



Jaargang 7 / Nummer 3 / Juni 1980

Inhoud

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Kees hoogduin	Directieve therapie en de PAAZ	6
Richard Van Dijck	Open instructies bij de behandeling van medicijnverslaving door middel van hypnose	20
Alfred Lange	Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten; een onderzoek	25
Leen Joele	Vreemde ogen dwingen?	31
Dick Oudshoorn	Directieve therapie bij psychotische jongeren; de proef op de som	38
Kees van der Velden	Wellust & Waanzin	42

Omslagen: Daniël van der Velden

Redactie: R. Van Dyck, Dr. O. van der Hart, C.A.L. Hoogduin, L.J. Joele,
Dr. A. Lange, D.N. Oudshoorn, K. van der Velden, dk.

Welkom! Wij zijn wat laat. Wij hebben wat haast. Wij moesten een voordracht houden in de gehoorzaal van het Protestants-Christelijk Provinciaal Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal te Loosduinen. Jezus!, op van de zenuwen waren Wij! Wij hadden Onze voordracht de voorafgaande nachten voorbereid, wijzigingen aangebracht, sommige dingen weer net iets anders, puntiger soms, geformuleerd. Wij hadden voor de spiegel ge oefend met Onze dictie, dramatiek in Onze stem gelegd, pauzes ingelast, humoristische zinswendingen bedacht, Onze houding gecorrigeerd, de juiste armgebaren ingestu- deerd. Enzovoorts, enzovoorts. Maar ondanks deze gedegen voorberei- ding voelden Wij ons toch wat beverig toen Wij in de trein stapten om Ons reisdoel te approximeren. Zou een man als Dijk zich ook zo gevoelen, wanneer hij in Phoenix zijn duizenden toespreekt? Naast de beverigheid was er dus ook een soort geluksgevoel: het op één lijn mogen staan met mannen als Dijk!, Lange!, Joele!, Kal!, Oudshoorn!, Hart! O, het zong door Ons hoofd en Wij neurieden het mee: Wij worden beroemd, Wij worden beroemd... Heerlijk en angstig tegelijk. Wij gingen een voordracht houden!

Op het Haagse Station namen Wij een taxi, in een soort opgewonden overmoed (kosten f 25,-, incl. fooi). En dáár, dáár was het dan: Bloemendaal! Prachtig gewoon! Wij begrepen dat Wij juist gehandeld hadden door de voorbereiding van dit Tijdschrift wat uit te stellen en het schrijven van bijdragen voor Dth op de lange baan te schuiven: men moet prioriteiten durven stellen in het leven en soms ook eens aan zichzelf denken! Nu deden wij eindelijk eens niet iets voor de groep, neen, Wij deden nu iets waarmee Wijzelf bekend en geliefd zouden worden. Goedzo!, zeiden Wij tegen Onszelf, Prima!

Kent U Bloemendaal? Het is buitengewoon: die gebouwen, landgoederen, laboratoria, bossages, speelvelden; die rust, concentratie, die luxe en verfijning! Het werd Ons allemaal getoond door de Zenuwarts-van- Ontvangst, een sympathieke verschijning, die Ons ook zou introduceren bij het Auditorium. Dit, zo voelden Wij, dit was nu...Geluk!

Na de rondleiding werden Wij naar de Gehoorzaal gebracht. Zouden Wij het goed doen? Afwachten maar. Eenmaal binnengeleid, werden Wij geconfronteerd met acht nonchalant geklede jongelui (Onze das hadden Wij dus niet om hoeven doen, zo ging het door Ons heen), die de zenuwarts op onbeschaamde wijze uitfoeterden wegens

organisatorische slordigheden. Waar Wij bij waren, nota bene. Op slordige wijze groepeerden zij zich rond een aantal cafetaria-tafeltjes met geplastificeerd houten blad. Slechts enkelen hadden eraan gedacht de noodzakelijke schrijfmaterialen mede te nemen. Neen hoor, de anderen behoefden niets op te schrijven, en dat niet omdat ze geen geld zouden hebben voor blocnote en ballpoint - want ze hadden toevallig allemaal wèl geld voor een automobiel, daar had ik er acht van zien staan voor de gehoorzaal! -, neen, de dames en heren wisten Alles al!

Gelukkig was er één uitzondering: een goed verzorgde Aziatische gast (keurig kapsel, dito kostuum), die beslist niet meedeed aan het onbeschaafd gemopper op de zenuwarts, maar zich concentreerde op zijn vulpen en notitiepapier. 't Leek wel of hij de enige was die 't pijnlijke van de situatie aanvoelde - dat hebben Chinezen vaak! -, maar uit kiesheid aan het onwelgevoegelijke dat hier geschiedde noch in woord noch in gebaar een halt wilde toeroepen. 't Was of hij Erboven stond, dat was het.

Wat konden Wij doen? Schelden toch niet? Huilen zou toch niet adequaat geweest zijn?

Wij hebben uit het hoofd maar wat gezegd. Er werd een vraag gesteld. D'r was iemand die 'het niet geloofde'. Hallo! Alsof Wij liegen! Enfin, Wij deden of Wij het niet opmerkten, en herhaalden wat Wij eerder gezegd hadden. Daar nam de half in slaap gevallen vragensteller genoeg mee.

Wij gingen gauw weg, een illusie armer, een boekenbon rijker. O neen, die boekenbon kregen wij ook niet. Wij hadden ons vergist. Wij moeten wel prioriteiten stellen, dat was juist gezien, maar wat Wij nog moeten leren, dat is: de juiste prioriteiten stellen.

De Boeken

Hoe 's 't met de handel?, zo wordt ons door collega's wel gevraagd. 't Gaat zo.

Van Deel 1 werden tot en met mei dit jaar 597 exemplaren verkocht. Dat betekent dat er nog 269 exemplaren in het magazijn zijn, en dat betekent weer dat er dezer dagen een 2de bijdruk gemaakt wordt.

Van Deel 2 werden tot en met mei dit jaar 2.109 exemplaren verkocht. Dat is niet niks.

Over Deel 1 verscheen de volgende goed geformuleerde recensie in het bekende blad Ont-Moeten. Léés dat blad!

Omt. moeten BOEKBESPREKINGEN vanjaar '80

VAN DER VELDEN KEES (redactie)

Direktieve therapie

Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977, pp.365

Dit boek gaat over de gewone en ongewone richtlijnen of direktieven die therapeuten aan hun cliënten kunnen geven.

De hier onder de noemer direktieve therapie gepresenteerde benaderingen zijn niet steeds nieuw en ook vormen zij geen afgeronde eenheid. Zij sluiten aan bij het werk van auteurs als Milton Erickson, Gardner, Haley en Watzlawick, en bevatten elementen uit o.m. de hypnose, de communicatie- en systeemtheorie, de gedragstherapie en de gezinstherapie. Ondanks deze diversiteit kunnen de volgende gemeenschappelijke kenmerken worden geformuleerd :

- de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of direktieven;
- het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
- cliënt en therapeut werken aan concrete, welomschreven doelen;
- de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context;
- de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen; 'wat werkt bij dit probleem bij deze cliënt?'

In deel I worden enkele basisconcepten van direktieve therapie besproken zoals : leeropdrachten en paradoxale opdrachten; direkte en indirecte technieken; de levenscyclus van het gezin en therapeutische rituelen; metaforen en symbolen.

Deel II bevat beschrijvingen van de behandeling van specifieke klachten en problemen. In dit kader past o.m. een uitvoerig hoofdstuk over direktieve therapie bij dwangneurotische symptomen.

Deel III gaat over verschillende typen van benaderingen, waaronder paradoxale intentie en de Mutual Storytelling Technique.

In deel IV worden praktische richtlijnen geformuleerd voor de aanpak van in therapieën veel voorkomende problemen.

Dit boek is vooral bestemd voor therapeuten die op grond van eigen praktijkervaring belangstelling hebben ontwikkeld voor een pragmatische, doelgerichte en kortdurende therapie. Voor beginnende therapeuten kan dit boek een introductie zijn in een vorm van therapie waarover in Nederland nog weinig is gepubliceerd.

Goed hè?

Ook Deel 2 wordt besproken. De recensie van W.Vandereycken werd U reeds per separate post toegezonden. Maar wat U vast nog niet weet, is wat Klik (1980, nr. 3) ervan vindt. Dat leest U op de volgende bladzijde.

Directieve therapie 2;
 een vervolg op deel 1,
 geschreven door een aantal
 werkers bij Sociaal
 Pedagogische Diensten,
 psychiatrische poliklinieken
 ed. onder redactie van
 Kees van der Velden. Het
 bestaat voornamelijk uit
 praktijkervaringen en
 geconcludeerd wordt dat
 directieve therapie zeer
 vruchtbaar is gebleken.
 Het is flexibel, pragmatisch
 en je kunt de therapie
 "op de maat van de cliënt
 snijden". Uitgegeven door
 Van Loghum Slaterus te
 Deventer, kosten f 48,50.

Dat was Klik. Ziet U wel dat we niet zo vreselijk moeilijk moeten
 doen over het redigeren van een tijdschrift? 't Is zo simpel als je
 't systeem doorhebt.

Dr.J.J.Korten is ons ook ditmaal welgezind. Lees wat hij schreef in
 Prisma (april 1980):

DIRECTIEVE

psychi

THERAPIE 2; onder red. van K. van der Velden; met bijdragen van R. van Dijk,
 O. van der Hart, K. Hoogduin e.a. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980. 488 blz.,
 fig., lit.opg. (Sociale bibliotheek). ing. f 48,50

I - Deel 2 van 'Directieve therapie' is geen boek waarin een thema uitputtend en
 afgerond wordt behandeld. Het is gebaseerd op ervaringen met gedragsgestoorde
 mensen die ter behandeling kwamen. Een groot deel van deze patiënten hadden
 lichamelijke verschijnselen als uiting van nervositeit. Anderen hadden regel-
 rechte lichamelijke aandoeningen met psychische verschijnselen. Het boek geeft
 praktische voorbeelden van behandeling, schetst procedures en memoreert even-
 eens wansuccessen. Het boek leest zo plezierig dat men bijna de indruk krijgt
 dat deze vorm van therapie door iedere leek met succes kan worden toegepast.
 Niets is minder waar. De patiënt zal er zeker bemoediging in vinden, doch het is
 stof voor ervaren therapeuten. In het eerste gedeelte wordt getracht een raam-
 werk te bieden c.q. een theoretische achtergrond. Het boek zal de geïnteresseerde
 lezer welkom zijn. Het is niet geschreven om het vak er systematisch uit te
 leren. (Zie ook Prisma-recensie van Deel 1. 1977).

*

Dr. J.J. Korten

80-1013

BEWIJS-EXEMPLAAR

Een lief soort bespreking, vinden Wij.

Bij dit Nummer

Typisch, maar geen Hart. Daardoor is 't ook zo dun. Geen rituelen,
 geen karate, geen mystiek in dit zg. NUCHTERNUMMER.

Wel Kal, met propaganda voor z'n PAAZ. Goed stuk, vindt U niet?
 Als Dijk met een vrouw alleen werkt gebeurt er altijd iets leuks,
 iets intiems, iets liefs. Lees zijn bijdrage.

Lange zet iets in TDT waarvan je je afvraagt waarom het in TDT

staat. 't Is nl. erg wetenschappelijk, of beter: dat belooft het te worden. Volgens Ons heeft Lange dit ingestuurd om tijdens onze redactievergadering volledige aandacht aan andere kwesties te kunnen geven.

Joele wordt door de Militaire Raad zowat als een Professor-Magiër gezien. Waarom? Zie hoe hij in zijn bijdrage zich een weg baant door een mijnenveld van inheemse idiosyncrasieën.

DNO stelt de hamvraag: Hoe Solidair Zijn Wij Met Onze Patiënten. 't Getreiter van sommigen hunner is voor Ons aanleiding eenvoudige gedragstherapeutische principes te hanteren, maar DNO blijft van ze houden. Hoe dit kan? Lees zijn ontboezeming.

Velden stelt in zijn bijdrage vragen aan de orde naar aanleiding van een behandeling die deze naam niet waard is. Enfin, dat Velden eens een keer vraagt in plaats van te antwoorden kan misschien toch als een begin van een soort vooruitgang gezien worden.

Dun nummertje ditmaal, lezer, U kunt gauw weer iets anders gaan doen.

De Hoofdredacteur

1. Inleiding

De laatste jaren is er nogal wat veranderd in de psychiatrie. Er zijn Sociaal Psychiatrische Diensten die zich hebben ontwikkeld tot teams gespecialiseerd in de ambulante behandeling van crisissituaties. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn gespecialiseerde afdelingen voor de behandeling van patienten met bepaalde problemen, zoals verslavingen en geriatrische stoornissen, ontstaan. De poliklinische activiteiten van deze ziekenhuizen zijn uitgebreid en dagziekenhuizen zijn opgezet.

Ook de psychiatrie binnen een algemeen ziekenhuis is veranderd. Van de vroegere zenuwartsenpraktijk - waarbij psychiatrische patienten verpleegd werden tussen patienten met multipole sclerose of een CVA - heeft de psychiatrie zich ontwikkeld tot een zelfstandig specialisme en de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis is ontstaan. Maar ook na deze afsplitsing is het met de behandelingssituatie op die afdelingen zeer wisselend gesteld. Er zijn PAAZen die zich ontwikkeld hebben in de richting van een afdeling voor acute opnamen. Andere functioneren meer als een therapeutische gemeenschap. Tenslotte is er een derde categorie die zowel opname-afdeling als therapeutische gemeenschap wil zijn. Er zijn afdelingen met 20 bedden; er zijn afdelingen met 60 bedden.

De gemiddelde opnameduur is op de ene afdeling 17 dagen, op de andere afdeling 81 dagen (Abraham & Gunning, 1976).

In het hiernavolgende wordt de klinische behandeling geschetst zoals die op de psychiatrische afdeling van het St Hippolytusziekenhuis te Delft plaatsvindt. Op deze afdeling wordt een directieve benadering bij de behandeling van de opgenomen patienten nagestreefd. De opname op de afdeling - met 20 bedden - wordt gezien als een fase in de poliklinische behandeling.

') Kees Hoogduin

Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden op 18 april 1980 op het Symposium Directieve Therapie, gehouden ter gelegenheid van het 5 jarig bestaan van het Dagziekenhuis van Bloemendaal te Loosduinen.

De gevolgen van deze keuze zullen worden besproken. Tot slot zal er enige cijfermatige informatie over de PAAZ worden verstrekt.

2. De ontwikkeling van de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis

De Nationale Ziekenhuisraad heeft in 1978 een rapport gepubliceerd met normen en criteria ten aanzien van de gewenste omvang, ruimtelijke voorzieningen, personeel en situering van een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (Rapport, 1978).

Dit rapport stelt dat de psychiatrische afdeling de bereidheid en de mogelijkheid dient te bezitten een aselectief opnamebeleid te voeren om alle patienten met een acute, ernstige psychische desintegratie op te nemen; hierbij wordt gedacht aan psychotische toestanden, heftige angsttoestanden, suïcidegevaarlijke patienten en patienten die zich lichamelijk verwaarlozen ten gevolge van psychiatrische stoornissen. Het gaat hier met name om kortdurende crisis-interventie-opnamen. Een tweede opname-functie wordt gezien in klinische behandeling gebaseerd op de therapeutische gemeenschapgedachte, waarbij patienten kortdurend (gedacht wordt aan 1 tot 2 maanden) behandeld worden. De vraag is of een therapeutische gemeenschapgedachte goede mogelijkheden heeft binnen een algemeen ziekenhuis. Misschien daarom wordt in het rapport geadviseerd dat de psychiatrische afdeling gescheiden dient te zijn van de andere afdelingen van het ziekenhuis. De PAAZ zal echter wel nauw verbonden moeten zijn met deze andere afdelingen; zij zal ruimtelijk gescheiden moeten zijn, maar wel een geïntegreerd onderdeel moeten uitmaken van het algemeen ziekenhuis, aldus genoemd rapport.

Dit overwegend lijkt het niet eenvoudig om tot een juiste plaatsbepaling te komen van een dergelijke psychiatrische afdeling. Door deze onduidelijkheid is er ook de ruimte voor een PAAZ zich te ontwikkelen in de richting van een afdeling met een voorkeur voor crisis-interventie-opnamen - de zg. acute opnamen - of in de richting van een therapeutische gemeenschap.

3. De voorkeur voor een acute opname-functie van de PAAZ

Er zijn argumenten om mensen met psychiatrische problematiek bij voorkeur ambulante te behandelen. Langsley en zijn medewerkers hebben

aanwijzingen gevonden voor de stelling dat klinische behandeling tenminste niet effectiever is dan ambulante behandeling (Langsley et al., 1968a; 1968b; 1969; 1971; 1976). Daarnaast hebben zij gedemonstreerd hoe reeds voor opname geaccepteerde patienten ambulant behandeld konden worden. Ook in Nederland is gebleken dat toepassing van een dergelijke benadering door een Sociaal Psychiatrische Dienst het aantal patienten dat door deze S.P.D. voor opname op een PAAZ of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt aangeboden, aanzienlijk kan verminderen (Hoogduin & Van den Bosch, 1978; Hoogduin & De Haan, 1979).

Voor een therapeut met een dergelijke visie is het werken op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis niet aantrekkelijk. Door de opname haalt hij de patient uit zijn "natuurlijk milieu". Bovendien wordt deze in een werkelijk ziekenhuis opgenomen. Psychosociale nood kan hierdoor als een ziekte geëtiketteerd worden. De klinische sfeer in een algemeen ziekenhuis kan de opgenomen patient - die meestal niet in bed ligt - snel het gevoel geven hier eigenlijk niet thuis te horen. Binnen het ziekenhuis is er ook sprake van stigmatisatie door de patienten van de andere afdelingen: "Het is iemand van de afdeling Psychiatrie". Wanneer de afdeling langere tijd functioneert, krijgt een opname hetzelfde negatieve etiket als een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Voorstanders van de ambulante behandeling zullen een voorkeur hebben de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te gaan gebruiken voor crisis-interventie-opnamen. Een opname wordt een kortdurende onderbreking van een poliklinische behandeling of wordt gebruikt om een poliklinische behandeling te starten.

Dit heeft een aantal gevolgen voor de afdeling:

1. Er kan niet met een wachtlijst gewerkt worden.
Dit betekent dat er soms veel lege bedden zijn, soms veel overbedden. Een goede planning is eigenlijk niet mogelijk.
2. Er is een selectief opname-beleid: slechts die patienten worden opgenomen die in een ernstige crisis verkeren en waarbij het niet mogelijk is hen thuis - met inschakeling van gezinsleden en omgeving - te behandelen.
3. Er is een relatief korte opnameduur: dit geeft een grote "turn-over".

De snelle wisseling van de patienten en de gedemoraliseerde toestand waarin ze verkeren bij opnamen, stellen hoge eisen aan de verpleegkundige staf en de therapeuten.

Dit maakt specialisatie en hoge deskundigheid van deze staf noodzakelijk.

4. Doordat er een relatief klein aantal bedden is, zullen psychotische patienten, demente bejaarden, alcoholisten en suïcidegevaarlijke patienten in nauw contact met elkaar op één afdeling verpleegd worden.
5. Er zal nauwelijks groepsvorming kunnen plaatsvinden: de patienten komen en gaan en hebben nauwelijks gelegenheid contacten met elkaar aan te gaan.
6. De psychiatrische afdeling zal gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag erop ingesteld moeten zijn patienten in een crisissituatie op te nemen en deze patienten een adequate opvang te bieden. Dit stelt hoge eisen aan de totale personeelsbezetting.
7. Door de relatief korte opnameduur zal de psychiatrische afdeling of moeten imkrimpen - dit betekent nog minder bedden en minder personeel - of een groter verzorgingsgebied dienen te krijgen. Dit houdt in: een nog grotere polikliniek en ingewikkelde samenwerkingsverbanden met meerdere Sociaal Psychiatrische Diensten en andere poliklinische behandelingsinstituten in het werkgebied.

De patienten die opgenomen worden, verkeren weliswaar allen in een crisissituatie, maar de aard van de crisis loopt sterk uiteen: psychotische patienten die de draagkracht van hun omgeving overschrijden; de grote groep alcoholisten die niet in staat is om te stoppen met drinken met behulp van een ambulante behandeling - van bijv. het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs; de patienten die na een tentamen suïcidii een of meerdere dagen op de Intensive Care-unit verpleegd zijn geweest en voor wie nog geen goed ambulante hulpverleningsplan gereed is; bejaarde patienten bij wie een snelle verergering van de dementieverschijnselen opgetreden is of die acuut psychotisch zijn geworden. Vervolgens is er de groep patienten die poliklinisch wordt behandeld en waarbij gedurende de behandeling een escalatie ontstaat waardoor opname niet langer vermeden kan worden. En tenslotte kunnen de patienten genoemd worden die opgenomen worden voor een klinische medicamenteuze behandeling, zoals het instellen op

Lithium-medicatie, anti-depressieve medicatie bij bejaarden en soms anti-psychotische medicatie bij patienten die veel last hebben van de bijwerkingen van deze medicatie.

Daarnaast dient voor de volledigheid vermeld te worden dat er een groep patienten is die de afdeling als een veilige haven ziet en blijft zien; zij gebruiken de PAAZ om weer eens een tijdje uit hun ellendige bestaan te vluchten; we denken aan de groep oudere weduwen of gescheiden vrouwen voor wie de eenzaamheid periodiek teveel wordt, de onbehandelbare chronische alcoholisten of de chronisch psychotische patienten, levend in slechte pensiontehuizen. Bij de laatste categorieën beperkt de doelstelling zich bij opname vaak tot een proberen de patient te bewegen uit zijn uitzichtloze situatie te stappen en zich in een goed gezinsvervangend tehuis of een andere meer beschuttende woon-situatie te laten opnemen.

4. De toepassing van de principes van directieve therapie op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

De voorwaarden waaraan een crisis-interventie moet voldoen, vertonen grote overeenkomsten met de kenmerken van directieve therapie, zoals die door Van der Velden en Van Dijck (1977) en door Van Dijck et al. (1980) zijn geformuleerd. Deze kenmerken zijn genoegzaam bekend:

- de therapeut geeft opdrachten;
- er is een beperkt aantal zittingen;
- er wordt gewerkt met doelen;
- er wordt een positieve context aangebracht;
- en de aanpak is pragmatisch;

dit alles bij patienten die klachten hebben.

Wanneer opnamen op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis gezien worden als crisis-interventie, een tijdelijke onderbreking van een poliklinische behandeling, is de verwachting dat deze uitgangspunten van de directieve therapie ook binnen de afdeling toepasbaar zullen zijn:

- Op de PAAZ worden alleen patienten opgenomen die in een crisis-situatie verkeren; de anderen zullen een poliklinische behandeling krijgen.

Patienten in een crisistoestand hebben meestal ernstige klachten. Voor mensen die alleen maar willen groeien - en als zodanig wel voldoen aan het criterium van de World Health Organization-nota (1971): "Hulp zo vroeg mogelijk" - zijn de groeimogelijkheden op een dergelijke psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te midden van alcoholisten en krankzinnigen beperkter dan tijdens het beoefenen van sport of zang in verenigingsverband.

- De opgenomen patienten krijgen praktische richtlijnen: zo zijn er trainingen in ontspanningstechnieken, zelfcontrole-programma's bij mensen met dwangproblematiek en er worden adviezen gegeven van velerlei aard (om bijv. problemen op het werk, in het gezin, in vrije tijd of in woonsituatie op te lossen).
- De opnameduur zal kort zijn. Dat het om een korte verpleegduur gaat, wordt de patient bij binnenkomst al duidelijk gemaakt. Hij zal door de opname alleen niet beter worden. Het behandeldoel tijdens de opname zal zijn hem zover te helpen dat een ambulante behandeling gestart of hervat kan worden. (Zo wordt bij klinische detoxificatie van alcoholisten bijv. bij opname de daarvoor gebruikelijke opnameduur van tien dagen genoemd).
- De behandeling op de afdeling is pragmatisch. Bij de behandeling wordt gekeken naar wat helpt bij deze patient in zeer ruime zin. Familie wordt gedurende de opname bij de behandeling betrokken en het plaatsje van de patient thuis wordt vrijgehouden door hem zo snel mogelijk weer enige uren of dagen thuis te laten doorbrengen. De pragmatische benadering gaat zover dat de psychotische patienten het advies krijgen Haloperidol te gebruiken. Motiveringstechnieken zoals deze door Van der Velden en Van Dijck (1977) zijn beschreven, kunnen belangrijk zijn sommige patienten te bewegen de anti-psychotische medicatie in te nemen.
- Er wordt naar gestreefd de opname zelf in een zo positief mogelijke context te plaatsen. Dit is niet altijd goed mogelijk, soms kan de opname geïnterpreteerd worden als een daad van zelfopoffering van de patient om het gezin rust te geven of als een periode waarin de patient de accu weer oplaadt, zodat hij beter in staat is de problemen thuis op te lossen.

- Tenslotte is het van groot belang dat er op de afdeling een sfeer heerst van permissiviteit, waaruit een respect voor de patient en zijn klachten voortvloeit. Dit alles in het kader van: "Hier wordt niet geslagen; hier gooit men geen ramen in; gooit men niet met vaatwerk; pleegt men geen zelfmoord; gedraagt men zich behoorlijk; maar ook: vecht de verpleging niet met de patienten en wordt er geen gebruik gemaakt van de isoleercel:. Er wordt gestreefd naar een houding van tolerantie en meegandheid binnen het kader dat er nu eenmaal dingen moeten veranderen.

5. Enige gegevens uit de praktijk

Wanneer gekozen wordt voor een ontwikkeling van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis in de richting van een voorkeur voor crisis-interventie-opnamen, is de verwachting dat de patienten die opgenomen worden ernstiger klachten zullen hebben en dat de gemiddelde opnameduur zal afnemen.

Van 1 maart 1979 tot 1 maart 1980 zijn de op de psychiatrische afdeling van het St Hippolytusziekenhuis te Delft (20 bedden) 322 patienten opgenomen (zie figuur 1).

figuur 1:

OPNAMEDUUR				
	alle PAAZen 1977	PAAZ Overvecht 1977	Behandel- centrum Overvecht 1977	PAAZ St Hipp. 1979/1980
Gemiddelde opnameduur	34,6 dagen	28 dagen	47 dagen	23,5 dagen

De gemiddelde opnameduur over deze periode bedroeg 23,5 dagen. Deze ligt ruim beneden de gemiddelde opnameduur voor de opnamen in alle PAAZen in Nederland: 34,6 dagen. Vanuit de PAAZ-Overvecht zijn in 1977

cijfers gepubliceerd waarbij de gemiddelde opnameduur voor het opnamecentrum (in enige mate vergelijkbaar met de PAAZ in Delft) en het behandelcentrum gescheiden weergegeven zijn; deze cijfers zijn resp. 28 en 47 dagen.

De gemiddelde opnameduur van dit opnamecentrum verschilt minder van de PAAZ in Delft dan de gemiddelde PAAZ in Nederland. Voor het behandelcentrum binnen de PAAZ-Overvecht (gemiddelde opnameduur 47 dagen) stellen Siegelaar en Tak (1977) dat het niet onaannemelijk is te achten dat bij uitbreiding van de ambulante behandelingsmogelijkheden een aanzienlijk deel van het behandelcentrum van de PAAZ zou kunnen sluiten. De ervaringen op de PAAZ in Delft lijken de juistheid van deze veronderstelling te ondersteunen.

Wanneer we de gemiddelde opnameduur bepalen voor de verschillende diagnostische categorieën krijgen we het volgende beeld (zie figuur 2):

figuur 2:

DIAGNOSTISCHE CATEGORIEËN	GEMIDDELDE OPNAME- DUUR: (in dagen)
Dementie en organische aandoeningen	29,6
Psychosen	28,8
Neurotische of persoonlijk- heidsproblemen	24,1
Verslavingen	15,8
Zwakzinnigen	36,8
Alle patienten	23,5

Hierbij kan het volgende aangetekend worden:

- Hoewel algemeen de verwachting bestaat dat geriatrische patienten op de psychiatrische afdeling een langdurige bedbezetting veroorzaken ten gevolge van het tekort aan mogelijkheden tot doorverwijzing naar geriatrische afdelingen of meer geëigende instituten, wordt deze

verwachting door onze cijfers niet bevestigd.

- Ten aanzien van de verslavingen moet gesteld worden dat veel van de 76 opgenomen verslaafden in het jaar van het onderzoek kwamen voor een klinische detoxificatie waarvoor een opname van gemiddeld tien dagen uitgetrokken werd.

figuur 3:

<u>DIAGNOSEN IN PERCENTAGES:</u>			
Diagnose:	P.Z. 1977	PAAZ 1977	PAAZ St Hippolytus 1-3-79 / 1-3-80
Dementie en organische aandoeningen	8,3	8	8,1
Psychosen	48,5	23	30,4
Neurotische of persoonlijkheidsproblematiek	27,1	53	36
Verslavingen	12,8	13	23,6
Zwakzinnigheid	2,9	3	1,9
Observatie	0,4		

Wanneer we deze getallen vergelijken met de cijfers van de PAAZen in Nederland over 1977, dan valt op dat het percentage van patiënten met neurotische problematiek beduidend lager ligt op de PAAZ van het St Hippolytusziekenhuis te Delft, namelijk 36 tegen 53%.

Het percentage van patiënten met psychosen ligt hoger in Delft, te weten 30,4 tegen 23%. Hetzelfde geldt voor verslaafden, nl. 23,6 tegen 13%. Voor de andere categorieën zijn de verschillen niet zo uitgesproken.

Vergelijken we nu de cijfers met de cijfers die gelden voor de psychiatrische ziekenhuizen, dan valt op dat in deze ziekenhuizen nog minder neurotische problematiek behandeld wordt (resp. 27,1 en 36%) en dat het aantal psychosen hoger uitvalt (resp. 48,5 en 30,4%).

Over deze cijfers kan met de nodige voorzichtigheid - de getallen zijn uit verschillende jaren - het volgende opgemerkt worden:

- De verdeling van de diagnostische categorieën van de psychiatrische afdeling van het St Hippolytusziekenhuis te Delft vertoont meer overeenkomst met die van het psychiatrisch ziekenhuis dan met de PAAZen in Nederland.

Een verklaring hiervoor kan liggen in het gegeven dat patienten met neurotische problematiek in Delft bij voorkeur een ambulante behandeling aangeboden krijgen.

Het percentage verslavingen is hoger dan dat van andere psychiatrische afdelingen en psychiatrische ziekenhuizen. Dat zou verklaard kunnen worden door de intensieve samenwerking die er bestaat tussen deze psychiatrische afdeling en het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in Delft. Bovendien is er in Delft geen gespecialiseerde kliniek voor de klinische behandeling van verslaafden.

Wanneer patienten eenmaal opgenomen zijn op de psychiatrische afdeling wordt ernaar gestreefd hen zo snel mogelijk weer in een ambulante behandelingssituatie te krijgen. Dit houdt in dat er zo min mogelijk doorverwezen wordt naar andere behandelingsinstituten (zie figuur 4).

figuur 4:

<u>DOORVERWIJZINGEN:</u>			
PAAZen in Nederland 1977	PAAZ Delft 1-3-79 / 1-3-80		
4,2 %	1,8 %	6 / 15 / 322	naar een geriatrische afdeling of verpleeghuis
	0,3 %	1 / 15 / 322	naar een kliniek ter bestrijding van alcohol- en drugmisbruik
	0,6 %	2 / 15 / 322	naar een universiteitskliniek
	0,6 %	2 / 15 / 322	naar een gezinsvervangend tehuis
4,6 % ')	1,2 %	4 / 15 / 322	naar een psychiatrisch zieken- huis
8,8 %	4,7 %	15 / 322	TOTAAL

') verwezen naar andere ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen

In het jaar van het onderzoek werden 15 van de 322 patiënten doorverwezen; dit is 4,7%. Voor alle PAAZen in Nederland bedraagt dit 8,8%.

De verwijzigen waren:

- 6 naar een geriatrische afdeling;
- 1 naar een kliniek voor verslaafden;
- 2 naar een universiteitskliniek;
- 2 naar een gezinsvervangend tehuis;
- en 4 naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Van de opgenomen patiënten is dus 1,2% doorgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis (2,1% naar een ander ziekenhuis); voor alle psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in Nederland is dit 4,6%.

Van belang is hier nogmaals te wijzen op het selectief opnamebeleid dat op de PAAZ in Delft gevoerd wordt ten aanzien van de ernst van de klachten: patiënten moeten eigenlijk ernstige klachten hebben.

7. Slot

Tenslotte zou ik gaarne de sfeer van permissiviteit die in ons ziekenhuis op de psychiatrische afdeling heerst, willen illustreren met het volgende:

Er is in het jaar van het onderzoek op de afdeling waar de directieve benaderingswijze van de patiënten nagestreefd wordt, geen ruit gesneuveld, er zijn geen kopjes of glaswerk met opzet gebroken, de isoleercel is geen enkele keer gebruikt, dwangverpleging is niet toegepast, er heeft geen zelfmoord plaatsgevonden, eenmaal heeft een patient zich de pols gekrast en een tweetal malen heeft een verpleegkundige een klap van een manische patiente gekregen. Dit alles bij een opname-populatie die tendeert naar die van een psychiatrisch ziekenhuis en bij een opname-beleid dat slechts in die zin selectief is dat patiënten ernstige klachten moeten hebben om opgenomen te kunnen worden. Slechts eenmaal is door ons een patient geweigerd: een dronken man die aan handen en voeten geboeid door de politie binnengebracht werd voor behandeling van zijn agressief gedrag.

Referenties

Abraham, R.E. & W.B. Gunning (1976):

De regionale psychiatrische kliniek en
de psychiatrische afdeling van het algemeen
ziekenhuis,

Medisch Contact 31, 513 - 520

Dijck, R. Van, O. van der Hart, C.P. van der Velden & D.N. Oudshoorn (1980):

Wat is directieve therapie (2); vijf programma-
tische uitgangspunten,

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

Directieve Therapie 2,

Van Loghum Slaterus, Deventer

Hoogduin, C.A.L. & R.J. van den Bosch (1978):

Vermijding van Opname,

Tijdschrift voor Psychiatrie 20 (4), 258 - 269

Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1979):

Ambulante behandeling van ernstig psychotische
patienten,

Maandblad Geest. Volksgezondheid 34 (11),

752 - 763

Langsley, D.G. & D.M. Kaplan e.a. (1968-a):

The Treatment of Families in Crisis,

Grune & Stratton, New York

Langsley, D.G. e.a. (1968-b):

Family Crisis Therapy; Results and Implications,

Family Process 7, 145 - 158

Langsley, D.G. e.a. (1969):

Follow-up Evaluation of Family Crisis Therapy,

Am. J. Orthopsychiat. 39, 753 - 759

Langsley, D.G. e.a. (1971):

Avoiding Mental Hospital Admission: Follow-up
Study,

Am. J. Psychiat. 127, 1391 - 1394

Langsley, D.G. & R.M. Yarvis (1976):

Crisis Intervention prevents Hospitalization:
Pilot Program to Service Project,

in: H.J. Parad, H.L.P. Resnick & L.S. Parad,
Emergency and Disaster Management,

The Charles Press Publ. Inc., Bowie, Maryland

Rapport van de Nationale Ziekenhuisraad - Commissie Normering PAAZ (1978)

Rapport tot normering van de psychiatrische
afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)

Siegelaar, H. (1977):

Psychiater in een "atypische" PAAZ,

Tijdschrift voor Psychiatrie 19 (4), 253 - 267

Siegelaar, H. & G. Tak (1977):

Samenvatting van de Discussie,

Tijdschrift voor Psychiatrie 19 (4), 282 - 285

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

Motiveringstechnieken,

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

Directieve Therapie 1,

Van Loghum Slaterus, Deventer

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

Wat is directieve therapie (1),

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

Directieve Therapie 1,

Van Loghum Slaterus, Deventer

') Voor de gegevens van 1977 over de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen is gebruik gemaakt van de Patienten - Registratie Psychiatrische Ziekenhuizen 1977, een uitgave van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de Vereniging Nationale Ziekenhuisraad, alsmede van tabellen mij toegezonden door collega A.A. Eriks, verbonden aan de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Leidschendam. Waarvoor mijn hartelijke dank.

OPEN INSTRUCTIES BIJ DE BEHANDELING VAN MEDICIJNVERSLAVING
DOOR MIDDEL VAN HYPNOSE.

Richard Van Dyck.

Inleiding :

In deze bijdrage wordt een voorbeeld gegeven van onbepaalde, open instructies die de cliënt ertoe brengen zelf een eigen planning te ontwikkelen tot gedragsverandering. Sommige cliënten ontlenen vertrouwen en zekerheid aan een bewust opgezette, nauwkeurig uitgestippelde structurering in de tijd van de gewenste verandering, zoals bijvoorbeeld in zelfcontrole-procedures gebruikelijk is.

Anderen zullen reageren met autoriteitsconflicten, faalangst of andere niet-constructieve reacties, wanneer zij met een duidelijke, openlijke en onontkoombare termijnplanning geconfronteerd worden. In een dergelijke situatie kan het waardevol zijn om het verloop met opzet vaag te laten en zeer sterk permissiviteit te benadrukken. Om te voorkomen dat het geheel daardoor te vrijblijvend zou worden, zijn weer andere maatregelen nodig, die de cliënt tot initiatieven brengen.

Gevalsbeschrijving :

De therapie betreft een 33-jarige vrouw, die ik reeds 2 jaar in echtpaarbehandeling had wegens een complexe relatieproblematiek, waarbij symptomatisch gedrag, zelfstandigheid, familie, werk, samen praten, onderhandelen, de belangrijkste thema's waren. Na 27 zittingen kon deze relatietherapie in onderling overleg worden afgesloten, met een duidelijke verbetering. Er was dus alle gelegenheid geweest om haar goed te leren kennen.

Een probleem dat dateerde van voor haar 6-jarige huwelijk, was de ~~afhankelijkheid~~, was de afhankelijkheid van forse medicatie wegens depressieve buien en hardnekkige slapeloosheid. Het routine dagelijkse gebruik was overdag 4 x 25 mg. Phenergan, 2 x 25 mg. Sordinol, 1 à 2 Tofranil van 25 mg. en 's avonds 2 Mandrax of 2 Dalmadorm van 30 mg. De laatste 10 jaar had zij

continu doseringen van deze orde gebruikt. Pogingen van eerdere therapeuten of van de huisarts om dit af te bouwen, hadden alleen tot resultaat gehad dat zij geheime voorraadjes ging aanleggen of smokkelde met recepten. Zij was ervan overtuigd dat zij te labiel was om zonder de steun van medicijnen door het leven te gaan. In de relatietherapie was het punt van medicatiegebruik niet behandeld. Hopend hiermee een gedachte te zaaien, maakte ik tijdens één van de latere echtpaargesprekken de opmerking dat relaxatie en autohypnose een uitstekend substituut konden zijn voor chronisch medicijngebruik, maar voegde eraan toe dat daarvoor wel veel inzet nodig was, zonder verder op het onderwerp in te gaan. Bij het afsluitend gesprek werd deze opmerking herhaald, nu met de toevoeging dat een dergelijke procedure alleen maar zinvol is om de behoefte vanuit de persoon zelf komt. Nieuwsgierige vragen werden afgeweerd met een voorstel om eens op te bellen wanneer het haar ernst zou zijn met het voornemen om iets te doen aan dit jarenlang bestaande probleem. Van het echtpaar werd afscheid genomen. Enkele weken daarna belde zij op. Ze wilde inderdaad meer weten over de procedure. Het eerste gesprek bestond uit voorlichting over hypnose en over de bandjesmethode. Als eerste kleine, "niet-wezenlijke" verandering werd gevraagd om de onoverzichtelijke medicatie te ordenen, door voortaan slechts één medicijn te gebruiken, en daarvan door experimenteren de noodzakelijke dosis te achterhalen. Het best bleek ze het te doen op 6 x 25 mg. Phenergan, met incidenteel 1 Mandrax extra. Vervolgens kreeg ze de gebruikelijke inductie en verdiepingsoefeningen, met suggesties tot relaxatie, maar zonder specifieke suggesties met betrekking tot de medicatie. Na enkele aanpassingen werd hiervan een bandje gemaakt. Ze bleek angstig te zijn voor controleverlies en was zeer onzeker over de vraag of ze het wel "goed" kon, maar met behulp van permissieve suggesties kon ze ook een moeilijk fenomeen als amnesie ervaren. Om die reden werd besloten van haar mogelijkheid tot diepe trance gebruik te maken bij het geven van de therapeutische suggesties. Hierbij werd door middel van een confusietechniek getracht de verantwoordelijkheid voor de timing van de verandering bij haarzelf te leggen. Uit deze zitting volgt een fragment.

" Je kan leren om je bewuste gedachten te laten voor wat ze zijn, om je onbewuste gedachten hun eigen loop te laten, zoals je onbewuste je ook kan leren om de behoefte aan medicijnen te vergeten.

Om de behoefte achter te laten op een ander moment, dan je misschien zelf had gedacht.

Het zou gemakkelijker zijn om het aantal tabletten terug te brengen van 6 naar 5, gemakkelijker dan om ze terug te brengen van 5 naar 4, maar wanneer ze teruggebracht zijn van 5 naar 4, zal het niet meer zo lang duren tot ze van 4 naar 3 verminderd zijn. En zo gauw je gewend bent aan 3, zal het je weinig moeite kosten ... om met 2 uit te komen. Maar de laatste zal je ongetwijfeld meer moeite kosten. Je zal je afvragen of niet dat ene tabletje onmisbaar is geworden, terwijl je eigenlijk al weet, dat de dosis zo laag geworden is, dat ze nauwelijks nog enig effect op je heeft.

De psychologische waarde van de tablet, zal op dat moment belangrijker zijn dan de scheikundige werking...

Het zou me verbazen, als je binnen 2 maanden zover bent. Maar het zal me ook verbazen als je niet binnen 4 maanden een grote vooruitgang hebt gemaakt...

Je zult ondervinden, dat de psychologische betekenis zal toenemen, terwijl de scheikundige werking gaat afnemen...

Het zal belangrijk zijn dat je wacht op de signalen, die je uit je lichaam krijgt. Het is mogelijk om de tabletten te vergeten, te vergeten ze in te nemen of een bewuste beslissing te nemen. De manier waarop, doet er niet toe."

Na afloop wilde ze het bandje graag meenemen. Gezien de aard van de suggesties, het gebruik van de verwarringstechniek, aarzelde ik hierover wel, maar besloot toch aan haar verzoek te voldoen.

De volgende afspraak was twee maanden later gepland. Ze was tevreden over de inmiddels bereikte vooruitgang : ze gebruikte nog 2 tabletten 's avonds, overdag niets meer. Een prettig neven-effect was dat ze tegen haar verwachting in, bij de eerste

poging voor haar rij-examen geslaagd was, hetgeen ze toeschreef aan haar toegenomen kalmte vanwege het dagelijks oefenen met het bandje. Nog eens twee maanden later gebruikte ze nog 1 tablet en vond het inderdaad heel moeilijk om die te laten. Ook vertelde ze dat ze vanwege haar astma bronchiale wilde ophouden met roken. Haar dagelijkse consumptie overschreed twee pakjes per dag. Daarom werd haar een keuze voorgesteld : eerst ophouden met roken, dan de laatste Phenergan eraf, of eerst stoppen met Phenergan en pas dan stoppen met roken. Ze koos voor het eerste. Meteen werd een oefenbandje met een gelijksoortige strategie met betrekking tot roken gemaakt : ze kreeg het mee naar huis met de opdracht het bandje dagelijks te beproeven zonder het roken op te geven. Het doel zou zijn, dat ze ervaring zou opdoen, die dan bij de volgende zitting gebruikt zou worden om een definitief bandje te maken. Twee weken later kwam ze terug. Ze had inmiddels besloten, dat het toch maar beter was om de Phenergan totaal te stoppen. Het "rookbandje" bevredigde wel in grote lijnen, en een definitief bandje kon zonder veel wijzigingen gemaakt worden. Het resultaat hiervan is nog niet bekend.

Opmerkingen :

Een probleem van permissieve suggesties is soms, dat grote vrijblijvendheid het geval is : gebeurt er iets, dan is het goed, gebeurt het niet dan is het ook goed, en als geen van beiden van toepassing zijn is er nog niets aan de hand. Om te voorkomen dat cliënten daarna in vredige afwachting van de op til zijnde veranderingen, hun symptomatisch gedrag gewoon voortzetten, zijn enkele maatregelen gewenst. In dit voorbeeld werd gebruik gemaakt van het "zaaien" van ideeën, die een verwachtingspatroon op gang kunnen brengen. Ook werden kleine, niet-essentiële veranderingen gevraagd, die toch al een zekere inzet en involvering vereisen.

Impliciete suggesties waren een belangrijk onderdeel van de strategie.

Het aftellen van de tabletten houdt een progressief dalende lijn in, het noemen van termijnen is een uitnodiging om zelf te definiëren wat "een grote vooruitgang" is. De voorstelling dat de laatste tablet de moeilijkste zou zijn impliceert dat alle andere gestaakt zullen worden. Maar de uitspraak dat de psychologische betekenis belangrijker zou zijn dan de scheikundige (overigens mijns inziens een juiste bewering) houdt in, dat de tablet eigenlijk al overbodig is, behalve voor z'n psychologische aspecten.

De ongerustheid over het effect van het herhaaldelijk beluisteren van de verwarrende uitspraken bleek niet nodig. Wellicht speelt daarbij een belangrijke rol, dat ze deze aankondigingen vanaf de eerste keer intrigerend en interessant vond. Ze wilde graag weten wat er eigenlijk gezegd werd. Toen ze het eenmaal wist, hoefde ze er verder niet meer met bewuste aandacht naar te "luisteren". Belangrijk is hierbij waarschijnlijk ook, dat deze aankondigingen, hoewel enigszins merkwaardig, toch redelijk en niet onlogisch zijn, zodat ze geen kritische bedenkingen op gang hoeven te brengen.

-o-o-o-o-

05-06-1980

RVD/jw.

• •
•
•
•
•
• •

• •
•
•
•
•
•

Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten; een onderzoek

Alfred Lange

Voorwoord

Hoewel het de vraag is of de rapportage over laboratorium experimenten thuis hoort in TDT heb ik toch besloten om dit onderzoek eerst in TDT te publiceren. Daarvoor zijn een paar redenen:

- Ten eerste heeft de achtergrond van het onderzoek betrekking op een therapeutische kwestie
- Ten tweede komen directieve therapeuten speciaal in het onderzoek aan bod
- Ten derde vind ik het leuk om mijn mederedacteuren ook eens te informeren over andere dan therapeutische werkzaamheden waar ik - nog steeds - mee bezig ben
- Ten vierde hebben verschillende mederedacteuren (Van Dijck, van der Hart, Hoogduin & van der Velden) ervoor gezorgd dat in 'hun' instellingen aan het onderzoek werd meegewerkt. Daarvoor mijn dank.

Onplezierig is, dat ik er niet in slaag om in dit nummer het volledige experiment te beschrijven. Erger nog, ik ben niet verder gekomen dan de inleiding. Gedachtig onze stelling 'beter iets dan niets' heb ik besloten om deze dan toch alvast in te sturen. Hopelijk volgt het geheel (inleiding opnieuw voor de overzichtelijkheid) dan in het volgend nummer.

1. Inleiding

In de sociale psychologie bestaat al meer dan 30 jaar belangstelling voor wat men genoemd heeft "halo - effecten" of effecten van 'impliciete persoonlijkheidstheorie (vgl. Asch, 1948; Kelley, 1950). De term "halo - effect" is gebaseerd op het gelijknamige fotografisch fenomeen, dat te maken heeft met licht uitstralen. In de psychologie heeft het betrekking op een ander soort uitstraling. Het gaat daarin om de manier waarop bepaalde informatie over een persoon doorwerkt in de manier waarop hij op andere aspecten wordt beoordeeld. In de klassieke 'Kelley-achtige' experimenten bleek bijvoorbeeld dat de beoordeling van een spreker door proefpersonen, t.a.v. allerlei eigenschappen, verschilde al naar gelang men van tevoren de informatie had gekregen dat het een 'warme' respectievelijk 'koude' persoonlijkheid betrof. Bij dat ene gegeven verwacht men dan kennelijk bepaalde karakteristieken, die men dan ook meent aan te treffen bij de betreffende persoon. Strict genomen moet men bij dit soort fenomenen niet spreken over halo-effecten maar over de effecten van het impliciet toepassen van persoonlijkheidstheorieën. Klassieke voorbeelden van halo-effecten vindt men in school-situaties. Wanneer een proefwerk wordt ingeleverd door de domste van de klas, dan is het aan te nemen dat er een lager cijfer voor gegeven wordt dan wanneer datzelfde proefwerk toegeschreven zou zijn aan de nummer één. Het 'algemene' gegeven dat iemand bekwaam en intelligent is, heeft dan tot gevolg dat men geneigd is elke specifieke activiteit van die persoon als meer positief te beoordelen dan wanneer het om een notoir onbekwame persoon zou gaan. Uiteraard gaat dat niet onder alle omstandigheden op. Wanneer een prestatie overduidelijk goed of slecht is dan leent die zich minder duidelijk voor distortie op grond van halo-effecten dan wanneer er sprake is van meer ambiguïteit. Bij meer-keuze vragen zal er minder of geen sprake van kunnen zijn, terwijl het bij 'essay-vragen' wel het geval kan zijn. Het behoeft nauwelijks betoog dat dit soort halo-effecten in zeer veel situaties te vinden zijn, niet in de laatste plaats bij het beoordelen van manuscripten door reviewers van tijdschriften.

Halo-effecten en verwachtingen omtrent de ander

Sinds Merton (1957) heeft het begrip self-fulfilling prophecy opgang gemaakt in de sociologie, economie en in de psychologie. Door sociaal-psychologen werd het fenomeen van zichzelf waar-makende voorspelling meerdere malen experimenteel aangetoond. Van Brederode e.a. (1965) lieten groepen van vier vrouwelijke proefpersonen samen een bouwtaak verrichten. Alle proefpersonen waren van tevoren uitvoerig getest. Vlak voordat zij de gezamenlijke taak zouden gaan uitvoeren werd met ieder van hen een kort gesprek over de tests gevoerd, waarin steeds dezelfde informatie werd gegeven. Aan drie van de vier werd verteld dat 'die vierde' persoon iemand was die uit de tests naar voren was gekomen als iemand die een enorme dosis leiderschapskwaliteiten bezat. Aan 'nummer vier' zelf werd hierover helemaal niets gezegd. Zij kreeg alleen de neutrale informatie die de anderen ook hadden gehad. Tijdens het naderhand bouwen van het dorp werden de proefpersonen systematisch geobserveerd door twee onafhankelijk observatoren, die vooral moesten letten op leiderschapsgedrag. Het bleek dat er een significante stijging was in leiderschapsgedrag bij nummer vier. Een ander fraai experiment is meer recent uitgevoerd door Snyder & Swann (1978). Groepjes van twee proefpersonen deden een wedstrijd in probleem oplossen, waarbij men elkaar kon hinderen met een 'geluidswapen', een toeter. Bij sommige proefpersonen werd de verwachting gewekt dat zijn partner zich agressief zou gedragen, door de toeter veel te gebruiken. Bij deze proefpersonen bleek de partner uiteindelijk inderdaad significant agressiever te zijn geworden dan de partners van proefpersonen die niet dit soort vooraf-informatie hadden gehad.

Meer bekend dan deze laboratorium experimenten zijn de veldexperimenten van o.a. Rosenthal en Jacobson (1968). In dit soort experimenten worden random een aantal kinderen uit een nieuwe schoolklas uitgekozen. Aan de leraren wordt dan verteld dat de tests hebben uitgewezen dat deze leerlingen het volgend jaar een grote vooruitgang in leerpresta-

ties zullen gaan vertonen. In veel gevallen blijken deze kinderen inderdaad significant meer in IQ vooruit te gaan dan hun medeleerlingen.

Halo-effecten en psychotherapie.

Vanuit de sociologische hoek hebben auteurs als Scheff (1966, 1975) en Goffman (1961, 1963) zich niet onbetuigd gelaten in het wijzen op de gevaren van halo-effecten in de psychiatrie. Zij zien het afwijkend gedrag niet zonder meer als een eigenschap van de persoon die dat gedrag uitvoert, maar vooral als een consequentie van regels en reacties van de omgeving.

De regels bepalen in de eerste instantie wat als "gestoord" en wat als "niet gestoord", bijv. excentriek, wordt beschouwd.

Wanneer iemand het etiket "gestoord" heeft gekregen wordt hij beloond voor al dat gedrag wat daarmee in overeenstemming is en gestraft voor al het gedrag wat daarmee strijdig is en zou kunnen wijzen op normaliteit. Patienten die bijv. steeds met vreemde dromen en angsten komen aanzetten worden beloond met positieve aandacht.

Daarentegen worden patienten die bijv. vragen om informatie over de behandeling, of zeggen dat het goed met ze gaat zodat ze wel naar huis zouden kunnen, kortselig tegemoet getreden.

Daarbij spelen bovendien halo-effecten een rol.

Vele gedragingen die in het gewone dagelijkse verkeer geen aanleiding zouden geven tot het waarnemen van stoornis, worden bij personen die als patient zijn gelabeld, waargenomen als bewijzen voor hun gestoordheid. Aldus ontstaat een interactief proces, waarbij de cognities van de omgeving ervoor zorgen dat de patient steeds zieker wordt en meer voedsel geeft aan die cognities van zijn omgeving.

Halo-effecten met betrekking tot psychiatrie en psychotherapie zijn ook experimenteel onderzocht. Temerlin (1968) liet psychiaters, klinisch psychologen en doctoraalstudenten psychologie een op geluidsband opgenomen interview horen. In de "experimentele" conditie werd van tevoren verteld dat de persoon op de band een interessant geval

was aangezien hij een neurotische indruk maakte maar in feite psychotisch was. De meeste proefpersonen uit de controle-condities beoordeelden de persoon van de band als gezond. Enkele beoordeelden hem als neurotisch en geen van allen vond hem psychotisch. In de experimentele groep daarentegen waren er slechts enkele proefpersonen die de persoon als gezond beschouwden. Psychose werd daarentegen vaak en neurose nog vaker geconstateerd.

Het onderzoek van Temerlin is door zijn vele methodologisch tekortkomingen niet veelzeggend. Wij willen daar nu niet al te diep op ingaan.

Het belangrijkste probleem in zijn opzet is echter dat het onderzoek geen ruimte biedt om werkelijk halo-effecten te meten. De proefpersonen krijgen informatie over een persoon en er wordt achteraf naar diezelfde informatie gevraagd. Wat erin is gestopt wordt er weer uitgehaald. Langer & Abelson (1974) deden het wat beter. Zij vertoonden aan 40 therapeuten een video-opname van een man die zojuist naar een nieuwe betrekking had gesolliciteerd. In een interview van een kwartier vertelde hij over zijn ervaringen in eerdere werkkringen. Voordat zij naar de band gingen kijken kregen de proefpersonen enige informatie. De helft van de therapeuten kreeg daarbij te lezen dat het om een man ging die solliciteerde naar een nieuwe baan. De andere helft liet men geloven dat de geïnterviewde een psychiatrisch patiënt was. Gedragstherapeuten en therapeuten met een analytische achtergrond werden gelijkelijk -at random - over de twee experimentele condities verdeeld. Nadat de proefpersonen de videoband hadden bekeken werd hen gevraagd een korte beschrijving te geven van hun indrukken van de geïnterviewde. De "open" beschrijvingen werden door vijf onafhankelijke beoordelaars - die de achtergrond van het onderzoek verder niet kenden - gescoord op een schaal van 1 (zeer gestoord) tot 10 (zeer goed aangepast). Conform de verwachting werd de als patiënt gelabelde geïnterviewde als significant gestoorder beschreven.

Dit verschil bleek bij de analitici echter sterker dan bij de gedrags-therapeuten.

Wanneer cliënten inderdaad de kans zouden lopen, door een wat vervormde informatie van de verwijzer, door de behandelende therapeut

of "intaker" nodeloos negatief of te positief (lijkt minder nadelig) beoordeeld te worden dan zou dat consequenties moeten hebben voor de procedure waarmee verwijzingen worden verricht. De experimentele evidentie is echter nog niet erg sterk. Zelfs bij Langer & Abelson kan men toch ook als bezwaar aanvoeren dat wat erin is gestopt (stoornis in de vorm van "patient" zijn) er weer - weliswaar in andere woorden - wordt uitgehaald. Het is nog maar de vraag of het vooroordeel zou blijven bestaan als de therapeuten de persoon in kwestie wat langer hadden kunnen bekijken en op een manier die meer past bij de therapeutische setting waarin zij werken. Bovendien zou bij de beoordeling niet naar stoornis gevraagd moeten worden maar naar specifieke waarneembare aspecten van de te beoordelen persoon. Teneinde dit soort vragen te kunnen beantwoorden hebben wij het hier beschreven experiment opgezet.

VREEMDE OGEN DWINGEN?

1. Inleiding.

De eerste ontmoeting met een cliënt is voor mij altijd een gebeuren, waarbij ik plankenkoorts heb: Ik heb het gevoel, dat ik in veel te korte tijd veel te veel dingen moet begrijpen en in hun onderlinge samenhang rangschikken. Dit gevoel herinnert mij enerzijds aan mijn ervaringen als amateurtoneelspeler, anderzijds aan de gemoedstoestand, waarin ik verkeerde, wanneer ik bij een patiënt geroepen werd op een eerste hulpafdeling met een acuut neurologisch probleem. Deze plankenkoorts waardeer ik niet alleen negatief; ik beschouw het als een toestand van verhevigde concentratie, waarin ik sneller denk en sneller associeer. Het spreekt vanzelf dat deze plankenkoorts des te heviger is, wanneer je je in een situatie bevindt waarin de omstandigheden anders zijn dan de gebruikelijke, waaronder je functioneert. Een dergelijke ervaring viel mij in maart 1979 te beurt ten tijde van mijn werkbezoek aan Suriname.

In Suriname wordt tegen een buitenlandse, c.q. Nederlandse hulpverlener hoog op gekeken: Ook na de onafhankelijkheid en ook in de atmosfeer van een bevrijde postkoloniale samenleving worden aan de Nederlanders nog deskundigheden toegeschreven die moeilijk in te vullen zijn. De zuivere deskundigheid van de Nederlander is, althans in psychiatrisch - psychotherapeutisch opzicht inderdaad groter, doch alleen dan wanneer deze deskundigheid wordt toegepast in een Nederlandse situatie; de Surinaamse samenleving lijkt alleen oppervlakkig op de Nederlandse. Voor hulpverleners betekent dit onder andere het volgende: Een Surinamer die ergens last van heeft, beschouwt zichzelf als ziek: dit is een hele zware betekenis. Ziek zijn betekent, dat je naar een dokter toe moet, die je met pillen of injecties zal helpen. Wanneer in Suriname een hulpverlener zou spreken over "geestelijke" problemen, wordt dit gezien als een uitdrukking van het feit dat de hulpverlener denkt dat de cliënt door boze "geesten" bezeten is. Wanneer een Surinamer echter van mening is dat hij door geesten bezeten is - meestal stelt de familie deze diagnose, die er in onze termen op zou neerkomen, dat iemand neurotisch of psychotisch is - raadpleegt hij niet de Westers opgeleide arts doch een bonoeman of loekoeman: de lokale medicijnmannen, gebedsgenezers, etc. Van een arts verwacht de gemiddelde Surinamer pillen of injecties. Een anamnese, zoals die in onze windstreken gebruikelijk is, kan in Suriname niet afgenomen worden. Het vragen, bijvoorbeeld, naar seksuele problemen kan ertoe leiden dat de hulpverlener overhoop geslagen wordt door de beledigde cliënt. Gesprekstherapie, in welke vorm dan ook, zonder een medicament te geven, is in Suriname vrijwel onmogelijk.

In het navolgende wil ik kort verslag uitbrengen van een contact wat ik had met een meisje van 14 jaar op verzoek van een Westers opgevoed familielid. Ten tijde van dit contact was ik reeds enige mate op de hoogte van de van de onze nogal afwijkende visie van de Surinamers op hulpverlening. Ik vond het een fascinerende ervaring.

2. De presentatie van het probleem.

Een kennis van een van onze gastheren in Suriname werd aan mij voorgesteld, omdat hij mij zo dolgraag iets wilde vragen. Toen ik me argeloos bereid verklaarde om met hem te spreken, loosde mijn gastheer een zucht van verlichting en vroeg mij bewogen toch vooral alle aandacht te geven aan zijn vriend, omdat het om een zeer ernstig probleem ging. In Nederland zou ik geneigd zijn om iemand naar een ander kanaal te verwijzen, de eigen huisarts, de psychiater bij wie de patiënt in behandeling was, etc. In Suriname wordt dat gezien als een grote belediging.

Ik had reeds in Nederland een ervaring opgedaan, die mij deed besluiten deze gedragslijn niet te volgen: toen ik nog op de Jelgersma Polikliniek werkte, is het mij eenmaal overkomen, dat een Surinaamse cliënt bij zijn tweede bezoek aan mij grote sommen geld op het bureau uittelde om mij om te kopen. Hij had mijn zakelijke en voorzichtige manier van inventariseren van zijn klachten geïnterpreteerd als een poging om een slaatje te slaan uit zijn problematiek; ik had namelijk geen medicamenten voorgeschreven en mij ook verder in zo'n eerste gesprek nog wat op de vlakte gehouden. In Suriname deelde de "verwijzer" mij het volgende mee. Zijn nichtje van 14 jaar kon sinds één week niets meer horen en niets meer zeggen. Een en ander was acuut ontstaan tijdens een gymnastiekles op school. De Surinaamse huisarts had haar naar één van de psychiaters verwezen, die met haar gebeden had (een zeer gebruikelijke behandelingsmethode in Suriname) en vervolgens had gesteld, dat het met geduld wel over zou gaan. Nadat ik zo goed mogelijk geverifieerd had of er geen epilepsie in het spel was, besloot ik om terstond met het zeer verontruste familielid mee te gaan naar het betreffende gezin. Op de plaats van het onheil aangekomen, maakte ik eerst kennis met de zeer onderdanige familie: vader, een Hindoestaanse doch christelijk opgevoede conciërge van middelbare leeftijd en moeder, een autochtone Indiaanse, die geen woord Nederlands sprak. Voorts was aanwezig één ontstemde en hevig angstige oudere broer. De cliënte zelf, een allerliefst Indiaans uitziend meisje van 14 jaar, zat vaag glimlachend in een hoek van de kamer. De sfeer was onheilspellend. Ik informeerde bij de ouders of er de laatste tijd grote veranderingen waren opgetreden in het leven van hun dochter. Deze vraag werd ontkennend beantwoord; wat uit de moeizame hetero-anamnese naar voren kwam, was dat cliënte 2 jaar geleden bijna verkracht was, doch ze zou dit verder zonder merkbare schade verwerkt hebben. De vader had verder een, typisch Surinaamse, theorie over de oorsprong van de ellende: Hij meende dat de man, die hij opgevolgd had als conciërge, jaloers was op zijn positie en een amulet op het erf van zijn huis begraven zou hebben om hem te treffen. Het had alleen niet goed gewerkt, het kwaad had niet hem getroffen doch zijn dochttertje. Hij had reeds een "loekoeman" geraadpleegd (dat is het Surinaamse equivalent van een diagnostisch opererend arts), doch deze had hem gezegd dat het hier om een zeer ernstige vorm van magie ging, waar hij machteloos tegen was. Verder viel mij in het eerste contact nog op, dat de houding van de moeder zeer afwerend was. Zij antwoordde op mijn door de vader vertaalde vragen met grote tegenzin, had een zeer starre mimiek en leek duidelijk met het hele geval niets te maken te willen hebben. Ik besloot maar om een poging te doen met de cliënte in contact te komen. Ze kon niet spreken en ze kon niet horen, doch bleek wel te willen reageren op geschreven vragen, bijgevoegd bij dit artikel, is het begin van dit "gesprek". Mijn hypothese was, dat ik te maken had met een geval van hysterische afonie en mutisme. Van mijn Surinaamse vrienden had ik vernomen, dat wanneer vrouwen met een dergelijk beeld aangeboden worden, er meestal sprake is van ernstige gezinsproblematiek of dat het betreffende meisje moet trouwen of dat een huwelijk geregeld is met iemand met wie ze niet wil trouwen. Ik besloot het gesprek in een medische context te plaatsen, waarbij ik de rol zou spelen van een welwillende arts, die haar weer aan het praten zou brengen, althans wanneer zij daartoe bereid en in staat was. De eerste zinnen: "Ik ben een dokter; ik wil je graag helpen weer te willen praten, hoelang wil je nog langer niet praten?", zijn bedoeld om meteen het kader te scheppen voor het verdere gesprek: haar probleem is, dat ze niet in staat is om te willen praten en ik begeef mij op gelijk niveau door te vragen expliciet, hoelang zij niet langer wil praten. Het antwoord diskwalificeert meteen deze poging. Ook de volgende vragen: Wat kun je nog horen? "Ik hoor niets". Helemaal niets, of alleen geen stemmen en heb je ergens pijn? Antwoord: "Ik hoor niets, helemaal niets. Nee, nergens alleen hoofdpijn". Waar in je hoofd? "Ja, in mijn hoofd", worden door mij opgevat als een poging om krampachtig vast te houden aan de door cliënte bereikte status quo: Zij is absoluut de meesteres over de situatie.

Na het antwoord "Ja, in mijn hoofd", begin ik een praatje, waarbij ik zeg, dat ik ervan overtuigt ben, dat zij mij kan horen, dat ze me hoort praten, maar nog geen betekenis aan mijn woorden kan geven, omdat ze zo hevig met zichzelf bezig is, dat alle geluiden maar een geroezemoes zijn. Ik vertel verder, dat we alle tijd hebben, dat de familie zich op de achtergrond zal houden en dat ze niets te verliezen heeft, omdat ik tegen haar zal praten, alsof ik te maken heb met iemand, die uitstekend kan horen en uitstekend kan praten. Cliënte reageert daarop met het zinnetje: "Kunt u liever voor mij schrijven", hetgeen impliciet aangeeft, dat ze mij wel degelijk hoort en zelfs begrijpt, maar de controle over de situatie in dit vroege stadium niet bereid is op te geven. Ik besluit om cliënte voor een Ericksoniaanse keuze te plaatsen, als volgt: Ik kan schrijven, ik wil het graag voor je doen, maar praten is makkelijker. Laten we een afspraak maken: Ik praat, als je me niet wil horen, vraag je me te schrijven. Als je het leuk vind wat ik zeg, knik je of schud je je hoofd of lach je. Daarna schrijf ik, wil je voor mij een, en dan zeg ik, sigaret, en ik schrijf verder, aan je vader vragen? Cliënte reageert hierop door voor het eerst in het gesprek te glimlachen, ze wenkt haar broer, die zich moroos in een hoek van de kamer ophoudt, en schrijft op een briefje "Een sigaret voor de dokter, vraagt hij". Daarna schrijft ze, ik kan echt niet horen, ik probeer maar ik hoor niets. Ik kan echt niet praten, ik probeer het kan niet. Hierna vraag ik zonder te schrijven: "Hoe snel wil je beter worden?" Ik denk dat als je me niet hoort, je wel hebt geleerd om lip te lezen (dit laatste zeg ik, terwijl ik mijn hand voor mijn mond houdt). Cliënte reageert dan voor het eerst met een antwoord zonder eerst mijn vraag gelezen te hebben: "Ja, ik wil vlug beter worden om naar school te gaan". Ik schrijf: Jij mag zeggen hoelang nog. Antwoord: "Geen enkele dag". Ik vraag daarna, nog steeds mijn mond zo onopvallend mogelijk bedekkend: "Waarom ze wel zo snel heeft geleerd mijn lippen te lezen en waarom ze haar moeder zo slecht kan volgen". Het antwoord is nogal veelzeggend: "Ik kan haar niet horen en kan haar lippen niet volgen". Terwijl cliënte dit schrijft heeft ze een uiterst verbeterd gelaatsuitdrukking. Ik krijg het idee, dat cliënte op de een of andere manier erg gefrustreerd is in een voor haar belangrijke zaak door haar ouders; en ik begin het betoog waarin ik aanstip, dat het soms heel moeilijk is om dingen die je niet wil horen, buiten te sluiten, dat je niet de hele tijd met je vingers in je oren kunt zitten en dat je gewoon te moe kunt zijn om te praten; dat je soms zelfs te moe kunt zijn om iemands lippen te volgen, zeker wanneer die lippen vaak hetzelfde zeggen. Cliënte pakt daarna voor het eerst uit zichzelf naar het papier en pen en schrijft: "Of ik wil horen, maar soms heel ver weg en het lijkt of ik gek wil worden. Het lijkt of ik weg wil rennen en alles kapot slaan en iemand bijna vermoorden". Ik vraag daar tussendoor: "Wie ze dan wil vermoorden". Waarop ze me even heel fel aankijkt, de ogen ogenblikkelijk neerslaat en verder schrijft: "Mensen, die in de buurt zijn van me, waar ik ben". Naar mijn idee heeft ze het op dit moment duidelijk over haar familie. Om wat gas terug te nemen, informeer ik verder of dat er op school ook nog mensen zijn, die ze graag zou willen vermoorden. Reactie: "Ik ga niet naar school op dit ogenblik". Om nog wat verdere informatie te krijgen over het ogenblik waarop de verschijnselen zijn begonnen, vraag ik naar wat er precies aan de hand was, toen ze voor het eerst merkte dat ze niet meer kon horen en praten. Ze antwoordt als volgt: "We waren gaan gymmen, toen voelde ik me niet goed. Ik heb gevraagd of ik naar het toilet mocht gaan, ik ging, maar het is in de gymzaal gebeurd, toen voelde ik me duizelig en ik ben naar de kleedkamer gegaan en wist niets meer, ik was weg. Later hoorde ik mensen praten, die ik bij was gekomen, maar heel in de verte. En ik wist niets meer, ik was weg. Ik weet niet wat ze met me hebben gedaan". De gelaatsuitdrukking van patiënte is tijdens dit hele merkwaardige gesprek steeds vriendelijker geworden, wanneer ze naar haar moeder en broer kijkt, wordt haar gezicht grimmig, wanneer ze naar mij kijkt, lacht ze uiterst vriendelijk.

Ik stel haar direct de vraag, wat ze op dit moment nu eigenlijk het liefst zou willen. Ze reageert oblikaat: "Ik wil graag praten en horen". Ik reageer, dat dat heel natuurlijk is, maar dat ze dat nu eenmaal niet kan en dat we geen van beiden weten hoelang dat nog allemaal kan gaan duren. Maar dat ik wel graag wil weten, wat ze zou willen, wanneer het probleem met het praten en het horen er niet meer zou zijn. Ze reageert heel fel: "Niets meer. Ik weet niet hoe u bedoeld". Daarna vertel ik een soort reoriëntatie in de toekomst-achtig verhaal, van hoe fijn het weer zou zijn "om ergens heel anders" te zijn, wel te kunnen praten en wel te kunnen horen en allerlei leuke dingen te doen waar je nu door deze nare kwaal niet meer aan toekomt. Daarna denkt ze heel lang na, gaat weer voor zich uit zitten kijken en kijkt uiteindelijk weer op alsof dat ze me wil peilen en schrijft vervolgens: "Ik wil graag wel eens uitging". Mijn hypothese daarna is dat het hier gaat om een vroegrijp, erg leuk meisje in een zeer strikt nogal kil gesloten gezin, die dolgezeurd is over de gevaren die haar in de grote boze wereld wachten, zeker in aansluiting aan de verkrachting. Ik zucht eens wat en vraag mijzelf hardop en mijmerend in de verte tu-rend af, hoelang het niet kunnen praten, het niet willen praten en het niet willen horen in haar geval nog nodig zal zijn en schud vervolgens somber mijn hoofd. Patiënte grijpt weer naar de pen en papier en schrijft: "Ik wil uit mijn eigen, maar het kan echt niet". Daarna pauzeert ze en schrijft, kennelijk antwoord gevend op mijn eerder gestelde vraag, "Naar de film met mijn nicht of broer en zwagers". Ik vraag daarna of ze in het gezelschap van nicht of broer en zwagers wel zou kunnen willen praten en horen. Ze begint daarna hard te lachen en kijkt me zeer guldig aan en schrijft: "Hoe bedoelt u?" Ik reageer daarop door te zeggen, dat het heel dikwijls voorkomt, dat je je werkelijk niet meer in staat voelt om te praten, omdat je toch niet gehoord wordt en niet meer in staat voelt om te horen, omdat het toch niets voor je betekent. Waarna ze schrijft: "Wanneer ik praat, ging mijn stem weg. Nu komt er geen ge-luid". Ik zeg daarna, dat ik eens zal overleggen of dat er misschien een plaats voor haar te vinden is, waar geleidelijk haar stem en haar gehoor terug kan komen. Ze kijkt me hoopvol na. Op het erf verzamelt de familie zich rond mij. De vader zegt dat hij wanhopig is, omdat hij de amulet niet heeft kunnen vinden en dat het met zijn dochter de verkeerde kant uit zal gaan. Bovendien vindt hij het vreselijk, dat juist bij zijn dochttertje dit geval van bezetenheid voorkomt. Ik reageer daarop door te zeggen, dat ik eigenlijk de neiging heb om hem te feliciteren met een zo gevoelige en vriendelijke dochter: "Uw dochter is op een leeftijd, waarop ze niet weet welke geest ze moet volgen": De geest van gehoorzaamheid aan haar ouders, de geest van het verlangen om te blijven in het gezin waar je thuishoort, of de geest van een zelfstandige jonge vrouw, die uiteindelijk zelfstandig in het leven zal moeten staan. Ze durft niet tegen u te zeggen, dat ze misschien wat zelfstandiger is, dan u denkt, omdat ze bang is dat ze u daarmee beledigt. Daarom zegt ze maar niets meer. Ze weet niet, dat ze dat doet en dat het zo gaat. Het is juist onze taak als volwassen mensen om haar in deze moeilijke periode de goede geest te laten volgen. Zij is op dit moment zo bang, dat ze u kan kwetsen met wat ze zegt, dat het me een goed idee lijkt, dat ze tijdelijk naar een ander adres gaat. De familie reageert hierop opgelucht. Ze stemmen grif in met het voorstel van het familielid en mij om Lilian enkele weken te laten logeren bij hem thuis. Wanneer ik Lilian nog even gedag zeg en haar op de hoogte breng van het besluit, fluistert ze heel zachtjes: "Dag dokter".

3. Slot.

In het huis van het familielid zijn Lilians afonie en mutisme binnen anderhal-ve dag verdwenen. Een toestand, waarin enkele weken later geen verandering was gekomen. Verder heb ik het geval niet kunnen volgen.

Men kan zich afvragen of hier alleen sprake is, van "Vreemde ogen dwingen". Ik denk zeker, dat het mee heeft geteld. Het betekent nogal iets, wanneer een Hollandse dokter speciaal naar je huis toekomt. Veel belangrijker evenwel is, denk ik, het feit, dat cliënte een gelegenheid aangeboden kreeg om zonder gezichtsverlies haar symptoom op te kunnen geven. Bovendien had het symptoom in feite zijn taak vervuld: Ze was uit haar nogal verstikkende milieu en kon haar zeer inzichtelijke wensen, dus uitgaan en waarschijnlijk eens wat met jongens kennismaken, vervullen. Ook de ouders leden geen gezichtsverlies. Hun hypothese, dat er geesten in het spel zouden zijn, werd geen geweld aangedaan.

Enige kennis van de cultuur waaruit een cliënt komt, is naar mijn mening onontbeerlijk om zelfs om alleen maar contact met de cliënt te krijgen. Dit probleem speelt niet alleen met Surinamers, maar met alle migranten die zich voor korte of langere tijd in Nederland vestigen: Men denke ook aan Marokkaanse gastarbeiders, etc. Normen en waarden kunnen zodanig van de onze verschillen, om nog maar niet te spreken over de ingewikkelde verhoudingen binnen gezinnen en uitgebreidere systemen, dat hetgeen een Westers georiënteerd therapeut beweert niet meer is dan geroezemoes voor een cliënt. Voorts bleek dit geval mij interessant om te vermelden, als voorbeeld van het niet trekken aan cliënten.

Literatuur:

R. Jadnanansing, 1979, "Surinamers in Nederland".

Eindreferaat Psychiatrisch Centrum "Bloemendaal" te Loosduinen.

graag helpen weer te willen praten

Mhoe lang wil je nog langer niet praten?

Ik weet ik probeer, maar ik kan niet

Wat kun je nog horen?

Ik hoor niets

Alleen maar niets? of alleen geen stemmen?

en heb je eigen pijn?

Ik hoor niets helemaal niets

Neerergens alleen hoofdpijn

Waar in je hoofd? hier in mijn hoofd

Kun je beter lichter over mijn schrijven.

Ik kan schrijven, ik wil het graag over je doen, want praten is waarbelyven.

Laten we een afspraak maken: ik

praat, als je me niet wil horen,

vraag je me te schrijven

als je het leuk vindt wat ik zeg,

knik je, of schudt je je hoofd of

lach je.

Wil je voor mij een ... aan je

vader vragen?

Wie waren gaan ginnen toen veelke ik me niet goed. Ik heb gersagel of ik naar el telet mocht gaan, ik ging maar! is in de gunxaal gebelent. E. p. E. Een veelke ik me churkelig en ik ben naar het hlaethameri gegaan en worst niet meer. Ik was weg.

hater hoorde ik mensen praten die ik ey was gekonver maar heel in de verte En ik was niet meer ik was weg. Ik weet nu wat ze met me hebben gedaan

Ik wil graag praten en horen

Niet meer. Ik weet niet hoe u bekeeld

Ik wil graag dat wil eens uitging

Ik wil wil mijn eigen maar ik kan echt niet

Naar de film met mijn rucht of broer, en twageres.

Hoe bekeeld u

Waarvoor ik sprac yungme stem weg.

Nu komi er geen gebeten

^{kan} Ik ^{kan} recht niet horen ik probeer maar ik
 hoor niets. Ik kan echt niet praten
 Ik probeer, 't kan niet,
~~ja,~~
 ja, ik wil vlug beter worden om
 naar school te gaan.

Hij mag zeggen hoe lang nog.
 Geet enkele dag.

Ik kan der niet horen en kan der
 lippen niet volgen.

Of ik wil horen maar soms heel ver.
 weg en 't lykt of ik gek wil worden.
 't lykt of ik weg wil rennen en
 alles kapot slaan en niemand byna
 vermoorden. Mensen die in de buurt zijn
 voor me was en ik leer.
 Ik ga niet naar school op dub ogen
 blik.

Julian Elcedic

Directieve therapie bij psychotische jongeren

De proef op de som.

Dick N. Oudshoorn

Jeffrey Zeig vertelde op zijn workshop op de Jelgersmakliniek van 5 juni 1980 het een en ander over het behandelingsverloop bij een jongeman. Uit de summiere gegevens die Zeig gaf kon worden opgemaakt dat die patient een ernstig psychotisch toestandbeeld vertoonde, waarbij hij onder meer stemmen hoorde, dat hij moeilijk van zijn ouders los kon komen, het gevoel had in alles te falen en problemen had met zijn weg in de maatschappij te vinden. Hij was al eens opgenomen geweest en toen ook onder Zeigs behandeling geweest. Het ging op 5 juni slechts om illustratie van een bepaalde therapeutische techniek (symptoomvoorschrijving) zodat de gegevens waar ik over beschik volkomen onvolledig zijn. Niettemin leek het me de moeite waard als uitgangspunt voor dit artikelletje.

Ik wil namelijk enkele opmerkingen maken over de behandeling van gestoorde jongeren. Het gaat me daarbij niet zozeer om de symptomen of de daarop gerichte technieken als zodanig, maar om transactionele sive relationele aspecten van het behandelingsproces, dus om datgene wat er gebeurt in de therapeutische relatie. In de beeldvorming van Directieve Therapie blijven deze zaken wel eens teveel onderbelicht.

De drie principes die gelden voor alle directieve therapie en hypnotherapie (door Zeig speciaal bij symptoomvoorschrijving opgesomd, maar bij nader inzien ook in ruimer verband geldig), zijn:

- 1) Je treedt de patient tegemoet in zijn eigen referentiekader.
- 2) Je bewerkt van daaruit kleine veranderingen
- 3) Je lokt genezing uit. Vooronderstelling is hierbij dat patienten het vermogen in zich hebben om over hun probleem heen te ko-

men en dat ze de oplossing 'ergens' al bezitten. De therapeut dient de kunst te verstaan de goede oplossing naar voren te halen. Een optimistisch uitgangspunt!

Nu maakt het natuurlijk toch wel verschil of je deze principes hanteert bij een boekhouder die van het roken af wil, dan wel bij een psychotische scholier.

Het zijn niet alleen verschillen in kwantitatief opzicht zoals kort tegenover lang; eenvoudig tegenover gecompliceerd, maar ook kwalitatieve zoals: weinig versus intense interacties en betrekkelijk geringe tegenover grote persoonlijke inzet van de therapeut.

Er bestaat geen eenrichtingsverkeer; de therapeut lokt veranderingen uit bij zijn patient, maar de patient lokt ook het een en ander uit bij zijn therapeut. Wat een habituele roker uitlokt is wel wat heel anders dan wat een psychotische jongere losmaakt. Bij de behandeling van de eerste zullen technische adviezen strikt genomen voldoende zijn, welke dan vanzelfsprekend in de betrokkene passende termen zijn vervat (dus bv nauwgezette registratie van het tabaksverbruik enzovoort). Het hele behandelingsverloop is -eventueel met een of twee varianten- redelijk goed voorspelbaar. De behandeling kan onmiddellijk en volgens afspraak van start gaan omdat er a) een patient komt, die b) een probleem onderkent, die c) dit naar voren brengt om er iets aan te (doen) veranderen en die d) een goed omschreven probleem heeft van een tamelijk laag abstractieniveau, dat zich dadelijk leent voor directieve behandeling (doelgericht en taakgericht, beperkt aantal zittingen. Verg van der Velden 1977).

Op de genoemde punten kan het bij psychotische jongeren heel anders liggen. In meer dan een opzicht is ervaring in de kinderpsychiatrie en kinderpsychotherapie dan van voordeel.

Kinderen die met tegenzin komen, zomaar weg blijven, tijdens een zitting er vandoor gaan, geen probleem willen onderkennen laat staan iets van dien aard naar voren willen brengen om er wat aan te doen en die alles bijeen zulke ingewikkelde en variabele patronen laten zien dat je je al gauw bijzonder opgelaten voelt, zulke -gestoorde- kinderen zijn voor de ontwikkeling van de the-

rapeut van onschatbare waarde. Waarom? Onder meer omdat hij leert wat uittesten is. Zulke kinderen stellen op zeer geraffineerde en zeer intense manier de therapeut op de proef, proberen zijn zwakke plekken en zijn uithoudingsvermogen eindeloos uit.

Het kernprobleem lijkt te zijn: "Ben ik iemand, ben ik de moeite waard". De enige zinnige manier waarop ze deze vraag stellen is met hun -haast onuitstaanbare- gedrag waarmee ze proberen uit te vinden: "ben ik voor j6u de moeite waard" of iets dergelijks.

In vele behandelingen, ook waar het niet om de ergste stoornissen of problemen gaat speelt deze vraag een rol en is er sprake van 'ageren' of uittesten.

Hoe vaak doorstaat de therapeut deze proef en hoe vaak zakt hij?

Het betreft hier problematiek binnen het therapeutische gebeyren dat van een andere orde is dan het niveau waarop symptomen opduiken en verdwijnen. Gelukkig speelt het in de meeste behandelingen maar een zeer bescheiden rol, maar dat neemt niet weg dat symptomen binnen de therapie een functie kunnen vervullen in dienst van een centrale vraag bij de patient. Soms komt het er op neer of de therapeut betrouwbaar en de moeite waard is, als proef op de som of je zelf de moeite waard bent. Allerlei provocaties zijn daartoe geschikt.

Uit het relaas van Zeig was dat ook duidelijk op te maken:

In een bepaalde nacht ontstond er een crisis rondom die jonge patient en werd Zeig opgebeld. Die jongen wilde beslist in een psychiatrisch staatsziekenhuis worden opgenomen, was echter nog wel om te praten om dan -diezelfde nacht- nog bij Zeig langs te komen. Hij kwam inderdaad, bepakt en bezakt, met een krankzinnige uitmonstering, passend bij een "chronische hebefreen".

Hij klaagde dat zijn hoofd uit elkaar dreigde te vallen.

Enfin, de ambulante therapeut werd wel zwaar op de proef gesteld, maar... hij doorstond de test glansrijk: hij doste zich al even zot uit en nam het gedrag van de patient over. Er kwam weer contact tot stand en de jongen accepteerde Zeigs hoofdoek 'om zijn hoofd bij elkaar te houden' en bleef die doek geruime tijd dragen.

De behandeling kan voortgang vinden. Deze zal vermoedelijk nog enige jaren wekelijks voortduren.

Uit Zeigs beschrijving blijkt duidelijk dat er een sterke wederzijdse betrokkenheid is welke voor de therapeut een aanzienlijke belasting is, maar die zichtbaar ook belonende aspecten heeft. Binnen die sterke relatie gaat Zeig overigens consequent directief te werk, compleet met symptoomvoorschrijven.

Psychotische of anderszins gestoorde patienten en met name jongeren (maar natuurlijk niet alleen zij) zijn niet zo maar gewonnen voor therapie en willen ook niet zo maar van hun symptomen af, hoe kwellend die vaak ook zijn. Ze kunnen de therapeut eerst danig op de proef stellen door hem te provoceren hen af te wijzen of 'bij de asbak te zetten'. Pas als de therapeut die beproeving doorstaat kan de behandeling goed van start gaan. Het lijkt daarbij allereerst te gaan om de fundamentele vraag naar de eigen waarde

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

Zeig, Jeffrey K., mededelingen op zijn workshop
te Oegstgeest van 5 juni 1980.

Kees van der Velden

1. Inleiding

Van der Velden & Van Dijck (1977) beschouwen het verliefd worden van de cliënt op de therapeut als een 'hindernis' die 't liefst voorkomen moet worden, bijv. door de partner van de cliënt van meet af aan bij de behandeling te betrekken: 'De realistische situatie die dan ontstaat, verhindert het optreden van weinig produktieve fantasieën'. (Erg onaardig geformuleerd welbeschouwd. Stel dat onze warme genegenheid voor Doris Day indertijd aldus gekarakteriseerd was!) Dat dit middel niet altijd helpt wordt in de onderstaande gevalsbeschrijving geïllustreerd. Verder wordt gedemonstreerd dat de beschouwingen van Lange (1980) en Van Dijck (1980) over timing en motivering in meer gecompliceerde gevallen aanvulling verdienen. Ook wordt erop gewezen dat een mislukte behandeling als een succes beschreven kan worden zonder dat het concept van de 'zware last' achteraf van stal wordt gehaald. De Discussie, ten slotte, is gewijd aan enkele vragen die zich n.a.v. de gevalsbeschrijving kunnen voordoen.

2. Het voorbeeld

2.1. Aanmelding en taxatie

Jannie Terpstra is 32 jaar, huisvrouw, moeder van drie kinderen. Echtgenoot Bas is 39 en beheert een magazijn. 't Paar is twaalf jaar getrouwd.

Jannie wordt door de huisarts verwezen wegens depressiviteit, 'vlagen van panische angst', straatvrees en sociale angst, prikkelbaarheid, onredelijkheid, m.n. ook tegenover de kinderen, en een sterke 'aversie sexualis', die erop neerkomt dat zij geen aanraking meer verdragen kan. Zowel Jannie als Bas zijn eerder behandeld geweest. Zij voor dezelfde klachten, hij wegens 'angsten'. Aldus de huisarts.

Bij de intake zien we een 'keurig verzorgde', overduidelijk hyperventilerende jonge vrouw, die begeleid wordt door een traag formulerende man met gekwelde gelaatsexpressie: Bas. In dit gesprek komen in eerste instantie drie probleemgebieden/werkpunten naar voren:

- a) Het hyperventileren, gecombineerd met aerofagie. Voor het eerste probleem wordt een aanpak vlg. Hoogduin (1977) afgesproken; voor het tweede wordt 'boeren' aanbevolen, welk verschijnsel bevordert

kan worden door het drinken van koolzuurhoudende drank, bijv. Spa. (Dit was niet zo een schitterend advies. Ik kom er in de Discussie op terug.)

- b) De seksuele moeilijkheden. De seksuele narigheid staat in de gebruikelijke context: slecht met mekaar kunnen praten; Bas zoekend naar mogelijkheden om Jannie aan te kunnen raken, hopen dat zij hem niet zal afwijzen; Jannie beleefd, en dus Bas niet metéén wegduwend wanneer hij zijn hand op haar schouder legt; Bas daaruit afleidend dat zij wel 'wil' en dus ogenblikkelijk afstevenend op wat hij als zijn doel is gaan beschouwen: het krachtdadig beroeren van haar genitaliën, wat hem evenwel keer op keer een afwijzende geste van Jannie oplevert. Dat Jannie harerzijds nooit enige lichamelijke aanraking zoekt kan amper als extra informatie worden beschouwd. Te zeer is zij bevreesd dat Bas een lijfelijke uiting van genegenheid als een invitatie tot seksueel contact zal opvatten.

Intussen is Bas van mening dat alles véél beter zou gaan wanneer Jannie maar aardigheid zou hebben in een beetje vrijen en eens klaarkomen op zijn tijd.

De therapeut moet Bas teleurstellen (met toelichting) en stelt een coïtusverbod in alsook een verbod op het toucheren van erogene zônes (bij Jannie dan). (Ook op dit punt kom ik in de Discussie terug.)

De seksuele problematiek heeft ook wortels in het verleden. Van daar het volgende punt:

- c) Het 'viezerik'-gevoel. Jannie voelt zich een 'viezerik' en meent dat anderen haar ook als zodanig beschouwen. Hoezo zou zij een 'viezerik' zijn? Dat zit zo. Toen ze 15 was raakte ze zwanger, werd door de zeer godsdienstige ouders naar 't buitenland getransporteerd alwaar ze haar kind ter wereld bracht om het ogenblikkelijk na de geboorte af te staan. De godsdienstige ouders hebben nadien nimmer meer een woord aan dit incident gewijd, en Jannie, van haar kant, was te tactvol om de ouders aan dit voor hen pijnlijke moment te herinneren. (Pikant detail: de godsdienstige vader is ambtenaar in een godsdienstige gemeente en uit hoofde van zijn functie - het bewaken der zeden in die gemeente - moet hij regelmatig een kijkje nemen in pornozaken, teneinde zich ervan te vergewissen dat de betreffende neringdoenden zich niet al te zeer buiten de grenzen van het welgevoegelijke bewegen met hun handel.)

In dit gesprek blijkt verder nog dat Bas indertijd voor dwanggedachten behandeld is geweest (hij twijfelde steeds over de vraag of hij derden per ongeluk geen schade had toegebracht), maar daar praat hij liever niet over, want praten zou tot een heroptreden van deze klachten kunnen leiden. Magisch denken dus nog, bij Bas.

2.2. Overwegingen bij de start van de behandeling

Goedgemutst ziet de therapeut al een elegante behandeling à la Van Dijk (1980) voor zich: beginnen met het hyperventileren, waarna de paniekaanvallen en de fobische klachten vanzelf of met kleine hulpmiddelen zullen verdwijnen; vervolgens de relatie tussen de echtelieden in goede banen leiden (praten met mekaar, al of niet met behulp van ABA-oefeningen; leren onderhandelen etc., allemaal niet zo moeilijk) om ten slotte met het verleden af te rekenen (brieven; gesprek met de ouders). Hupsakee. De therapeut heeft er echt zin in.

't Zal de lezer opvallen dat de therapeut niet vreselijk grondig taxeert. Hoe is het affectief tussen Jannie en Bas? Nou, wel goed lijkt het. Ze lachen lief naar mekaar. Hoe is 't met de opvoeding? Op 't moment niet geweldig, maar dat kan natuurlijk heel goed met Jannie's klachten samenhangen, en bovendien: Bas springt prima bij. Kortom: Er is een combinatie van individuele klachten en relatie-narigheid, en omdat we nu eenmaal ergens moeten beginnen, kunnen we denkkelijk het beste beginnen met het zuchten en hijgen.

Of de keuze voor een beknopte taxatie een juiste is geweest stèl ik graag ter discussie. Hetzelfde geldt voor de keuze van het eerste werkpunt. (Zie de Discussie.)

2.3. De behandeling

2.3.1. Naar de verloedering (zitting 1 t/m 10)

De hyperventilatieprovocatie verloopt matig: Jannie zucht niet echt goed door. Ze kiest ervoor op haar ademhaling te letten. Zelf provoceren durft ze niet.

In verband met de relatietoestanden laat de therapeut hen Lange's 'Gedragsveranderende relatie- en gezinstherapie' lezen (Lange, 1978). Erg mooi geschreven, vinden ze, maar voor hen is er zo direct niks bij. 't Blijkt intussen dat Bas alles en alles over Jannie's innerlijke toestand doorvertelt aan zijn broers en zusters. De therapeut adviseert hem (met toelichting) hiermee te stoppen.

Jannie schrijft afscheidsbrieven aan haar ouders. Het lucht haar niet

op. De therapeut adviseert haar ze dan ook niet te verzenden. Jannie voert een gesprek met haar vader, maar precies zeggen wat haar over vroeger dwarszit durft ze niet. 't Lucht dus weer niet erg op. Bas vraagt zich af wanneer 'er nu eens wat gebeurt' (hij bedoelt: 'Wanneer mag ik nu weer eens neuken?') en geeft aan vaak moe te zijn. 't Valt Jannie op dat Bas erg onaardig tegen haar is wanneer het haar toevalligerwijs een stukje beter gaat.

Ter bestrijding van de winkelfobie wordt een Lange & Van der Velden (1980, par. 2.3)-advies gegeven.'t Paar krijgt er onenigheid over. Ze doen het wel, maar leuk vinden ze 't niet.

Bas geeft aan niet alleen altijd moe te zijn, maar ook vaak te tobben en zich nutteloos te gevoelen.

't Begint het paar op te vallen dat wanneer Jannie somber is Bas dit van de weeromstuit ook wordt, waarop Jannie Bas gaat troosten en zich ten slotte zelf in de steek gelaten voelt.

Jannie brengt naar voren dat zij in 't begin van haar relatie met Bas juist heel graag vree, maar Bas wilde toen niet erg, want hij tobde juist over homoseksualiteit. Ook memoreert ze dat zij degene is die Bas 'zelfstandig', d.w.z. onafhankelijk van zijn bazige vader, heeft gemaakt.

Intussen wordt Jannie steeds angstiger, met name ook om naar de therapeut te komen.

Bij de 10de zitting wordt de balans opgemaakt.

Dit is dweilen met de kraan open. Knoeiwerk. 't Is misschien wel judo, maar dan uitsluitend in de zin van grond- en trekwerk. Jannie voelt zich geen 'viezerik' meer, dat is mooi, en ze hyperventileert wat minder, dat is ook aardig, maar verder is ze angstiger dan ooit en de verhouding tussen de echtelieden zit muurvast. Klachten van Jannie zijn voor Bas uitsluitend aanleiding om zelf in ellenlange monologen zijn eigen narigheid te ordenen, en omgekeerd is 't niet beter. 'Ik schijn haar niet aan te voelen', zegt Bas bij herhaling, en hij slaat daarmee wel de spijker op de kop. 't Gevolg van zijn psychasthene opstelling is wel dat Jannie, die vroeger altijd alles regelde, nu met haar klachten het gezin Terpstra terroriseert. Wat te doen? Bas' positie versterken zou een mogelijkheid zijn, maar de moeilijkheid is dat wanneer de therapeut dat in Jannie's bijzijn gaat proberen, Jannie slecht genoeg is om thuis, wanneer Bas zich tracht 'assertief' op te stellen, iets te zeggen als: 'Zo, probeer je P. (naam therapeut) na te doen?' Bovendien houdt de therapeut zijn hart vast als hij aan een Bas denkt die het

heft in handen neemt.

De therapeut legt het paar een aantal van zijn problemen voor. Hij zegt geconstateerd te hebben dat vooruitgang bij dit paar geen enthousiasme opwekt, maar integendeel, dat vooruitgang tot nieuwe moeilijkheden leidt. Hij zegt verder de indruk te hebben dat het paar op het punt van het hebben van klachten een soort verbeterd wedstrijd houdt. En ten slotte legt hij Jannie en Bas de vraag voor of ze weleens scheiding hebben overwogen.

Dat hebben ze zeker, maar ze willen nu toch wel weer eens nadenken of dat niet juister zou zijn. Voor 't overige delen ze de mening van de therapeut. Zelfs met diens uitspraak (ontleend aan Haley, 1963) dat Bas en Jannie elkaar met hun klachten straffen kunnen ze van harte instemmen.

2.3.2. Verder naar de verloedering (zitting 11 t/m 18)

De lezer wordt een uitputtende opsomming van deze trieste ontwikkeling bespaard. Heeft de schrijver zich al niet kwetsbaar genoeg opgesteld? Bas en Jannie blijven bij mekaar. En ze zeggen enige inzet toe. Aan de opvoedingsproblemen willen ze werken, aan het verleden, de toekomst, het heden, ja aan wat niet! Patterson wordt gelezen, maar men is te moe om er iets mee te doen. Aan het verleden zal het nodige gedaan worden, maar dan overlijdt Jannie's vader. Ze houdt zich prima bij begrafenissen en kerkdienst maar is er niet blij mee. Bas treedt even wat steviger op maar zegt er weinig waardering voor gekregen te hebben. Enz. In dit stadium gaat de therapeut zijn zittingverslagen wat slordiger invullen.

Eén interventie mag misschien genoemd worden. Inziend dat hij met een hardnekkig homeostatisch systeem te maken heeft, zegt hij dat het waarschijnlijk erg verstandig is van Jannie om haar fobische klachten te houden. Hoezo, vraagt Jannie. Welnu, vervolgt de therapeut, het lijkt een manier van jou om je huwelijk te redden; als je buitenkwam zou je licht in een situatie komen waarin je een andere man ontmoette, en 't gevolg zou op dit moment heel vervelend kunnen zijn voor jou en Bas. Een zitting later zegt Jannie er diep over nagedacht te hebben en de zienswijze van de therapeut te delen.

2.3.3. Het dieptepunt (zitting 19)

Bas komt alleen. Jannie is geheel over haar toeren thuis. Ze kan niet komen dus. Ze ziet het niet meer zitten. Het is echt ernstig. Er moet iets gedaan worden. Door de therapeut.

Jannie is niet tevreden met de therapie. En ook niet met de therapeut. Alles is kil. Hij geeft papieren mee over hyperventilatie. Hij heeft na Jannie en Bas meteen een andere patiënt. Hij is onpersoonlijk. Zo kan Jannie zich niet 'geven'. Nee, de therapeut moet thuis komen, hij alleen, om Jannie 'open te breken en tot haar door te dringen' (dit is dus letterlijk). En doet hij 't niet, dan wil ze niks meer. Een andere therapeut is niet goed, een ander soort behandeling op kantoor is niet goed, neen, thuis moet hij komen en tot haar doordringen opdat zij zich geven kan.

Arme Bas! Diep onder de indruk van Jannie's problemen brengt hij haar boodschap over. Zou het Jannie geholpen ^{hebben} wanneer de therapeut datgene met Jannie deed waarnaar Bas al zo lange tijd smachtend uitzielt, hij zou het goedgevonden hebben.

Kort samengevat reageert de therapeut als volgt. Hij heeft alle begrip voor Jannie's zienswijze. Hij betreurt het dat de bezwaren tegen zijn werkwijze niet eerder naar voren gebracht zijn; hij had dan voor een adequate verwijzing gezorgd (wat hij hiermee precies bedoelt weet de therapeut zelf niet helemaal). Helaas kan hij op haar verzoek niet ingaan, vooral omdat de ervaring leert dat in zo een geval er 100% zekerheid bestaat dat de patiënte verliefd wordt op de therapeut, en daarmee, zo betoogt hij, is er geen probleem opgelost, er is dan alleen een probleem bijgekomen. Bas brengt begrip op voor het standpunt van de therapeut, maar hij vreest het ergste als hij thuiskomt. Zelfmoord lijkt nog wel het minste. Omdat Bas nogal vergeetachtig is, vat de therapeut zijn punten nogeens kort schriftelijk samen. Bas heeft dan ten minste een spiekbriefje.

Overigens is de therapeut ook wel een beetje zenuwachtig geworden. Hemeltje!, zo denkt hij, ik heb dingen losgemaakt die beter op hun plaats hadden kunnen blijven zitten.

2.3.4. De bevrijding

Dezelfde dag nog belt Jannie. De therapeut heeft op dat moment geen tijd maar belooft haar een paar uur later terug te bellen. In dat gesprek licht hij zijn zienswijze nogeens toe, en het valt hem op dat Jannie eigenlijk maar zwak sputtert: 'Ja, ik begrijp wel dat jij ook een gezin hebt', 'Er zijn natuurlijk nog meer patiënten', 'Ik zou toch kunnen proberen mezelf in de hand te houden' e.d. Daartegenover staan uitspraken als: 'Als ik iets wil schijnt het nooit te kunnen', 'Nou ja, dan kap ik maar met alles' e.d.

De therapeut belooft een week later terug te bellen. Intussen zal hij

nadenken over de mogelijke uitwegen uit deze moeilijke situatie.

Dit nadenken levert het volgende op. De therapeut neemt ten volle de verantwoordelijkheid voor de geschetste ontwikkeling. Hij geeft aan op een onverantwoorde manier therapie te hebben bedreven. Hij zegt door teamgenoten op zijn vingers getikt en terechtgewezen te zijn, wat trouwens hetzelfde is. Hij biedt excuses aan. Hij zegt dat hij erop gewezen is dat hij Jannie metéén al naar een psychodramagroep had moeten verwijzen. Etc.

Jannie's verliefdheid, zo redeneert hij, zou met deze lafhartige excuses iets van een therapiefout krijgen, en Jannie zou zich er minder voor hoeven schamen.

Hij belt Jannie. 'Met mevrouw Terpstra', klinkt het sthenisch. De therapeut houdt zijn prevelement. 'Niet nodig', zegt Jannie, 'Ik heb het erg nuttig gevonden. Na dat gesprek met jou hebben Bas en ik voor het eerst goed gepraat. Bas begreep nu pas hoe erg het met mij was. We hebben ook gevreeën, en dat was heel prettig. Ik vind het heel aardig dat je belt. Maar 't gaat heel goed met mij. En met Bas. Ik weet niet of verdere therapie nodig is. Voorlopig wil ik dat in elk geval niet. Ik wil tot rust komen en met Bas en de kinderen een beetje genieten.'

Drie weken later belt de therapeut de huisarts. Die heeft Jannie precies dezelfde morgen op zijn spreekuur gehad. Hij maakt de therapeut complimenten voor diens behandeling: 'Het is geweldig om te zien zoals die vrouw veranderd is. Zo open, niet meer dat gepantserde. Ze is erg tevreden over Uw behandeling.'

3. Discussie

3.1. Directieve therapie 2 bevat twee hoofdstukken over timing.

In 't eerste, van Lange, gaat het om relatieproblemen zonder geprononceerde individuele klachten. In 't tweede gaat het, althans in eerste instantie, om individuele klachten zonder geprononceerde relatieproblemen (Van Dijck).

In deze casus gaat het om geprononceerde klachten bij geprononceerde relatieproblemen. In zo een geval vind ik de selectie van werkpunten bijzonder moeilijk, alsook de timing, de volgorde waarin de werkpunten aan de orde worden gesteld.

Wanneer anderen dezelfde ervaring hebben, zou het de moeite waard

kunnen zijn hierover eens wat na te denken. Hebben anderen dezelfde ervaring niet: ik ben hun leerling.

- 3.2. Een meer uitvoerige taxatiefase, waarin bijv. niet meteen hitsig op het hyperventileren was afgegaan, had kunnen duidelijk maken dat het bij Jannie inderdaad om persisterende oedipale problemen ging, en bovendien was duidelijk geworden dat het paar middels een met veel inventiviteit gevoerde strijd om de macht trachtte de ander nu eens respect te laten opbrengen voor haar of zijn moeilijkheden. Vraag: Had dit inzicht tot een essentieel andere benadering geleid, alhans binnen het kader van een directieve therapie?
- 3.3. (Sluit aan bij 3.1.) In veel therapieën gebruik ik de metafoor van de stamroos. Stel er is een prachtige stamroos, die zware, enkelbloemige rozen voortbrengt. Wanneer zo een roos last krijgt van luis, kan men natuurlijk besluiten er ogenblikkelijk een spuitbus op te zetten. Maar wanneer de roos keer op keer geplaagd wordt door luis, wordt het dan geen tijd te kijken of ie voldoende bemest wordt, of ie niet teveel in de schaduw of op de tocht staat, of de wilde loten er bijtijds afgeknipt worden etc. De spuitbus staat in dit geval voor de aanpak van het hyperventilatiesyndroom. Maar dat er aan het grondmengsel en de standplaats van alles ontbreekt zal eveneens eenieder duidelijk zijn. In de beleving van de patiënt telt op een gegeven moment alleen de invasie van luis. Of was het in dit geval juist de therapeut die dacht: Aha!, hier heb ik een spuitbus voor?
- 3.4. Lange (1980) noemt een geval waarin hij weigert de seksuele problemen meteen te behandelen. Dat lijkt me, bij de aanwezigheid aan affectieve moeilijkheden, of wanneer het 'praten met elkaar' weinig voorstelt, volkomen juist. 't Is alleen typisch dat hij in datzelfde geval wél meedeelt meteen een coïtusverbod te hebben ingesteld. Alsof dat niet een aanpak van de seksuele problemen betekent! Maar goed, 't zal duidelijk zijn dat de seksuele verhouding pas aan de orde kan komen wanneer 'de rest' een beetje in orde is. Niettemin is het coïtusverbod een ingreep die vrijwel steeds de vrouwelijke partner 'bevoordeelt' (men versta mij niet verkeerd!), alhans wanneer zij de draagster van de aversio sexualis is. Dat geeft bij veel hongerige mannen veel problemen.
- 3.5. Ook een minder narcistische therapeut krijgt te maken met het pro-

bleem dat hij als uiterst competent imponeert, zeker in vergelijking met de partner. Men herinnere zich de met libido geladen blikken waarmee de vrouwelijke cliënten van Alfred Lange naar hun therapeut opzien, en vervolgens de koelte waarmee zij aansluitend degeen die hun tot levenspartner dienen bekijken. Bas was iemand die van zijn psychasthenie echt een levenswerk maakte. Het was onmogelijk hem niet in attractiviteit te kloppen. Hoe hiermee om te gaan?, zo luidt mijn vraag.

- 3.6. Dat advies met die aerofagie slaat op weinig. Oudshoorn et al. (1980) zijn ook niet zo duidelijk, want de vraag blijft natuurlijk hōē de cliënt erin moet slagen minder lucht binnen te krijgen. Nog onlangs had ik het genoeg een drie kwartier durende zitting te mogen besteden aan het luid doen boeren van een man die meende dat z'n hart eraan ging. Z'n vrouw en ik moesten vreselijk lachen, hijzelf trouwens ook, tussen het boeren door, en 't was mooi dat ik hem kon geruststellen, maar 't bevredigde toch niet. Gelukkig biedt Cecils Textbook of Medicine (1979) enig houvast. 't Gebruik van kauwgom en drop wordt verboden. De patiënt moet leren langzaam te eten. Bij een droge keel kan het zuigen op'harde kandy worden aanbevolen. Wanneer de patiënt een potlood of i.d. in zijn mond steekt zal hij minder vaak slikken. Van die dingen.
- 3.7. De verliefdheid. 'k Denk dat de therapeut daar niet onverstandig op is ingegaan. Mede op grond van supervisie-ervaringen lijkt het me van belang dat de therapeut lief is in zijn reactie. Argumenten als 'Daar zou ik geen tijd voor hebben' of 'Ik ben niet verliefd op U' en reacties van dat type zouden de patiënt onnodig kunnen krenken. Wanneer men zegt dat de patiënt door een therapiefout verliefd zou kunnen worden wordt gezichtsverlies vermeden.
- 3.8. Jannie heeft ten slotte kunnen winnen van Bas. Er is een analyticus voor nodig om te verklaren waarom Jannie ten slotte wèl kon opknappen. Dezelfde andyticus zou dan meteen kunnen zeggen dat de in par. 2.3.2. gegeven duiding van de straatvrees voor analytici oude koek is.

Referenties

Cecil (1979) Textbook of Medicine. Fifteenth Edition. W.B.Saunders Company, London.

- Dijck, R. Van (1980) Timing en motivering. In: Dir. ther. 2
- Hoogduin, K. (1977) De behandeling van cliënten met hyperventilatieaanvallen. In: Dir. ther. 1
- Lange, A. (1980) Timing. In: Dir. ther. 2
- Lange, A. & K. van der Velden (1980) Afleiding. In: Dir. ther. 2
- Oudshoorn, D. , F. Moene & P. du Jour (1980) De behandeling van cliënten met veel voorkomende lichamelijke klachten en syndromen. In: Dir. ther. 2
- Velden, K. van der & R. Van Dijck (1977) Hindernissen in de beginfase van een directieve therapie

Toevoeging:

- Lange, A. (1978) Gedragsveranderende gezins- en relatietherapie. In: Handboek voor gedragstherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.