggebruik voor relatie-therapie verwezen. Hij is in contact met dit C.A.D. gekomen omdat hij een tweetal malen is veroordeeld wegens rijden onder invloed. Naast een ruime belangstelling voor het innemen van alcoholhoudende dranken bestaat er een huwelijksprobleem. Hij is sinds 8 jaar gescheiden, doch is ook alweer een drietal malen met zijn vrouw herenigd geweest. De belangrijke reden voor het paar behandeling te zoeken, is om nu met hulp een vijfde en laatste poging te ondernemen om weer samen te gaan leven. De drukbezette huisarts heeft als enige hobbie het verblijven in een aantal bars waar ook allerlei mannen en vrouwen komen met moderne opvattingen over de sexuele moraal. Wanneer hij een paar borrels opheeft "overkomt" het hem nog wel eens dat hij met een van de dames mee naar huis gaat voor een laatste drankje. Daarna is het dan pas goed mis en regelmatig moet hij zich haasten om voor acht uur 's ochtends (het

f.c.: Slecht



begin van zijn spreekuur) weer thuis te zijn. Zijn vrouw kan niet goed tegen deze vorm van vrijetijdsbesteding. De ruzies over dit onderwerp nemen toe, wat, aldus de heer Zwaan, voor hem weer een reden is om bij vrienden een borrel te gaan drinken. Mevrouw Zwaan heeft zich tenslotte laten scheiden. Zij is met de twee kinderen in een flat getrokken. De scheiding heeft desondanks in een redelijk goede sfeer plaatsgevonden en ook daarna onderhouden de partners een regelmatig contact, ook op sexueel gebied. Na enige tijd besluiten ze het weer samen te proberen, maar na een ruzie gaat meneer Zwaan er weer op uit met de bekende gevolgen, waarop mevrouw met haar kinderen opnieuw naar de door haar aangehouden flat vertrekt.

De problematiek laat zich als volgt vereenvoudigen:



Schematisch voorgesteld zijn er de volgende aangrijpingspunten voor behandeling:

1. De man houdt op met drinken, ook al is zijn vrouw ontevreden. Hij komt niet meer in de verleidingssituatie en de cirkel is doorbroken.
2. De man komt in verleidingssituatie, maar weerstaat deze verleiding. De vrouw zou tevreden moeten zijn, maar het gevaar bestaat dat de vrouw haar man niet gelooft.
3. De vrouw toont haar afkeer niet als de echtgenoot dronken en stinkend naar ontucht thuiskomt en verhindert zo dat haar man een nieuwe aanleiding heeft om weer te gaan drinken.
4. De man drinkt op dusdanige momenten dat hij niet in een verleidingssituatie komt, bijvoorbeeld alleen maar thuis of buitenshuis maar dan steeds in gezelschap van zijn vrouw.

De mogelijkheid dat de man eenmaal in een verleidingssituatie verkerend zich zal beheersen, lijkt - gelet op de voorgeschiedenis - niet aannemelijk. Ook de mogelijkheid dat de vrouw haar misnoegen verbergt na een uitstapje van de man, eist een grote inzet van de vrouw en lijkt vooralsnog moeilijk te verkopen.

De tweede interventie - de man drinkt samen met zijn vrouw - lijkt de moeite van het proberen waard, ware het niet dat eenmaal de reden van een scheiding een door de dronken echtgenoot opgedrongen partnerruil is geweest.

Over blijft de eerste oplossing: meneer Zwaan houdt gewoon op met drinken. Daar meneer Zwaan stelt niet meer zonder zijn vrouw en kinderen verder te willen leven, wordt hem - in aanwezigheid van zijn vrouw - volgend voorstel gedaan:

"Stelt u zich voor dat ik (de therapeut) u een 100% zekerheid zou kunnen geven voor het welslagen van uw poging een goede, blijvende relatie op te bouwen met uw vrouw - dit is natuurlijk onzin, want geen mens kan u die garantie geven -, bent u dan bereid een jaar lang geen alcohol te gebruiken?"

Meneer Zwaan geeft geen antwoord, aarzelt, vindt een jaar erg lang en stelt dat hij zijn alcoholprobleem opgelost heeft door sinds twee maanden maximaal 4 consumpties per dag te drinken. De therapeut herhaalt de vraag of hij een halfjaar geen alcohol drinken ervoor over heeft. Meneer Zwaan wordt kwaad. Op zijn reactie dat het voorstel onzinnig is, reageert de therapeut bevestigend: "Maar stel dat ... drie maanden?" De heer Zwaan laat merken voor een dergelijke termijn wel te voelen, maar om op Kerstmis en Nieuwjaar (deze vallen binnen de termijn) niet te drinken, vindt hij bezwaarlijk. Wanneer het na de feestdagen in zou gaan, voelt hij er wel voor. Hierop vraagt de therapeut of hij in ruil voor een garantie dat het tussen hem en zijn vrouw weer helemaal goed zal komen, bereid is zijn glas wijn aan het kerstdiner te laten staan. Woedend reageert hij met: "Nee". Mevrouw deelt aansluitend mee er wel van overtuigd te zijn dat haar man haar terug wil, maar dat zijzelf helaas nog geen positieve gevoelens voor haar man heeft kunnen opbrengen.

#### Bespreking:

Meneer Zwaan wordt door het voorstel geplaatst voor een moeilijke keuze. Zegt hij dat hij bereid is de alcohol een jaar te laten

staan voor de garantie dat het tussen hem en zijn vrouw goed komt, dan loopt hij het risico dat de therapeut hem inderdaad een contract opdringt volledig met drinken te stoppen. Duidelijk is dat hij dat niet wil. Zegt hij nee op dit voorstel, dan betekent dit voor zijn vrouw (die immers aanwezig is) dat zijn relatie met zijn vrouw hem veel waard is, maar niet 4 alcoholhoudende consumpties per dag laten staan. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat het zijn vrouw duidelijk wordt hoe weinig hij voor haar en de relatie overheeft.

Om uit deze paradox te geraken, kan hij volstaan met de vraag als onzinnig te verwerpen (Watzlawick et al., 1977), maar de therapeut is het voorstel begonnen met te stellen dat het een onzin-vraag is. De boosheid van meneer Zwaan is begrijpelijk. Wanneer hij echter sterk gemotiveerd is om de relatie met zijn vrouw te herstellen en bereid is de alcohol een jaar op te geven, dan zou dit een zeer goede start geweest zijn voor de behandeling. Het stoppen met drinken zou mogelijk de scheidings-spiraal kunnen doorbreken.

f.u. paed behor

Het echtpaar Janssen meldt zich aan voor een relatietherapie. Sinds vele jaren bestaan er problemen binnen het gezin. De laatste maand zijn deze toegenomen en hebben geleid tot discussies over een eventuele echtscheiding. In overleg met de huisarts wordt besloten alvorens deze stap te nemen, een relatietherapie te proberen.

De problematiek van het echtpaar bestaat uit een uiteengroeien door de ontwikkeling die de partners doormaken. Beiden zijn werkzaam binnen de welzijnssector en besteden nogal ruim aandacht aan hun eigen groei, recht op vrijheid en emancipatie. Dit heeft geleid tot het aangaan van een aantal intiemere relaties buiten het huwelijk. Het gezin, bestaande uit ouders en drie kinderen, is hierdoor in moeilijkheden geraakt. Vader is de laatste maand nogal uithuizigen moeder wisselt dronkenschap af met depressies.

Tijdens de taxatiezitting stellen de echtelieden nadrukkelijk van elkaar te houden, bij elkaar te willen blijven en toch de nieuwe verworvenheden - zoals het beiden hebben van sexuele

relaties buiten het huwelijk (hoewel de huidige relatie van de man door de vrouw niet aanvaard kan worden) - te willen blijven behouden.

Hierna wordt de man het volgende voorstel gedaan: "Bent u bereid voor een 100% zekerheid dat het huwelijk weer in orde komt, drie maanden uw vriendin niet te zien?" Meneer Janssen aarzelt, waarop de therapeut twee maanden voorstelt. Tenslotte is hij bereid, voor de genoemde garantie, één maand zijn vriendin niet te zien.

Aan mevrouw Janssen wordt een vergelijkbaar voorstel gedaan, maar nu met betrekking tot het laten staan van de alcohol. Zij stelt onmiddellijk drie maanden te willen stoppen, hoewel blijkt dat ze bij een eerdere poging het maar tien dagen volgehouden heeft. Ook bij haar wordt tenslotte het voorstel gewijzigd tot één maand niet drinken.

Op dit moment wijzigt de therapeut het onderwerp. Er wordt informatie gegeven over de manier waarop de behandeling uitgevoerd zal worden. Er wordt gesproken over contracten en over het zich houden aan afgesproken contracten. Hierop vraagt mevrouw Janssen of er nu een contract gesloten is over respectievelijk een maand de vriendin niet zien en een maand niet drinken. De therapeut stelt dat daar nog geen sprake van is. Hij vraagt het echtpaar of ze een dergelijke behandeling willen en geeft hen een afspraak voor over drie dagen. Wanneer ze inderdaad in behandeling komen, zullen ze het contract krijgen.

#### Bespreking

Ook hier wordt de prognose i.c. het herstel van de relatie, ingeschat met behulp van de twee voorstellen gedaan aan het echtpaar. Beiden blijken bereid er flink wat voor over te hebben. Geleidelijk aan wordt het eerst als onzinnig gekwalificeerde voorstel omgebogen tot een eerste behandelingscontract. Het is opvallend dat de cliënt gevangen in de eerdergenoemde paradox op het moment van antwoorden in feite al afweegt of hij een dergelijk contract kan houden en of hij een dergelijk contract wil. En er zelfs van uitgaat dat het contract al gesloten is. Dit gebeurt echter pas op de volgende zitting,

Het een maand de crisis-inducerende buitenechtelijke verhouding onderbreken door de ene partner en het een maand niet meer drinken van de andere partner is een goede start voor de conjointbehandeling. Een redelijke prognose lijkt aanwezig.

2.2 Voor wat hoort wat

f.u.:soed

- Jan van Geest gebruikt sinds enige jaren heroïne. Hij meldt zich aan met de hulpvraag: Van de heroïne afkomen. Hij is oosters gekleed en heeft een opvallende haardos. Jan is volledig vastgelopen en woont in een kraakpand. Hij heeft alleen kontakten binnen de "scene" en verkeert in grote financiële problemen.

De therapeut vertelt een verhaal over de sombere prognose van aan heroïne verslaafden en stelt Jan de vraag of hij bereid is zijn haar af te knippen als een teken dat hij goed gemotiveerd is voor de behandeling. Jan is daartoe bereid en komt de volgende zitting met een net burgerkapsel. Aansluitend wordt de behandeling gestart.

Bespreking:

Jan krijgt het verzoek om zijn haar af te knippen niet om hem te pesten. Zijn antwoord kan bepalend zijn voor de prognose. Zegt hij "nee" dan kan dit een ongunstig teken zijn; beantwoordt hij de vraag met "ja" dan zet hij direct een stap in de goede richting en verbetert de prognose, namelijk door zijn haar af te knippen stelt hij zich buiten de heroïne-scene en draagt hij een voortdurend teken bij zich van zijn verlangen om van de heroïne af te komen.

- Een 32-jarige gehuwde metselaar Pieterse wordt aangemeld met een alcoholprobleem. Hij gebruikt sinds zijn veertiende jaar vele liters bier per dag. Hij wil graag stoppen met drinken, maar hij heeft soms depressieve buien waarna hij in zijn oude gewoonte terugvalt. Hij loopt in de w.w. en is dus in staat de gehele dag aan zijn verbetering te werken.

De therapeut vraagt hem of hij bereid is zware lichamelijke inspanning te leveren om van de drank af te komen. Pieterse is hiertoe bereid en noemt fietsen als een hem plezierige inspanning. Aansluitend wordt de afspraak gemaakt dat hij op het moment dat hij een dergelijke sombere stemming bij zichzelf waarneemt, de fiets pakt en 40, 80 of 120 km zal gaan fietsen.

#### Bespreking

Ook hier wordt bij de weging wat het de cliënt waard is om te verbeteren, gebruik gemaakt van het eerdergenoemde principe. Zegt de cliënt "ja" op het voorstel, dan zet hij ook zijn eerste stap op weg naar verbetering door met zijn fietstochten zijn alcoholgebruik-patroon te doorbreken en aan een goede lichamelijke conditie te werken.

### 2.3 Wat is het je waard

- Tijdens de taxatiezitting wordt de cliënt gevraagd aan te geven hoeveel geld hij over heeft voor de oplossing van zijn probleem. Deze benadering is vooral geschikt als het gaat om kleinere problemen zoals sigaretten roken of nagelbijten.

#### Bespreking:

De cliënt die 10 gulden overheeft voor het beëindigen van zijn nagelbijten, geeft aan zijn klacht nu weer niet zo erg te vinden. Biedt hij 500 gulden, dan blijkt hij meer gemotiveerd. Dit kan eveneens therapeutisch gebruikt worden om zijn motivering te versterken. Daartoe wordt hem het voorstel gedaan het bedrag slechts dan aan een bepaald goed doel over te maken als de behandeling mislukt. Op deze manier ontstaat er een positieve zelfbestrafing in het kader van een zelfcontrole-procedure.

### 3. Slot

Bij de bovenbeschreven voorbeelden wordt in alle gevallen de cliënt gevraagd op een voorstel te reageren. De reactie geeft informatie over de mate van de gemotiveerdheid van de cliënt. Deze mate van gemotiveerd zijn, is een van de factoren die de prognose van een behandeling bepaalt. De manier waarop de voorstellen ingekleed zijn,

kunnen de cliënt helpen een eerste stap te zetten op weg naar verbetering. Indien hij negatief reageert, dient de therapeut zijn strategie hierop aan te passen. Vergroting van de motivatie kan dan het eerste behandelingsdoel zijn. Dit vanzelfsprekend nadat onderzocht is welke beweegredenen de cliënt heeft om negatief op het voorstel te reageren. Bijvoorbeeld in het laatste geval waarbij een geldbedrag gevraagd wordt, is het denkbaar dat iemand die voldoende verzekerd is voor een behandeling niet op het voorstel ingaat op principiële gronden.

De analyse kan aanwijzingen geven over een eventueel nadeel dat de cliënt verwacht wanneer hij zal verbeteren. Afhankelijk van de situatie waar dit nadeel ondervonden wordt (gezin, werk), zal zich de behandeling eerst op deze gebieden moeten richten: gezins-therapie, beïnvloeding van de werksituatie.

1578

Referenties:

Velden, K. van der & R. Van Dijck (1977):

Hindernissen in de beginfase van een  
directieve therapie,

in: K. van der Velden (red.),

Directieve Therapie I,

Van Loghum Slaterus, Deventer

Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1977):

De pragmatische aspecten van de menselijke  
communicatie,

Van Loghum Slaterus, Deventer



De hypnotiseur gehypnotiseerd

Onno van der Hart

1. Inleiding

In de opleiding hypnose en hypnotherapie oefenen de deelnemers regelmatig op elkaar. In de rol van hypnotiseur maken zij zich in enige mate de uitvoerende hypnotische vaardigheden - inductie, verdieping, e.d. - eigen. Als "subject" hebben zij de gelegenheid om het in hypnose gaan aan de lijve te ervaren.

Een positief effect hiervan is, dat zij zich zo enigszins kunnen voorstellen wat hun cliënten in hypnotherapie beleven; zij zijn zo beter in staat om aan te sluiten bij het beleven van cliënten.

Bij dit soort oefeningen wordt er gewoonlijk vanuit gegaan dat het subject degene is die in trance gaat en de hypnotiseur niet. Voor zover de laatste tijdens de oefening ook in trance gaat, is daarin niet voorzien en wordt het niet als een leerervaring beschouwd.

In dit artikel komt een aantal oefenvarianten aan bod, waarin de hypnotiseur in hypnose gebracht wordt en in die toestand een - al dan niet denkbeeldig - subject hypnotiseert. Met deze varianten kunnen verschillende doelen gediend worden - zoals het verbeteren van de manier waarop de hypnotiseur met subjecten communiceert, het overwinnen van de aarzeling om hypnotherapie in praktijk te gaan brengen en het bieden van een "corrigerende hypnotische emotionele ervaring."

2. Hypnose-inductie in trance

Om het subject te helpen op een prettige en effectieve manier in trance te gaan, moet de hypnotiseur niet alleen de juiste woorden weten te gebruiken. Van essentieel belang zijn ook het ritme waarmee gesproken wordt, de pauzes tussen de zinnen, de timing van de diverse suggesties en de kwaliteit van het stemgeluid. Modeling door de trainer, bespreken van de relevante principes, zelf oefenen door de trainees en onmiddellijke feedback van subject en observator kunnen de meeste trainees helpen zich hier verder in te bekwamen. Het komt een enkele keer voor, dat het een trainee niet lukt zich de hypno-

tische vaardigheden op een natuurlijke wijze eigen te maken. Hij, of zij, blijft op een mechanische manier suggesties geven, sluit niet aan bij het beleven van het subject. In plaats van de trainee af te schrijven als hypnotiseur of hypnotherapeut, kan hypnose zelf benut worden om het leerproces alsnog op gang te brengen. Suzan was zelf een uitstekend subject, met veel ervaring in hypnose (vgl. Van der Hart, 1978). Zij was ook geïnteresseerd in het leren hypnotiseren en zou als proefleider kunnen deelnemen aan een onderzoek, waarin met hypnose gewerkt zou worden. De training van Suzan was geen succes. Haar hypnotiseren leidde steeds tot irritaties bij de proefpersonen. Zij voelden zich door haar woordgebruik en stemgeluid gehinderd om in een bevredigende trance te gaan.

Suzan werd daarop zelf, in aanwezigheid van een ander subject, in hypnose gebracht. Eenmaal in een diepe trance, werd ze geïnstrueerd om haar ogen te openen, haar aandacht op de ander te richten en haar te hypnotiseren. Dat deed ze heel creatief en op een manier die haar subject - zo rapporteerde deze later - bijzonder prettig had gevonden. De trainer gaf Suzan een posthypnotische suggestie: Niet alleen door deze leerervaring, maar ook door al haar andere trance-ervaringen, zou haar vermogen steeds meer toenemen om anderen op een creatieve en natuurlijke wijze te helpen in hypnose te gaan. Suzan ontwikkelde zich nadien inderdaad tot een bekwaam hypnotiseur.

Bij Marieke - deelnemster aan een cursus hypnose en hypnotherapie - werd dezelfde procedure gevolgd. Zij volgde de cursus met veel inzet, maar was op één punt geblokkeerd: Zij dorst de stap niet te maken om anderen te hypnotiseren. En hoe meer mensen daarbij aanwezig zouden zijn, des te sterker haar angst.

In plaats van Marieke met een soort shaping-procedure te helpen de barrière te overwinnen, stelde de trainer haar de hierboven beschreven procedure voor. Hierin stemde zij toe. Voor de groep hielp hij haar in hypnose te gaan en een aantal trance-ervaringen op te doen. Daarna vroeg hij haar de aandacht op een deelnemer tegenover haar te richten:

U61

"Richt je aandacht op Rita en help haar - op je eigen creatieve wijze - in een bevredigende trance te gaan en daarbij heb je de keuze om je ogen geopend of gesloten te houden." Marieke deed dat, op een heel rustige en eenvoudige manier. Haar ogen hield ze hierbij gesloten.

"Rita, ga eerst gemakkelijk en prettig zitten.

Zeg ja, als je lekker zit.

Concentreer je nu op je handen - voel dat ze heel ontspannen en zwaar worden.

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

Enzovoort.

Toen Rita inderdaad goed in trance was, richtte Marieke haar aandacht op zichzelf:

"Ik merk nu pas dat ik iemand gehypnotiseerd heb. Ja, dat voelt wel goed."

Toen ze Rita geholpen had om uit hypnose te komen, vroeg de trainer of hij haar een posthypnotische suggestie mocht geven. Na haar toestemming zei hij:

"Je eigen creatieve ervaring in het Rita helpen in een bevredigende trance te gaan zal op positieve wijze doorwerken in je werk met andere mensen. Je zult steeds beter zijn in hypnose en hypnotherapie en je zelfvertrouwen zal daarbij steeds meer toenemen. Hoe gering die vooruitgang in het begin misschien ook lijkt, je zult zeker tevreden kunnen zijn over de vooruitgang die zich zal voordoen."

De laatste zin van deze suggestie werd toegevoegd om bij Marieke geen te hoog gespannen verwachtingen te creëren, die wellicht averechts zouden kunnen werken.

### 3. Hypnotherapie in vitro

In de hypnose-opleiding doet zich wel eens het volgende probleem voor: De trainees - vaak al ervaren psychotherapeuten - maken zich in de cursus wel de theorie en praktijk van hypnose eigen, maar slagen er op een of andere manier niet in om met cliënten in hypnose te gaan werken.

Een van de mogelijkheden om dit probleem op te lossen is de trainee in hypnose te brengen en hem te vragen zich voor te stellen dat hij in een therapie-zitting is waarin hij een bepaalde cliënt in hypnose helpt gaan.

Het is aan te bevelen dat de trainee voordat hij in hypnose gaat vaststelt op welke cliënt hij zich in hypnose zal concentreren.

Wouter gaat gemakkelijk in trance en heeft in de cursus zonder veel aarzeling andere deelnemers in hypnose gebracht; hij zou zeker weten wat hij met bepaalde cliënten in hypnose zou kunnen doen, maar hij heeft eenvoudig drempelvrees. Na het doornemen van de procedure gaat Wouter in hypnose. Als hij "diep" genoeg is, suggereert de trainer dat hij nu kan ervaren dat de "cliënte" tegenover of naast hem zit.

"Stel je open voor die cliënte, stel je open voor je eigen mogelijkheden. Alleen die twee aspecten zijn nu belangrijk. Ervaar nu het begin van het contact waarin je die persoon hypnotiseert - op je eigen creatieve wijze, je openstellend voor wat naar voren komt..

Als je het hardop wilt doen, doe dat dan; als je het zachtjes voor jezelf wilt doen, doe het maar. Voel je vrij om datgene te laten gebeuren wat kan gebeuren." Heel rustig en heel zachtjes (nauwelijks verstaanbaar voor de trainer) voert Wouter een denkbeeldig therapeutisch gesprek met de cliënte. Een formele trance-inductie ontbreekt, maar de manier waarop hij bij haar lijkt aan te sluiten, zijn rustige stemgeluid en het ritme van zijn stem zouden de cliënte inderdaad heel gemakkelijk in trance laten gaan. Als hij de cliënte helpt uit hypnose te komen, doet hij dat zelf ook en merkt meteen daarna op:

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

Wouter geeft aan, dat hij binnenkort deze cliënte ook in werkelijkheid in hypnose zal brengen. "Dat weet ik zeker; alleen, ik durfde het gewoon nog niet. Maar ik zie nu wel hoe ik het moet doen. 't Is niet zo moeilijk." Een paar weken later is Wouter met hypnotherapie in de praktijk bezig.

Een andere trainee, Hans, aarzelt om met hypnotherapie te beginnen, omdat hij niet weet hoe hij hypnose therapeutisch kan benutten. Zulks ondanks de hypnotherapeutische literatuur die hij heeft gelezen en de gevals-

besprekingen die hij heeft bijgewoond.

Ook hem wordt verzocht in hypnose zijn eerste "hypnotherapie" te verrichten. Hans werkt in verbeelding met een cliënt die aan kalmerende middelen verslaafd is.

De manier waarop hij communiceert en de creatieve en originele benadering die hij ontwikkelt zijn voor aanwezige de collega's erg indrukwekkend. Hans zelf voelt zich na afloop zeer gesterkt door deze ervaring. Met vertrouwen in zijn eigen mogelijkheden begint hij kort daarop met hypnotherapie.

#### 4. Een hypnotische corrigerende emotionele ervaring

Het komt bij het oefenen in hypnose voor, dat een subject niet helemaal prettig uit hypnose "terugkomt". De oorzaak kan zijn, dat een suggestie - bijv. voor catalepsie - niet voldoende ongedaan is gemaakt of dat het subject te snel uit hypnose moet komen. Deze situatie kan hersteld worden door het subject weer in hypnose te laten gaan en de tijd te gunnen om "zich weer helemaal prettig te voelen" en om op zijn eigen tempo terug te keren.

Deze corrigerende hypnotische ervaring kunnen we als model voor het hiervolgende voorbeeld zien, waarin ook de hypnotiseur een dergelijke ervaring nodig heeft. Tiny en Herman zijn oefenpartners in een cursus hypnose en hypnotherapie. Herman is al eens in trance geweest, maar Tiny nog niet. Zij ziet tegen de ervaring op, omdat zij bang is voor controle-verlies. Ze wil zich echter niet laten kennen en stelt voor dat zij tijdens hun eerste oefening gehypnotiseerd zal worden. Herman, van zijn kant, ziet wat tegen Tiny op en wil haar bewijzen dat hij best kan hypnotiseren. Als hij haar vraagt op welke manier zij het liefst in hypnose gaat, noemt zij de oogfixatie-methode. Herman zegt, dat hij die techniek niet goed beheerst en liever de handlevitatie-methoden toepast. Tiny schikt zich hierin, maar neemt zich voor de hand niet verder dan 10 cm te laten stijgen. Als die hoogte bereikt wordt, merkt zij dat ze haar hand niet omlaag krijgt. Hij gaat steeds meer omhoog - of zij dat nu wil of niet. Tiny wordt hierdoor angstig. Herman merkt dat niet en geeft na de handlevitatie een aantal verdiepingssuggesties. Als hij eindelijk ziet dat Tiny

het - door hyperventileren - benauwd begint te krijgen schrikt hij en helpt haar meteen uit hypnose te komen. Als Tiny dan de schrik in Hermans ogen ziet, wordt zij er niet rustiger op.

Pas na anderhalf uur is Tiny in staat naar huis te gaan. Nog dagen daarna voelt zij zich angstig en gespannen. In die tijd vindt zij de moed om in een poging tot zelfhypnose de handlevitatie-methode nogeens te proberen. Zij merkt opnieuw, dat ze de procedure niet halverwege stop kan zetten - de hand moet helemaal omhoog. Ook deze ervaring werkt negatief op haar gemoedsrust. Beide oefenpartners hebben een week later een gesprek met de trainer. Zij vertellen hem het verloop van hun oefen-sessie. Tiny voelt zich redelijk, maar heeft een afkeer van hypnose ontwikkeld en wil beslist niet meer gehypnotiseerd worden. Herman is onzeker geworden en zij op tegen volgende hypnose-ervaringen. Als het Tiny duidelijk wordt hoezeer zij door een ongelukkige samenloop van omstandigheden met haar angst voor controleverlies geconfronteerd is geworden, voelt zij zich opgelucht. Herman, daarentegen, blijft zich belemmerd voelen door het beeld van Tiny die in paniek was geraakt. De trainer stelt dan een "hypnotisch corrigerende emotionele ervaring" (vgl. Erickson, 1965) voor. Na uitleg van procedure gaan beiden daarmee akkoord. Essentiëel is, dat Tiny daarbij niet in hypnose hoeft te gaan, maar de vrijheid heeft om er als observator bij te zitten of om zichzelf eventueel toe te staan om enigszins mee te gaan. Op verzoek van de trainer gaat zij op een andere stoel zitten - niet meer tegenover Herman. Deze wordt dan door hem in hypnose gebracht. De trainer suggereert Herman dat hij Tiny nog op haar oude plaats kan waarnemen. Als dat het geval is, geeft Herman op heel rustige en sympathieke wijze suggesties die "Tiny" een maximaal gevoel van vrijheid kunnen geven om in trance te gaan. Nu gebruikt hij de oogfixatiemethode - de manier waaraan Tiny eerder de voorkeur heeft gegeven. Herman suggereert "Tiny" een heel prettig gevoel van ontspanning, waarin zij op haar eigen wijze kan ervaren wat zij wil ervaren. Nadat hij "Tiny" uit hypnose heeft gebracht, zegt de trainer hem dat hij een erg fijne en belangrijke leerervaring heeft opgedaan die -

wellicht ongemerkt - op een positieve manier kan doorwerken, onder meer in zijn ontwikkeling als hypnotherapeut.

Herman vertelt na afloop dat het voor hem een erg plezierige ervaring is geweest. Hij is blij dat hij zo goed bij "Tiny" heeft kunnen aansluiten. Tiny is ook heel tevreden. Aanvankelijk had ze gedacht dat de trainer haar langs slinkse wegen toch in trance wilde brengen. Toen dat niet gebeurde gaf zij zich de vrijheid om - af en toe aansluitend bij de suggesties van Herman - in een lekker ontspannen toestand te geraken. (Een toestand die haar - zo blijkt later - een heel relaxte dag heeft bezorgd.) Overigens blijft zij bij haar besluit om zich niet verder met hypnose bezig te houden. Zij is ervan overtuigd dat wat ze van hypnose geleerd heeft zal kunnen integreren in haar eigen werken met directieve therapie.

#### 5. Discussie

De hier beschreven procedures zijn in feite heel eenvoudig van opzet. Er wordt een kader geboden waarbinnen de hypnotiseur van zijn leervermogen in hypnose gebruik maakt om bepaalde vaardigheden te ontwikkelen. De oude, ineffectieve, manier van waarnemen of handelen wordt afgeleerd en iets nieuws komt er voor in de plaats. Opvallend was hoe rustig, geconcentreerd en creatief alle gehypnotiseerde hypnotiseurs gewerkt hebben. Ze ontwikkelden nieuwe - van te voren niet voorziene - benaderingen, die steeds heel eenvoudig van opzet waren. De hier beschreven procedures kunnen vergeleken worden met de autohypnotische ervaringen van Erickson (vgl. Erickson & Rossi, 1977). Erickson staat zichzelf in therapie toe om in trance te gaan "if I have any doubt about my capacity to see the important things (... When there is a crucial issue with a patient and I don't want to miss any of the clues I go into a trance." Rossi merkt hierover op, dat Erickson dan altijd in volledig contact (rapport) met de cliënt blijft staan. "A hypnotic trance usually comes on spontaneously and always enhances his perceptions and relations with the patient. Trance is an intensely focussed attention that facilitates his therapeutic work."

Erickson is in staat om als hypnotherapeut in trance te gaan - zonder dat een derde hem hypnotiseert. In het algemeen echter - en zeker bij trainees - lijken de hier beschreven procedures meer aan te bevelen. De hypnotiseur in trance loopt het risico op een eigen trip te gaan en het contact met de cliënt te verliezen. Bovendien is de hypnotherapeut-in-opleiding - in tegenstelling tot Erickson - niet in staat om bij het in trance gaan ook op alle onverwachte gebeurtenissen voorbereid te zijn.

Overigens is Erickson de enige niet die zichzelf toestaat als hypnotherapeut ook in trance te gaan. Het is een uitstekende ervaring voor therapeuten die getraind zijn in autohypnose en die in staat zijn om in hypnose volledig op hun cliënt te blijven.



Referenties

Erickson, M.H. (1965), The hypnotic corrective emotional experience. Amer. J. of Clinical Hypnosis, 7 (3), 242 - 248.

Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1977), Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson, Amer. J. of Clinical Hypnosis, 20 (1), 36 - 54.

Hart, O. van der Hart (1978), Hypnotherapie; een inleiding. Tijdschrift voor Directieve Therapie.

ALFRED LANGE

In this paper on directive family therapy, I want - first of all - to present three - more or less - provocative propositions. Those propositions will be illustrated by the description of a case. In the end, I would like to look back at the concepts and techniques used in the described treatment, and discuss the original propositions with you.

A question that should be asked before we go into all this, is the question: 'what is directive family therapy?'.

The answer can be simple.

I would like to say that directive family therapy has all the features and characteristics of directive therapy as defined - yesterday - by Van Dijck. Furthermore, in directive family therapy the treatment of unit is never especially the individual. This might seem a too simple and obvious way of defining, but it will become more clear when we proceed.

dia 1 Let us have a look at the first proposition:

'IN DIRECTIVE FAMILY THERAPY THERE SHOULD BE A FLEXIBLE INTERCHANGE OF LEVELS OF INTERVENTION'.

\*) Paper held at the International Congress of Psychotherapy, July, 1979

log 2.

The essential element in family therapy is that the therapist always tries to get the relevant people together.

During the process of the therapy, the therapist must have the freedom to choose - and flexibly change - the unit of treatment, with which it is necessary to work.

In one phase this can be the whole family.

In other phases only the parents, other dyads or individuals like the identified patient.

The second proposition:

dia 1

FAMILY THERAPY IS EASIER THAN INDIVIDUAL THERAPY

I would not like to discuss this proposition already.

I would just like to explain what I mean, by stressing the point, that the more sources of help the therapist has, the more adequate his functional analysis can be.

Involving the family in the first phase of a therapy, enables the therapist to see how an identified patient reacts on his environment, and in what way his behavior is reinforced by the others. This is more reliable information than relying on the description of one individual about what happens at home.

Furthermore, parts of the therapy can be carried out - if necessary - with the identified patient - or others - alone.

The benefits of observing the family interactions, are combined with the possibility to work with one individual.

Another advantage of family therapy is that it enables the therapist to cope directly with the resistances of other family members to changes in the identified patient.

dia 1

The third proposition

THE WORDS "DIRECTIVE FAMILY THERAPY" ARE TAUTOLOGICAL,  
BECAUSE 'DIRECTIVE THERAPY' SHOULD BE THE SAME AS  
"DIRECTIVE FAMILY THERAPY"

As Van Dijk pointed out yesterday, directive therapy should be carried out as pragmatic as possible. To my opinion this implies involving all the significant resources.

If one agrees to this, it is difficult to object to the stand, that in every directive therapy the possibility of using family resources should not be neglected.

Now, I want to introduce to you the family Katz.

Mr. Katz had applied for therapy. He had spent three years in german concentration camps when he was a teenager.

dia 2

On the telephone he reported: problems with sleeping, nightmares, problems in concentration and problems at work.

He was sent to the therapist by a jewish agency which dealt with 'war-victims'.

He had a history of several years of psychotherapy.

He was fifty years old.

His wife was forty six, and they had two sons: Maurice - eleven years - and Rolf - fourteen years old.

dia 3

The first therapeutic step was taken on the telephone when Mr. Katz was asked to bring his whole family to the first interview.

Why did the therapist want this?

The first reason is, that even when there is a clear identified patient it is important to see how he communicates with his family

members:

- To judge the severity of his individual symptoms in the light of the patterns of interaction in the family.
- To estimate the amount of social skills.
- To observe how the identified patient influences his family members, or how they influence him.
- To see which position the identified patient has in the structure of the family, and what sources of help the family members can be to the therapy.

But even with this in mind, many therapists would have an initial interview with the identified patient alone.

I do not consider this a good approach.

It is better to start with the whole family, and have as much as information as possible. Afterwards sessions with the identified patient alone, or with other sub-systems, can be arranged.

This is easier than the other way round:

After initial interviews with individuals it is more difficult to have constructive family sessions, in a later phase.

Haley - in his book, problem solving therapy, - also stresses this point.

Mr. Katz was not very surprised when the therapist asked him to bring in the whole family.

He was - on the contrary - quite happy about it.

By himself he had already adopted the idea that it was important that his family members should be more in touch with what happened to him.

In the previous years of psychotherapy this was neglected.

In this case, it was simple to involve the family members.

It is not always that easy.

Sometimes, people need a lot of explanation and a lot of convincing, before they consent in bringing in the other members of the family,

In nearly most cases, we insist on our strategy.

Sometimes, it is even necessary to conduct a role-play on the telephone, in order to rehearse the ways in which the applier can convince his family members of the necessity of coming at least to the initial interview.

It is a wise strategy to ask commitment only for the first session.

Once they come to that session, it is the job of the therapist to provide enough motivation for them, to come again, if necessary.

dia 3

The second therapeutic step was the first assessment session.

In first sessions, it is normally wise to try to get a global view of as many of the different problem areas as possible.

This is usually reached by making use of the method of:

short rounds of inventory of the problems, instead of going deeply into one of the main problems only.

Usually this enables the therapist to get a rough picture of most of the problems areas and the pattern of communication in the family.

With family Katz this strategy was not followed. Most of the time in the first session was spent to the history of the identified patient.

The therapist thought it would be appropriate to respect the expectations of Mr. Katz, who had prepared himself to tell about his war experiences. The therapist showed his interest and stimulated

him to talk about it.

Furthermore, Mr. Katz told about his present problems:

at work, with sleeping, concentration, which he all attributed to his war-experiences.

dia 3

The second session should be considered as the third therapeutic step.

In that session, other problems were revealed.

First of all, the position of the eldest son, Rolf.

As I told before, he was fourteen years old.

He looked younger and was very restless.

Both his parents complained that he was a difficult child.

He was aggressive, did not do what he was told to do, and quarelled all the time with all the other family members, especially his father.

There were no schoolproblems.

His little brother was just the opposite. Both parents agreed that he was a nice, obedient child who caused no problems at all.

Assessing the situation, it became clear that Rolf's behavior was not the most problematic fact.

More problematic was the way his parents were trying to discipline him on unnecessary things.

It was a typical case of a growing-up child who needs more trust, freedom and responsibilities than his parents are apt to give him. This created a power struggle between Rolf and his parents which dominated the whole atmosphere in the family.

Both of the parents agreed that Rolf was a troublesome kid, who had always caused problems.

Who had never listened to them.

Who shouted too much, and did generally behave very nasty.

But they did not agree on the way to manage and to deal with him.

The mother accused her husband that he was too harsh with his son.

According to her, this was based on his own education, in which discipline had played an important role.

Partly this was true: The relationship between Mr. Katz and his son, Rolf, was very unpleasant.

It had the characteristics of a power struggle between equals, instead of a relation in which the father did educate and stimulate his son.

In summary: The position of Rolf had several aspects:

- Rolf himself was isolated and behaving more aggressive than necessary.
- It caused difficulties between husband and wife, who could not agree on a joint strategy.

This contributed to the stress of Mr. Katz, because his wife disqualified most of the actions he took with the children, by pointing at his war-experiences.

According to her all his ideas and opinions, which she did not share, were based on the distress he still felt from the war.

This made it difficult for Mr. Katz to behave as an efficient and successful father.

It labeled him as a patient, and put more emphasis on the war-problems than probably necessary.

As a result of these observations the therapist offered a preliminary treatment contract in the end of the second session.

He explained his ideas about the family, taking care not to confront



the parents.

He praised them for being responsible parents, but also hinted at the possibility that several aspects in their educational habits might need some changes.

He offered the family to start working at two levels:

dia 4

- On one side, the emotional problems of Mr. Katz, caused by the war.
- On the other side: the strategies of education and the patterns of communication in the family.

Although Mrs. Katz showed some scepticism, all the family members accepted this preliminary treatment contract.

dia 3

The third session, for which husband and wife were invited without the children, can be considered as the fourth therapeutic step.

After two sessions with the family, a session in which husband and wife could talk about intimate matters - as their sexual relationship - was needed.

In this session no new problems were revealed.

Sexuality was not a problem, but it was not an asset either.

If there were conflicts, there were long periods - sometimes several months - without sexual intercourse.

Both pointed out, however, that if they had sexual intercourse they experienced it as satisfactory.

dia 5

Now, after having followed the first three sessions, let us have a short analysis of the situation.

What was the matter in this family?

Most important is that all the problems in the family - which were really not too severe - were attributed to the war.

This was blocking all possible solutions, and extra stress was built up in Mr. Katz, which caused symptoms, which again were attributed to the war.

The family - especially the father - was caught in a vicious circle. This process had to be broken.

As agreed upon in the preliminary treatment contract, one part of the treatment consisted of an individual program, which was devised for the individual problems of the identified patient.

This did not mean that his wife and children did not come to the sessions.

Essential in this program was that the central position, the war-problems took in the family, should be reduced.

The therapist showed that he took the problems serious, but stressed the point that no one else than Mr. Katz himself could do something about it.

This implied that it was important that his family should no longer try to help him.

This should enable him to create a period in which he could experience his problems as pure as possible, which was necessary to solve them.

dia 6

First step in this consisted of monitoring.

Everytime, he felt stress, he was to retreat to an empty room, for half an hour.

There he was supposed to concentrate on his feelings and to write down what he felt.

For the nightmares the therapist used the technique of prescribing the symptom.

He labeled them positively by stressing the point that if Mr. Katz

would not have had any nightmares about the concentration camps  
it would probably absorb him for twenty-four hours a day.

The nightmares therefore had a function.

In order to have as much profit from his nightmares as possible,  
the therapist asked him to get up immediately if he woke up from  
a nightmare, and write for half an hour on its topic.

In a couple of weeks, in which these assignments were given, the  
nightmares vanished and the stress, attributed to the war, was  
reduced.

However, stress - attributed to family problems - was more openly  
revealed.

The other part of the treatment contract was focussed on that.

This consisted of several elements:

dia 6

1. Husband and wife learned to talk about irritations which were  
not dealt with, in an explicit way, before.

They were given the assignments of writing down every irritation,  
without talking about it, on the moment they felt it.

Later - in the evening - they had to talk about it in a special  
way, which would prevent escalation.

2. Another part of the strategy was to give them as much feedback  
as possible on their habits of talking, and to give them  
assignments for exercising new communicative patterns.

3. At another level, interventions were aimed at the sub-system:  
Rolf against father and mother.

The interventions were focussed on the problems created by the  
difficulties the parents had in passing this particular phase  
in the family life-cycle: The phase of having a teenage child  
who needs to get more and more responsibilities for himself.

In this phase, parents have to cope with the difficult job of gradually loosening the ties with their children.

We already noticed that Mr. and Mrs. Katz had difficulties in meeting the demands of this phase of their life.

On the other side, Rolf could try to get along more easily with some reasonable wishes of his parents, without getting in a power struggle with them.

He could be more reinforcing to his parents than he was now.

4. The next element in the therapy was based on the previous one.

Husband and wife were taught to discuss new strategies of education.

5. By creating changes in the areas, which are mentioned before, the whole structure of the family changed.

Father was no more isolated and treated like a patient.

He gained status, and stress which was due to tensions in the family was reduced.

6. Besides the individual and family levels of intervention, the relationship of Mr. Katz and his colleagues at work, were discussed.

He had difficulties in getting along with his colleagues and concentrating on his work.

Several weeks of monitoring, behavioral rehearsals and the acceptance of the advice to lower his rather high level of aspiration, resulted in creating an acceptable working situation.

Till now, I have presented:

- a brief outline of the structure of the family
- the treatment contract
- and the main levels of interventions.

I do not want to give any further details of the therapy.

dia 7

Just let me briefly summarize the techniques which are used:

1. The family members were stimulated to talk directly to each other, instead of giving information to the therapist.  
Change was partly reached by giving immediate feedback on their patterns of communicating.  
Care was taken that confrontations were embedded in support.  
Positive labeling, for example, the attitude of the parents against Rolf, was used as much as possible.
2. There was much monitoring during the therapy.  
We have already seen how Mr. Katz did monitor himself on several aspects. But there were also assignments in which one person did register some or more behaviors of another family member.  
The son, for example, agreed to monitor the way his father asked him to carry out tasks in the house.  
Rolf had complained that his father never asked him, but only gave orders.  
Mr. Katz consented in being monitored on this aspect.
3. Prescribing the symptom was only used in the individual part with Mr. Katz, in the treatment of the nightmares.
4. Much use was made of behavioral repetitions and behavior rehearsals.  
Especially in the beginning of the therapy the therapist did not let the family members talk about conflicts they had at home, but

4/20

he let them play the fights again.

That way he could see, how they spoke to each other, what they did exactly, and give immediate feedback.

5. Many behavioral contracts were concluded, between father and Rolf, and between husband and wife.

There was, for example, one contract which implied that father would alter his habit of ordering things, while Rolf would clean out the barn.

There were also simple positive contracts like going out together, doing things together.

Especially the dyad father-Rolf proved to be very fruitful for behavioral contracts.

This played an important part in the perceptions and structure of the whole family, in which it was always held that father and son could never do anything together.

6. Much use was made of modeling.

The therapist did a lot of explicit modeling by taking the role of father, mother or son, and show them new social skills.

There was also implicit modeling in the way the therapist himself conformed to communication rules, which the clients had offended.

Covert modeling was used when the therapist told about the problems he had with his own son and how he had tried to solve them.

7. The technique of topographic intervention was used in the first family sessions.

When father was seated isolated, he was asked by the therapist to change position with his wife. This way changes in the family structure received extra emphasis.

As we are reaching the end of this presentation, I would like to point out several basic background elements, which have to be integrated in the system approach in order to conduct directive family therapy.

dia 8

1. Basic is that family members learn to assert themselves in a constructive way.

That they are able to ask what they need without manipulating the other.

2. In order to reach this it is necessary to conform to the rules for constructive communication.

dia 9

On the slide you can see several of these rules, which are taken from different theoretical framework.

In therapy, feedback and assignments are given when the clients show habits of offending them.

- no "why" questions
- asserting instead of asking questions
- speak for yourself and not for the other
- state your wishes instead of giving negative criticism
- make your wishes concrete and specific
- do not use debating tricks (misusing the past, f.e.)
- do not use indirect language like: maybe, possible, someone

dia 8

3. A third basic element is the emphasis on increasing problem solving ability.

It is not enough just to solve the present problems, it is important that the family members get some tools with which later on they

can solve new problems as well.

A nice illustration of this was in the last phase of the therapy, when father and Rolf discussed the fact that Rolf always forgot to keep promises he made.

Instead of giving instructions how to deal with this, the therapist asked father and son to design a strategy themselves and discuss it right away.

They quickly analyzed the situation: Rolf was used to getting reminders.

In a way he was rewarded for forgetting, by receiving attention and was not trained to take the responsibility himself.

They came up with the following agreement:

Everytime Rolf promised to do something, they would agree upon the maximum number of reminders (for example, 2), and the financial penalty for every unit of time (dependent on the sort of task) in which Rolf had not kept his promise.

From now on it was Rolf's own problem not to forget the things he had to do. The strategy worked quite well.

4. Maybe the most important element in every form of therapy, but especially in directive family therapy is: cognitive restructuring.

In the therapy, described here, we saw the change in attribution of the problems:

Before therapy, all the problems were attributed to the effects of the war on father.

These attributions were changed.

They agreed that there were other sources of stress.

Furthermore, the perception which father had of himself - and which was shared by the others - became more positive.



Instead of the image of an incapable father, he could see himself as someone who could very well manage with his children and wife. He could accept that the experience of the war might cause him some individual problems but did not necessarily have to restrict his constructive participation in the family.

In this therapy re-attribution was extremely important because attributing all family problems to unchangable matters from the past, blocks all the problem solving behavior.

5. Basic is also the use of learning principles.

This implies that small steps are taken; that patterns of reinforcement are being analyzed, and - if necessary - family members are taught to use new ways of selective reinforcement.

6. The last basic element, I would like to call the element of judo.

By "judo" I mean an attitude, which the therapist adopts, when one or more family members show resistance.

Instead of pulling or confronting, which often only reinforces the resistance and leads to power struggles, he sides with the resistance.

In this therapy the therapist adopted this strategy with Mrs. Katz, who showed a lot of sceptis about the aims of treatment and the way it was conducted.

The idea, that her husband was not the only problem-source, was not welcomed.

It was soon clear that she was not to be convinced by arguments. Instead of that the therapist expressed his respect for her attitude: He could very well understand how difficult it must

LOBY

be for her to change opinions in matters which were that important and rooted in her life.

He proposed not to give her any home-assignments till she felt more comfortable with the aims of the treatment.

In the meantime there was enough work to do with father and with the relationship father-Rolf.

This way of not pulling at her, worked well: After several sessions she started to give more and more cues that she wanted to share the therapy and even carry out home-assignments.

dia 1

Now, let us again have a look at the three propositions with which we started this paper.

The therapy lasted for about twenty sessions, which were divided in:

- sessions with the whole family together (mostly in the beginning of the therapy).
- sessions in which father and mother came without children.
- sessions in which the parents came with Rolf.
- and a couple of sessions in which the father and Rolf came together.

This is an illustration of our first proposition that in directive family therapy there should be a flexible interchange of levels of intervention.

As to the second proposition: we already saw that it would have been quite difficult to establish significant changes with Mr. Katz without altering the perceptions and structure of the whole family. If the therapist would not have treated the whole family, Mr. Katz

LDS

would have remained in the same isolated position he had held before.

The problems he had with Rolf and with his wife would not have become clear and could not have been dealt with.

The stress from that source would have kept influencing him and would have interfered in the possibilities of individual therapy for the problems of the past.

The process of reattribution, which was so important, would not have occurred.

As was pointed out before, one of the main characteristics of directive therapy is the fact, that it deals in a pragmatic way with the problems of clients, combining concepts and techniques from different frameworks.

In order to choose the most efficient and economic strategy, the therapist needs as many resources and help he can get.

I hope that this case has illustrated that involving the family members in the earliest phase can be necessary for any pragmatic directive working therapist.

The third proposition, that directive therapy should be the same as directive family therapy, can then be adopted.

Thank you.