



TDT
7/2

Inhoud

	De hoofdredacteur	Ten geleide	2
TF ₃₆ X	Onno van der Hart	Problematische gezinssituaties	9
SV _{11/8} X	Kees Hoogduin	Dwanggedachten	33
SV _{11/9} X	Kees van der Velden	De behandeling van een vrouw met dwangdenken	49
	Leen Joele	Hypnotherapie bij adolescenten	59
AK _{2/23} X	Dick Oudshoorn	Een "slaap-"advies zonder positieve gevolgen	60
	Alfred Lange	Basic Principles of directive therapy	78
	Richard Van Dijck & Kees van der Velden	De behandeling van nachtelijk tandengeknars	84
	Kees Hoogduin & Kees van der Velden		92

Dit artikel ontbreekt!

Omslag: Hein-Viktor & Klaas-Jan Hoogduin

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



Tijdschrift voor Directieve
Therapie / Mrt 1980
Jaargang 7 Nummer 2

TEN GELEIDE

DE HOOFDREDACTEUR OVERSPANNEN?

Sinds enige tijd maken wij ons zorgen over de gezondheidstoestand van de hoofdredacteur. Zoals bekend verondersteld mag worden, is hij door de Stichting Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose aangesteld als eindredacteur van het Kwartaalschrift Dth.

Binnen het bestuur hebben wij ons nogal beziggehouden met de vraag of de heer C.P. van der Velden voldoende psychische stabiliteit zou hebben om een dergelijke positie aan te kunnen.

Er bereiken ons berichten die ons inderdaad doen twijfelen aan de juistheid van de beslissing hem aan te nemen. Hij schijnt de mooiste kamer in het huis aan het gezin onttrokken te hebben en heeft deze ingericht als kantoorruimte (zelfs hoorden we dat hij er de nachten zou doorbrengen). Hij heeft grote orders geplaatst bij papier- en kantoorhandel en heeft blijkbaar een grote voorraad doordrukletters besteld, waarmee ook in de jaren '90 nog kopij kan worden behandeld. Tot zover dit.

Ernstiger is het dat hij zeer kostbaar briefpapier heeft laten ontwerpen, zonder enig overleg met het bestuur. Bij de manier waarop het briefhoofd samengesteld is, zouden we enige kanttekeningen willen plaatsen:

De naam KEES VAN DER VELDEN is nogal royaal van opzet, terwijl de manier waarop de functies als HOOFDDIRECTIE, EINDREDACTIE en LEIDING zijn geplaatst, de suggestie zouden kunnen wekken dat C.P. van der Velden al deze functies zou vervullen (we hoorden dat Kees zijn naam tegenwoordig uitsluitend met hoofdletters schrijft en zelfs zijn brieven in kapitalen ondertekent).

Bovendien staat er een aperte onjuistheid in het ontwerp: de geachte bestuursleden worden op dit briefpapier onder het kopje "assistenten" opgevoerd (verder vinden wij het nogal kleine lettertjes).

Op de volgende bladzijde volgt het door ons becommentarieerde ontwerp van C.P. van der Velden.

Wij hebben besloten reeds nu in te grijpen; wij maakten daarom een nieuw ontwerp voor briefpapier; dit vindt u op de daarop volgende pagina.

TDT/Dth

SPOED

3

Hoofddirectie/Eindredactie/Leiding:

KEES VAN DER VELDEN

Rotterdam, 16 maart 1980

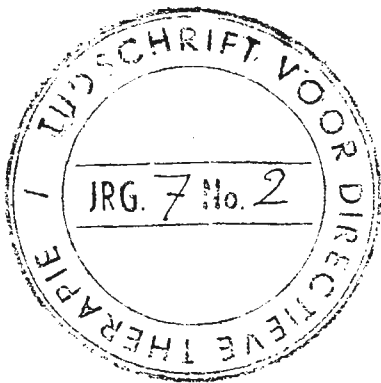
Waarde Kal,

omdat het hier op het Hoofdkantoor enorm druk is (boeken in- en uitgaande post, formulieren afstemmen, memoranda concipieren en uitschrijven, en daarbij het gehele Bedrijf overzien) houdend Wij je wil. En vragen voor TDT 7(2) het Ten Gelide te schrijven. Je mocht dit ondertekenen met "De Hoofredacteur", mits je daaraan toevoegt: "Ad Interim". Het spreekt denkelijk wel vanzelf dat je beseft dat het hier om een eenmalige zaak gaat, waaraan derhalve geen ~~andere~~ rechten ontleend kunnen worden. Pleeft deze bepaling aanleiding tot misverstanden, dan volgt overwijd arbitrage in rechte. Oké?

Met vr. gr.,

Hoofredacteur

P.S. Wat vind je van Ons nieuwe Postpapier? Heeft nog maar met Jaan D.N.O. zien, die het wel weer bewaren hebben. Groetjes te, D.H.



Kopie in dezer A296

20700

GEBOEKT

STICHTING KWARTAALSCHRIFT Dth

B E S T U U R

D.N. OUDSHOORN
 C.A.L. HOOGDUIN
 L.J. JOELE
 C.P. VAN DER VELDEN
 P. VAN DIJCK
 O. VAN DER HART
 A. LANCE

buroredactie en
 administratie:
 kees van der velden

correspondentie richten aan: r. van dijck (voorzitter)
 p/a beatrijsstraat 53, 3021 rc rotterdam

Mede gelet op de goede relaties die het bestuur onderling steeds gehad heeft, stellen wij er prijs op een korte toelichting te geven op het nieuwe ontwerp voor het briefpapier:

We hebben Dick Oudshoorn bovenaan geplaatst, niet omdat hij daar zou horen, maar omdat Kees hem altijd probeert naar beneden te halen. Vervolgens hebben we Kees Hoogduin voor het gemak op de tweede plaats gezet en de rest van de volgorde is volledig willekeurig.

JAARGANG 7 / NUMMER 2

ONNO VAN DER HART:

De bijdrage van Onno imponeerde ons dusdanig dat we deze gekozen hebben als eerste artikel. De bestudering van de literatuurlijst alleen al schonk ons veel voldoening. Er staan veel artikelen en boeken in die wij nog niet kennen, laat staan gelezen hebben. Het is duidelijk dat onze mede-redacteur Van der Hart na zijn prachtige promotie verder doorgebroken is. Hij leest niet alleen veel meer dan wij, hij schrijft ook veel meer dan wij en toch blijft hij gewoon met ons bevriend. Dat is pas een goede collega en vriend. We hadden helaas wel eens andere ervaringen met redacteurs die veel minder lezen en nog veel minder schreven en van wie wij dachten dat ze een ware vriend en collega waren.

KEES HOOGDUIN:

De laatste bijdragen van Hoogduin blijven ons verontrusten. We missen zijn door ons zo gewaardeerde Bomansiaanse kwinkslagen in zijn artikelen. De humor is verstild; zijn artikelen maken een starre, rigide indruk. Twijfelzucht en piekeren voeren de boventoon. Bovendien krijgen we de indruk dat zijn patienten iets minder beter worden dan in het verleden.

KEES VAN DER VELDEN:

Kees had, zoals hij stelde op de vorige vergadering, geen tijd meer voor het schrijven van zijn vaak nogal flauwe en onnodig kwetsende zinnen van het Ten Geleide. Nu, dat is gebleken. Nauwelijks is hij daarmee gestopt of hij komt met drie artikelen nota bene. Daar heeft meneer blijkbaar wel tijd voor gehad; één artikel schreef hij zelfs in het buitenlands, samen met Richard Van Dijck. We hoorden daarvan op. De objectiviteit dwingt ons toe te geven dat zijn artikel over de behandeling van nachtelijk tandengeknars van een briljante schoonheid is.

Eenvoudig en zeer praktisch. Misschien kan het ten redactie-lokale reeds vermenigvuldigd worden en toegezonden worden naar de verschillende tandartsen; de volksgezondheid zal daar wel bij varen.

Het artikel van Van der Velden over dwangdenken kwam ons bekend voor. De indruk bestaat dat de auteur erin geslaagd is een aantal heldere artikelen die er over dit onderwerp verschenen zijn, om te vormen tot zijn huidige bijdrage. Hij slaagt erin een nieuw element toe te voegen: de mensen die hem beter kennen, zal dit niet verbazen. Dat betweterige dat zo vaak in zijn stukken teruggevonden wordt: op bladzijde 3 van zijn artikel laat hij bijv. nogal nadrukkelijk merken dat hij weet dat Valium de handelsnaam is voor Diazepam.

LEEN JOELE:

Nadat we van Leen Joele geen bijdrage hadden ontvangen en ook geen mededeling kregen dat er geen bijdrage van hem zou komen, hebben we contact met hem gezocht, verontrust als wij waren over deze gang van zaken. Maar Leen stelde ons binnen enkele seconden volledig gerust: hij vertelde ons onmiddellijk op zijn vlotte en overtuigende wijze die we van hem kennen en zo in hem waarden: "Ik sla een keertje over". Maar we kennen Leen, we weten wel beter. Als Leen zegt: "Ik sla een keertje over", dan betekent dat helemaal niet dat Leen niet alsnog met zijn pijlsnelle golf een - weliswaar niet optimaal verzorgde - bijdrage levert, juist op het moment dat de postzegels op de enveloppen geplakt worden voor verzending. Nu Leen, we hebben je door en reserveerden daarom toch ruimte voor je.

DICK OUDSHOORN:

In ons tijdschrift voor het eerst een overzicht van indicaties en doelstellingen voor hypnotherapie bij jongeren. De auteur is erin geslaagd de storende uitgebreidheid die schrijvers van overzichten meestal vertonen, te vermijden. Hij wekt bovendien de indruk niets overgeschreven te hebben. Ook literatuur die er zou bestaan op dit gebied, heeft hij er niet bij willen betrekken. Slechts op zijn eigen patientenmateriaal baseert hij zijn indeling. Bravo. Op een pure manier wordt vanuit de klacht de doelstelling geformuleerd, bijv.: bij een jongen die tegen de klippen op rookt, wordt geen doelstelling geformuleerd om hem assertiever te maken, of om het ouderlijk huis te verlaten, of om hem van baan te doen veranderen; neen, niets van dit alles. De doelstelling wordt: "Stoppen met roken". We zien dit bij verschillende collega's nog wel eens anders.

FREDDY LANGE:

Fred heeft in Directieve Therapie 2 een belangrijke bijdrage geleverd aan het hoofdstuk "Mislukte Behandelingen". We merken dat hij op deze weg voort wil gaan. We begrijpen de problemen waar Freddy momenteel mee worstelt. In het verleden werden mensen bij hem beter en natuurlijk was er wel eens een die niet helemaal opknapte, maar veel mislukkingen die waren er toch eigenlijk niet.

Nu hij zijn belangstelling richt op mislukkingen, willen wij hem zo mogelijk hierin begeleiden en hem enige suggesties geven dit aantal wat op te voeren:

- te laat komen, de mensen confronterend tegemoet treden, gewoon niet naar mensen luisteren, geen adviezen geven of tegenstrijdige adviezen, in plaats van een kopje koffie drinken met iemand met trillende handen
- nachtelijk cafébezoek met een alcoholist, of het gebruik van humor
- ook het gebruik van humor kan nuttig zijn, bijv.: wanneer een cliënt de therapeut net vol schaamte vertelt heeft over een sexuele eigenaardigheid, kan de therapeut in een hartelijke lachbui uitbarsten of aansluitend een metafoor toepassen met als inhoud het seksueel gedrag van dieren.

Tot slot Freddy een goede raad: geef geen ruchtbaarheid aan het feit dat je geïnteresseerd bent in mislukkingen. Het schijnt dat er in Amsterdam vele duizenden rondlopen.

RICHARD VAN DIJCK:

Richard verrast ons met een artikel geschreven in het buitenlands (weliswaar samen met Kees van der Velden). Na het met behulp van Wolters woordenboek, deel E - N, bestudeerd te hebben, kunnen we zeggen het prachtig gevonden te hebben. We adviseren danook de auteurs hun gedachten voortaan in het buitenlands op papier te zetten. Het staat zeer geleerd en veel mensen - zo ze net zo slecht in hun talen zitten als de hoofdredacteur - zullen het steeds als nieuwe informatie zien.

Het waas van geleerdheid zal zich mogelijk over het gehele T.D.T. verspreiden: chique dus.

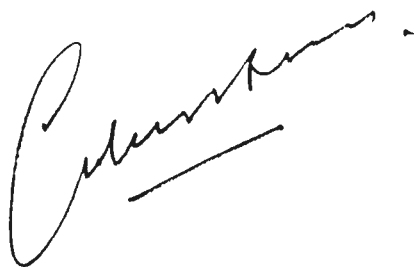
SLOT:

Lezers, een mooi modaal Tijdschrift heeft u in uw hand. Net geen 100 pagina's, goed in de koft, de verzendenvelop scheurt niet en we zouden u willen voorstellen het volgende nummer opnieuw over twee maanden te plannen.

We zouden gaarne alle artikelen goed bestudeerd hebben, maar het zelf schrijven kostte ons zoveel tijd dat we daar niet aan toekwamen.

We wensen u veel leesplezier.

De Hoofdredacteur,

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style. The signature is slanted upwards to the right and ends with a horizontal line underneath. The name is difficult to decipher but appears to be 'C. van der...'.

d. n. oudshoorn	
TF	36
slingelandseweg 52 giessenburg	

Problematische gezinssituaties

Onno van der Hart

Samenvatting

Gezinstherapie is gericht op het opheffen van problematische gezinssituaties. Deze situaties kunnen zowel in het kader van systeembenadering als in het kader van de levensloop van het gezin beschreven worden. In dit artikel wordt getracht om beide benaderingen te integreren.

1. Inleiding

Als in gezinstherapie het gezin--of vergelijkbare natuurlijke sociale groep--als de eenheid van behandeling wordt gezien, dan moeten de aangemelde klachten en het doel van de behandeling ook in termen van zo'n groep kunnen worden weergegeven. We spreken bijvoorbeeld van een "problematische gezinssituatie", die moet worden opgeheven.

Dit begrip is afgeleid van "problematische opvoedingssituatie" - een theorie-concept waarmee de orthopedagoog Ter Horst (1973) recht wilde doen aan het multidimensionele karakter van opvoedingsproblemen. Het gaat om een situatie "welke door de betrokkenen als uitzichtloos en zinloos wordt ervaren en waarin men er niet in slaagt het geheel zonder hulp van buiten perspectief biedend en zinvol te veranderen" (Ter Horst 1973 : 22).

Een problematische gezinssituatie kan aanleiding geven tot het ontstaan van een "problematische therapeutische situatie". Daarvan is sprake als ook de therapeut er niet in slaagt de gewenste veranderingen te laten plaatsvinden en deze zich even onmachtig als de gezinsleden gaat voelen. Het is een situatie die zich vooral voor kan doen in het werken met gezinnen, waarin chronisch gestoorde interactiepatronen voorkomen en een gezinslid daarmee samenhangende psychiatrische symptomen laat zien: gezinnen waar psychiatrische klinieken en sociaal-psychiatrische diensten--direct of indirect--nogal eens mee te maken krijgen.

Om in het werken met deze gezinnen het ontstaan van problematische therapeutische interacties te voorkomen (en de capaciteit tot veranderen te behouden), moet de therapeut of, liever nog, het therapeutisch team op tenminste drie fronten sterk staan: Een zinvolle

en perspectiefbiedende visie op de problematische gezinssituatie moet geformuleerd worden. Daarbij aansluitend, moeten doeltreffende interventies ontwikkeld worden en moet een sterk vermogen aanwezig zijn om--op grond van nieuwe informatie--de therapeutische benadering bij te sturen of te corrigeren.

Deze capaciteiten zijn, naar mijn idee, bijzonder goed ontwikkeld in de benadering van het Centro per lo Studio della Famiglia te Milaan (vgl. Selvini Palazzoli 1974; Selvini Palazzoli et al. 1974, 1979a). Past men deze inspirerende benadering elders toe, dan zal men er alleen succes mee hebben als de bovengenoemde capaciteiten aanwezig zijn. Hieraan schort het wel eens in de praktijk: men werkt wel met door Selvini et al beschreven technieken--zoals het geven van een paradoxale opdracht--, maar men mist het kader van waaruit zo'n opdracht gegeven wordt en men weet ook niet hoe men verder moet (vgl. Weeks & l'Abate 1979).

In dit artikel wordt getracht de visie te beschrijven die mij en mijn collega's in een sociaal-psychiatrische dienst een gunstig perspectief lijkt te bieden in het werken met gezinnen in ernstige en chronische moeilijkheden. Dit "gunstig perspectief" is overigens zeer betrekkelijk: het werken blijft bijzonder moeilijk en veeleisend en de resultaten zijn lang niet altijd om over naar huis te schrijven. Misschien is het meest positieve ervan wel het enthousiasme waarmee een visie op de situatie van een concreet gezin en een bijbehorende therapeutische benadering ontwikkeld worden! Waar voorheen alleen getracht werd om erger te voorkomen, ontstaat nu een levendig en stimulerend teamgebeuren om therapeutische veranderingen mogelijk te maken.

De twee polen van de hier te presenteren visie zijn geenszins nieuw. Integendeel, het gaat om het gezin als systeem en om de levensloop van het gezin. In systeembenadering proberen we vast te stellen hoe een gezin rondom de aangemelde klachten is georganiseerd. Therapie is er op gericht die organisatie te veranderen, te transformeren, waardoor de klachten kunnen verdwijnen. Gewoonlijk wordt de gezinsstructuur in termen van een plat vlak beschreven. In dit artikel voegen we daar, onder de noemer van 'het gezin als sociaal-cultureel systeem', een extra dimensie aan toe. Het in kaart brengen van de organisatie of structuur van een gezin impliceert een "tijdloze" benadering van een problematische gezinssituatie. Het is alsof we tijd buiten haakjes hebben geplaatst en ons tot een momentopname van het gezin beperken.

Als we onze aandacht richten op "de levensloop van het gezin", zien we het gezin als een dynamische eenheid - voortdurend in ontwikkeling en verandering. Problematische gezinssituaties duiden op stagnaties of storingen in die ontwikkeling. Het doel van gezinstherapie is het weer op gang brengen van zo'n gestagneerde ontwikkeling. Hierdoor kunnen symptomen verdwijnen en wordt verdere ont-plooiing van de individuele gezinsleden weer mogelijk.

Getracht wordt om systeembenadering en het concept van de levensloop van het gezin te integreren in één model: Het gezin als dynamisch sociaal-cultureel systeem. Problematische gezinssituaties worden in termen van dat model beschreven en--zeer summier--wordt iets aangegeven over de consequenties daarvan voor de praktijk.

2. De "tijdloze" benadering

2.1. Het gezin als systeem

Als gezinstherapeuten het gezin een systeem noemen, gaan zij uit van een of andere vorm van systeembenadering - een benadering die afgeleid is van de algemene systeemtheorie en meestal is op-gevuld met begrippen uit andere theoretische kader. Over die theorie merkt Rapoport (1968, p.xvii) het volgende op:

"A whole which functions as a whole by virtue of the interdependence of its parts is called a system, and the method which aims at discovering how this is brought about in the widest variety of systems has been called general system theory. General system theory seeks to classify systems by the way their components are organized (interrelated) and to derive the 'laws' or typical patterns of behavior, for the different classes of systems... "

Systeemgerichte gezinstherapeuten zien een gezin als een geheel met een bepaalde organisatie.² Het vormt geen optelsom van de kenmerken der individuele leden of de interacties binnen de dyades in het gezin. De acties van de individuele gezinsleden staan niet los van wat de andere gezinsleden ondernemen; ze verwijzen naar elkaar. Elk gezinslid interacteert met--en wordt beïnvloed door--elk ander gezinslid. Deze interacties worden--in de vorm van interactiepatronen--geleid door de impliciete en expliciete regels van het systeem. Ze worden niet beheerst door één enkele partij, de "oorzaak" (wat ze een linear karakter zou geven).

Kenmerkend is juist hun wederkerigheid; de interacties hebben een circulair karakter.

De circulariteit van een gezinssysteem houdt in dat wat er in het systeem gebeurt in de eerste plaats naar het systeem zelf verwijst ("self-reference"). Bij "het opzetten van de systeembril" richten we de aandacht op dat naar zichzelf verwijzende karakter van het systeem.

In de algemene systeemtheorie wordt onderscheid gemaakt tussen open en gesloten systemen. Een open systeem staat open voor informatie en energie uit de omgeving; een gesloten systeem niet. Als we in therapie over het gezin als een open of gesloten systeem spreken, heeft dat voornamelijk betrekking op het al dan niet toelaten van nieuwe informatie. Als een gesloten systeem is het gezin in staat om nieuwe informatie--afkomstig van de buitenwereld of van zijn leden--te neutraliseren; het blijft eenzelfde organisatie of structuur houden. Hoe meer het gezin beïnvloed en veranderd wordt door externe of interne invloeden, des te meer functioneert het als een open systeem. (Maar of het gezinssysteem nu open of gesloten is voor nieuwe informatie, met de systeembril op blijven we in elk geval oog houden voor het circulaire karakter van zijn organisatie.)

Problemen kunnen ontstaan als een gezin zo zwak georganiseerd is dat het een prooi is voor nagenoeg alle impulsen waar het mee te maken krijgt. Gebeurtenissen verwijzen dan niet of nauwelijks naar het gezinssysteem, maar bijvoorbeeld naar het systeem van werk of school of naar het individuele gezinslid. (In termen van Minuchin, 1973, is hier dan sprake van een 'los zand' gezin.)

Aan de andere kant kan een gezin te sterk als een gesloten systeem functioneren. Ondanks maatschappelijke veranderingen, ondanks lichamelijke en psychische ontwikkelingen in individuele gezinsleden blijft dezelfde--rigide--organisatie of structuur van het gezin gehandhaafd. De problematiek van een dergelijk gezin is dan gelegen in zijn onvermogen om zich naar aanleiding van onvermijdelijke interne of externe veranderingen--zoals gezinsuitbreiding, ontslag of ziekte--te herorganiseren. Men zegt in zo'n geval ook wel dat de homeostatische tendentie van het gezin zeer sterk is en zijn neiging tot transformeren onderontwikkeld is gebleven.

Systeembenadering houdt in de eerste--taxatie--fase van gezinstherapie in principe het volgende in. De therapeut probeert na te gaan hoe de "aangemelde klachten" in de organisatie van het gezinssysteem passen. In interactionele gezinstherapie

wordt gezocht naar de interactiepatronen waarvan die klachten deel uitmaken. Sommige gezinstherapeuten beschrijven die patronen in termen van gestoorde driehoeksverhoudingen (bijv. Zuk 1972; Minuchin 1973; Haley 1976). Anderen denken meer in termen van "vicieuze cirkels", waarmee het gesloten karakter van die gestoorde interacties beklemtoond wordt (bijv. Weakland et al. 1974; Weakland 1976; Hoffman 1976). De cirkel laat geen nieuwe informatie van buitenaf toe en roept ook niets nieuws op. Dit is dan de problematische gezinssituatie, die in het eenvoudigste geval bestaat uit de klacht (waarvoor hulp is gezocht) plus inadequate pogingen om hem te verhelpen. Een concreet voorbeeld biedt een vrij geïsoleerd gezin, waarvan de 28-jarige dochter als klacht heeft dat zij onrustig wordt als zij alleen is. Zij heeft een eigen woning, maar verkeert voortdurend bij haar ouders. In het ouderlijk huis krijgt zij een uitstekende verzorging en veel aandacht. Haar ouders letten sterk op haar 'toestand' en als zij angstig toont proberen zij haar af te leiden of moed in te spreken. 's-Nachts liggen de ouders vaak te wachten op een mogelijk teken van onrust bij hun dochter. Horen zij geluid, dan gaan zij naar haar toe om haar gerust te stellen. Als dochter naar haar eigen woning gaat, begeleidt een der ouders haar of brengt haar naar de tram. Is zij een paar uurtjes alleen in haar woning, dan bellen haar ouders regelmatig op om te horen hoe het met haar gaat. Symptomatisch gedrag en de "management" daarvan vormen samen één geheel. Aandrag van familieleden, vrienden en artsen om verandering in dat patroon te brengen heeft geen enkel effect gehad.

Overigens is de eenheid van behandeling niet altijd een kerngezin. Klachten kunnen onderhouden worden door een ander sociaal systeem, zoals een familieverband, een vriendengroep, een werkgroep.³ Het verdwijnen van de symptomen houdt dan wijzigen van de organisatie van dat systeem in. Soms lukt het om een dergelijke groep rechtstreeks bij de therapie te betrekken, maar vaak moeten de gewenste veranderingen via therapie met een deel ervan--bijv. een gezin--op gang gebracht worden. Het komt ook voor dat een gezinssysteem verandert via therapie met een ouderpaar, een ouder of een kind. Individuele psychotherapie slaagt wel eens, omdat het--indirekt--ook gezinstherapie is geweest.

Komt het gezin--of vergelijkbare groep--in therapie behandeling dan vormt het met de therapeut een nieuw systeem: het therapeutisch systeem. De therapeut kan het gezin alleen als een (voor informatie) open of gesloten systeem in relatie met hem (of haar) zelf definiëren.

In de mate dat het gezin de interventies neutraliseert, functioneert het als een gesloten systeem, heeft het een meer rigide structuur ten opzichte van de therapeut. Kijken we een niveau hoger, dan blijken therapeut en de gezinsleden met elkaar een vicieuze interactiekring te onderhouden. Het gesloten karakter van een bepaald gezinssysteem is betrekkelijk: het is zowel afhankelijk van de organisatie van dat systeem als van de manier waarop de therapeut op dat systeem reageert (vgl. Varela 1976:28). Het is een kenmerk van het therapeutisch systeem.

Het doel van gezinstherapie is het opheffen van een problematische gezinssituatie. In systeemtermen betekent dit het aanbrengen van meer openheid (m.b.t. informatie), waardoor de systeemregels kunnen veranderen, het gezin zich kan herorganiseren (transformeren) en de klachten kunnen verdwijnen.

Het is mogelijk dat de problematische gezinssituatie in een problematische therapeutische situatie overgaat. Dit betekent, dat in het overkoepelende therapeutische systeem interactiepatronen zijn ontstaan waarvan het symptomatisch gedrag deel uitmaakt - patronen die de klachten in stand houden. De therapeut is regels gaan volgen die hij, of zij, had moeten veranderen.

2.2. Het gezin als sociaal-cultureel systeem

Als gezinstherapeuten spreken over de structuur van een gezinssysteem, lijken zij meestal het geheel van interactiepatronen met de daaruit rechtstreeks afleidbare regels op het oog te hebben. "Gezinsstructuur is de manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan" (Minuchin 1973:77). In de therapie wordt zo vooral ingegaan op wat direct zichtbaar en hoorbaar is, op de manier waarop de gezinsleden--in aanwezigheid van de therapeut--met elkaar communiceren. Als die manier veranderd wordt, ondergaat ook de gezinsstructuur veranderingen.

Zo bezien is gezinstherapie louter interactionele therapie. Het leidt geen twijfel, dat gezinstherapie vaak op die manier wordt bedreven. Echter, ook de interactionele therapeuten doen meer dan alleen maar ingrijpen in de direct waarneembare gezinsinteracties. Zij houden zich ook bezig met het herdefiniëren of heretiketteren van klachten of destructieve interactiepatronen (vgl. Andolfi 1979 a en b; Van der Velden et al. 1980; Watzlawick et al. 1974). Dit is het veranderen van de betekenis die men daaraan toekent. Vooral in de door Selvini Palazzoli et al. geïnspireerde benaderingen wordt hiermee--m.n. in de vorm van positief etiketteren--intensief gewerkt.

Een voorbeeld is de brief die een behandelteam na het tweede gezinsgesprek aan de familie "Jansen" zond, waarvan de 30-jarige zoon Frits wegens neerslachtigheid en suicide-gedachten was aangemeld.

"Geachte Familie, het is ons team opgevallen dat u allen erg veel belang hecht aan het dicht bij elkaar blijven als grootouders, ouders en kinderen - ook al woont u allen apart. U beseft terdege dat een zeer voorzichtige omgang met elkaar hiervoor een essentiële voorwaarde vormt. U bent bereid hiervoor offers te brengen door natuurlijke verschillen--ontstaan door eigen individuele inzichten, gevoelens, verlangens en verschillende ervaringen--over het hoofd te zien of niet aan bod te laten komen. Frits heeft het op zich genomen de hoeksteen in het familie-bouwwerk van voorzichtigheid en voorkomendheid te zijn. Daarvoor is hij zelfs bereid om in een psychiatrische kliniek te worden opgenomen om dáár de vele dingen te uiten die hij werkelijk voelt en vindt; om zo te voorkomen dat juist hij de noodzakelijk geachte voorzichtigheid in de familie zal doorbreken. Het team kan niet anders dan hiervoor respect te hebben en u aan te bevelen voorlopig in deze keuze van u allen geen verandering te brengen."

Als we op deze wijze interveniëren in gezinstherapie, komen we niet meer uit met een beschrijving van het gezinssysteem "in een plat vlak"; met een reductie van de totale gezinsorganisatie tot een unidimensioneel systeem van interacties of communicaties. We moeten het model een extra--diepte-dimensie geven, waardoor we in de gezinsorganisatie verschillende logische niveaus of ordes kunnen onderscheiden.

We kunnen dit relief aanbrengen door te spreken van het gezin als een sociaal-cultureel systeem. Dan kijken we met een dubbel focus en onderscheiden in zijn organisatie zowel een sociale als een culturele orde. Beide impliceren elkaar--zijn verschillende abstracties van dezelfde verschijnselen (Geertz 1973:145). Als sociaal systeem is het gezin een geheel van interactiepatronen. We hebben daarbij oog voor de "feitelijke" manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan en de regelmaat daarin. Als cultureel systeem is het gezin een "geordend systeem van betekenissen en van symbolen, in termen waarvan sociale interactie plaatsvindt" (Geertz 1974:144). Het is het kader van opvattingen, expressieve symbolen en waarden, in termen waarvan de gezinsleden hun situatie, zichzelf en hun onderlinge betrekkingen definiëren, hun gevoelens uitdrukken en hun meningen geven. "Culture is the fabric of meaning in terms of which human beings interpret their experience and guide their action; social

structure is the form that action takes, the actually existing network of social relation" (Geertz 1973:145).

Als we Chomsky's taalkundige terminologie als metafoor gebruiken (vgl. Tennekes 1979), dan is de sociale orde van het gezin te beschouwen als de oppervlakte-structuur van het gezinssysteem en de culturele orde als de diepte-structuur. Beide vormen met elkaar de totale organisatie van het gezin. De concrete acties of interacties in het gezin worden geleid door de oppervlakte-regels. Deze regels vormen toepassingen van de meer abstracte en hiërarchisch hogere meta-regels, die op hun beurt weer toepassingen zijn van de meta-meta-regels, etc. (vgl. Wertheim 1975). Wertheim geeft o.m. het volgende voorbeeld van een oppervlakteregel (zijzelf spreekt van grondregel): "Als gezinslid A niet aanwezig is, moet zijn taak door gezinslid B of C of D gedaan worden." Deze regel is een toepassing van de metaregel: "Het welzijn in het gezin is de verantwoordelijkheid van alle leden." De metaregels en meta-meta-regels, etc., vormen met elkaar de diepte-structuur van het gezinssysteem. Het zijn kaders van waaruit betekenis wordt toegekend aan de oppervlakte-regels.

De totale gezinsorganisatie vormt zelden één geïntegreerd en consistent geheel. Er doen altijd wel discrepanties voor tussen oppervlakteregels onderling, tussen oppervlakteregels en meta-regels, tussen meta-regels onderling, enz. Bij een problematieke gezinsituatie lijkt de aangemelde klacht verband te houden met dergelijke discrepanties in de gezinsorganisatie⁴. De gezinsleden zijn er niet in geslaagd te overbruggen en ervaren de situatie als uitzichtloos of zinloos.

Een--gesimplificeerd en kunstmatig--voorbeeld is gebaseerd op Wertheims grondregel: "Als gezinslid A niet aanwezig is, moet zijn taak door gezinslid B of C of D gedaan worden". Wanneer de kinderen C en D uit huis zijn gegaan, kan deze regel veranderd zijn in: "Als A niet aanwezig is, vervult B zijn taak". Blijft de oorspronkelijke meta-regel, "het welzijn in het gezin is de verantwoordelijkheid van alle leden" (d.w.z. de leden A, B, C en D), dan wordt er voortdurend een appél op C en D gedaan als B niet in staat is de taak van A waar te nemen. Dit zou weer een onderdeelje kunnen zijn van de problematiek rond het "uitvliegen van de kinderen".

Een--eveneens gesimplificeerd--voorbeeld uit de praktijk betreft de reeds genoemde familie Jansen, aan wie het therapeutisch team een brief over hun situatie schreef. De therapeuten constateerden dat er oppervlakte- en meta-regels waren, die eenheid en saamhorigheid

in de familie en "gelijkheid" tussen familieleden voorschreven. Frits leek degene te zijn, die zich het meest aan deze regels conformeerde. Anderzijds waren er ook regels, die het leiden van je eigen leven, het hebben van een eigen mening, het varen van je eigen koers voorstonden. (Zij kwamen bijvoorbeeld tot uiting in het feit dat grootouders, ouders en kinderen in verschillende plaatsen woonden. Frits, de jongste en het laatst uit huis gegaan, woonde al acht jaar op kamers.) Het problematische in dit gezin hield in dat de eerste set regels domineerde, "eenheid boven alles", terwijl tegelijkertijd een individuele ontplooiing van de familieleden werd verwacht. Deze tegenstrijdigheid kwam o.m. tot uiting in communicaties als "je kunt ons alles zeggen, als het maar redelijk is". Het gezin was zelf niet in staat om de bestaande discrepantie--waarin Peter het meest klem leek te zitten--op te heffen. De therapeuten zetten in hun brief de eerste set regels--"eenheid"--op de voorgrond, zodat de familie zelf de gelegenheid kreeg om ^{aandacht} meer van de tweede set te geven en zich aldus te herorganiseren.

Tegen het einde van dit hoofdstuk kon de tijd als relevante dimensie niet of nauwelijks buiten de deur gehouden worden. Kijken we bijvoorbeeld nog eens naar het voorbeeld van de familie Jansen: de verhouding tussen de set van regels die de eenheid van het gezin beklemtonen en de regels die je eigen gang gaan voorstaan is geen statische toestand. We kunnen de problematische gezinssituatie niet los zien van de factor tijd, zoals die tot uitdrukking komt in de ontwikkeling van het gezin en zijn individuele leden. Waar in een eerder stadium de eenheid van het gezin op de voorgrond staat, krijgt men later onherroepelijk met het uit elkaar gaan te maken:

"The family is the only social unit whose function is to break up. It must seem to hold together as a model for future families, but it must destroy itself as a condition for the maturation of the young" (Murphy 1971:212).

3. De dynamische benadering: de levensloop van het gezin

De therapeut maakt tijdens de therapiezitting een 'momentopname' van de gezinsstructuur, met name van de manier waarop het gezin op dit moment--rondom de klachten--is georganiseerd. Het gezin is echter steeds in ontwikkeling en verandering, ook al treden er op bepaalde fronten stagnaties op. Om die reden heeft een aantal auteurs getracht om het begrip van "de levenscyclus van het gezin" in hun systeemvisie te integreren (bijv. Haley 1973; Van Dijck 1977; Van der Hart 1978). In navolging van Schoorl (1980) wordt hier van

"de levensloop van het gezin" gesproken in plaats van "de levenscyclus" dat het reïncarneren van gezinnen lijkt te suggereren. (Aldous (1978) spreekt in dit verband van "family career")

Er zijn tijden waarin die ontwikkeling nauwelijks valt waar te nemen en tijden waarin het gezin sprongsgewijze veranderingen --transformaties--ondergaat. In het eerste geval zullen gezins-sociologen en -therapeuten spreken van fasen in de levensloop van het gezin, in tweede geval van overgangen tussen die fasen of van plotseling optredende crises (vgl. Hughes et al. 1978; Weeks & Wright 1978). De overgangen in de levensloop van een gezin hebben bijvoorbeeld te maken met uitbreiding van de gezinsgroep (zoals een geboorte) of inkrimping (zoals het uit huis gaan van een kind, scheiding), of met verandering in de activiteiten van de individuele gezinsleden (zoals naar een nieuwe school gaan, een nieuwe baan nemen, promotie, pensionering). Als een der gezinsleden een nieuwe baan krijgt, heeft dit soms een verhuizing van het gehele gezin tot gevolg. Hierdoor vinden tegelijkertijd allerlei andere ingrijpende veranderingen--bijvoorbeeld nieuwe scholen voor de kinderen, verlies van contacten met oude vrienden en burens--plaats. Hiernaast komen plotseling optredende veranderingen voor, zoals een ongeluk, ernstige ziekte, het overlijden van een gezinslid, een plotseling ontslag, een sterke daling in het gezinsinkomen, die vaak een crisisachtig karakter hebben. Dat laatste is overigens ook mogelijk met de meer voorspelbare, bovengenoemde overgangen in de levensloop van een gezin, vooral als die overgangen complicaties of ingrijpende veranderingen op verschillende fronten tegelijkertijd met zich meebrengen.

Een gezin, als dynamische eenheid, wordt gesticht, breidt zich uit en valt na verloop van tijd uiteen, eventueel opgevolgd door de gezinnen van de jongere generatie. Er zijn tal van pogingen ondernomen om een gesystematiseerd overzicht van de levensloop van het gezin te geven (bv. Duvall 1962; Rodgers 1973; Aldous 1978; Haley 1973; Solomon 1973; Van der Hart 1978). Dergelijke overzichten zijn wellicht adequaat in traditionele samenlevingen, waarin inderdaad de levensloop van een willekeurig gezin in hoge mate voorspelbaar is. Waar een maatschappij aan vele veranderingen onderhevig is en tal van samenlevingsvormen mogelijk zijn, kunnen die overzichten een sterk vertekend beeld van de werkelijkheid geven.

Wat ook de unieke aard en levensloop van een gezin zijn, steeds kunnen we de klachten of moeilijkheden waarom het hulp vraagt relateren aan zijn levensloop - m.n. aan de ingrijpende veranderingen

situatie ontstaat als het gezin in een overgang of fase blijft steken, waardoor de gezinsleden hun toestand als uitzichtloos en zinloos gaan ervaren (vgl. Barnhill & Longo 1978) .

Theoretisch is het mogelijk om overgangsproblemen en fasespecifieke problemen in een gezin te onderscheiden, in de praktijk echter kunnen beide in elkaar overgaan. De moeilijke en uitputtende beveling geeft niet alleen emotionele moeilijkheden, maar heeft ook tot gevolg dat het ouderpaar minder goed uitgerust is voor de daarop volgende fasespecifieke problemen, zoals het frequente huilen van de baby 's-nachts.

In het geval van overgangsproblemen staat de moeilijke overgang zelf centraal, bijvoorbeeld de conflictueuze manier waarop een kind uit huis gaat. Fasespecifieke problemen hebben betrekking op het feit dat het gezin moeite heeft om bij de fase behorende taken naar behoren te vervullen. Soms is dit een gevolg van het feit dat het gezin "doorgaat met het toepassen van probleemoplossende methoden uit de vroegere fase van de gezinalevenscyclus" (Weeks & Wright 1977: 87); bijvoorbeeld als ouders hun opgroeiende kinderen als kleuters blijven behandelen. Zo belde de moeder haar 22-jarige, erg geremde zoon, die bij een vriend op bezoek was, op met het dringende advies zijn das om te doen als hij weer naar huis ging. Het gezin kan zich echter ook voor nieuwe problemen gesteld zien, waarvoor het--bijvoorbeeld door snelle maatschappelijke ontwikkeling--de oplossing niet kent. Hoe moeten de ouders van een 12-jarige jongen reageren als blijkt dat hij elke middag met zijn vriendjes op een landje aan het bromfietscrossen is? Zij zijn er tegen, maar de ouders van zijn vriendjes vinden het goed.

Volgens Solomon (1973) worden in therapie gezinnen die vroeger bepaalde taken niet goed hebben uitgevoerd meestal gekenmerkt door chronisch-problematische gezinsinteracties. Het problematische voor deze gezinnen is, dat zij niet alleen gebukt gaan onder de oude, onopgeloste moeilijkheden, maar ook met nieuwe--acute--problemen geconfronteerd worden. Zo wordt de totale gezinssituatie steeds problematischer. Gezinnen die hun eerdere taken goed hebben uitgevoerd laten, als ze hulp vragen, acute moeilijkheden zien die specifiek zijn voor een bepaalde fase of overgang. Waarschijnlijk beleven mensen deze situaties als minder uitzichtloos en zinloos dan de chronisch-problematische situaties.

4. Het gezin als dynamisch sociaal-cultureel systeem

In het voorgaande is het gezin als een sociaal-cultureel systeem beschreven én als een dynamische groep - voortdurend in ontwikkeling en verandering, ook al kunnen zich op bepaalde fronten stagnaties voordoen. In deze paragraaf wordt getracht om beide visies tot één geheel te integreren. Lukt dat, dan kunnen problematische gezinssituaties in de termen van één model--dat van het gezin als dynamisch sociaal-cultureel systeem--beschreven worden.

Aan het gezin als systeem werd een sociale orde en een culturele orde onderscheiden, die met elkaar de totale organisatie van het systeem vormen. De sociale^{orde} betreft het geheel van interactiepatronen; de culturele orde als het geheel van betekenissen en symbolen, in termen waarvan die interacties plaatsvinden. Sociale orde en culturele orde vormen met elkaar de totale organisatie van het gezinssysteem.

De organisatie--of structuur--ondergaat in de levensloop van het gezin min of meer ingrijpende wijzigingen. Deze zijn het gevolg van veranderingen in de omgeving van het gezin of van veranderingen binnen de context van het gezin. Als voorbeelden daarvan werden eerder genoemd: uitbreiding of inkrimping van de gezinsgroep, veranderingen in de activiteiten van de individuele leden, ziekte, verhuizing.

De herorganisatie van de gezinsstructuur laat zich met behulp van Piagets (1959) terminologie--oorspronkelijk betrekking hebbend op de individuele ontwikkeling van kinderen--nader precisieren. Die herorganisatie houdt een aanpassingsproces (adaptatie) in, dat bestaat uit twee polen: (a) het gezin moet de externe en interne veranderingen assimileren, d.w.z. opnemen in de bestaande structuur en (b), het moet zijn structuur wijzigen (accomodatie) om die veranderingen er in te kunnen opnemen. Accomodatie is niet een kortstondig gebeuren: "the intrinsic structure of the systeem itself undergoes constant modifications required if the exchange with the environment is to be perpetuated" (Bauman 1973:55/6). Echter, gedurende de fasen in de levensloop van het gezin zijn die wijzigingen als regel vrij onopvallend. Morfofostase van het gezinssysteem overheerst dan. Gedurende overgangen en crises zijn de veranderingen ingrijpender: er is sprake van morfogenese (vgl. Van Dijck 1977).

Het gezin als dynamisch sociaal-cultureel systeem is een systeem, waarvan de regels ook over de dimensie tijd uitspraken doen, de tijd structureren. Een voorbeeld vormt de meta-regel dat de ouders volledig verantwoordelijk zijn voor het wel en wee van hun--kleine--kin-

deren. In het kader van een bepaalde overgang--bijv. het uit huis gaan van een kind--kan de regel zelfs helemaal afgeschaft worden: "Je bent nu oud en wijs genoeg om op eigen benen te staan".

Assimilatie van veranderde omstandigheden in de bestaande gezinsstructuur lijkt in eerste instantie betrekking te hebben op wijzigingen in de sociale orde - de oppervlaktestructuur van het gezinsstelsel. De geboorte van een kind houdt het ontstaan in van interacties tussen de ouders en het kind en het wijzigen van de interacties tussen man en vrouw. Daarnaast lijkt een voorbereiding op de komst van het kind ook al tot wijzigingen in de culturele orde--de dieptestructuren--te kunnen leiden: de onderling betrekkingen worden al anders gedefinieerd. Toch lopen veranderingen in de sociale en de culturele orde van het gezin zelden geheel synchroon. Een overgang of crisis geeft discrepanties, "discontinuïteits" (Geertz 1973:143), tussen beide: oppervlakte regels blijken niet in overeenstemming te zijn met meta-regels. Terwijl het kind er al is, zien man en vrouw zichzelf nog niet als ouders -- misschien beleven zij zich zelfs nog meer als kinderen van hun ouders. Omdat een dergelijke definitie--een meta-regel--tot een vroegere fase in de levensloop lijkt te horen, kunnen we in plaats van een discrepantie tussen culturele en sociale orde ook spreken van "asynchronie" (Riegel 1975a): De dominante meta-regel is "uit de tijd"; er is sprake van een "cultural lag".

Een passende herorganisatie--accommodatie--van de gezinsstructuur betekent dat sociale en culturele orde een nieuwe vorm van integratie bereiken--een totale verandering van oppervlakte- en diepte-regels en, meer nog, van de verhoudingen tussen die regels. Een dergelijke integratie maakt nieuwe ontwikkelingen mogelijk: sociale orde en culturele orde staan in een dialectische verhouding tot elkaar (Tennekes 1979:35).

Overigens is in het voorgaande slechts uiterst globaal gesproken over dit proces van herorganiseren. Discrepanties treden immers niet alleen op tussen oppervlaktestructuur en diepte-structuur, maar ook binnen elk apart en voorts met betrekking tot talloze aspecten van het gezinsleven. Een ingrijpende overgang of crisis in de levensloop van een gezin vraagt om het wijzigen van de regels en meta-regels (etc.) op nagenoeg alle gebieden van het gezinsleven. De komst van een kind betekent niet alleen nieuwe en veranderde betrekkingen tussen de gezinsleden onderling, maar ook andere verhoudingen met familieleden, vrienden, hulpverleners en werk. Er moet anders omgegaan worden met biologische gegevens, zoals slaap- en waakritmes, lichamelijke herstelling, seks, voeding en voedsel; nieuwe intra-

psychische ontwikkelingen doen zich voor; er treden veranderingen in de materiële condities--waaronder de bebouwde ruimte--op. Dit alles betekent dat de individuele gezinsleden de ontwikkelingen op tal van dimensies in hun leven moeten coördineren (vgl. Riegel 1975a & b, 1976; Dare 1979). Met elkaar moeten zij een gezinsstructuur vormen, die dat allemaal mogelijk maakt. (vgl. Weeks & Wright 1978).

5. Problematische gezinssituaties

Een gezin in ontwikkeling is voortdurend bezig zich te herorganiseren. Het vóórkomen van discrepanties--of asynchronie-- in de sociale orde en de culturele orde van het gezinssysteem is inherent aan die ontwikkeling.

Een problematische gezinssituatie ontstaat als het gezin er niet in slaagt zichzelf te herorganiseren als externe omstandigheden of bijzonderheden in de ontwikkeling van de individuele gezinsleden dat noodzakelijk maken. Bepaalde discrepanties in sociale en culturele orde blijven bestaan - de asynchronie krijgt een chronisch karakter. Het ontstaan en voortbestaan van symptomatisch gedrag -- door Haley (1963) als paradoxale communicatie beschouwd--kan hiermee samenhangen. Het is gedrag dat geleid wordt door tegenstrijdige regels--van verschillende orde bovendien--in het gezinssysteem. Frits Jansen volgde met het op kamers gaan wonen in een andere plaats de meta-regel dat je als volwassene je eigen leven leidt; m.a.w. dat zijn gezin van herkomst de fase van het "uitvliegen" van de kinderen was gepasseerd. Zijn symptomen--bijvoorbeeld zijn ouders via huilen aan de telefoon duidelijk maken dat hij het alleen niet redt--impliceerden het bestaan van meta-regels die de eenheid van het gezin en daarmee van complementaire ouder-kind relaties centraal stelden. Er was sprake van asynchronie in de gezinsstructuur; bepaalde regels waren niet meer "bij de tijd", maar bleven gehandhaafd.

Een ander voorbeeld betreft het gezin Pieterse, waarvan de oudste dochter--Jannie, 25 jaar-- suikerziekte had en nog steeds bij haar ouders woonde. De ouders omringden haar met erg veel zorg en aandacht; zo zeer zelfs, dat zij hun dochter nooit alleen gelaten hadden - zelfs geen dag. Jannie kon nl. plotseling in coma geraken en moest dan terstond een bepaald medicijn toegediend krijgen. Deze bijzondere gezinssituatie werd zo gekenmerkt door interactie-patronen tussen ouders en kind, die min of meer passen in de fase van een gezin met kleine kinderen. Niet alleen was er die noodzakelijk geachte zorg voor Jannie's lichamelijke toestand; zij werd in allerlei andere opzichten ook met die zorg omringd. Zo smeerde moeder altijd

haar brood en maakte zij elke morgen het bed van haar op. Jannie zelf was erg lusteloos en stelde zich zeer afhankelijk op. Regels die voor de bij Jannie's leeftijd passende ontwikkeling gelden kwamen wel ter sprake ("je zou eens wat meer moeten ondernemen"), maar het was alsof die regels ^{volledig} overheerst werden door een ander: "Jannie is ziek en daardoor afhankelijk". Het was dan ook niet dit gezin, of een gezinslid, dat psychiatrische hulp zocht, maar de huisarts die zich over de gezinssituatie ernstig zorgen begon te maken. Konkluderend: Het gezin Pieterse was er niet in geslaagd om zich ten aanzien van een bepaalde opgave--de ziekte van Jannie--volledig adequaat te herorganiseren. Naast de noodzakelijk geachte ouderlijke zorg voor die ziekte, bood het Jannie noch haar ouders mogelijkheden tot verdere ontplooiing. De gezinstherapie was er in eerste instantie op gericht om het gezin passender regels te laten ontwikkelen voor de ouder-kindrelatie. Jannie ging meer ondernemen, moeder richtte haar aandacht op nieuwe dingen, man en vrouw hielden zich meer met hun onderlinge betrekking bezig. Vervolgens werd Jannie geleerd hoe zij zelf meer controle over haar lichamelijke symptomen kon uitoefenen; hoewel dat vroeger onmogelijk werd geacht, leerde ze de eerste tekenen van een naderend coma te ontdekken en preventieve maatregelen te nemen. Jannie leerde dat zelfs zo goed, dat haar ouders een vakantie zonder haar planden. Voordat het zover was, kreeg zij een terugval waardoor de ouders hun vakantie uitstelden. Het gezinssysteem had tijd nodig om zich adequaat te kunnen herorganiseren.

We kunnen veronderstellen dat gezinssituaties problematischer zijn, naarmate:

- a. de kloof tussen sociale en culturele orde dieper is. In een gezin met een traditionele rolverdeling tussen man en vrouw kan het uit huis gaan van de kinderen heel problematisch verlopen, als de vrouw ook bij het ouder worden van de kinderen hoofdzakelijk op het vervullen van de moederrol gericht is. Had zij in de loop der tijd meer aandacht aan het opbouwen van een eigen leven besteed--bijvoorbeeld in de vorm van werk--dan zou het "uitvliegen" van de kinderen veel minder leegte achter laten. De kloof tussen de feitelijke sociale situatie en de tot dan toe heersende meta-regels is dan minder diep, gemakkelijker te overbruggen.
- b. de asynchronie langer bestaat. Hoe langer een problematische gezinssituatie bestaat, hoe problematischer het wordt. Anders uitgedrukt: chronische problematische gezinsinteracties zijn ernstiger dan minder langdurige. Niet alleen hebben de inadequate

interactiepatronen een steeds meer rigide karakter gekregen, ook de subjectieve belevingen van de gezinsleden zijn steeds somberder geworden.

Eigenlijk wordt hier grotendeels hetzelfde gezegd als onder a--alleen nu hebben we de tijdsdimensie in de omschrijving betrokken. De tijd speelt uiteraard ook een rol in het ontstaan van een kloof tussen sociale en culturele orde. Als de culturele orde van het gezin regels genereert die betrekking hebben op verhoudingen tussen ouders en kleine kinderen, terwijl het gezin in feite met het uitvliegen van de kinderen te maken heeft is er waarschijnlijk sprake van zeer problematische situaties.

Overigens is chroniciteit niet volledig synoniem aan de diepte van de kloof tussen sociale en culturele orde. Een gezin kan plotseling door een ramp getroffen worden--het overlijden van een gezinslid kan zoiets zijn--, waardoor verschillen tussen beide dimensies opeens erg groot is (om van het subjectieve beleven van een individueel gezinslid maar niet te spreken).

c. er meer aspecten bij betrokken zijn. Als een gezin verhuist, maakt het veel uit of het naar een ander huis in de buurt verhuist of naar een plaats elders in het land. In het eerste geval betreft de overgang hoofdzakelijk de aanpassing aan de nieuwe woning, de straat en de buren. De gezinsleden blijven verder op dezelfde scholen, houden dezelfde banen en blijven grotendeels met dezelfde mensen omgaan. In het tweede geval vinden veel meer veranderingen--voor de individuele gezinsleden en voor het gezin als geheel--plaats. Er moet veel meer werk verricht worden om alle veranderingen te coördineren. De reorganisatie van het gezinssysteem is veel omvangrijker. Er is meer kans dat ergens asynchronie blijft bestaan; dat m.b.t bepaalde gebieden de discrepanties tussen sociale en culturele orde niet overbrugd worden.

d. de neiging sterker is om de bestaande--onevenwichtige--gezinsorganisatie te handhaven. De gezinsleden ervaren dan dat ze de greep op hun situatie verliezen en proberen het--wankele--evenwicht met alle geweld te handhaven. Het is alsof de dreiging van een mogelijke desintegratie van het gezin of van zijn leden sterker is dan de onvrede over de problematische gezinssituatie. Gezinstherapeuten zeggen dan, dat de homeostatische tendenties van het gezinssysteem overwegen (vgl. Selvini Palazzoli et al. 1974; Van Dijk 1977).

In termen van het hier gepresenteerde model vindt de gezinstherapeut de gezinssituatie problematischer naarmate het gezinssysteem sterker georganiseerd is rondom inadequante regels en meta-regels.

Stel dat in een gezin met opgroeiende kinderen de meta-regel "de eenheid" van het gezin staat boven alles" heerst. Naarmate die regel - door ontwikkelingen binnen en buiten het gezin meer bedreigd wordt, zullen er meer ondersteunende regels gevormd worden om deze meta-regel te handhaven (vgl. Van der Hart 1980).

6. De praktijk van gezinstherapie

Tot dusver is in dit artikel nauwelijks aangegeven wat voor consequenties het gepresenteerde model heeft voor de praktijk van gezinstherapie met "moeilijke" gezinnen. Slechts uiterst summier wordt daar nu op ingegaan.

Problematische gezinssituaties worden geïdentificeerd door informatie in te winnen, waardoor (a) de klachten vertaald kunnen worden in problematische interactiepatronen en bijbehorende oppervlakte-regels (de sociale orde), en (b) de relevante meta-regels (etc.) --de culturele orde--daaruit afgeleid kunnen worden. Naast directe observaties in de zitting, is de circulaire interviewtechniek van Selvini Palazzoli et al. (1979b) van belang. Vervolgens kunnen de relevante discrepanties in het geheel van gezinsregels vastgesteld worden; men kan in regeltermen formuleren hoe de klachten met een bepaalde fase- of overgangsproblematiek van het gezin samenhangen. Aldus ontstaat een visie, die doelgericht interveniëren mogelijk moet maken. Meestal is daarvoor veel teamoverleg--tijdens of na de zitting--nodig.

De behandeling zelf betreft het wijzigen van de inadequate oppervlakte-regels, meta-regels, etc., en de organisatie van al die regels. Interventies kunnen primair gericht zijn op het wijzigen van de oppervlakte-regels. Er is dan sprake van interactionele therapie, die overigens alleen werkt als de bijbehorende meta-regels eveneens gewijzigd worden; als daardoor ook een contextverandering plaatsvindt. Interventies kunnen ook direct aansluiten bij de meta-regels. Het positief etiketteren, zoals het therapeuteam in een brief aan de familie Jansen deed, is daar een voorbeeld van (vgl. Van der Velden et al, 1980). In werkelijkheid is therapie meestal tegelijkertijd op beide nivo's, de sociale orde en culturele orde van het gezin, gericht.

Afhankelijk van de behandelingsstrategie, kunnen de interventies in een verschillende richting gaan. Zij kunnen aansluiten bij de neiging tot verandering die in het gezin bestaat; d.w.z. rechtstreeks het ontstaan van meer gewenste regels bevorderen. Door deze nieuwe regels kunnen een aantal oude, "achtergebleven" regels "meegetrokken"

worden. Via een "synchroniserende herinterpretatie" ontstaat een consistenter regelnetwerk, aangepast aan de veranderde omstandigheden. We spreken dan ook wel van een congruente benadering (vgl. Van Dijk 1977; Van Dijk et al, 1980; Van der Hart & Defares 1978). Bij de hier besproken gezinnen wordt meestal met een tegenovergestelde benadering begonnen: een--paradoxaal--benadering die aansluit bij de homeostatische tendentie in het gezin. De therapeut vertelt de gezinsleden hoe belangrijk de context van de--in feite verouderde meta-regels (etc.)--voor het gezin is en hoezeer zij daarom bezig zijn die context te handhaven. De gezinsleden wordt vervolgens aanbevolen om daarmee door te gaan. Op die manier wordt een eenheid van sociale en culturele orde gesuggereerd, die in feite niet meer "bij de tijd" is. Door de nadruk die de therapeut op die eenheid legt, kan het gezin zelf veranderingen aan bod laten komen en zichzelf gaan herorganiseren. Is het daarmee bezig, dan kan de therapeut eventueel op een meer congruente benadering overschakelen (vgl. Papp 1977).

7. Discussie

a. Het doel van gezinstherapie is te omschrijven als het opheffen van een problematische gezinssituatie, waardoor het gezin zich kan herorganiseren en de ontwikkeling van de gezinsleden verder kan gaan. De therapeut moet het gezin helpen de noodzakelijke "synchroniserende herinterpretaties" te maken (vgl. Riegel 1975a), waardoor een--tijdelijke--eenheid tussen sociale orde en culturele orde wordt bereikt. "The interactions of conflicting events are transformed into coordinated patterns of relationship and meaning. These synchronizing leaps of development represent the most important achievements of the individual and society" (Riegel 1975a:51). Gegeven de dialectische verhouding tussen sociale en culturele orde, is dan de basis gelegd voor nieuwe ontwikkelingen.

b. Om een problematische gezinssituatie te kunnen (helpen) opheffen, moet de therapeut zich er een nauwkeuriger beeld van vormen, nauwkeuriger, naarmate de situatie hem, of haar, problematischer voorkomt. De hier weergegeven voorbeelden laten slechts een oppervlakkig beeld zien, dat in de praktijk veel gedetailleerder en genuanceerder uitgewerkt moet worden. Meestal zijn daar meerdere zittingen voor nodig.

c. Misschien is het mogelijk om met behulp van het hier gepresenteerde model tot een typologie van problematische gezinssituaties te komen - zoals er ook door gezinstherapeuten typologieën van problematische gezinssystemen worden ontwikkeld (vgl. Tseng et al. 1976;

Zo'n poging is in dit verband niet ondernomen. Het model van "het gezin als dynamisch sociaal-cultureel systeem" is hier slechts gepresenteerd, omdat het (tenminste voor mijzelf en mijn collega's) een adequaat model lijkt te vormen voor het werken met gezinnen waarin chronisch gestoorde interactiepatronen voorkomen en een gezinslid daarmee samenhangende psychiatrische symptomen laat zien.

d. Dit artikel gaat over problematische gezinssituaties en over de manier waarop die beschreven kunnen worden. Verder wordt gesproken over gezinstherapie als de benadering om die problematische gezinssituaties op te heffen. Gezinstherapie is echter niet de enige of alleenzalmakende benadering.

Klachten of moeilijkheden die gezinsleden ervaren spelen zich vaak op verschillende niveau's tegelijkertijd af; bijvoorbeeld op lichamelijk, intra-psychisch en sociaal-cultureel niveau (waar het gezin dan een opvallende plaats inneemt). Op al die niveau's moeten dan ook veranderingen optreden, willen de klachten verdwijnen. Bepaalde klachten--zoals lichamelijke symptomen--moeten in eerste instantie op een ander niveau dan dat van het gezin als geheel onderzocht en behandeld worden. Maar tegelijkertijd kunnen dergelijke klachten ook een essentieel onderdeel vormen van een problematische gezinssituatie, waarvoor eventueel gezinstherapie aangewezen is (vgl. Weakland 1977). Het gezin Pieterse, waarvan de dochter Jannie aan suikerziekte leed, is hier een duidelijk voorbeeld van.

Psychiatrische symptomen verwijzen ontegenzeggelijk naar intra-psychische problemen, maar vormen in vele gevallen eveneens een onderdeel van problematische gezinssituaties. Het is heel goed mogelijk dat een individuele psychotherapie van de betreffende persoon succes heeft. Maar in zo'n geval heeft de verbetering van de persoon op een goede manier kunnen doorwerken in het gezin als geheel: de individuele therapie werkte tegelijkertijd als gezinstherapie. Dit betekent evenwel, dat de organisatie van het gezin zodanig was, dat deze via de veranderingen van één gezinslid getransformeerd kon worden. Dit is--in onze ervaring--geenszins het geval bij bepaalde klachten waarmee wij in een sociaal-psychiatrische dienst nogal eens te maken krijgen. Er is dan al een lange, droeve, weg van--ambulante en klinische--behandelingen van de patiënt afgelegd. De klachten vertalen in termen van problematische gezinssituaties en trachten de betreffende gezinsorganisatie te veranderen--bijvoorbeeld op de door Selvini Palazzoli et al. beschreven manieren--kan dan wellicht een iets gunstiger perspectief bieden.

e. Het laatste punt betreft het corrigeren van een manco in dit artikel. Waarschijnlijk is onvoldoende bevestigd, dat de beschrijving van een problematische gezinssituatie niet los is te zien van de relatie tussen gezin en therapeut. De therapeut mag niet buiten haakjes geplaatst worden. Binnen het--therapeutisch--systeem dat gezin en therapeut samen vormen laat het gezin bepaalde aspecten van zijn organisatie zien, als reactie op de acties van de therapeut, die weer reacties op de acties van de gezinsleden in de zitting zijn, enzovoort.

De formulering van een problematische gezinssituatie is afhankelijk van de samenwerking tussen gezin en therapeut (om van de invloed van derden maar niet te spreken). De ernst van de situatie wordt zowel door het gezin als door de therapeut bepaald. Het is aan de laatste de meest gunstige positie voor verandering in te nemen. Maar ook als diens formulering perspectief lijkt te bieden, kan de therapeut gemakkelijk dezelfde regels gaan volgen--in plaats van ze te veranderen--die de interacties in het gezin bepalen. Het antwoord hierop is het ontwikkelen van een therapeutisch team, dat in staat is een zo gunstig mogelijke visie en de daaruit volgende behandelingsstrategie in praktijk te brengen. En als de therapeutische situatie dan toch nog problematisch wordt, wat dan?

Referenties

- Aldous, J. (1978), Family Careers: Developmental Change in Families. John Wiley & Sons, New York.
- Andolfi, M. (1979a), Redefinition in Family Therapy. Amer. J. of Family Therapy, 7, 5-15.
- Andolfi, M. (1979b), Family Therapy: An interactional Approach. Plenum Press, New York & Londen.
- Barnhill, L.R. & D. Longo (1978), Fixation and Regression in the Family life Cycle. Family Process, 17 (4), 469-478.
- Bauman, Z. (1973), Culture as Praxis. Routledge & Kegan Paul, Londen.
- Dare, C. (1979), Psychoanalysis and systems in family therapy. J. of Family Therapy, 1, 137-151.
- Duvall, E.M. (1962), Family Development. E.M. Lippincott, New York.
- Dijck, R. Van (1977), Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, R. Van, K. van der Velden & O. van der Hart (1980), Een Indeling Van Directieve Interventies. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Elias, N. (1971), Wat is sociologie? Het Spectrum, Utrecht.
- Frank, J.D. (1973), Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Geertz, C. (1973), Ritual and social change: a Javanese example. In: C. Geertz, The interpretation of cultures. Basic Books, New York.
- Haley, J. (1973), Uncommon Therapy, Norton, New York. Ned. uitgave: Buitengewone therapie. De Toorts, Haarlem, 1975.
- Haley, J. (1976), Problem-solving therapy. Jossey-Bass, San Francisco. Ned. uitgave: Directieve ^{Gezins-}therapie. De Toorts, Haarlem, 1978.
- 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 (1980), Gezinsgeheimen en Gezinsregels. Maandblad Geest. Volksgezondheid. In druk.
- Hart. O. van der & P.B. Defares (1978), Gezinstherapie 1978. In: Handboek Hulpverleners en Veranderen. 2e editie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoffman, L. (1976), Breaking the Homeostatic Cycle. In: P.J. Guerin (ed.), Family Therapy Gardner Press, New York.

- Horst, W. ter (1973), Proeve van een orthopedagogisch theorieconcept. Kok, Kampen.
- Hughes, S., H. Berger & L. Wright (1978), The family life cycle and clinical intervention. *J. of Marriage and Family Counseling*, 4 (4), 33-40.
- Minuchin, S. (1973), *Gezinstherapie*. Het Spectrum, Utrecht.
- Murphy, R.F. (1971), *The Dialectics of Social Life*. Basic Books, New York.
- Overton, W. (1975), *General Systems, Structure and Development*. In: K.F. Riegel & G.C. Rosenwald (eds.), *Structure and Transformation*. John Wiley & Sons, New York.
- Papp, P. (1976), *The Family that had alle the Answers*. In: P. Papp (ed.), *Family Therapy: Full length Case Studies*. Gardner Press, New York. Ned. Uitgave: *De praktijk van de gezinstherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1980.
- Piaget, J. (1959), *La Naissance de l'Intelligence chez l'Enfant*. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel.
- Rabkin, R. (1977), *Strategic Psychotherapy*. Basic Books, New York. Nederlandse uitgave: *Strategische Psychotherapie* Bert Bakker, Amsterdam, 1977.
- Rapaport, A. (1968), Foreword. In: W. Buckley (ed.), *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*. Aldine, Chicago.
- Riegel, K.F. (1975a), Toward a dialectical theory of development. *Human Development*, 18, 50-64.
- Riegel, K.F. (1975b), Adult lifecrisis: Toward a dialectical theory of development. In: N. Datan & L.H. Ginsberg (eds.), *life-span developmental psychology: normative life crises*. Academic Press, New York.
- Riegel, K.F. (1976), The dialectics of human development. *American Psychologist*, 31, 689-700.
- Rodgers, R.H. (1973), *Family interaction and transaction; the developmental approach*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Schoorl, P. (1980), *Persoonlijke mededeling*
- Selvini Palazzoli, M. (1974), *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Chaucer, Londen.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G.F. Cecchin & G. Prata (1974), The Treatment of Children through Brief Treatment of their Parents. *Family Process*, 13 (4), 429-442.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G.F. Cecchin & G. Prata (1979a), *Paradox en Tegenparadox*. Samsom, Alphen a/d Rijn.

- Selvini Palazzoli, M.L. Boscolo, G.F. Cecchin & G. Prata (1979b),
Hypothesizing-Circularity-Neutrality: three Guidelines for
the Conductor of the Session. In druk.
- Solomon, M.A. (1973), A developmental conceptual premise for family
therapy, *Family Process*, 12 (2), 179-188.
- Tennekes, J. (1979) Cultuur als experiment. Inaugurale rede. Vrije
Universiteit Amsterdam.
- Tseng, W.S. et al. (1976), Family Diagnosis and Classification.
J. Am. Acad. Child Psychiatry, 15, 15-35.
- Varela, F. (1976), On observing natural systems. *The Co-Evolution
Quarterly*, summer 1976, 26-31.
- Velden, K. van der, O. van der Hart & R. Van Dijck (1980), Positief
etiketteren. In: K. van der Velden (ed.), *Directieve Therapie
2*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vries, G. de (1977), *Sociale orde, regels en de sociologie*, Boom, Meppel.
- Watzlawick, P., J.H. Weakland & R. Fisch (1974), *Het kan anders*.
Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Weakland, J.H. (1976). The identified patient. In: P. Papp (ed.),
Family therapy: full length case studies. Gardner Press, New
York. (Ned. uitgave: *De praktijk van de gezinstherapie*. Van
Loghum Slaterus, Deventer, 1980).
- Weakland, J.H. (1977), "Family Somatics": A Neglected Edge. *Family
Process*, 16 (3), 263-272.
- Weakland, J.H., R. Fisch, P. Watzlawick & A.M. Bodin (1974).
Brief Therapy: focused problem resolution. *Family Process*,
13 (2), 141-168.
- Weeks, G.R. & L. Wright (1978), *Dialectics of the family life cycle*.
The Amer. J. of Family Therapy, 7 (1), 85-91.
- Weeks, G.R. & L. L'Abate (1979), *A Compilation of Paradoxical Methods*.
The Amer. J. of Family Therapy, 7 (4), 61-76.
- Wertheim, E.S. (1975), *The Science and Typology of Family Systems II;*
further theoretical and practical considerations. *Family Process*,
14 (3), 285-310.
- Zuk, G.H. (1972), *Family Therapy: A Triadic Based Approach*, Behavioral
Publications, New York.

Noten

1. "Patiënten gaan in therapie als ze gedemoraliseerd zijn", merkt Rabkin (1977) op, in navolging van Frank (1973). Als zij weer hoop krijgen, kan dat een van de meest belangrijke factoren voor het welslagen van de therapie zijn. Is de therapeut gedemoraliseerd, hoe vinden de patiënten dan weer moed?
2. "The organization, form, or pattern of the phenomena under study constitutes its structure" (Overton 1975:62).
3. Als we inzien dat een systeem in gezinstherapie niet per sé een gezin hoeft te zijn, kunnen we ook denken aan de term "figuratie" die van Elias (1971:15) afkomstig is. Dit is "een netwerk van onderling afhankelijke mensen wier handelingen verweven zijn in een netwerk van meer of minder stabiele relaties van de meest uiteenlopende soort" (De Vries 1977:121). De moeilijkheden waarvoor mensen hulp vragen kunnen steeds door een unieke figuratie in stand gehouden worden. Om nu van "figuratietherapie" te gaan spreken in plaats van "gezinstherapie" gaat me wat te ver.
4. Waar gesproken wordt van een "problematische gezinssituatie", zal Wertheim waarschijnlijk spreken van een "adaptief afwijkend gezinssysteem". Een dergelijk systeem heeft een regelnetwerk "showing disparity in the level of complexity, differentiation, and integration in different parts of the network; internal inconsistencies; general instability of the whole network, or some parts of it; paradoxical rule linkages, etc." (Wertheim 1975:294).

d. n. oudshoorn	
SV11	8
slingelandseweg 52 giessenburg	

DWANGGEDACHTEN

Kees Hoogduin,
december 1979

1. Inleiding

Dwanggedachten komen bij veel mensen voor. Rachman en Da Silva (1978) vonden bij 104 van 124 "gezonde" proefpersonen dwanggedachten. Zij onderzochten de verschillen tussen deze dwanggedachten en die van cliënten die zich voor behandeling van dwanggedachten hadden aangemeld. Slechts in frequentie, intensiteit en consequenties konden zij verschillen ontdekken.

Dwanggedachten spelen bij de meeste mensen die last hebben van dwangverschijnselen een belangrijke rol. Dwangrituelen worden vrijwel steeds voorafgegaan door dwanggedachten (vgl. Dowson, 1977). Slechts in de door Rachman (1976) beschreven eindstadia, de zogenaamde primaire dwangmatige traagheid - waarbij de cliënt op een stereotype manier was- en aankleedrituelen uitvoert -, lijken deze gedachten van minde betekenis.

Daarnaast is er een groep mensen die klaagt over dwanggedachten zonder dat zij last hebben van dwangrituelen.

De bestudering van dwanggedachten wordt gecompliceerd doordat de onderzoeker aangewezen is op informatie van de cliënt.

Een klacht die veel overeenkomst vertoont met dwanggedachten is het dwangmatig gepreoccupeerd zijn met verschrikkelijke gebeurtenissen uit het verleden, problemen in het heden of rampen die in de toekomst kunnen plaatsvinden. Ook hier is er steeds sprake van een nare gedachte die zijn stempel drukt op het leven van de cliënt.

Deze klacht verschilt vooral van de dwanggedachten doordat de gedachte niet irrationeel is. De cliënt verzet zich er niet zo tegen als bij dwanggedachten en hij beleeft ze als van zichzelf uitgaand en horend bij zijn persoonlijkheid. Dit in tegenstelling tot de dwanggedachten die beleefd worden als niet bij hem behorend (ego-dystoon) (vgl. Rachman, 1973).

Dwanggedachten komen vooral voor bij mensen die in hun jeugd onderworpen zijn geweest aan strenge kritische opvoeders of opgegroeid

zijn binnen een streng godsdienstig kader. Dit wil niet zeggen dat al deze mensen later dwangverschijnselen zullen ontwikkelen. De volgende factoren kunnen het optreden van dwanggedachten bevorderen: een toegenomen grote verantwoordelijkheid (bijv. aanstaand ouderschap), een nieuwe baan met een grote verantwoordelijkheid; voorts angsten, woede en teleurstelling, sterke kritiek vanuit de (nabije) omgeving, schuldgevoelens, verdriet, onzekerheid of depressieve gevoelens (vgl. Rachman, 1976), gezins- en relatieproblemen.

De therapeutische benaderingen kunnen zich richten op het voorkomen van de dwangverschijnselen door beïnvloeding van deze factoren, zoals het geven van tranquillizers, antidepressiva, ontspanningstherapie, motorische inspanning, afleiding. De vermindering van verantwoordelijkheid, herstructurering van levensomstandigheden, relatietherapie, gezinstherapie, verbetering van school- of werksituatie, van huisvesting of financiën kunnen eveneens het optreden van dwanggedachten in gunstige zin beïnvloeden.

Wanneer de dwanggedachten eenmaal optreden, zijn van de volgende symptoomgerichte therapieën successen gerapporteerd (zonder naar volledigheid te streven):

Paradoxe intentie (Gerz, 1966; Solyon et al., 1972; Van Dijck, 1980); covert modelling (May & Nilson, 1970); relatietherapie (Stern & Marks, 1973); zelfcontrole (Mahoney, 1971); flooding en gedachtenstop (Hackmann & McLean, 1975); reciproke inhibitie (Lambley, 1974); gedachtenstop (Stern, 1975), interactionele benadering (Hoogduin et al., 1977).

In dit artikel wordt op het ontstaan en het in stand houden van de dwanggedachten en de consequenties hiervan voor de behandeling ingegaan. Speciale aandacht wordt gegeven aan de opvattingen van Rachman. De visie van Rachman wordt vanuit de systeem- en communicatietheorie becommentarieerd. De daaruit voortvloeiende therapeutische strategie wordt besproken en aan de hand van enige voorbeelden toegelicht. In de discussie wordt o.m. ingegaan op complicaties die zich bij de behandeling kunnen voordoen.

2. De opvattingen van Rachman

Rachman (1971, 1976; Rachman & Da Silva, 1978) heeft voor de behandeling van dwangrituelen een benadering ontwikkeld die in

vergelijking met andere strategieën nogal succesvol is gebleken. De behandeling van deze dwangverschijnselen bestaat uit flooding en of modelling in combinatie met respons preventie.

Roper, Rachman en Hodgson (1973) hebben aangetoond dat het uitvoeren van een dwangritueel spanning en angst vergroot, terwijl het afronden van een complex rituelen opluchting te zien geeft. De waarneming dat de meeste dwangcliënten opluchting beleven na het uitvoeren van een rituelen-complex heeft belangrijke consequenties voor de behandeling. De gevoelens van tevredenheid, opluchting of zelfs van bevrediging (vgl. Carp, 1947) lijken de dwangrituelen te bekrachtigen. Wanneer opheffen van de dwangrituelen de doelstelling van de behandeling is, zal doorkomen dienen te worden dat het stadium van satisfactie bereikt wordt.

Uit onderzoek van Rachman, Da Silva en Röper (1976) blijkt dat bij respons preventie de spanning geleidelijk afneemt, na een uur is deze al aanzienlijk verminderd, na drie uur vrijwel geheel verdwenen. Deze ervaringen opgedaan bij de behandeling van cliënten met dwanghandelingen heeft Rachman verwerkt in zijn benadering van dwanggedachten.

Ook bij de dwanggedachte is er sprake van een zekere opluchting wanneer de gedachten "uitgedacht" zijn of wanneer gezinsleden of artsen de cliënt gerustgesteld hebben.

Cliënten met dwanggedachten voeren voortdurend strijd tegen deze gedachten. Na enige tijd is er meestal een stereotyp gedragspatroon ontstaan om de dwanggedachten kwijt te raken. Dit kan zijn geruststelling bij derden zoeken, maar kan ook bestaan uit het doen van een aantal rituelen. Cliënten proberen de onaangename verschijnselen als spanning, angst en schuldgevoelens die een dwanggedachte begeleiden, te verminderen. De cliënt probeert deze dwanggedachten - vaak agressief jegens relaties of godslasterlijk - te neutraliseren door gedachten of daden. Soms lukt dit. Deze neutraliserende activiteiten worden gevolgd door een gevoel dat het nu weer in orde is en geven opluchting en rust.

De dwangrituelen, het vragen stellen aan gezinsleden en de neutraliserende activiteiten kunnen alle leiden tot een gevoel van opluchting, in ieder geval tot vermindering van angst en spanning.

De consequenties voor de behandeling bestaan uit het voorkomen van deze bekrachtiging: rituelen, vraaggedrag en neutraliserende gedachten of activiteiten moeten gestopt worden.

Daarnaast (vgl. flooding) dient de cliënt niet langer te proberen deze gedachten te vermijden, maar zal hij ze op vastgestelde tijden oproepen (satiatie).

Samengevat bestaat Rachman's voorstel voor de behandeling van dwanggedachten uit het gedurende enige tijd oproepen van de dwanggedachten zonder dat deze gevolgd worden door de neutraliserende activiteiten en de opluchting.

Als verkooptechniek hanteert hij het zelfcontrole-concept dat de cliënt een techniek kan leren om beter met de dwanggedachten om te gaan. De behandeling bestaat uit een zelfobservatie-periode waarin de inhoud, duur en neutraliserende activiteiten geregistreerd worden. Daarna volgt de satiatie-periode waarbij de cliënt zelf de gedachten oproept zonder ze te neutraliseren. De cliënt houdt de latentietijd (i.e. de tijd die verstrijkt voor de dwanggedachte opgeroepen is) en de tijd dat de dwanggedachte vastgehouden kan worden, bij.

3. Rachman's concept bezien vanuit de systeem- en communicatietheorie; consequenties voor een ambulante behandeling

De opname (Rachman behandelt klinisch) kan grote verschuivingen geven in het klachtenpatroon (Haayman, 1977). Vanuit een systeem-theoretisch standpunt gezien is het ronduit spijtig dat deze behandelingen klinisch hebben plaatsgevonden. Aan een mogelijk interactionele betekenis van de symptomen wordt voorbijgegaan. Het gegeven dat dwanggedachten zich afspelen buiten de waarneming van anderen wil niet zeggen dat mensen uit de nabije omgeving er niets van merken. Integendeel, het is voor de gezinsleden vaak maar al te duidelijk wanneer zich deze klachten voordoen. De cliënt vraagt de gezinsleden vaak oplossingen voor zijn problematiek. Hij probeert de dwanggedachten kwijt te raken door gezinsleden met vragen te bestoken. Daarnaast kan de betrokkene gespannen raken; hij lijkt niet meer met zijn gedachten bij de conversatie, wordt verdrietig, soms wanhopig. Deze secundaire verschijnselen kunnen net als de meer objectieve klachten (bijv. dwangrituelen) leiden tot

consequenties binnen het gezinssysteem.

Een ambulante behandeling van dwanggedachten zal zeker aandacht moeten schenken aan de mogelijke interactionele betekenis van de symptomen (vgl. Hoogduin et al., 1977).

Rachman's benadering kan aldus geïnterpreteerd worden:

Een paradoxale strategie (vgl. Haley, 1963) bestaande uit:

- Prescribing the symptom

Niet alleen tijdens de therapeutische zittingen of thuis op bepaalde tijden, maar ook de "spontane" dwanggedachten worden voorgeschreven.

- Het benevolent ordeal

In aansluiting aan de dwanggedachten zal de cliënt een nuttige, doch niet al te aangename taak uitvoeren, bijvoorbeeld uitvoerige registratie van de gedachten, het schoonmaken van het sanitair e.d.

- Het neutraliseren van de interactionele betekenis

De invloed van de dwanggedachten door vraaggedrag of door de met de dwanggedachten gepaard gaande ontredde op het systeem waarbinnen de cliënt functioneert, moet worden opgeheven. Vraaggedrag wordt door de gezinsleden beantwoord met de mededeling dat de cliënt het zelf moet uitdenken (vgl. Hoogduin et al., 1977) en de cliënt wordt naar een plaats verwezen waar dit goed mogelijk is. Eenmaal op deze plaats zal hij op de in de vorige paragraaf beschreven manier de gedachten uitdenken en registreren. Slechts op deze wijze zal de cliënt zijn dwanggedachten uitdenken.

In die gevallen waarbij de relationele betekenis niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. Vaak weet de partner niet hoe hij op de klachten van zijn partner moet reageren. Soms zijn de aan de cliënt verstrekte adviezen voor de partner niet helemaal duidelijk. Het is belangrijk dat ook hij positief staat ten opzichte van deze adviezen en de partner kan steunen en stimuleren de adviezen uit te voeren.

Bij de geïsoleerd levende cliënt kunnen de dwanggedachten tenslotte een eigen leven gaan leiden. De betekenis van de verschijnselen voor die personen waarmee de cliënt nog wel contact heeft (dominee,

huisarts, familieleden e.a.) dient te worden nagegaan.

4. De voorbeelden

4.1 Mevrouw Droste heeft sinds haar puberteit - zo'n vijftien jaar geleden - last van morbide preoccupaties. Ze heeft jaren 's nachts wakker gelegen door tobben over mogelijke ongelukken die haar familieleden zouden kunnen treffen. Daarnaast heeft ze uit die tijd een hypochondere preoccupatie overgehouden. Ze geraakt in paniek bij elke lichamelijke klacht. De gedachte dat hier sprake van een eerste verschijnsel van de "gevreesde ziekte" zou kunnen zijn, houdt haar dan dagen bezig. Wanneer zij ongelukkigerwijze getuige is geweest van agressief gedrag op de televisie, of film of van een flinke ruzie thuis, duurt het dagen voordat de herinnering aan deze beelden weer verflauwt.

Tijdens haar eerste zwangerschap heeft zij last gekregen van dwanggedachten. Zij zou niet in staat zijn een goede moeder te zijn, zij zou het kind met een schaar of mes steken, het expres laten vallen. Na de bevalling zijn deze gedachten op de achtergrond geraakt, om gedurende de tweede zwangerschap in sterkere mate terug te keren. Ook ditmaal bestaan de gedachten uit agressieve handelingen die zij haar eerste kind zou willen aandoen. Volledig uit haar evenwicht meldt zij zich aan voor behandeling.

Zij krijgt het advies dagelijks satiatie-zittingen van één kwartier uit te voeren; daarnaast zal ze iedere spontaan opkomende dwanggedachte uitdenken in al zijn verschrikkelijke consequenties en deze na afloop registreren.

De volgende zitting heeft zij nog slechts een enkele maal dwanggedachten gehad. Ze slaagt er niet goed in ze zelf op te roepen. Mevrouw Droste vertelt eerst nu van haar morbide preoccupaties. Ook voor deze wordt dezelfde procedure gevolgd, waarbij zij naast de satiatie-oefeningen de preoccupaties zal uitdenken in alle consequenties. Aansluitend verdwijnen ook deze preoccupaties naar de achtergrond.

Twee maanden na de eerste zitting wordt cliënte in het geheel niet meer gehinderd door dwanggedachten of morbide preoccupaties.

4.2 Josee tobt al vele jaren met de gedachte iets belangrijks te hebben weggegooid. Wat dit precies is, weet zij niet, maar ze probeert in gedachte de situatie te reconstrueren en vraagt haar echtgenoot tenslotte om haar gerust te stellen. Dit heeft geen oplossing gebracht. Ze is hem steeds eerder gaan vragen haar gerust te stellen, waarin hij tenslotte in het geheel niet meer slaagt.

Zij krijgt het advies wel haar vragen te stellen, maar haar echtgenoot zal haar niet meer antwoorden en haar naar haar kamer verwijzen om het zelf uit te denken en tevens haar gedachten uitvoerig uit te schrijven. Dit leidt tot een beëindiging van het vraaggedrag, maar de twijfels van Josee betreffen nu de vraag of ze het wel goed heeft opgeschreven. Na een aanvankelijke verbetering ontstaat een nieuwe crisis.

4.3 Mevrouw Evers heeft sinds enige jaren last van een "luchtledig" hoofd. 's Ochtends overvalt haar dit gevoel. De gedachte dat haar hoofd luchtledig is, brengt haar in paniek. Ze lost het probleem op door aan haar haar te trekken, een Temesta in te nemen en na enige tijd afleiding te gaan zoeken. Deze gebeurtenissen spelen zich af op het moment dat de kinderen en de echtgenoot respectievelijk naar school en het werk zijn.

Ze krijgt de volgende adviezen:

- Ze zal de Temesta 's ochtends direct na het opstaan nemen.
- Ze zal niet aan haar haar trekken.
- Ze zal geen afleiding meer zoeken.
- Daarnaast zal ze om acht uur 's avonds in gezelschap van haar man de gedachte dat haar hoofd luchtledig is, oproepen en een kwartier zien vast te houden.

De therapeut vertelt haar dat doordat zij haar eigen oplossing niet meer gebruikt, de eerste tijd de klacht mogelijk zal toenemen; de eerste uren van de dag zullen daardoor moeilijk zijn om door te komen. Onder het motto "symptoomtijd is verloren tijd" krijgt ze het advies een aantal nuttige, maar niet al te aangename taken in de huishouding uit te voeren. Deze zal ze in een vaste volgorde afwerken. Met haar wordt afgesproken dat indien er geen klussen genoeg zijn, er mogelijk een minder goed ter been zijnd familielid of buur is voor wie zij een aantal taken kan uitvoeren.

Zij krijgt ditzelfde advies wanneer 's avonds na het "oproep-oefening" de spanning mocht blijven bestaan.

5. Discussie

- De hier beschreven behandeling van dwanggedachten bestaat uit de volgende elementen:

1. Een zelfobservatie en een zelfregistratie.
2. Het op vaste tijden oproepen van de dwanggedachten en deze gedurende enige tijd volhouden (bijv. 30 minuten). De latentietijd en de tijd dat ze goed in de aandacht blijven, worden geregistreerd.
3. Het beëindigen van de neutraliserende activiteiten, d.w.z.
 - geen dwangrituelen uitvoeren;
 - geen neutraliserende gedachten gebruiken;
 - het beëindigen van de betekenis van de symptomen binnen het gezin (de gezinsleden zullen bijv. op vraaggedrag reageren met het verwijzen van de cliënt naar een time-out-situatie).
4. Bij spontaan optredende dwanggedachten wordt de cliënt verzocht er niet tegen te vechten, doch ze te beschouwen als extra oefeningen. De duur van de dwanggedachten wordt geregistreerd, de in 3 beschreven neutraliserende activiteiten worden evenmin uitgevoerd.
5. Het uitvoeren van activiteiten waartoe men niet meer komt, gebeurt in aansluiting aan het optreden van de spontane dwanggedachten of na afloop van de oproep-oefening, indien de gedachte na de oefening nog aanwezig mocht zijn.
De activiteiten geschieden in een vantevoren afgesproken volgorde.

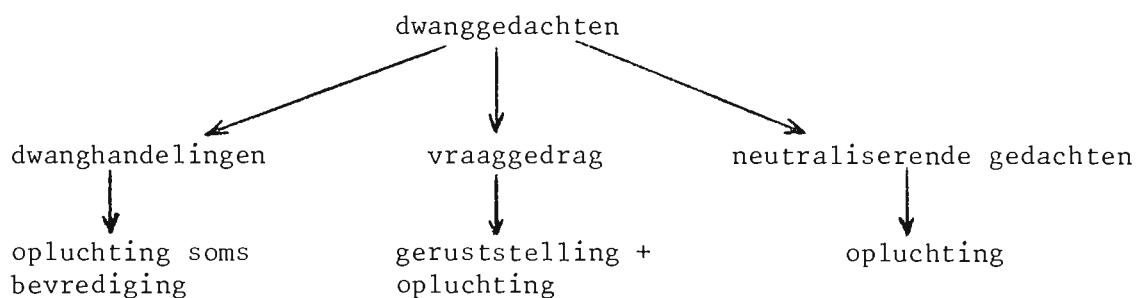
- De ambulante toepassing van de door Rachman uitgewerkte behandeling voor cliënten met dwanggedachten maakt het mogelijk de verantwoordelijkheid voor de behandeling aan de cliënt te geven.

De behandeling bestaat uit programma's die samen met de therapeut worden opgesteld, maar die tenslotte door de cliënt zelf uitgevoerd worden. Bij de zelfobservatie en de zelfregistratie spreekt dit vanzelf, maar ook het door Rachman aanbevolen oproepen van de dwanggedachten, gevolgd door het niet gebruiken van de neutraliserende activiteiten, is als een

bijzondere vorm van zelfcontrole-procedure op te vatten.

De neutraliserende activiteiten leiden op korte termijn tot een plezierig gevoel (= opluchting), doch op langere termijn geven zij narigheid (= meer dwanggedachten).

Schematisch weergegeven:



De cliënt wordt geadviseerd de keten "dwanggedachten - neutraliserende activiteit - satisfactie" te onderbreken door een stimulus-respons-interventie uit te voeren. Door dingen te doen die de kans dat de neutraliserende activiteiten optreden kleiner maakt, kan hij het succes van de S.R.-interventie vergroten. Ook bij deze activiteiten geldt een voorkeur voor nuttige, maar op den duur minder aangename taken. Vooral zaken waar hij ten gevolge van zijn klachten niet meer aan toekomt en waarvan de zin vaststaat, komen in aanmerking. Het verbeteren van de lichamelijke conditie, het schoonhouden van het huis, het leggen van contacten, het helpen van de medemens, de verrichting van godsdienstige oefeningen en ontspanningsoefeningen, zijn hier voorbeelden van. Belangrijk is zich te realiseren dat de activiteiten gebruikt als S.R.-interventie voor de cliënt de betekenis kunnen krijgen van een neutraliserende activiteit.

Wanneer Josee (2e voorbeeld) na de crisis het advies krijgt te gaan tekenen op haar kamer in aansluiting aan het hebben van dwanggedachten, treedt er in aanvang een daling op van de dwanggedachten. Na enige tijd neemt het dwangdenken weer toe en wordt er ook een toename gezien van het tekenen. Het tekenen krijgt een "neutraliserende" betekenis en moet afgemaakt worden, waarna ze zich voldaan voelt.

De kans dat deze complicatie optreedt, kan klein gemaakt worden door meerdere activiteiten bij de S.R.-interventie te gebruiken. Lichamelijke inspanning, huishoudelijke activiteiten (cave huishouddwang), sociale

contacten leggen en het verzorgen van goede maaltijden worden bijvoorbeeld in een vantevoren vastgestelde volgorde uitgevoerd: dus na de eerste dwanggedachte de lichamelijke inspanning, na de tweede het huishouden, etc.

Het gebruik van de nuttige activiteiten heeft het voordeel dat wanneer de dwang afneemt er al een nieuw gedragsrepertoire gevormd is.

Bovendien is het mogelijk dat door de uitbreiding van de sociale contacten en een betere zelfverzorging, veranderingen in het leven van de cliënt optreden. Het zelfbeeld van de cliënt (vaak een angstige, zich slecht verzorgende, piekerende, vaak geïsoleerd levende mens) wordt door het krijgen van een goede lichamelijke conditie, het zich verzorgen, contact krijgen e.d. in positieve zin veranderd.

De activiteiten uitgevoerd bij de S.R.-interventie zijn ook op te vatten als een positieve zelfbestraffing op het hebben van dwanggedachten. Onder positieve zelfbestraffing (vgl. Mahoney & Thoresen, 1973) moet verstaan worden het zelf verwijderen van vrij tot de beschikking staande reinforcers, nadat een specifieke ongewenste respons is opgetreden, bijvoorbeeld het verscheuren van een tientje na iedere ongewenste eetaanval. Response-cost en time-out zijn bijzondere vormen van deze positieve bestraffing en vergelijkbaar met de uitvoering van de zo nuttige, maar inspanning kostende activiteit. Hier worden positieve bekrachtigers als gezelschap, de luie stoel, t.v. kijken, warm bij de open haard zitten, vrijwillig opgegeven voor overeengekomen activiteiten.

De onaangename kant van de nuttige activiteiten kan tenslotte zo belangrijk zijn dat er gesproken moet worden van negatieve zelfbestraffing (vergelijk een halve kilometer tijgeren op bevel van de korporaal omdat er een knoop aan het uniform ontbreekt: deze oefening is goed voor het lichaam, maakt je een meer geoefend soldaat, maar niemand zal deze nuttige aspecten voor ogen hebben: de zware lichamelijke inspanning wordt simpel als een zware straf beleefd). Zo kan ook een veertig kilometerlange fietstocht consequent in aansluiting aan dwangdenken uitgevoerd, de eerste tijd nog als een positieve zelfbestraffing gezien worden - het nuttige overweegt -, maar wanneer op die regenachtige dag voor de derde maal het "karretje" gepakt moet worden, overweegt toch het onaangename (= het negatieve zelfbestraffingsaspect). Misschien is het beter te spreken van zelf-

- bestrafing (zonder verdere aanduidingen) in de zin van Azrin en Holz (in: Kanfer & Philips, 1970), i.e. een gedragsconsequentie die de waarschijnlijkheid van het optreden van dit gedrag in de toekomst vermindert.
- De methode waarbij alleen straffen met een aversieve component gebruikt wordt, past in het geheel niet in de sfeer van de behandeling. De positieve permissieve welwillende houding van de therapeut is moeilijk te rijmen met het advies om de cliënt zich een electro-shock te laten geven contingent aan het hebben van dwanggedachten. Ruben en Merbaum (1971) onderbreken de keten dwanggedachte - dwanghandeling - satisfactie door de cliënt zelf een drempel in te laten bouwen: hij moet "een kaartje kopen" voor het uitvoeren van de dwanghandeling, bijvoorbeeld voordat hij zijn handen wast. Dit kaartje kan hij krijgen door zichzelf een electro-shock toe te dienen. Het is moeilijk cliënten te motiveren zichzelf de zinloze en vervelende electro-shocks toe te dienen. Hoewel de welwillende houding "ga maar door met je gedrag, maar voordat je het doet, moet je een onaangename taak doen" van Ruben et al. (1971) geheel in het verlengstuk ligt van de houding beschreven door Haley en Erickson (1963), zal de enige verkooptechniek van de electro-shock toch zijn: "doe het maar dan gaat het over". Bij het aanbieden van de nuttige, maar niet al te aangename taken kan een voor de cliënt toch meer aansprekende motiveringstechniek gehanteerd worden, namelijk: "In het verleden waren er symptomen en kwam je niet meer tot bepaalde activiteiten; nu zal je ook veel last van symptomen hebben en daardoor tot veel komen of weinig last van dwangverschijnselen hebben". De gedachte van Ruben et al. om de cliënt na het uitvoeren van de S.R.-interventie zijn neutraliserende activiteiten te laten uitvoeren, verdient gezien vanuit de systeem- en communicatietheorie de aandacht. Door niet een absolute respons preventie na te streven - Rachman en ook Haayman (1977) houden zelfs de cliënt metterdaad van zijn rituelen af -, maar een meer welwillende tolerante houding aan te nemen, is de S.R.-interventie met de bestraffingselementen op te vatten binnen de drie therapeutische paradoxen zoals deze door Haley zijn geformuleerd, namelijk: het "benevolent ordeal".
 - In de vorige paragraaf is al enige aandacht geschonken aan het motiveren van de cliënt om het overeengekomen programma uit te voeren.

Rachman (1976) motiveert zijn cliënten als volgt:

"Binnen de kliniek zullen wij proberen u een nieuwe techniek te leren om beter om te gaan met de dwanggedachten. Wanneer u weer thuis bent, heeft u deze vaardigheid geleerd en kunt u ze tegen eventuele dwanggedachten gebruiken".

Hoewel Rachman een gedragstherapeut is, is deze verkooptechniek gezien vanuit de systeem- en communicatietheorie interessant. Op deze manier benadert Rachman zijn cliënten met de therapeutische paradox: de mensen komen voor een behandeling; hij zegt hen: "Ik leer u een manier om beter met die gedachten om te gaan". Impliciet dus: "Ik behandel u niet, ik leer u een techniek die eenmaal goed toegepast, kan helpen". Dit alles binnen de context van een opname in een behandelingsinstituut dat natuurlijk behandelt.

Deze verkooptechniek is geheel consistent aan zijn daarop volgende satiatie-procedure, opnieuw vanuit een systeem-communicatief standpunt gezien.

- Rachman (1973) onderscheidt morbide preoccupaties en dwanggedachten (zie eerder). Met betrekking tot de behandeling is het vaag of dit onderscheid zinvol is. Ook de cliënt met de morbide preoccupaties heeft een aantal activiteiten consequent aan zijn piekeren die geruststelling of opluchting geven. In ieder geval lijken er overgangen te bestaan tussen beide. Het volgende voorbeeld illustreert dit:

- Jolanda, een Z-verpleegkundige, voelt zich al jaren ongelukkig. Ze voelt zich in haar werk (ze is in de W.A.O.), in haar relaties (reeds tweemaal werd een verloving door de partner verbroken) mislukt. Ze brengt grote delen van de dag door met tobben over hoe het toch fout is gegaan, analyseert haar rol daarin. Op de vraag hoe ze uit deze sombere uren van tobben en piekeren komt, meldt ze vrij vlot dat ze twee mogelijkheden tot haar beschikking heeft. De eerste die ze al een aantal jaren dagelijks gebruikt, is het drinken van grote hoeveelheden alcohol; de tweede manier is het zich laten wegzinken in een door haar als aangenaam beleefd gevoel van zelfmedelijden. Hierbij geeft ze haar ouders en de rest van de wereld de schuld van haar huidige problemen.

Een therapeutische strategie zoals beschreven in het voorafgaande lijkt hier ook toepasbaar. Als neutraliserende activiteiten zijn de alcoholconsumptie en de gedachten die haar van verantwoordelijkheid rond haar eigen gedrag vrijpleiten, te noemen.

Bij de cliënte uit het eerste voorbeeld zijn deze morbide preoccupaties met succes op dezelfde wijze aangepakt. Nader onderzoek naar de effecten van deze strategie bij de behandeling van morbide preoccupaties, als noodlotsverwachting, schuldgevoelens, hypochondrie e.a. is gewenst.

6. Slot

Bij veel dwangproblematiek spelen de drie genoemde (neutraliserende) activiteiten een rol: dwangrituelen, dwangmatig vraaggedrag en neutraliserende activiteiten.

Zich beperken bij de behandeling tot een van deze drie activiteiten lijkt onverstandig zelfs vanuit een puur leertheoretisch model gereedeneerd.

Bij een tweejaars-follow-up van de cliënten met dwangverschijnselen die door Rachman e.a. behandeld zijn (zie Marks, Hodgson & Rachman, 1975) wordt gesteld dat in een aantal gevallen het inschakelen van de familie noodzakelijk is gebleken. Eerst op die momenten werd er aandacht gegeven aan het dwangmatig vraaggedrag (vgl. ook Stern & Marks, 1973).

Een ambulante aanpak die naast de aandacht voor de neutraliserende gedachten en eventuele dwangrituelen direct de gezinsleden bij de behandeling betreft (vanzelfsprekend wanneer geopereerd wordt vanuit een systeem- en communicatietheoretisch kader), is ook gezien vanuit een leertheoretisch model een noodzaak.

Mogelijk dat toch al goede resultaten van Rachman - 14 van de 20 cliënten is hersteld of aanzienlijk verbeterd - nog verbeterd kunnen worden.

Referenties

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

Dowson, J.H. (1977) The Phenomenology of Severe Obsessive-
Compulsive Neurosis,
Brit. J. Psychiat. 131, 75 - 78

Dijck, R. Van (1980) Het gebruik van humor en overdrijving,
in: K. van der Velden (red.),
Directieve Therapie II
Van Loghum Slaterus, Deventer

Gerz, H.O. (1966) Experience with the Logotherapeutic Technique
of Paradoxical Intention,
Am. J. Psychiat. 123 (5), 548 - 553

Haayman, W.P. (1977) Dwangtherapeutische ervaringen bij 25
patienten,
Krips Repro, Meppel

Hackmann, A. & C. McLean (1975)
A Comparison of Flooding and Thought Stopping
in the Treatment of Obsessional Neurosis,
Behav. Res. & Ther. 13, 263 - 269

Haley, J. (1963) Strategies of Psychotherapy,
Grune & Stratton, New York

Hay, W.M., L.R. Hay & R.O. Nelson (1970)
The Adoption of Covert Modelling Procedures
to the Treatment of Chronic Alcoholism and
Obsessive-Compulsive Behavior: Two Case Reports,
Behav. Ther. 70 - 76

Hoogduin, C.A.L. (1980) Zelfcontrole en dwang,
Ter perse

- Hoogduin, C.A.L., O. v.d. Hart, R. Van Dijck, L. Joele & K. v.d. Velden (1977) De interactionele behandeling van dwangmatig controleren, in: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie II, Van Loghum Slaterus, Deventer
- Kanfer, F.H. & J.S. Philips (1970) Learning Foundations of Behavior Therapy (blz. 328), Wiley & Sons, New York
- Lambley, P. (1974) Differential Effects of Psychotherapy and Behavioural Techniques in a Case of Acute Obsessive Compulsive Disorder, Brit. J. Psychiat. 125, 181 - 183
- Mahoney, M.J. (1971) The Self-Management of Covert Behavior: a Case Study, Behav. Ther. 2, 575 - 578
- Marks, I.M., R.J. Hodgson & S. Rachman (1975) Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis by In Vivo Exposure: a Two-year Follow-up and Issues in Treatment, Brit. J. Psychiat. 127, 349 - 364
- Rachman, S. (1971) Obsessional Ruminations, Behav. Res. & Ther. 9, 229 - 235
- Rachman, S. (1973) Some Similarities and Differences between Obsessional Ruminations and Morbid Preoccupations, Can. Psychiat. Ass. J. 18, 71 - 74
- Rachman, S. (1974) Primary Obsessional Slowness, Behav. Res. & Ther. 12, 9 - 18

- Rachman, S. (1976) Obsessional Compulsive Checking,
Behav. Res. & Ther. 14, 269 - 277
- Rachman, S. & P. da Silva (1978)
Abnormal and Normal Obsessions,
Behav. Res. & Ther. 16, 233 - 248
- Rachman, S., P. da Silva & G. Röper (1976)
The Spontaneous Delay of Compulsive Urger,
Behav. Res. & Ther. 14, 445 - 453
- Röper, G., S. Rachman & R. Hodgson (1973)
An Experiment on Obsessional Checking,
Behav. Res. & Ther. 11, 271 - 277
- Rubin, R.D. & M. Merbaum (1971)
Self-imposed Punishment versus Desensitisation,
in: R.D. Rubin, H. Fensterheim, A.A. Lazarus
& C.M. Fronks,
Advances in Behavior Therapy
(blz. 85 - 91),
Academic Press, New York
- Solyom, L., J. Garz-Perez, B. Lervidge & C. Solyom (1972)
Paradoxical Intention in the Treatment of
Obsessive Thoughts: a Pilot Study,
Comprehensive Psychiat. 13, 291 - 297
- Stern, R. (1975) Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder
by Thought Stopping Technieques,
Psychother., Psychosom. 25, 83 - 87
- Stern, S. & J.M. Marks (1973) Contract Therapy in Obsessive-Compulsive
Neurosis with Marital Discord,
Brit. J. Psychiat. 123, 681 - 684

49

d. n. oudshoorn	
SVII	9
slingelandseweg 52 giessenburg	

1. Inleiding

De geslaagde behandeling van een patiënt met dwangverschijnselen is een bron van voldoening, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de therapeut. Soms uit deze voldoening zich in de behoefte het verloop van de behandeling op te schrijven, en vervolgens kan zelfs de behoefte ontstaan het geschrevene te doen typen en als artikel in te zenden. Is het eenmaal zover gekomen, dan staat de inmiddels auteur geworden therapeut voor de vraag hoe hij in zijn Inleiding nu het doel van de gevalbeschrijving zal aanduiden. Zal hij zeggen dat hij in deze behandeling een leerzame variant op Arndt of op Rochman of op Hoogduin werd toegepast? Zal hij zeggen dat in deze behandeling op instructieve wijze de door Van Dijck beschreven humoristische benadering met gunstige gevolgen kon worden toegepast? Of kan hij rondweg zeggen dat hij trots is op het behandelingsresultaat en erop hoopt dat de lezers nog weer nadere argumenten voor deze trots zullen verschaffen?

Hoe dit zij, deze bijdrage handelt over de behandeling van een 63-jarige vrouw met hardnekkige dwangklachten. In haar behandeling werden uiteenlopende interventies toegepast, die stuk voor stuk een aardig resultaat gaven. Wellicht bevat de beschrijving interessante aspecten, en mogelijk leent zij zich zelfs voor bewerking tot een casuïstische mededeling in Dth.

2. De behandeling van mevrouw Polanski

2.1. Aanmelding en taxatie

Mevrouw Polanski, een 63-jarige weduwe, wordt verwezen door de huisarts. Uit de door haar uitvoerig ingevulde Vragenlijst bij aanmelding blijkt o.m. het volgende.

- Zij heeft de angst "gek" te worden en in die toestand iemand die haar zeer nastaat zal vermoorden. Het piekeren over deze mogelijkheid neemt "hele dagen" in beslag en maakt haar moedeloos. Geruststellende of bagatelliseerde reacties hebben slechts tot nieuwe twijfels geleid.

- Mevrouw heeft al geruime tijd last van de dwangverschijnselen.

Toen ze een jaar of acht was meende ze door een bepaalde wijze op een stoel te gaan zitten te kunnen voorkomen dat haar ouders ruzie zouden krijgen.

Op haar veertiende ontwikkelden zich uitgebreide dwanggedachten en -twijfels over gek worden. Zij werd "sexueel gebruikt" door een neef. Deze neef gebruikte condooms. Een vriend van die neef werd plotseling "gek" (een paranoïd-hallucinatoir beeld, zo lijkt het), en patiënte dacht nu dat de condooms afkomstig konden zijn van die vriend en dat zij dus ook gek zou kunnen worden.

In de oorlog vertelde zij over deze gebeurtenissen aan haar moeder, en ze merkte toen dat ze hierbij steeds meer details en finesses van de relatie met de neef uit de doeken moest doen. Zou ze dat niet doen, dan ging ze naar de hel.

Op haar 35ste raadpleegt ze een zenuwarts om te weten te komen of het, i.v.m. haar klachten verantwoord zou zijn om te trouwen.

Deze zag geen bezwaar, mevrouw trouwde, en tijdens haar huwelijk, dat elf jaar zou duren, had ze slechts sporadisch last. "Mijn huwelijk was bijzonder goed", schrijft ze. Het risico van een mogelijk recidief weerhield het paar ervan gezinsuitbreiding na te streven.

Na de dood van haar man, in 1959, was patiënte enige tijd "over-spannen". De huisarts schreef Luminal voor en dat gedurende zeven jaar. Toen stopte patiënte er abrupt mee. Kort daarop kreeg ze hevige last van dwanggedachten: "Stel je voor dat ik die-en-die in-eens vermoord". Om dit onheil af te wenden, liet ze de betrokken (geliefde) personen, die overigens nergens van wisten, bepaalde zinnen herhalen. (Patiënte bereikte dit door te suggereren dat ze niet goed kon horen.) Op den duur hielp dit middel niet meer (patiënte sliep en at amper meer) en wendde ze zich tot een zenuwarts.

Die sprak met haar over het geloof, wat niet hielp, en dus wendde ze zich weer tot de huisarts (die overigens nergens van wist) die ditmaal Valium voorschreef. Dit hielp bijzonder goed, reden waarom patiënte dit middel weer negen jaar achtereen gebruikte. Op initiatief van een nieuwe huisarts werd het medicatiegebruik op zekere dag tamelijk abrupt afgebouwd. Aansluitend deden zich moeilijkheden voor op het werk en werd haar woning door een invasie

van oorzaken getroffen. Deze gebeurtenis bracht patiënte in verband met een invasie van ongedierte vroeger bij haar moeder thuis, waarna moeder in een soort uitzonderingstoestand terecht kwam en een onschuldig persoon te lijf wilde. Zo ontstaat opnieuw de vrees gek te worden en iemand om zeep te helpen. Het piekeren hierover loopt in zes weken geheel uit de hand. Zij wil weer Valium van de huisarts, maar deze schrijft haar, enigszins onwillig, diazepam voor en verwijst.

Uit patiënte's relaas, dat hier zeer bekort werd weergegeven, blijkt dat zij meent zonder Valium onverwijld ernstige klachten te ontwikkelen. Dat deze gedachte niet helemaal rationeel is blijkt uit het feit dat zij absoluut geen vertrouwen stelt in diazepam, wat toch de stofnaam is van Valium - maar dat weet patiënte niet.

Bij de intake zien we een vermoeide vrouw, verstrikt in een onontwarbare reeks dwanggedachten, bij wie zich bovendien nog een (vitaal-) depressief beeld heeft ontwikkeld. Zij heeft geen belangstelling meer voor de aardige dingen in het leven, voelt zich eenzaam en geeft aan bij voorkeur op korte termijn te willen overlijden.

2.2. Behandeling

De behandeling van mevrouw Polanski zal twaalf zittingen en ongeveer een tiental telefonische consulten in beslag nemen.

Hieronder worden de belangrijkste overwegingen van de therapeut, zijn interventies en haar reacties daarop beschreven en besproken.

Zitting 1

De therapeut begint ermee mevrouw Polanski gerust te stellen: "Dwangneurotische mensen denken inderdaad dat zij anderen kwaad zouden kunnen doen, maar gelukkig doen zij dat nooit". Deze eenvoudige interventie, ontleend aan Brownsbergen (1969), heeft meestal wel een heilzaam-kalmerend effect, maar lost het probleem natuurlijk niet op, en kan, zelfs weer tot nieuwe ruminaties leiden, wat we hieronder gedemonstreerd zullen zien. Maar goed, als steunende interventie heeft hij voor het moment wel enig effect.

Vervolgens verzoekt de therapeut haar haar klachten de komende veertien dagen uitgebreid te registreren.

4 52

Ten slotte spreekt hij met mevrouw af dat hij met de huisarts zal overleggen over een adequate antidepressieve medicatie. Dat wordt Tryptizol.

Zitting 2

Mevrouw Polanski brengt een grote hoeveelheid registratiemateriaal mee, waaruit blijkt dat de steunende interventie aanleiding heeft gegeven tot uitgebreide twijfels over de juistheid ervan. Is zij wel dwangneurotisch?, is zij niet schizofreen, parafreen? Ze heeft kranteknipsels bij zich over diagnostische vergissingen, ogenschijnlijk goedaardige mensen die eensklaps hun partner om zeep helpen, "genezen verklaarde" psychiatrische patiënten, die in een vlaag van waanzin vreedzame gezinnen uitroeien e.d.

Naast deze aan de competentie van de therapeut gerelateerde twijfels, bevat het registratiemateriaal tal van dwangmatige overwegingen n.a.v. toevallige ontmoetingen, gebeurtenissen en invallen.

Een exacte indruk van de precieze duur van de klachten per dag kan uit het materiaal niet worden verkregen; "practisch de gehele dag", vult patiënte in, maar dat biedt alleen een subjectieve indruk.

Omdat de vitale klachten er nog steeds zijn (met name dagschommeling en doorslaapstoornissen), wordt met een therapeutische interventie gewacht tot de Tryptizol zijn heilzaam werk heeft gedaan.

Mevrouw gaat wel door met registreren. Er wordt een afspraak voor over een week gemaakt.

Zitting 3

De slaapstoornis is opgeheven, maar de depressiviteit is er onverminderd. Hetzelfde geldt voor het rumineren. De therapeut aarzelt: zal hij met een therapeutische interventie komen of nog even op de Tryptizol wachten? De moeilijkheid is dat hij van plan is mevrouw dagelijks gedurende lange tijd op het toilet te laten dwangdenken en schrijven, maar dat kan in eerste instantie de wanhoop en de depressiviteit vergroten. Behalve opmerkingen over patiënten die "hetzelfde

5 53

of nog zwaardere klachten" hadden en desondanks opknaptten, weet hij geen antidepressieve of opbeurende uitspraken te bedenken. Hij besluit met zijn interventie nog wat af te wachten.

Zitting 4

Veertien dagen later rapporteert mevrouw een zekere verbetering van stemming, die zij ogenblikkelijk benut heeft door naar de diergaarde en kennissen te gaan en zich op te geven voor vrijwilligerswerk. Als ze afgeleid is, heeft ze minder last. De therapeut noteert op het zittingsverslag: "Hoogduin Te veel en te weinig dus niet van toepassing".

Het dwangdenken gaat, als ze alleen is, echter onverminderd voort en omvat alle mogelijke twijfels, maar heel speciaal wordt de diagnostische competentie van de therapeut in twijfel getrokken.

Deze raadt haar het volgende aan:

1. Neem zelf kennis van de relevante psychiatrische lectuur, en
2. Ga zeven kwartier per dag achtereen op het toilet je dwangdenken noteren.

Advies 1 is niet nodig. Mevrouw put haar psychiatrische kennis uit de medische W.P. en vergelijkt wat huisarts en therapeut zeggen al tot in details met wat de W.P. ervan vindt. (Vaak stuit ze op inconsistenties, maar dat komt doordat zij onder het hoofd parafrenie verifieert wat wij m.b.t. dwangneurosen aan kennis naar voren brengen).

Advies 2 wordt op de bekende wijze verkocht: "U vecht de hele dag tegen deze gedachten, U neemt er niet rustig de tijd voor. Wanneer U nu zeven kwartier per dag de tijd neemt om alles eens goed uit te denken ontstaat op den duur de mogelijkheid dat U buiten die zeven kwartier minder behoefte zult hebben aan deze gedachten".

Overigens wordt mevrouw uitgelegd dat die zeven kwartier arbitrair zijn gekozen. 't kan zijn dat 't te weinig is, en als dat blijkt komen er een paar kwartier bij.

De ratio van mevrouw naar het toilet te sturen was tweeledig: ten eerste is de w.c. niet een gezellige ruimte, bovendien is het er moeilijk schrijven, en het ligt nogal voor de hand om aan het optreden van een symptoom, ook als dat wordt voorgeschreven, een onaangename consequentie te verbinden; ten tweede fantaseerde de therapeut

dat mevrouws karakterstructuur en het toilet bij elkaar een fraaie Gestalt zouden vormen, maar een ratio is dat natuurlijk eigenlijk niet.

Mevrouw Polanski gaat overigens zonder bezwaren met het advies akkoord. Ze zal de therapeut via de telefoon haar bevindingen rapporteren.

Telefonische consulten

Ongeveer wekelijks wordt de therapeut van de stand van zaken op de hoogte gehouden. Hoewel zij aangeeft dat ze "Die vent is zelf gek" gedacht heeft toen ze het advies hoorde heeft ze het trouw opgevolgd. De tijden dat ze niet verplicht hoeft te piekeren besteedt ze aan tal van activiteiten, en wordt ze door een beginnende dwanggedachte geplagd, dan denkt ze: "O, dat denk ik op de wc wel uit", waarna de gedachte verdwijnt.

In drie maanden wordt de tijd die ze op het toilet doorbrengt gaandeweg teruggebracht.

Zitting 6

Dagelijks vertoeft mevrouw nu drie kwartier op het toilet om haar gedachtegang uit te spinnen en te noteren.

Ze eet en slaapt goed en ziet uit naar de vakantie. Ze twijfelt eraan of ze ooit van het dwangdenken zal afkomen, maar ze besluit dit verder maar af te wachten.

Zitting 7

Bij deze zitting, vijf weken later, duurt het verplichte dwangdenken 30 minuten per dag. Daarbuiten heeft ze geen last. Mevrouw komt tot de conclusie dat haar grote punt is dat ze "geen vertrouwen" heeft. Hoewel ze de therapeut erkentelijk is voor zijn adviezen kan ze toch niet aannemen dat zijn bij de eerste zitting gegeven geruststelling juist is. "Het is misschien ondeugend, maar ik denk steeds: 'Ach, wat weet hij ervan, hij kan zich toch ook vergissen', en dan twijfel ik toch of ik niet toch gek zal worden".

De therapeut informeert of geruststelling door een meer competente collega mogelijk zoden aan de dijk zou kunnen zetten, maar voor hij

7 55

uitgesproken is zegt mevrouw lachend: "Nee, niemand kan mij geruststellen". Beiden komen tot de conclusie dat mevrouw dus aan "eigenwijsheid" lijdt.

Aansluitend vraagt de therapeut mevrouw zich het Feyenoordstadion voor te stellen, tot aan de nok gevuld met alle deskundigen ter wereld, 60.000 in totaal, van alle leeftijden, huidskleuren en nationaliteiten. Hoogleraren uit Haïti, psychiaters uit Honolulu, arts-assistenten uit Japan, Europa etc.

Midden op het grasveld staat mevrouw Polanski en één voor één roept zij de stadionbezoekers bij zich. Ze legt hun haar klachten uitvoerig voor en vraagt hun ten slotte of het mogelijk is dat zij ineens gek zal kunnen worden en een misdaad plegen. Zegt de ondervraagde: "Nee, dat is niet mogelijk", dan roept mevrouw Polanski luid: "Gezakt!"

En zo zakken ze allemaal, de oude en de jonge psychiaters, de mannen en de vrouwen, de negers en de chinezen, en teneergeslagen verlaten zij het stadion dat intussen weer wordt aangevuld met nog optimistische pas afgestudeerden uit alle werelddelen.

Mevrouw is uiterst geamuseerd door dit beeld en vindt het een uitstekend idee het denken op het toilet met deze voorstelling te beëindigen.

Bij deze zitting wordt ook besloten de Tryptizolmedicatie te beëindigen en te vervangen door het vertrouwde Valium.

Zitting 8, 9 en 10

Mevrouw gaat verder vooruit en bij zitting 10 verblijft ze nog 13 minuten op het toilet, Soms is ze niet in de gelegenheid de opdracht uit te voeren (bijv. bij logeerpartijen), maar dan denkt ze: "Dat komt over drie dagen wel".

Steeds vaker voelt ze enige verveling op de wc en ongemerkt dwalen haar gedachten af. Ze vertelt dat de inhoud van haar dwangdenken verandert. De vrees om gek te worden is verdwenen, maar ze denkt dan bijv.: "Ik moet de therapeut zeggen dat ik contactlenzen heb", maar wanneer ze dat gezegd heeft heeft ze meteen spijt dat ze aan de dwang heeft toegegeven. De therapeut adviseert haar om inderdaad dit soort onschuldige gedachten te kiezen om over te piekeren.

Bij de tiende zitting heeft ze naar haar zeggen een uiterst onbenullige dwanggedachte gekozen, maar ze wil 'm niet vertellen, al laat

ze wel los dat-ie betrekking heeft op de therapeut.

Overigens kan ze niet nalaten de therapeut regelmatig te diskwalificeren ("Toen ik weg was bij U dacht ik: Nou, die is idioot, hoe kan je nou zo'n gedachte kiezen"), maar dat geeft bij beiden vnl. aanleiding tot hilariteit.

Ten slotte geeft mevrouw aan dat ze steeds vaker haar medicatie "vergeet" in te nemen.

De therapeut vergeet z'n wc-opdracht opnieuw te geven. Hij deed dit per ongeluk, maar als hij 't expres gedaan had had hij een reden gehad om trots te zijn.

Zitting 11

Het feit dat de therapeut vergeten was het dwangdenken voor te schrijven heeft mevrouw Polanski tot het besluit gebracht er helemaal mee te stoppen. Zou ze toch klachten krijgen, dan zou ze dat de therapeut kunnen verwijten: die had haar er immers aan moeten herinneren. Zou ze geen klachten krijgen, dan was ze meteen van dat op die koude wc zitten af. Ze heeft geen klachten gekregen.

Ze denkt nu ongeveer eenmaal per week aan een klein, onschuldig piekerprobleempje.

Rest de medicatie. Hierboven werd al uiteengezet dat mevrouw Polanski het idee heeft niet te kunnen functioneren zonder Valium: steeds wanneer haar de medicatie werd afgepakt kwamen immers de oude klachten terug. Ze gebruikt nu maximaal 3 x 2½ mgr Valium per dag.

Even overweegt de therapeut deze dosering geleidelijk te minderen, maar dan realiseert hij zich dat dat ongetwijfeld tot een toeneming van spanning zal leiden. Hij legt mevrouw Polanski uit wat zijn dilemma is en vraagt haar raad. Na enig nadenken komen beiden tot de conclusie dat het, gegeven mevrouws eigenwijsheid, het verstandigst is wanneer de therapeut het Valiumgebruik stringent voorschrijft.

Daar moet ze erg om lachen, en in een opgewekte stemming kan een afspraak voor een follow-upgesprek voor over drie maanden worden gemaakt.

3. Discussie

- 1. Mensen met "dwangimpulsen" van agressieve aard vragen om een geruststelling door de therapeut. Kuiper (1967) behandelt dit probleem als volgt: "De verpleegster op de kraamafdeling, die geen

8 57

mes kan zien zonder te denken: 'Ik moet een baby de hals afsnijden', zal dit als regel niet doen, maar het gebeurt wèl eens. Men zal hier de risico's nauwkeurig moeten bepalen (...)" . Helaas vermeldt hij niet hoe deze risico's bepaald moeten worden. Tot nader order lijkt het juist om uit te gaan van Brownsberger (1969): "Powerful reassurance (even to the point of the therapist giving his 'personal guarantee' from danger of temptation) may work for hour or days".

2. De twijfel die bij de patiënt rijst na de Brownsberger-interventie illustreert in zekeren zin Wolbergs (1967) uitspraak: "The obsessional is an expert in 'one-upmanship'". In plaats van hierover een strijd te beginnen kan de patiënt evt. een soort overdrijvingsprocedure als hierboven beschreven werd aangeboden worden. De eigenwijsheid wordt zo benut zonder dat de relatie met de patiënt eronder lijdt.
3. Het gedrag van de patiënt in de aangeboden overdrijvingsscène vertoont enige overeenkomst met het gedrag van de Koningin in Het verhaal van de soepschildpad uit Alice in Wonderland (Caroll, 1966), waaruit ik voor de aardigheid een fragment vermeld:

"De andere gasten hadden gebruik gemaakt van de afwezigheid van de Koningin en lagen in de schaduw wat te rusten. Maar toen zij haar aan zagen komen, holden ze allen terug naar het spel. De koningin zei enkel, dat één ogenblik uitstel hun het leven zou kosten. Terwijl zij aan het spelen waren, hield de Koningin niet op om ruzie te maken met andere spelers en te roepen "Zijn hoofd eraf!" of "Haar hoofd eraf!" De veroordeelden werden bewaakt door de soldaten, die dan niet meer voor poortje konden dienen, zodat er na een halfuur niet één poortje meer over was en alle spelers behalve de Koning, de Koningin en Alice gevangen waren genomen en ter dood veroordeeld".

Ook hardnekkige dwangdenkers zullen zich over deze Koningin kunnen verbazen.
4. Het lijkt verstandig om het beëindigen van het medicatiegebruik aan de patiënt over te laten. Ten eerste bevestigt dat zijn one-upman-

ship, ten tweede voorkomt het een toeneming van spanning en een verhoogde kans op recidief. Of het voorschrijven van het medicatiegebruik een beter resultaat geeft (bijv. wanneer de patiënt het als een paradox opvat en de medicatie laat staan om daarmee zijn one-upmanship te bewijzen) moet nog even worden afgewacht.

5. De beschreven benadering is verwant aan de door Hoogduin et al. (1977) beschreven interactionele behandeling van dwangmatig controleren. Die interactionele context is blijkens het hier gegeven voorbeeld kennelijk niet steeds noodzakelijk. De benadering is daarentegen niet verwant aan de aanpak die Hoogduin (1980) voor alleenstaande patiënten met dwangproblemen aanbeveelt. Overigens werd die benadering door mij juist wel met succes toegepast bij een patiënt die in gezinsverband leefde.

Referenties

Brownsbergen, C.N. (1969): Obsessive-Compulsive Neurosis.

In P.Solomon & V.D.Patch (red): Handbook of Psychiatry.

Lange Medical Publications, Los Altos, California.

Caroll, L. (1966): De avonturen van Alice in Wonderland en Spiegel-land. Vertaling: C.Reedijk en A. Koosmann. Ad.Donker, Rotterdam.

Hoogduin, K., O.van der Hart, R.van Dijck, L.Joek & K.van der Velden (1977): De interactionele behandeling van dwangmatig controleren.

In: K.van der Velden (red.): Directieve Therapie I. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hoogduin, K. (1980): Zelfcontrole en dwang. TDT 7 (1), 35-53.

Kuiper, P.C. (1967): Neurosenleer. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Wolberg, L.R. (1967): The Technique of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York.

Bestelkaart

Ondergetekende : lid nr.:

wonende :

te : Geb. datum

Hij/zij is reeds.* Hij/zij wenst te worden ingeschreven als lid van de Lezerskring van het Historisch Centrum Nederland.

Hij/zij verzoekt tegen Stichtingsprijs de volgende uitgaven te leveren:

.....
.....
.....
.....
.....

Hij/zij wenst te betalen: *a) ineens het totale bedrag van f *b) van heden af iedere maand een bedrag van f tot het gehele bedrag is voldaan.

Deze betalingen zullen geschieden: per giro / per bankoverschrijving. Gaarne toezending: stortingsformulieren/machtiging autom. giro.

*s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.

Handtekening voor bestelling:

.....

Kan
ongefrankeerd
verzonden
worden



Gevestigd in

Historisch Centrum Nederland

Kleine Houtstraat 70, Telefoon 023 - 32 10 69
2011 DR Haarlem

**STICHTING
HISTORISCH CENTRUM NEDERLAND**

ANTWOORDNUMMER 333

2000 WC HAARLEM

EEN "SLAAP" ADVIES ZONDER POSITIEVE GEVOLGEN

Alfred Lange

1. Inleiding

In deze tijden van roem en succes - ik meen dat Directieve Therapie II aardig wordt ontvangen - past misschien weer een bescheiden noot, in de vorm van een mislukking. Gelukkig geen totaal mislukte therapie. Dat zou het zelfbeeld van de auteur (Lange, 2002) teveel aantasten en bovendien weer een uitvoerige tijdrovende analyse vergen.

Nee, het gaat hier om slechts drie zittingen waarin de focus lag op de slaapproblemen van een 35-jarige gehuwde vrouw. Toepassing van de bekende variant van het Erickson-advies (Lange, 1977) had deze keer geen succes. Met opzet schrijf ik 'deze keer', aangezien dit - voor zover mij bekend - een van de (weinige) interventies is die in een zeer groot percentage van de gevallen tot gewenste veranderingen leidt.

Het zal onze Hoofdredacteur goed doen te bemerken dat in de volgende paragraaf wordt beschreven hoe 'de therapie' is verlopen, terwijl in de discussie enkele vraagpunten aan de orde komen.

2. De 'behandeling'

Bianca is 35 jaar. Haar hele leven heeft zij al last van slapeloosheid. De laatste drie maanden is het echter zonder aanwijsbare reden verergerd. Zij is door een vriendin naar deze therapeut gestuurd omdat deze verstand zou hebben van hypnose.

Haar echtgenoot Leo (econoom), is bereid om mee te komen voor het eerste gesprek. Zij hebben drie kinderen (van 7, 4 en 3/4 jaar). Bianca werkt zelf momenteel niet, maar zou wel weer willen gaan schilderen, waarvoor zij een opleiding heeft gehad.

Het taxatiegesprek levert de volgende punten op:

- Het probleem heeft vooral betrekking op het inslapen. Met megadon sliep zij over het algemeen redelijk gemakkelijk in, maar de laatste maanden levert dat ook af en toe problemen op. Daarom neemt zij ook af en toe mandrax, maar is daarvan de volgende dag nog suf.

Zij wil echter niet altijd maar medicijnen slikken. In de periode voorafgaand aan de laatste maanden was dat ook niet steeds nodig. Dan nam zij

alleen mogadon wanneer zij na een tijdje (bijv. een uur) nog niet kon slapen o als z j erg moe was en zeker wilde zijn van snel inslapen.

- Bianca is gespannen. Ze praat zeer snel; zit steeds recht overeind. De therapeut v agt daarover door. Het blijkt dat spanning een essentieel kenmerk v aar s. Ze heeft vroeger weleens geprobeerd - met de hulp van een gedragstherapeut - om zich te leren ontspannen, maar dat is nooit gelukt. Een probleem is daarbij ook dat zij haar spanning en gedrevenheid overbrengt op de kinderen. Met name de oudste wordt er zichtbaar nerveus van en begint symptomen als nagelbijten en tics te ontwikkelen.

- Leo is een snelpratend goedwillende man. Hij vindt het plezierig dat hij mocht meekomen en meedenken bij de problemen van zijn vrouw. Hij staat niet afwijzend (Bianca trouwens ook niet) tegenover het idee dat sommige spanningen uit hun onderlinge verhouding zouden kunnen voorkomen. Bij doorvragen blijkt daarvoor echter weinig bevestiging aanwezig. Zij zijn allebei geen binnenvetters Als er wat is kunnen er heftige verbale ruzies ontstaan, maar dat gebeurt maar zelden (ongeveer één keer in het half jaar). Verder ziet het e tussen hen allemaal heel genoegelijk uit. Ze vullen elkaar in de gesprekken goed en soepel aan. Zij kunnen gemakkelijk samen praten. Ze b houwen hun verhouding als zeer bevredigend. Het enige probleem is misschien dat Leo wat hard werkt, waardoor Bianca zich verplicht voelt om voor 100% huisvrouw te zijn. Rancune heeft zij daarover echter niet.

Hun enige onderlinge probleem is de sexualiteit. Bianca is met Leo niet orgastisch, wèl als zij masturbeert. Zij heeft ook zelden zin in vrijen, zonder dat dat wil zeggen dat zij hem minder aantrekkelijk vindt. Dit is hun hele huwelijk al zo geweest.

De therapeut schetst tijdens het eerste gesprek de volgende mogelijkheden:

1. Een 'diepe grondige' therapie om er achter te komen wat de oorzaak is van haar permanente spanning en manieren te vinden om daarmee om te gaan. Er wordt dan niet rechtstreeks aan de slapeloosheid gewerkt.

Hierbij zou eventueel het verleden van Bianca ook ter sprake komen. Zowel bij het diagnostiseren als bij het hanteren van de spanning kan mogelijk hypnose gebruikt worden. Met zo'n behandeling kan bij deze therapeut pas over enkele maanden gestart worden. Doorverwijzing naar een bekwame - eerder

beschikbare - collega is echter mogelijk.

2. Een korte - moeilijke - benadering die rechtstreeks aangrijpt op het slaapprobleem, uitgaand van de waarschijnlijk terechte hypothese dat er naast Bianca's permanente gespannenheid ook sprake is van een forse dosis anticipatieangst met betrekking tot het niet-inslapen.

Bij onmiddellijke toepassing van deze methode is het nadeel dat er niets gebeurt met het algemene hoge niveau van spanning, wat misschien ooit toch nodig zal zijn. Een voordeel is echter dat er meteen iets aan haar slaapprobleem gedaan kan worden.

Na globale uitleg van de methode kiest Bianca voor mogelijkheid "2". Met haar wordt afgesproken dat zij om de dag niet op de voor haar gebruikelijke manier zal gaan proberen in te slapen. Op die dag geldt het volgende:

- Zij gaat op een voor haar gebruikelijk tijdstip naar bed.
- Zij neemt geen mogadon of ander slaapmiddel.
- Zij leest zolang zij daar zin in heeft.
- Vanaf het moment dat zij het licht uitdoet gaat ze de tijd in de gaten houden. Zij probeert dus niet in te slapen.
- Na drie kwartier staat zij op en gaat een nuttige maar niet opwindende klus doen. Opruimen van allerlei oude troep lijkt haar daarvoor wel geschikt.
Na drie kwartier gaat zij weer naar bed, met dezelfde opdracht als daarvoor, etc. etc.
- De andere avond mag zij gewoon, en met mogadon op haar oude manier gaan slapen.
- 's-Middags en 's-avonds drinkt zij geen koffie meer.

Twee weken later komt ze vermoeid terug. Zij heeft zich prima aan de opdracht gehouden, en is meestal pas om een uur of zes in de nacht ingeslapen. In de andere nachten is zij dermate moe geweest dat ze veel vroeger dan normaal en met mogadon heel veel heeft geslapen.

Het heeft dus niet geweldig gewerkt. Leo geeft nog een optimistische ver-

klaring: zij heeft de opdracht niet goed begrepen en is echt op de klok gaan letten met de bedoeling dat zij persé niet mocht inslapen. De therapeut grijpt deze kans en zegt dat het inderdaad niet zo is dat ze niet mocht inslapen, maar alleen dat ze niet mocht proberen om wèl in te slapen, een subtiel verschil.

Een ander probleem is de mogadon. Misschien was het niet zo verstandig om de ene nacht gewoon een dosis mogadon te nemen en dan voortreffelijk te slapen en de volgende nacht zonder mogadon aan deze opgave te beginnen. De opdracht wordt daarom voor één week gehandhaafd, met dit verschil dat zij nu elke nacht een halve mogadon neemt.

Helaas het is weer geen succes. Ze komt de volgende keer afgepeigerd binnen. Zelfs in sommige van de 'gewone' nachten heeft ze nu nauwelijks geslapen. Uiteraard wordt dit uitvoerig besproken. De therapeut ziet geen heil haar nog verder met deze methode te laten experimenteren. Kennelijk is toch de al eerder geschetste 'diepere' therapie noodzakelijk.

Aangezien de therapeut - zoals zij van te voren wisten - daarvoor pas over enkele maanden tijd zal hebben, stelt hij Bianca voor, haar naar iemand anders te verwijzen. Dat willen zij beiden echter onder geen beding. De therapeut voelt zich gevlaid dat zij ondanks de geringe successen zoveel vertrouwen in hem stellen.

3. Discussie

Over de afloop van deze therapie hoop ik over ongeveer een half jaar te rapporteren. Ik heb Bianca toch alvast 'ingebracht' omdat het enkele vragen bij mij heeft opgeroepen waarover ik graag de mening van de collegae wil horen of lezen.

Van alle keren dat ik het slaapadvies in therapieën of minder officiële situaties heb gegeven is dit de tweede keer dat het niet gewerkt heeft.

De eerste keer was in de behandeling van Huib, gerapporteerd door Aelen & Lange (1978). Er zijn een aantal overeenkomsten:

- In beide gevallen gaat het om extreem gespannen mensen, die geen baat hebben bij ontspanningsoefeningen.
- In beide gevallen is er sprake van permanent gebruik van slaapmiddelen.

Overigens is dat bij Bianca minder extreem dan bij Huib het geval was. Deze nam al meer dan 20 jaar iedere nacht een forse dosis dalmadorm, terwijl Bianca pas sinds 3 maanden permanent mogadon slikte en slechts af en toe mandrax heeft gebruikt.

De eerste vraag betreft de klus , die werd overeengekomen voor de driekwartier-uit-bed. In het verleden ging ik ervan uit dat je daarvoor een soort 'ordeal' moet hebben. Het moet vooral saai, vervelend en onnuttig zijn, in navolging van Erickson's dweilende man (Haley, 1963). Geleidelijk aan ben ik daar steeds meer vanaf gestapt en mochten het ook nuttige activiteiten zijn, als het maar niet opwindend was.

Misschien is dat toch niet zo geslaagd, en is het verstandig om weer terug te keren naar een taak die vervelend is, volslagen nutteloos en op geen enkele manier tot spoed kan leiden. Bijv. het overschrijven van krantenartikelen, het uit- en inruimen van kasten.

Hoewel het falen van het advies in de aard van het juk gezocht kan worden, rijst bij mij toch ook de vraag of het slaap-advies misschien niet gegeven moet worden wanneer men te maken heeft met permanent gespannen mensen. Misschien is de anticipatie-spanning wel ondergeschikt aan die permanente 'arousal', en is het zaak om aan dat laatste eerst te werken.

Een derde vraag heeft betrekking op de slaapmiddelen. Bij Huib was het geen probleem. Hij sliep zelfs met slaapmiddelen slecht in, dus die mocht hij gewoon doorslikken op de bewuste nachten.

Bij Bianca zou dat wat vreemd zijn geweest. Met mogadon kon zij immers meestal vrij redelijk inslapen. Dan heeft het advies in combinatie daarmee toch geen zin.

De afspraak om de ene nacht wel mogadon te gebruiken en de andere nacht niet heeft het voor haar misschien toch wel moeilijk gemaakt baat te hebben bij het slaap-advies. Misschien was het beter geweest om haar in die periode helemaal niets te laten slikken.

Voor suggesties en milde kritieken dank ik bij voorbaat.

REFERENTIES

- Aelen, F.N.B. & A. Lange (1978): Individuele sex- en slaaptherapie bij samenwonende partners. Tijdschrift Directieve Therapie, 6 (1), 55-81
- Haley, J. (1963): Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton. New York
- Lange, A. (1977); Wie een kuil graaft voor een ander
In: Van der Velden (red.): Directieve Therapie I. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Lange (2002): Positief etiketteren en de zelfperceptie van de directieve hypnotherapeut. Weekblad Dir.ther.en hypn. 18,33-46

Basic principles of directive therapy.

Richard Van Dyck & Kees van der Velden

Paper presented at the XIth international congress of psychotherapy.

Amsterdam, august 27-31 1979.

This paper, which is co-authored by Kees van der Velden, deals with some basic issues concerning a therapeutic approach which is not entirely new, not quite original and which certainly has some heterogenous qualities. The approach draws inspiration from several authors, such as Milton Erickson, Richard Gardner, Jay Haley, Salvador Minuchin, Paul Watzlawick, and, on the European continent Victor Frankl and Mara Selvini Palazzoli and her group. This means that elements are borrowed from Family Therapy and hypnosis, communication theory, systems theory, but also cognitive psychology, learning principles and psychodynamics.

As this presentation will no doubt demonstrate this combining activity should be called "eclectic" rather than "integrative", but we are not sure that really means a disadvantage.

The same "directive therapy" as we can use it, was introduced by Haley (1963) in his description of the techniques of Milton Erickson. Later Haley used the term "problem solving therapy" and Rabkin speaks of "strategic psychotherapy" to devote a similar approach. We have adopted the term "directive therapy" as a label for what may be considered as a local, Dutch variety of this essentially pragmatic and eclectic short term approach. This Dutch version was the result of a collaboration over the past five years, of the therapists involved in today's and tomorrow's presentation of special issues as well as a number of other people that have inspired and assisted us.

The purpose of this paper is to list and to clarify some basic characteristics of this approach.

Persons in the audience who are familiar with our work in writing, will certainly recognize most of the propositions that will be

defended here as an extension and elaboration upon previous work. Maybe we should apologize for this lack of originality, but we were unable to come up with a fresh set of basic characteristics, because "directive therapy" did not over the past two years develop fast enough to justify the adoption of totally new basic principles!

Right now, they sound as follows :

1. *The main instrument of directive therapy is the use of directives.*
2. *The main strategy consists of encouraging and directing activities of the patient (rather than cognitions or emotions).*
3. *Directive therapy intends to be brief and strategic (so will be this paper).*
4. *Directive therapy is intended to be useful to lower class patients also.*
5. *Directive therapy is eclectic in its theory and pragmatic in its practice.*

1. The first proposition was : *The main instrument of directive therapy is the use of directives.*

In traditional psychotherapy, the practice of giving advice or instructions to patients was rather frowned. The large scale application of behaviour therapy has demonstrated convincingly the point that directives can be beneficial. This point was, by the way, demonstrated much earlier, already in the practice of hypnosis, but apparently not in a manner that was convincing enough for most therapists. Rather than arguing that directives do not necessarily lead to feelings of independency on the side of the patient or that they do not harm the therapeutic relationship, we would like to dwell upon the nature of the directives that are applied.

Within the framework of communication theory, directives can be described as being congruent or paradoxical in nature, they can have the quality of a direct instruction or they can be indirect

88

means of conducting patients to do certain things. They can be concrete and relate to clearly defined and precise matters only, or they can be symbolic and metaphorical and relate to multiple referents. Each of these three dichotomies can be considered a relevant dimension of directives instructions, and the three combined will characterize different kinds of directions which are applicable in different situations. A few examples may illustrate this : a marital couple plagued with incessant fights may be instructed by the therapist to use better and more efficient ways of communicating with each other. He may teach them to avoid certain pitfalls and explain to them ways of talking to each other, that are less likely to generate new conflicts. This approach to their arguing can be considered as a congruent way of dealing with their problem. In the paper by Lange and Joele a family therapy will be described, which was based largely upon this congruent step-by-step approach. The alternative approach, which should be used at other occasions, consists of encouraging people to temporarily make their problems worse, in order to overcome them. These paradoxical instructions may, in the case of the fighting couple, consist an advice to start a fight at a given time each day, or of a warning not to try to end the fighting to soon. We will not deal here with considerations about which approach should be preferred in what kind of situation, but also state that they both have their own field of application.

The same goes for a direct versus an indirect way of giving instructions. The former consists of a clear and open advice. The latter is more subtle in the sense that permissiveness may be stressed to the patient, that it becomes unclear that any instruction is being given at all. The therapist may induce the patients to come up with ideas in a way, that they will consider them as an initiative of themselves. Perhaps much of what goes on in "evocative" therapy, relies upon this subtle maneuvering, maybe even outside the awareness of the therapist himself.

In directive therapy, this indirect approach is considered a

legitimate procedure rather than a sign of unwarranted manipulation.

A further choice of alternatives, lies in the use of concrete instructions versus directives that derive their meaning a symbolic or metaphorical nature. Van der Hart and Van der Velden, in their page on rituals, will illustrate the latter approach. At this point, it may be sufficient to conclude that directive therapy does by no means imply an authoritarian attitude on the part of the therapist, nor that the therapist simply hands out standardised behavioural recipes. A good deal of the effect in every therapy goes into the selection the proper kind of directives along lines as indicated.

- 2. The second proposition was : *The main strategy of directive therapy consists of encouraging and directing activities of the patient.*

This proposition refers to the fact that purpose of directive therapy does not consist in promoting obedience. Directives are certainly not designed for the purpose of encouraging the patients not to take any responsibilities in their own lives. They are intended to direct the patients or the families to deploy activities that will be meaningful to them, rather than offering any instant solutions.

The essence of many directive interventions, is that the patient is asked to do something. This may include the application of a certain procedure whenever certain circumstances do occur, such as the use of paradoxical intention on the occasion of anxiety attacks. But a common feature of most instructions, is that the patient is asked to do some type of homework. This has several consequences. If the overcoming of symptoms is to be attributed to activities of the patient outside the therapeutic hour, this will mean that a therapeutic session will take on a different significance. It will be to a lesser degree on the occasion from which the true benefits of therapy have to be derived, but it will look more like a meeting when the patient or the family is assisted in their planning to solve their problems themselves.

Another consequence of the principle of homework is, that patients will attribute the changes that do occur to their own activity, rather than to the healing powers of the therapist. This will aid them in developing a "sense of mastery", a condition which is according to authors, such as Strupp (1970) and Frank (1976), essential to lasting improvement. Finally, this orientation towards activity means that other sources for change are tapped, than those customary in traditional psychotherapy.

To a large extent, psychotherapy has relied upon verbal techniques to clarify emotions and cognitions. For many patients, this has been a useful way to approach their problems.

In others, verbal reflection does not lead to any change outside the verbal domain. Directive therapy largely relies upon the observation that a change in action may precede a change on the cognitive and on the emotional level, instead of vice versa. Helen Ginger Kaplan (1974) has coined the term "experiential behavior modification" for this process, which she involves for her sextherapy.

Different activities will lead to different experiences and these will foster different cognitions and emotions. This term, and the process devoted by it, is applicable to many aspects of directive therapy as well.

3. The third proposition was : *Directive therapy intends to be brief and strategic.*

On the matter of the duration of therapy quite some research has been done. There is no conclusive evidence that psychotherapy needs to be a long and intensive affair in order to be effective at all. Three years ago, at the congress in Paris, one of the main lectures was by Luborsky, who presented a great number of the scores in the outcome research he reviewed. One of the comparisons he studied, was the effect of "time-limited" versus "unlimited" therapy : no better scores were evident in the time unlimited therapy, while its duration usually was twice as long. This seems to favour the practice of setting time limits, if it is technically possible to predict reasonably. It is usually not possible to make a good judgement about this in a first session, but

often it is feasible to agree upon a limit of 10 or 15 sessions after 4 or 5 appointments. The advantages of this procedure will of course only be appreciated by institutions that normally have to deal with waiting lists.

If therapy is to be brief and does only upon arranging, that the patient or the family will have new experiences from which they will learn, then at least the therapist must have a rather clear picture of where the therapy is heading for and what will be the conditions to bring about a favourable change. The very least that has to be clear, is what kind of behaviour should be stopped, as a prelude to new interactions. It certainly will make matters easier if these goals can be discussed with the people involved and if some sort of contract can be agreed upon. As anyone who has worked with behavioural contracts can attest it is not always possible or fruitful to employ contracts as a lever for change. Some people are notoriously vague in what they want, some enter therapy exactly, because they can not be clear about their goals. Some are brought in therapy by others, such as children by their parents, and are not happy about it all. It therefore may be necessary for the therapist to use for the time being a "secret agenda" and postpone the discussion about goals to a more favourable time when everybody is more involved. Anticipating future development and concern for the most likely way to bring these about, are the essential characteristics of a strategic way of thinking.

A great deal of effort must be spent in enlisting the cooperation if therapy is to be brief as well as fruitful, rather than a veiled kind of drop-out.

Labeling the activities and even the symptoms in a positive way is one meaning of enlisting the necessary cooperation. In the view of traditional psychotherapy, people appear to be moved by motives far less noble than they like to admit. This is one way of looking at people, not likely to abstract those that are not so sure they should enter therapy anyway. Symptoms can, in the reign of Milton Erickson, also be looked upon as clear evidence, that the patient is showing an effort to change his situation,

but does not yet know how to direct his forces efficiently. Such a view, which is by no means identical with belittling the gravity of symptoms or overlooking the possibility of complications, may lead to a fresh appreciation by the patient of himself. Telling a fighting couple that their continuing fights are an expression of their mutual concern, may be no more arbitrary an interpretation, than believing that they are moved by destructive aggression. Saying that a child is helping his mother to get through a difficult period in her life by appealing to her very often, may be close to what is actually going on, as concluding that the child is overly dependant and the mother overly protective.

4. The fourth of the five propositions, was that : *directive therapy should be useful to lower class patients also.*

There is nothing shameful about the fact that psychotherapy was largely developed by people of the upper or middle class for other people of these classes. It would be a shame if that would be the end of it.

It is clear that psychotherapy carries a lot of the values and relies upon talents, which are typical of the middle class. One approach to lower class patients would be to select those that are likely to show these talents and hold these values also. The more interesting alternative would be to adapt the therapy to the patients, instead of trying to fit patients to the requirements of a therapy.

A number of characteristics that make a directive approach, suitable for the lower class people, have already been mentioned : less reliance upon verbal capacities exclusively and an introspection, more orientation toward action and an interest for concrete results in a limited number of sessions.

No doubt the process of adapting the therapy to the patient can not be limited to these aspects, and has to be considered again in each instance. But even directive therapy cannot escape from the paradox, that procedures, developed for those with limited assets often work best with those that have many talents.

5. The last proposition was : *Directive therapy is eclectic in its theory and pragmatic in its practice.*

Anyone favouring flexibility will not feel at home in a theoretical frame, that has traits of an inalterable doctrine. The natural trend will be to borrow elements from different theoretical systems, that can be valuable. This is not an anti-theoretical point of view. The idea is that every theoretical system, if it is to be coherent, must limit itself to certain areas of reality and necessarily must leave out others. Therefore theories must have limits in their field of applicability. As far as we know, we treat patients whose problems have not been designed in order to fit into certain theoretical systems. Symptoms may develop along ways, that would not be predicted by theory. The variations in the patients we will have to treat, is by itself an argument for a certain degree of eclecticism, if, at least one acknowledges the finding that not one approach has shown clear superiority over the others.

Eclecticism in our view means working with one approach or another, according to the patient, with the possibility to change if necessary. It does not mean working without method or theory, or mixing techniques that conflict with each other.

The proposal to employ elements from family therapy, behaviour modification, hypnosis and psychodynamics and perhaps others, does imply that one is familiar with each of these techniques separately. For that reason directive therapy is not a method to be adopted if one has no further background.

Kees Hoogduin & Kees van der Velden

1. Inleiding

Niet alleen in de Hel (zie de Heilige Schrift) maar ook op dit ondermaanse worden sommige mensen geplaagd door 'geknars der tanden'. Deze mensen zit iets dwars.

Therapeuten die van mening zijn dat deze klacht geen behandeling heeft - 'iedereen zit wel wat dwars' -, doen er goed aan zich te laten voorlichten door de tandarts. Deze zal kunnen verhalen hoe fraaie gebitselementen dankzij deze uiting van onlust in relatief korte tijd vermalen kunnen worden.

Maar niet alleen het gebit wordt aangetast door deze gewoonte, ook de nachtrust van de partner heeft onder het door merg en been schrapende geluid van de zieke te lijden.

Hieronder worden twee behandelingen van patiënten met tandengeknars beschreven.

In de eerste behandeling wordt eerst de 'onderliggende problematiek' behandeld en daarna het tandengeknars; in de tweede behandeling wordt eerst het gebit in veiligheid gebracht, waarna aansluitend moeilijkheden in de relatie met de partner tot een oplossing worden gebracht. In de eerste behandeling wordt gebruikgemaakt van hypnotherapie, in de tweede van een eenvoudige tandtechnische interventie.

2. Voorbeelden

2.1. De heer Jansen

De heer Jansen is een 50-jarige accountant, die na een aantal fusies de greep op het werk heeft verloren. Voor de reorganisaties werkte hij met plezier en klom hij op tot hoofd van een niet onbelangrijke afdeling.

Binnen zijn gezin - vrouw en drie kinderen - zijn er nooit grote problemen geweest. Zelf heeft hij na de oorlog een tweetal jaren gekuurd in verband met longtuberculose. Hij heeft aan deze ziekte een beperkte longfunctie overgehouden.

Bij de intake klaagt hij over vermoeidheid, plotseling optredende huilbuien, slaapstoornissen, het gevoel het leven niet meer aan te kunnen en angst voor een plotseling optredend hartinfarct. Hij kan zijn werk niet meer aan en loopt sinds enkele maanden in de Ziektewet. Na sanering van de werkproblemen nemen de klachten af. Bij de evaluatie van de behandeling vertelt zijn echtgenote dat het veel beter

gaat met haar man. Bij dezelfde gelegenheid beklagt zij er zich echter over dat ze dankzij haar man tot het gebruik van slaapmiddelen wordt gedwongen. Sinds het begin van de werkproblemen, vijf jaar geleden, heeft de heer Jansen last van tandengeknars, of juist: zijn vrouw heeft last van het tandengeknars van de heer Jansen. Zij kan er niet door slapen.

Besloten wordt de heer Jansen voor deze gewoonte met hypnotherapie te behandelen.

Na een vlotte trance-inductie middels oogfixatie wordt patiënt geadviseerd de kaakspieren te ontspannen. Wanneer deze hierin goed is geslaagd krijgt hij de posthypnotische suggestie dat deze spieren ontspannen zullen blijven. Van deze zitting wordt een cassettebandje gemaakt dat de heer Jansen 's avonds voor het slapen gaan zal beluisteren.

Bij follow-up na drie maanden blijken de klachten gedurende enige weken geheel verdwenen te zijn geweest. De laatste weken is het tandengeknars evenwel enkele malen teruggekeerd. De heer Jansen vertelt dat hij met het bandje is gestopt nadat het verschijnsel was verdwenen. Opnieuw krijgt hij het advies om voor het slapen het bandje te beluisteren en opnieuw verdwijnen de klachten.

De behandeling heeft vijf maanden geleden plaatsgevonden. Of meneer Jansen nu veroordeeld is tot een levenslang gebruik van het cassettebandje is nog niet helemaal zeker. Dat zal verdere follow-up leren.

2.2 Mevrouw Van de Poel

Mevrouw Van de Poel is een 28-jarige creatief therapeute, die vroeger tandarts-assistente is geweest. Zij is in het bezit van een prachtig gebit, dat helaas door haar tandengeknars te gronde dreigt te gaan. Hoewel zij en haar partner aangeven dat er in het huwelijk aanzienlijke spanningen zijn, en dat die spanningen mogelijk 'de oorzaak' van het tandengeknars zijn, zijn beiden het met de therapeut eens dat het mogelijk moet zijn aan spanningen te lijden zonder dat de tanden hierdoor naar de knoppen gaan.

De therapeut adviseert de echtgenoot enkele nachten op te blijven om een soort base-line van het tandengeknars op te stellen. (Mevrouw Van de Poel vindt dit erg leuk!) 't Blijkt dat het geknars na 4.- uur des ochtends plaatsvindt en gepaard gaat met Rapid Eye Movements.

De Van de Poels en de therapeut piekeren enkele kwartieren over de mogelijkheden die er zijn om de narigheid te beëindigen en besluiten

dan de tandtechnicus om raad te vragen.
 Deze weet iets. Een zg. 'drumschine' (d.w.z. een flexibele kunststof overkapping van alle gebitselementen) zou geknars onmogelijk maken. Het ding wordt aangeschaft (kosten: hoogstens twee tientjes) en patiënte stopt het des avonds voor het slapen in haar mond. Na enkele weken mag ze eens een nachtje zonder proberen (de echtgenoot moet controleren of ze per ongeluk niet toch knarst!) en na zo'n anderhalve maand blijkt mevrouw Van de Poel voor haar wrevel geen tandengeknars meer nodig te hebben.

Aansluitend wordt aandacht besteed aan de hevige ruzies tussen de echtelieden, en wanneer deze in goede banen zijn geleid, kan, als sluitstuk, de seksuele verhouding op een hoger niveau worden gebracht.

Anderhalf jaar na afsluiting maken deze mensen met nog steeds goed met elkaar en het geknars der tanden is niet teruggekeerd.

3. Discussie

Gezien het beperkte gevallenmateriaal (N=2) kan niet worden uitgemaakt of aan hypnotherapie of 'drumschine' de voorkeur moet worden gegeven. Duidelijk is wel dat het bij de heer Jansen erg weinig voor de hand lag om met de behandeling van het geknars te beginnen.

Dat de behandeling van het geknars van mevrouw Van de Poel wél meteen succes had, was denkkelijk mede het gevolg van het feit dat de partner hierbij van meet af aan werd ingeschakeld. Doordat hij moest opblijven om haar geknars en REM's te registreren kon voorkomen worden dat zij het idee kreeg als de abnormale gedoodverfd te worden.