

1980



krautzel  
smurf



Bril smurf



Potige  
Smurf



|         |                              |  |    |
|---------|------------------------------|--|----|
|         | De hoofdredacteur            | Ten geleide  | 1  |
|         | Onno van der Hart            | Een te kort durende hypnotherapie                                      | 19 |
|         | Kees Hoogduin                | Directief therapeut: een vak met risico's?                             | 24 |
|         | Alfred Lange                 | Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten; een onderzoek | 28 |
| SK 4/4  | Kees Hoogduin & Else de Haan | De interactionele behandeling van kinderen met dwangverschijnselen     | 56 |
|         | Dick Oudshoorn               | Directieve Therapie pas op!<br>↳ Dit artikel ontbreekt!                | 68 |
| AV 2/70 | Richard van Dijck            | How to use Ericksonian approaches when you are not Milton H. Erickson  | 71 |
| SV 5/1  | Kees Hoogduin                | Hypnotherapie en conversieverschijnselen                               | 82 |
|         | ( Kees van der Velden        | Opmerkingen over de behandeling van hyperventilatie )                  |    |

Omslagen: TAMAR & YASHA LANGE

Redactie: R. Van Dijck, O. van der Hart, C.L.A. Hoogduin, L.J. Joele,  
A. Lange, D.N. Oudshoorn en C.P. van der Velden

Eindredactie ad interim: A. Lange

## TEN GELEIDE

---

Terwijl onze echte hoofdredacteur druk bezig was met het schrijven van een 'Ten Geleide' die meer roem en ruimer eer verschaft dan deze, ben ik koortsachtig in de weer gegaan om dit nummer bij de lezers te kunnen introduceren. Geen moeite was mij daarbij teveel. Zo begaf ik mij op zaterdag 27 september naar een jubileumfestiviteit van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie teneinde verslag te kunnen uitbrengen over wat vijftig jaar arbeid in deze club heeft opgeleverd. Dat was eerlijk gezegd niet zo erg veel. Het aanschouwen en aanhoren van deze verzameling mensen gaf mij wederom de overtuiging dat mijn strategie om mij voor fotograaf uit te geven een juiste is. Ik ben bang dat redacteur Oudshoorn mij voor deze woorden wel weer zal kapittelen maar dat risico neem ik op de koop toe.

Het programma was wel amusant. Ik zal het niet helemaal voor u opsommen, maar mij beperken tot de meest dure spreker: de heer Bergin uit Provo. Degenen die het boek van Norman Mailer over de interessante moordenaar Gary Gilmore hebben gelezen weten dat dit niets met de nozems van de heer Buikhuizen heeft te maken, maar dat dit een stadje is in de Verenigde Staten, en wel in het hart van de Mormonen cultuur, de staat Utah. De heer Bergin (van "Bergin & Strupp" en van "Bergin & Garfield", een beroemdheid dus) hield een toespraak waarvan het begin mij trots en fier de zaal liet inblikken. Hij verdedigde een gezond eclecticisme, helaas zonder de term 'directieve therapie' te gebruiken, maar dat wilde ik hem wel vergeven. De tweede helft van zijn toespraak was van heel ander laken een pak. Plotseling kwam de mormoonse priester te voorschijn die de onthutste zaal om de oren sloeg met een donderpreek. Ik weet het nu allemaal en hoop dat de mederedacteuren zich er wat van aantrekken: we moeten terug naar de christelijke waarden in de psychotherapie. Schuldig voelen is helemaal niet erg. Integendeel, we moeten deze nobele gevoelens weer leren aan onze door gestalttherapie verpeste cliënten (die laatste toevoeging is van mij). Sex is helemaal niet zo belangrijk als men ons doet voorschotelen, en haalt het op geen stukken na bij het belang van het gezinsleven en trouw in het huwelijk. Sommige redactieleden mogen dit best in hun oren knopen.

De zaal was hels, hetgeen tot heftige reacties in de panel-discussie leidde. De arme, kleine, kaalhoofdige Bergin werd door één vrouw zelfs dermate onelegant afgeblaft dat ik me geneerde voor mijn aanwezigheid. Dit bracht mij ertoe hem na afloop tegen het lijf te lopen en mij voor deze dame te excuseren. Van de gelegenheid maakte ik bovendien gebruik om hem te complimenteren met zijn ideeën over eclecticisme.

Er ontspoon zich een hartelijk gesprek waarin eerst hij vertelde over een groep in Amerika die zich daarop richtte, waarna ik een duit in het zakje deed met een nederlandse groep. Tot slot vroeg ik of hij ook naar Phoenix kwam. Hoewel hij het stadje nog van de aardrijkskundelessen kende riep het niets bij hem wakker: "uh, what is in Phoenix?" Ook het noemen van de naam Erickson deed hem niet enthousiast opveren. Pas "Haley" haalde iets van herkenning op zijn gezicht. Zo zie je maar weer. In de pauze sprak ik een aantal mensen, dat hoort er tenslotte bij, waaronder de heren Wijngaarden en Soudijn. De eerstgenoemde kwam naar mij toe met de vraag of ik zijn recensie al had gelezen. Gelukkig was dat niet het geval, anders had ik hem niet zo vriendelijk en hoffelijk te woord kunnen staan. Ik beloofde hem zelfs om hem na lezing ervan op te bellen aangezien hij bijzonder in mijn oordeel geïnteresseerd was. Ik heb daar maar van afgezien. U zult het - misschien met uitzondering van collega Oudshoorn - toch met mij eens zijn dat het een overmatig betuttelende en zelfs denigrerende boekbespreking is. Zonder ons al teveel op de borst te slaan geloof ik dat wij toch iets meer zijn dan een stelletje debielen die het wel goed menen en dat laatste uiten door ons voor cliënten de benen uit het lijf te rennen.

Over de recensie van Soudijn hoeven wij ons gelukkig niet zo druk te maken. Ik heb het ernstige vermoeden dat hij zowel Directieve Therapie als 2 niet heeft gelezen, en wel om dit: Ten eerste heeft de man er gewoon de tijd niet voor. Ten tweede verkondigde hij in 'de pauze van Bergin' de stelling dat er in nederland niemand was die 'dat eclecticisme' bedreef. Toen ik hem fijntjes glimlachend onder de neus wreef dat hij zojuist een boek had gerecenseerd van een groep die zich daarmee bezig hield, begon hij zich langdurig op het smalle hoofd te krabben. Pas na ongeveer een minuut brak er een heldere grijns door en wist hij waar ik het over had. Voorwaar: een geroutineerd recensent.

Een derde recensent van Directieve Therapie 2 - Prof. Thiel - was eveneens aanwezig. Hij hield zelfs een - helaas zeer warrig en on-verstaanbaar - verhaal. Hem heb ik niet gesproken en dus niet kunnen bedanken voor zijn vriendelijke woorden.

Een andere recensent heeft onlangs gedineerd met de heren Van der Velden en Van Dijck. Hij is zelfs lid geworden van de redactie van DtH. Voor zijn bespreking was ik gewaarschuwd. Het zou hard aankomen, had men mij verteld. Het viel mij echter mee. De man heeft het boek duidelijk grondig gelezen en wil dat ook aan zijn lezers laten merken. Een aantal van zijn kritische opmerkingen zijn terecht en uit het einde blijkt dat hij ons toch echt een warm hart toedraagt. Wij mogen zijn medewerking aan DtH met blijdschap tegemoet zien.

Dan is er nog een sympathieke recensie in Trouw van ene MF, en een grondige - eveneens sympathieke - bespreking van Directieve Therapie I in een belgisch blad van een collega wiens naam ik best zou willen weten.

Uit: Intermediair, 16e jrg., 37  
12.9.1980, p.67

### **Directieve therapie**

Enkele jaren geleden werd onder redactie van Kees van der Velden het boek *Directieve therapie* gepubliceerd (in deze rubriek besproken op 27-1-1978). Dat boek bevatte 33 hoofdstukken waarin een groep van auteurs die een aantal uitgangspunten met elkaar deelden, therapeutische procedures toelichtte aan verslagen van eigen behandelingen. Dezelfde groep van auteurs (inmiddels met enkele andere schrijvers uitgebreid) heeft nu een vervolg het licht doen zien: *Directieve therapie 2*. Ook dit boek bevat 33 hoofdstukken, maar het aantal pagina's is flink toegenomen.

Het eerste boek was verrassend, niet in het minst door de technieken die er in beschreven werden. Het tweede deel is veel minder verrassend, want verschillende van de technieken hebben de laatste jaren een grotere bekendheid gekregen. Toch is dat vervolg-deel beslist niet overbodig, want met name de paradoxale technieken die in het eerste deel beschreven werden, schijnen door andere therapeuten maar moeilijk in praktijk gebracht te kunnen worden (althans: die klacht valt te beluisteren bij psychotherapeuten die 'het' ook wel eens een keer wilden proberen).

Deel 2 doet wat rommelig aan; de opbouw is niet evenwichtig (dat wordt overigens in de inleiding direct toegegeven). In eerste hoofdstukken wordt geschreven over 'ele-

menten' van directieve therapie; in volgende hoofdstukken ligt het accent op behandeling van specifieke problemen. Daarna komen hoofdstukken die onder het hoofd 'procedures' zijn geschaard; tenslotte zijn enkele hoofdstukken onder de term 'strategie' gerangschikt. Evenals in deel 1 worden uitgangspunten, procedures, strategieën en dergelijke weer rijkelijk geïllustreerd aan casuïstiek. De auteurs laten steeds duidelijk zien hoe de algemene ideeën in hun eigen behandelingspraktijk geconcretiseerd werden.

Kees van der Velden (red.): *Directieve therapie 2*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980, 488 blz., f 48,50, E.



## Kort

**Directieve therapie**, onder redactie van Kees van der Velden; dl. 1: 1977, 363 p., f 42,50; dl. 2: 1980, 488 p., f 48,50.

O. van der Hart. *Overgang en bestendiging*. 1978. 333 p., f 32,50.

De uitgever van deze 3 boeken is Van Loghum Slaterus.

In de eerste twee boeken presenteert een groep van Nederlandse therapeuten zijn op een kortdurende, pragmatische therapie gerichte aanpak (dl. 1, pag. 11), die aansluit bij het werk van zo uiteenlopende auteurs als Erickson, Gardner, Haley, Frankl, Arndt, Watzlawick en Palazzoli, en waarin elementen uit vele uiteenlopende theorieën zijn terug te vinden (dl. 1, pag. 17). Het derde boek is een dissertatie, die handelt over het gebruik van rituelen als een specifieke therapeutische ingreep binnen deze benadering. De groep heeft als gemeenschappelijk kenmerk dat de therapeut op actie gerichte directieven geeft aan de cliënt, waarbij hij zich baseert op pragmatische overwegingen, netgeen leidt tot een eclectische keuze van therapeutische middelen (dl. 1, p. 17; dl. 2, p. 17). Geheel in de lijn van deze gedachten-gang wordt gesteld dat de rechtvaardigingsgrond van de directieve therapie gelegen is in haar praktische waarde (dl. 2, p. 9). Geheel zonder pretenties blijft men daarbij niet; zo wordt gesteld dat in deze therapie een optimaal gebruik wordt gemaakt van zgn. non-specifieke factoren (dl. 2, p. 17); die factoren hebben dan in de lijn van A. P. Goldstein en J. D. Frank vooral betrekking op het wekken van hoop en verwachting bij de client (dl. 2, p. 20).

De werkwijze wordt pragmatisch toegelicht aan een overvloed van casuïstiek, waarin de toepassing van allerlei directieve ingrepen wordt beschreven bij een grote variëteit van patiënten en cliënten. Dat maakt het voor mij moeilijk een systematisch overzicht te geven van de inhoud; wat dat betreft volsta ik daarom met een globale beschrijving.

Een theoretische verantwoording heb ik in de eerste twee boeken nauwelijks aangetroffen; het uitgangspunt is dat veranderingen in gevoelens en denken het *gevolg* kunnen zijn van gedragsverandering (dl. 2, p. 18), zodat de weg naar verandering uit de volgende stappen

verandering in gevoelens leidt. Ook hier geldt dus wat Everaerd heeft opgemerkt t.a.v. de gedragstherapie, nl. dat het doel is gevoelens te veranderen en het middel daartoe de gedragsverandering.\*

Van der Hart geeft wel een uitvoerige sociologische beschouwing over het voorkomen en effect van rituelen, maar de toepassing daarvan in de psychotherapie berust meer op analogie-redenering dan op theoretische analyse van het gebeuren. Het valt mij op dat bijv. Jung en Fortmann, die zich zo met de werking van symbolen hebben beziggehouden, nauwelijks of in het geheel niet genoemd worden.

Ik heb deze vakliteratuur met plezier gelezen en er veelvuldig vraagtekens bij gezet. Ik wil nu trachten mijn oordeel over de directieve therapie, zoals in deze werken naar voren gebracht, te formuleren, en hoop er in te slagen zowel het aspect van mijn uitgesproken kritiek als dat van mijn positieve waardering over het voetlicht te krijgen.

Ik begin met het laatste. De toon die voor mij, wat de relatie met de patiënten of cliënten betreft, tussen de regels doorklinkt is die van: ze zullen verdomme beter worden, of ze willen of niet. Ik krijg inderdaad de indruk van een groep die zich de benen uit het lijf loopt voor zijn cliënten. Ter illustratie noem ik slechts een voorbeeld dat bij Van der Hart uitvoerig beschreven wordt: de behandeling van een anorectische vrouw, bij wie de voedselweigeringspositief wordt geëtiketteerd als een vasten, dat de betekenis heeft van een overgangsritueel naar volwassenheid. Om die overgang positief te voltrekken gaat de vrouw vasten tezamen met twee door haar uitgekozen begeleiders, die met haar meevasten en meewaken tot zij het

\* W. Th. A. M. Everaerd:  
Kunnen wij veranderen? in  
Eisenga en Takens: *De  
veranderbaarheid van de  
mens* 1979 - 20

sein geeft dat ze over de drempel is (Van der Hart, p. 141-148). Ik wil de warme, meevoelende Rogeriaan of de scherpe, integere psychoanalyticus nog zien die dit voor z'n cliënten opbrengt, afgezien van de vraag of hij het nu met deze procedure wel eens is. Het komt me allerminst onwaarschijnlijk voor dat hier een non-specifieke factor van grote invloed werkzaam is, die m.i. door de auteurs al te zeer als vanzelfsprekend wordt voorondersteld, zodat ze gevaar lopen aan hun techniek toe te schrijven wat wel eens op rekening van hun inzet zou kunnen staan; ze zijn zo bezig met gedrag dat ze aan de attitude weinig aandacht geven. Zo wordt bijv. bij het voorkómen van psychiatrische opname van de therapeut verlangd dat hij snel en veel beschikbaar is (dl. 2, p. 285): dat zegt m.i. veel over de vereiste attitude. Min of meer verlegen wordt dan ook gesteld dat de lezers wel zullen begrijpen dat de auteurs het werkelijk goed met hun cliënten menen, al schrijven zij zelden over de manier waarop zij hun interesse tonen aan cliënten, hun betrokkenheid uiten, luisteren, warmte uitstralen en op niet-autoritair wijze hun deskundigheid tonen (dl. 2, p. 385). Bij zo een toewijding – ik loop het risico dat de directieve therapeuten schrikken van dit woord, het als week of als 'zachies' ervaren – is het uitblijven van succes van beloning, begrijpelijk een moeilijke zaak. De therapeut kan zich dan moedeloos gaan voelen en zelf negatieve verwachtingen of negatieve gevoelens ontwikkelen tegenover cliënten die hem (sic! H.W.) blijven frustreren; dan moet hij wellicht naar een beëindiging van de niet meer zo therapeutische relatie streven (dl. 2, p. 453). Enige kennis van het verschijnsel van de tegenoverdracht, denk ik dan bij mezelf, zou voor deze groep toch niet zo gek zijn. Als de weerstandsoverwinning niet lukt volgt de frustratie; over weerstandsanalyse wordt niet gerept.

Duidelijk is dat gewerkt wordt vanuit een medisch model; de relatie therapeut-cliënt is die van deskundige leek. Cliënten dienen in zo kort mogelijke tijd en zonder geouwehoer hun klachten achter zich te laten en daartoe de voorschriften van de therapeut op te volgen, want die is deskundig in het oplossen van problemen (dl. 2, p. 299). Dat voert tot de tendens om snel met het gedrag aan de slag te gaan, en pas wanneer dat niet lukt tot diagnose en analyse van de oorzaken van de problemen over te gaan. Van deze voorbarigheid

stand te voorkomen vermeld ik dat deze volgorde mij beslist onjuist lijkt.

De grote crux van de directieve therapeuten is even als bij de Palo Alto groep het motiveren van de cliënt. 'De essentie van een directieve benadering is niet dat de therapeut bevelen uitdeelt, maar dat hij de cliënt ertoe brengt adviezen op te volgen' (dl. 1, p. 336; zie ook dl. 1, p. 31; dl. 2, p. 250; V. d. Hart, p. 219 en 226). Hoe je dat doet is niet zo belangrijk, als 't maar lukt. Als een 'guru-pose' daartoe helpt, O.K. (dl. 2, p. 39); als een therapeut zelf in zijn 'verklaring' gelooft, des te beter (dl. 1, p. 39); 't enige wat van belang is, is dat de cliënt wordt gestimuleerd het helpend geachte gedrag uit te voeren. Een verwijt van on-ethisch handelen lijkt me hier onterecht; immers, de therapeut zet zich met zijn hele hebben en houden in om de cliënt te helpen.

Toch heb ik wel een moeilijkheid met deze benadering, die is gelegen in de misschien niet bedoelde maar m.i. in feite toch wel aanwezige paternalistische aanpak. De therapeut weet wat goed is voor de cliënt. 'Ik weet dat je in staat bent om het te doen... doe het maar' (dl. 1, p. 325). Ik vraag me af of de groep in zijn 'furor therapeuticus' dit gevaar wel voldoende in het oog houdt. Niet toevallig lijkt me hun observatie dat hun optimistische benadering met name goed aanslaat bij cliënten uit de lagere inkomensgroepen en bij ouderen. Jonge mensen en beter gesitueerden – ik ben geneigd dat te vertalen als psychisch meer zelfstandigen – lijken nogal eens te hechten aan de gedachte dat hun problemen 'diepe wortels' hebben en slechts met veel en langdurig 'graven' kunnen worden opgelost (dl. 1, p. 23-24). De weerzin daartegen klinkt in de letterlijk geciteerde aanhalingstekens door. Hier kom ik in verzet, want

op deze wijze wordt van cliënten gevraagd dat ze passen in de mal van de directieve therapie, in plaats van dat er gezocht wordt waar en voor wie deze therapie adequaat is en waar andere therapievormen geïndiceerd zijn. De vele casuïstiek met vermelding van de werkwijze bij zeer uiteenlopende problemen wekt de indruk van een onkritisch enthousiasme, dat niet zoekt naar de afweging van eigen aanpak tegenover andere benaderingen en waar men nog niet toe is aan wetenschappelijke bezinning op het eigen werk.

Toch zijn er wel tekenen van bezinning te constateren. Opvallend is dat in dl. 1 en het begin van dl. 2 het verkopen en aan de man brengen van de adviezen van de therapeut veelvuldig voorkomt, maar dat die teneur in de tweede helft van dl. 2 niet meer aanwezig is. Tot mijn verrassing las ik in dl. 2 op p. 112 over een therapie die meerdere jaren duurt en op p. 149 over bepaalde toegepaste technieken die wel tot tijdelijke, maar nimmer tot blijvende verbetering leiden: altijd moet er wel iets veranderen in de omgang van de cliënt met zijn omgeving en zichzelf. Trouwens, het verslag aan het eind van dl. 2 over mislukte therapieën geeft een duidelijke aanloop naar zelfkritiek, die ook echt wel nodig is.

Een bezwaar van de gehele presentatie acht ik de nadruk die is gevallen op technieken en toe te passen regels; op een gegeven moment kreeg ik hetzelfde verlamdende gevoel als indertijd bij Hamilton's bijbel voor het sociaal case-work. De oorzaak is m.i. hierin gelegen dat men uit attitude en intuïtie voortvloeiende gedragingen systematisch in regels tracht onder te brengen, met als resultaat een over-systematisering waar je in onder gaat. Ik denk dat de groep zichzelf en zijn cliënten een dienst zou doen door minder eenzijdig het accent te leggen op gedrag en ook weer de vaak daarachter liggende attitude au serieux te nemen; veel zou m.i. gewonnen worden als de weerstandsanalyse weer zou worden herontdekt. Het gemis aan theoretische doordenking – en daar ontbreekt het nog in sterke mate aan – kan niet worden gecompenseerd door een overmaat van systematisering.

Met name in dl. 2 wordt vaak gesproken over de taxatiezitting, waarin de strategie wordt bepaald, maar vrijwel niets wordt gezegd over wat daar nu precies gebeurt. Analyse daarvan zij de groep van harte aanbevolen; daardoor kan alleen maar de relevantie zowel als de

alle bezwaren die ik in het voorgaande geprobeerd heb uiteen te zetten meen ik dus toch de lezing van deze geschriften zeker aan therapeuten te moeten aanbevelen.

Tenslotte nog een enkel woord over de dissertatie van Van der Hart, want zijn studie is in het voorgaande niet voldoende tot zijn recht gekomen. Hij maakt een nuttige onderscheiding tussen afscheids-, drempel- en herenigingsrituelen en geeft zijn ideeën hieromtrent als suggesties ter toetsing, niet als voorschriften. Helaas is hij er zelf niet aan toegekomen om deze toetsing uit te voeren. Wat me wel in zijn opvatting aanspreekt is dat rituelen meer omvatten dan een pure techniek; er wordt een symbolische situatie gecreëerd die zowel het eigen welzijn als dat van anderen bevordert, en dit biedt de cliënt zowel de mogelijkheid om zich te uiten als een bescherming tegen overweldigende emotionele processen die hem dreigen te overmeesteren (p. 269 en 294). Dat precies dezelfde visie bij Jung voorkomt in zijn waardering van religieuze sacramenten wordt niet vermeld; wat het fenomeen 'ritueel' betreft is aan de 'dieptepsychologische' literatuur helaas voorbijgegaan, maar dat neemt niet weg dat terecht de therapeutische waarde van het ritueel, hoewel niet bewezen toch wel gedocumenteerd aan de orde gesteld is.

*H. R. Wijngaarden*



*Ned. T. Geneesk. 124, nr. 36, 1980*

*Directieve therapie 2. Onder redactie van K. VAN DER VELDEN, 488 bl., fig. Van Loghem Slaterus, Deventer 1980. Prijs: ingen. f 48,50.*

Drie jaar na het eerste deel verschijnt thans een tweede deel in de vorm van een bundel voordrachten en artikelen over directieve therapie. Directieve therapie wordt door de auteurs geplaatst in het brede terrein tussen diazepam en „officiële” psychotherapie. Naast de kenmerken die vroeger werden geformuleerd (directief, beperkt aantal zittingen, concreet en pragmatisch) wordt een aantal nadere programmatische uitgangspunten geformuleerd: Directieve therapie is gericht op actie, maakt optimaal gebruik van niet-specifieke therapiefactoren, is eclectisch, is bedoeld voor „gewone mensen” en voor mensen met klachten.

Ondanks het grote aantal artikelen en het relatief grote aantal auteurs is een opmerkelijke homogeniteit bereikt. Het boek geeft een goed beeld over wat aan de orde is op het terrein van de directieve therapie. Het geeft een boscend beeld van nieuwe mogelijkheden voor verre van gemakkelijke patiënten en het provoceert tot discussie op theoretisch en praktisch terrein. Deze discussie lijkt ook van belang te zijn voor de twee blendende terreinen van de psychiatrie en van de min of meer gevestigde psychotherapie. Gaarne aanbevolen.

J. H. THIEL

Tijdschrift voor psychiatrie 22, 1980/9

Velden, Kees van der (redactie), *Directieve therapie 2*. Deventer, Van Loghem Slaterus 1980, 486 blz. f 48,50.

Deel 1 van 'Directieve therapie' heeft een 'niet kritiekloze maar wel hartelijke ontvangst' gekend, staat in de introductie van dit tweede deel. Het was zeker een ongewoon boek over een ongewone benadering van therapeutische veranderingsmogelijkheden. De grote aantrekkingskracht ging vooral uit van de verrassende, niet zelden humoristische gevalbeschrijvingen. Dit was tegelijk de sterkte en zwakte van het eerste deel. Bepaalde lezers werden aangewakkerd in hun omnipotentiefantasiën als magiër-therapeut die met enkele hocus-pocus trucjes de zaak uit het slop kon halen. Wanneer men het pas verschenen tweede deel nu doornemt merkt men wel dat de schrijvers hierdoor gewaarschuwd waren: er is nu een kritischer ingesteldheid en een solidere theoretische onderbouw.

Directieve therapie is een eclectische, op actie gerichte, pragmatische benaderingswijze van mensen met klachten, en is 'in principe ongeschikt als methode voor een therapeut zonder enige ervaring of achtergrond' (p. 23). Deze waarschuwing en het onderlijnen van het belang van de therapeut-cliënt relatie als *primum movens* zijn terechte vingerwijzingen die m.i. nog sterker mochten geaccentueerd worden.

Wel is men wat karig met ethische bedenkingen i.v.m. het gevaar voor manipulatie-drift vanwege een machtsbehoefte therapeut of de kritiek rond de 'oppervlakkigheid' van beoogde veranderingen.

Men pretendeert in dit boek geen theoretische consistentie, dat blijft duidelijk het zwakke punt. Vooral mis ik een poging tot gestructureerde analyse van het directieve therapieproces (Rabkin in zijn 'Strategische psychotherapie' biedt hiertoe wel een model, naar analogie met het schaakspel). Ook de therapeut-variabelen krijgen weinig aandacht. Toch is de theoretische uitwerking in dit deel steviger uit de verf gekomen: indeling van directieve interventies, facetten van positief etiketteren, gebruik van humor en overdrijving, imaginatie en metaforen, elementen van een paradox. Het valt op hoe deze laatste term een subjectieve, moeilijk te definiëren en zelfs verwarrende (hoe kan het ook anders) aangelegenheid is, zoals Van Dijck onderstreept, want hij geraakt zelf verstrikt in de terminologische onzuiverheden en kan incongruenties, contradicties, dubbele boodschappen en paradoxen moeilijk uit elkaar houden (p. 69).

De bijdragen onder de hoofding 'problemen' zijn sterk eenzijdig, door overdreven aandacht voor tics. In plaats van zich hiervoor te verontschuldigen, had de redactie er beter aan gedaan consequent sober te blijven en de hoofdstukken 11 t/m 14 te laten versmelten. Opvallend is hier, evenals voor het deel 'procedures' (zeer praktijk-relevant), hoe men geboeid kan geraken door de casuïstiek terwijl ik me anderszijds vaak ergerde aan de magere theoretische onkadering. Zeker in de bijdragen over tics, maar ook in talrijke andere wordt wat literatuur over en weer geciteerd, kortom los uit de mouw geschud, waarbij het dikwijls weinig relevante en zelfs verouderde referenties betreft. De literatuurlijst getuigt van slordigheid: tal-

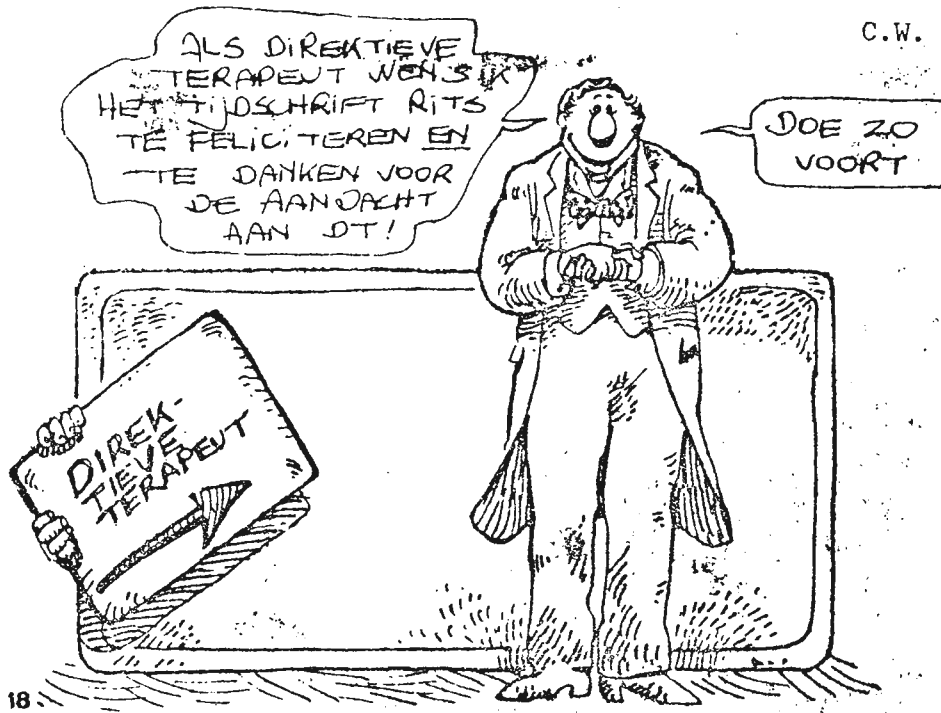
rijke storende fouten, gemis aan eenvormigheid en van verscheidene boeken vergeet men de Nederlandse vertaling te vermelden.

Hoewel men dezelfde euvels terugvindt in het deel 'strategie' sprak dit me sterk aan en is zeker het hoofdstuk 'mislukte directieve therapieën' het vermijden waard als een antidotum voor naïeve zelfoverschatting en therapeutische succesjagerij. Al is dit wellicht de bedoeling (met een directieve therapeut weet je nooit), toch vraag ik me af wat ik aan moet met de 'pseudologische' epiloog van Kees van der Velden. Ik kan wel genieten van de ironische kritiek op (hyper) assertiviteitstrainingen, maar zoek tevergeefs naar de reële boodschap.

Want als deze bijdrage paradoxale intenties heeft, dan zijn deze alleen zinvol 'als ze tevens op een ander niveau van analyse beschreven kunnen worden als congruente adviezen' (ik citeer Van Dijk op blz. 66).

Ik wil daarom tot slot een éénduidige boodschap geven: uit het feit dat ik aan dit boek zoveel aandacht besteed heb en het mij tot allerlei bedenkingen en kritieken stimuleerde, mag de lezer direct, congruent en concreet besluiten dat ik het uitermate boeiend vond en het zeker wil aanbevelen aan wie, vanuit een consistent psychotherapeutisch referentiekader, door kritische lectuur zijn eigen werk wil (her)inspireren.

W. Vandereycken



Rits (België)

30-5-1980

## DIREKTIEVE TERAPIE

Wat is DT?

DT is niet zomaar een nieuwe benadering en een afgerond geheel. Het zit in uit onder meer kommuni-  
katietheorie, systeemtheorie, hypnose, gestalttherapie, attributie- en zelfperceptietheorie, gedragstherapie, psycho-  
analyse en antropologie. Dus uit soms zeer uiteenlopende richtingen in hulpverlening en zelfs daarbuiten. En voor wie op de hoogte is van de literatuur : DT sluit aan bij auteurs als Erickson, Gardner, Haley, Frankl, Arndt, Watzlawick en Palazzoli.

In praktijk zien we een aantal gemeenschappelijke kenmerken bij de verschillende direktieve therapeuten:

1. *de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of direktieven.*

Dit in tegenstelling tot de klassiek-Rogeriaanse aanpak, waarbij de therapeut voornamelijk de cliënt spiegelt en zich strikt onthoudt van raadgevingen en adviezen. DT gaat ervan uit dat een therapeut haar cliënt, in elk geval beïnvloedt en dat dit dan maar zo effectief mogelijk dient te gebeuren. De vraag: "Wat moet ik toch doen?" wordt niet als een teken van onvolwassenheid of pathologie beschouwd, maar eerder van nood aan verandering, waarbij de therapeut als vakman te hulp geroepen wordt.

De vrees dat de cliënt hierdoor te zeer afhankelijk zou worden van zijn therapeut, blijkt in praktijk niet bewaarheid te worden. Het aksent valt immers niet zo zeer op de geneeskrachtige werking van het contact met de therapeut, maar eerder op de positieve gevolgen van zijn eigen activiteit. De cliënt kan met recht zeggen dat hij zijn moeilijkheden door zijn eigen inspanningen overwonnen heeft.

2. *het aantal zittingen wordt beperkt gehouden.*

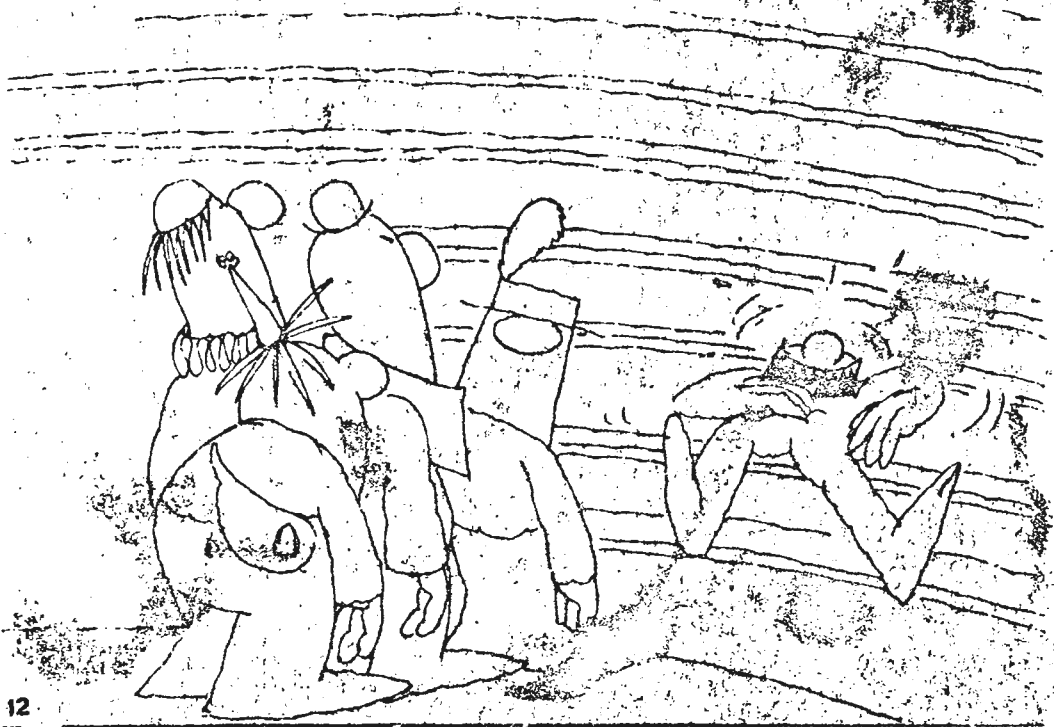
Veel zijn 8 tot 15 zittingen voldoende om aanzienlijke veranderingen te bereiken. Uit onderzoeken blijkt dat een korte behandeling niet minder effectief hoeft te zijn dan een langdurige, dus niet zomaar als oplapmiddel beschouwd mag worden. Kort-durende therapie sluit beter aan bij de verwachtingen van de meeste mensen, is ook veel beter betaalbaar en daardoor beter toegankelijk.

Er zijn nog meer argumenten voor het beperken van het aantal zittingen. Ten eerste zullen zowel cliënt als therapeut minder geneigd zijn een afwachtingshouding aan te nemen

en hun hoop te vestigen op de volgende in plaats van op de huidige zitting. De tijd dringt. Ten tweede bestaat de kans dat het voortdurend bespreken van problemen deze alleen maar doen voortduren of zelfs nieuwe problemen doet ontstaan. Ten derde dient voorkomen te worden dat de relatie met de therapeut een vervanging vormt voor zijn (onbevredigende) persoonlijke relaties. En omgekeerd! Ten vierde: langdurige therapie houdt het risico in dat de cliënt zichzelf als onzelfstandig en zwak blijft zien. Zo'n zelfbeeld is meestal in strijd met het doel van therapie.

3. *therapeut en cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen.*

Meestal zal de therapeut de cliënt actief helpen bij formuleren van concrete, bereikbare doelen; de eerste vraag is vaak heel vaag. Soms kan een doel slechts in verschillende stapjes bereikt worden. Het is nuttig deze precies te formuleren. Het beklemtonen van doelstellingen houdt in dat de behandeling eerder gericht is op verandering in de toekomst dan op rekapitulatie van het verleden. De aandacht voor de nabije toekomst verhoogt vaak de motivatie van de cliënt en werkt daardoor therapeutisch.





4. de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke kontekst.

Direktieve therapeuten proberen problemen positief te benaderen. Een houding die bijvoorbeeld veel therapeuten als weerstand tegen verandering betitelen, wordt door DT beschouwd als een begrijpelijke aarzeling om zich in een veranderingsproces te storten, waarvan de resultaten onzeker zijn. DT introduceert bij de cliënt een zo geloofwaardig mogelijke nieuwe en positieve kijk op zichzelf en zijn problemen. Deze nieuwe kijk geeft op zichzelf al mogelijkheden voor verandering.

De indruk bestaat dat deze positieve benadering het goed doet bij mensen uit lagere inkomensgroepen en bij ouderen. Jongeren en rijkere blijken vaak te denken dat er veel graaf- en spitwerk nodig is om hun problemen op te lossen.

5. de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.

DT is vooral bezig met : welke aanpak werkt bij dit probleem, bij deze persoon, in deze situatie ? Verschillende, soms theoretisch tegenstrijdige, inzichten en bronnen worden gebruikt, als ze maar resultaat opleveren.

Deze beschrijving van DT is een samenvatting van het eerste hoofdstuk van Direktieve Therapie I, een lijvig boek, waarin allerlei aspecten van deze therapeutische benadering aan bod komen.

#### Direktieve therapie : politiserend of betoverend ?

Bij het lezen van Directieve Therapie I had ik steeds twee reacties : 'hee, dat is goed' en dan weer 'maar d'r klopt iets niet'. Reden genoeg om te onderzoeken hoe dat komt. Om een eerste voorbeeld te geven : het benadrukken van de zelfstandigheid van de cliënt spreekt mij erg aan. Iemand die problemen heeft, voelt zich vaak machteloos en minderwaardig. Door het moeten inroepen van de hulp van een therapeut worden deze gevoelens nog versterkt. Daaraan verandert niets als de therapie voornamelijk steunt op de geestkrachtige kwaliteiten van de therapeut : de therapeut is pils. De cliënt is dan al gauw afhankelijk van de therapeut om zijn problemen op te lossen. Ik vind het veel juister om te benadrukken dat het in therapie de cliënt is die het werk doet en die resultaten behaalt. Hierbij maakt hij gebruik van de deskundigheid van de therapeut. Dit zal het zelfvertrouwen en zelfstandigheid van de cliënt ten goede komen en werkt dus emanciperend. Loft voor DT dus.

Mijn entoesiasme krijgt echter een ferme deuk als ik over paradoxale opdrachten lees. (dat wil zeggen dat de therapeut een opdracht geeft die het tegenovergestelde beoogt van wat meest voor de hand liggend lijkt). De cliënt moet er dan maar op vertrouwen dat de therapeut hem naar zijn doel brengt, want hij heeft zelf geen zicht op het veranderingsproces. Dat nu is niet in de eerste plaats de bekommernis van DT. Dat is vooral resultaat, dus oplossing van de problemen, in korte tijd bereiken.

Wat mij betreft is dat niet voldoende. Uiteraard moet de cliënt zo snel mogelijk een oplossing voor zijn probleem vinden; maar ik vind het ook nodig dat hij gelijksoortige problemen in de toekomst zelf kan oplossen, probleemoplossend gedrag geleerd heeft dus, en indien enigszins mogelijk ook soortgelijke problemen bij hemzelf én bij anderen kan (helpen) voorkomen. Ik ben ervan overtuigd dat daarvoor inzicht nodig is in de oorzaken van het probleem. Oorzaken gelegen in de maatschappij, in de omgeving van de cliënt en bij hemzelf.

Ik heb gevraagd andere doelstellingen bij hulpverlening dan DT. Ik tracht politiserend te werken en bij gebrek aan een uitgewerkt theoretisch model en in praktijk gerijpte methoden en technieken daarvoor verdiep ik mij in allerlei therapeutische stromingen, op zoek naar bruikbare elementen. Het nadeel van deze werkwijze is dat het mij een aantal teleurstellingen oplevert. DT leek op het eerste zicht heel bruikbaar, maar bij verdere bestudering blijven er slechts een aantal elementen over voor mijn model. Voordelig aan zo'n konfrontatie is dat ik gedwongen word mijn eigen ideeën te preciseren en te konkretiseren.

Welke elementen zijn nu bruikbaar voor politiserende hulpverlening? Volgens mij zeker het onderkennen en bewust hanteren van mijn eigen deskundigheid en invloed als hulpverlener. Duidelijk laten blijken dat ik de verantwoordelijkheid samen met de cliënt opneem om de gestelde doelen te bereiken. Bijvoorbeeld door vragen rechtstreeks te beantwoorden en niet terug te spelen ("wat vind je er zelf van?"). Door te vertellen over ervaringen van lotgenoten en van mezelf. Door mijn kennis op een begrijpelijke wijze over te brengen. Door interesse te wekken voor structurele oorzaken van een individueel probleem. Hoe bewuster ik mij ben van wat mijn woorden, mijn gebaren, mijn stilzwijgen bij de ander aan reacties teweeg brengt. Hoe doelgerichter ik die kan toepassen. Dan werk ik strategisch en kan die strategie op elk moment bespre-

ken.

Veel belangrijker vind ik ook het samen bepalen van de kren-  
doelen, zeker als het om een serie gesprekken gaat.  
Dat maakt het voor beide partijen mogelijk op elk moment  
de stand van zaken te bepalen. Achteraf maakt het evalua-  
tie gemakkelijker.

Problemen in een zo gunstig mogelijke context plaatsen  
werkt ontpatologiserend en biedt de kans een probleem  
op het ontstaan van problemen te ontwikkelen. Dit mag  
beslist niet leiden tot een ach-mevrouw-het-valt-wel-mee  
houding. Vermijden en verwijderen van etiketten daaren-  
tegen zal een snelle verandering bevorderen.

Vanzelfsprekend voor mij is de korte duur van therapie. Tera-  
pie kan goed zijn voor noodsituaties, maar de hulpvrager moet  
zo snel mogelijk op eigen benen verder kunnen. Het lijkt mij  
beter iemand te stimuleren bij een zelfhulpgroep of actiegroep  
te gaan als een aantal individuele gesprekken niet voldoende  
zijn.

Tot zover de mijns inziens bruikbare elementen van voor  
politiserende hulpverlening. Vooral het gebruik van direk-  
tieven - de paradoxale nog meer dan de leeropdrachten - met  
de daarbij behorende motiveertrukkendoos - doet mij denken  
aan de tovenaars uit de sprookjesboeken.

Opdrachten in de zin van huiswerk lijken mij slechts zinvol  
als ze samen met de cliënt geformuleerd en door hem volledig  
geaccepteerd worden.

Voor een grondige analyse van DT is Directieve Therapie niet  
geschikt. De voorbeelden zijn te weinig gedetailleerd om een  
goed beeld te krijgen van de werkwijze. Misschien is daar-  
voor het zeer eksklusieve tijdschrift voor directieve thera-  
pie beter bruikbaar.



---

Boeken

Kees van der Velden e.a., Directieve Therapie I, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977, 365 blz.,

Voor een uitvoerige bespreking van de hand van Fons Schrijvers - 6 bladzijden van 3 kolommen - verwijs ik meteen naar Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk, 32e jaargang, nr. 4, april 1978.

Om toch enig idee te geven van de inhoud van het boek : het eerste deel bevat een zestal theoretische artikels van uiteenlopende kwaliteit en divers prozage. Na het eerste algemene deel hebben mij vooral de laatste twee geboeid : strategische en tactische aspecten van therapie en Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Deel twee bespreekt de behandeling van specifieke problemen, zoals liftfobie, hyperventilatie, dwangmatig controleren, overwerkt zijn ofwel de kunst om nee te zeggen. Min of meer sensationeel is de behandeling van een alcoholprobleem door middel van hypnotherapie.

Deel 3 : specifieke benaderingen. Hierin een uitvoerige beschrijving van het werken met paradoxale interventies, ongewone hulpmiddelen ter bevordering van assertiviteit. Een voorbeeld van de verhalentechniek van Richard Gardner, twee voorbeelden van therapeutische rituelen. Vervolgens een artikel over DT bij kinderen en jongeren. De voorbeelden die hierin aangehaald worden zijn tamelijk extreem, behalve dat van de spijbelende jongen. Nuttig is het beknopte overzicht van verschillende soorten aangemelde problemen van jongeren en het al dan niet wenselijk zijn van gezinstherapie daarbij. Vervolgens iets over een direktieve nazorggroep voor ex-psychiatrische patiënten.

Tenslotte drie verschillende theoretische benaderingen van de "zware last", de te zware paradoxale opdracht.

Deel 4 bevat een heel aantal richtlijnen : hindernissen in de beginfase van DT, strenge religieuze opvattingen en DT, motiveringstechnieken, wat te doen met ruziemakende paren, zwijgers en praters ; valkuilen voor DT en hoe uitzichtloze therapeutische relaties voorkomen.

Als epiloog een voorbeeld uit eigen gezin van een van de auteurs : direktief interviewen voor en door kinderen. Persoonlijk zou ik die epiloog de titel geven : wie een kuil graaft voor een ander...

Er staat veel in dit boek, eigenlijk te veel en naar mijn smaak slecht gerangschikt. Misschien te wijten aan het grote aantal auteurs. Niet om achter elkaar uit te lezen, maar om op gepaste tijden een paar verschillende artikels na te slaan.

"Trouw", dd. 2-7-1980

Veel mensen hebben problemen, die zo ernstig zijn dat ze er zelf niet uitkomen; ze hebben recht op hulp. Er is echter niet genoeg tijd en geld beschikbaar om al deze mensen langdurig psychotherapie te kunnen geven, nog afgezien van de vraag of dat zou helpen. Daarom is er dringend behoefte aan manieren om gewone mensen snel en effectief hulp te bieden bij hun problemen. Het boek „Directieve therapie” is belangrijk omdat het een aanzet geeft tot de ontwikkeling van zulke methoden.

Over welke problemen gaat het? Dagelijks voorkomende narigheden die de betrokkenen veel last kunnen geven: hoofdpijn, slaapstoornissen, te veel eten, tics en angsten, om er een paar te noemen. De schrijvers beschouwen deze stoornissen als onprettige gewoontes, en geven vanuit die gezichtshoek opdracht aan de mensen met het doel die gewoontes te doorbreken. Niet lang praten, maar iets doen is een belangrijk uitgangspunt in deze therapievorm. Dat „doen” kan al-

## Nieuwe benadering in psychotherapie

lerlei vormen aannemen: van het schrijven van een brief om een oude rekening te vereffenen tot het maken van foto's van plaatsen waar je bang wordt. Soms verbluffend eenvoudig en effectief, zoals bijvoorbeeld de zelfcontroleprogramma's waarin je een grafiek boven je bed hangt waarop je het aantal sigaretten per dag dat je rookt (of het aantal boterhammetjes dat je eet) aftekent en jezelf voorneemt dat steeds te verminderen.

In veel gevallen zit er echter een therapeutisch slimmigheidje in de opdrachten ingebouwd: als je het druk hebt met foto's maken van plaatsen waar je bang wordt, vergeet je om bang te zijn, bijvoorbeeld.

U zult uit het voorgaande wel begrepen hebben dat dit een boeiend boek is door de vele voorbeelden en methoden die beschreven worden. Het is echter bestemd voor therapeuten, en in die zin geen eenvoudig boek. Het is een vervolg op het eerder verschenen „directieve therapie” en heeft ongeveer dezelfde opzet: een bundeling van artikelen met als basis de praktijkervaringen van de schrijvers. Zij zijn als therapeut verbonden aan b.v. psychiatrische poliklinieken of sociaal-psychiatrische diensten.

### Ook bezwaren

Het duidelijk uit de praktijk voortkomen verleent het boek wel charme, maar er kleven ook bezwaren

aan: het wordt niet helemaal duidelijk wat dit boek aan nieuws oplevert in vergelijking met het eerste deel, en het ontbreekt aan goede systematisering waardoor het een wat onevenwichtige indruk maakt. De oppervlakkigheid waarmee een ulterst moeilijk te behandelen klacht als chronische pijn wordt aigedaan doet mij verzuchten dat de auteurs zich de volgende keer beter kunnen beperken tot die gebieden waarvan ze weten dat ze er echt verstand van hebben.

Niettemin: leuk om te lezen, ook voor de leek, en echt verrassend voor wie het eerste deel niet kent. Daarnaast ook veel wetenswaardigs voor hen die dat wel doen. Ik hoop dat het belangrijkste doel: dat deze benadering onder therapeuten aan bekendheid wint en dus vaker wordt toegepast, er mee gediend wordt. MF

Kees v.d. Velden (red); Directieve therapie 2. Uitg. v. Loghum Status (sociale bibliotheek) 488 p.p. Prijs f 48,50.



Bij dit nummer

Zelf heb ik het wel bont gemaakt. Het tijdelijk hoofdredacteurschap gaf mij de gelegenheid een stuk "er door te rammen" wat anders nooit was opgenomen. Het gaat helemaal over onderzoek en zit lekker vol statistische termen.

Van der Hart heeft een sympathieke bijdrage. Een zeer zielige man laat zich aanvankelijk bijzonder goed door hem helpen en is dan opeens ontvindbaar, onze jonge vriend in verwarring en twijfel achterlatend. Dit soort zaken zou veboden moeten zijn.

Hoogduin is weer eens hard bezig geweest. Of zou Joele soms onder pseudoniem met zijn naam schrijven? In ieder geval valt er van Hoogduin een geestige verhandeling te lezen over de risico's van ons vak en een hier en daar wat summiere beschrijving van hypnotherapieën bij conversieverschijnselen. De deelnemers aan de 'supervisiegroep bij Richard' zullen het eerste geval herkennen, maar dat is juist goed.

Samen met de bekwame en sympathieke Else de Haan heeft Hoogduin bovendien een nieuw dwangstuk geproduceerd, waarbij de leeftijden van de deelnemers aanmerkelijk lager zijn dan in zijn vroegere geschriften over dit onderwerp..

Van Dijck heeft zijn bijdrage deze keer in het engels afgeleverd. Our man in Phoenix is going international. Zijn genuanceerde woorden doen weldadig aan.

En dan tot slot collega Oudshcorn. Die is vreselijk ziek geweest, maar na wat kwakkelen nu gelukkig volledig hersteld. Door zijn ziekte had hij natuurlijk nog geen tijd voor een echte bijdrage en heeft zich daarom beperkt tot vaderlijke vermaningen. Om diverse redenen is in overleg besloten om deze niet in dit nummer op te nemen, zodat er ook geen verder commentaar op gegeven kan worden.

Datzelfde geldt voor de bijdrage van Van der Velden, die u rechtstreeks zou worden toegezonden. Inmiddels is echter bekend dat de auteur aan andere bezigheden een grotere prioriteit heeft toegekend.

## EEN TE KORT DURENDE HYPNOTHERAPIE?

Onno van der Hart

### 1. Inleiding

De hypnotherapie die ik hier wil beschrijven heeft iets moois en tegelijkertijd - naar mijn idee - iets tragisch. Het verhaal gaat over een man die geen rust in zijn leven kende en eigenlijk altijd onderweg was. Toen ik hem leerde kennen, verbleef hij in een tehuis voor daklozen. De therapie heeft hem in bepaalde opzichten goed gedaan, dat is wel zeker. Maar hoe het verder met hem gegaan is, weet ik niet. Met onbekende bestemming vertrokken, is hij niet gekomen op de laatste afspraak.

### 2. De cliënt

Willem de Boer, 40 jaar, wordt door de huisarts van een tehuis voor daklozen verwezen. Hij verblijft er een aantal maanden en is zich daar in toenemende mate gaan isoleren. Hij vindt dat hij volledig is vastgelopen en dat er niets anders meer opziet dan zichzelf van het leven te beroven.

Willem is het aan te zien dat hij er ellendig aan toe is. Hij maakt een gespannen indruk, zijn gezicht heeft diepe groeven - door het leven getekend, als het ware. Hij vertelt mij in eerste zitting zijn verhaal.

Willem komt uit een groot gezin, waarin hij de oudste zoon was. Hoewel hij de meeste klappen van vader heeft gekregen, was hij toch voorbestemd diens timmerzaak te zijner tijd over te nemen. Toen vader kwam te overlijden, benoemde moeder een jongere broer - "een nietsnut" - tot diens opvolger Willem kon dit onrecht niet verwerken. Hij ging drinken en werd agressief. De familie stootte hem uit en zijn vrouw zag het niet meer met hem zitten.

Willem probeerde de hand aan zichzelf te slaan en werd opgenomen in een psychiatrische inrichting. Ook daar was hij in tal van vechtpartijen verwickeld en zijn vrouw vroeg tijdens de opname echtscheiding aan. Na ontslag uit de inrichting volgde een zwerfend en eenzaam bestaan. Overal hield hij het maar korte tijd uit. Hij werd uit zichzelf te onrustig of de kinderbescherming kwam weer achter zijn adres en eiste dan alimentatie van hem. Omdat naar

zijn idee zijn vrouw verantwoordelijk was voor de scheiding, vond hij het onrechtvaardig dat hij zou moeten betalen.

De laatste jaren is hij steeds meer afgegelden, zoals hij het zelf noemt. Hij kan zo gespannen worden dat hij "wegraakt". Dagen- en nachtenlang zwerft hij dan rond in een vernauwde bewustzijnstoestand en zonder eten of drinken. Hiervoor is hij al diverse malen opgenomen in een ziekenhuis, maar neurologisch onderzoek heeft geen afwijkingen aan het licht gebracht. Drinken doet hij overigens niet meer. Hij heeft iets heel principieels als hij daarover praat - net als bij het niet willen betalen van de alimentatie. Hij heeft daarbij iets onverzettelijks, iets krachtigs, dat ik als een positieve factor voor een eventuele therapie zie.

Op mijn vraag wat ik voor hem doen kan, antwoordt Willem dat hij er zelf niet onder uitkomt maar ook niet weet hoe hij geholpen kan worden. Hij vindt het afschuwelijk in het tehuis. Hij kan niet tegen de verloedering en de drankzucht van al die mannen daar. Hij herhaalt dat de neiging een einde aan zijn leven te maken steeds sterker wordt. Ondanks dit appèl moet ik hem - wegens mijn vakantie - een afspraak voor over een maand geven. Als het nodig is, kan hij in de tussentijd bij een collega terecht.

### 3. De behandeling

Willem maakt me weer duidelijk hoezeer het tehuis de "goot" is, het laagste van het laagste. Zijn situatie is uitzichtloos, zegt hij. Hij heeft geen geld om elders een kamer te huren.

Om de huur te kunnen betalen, heeft hij een baan nodig. Maar als hij ergens solliciteert, moet hij zijn adres opgeven en daarna wordt steeds een ekskuus gevonden om hem niet te nemen.

Als ik probeer te bespreken op welke manier deze vicieuze cirkel doorbroken zou kunnen worden, laat Willem het afweten. Er zouden best mogelijkheden te vinden zijn, maar hij wil daar niet op ingaan. In plaats daarvan geeft hij aan dat hij steeds meer gespannen wordt. Als die spanning tot ontlading komt gebeurt er iets ergs, weet hij. In het verleden is dat bijv. brandstichting geweest.

Ik krijg het idee om Willem een hypnotherapie voor te stellen. Een rationele benadering, gericht op veranderingen in zijn leefsituatie, lijkt immers niet aan te slaan. Wel begrijpelijk want achter zijn omstandigheden lijkt een intrapsychisch probleem schuil te gaan. Ik heb twee aanwijzingen dat Willem goed in hypnose kan gaan. De

eerste betreft zijn spontane "wegrakingen", de tweede zijn geconcentreerdheid tijdens het gesprek. Zijn principiële houding in een aantal zaken geeft mij het idee, dat hij een zeer sterke ~~Kant~~ heeft die hem kan helpen als we hem voor de therapie kunnen inschakelen. Willem gaat gemakkelijk op mijn voorstel hypnose toe te passen in.

In de eerste hypnose zitting wil ik Willem trainen in een aantal aspecten van hypnose. Als ik dan - indirect - iets therapeutisch kan doen, zal ik het niet nalaten. Bovendien zal ik in de hypnosezitting meer leren over Willem, waardoor ik beter in staat zal zijn een bepaalde strategie uit te stippelen. Willem gaat via een handlevitatie gemakkelijk in trance. De hand raakt zijn voorhoofd en gaat - ondanks mijn suggestie in die richting - niet meer omlaag. Als verdiepings-techniek suggereer ik Willem, dat hij voor een trap met twaalf treden omlaag staat en de trap - rustig en in zijn eigen tempo - kan afdalen. Hij zal dan in een halletje met een deur terecht komen. Willem zegt dat het beneden erg donker is. De deur ziet hij niet. Ik suggereer hem die deur op de tast te vinden. Hij vindt de deur en opent hem op mijn verzoek. Als ik vraag of hij de ruimte daarachter wil betreden, aarzelt hij enorm. Het is daar ook donker, al ziet hij in de verte een lichtpuntje. De ruimte ziet er uit als een lange gang, een soort trechter. Door mij aangemoedigd, gaat Willem over de drempel en dat stapje voor stapje die gang in.

Hij merkt dat hij op zand loopt en er steeds dieper en dieper in wegzakt. Drijfzand? Hij kan zich er nog niet bevrijden en gaat terug naar het halletje. Als hij daar goed rond zoekt, zeg ik, zal hij spullen vinden waarmee hij verder kan - over het drijfzand heen. Hij vindt twee oude deuren. Hij schuift ze over het zand en drijft er mee over het water. Aan de andere kant kan hij gewoon lopen. Er bleoien allerlei mooie, rode bloemen. Willem geniet van hun kleuren en geuren; hij wordt vrolijk en begint te dansen.

De bloemen beginnen plotseling te verwelken en sterven af. De hele omgeving krijgt een somber bruine kleur. De geur van verrotting wordt steeds sterker. Willem wordt terneergeslagen en gaat maar gauw verder. Na enige tijd komt hij in de buurt van een kerk - er vlak

naast ligt een ziekenhuis. Voor de kerk staan duitse soldaten met geweren en andere mensen. Die worden weggestuurd, maar vier ervan blijven achter en worden gefussilleerd. De soldaten vertrekken en de doden blijven liggen. Het is stil en rustig.

Willem lijkt - in een zeer diepe trance te zijn. Ik geef hem suggesties voor uitrusten verkwikking en een positieve doorwerking, en laat dat volgen door wat indirecte suggesties voor amnesie te geven - dat laatste als een soort bescherming voor Willem als wat hij beleefd heeft in hypnose hem later zwaar zou komen te vallen. Ik ben uiteraard zeer benieuwd naar de doorwerking van deze zitting, waar ik hooguit wat betekenissen van kan vermoeden.

In de volgende zitting, veertien dagen later, rapporteert Willem ingrijpende veranderingen. Hij voelt zich niet meer depressief en koestert enig optimisme met betrekking tot de toekomst. Hij is naar de sociale dienst gegaan, naar een advocaat en naar de tandarts - daar is hij in geen twintig jaar geweest. Ook creatief is hij bezig geweest: wat houtsnij- en beeldhouwwerk. Hij heeft er al een boel voor gehad en met mij bespreekt hij of hij er wel geld voor kan vragen.

Willem voelt "een kriebel" met betrekking tot zijn familie. Hij heeft die in geen jaren gezien; wil ze eigenlijk ook nooit meer zien, maar voelt toch de neiging weer contact op te nemen. In zijn omgeving is men verbaasd over de veranderingen die zich in hem voltrokken hebben. Hijzelf is dat ook en merkt op, dat het niet te snel moet gaan. Ik sluit me daar natuurlijk bij aan.

Willem vertelt dan dat hij graag van het roken af wil. Van de drank afblijven is hem wel gelukt, maar wat hij ook geprobeerd heeft hij blijft roken - een pakje shag per dag. Ik wil hem daarbij wel helpen: "misschien de volgende keer of misschien gebeurt er dan wat anders."

Drie weken later ziet Willem er meer ontspannen uit. Hij is ook vrij opgewekt, al begint het hem kanp te vervelen in het tehuis. Hij is op drie banen afgeweest, maar afgewezen omdat hij in het tehuis zit. Hij vraagt zich af hoe lang het zal duren eer hij daar uit is. Willem brengt zelf het gesprek op een hypno-therapie voor zijn rookgedrag. We besluiten er nu aan te gaan werken en Willem gaat weer op dezelfde manier in trance als de eerste keer. Ik begin nu niet meer over een trap omlaag te praten, maar suggereer hem dat hij ergens in



de natuur is - op een plek die hij erg mooi vindt en waar hij zich thuis voelt. Hij is dan ergens in een kastanjabos en zoekt - net als andere mensen - naar kastanjes. Als hij daar een tijd mee bezig is en er zichtbaar van geniet, vraag ik hem naar een heel speciale plek in het bos te gaan; een plek waar hij een heel diep gat kan graven. Hij gaat op zoek en komt in een heel stil gedeelte van het bos terecht - niemand anders is daar. Ik vraag Willem dat diepe gat te graven en - als hij daarmee klaar is - zijn laatste pakje shag voor eens en voor altijd te begraven. Zodra hij klaar is, vraag ik hem om de frisse, gezonde lucht in het bos op te snuiven en ervan te genieten. Willem voelt zich zeer opgelucht, zegt hij. Hij voelt zich ook heel licht; hij zweeft als het ware tussen de bomen door. Hij komt wat mensen tegen, maar verder is het heel rustig om hem heen en dat doet hem goed.

Zijn aandacht wordt steeds getrokken naar de toppen van de bomen. Als ik hem vraag ook eens te letten op hun wortels, voelt hij daar niet zoveel voor. Tenslotte vraag ik hem naar een speciale plek te gaan, waar hij goed kan uitrusten en wat eerder gebeurd is als vanzelf op een positieve manier kan laten doorwerken. Hij kiest een plek in het bos, waar een halfverrotte boomstronk ligt met daarop een grote paddestoel - "van onderen rot en van boven heel mooi". Hij is erg geïnteresseerd door die paddestoel.

Na dat ik een aantal posthypnotische suggesties voor positieve doorwerking, uitgerust zijn en voldoening heb gegeven, komt Willem weer uit hypnose. Drie weken later vertelt Willem dat hij sedert de laatste zitting niet meer gerookt heeft. Hij vindt het maar gek, dat hij zich de eerste dagen na die zitting helemaal niet bewust was dat roken ooit iets met hem te maken heeft gehad. Hij had zijn aansteker nog op zak. Als anderen hem om een vuurtje vragen, gaf hij dat zonder meer - zich bewust dat hij zelf gerookt had.

Daarna is roken hem steeds meer gaan tegenstaan. Zozeer zelfs, dat hij veel minder naar de kroeg is gegaan en op de deur van zijn kamer een bordje "verboden te roken" heeft gehangen. Dat is waar ook: hij woont nu op een kamer ergens in de stad. Hij is er enorm blij mee en geniet van de rust op die kamer. Hij kan nu zijn eigen leven leiden. Hij heeft zich verder voorgenomen om weer naar werk te zoeken. Zo vertelt Willem en luister ik - eigenlijk vol respect voor hoe hij zich aan het ontwikkelen is en hoezeer hypnose hem daarbij kon helpen, ookal weet ik lang niet altijd op wat voor manier.

We maken een afspraak voor over drie weken.

Dan lees ik in de krant dat zijn hospita - een bekend persoon op hoogbejaarde leeftijd - is overleden en ik vraag me af hoe dat nu met Willem en zijn kamer moet. Hij komt niet op de afspraak en heeft daarna ook nooit meer iets van zich laten horen. Pogingen mijnerzijds om zijn nieuwe adres te achterhalen zijn mislukt.

4. Naschrift

Deze therapie heeft mij meer beziggehouden dan tal van andere therapieën. Het liep zo mooi allemaal, Willem boekte zoveel vooruitgang en met die kamer leek hij werkelijk aan een nieuw leven begonnen te zijn. Maar het was ook duidelijk dat er nog veel moest gebeuren. Zijn ervaringen in het bos, waar hij naar de toppen keek en niet naar de wortels en waar hij die paddestoel (van boven mooi; van onder rot) bekeek, gaven iets daarvan aan. En toen kwam de klap van het overlijden van de hospita en voor mij de onzekerheid hoe het hem daarna is vergaan. Ik hoop dat ik ooit nog eens iets van hem hoor.

DIRECTIEF THERAPEUT: EEN VAK MET RISICO'S?

---

Kees Hoogduin,  
september 1980

In medische kringen is het al jaren gebruikelijk om zich te verzekeren tegen de gevolgen van fouten bij de medische beroepsuitoefening gemaakt. Met behulp van een zogenaamde Wettelijke Aansprakelijkheidspolis Beroeps (W.A.B.) kan de medicus zich verzekeren tegen schadeclaims tot één miljoen gulden. Een bedrag waar degene die aansprakelijk stelt in de praktijk genoeg mee neemt. Moeilijker is het zich te verzekeren tegen tuchtrechtelijke gevolgen van medisch falen. Nu speelt dit in de praktijk nauwelijks een rol van betekenis. Zoals bekend is de Medische Tuchtraad een instituut dat er steeds van uit gaat dat er geen rook is zonder vuur. Zij stelt zich ten opzichte van de aangeklaagde onbeschoft en uit de hoogte op. Ook als de klager een notoire oplichter is, dient toch de aangeklaagde arts dit college van oude betweters te overtuigen - in tienvoud heb ik me laten vertellen - van zijn correct medisch handelen. Naast deze algemene tuchtiging van de aangeklaagde komt de Tuchtraad meestal niet verder dan het berispen van de schuldig bevonden artsen. Waarom dus een rechtsbijstand-verzekering; geschoffeerd word je toch en die berisping zal je niet uit de slaap houden.

Voor een aantal artsen - denk aan de Eindhovense röntgenologen - kan rechtsbijstand noodzakelijk zijn, vooral wanneer de arts als oplichter door de mand gevallen is. Het lijkt me te ver gaan hiervoor richtlijnen te verstrekken. Ik wil volstaan met de mededeling dat bij de uitoefening van het medische vak toch via de legale kanalen de zakken dusdanig gevuld kunnen worden dat oplichting slechts door zeer onnozele collegae gepraktiseerd wordt. Anders ligt het bij de psychotherapeuten. Sinds kort (zie het kranteknipsel Leids Dagblad, augustus 1980) is de rechter zich gaan bemoeien met de psychotherapie. Hij blijkt uit te willen maken welke maatregelen nog als therapeutische interventies en welke als mishandeling opgevat dienen te worden.

25

# "Iedereen kan zich psychotherapeut noemen"

DEN BOSCH (ANP) - "Het is hoogst noodzakelijk dat er op korte termijn waarborgen komen voor een goede controle op psychiatrische inrichtingen. Ook zouden de rechten van patiënten eens duidelijk op papier moeten komen. Verder is een arbeidsrechtelijke regeling voor psychotherapeuten dringend gewenst. Nu kan iedereen zich zo maar psychotherapeut noemen".

Officier van justitie mr. G. Bos zei dat gistermiddag voor de rechtbank in Den Bosch tijdens de rechtszaak tegen het voormalig hoofd en het voormalig subhoofd van psychiatrisch doorgangshuis Genderhorst in Veldhoven. De 32-jarige H.L. en de 33-jarige C.O. werden beschuldigd van mishandeling. Ze zouden een 24-jarige geestelijk gehandicapte vrouw begin vorig jaar hebben gedwongen in tien minuten tijd twee kannen koffie met zout op te drinken en vijftien sigaretten te roken.

De verdediger, mr. P. van der Kruijs, beschuldigde de officier van justitie ervan de verdachten te gebruikern als zondebokken.

"Ik heb de indruk dat de officier niet een veroordeling nastreeft maar het paramedische wereldje aan de kaak wil stellen".

De verdachten ontkenden dat ze zich schuldig hadden gemaakt aan mishandeling. Volgens de beide verpleegkundigen, die ook nog een diploma speciale dienstverlening op zak hebben, was er sprake van een therapie.

Het was de bedoeling geweest om de vrouw te confronteren met haar eigen vernietigingsdrang. Het subhoofd had dat geleerd tijdens een stage van twee weken in een Rotterdamse drugkliniek. Hij had daar nog meer therapieën opgedaan en die bracht hij vervolgens in praktijk in Genderhorst.

Zo werden onder meer een schreeuwmeditatie en een zoenmeditatie ingevoerd die waren ontwikkeld door een Indiase Baghwan. Ook mochten de patiënten de staf niet meer rechtstreeks aanspreken maar alleen via een voorman. Er werd een "strafbank" ingevoerd en patiën-

ten moesten rondlopen met borden op hun borst waarop vernerderende teksten stonden.

De officier van justie sprak over "blinde doorgeslagen hulpverlening". Hij vertelde te hebben overwogen om ook de stichting Groenhoven te vervolgen, die Genderhorst beheerst. Volgens de officier is de stichting ernstig in gebreke gebleven. "De stichting had geen psychiaters en psychologen in dienst en heeft de staf van Genderhorst niet afdoende gecontroleerd en begeleid".

Hij eiste tegen de verdachten drie maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar en een boete van vijfhonderd gulden. De verdediger vroeg vrijspraak. Hij achtte het onbewezen dat het slachtoffer werkelijk schade had ondervonden door de behandeling. Ook vond hij dat de verdachten hadden gehandeld vanuit hun wetenschappelijk inzicht. De rechtbank wijst op 12 september vonnis.

Leids Dagblad, augustus 1980

Een tweetal collegae, werkzaam in Veldhoven, hebben dit aan de lijve moeten ondervinden. Zij hebben een 24-jarige vrouw die veel koffie dronk en ook veel rookte in behandeling genomen. Met behulp van symptoomvoorschrijven en een benevolent ordeal hebben zij geprobeerd deze arme cliënte van haar symptomen te bevrijden. De cliënte had weliswaar niet veel last van de verschijnselen, maar de omgeving echter des te meer, zodat toch tot de behandeling is overgegaan (vgl. ook Van der Velden, 1980). Fraai wordt de judotechniek (vgl. Lange, 1979) toegepast en wordt meegegaan met het symptoom. Koffie en sigaretten worden in overmaat gegeven. Als ordeal wordt er zout in de koffie gedaan en het koffiedrinken wordt in de tijd beperkt - cliënte moest twee kannen koffie in 10 minuten drinken (het zout in de koffie lijkt me wat overbodig, de hoeveelheid koffie in 10 minuten lijkt voldoende punishment

in zich te hebben. Bovendien bestaat het gevaar dat cliënte na de behandeling nog wel van een bakje Douwe Egberts houdt en alleen voortaan geen koffie met veel zout wil gebruiken).

Hoewel de behandeling voldeed aan de eisen die een goed directief therapeut stelt:

- de cliënt moest de koffie met zout opdrinken (het directief);
- in één zitting van 10 minuten (beperkt aantal zittingen, beperkte behandelduur);
- het gebruik van sigaret en koffie werd afgeleerd (een concreet doel);
- terwijl ze er toch mee door mocht gaan, omdat ze het zo lekker vond (een positieve context);
- toen dit niet werkte werd de behandeling uitgebreid met een schreeuw- en zoenmeditatie, zodat ook van een pragmatische aanpak gesproken kon worden;

heeft toch de Officier van Justitie in Den Bosch gemeend zich negatief over deze therapie te moeten uitlaten. Hij praat over mishandeling en blinde, doorgeslagen hulpverlening (wat dat ook mag wezen). Zijn eis loog er niet om en was duidelijk genoeg: drie maanden voorwaardelijke gevangenisstraf met een proeftijd van drie jaar en vijfhonderd gulden boete.

Deze geschiedenis wordt hier besproken met als doel u allen op te roepen zich te verenigen. Wij moeten ons sterk maken tegen deze poging de ontwikkeling van de directieve therapie in te dammen. Ik hoorde dat de Officier van Justitie, ene G. Bos, regelmatig in psycho-analytische kringen verkeert; ook hoorde ik dat hij recent op een feestje is geweest van enkele Rogerianen. Het is natuurlijk onzin te denken dat dit iets met zijn eis te maken heeft, maar toch. We moeten er niet aan denken dat we eerdaags onze hoofdredacteur enige weken moeten missen omdat hij in zijn prachtige behandeling van een vrouw met een dwangneurose deze vrouw iedere dag zeven kwartier op het toilet liet zitten (zie: Van der Velden, 1980). Of dat we iedere maal dat we een patient zichzelf met een elastiekje rond de pols laten pijnigen, een boete van enige honderden guldens tegemoet zien. Ook zie ik het voor onze zo bevriende collegae Van der Hart en De Smet (zie Van der Hart, 1980) somber in als bekend wordt dat zij een magere juffrouw 24 uur in een caravan hebben gezet zonder eten.

Toch bestaat er behoefte aan een instantie die controlerend optreedt en Misstanden in de directieve therapie aan de kaak stelt. (Zo schijnt er in Leuven een groot aantal mannen zonder penis rond te lopen. Zij hadden zich voor behandeling van nachtwateren aangemeld. De directief therapeut liet hen de nachten doorbrengen met een wasknijper op hun lid. Onduidelijk hierbij is de doelstelling van de behandeling. Als het amputeren van het lid een goede therapie is voor het nachtelijk bedwateren, zijn er toch modernere methoden om het lid te verwijderen).

Zolang deze instantie niet is geïnstalleerd dienen we rekening te houden met de mogelijkheid dat een officier van justitie zich als controleur opwerpt. Tot die tijd lijkt het aan te bevelen een goede rechtsbijstand-verzekering te sluiten, terwijl ook een W.A.B. noodzakelijk is. Ik zal me inverbinding stellen met een groot verzekeringsconcern met het verzoek een combinatiepakket W.A.B. en R.B.V. te verzorgen. Over de kosten van dit WABRBV-pakket zal u nader geïnformeerd worden.

~~2~~ 23'

Referenties

- Hart, O. van der (1978) Overgang en bestendiging,  
Van Loghum Slaterus, Deventer
- Lange, A. (1977) Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten,  
in: K. van der Velden (red.),  
Directieve Therapie 1,  
Van Loghum Slaterus, Deventer
- Velden, K. van der (19..)  
De behandeling van een vrouw met dwangdenken,  
T.D.T. 7 (2), 47 - 55



Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten;  
een onderzoek

Alfred Lange

Voorwoord

In het vorig nummer heb ik de inleiding van dit artikel gepresenteerd. Teneinde rekening te houden met de gemakzucht die binnen TDT-kringen hier en daar schijnt toe te slaan heb ik die eerste pagina's opnieuw gecopieerd en opgenomen in dit nummer.

Ik hoop dat men zich nog wel herinnert wat de redenen zijn dat ik dit - zo statistisch en ontherapeutische - stuk in ons creatieve krantje opneem.

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 gezamen-lijke taak zouden gaan uitvoeren werd met ieder van hen een kort gesprek over de tests gevoerd, waarin steeds dezelfde in-formatie werd gegeven. Aan drie van de vier werd vertéld 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 ver-wachting 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-informa-tie hadden gehad.

Meer bekend dan deze laboratorium experimenten zijn de veldexperimenten van o.a. Rosenthal en Jacobson (1968). In dit soort experimenten wor-den 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, korzelig 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 zeker 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.

## 2. Experimentele opzet

Ten behoeve van het onderzoek werd een video-montage gemaakt van fragmenten uit drie sessies van een echtpaar met een therapeut. Alleen fragmenten waarin de cliënten aan het woord waren werden gebruikt. Reacties van de therapeut werden niet in de montage opgenomen. Aldus ontstond een 'film' van drie kwartier die als stimulus materiaal voor het onderzoek kon gebruikt worden (Van der Valk, 1980; Lange, 1979). De band werd aan psychotherapeuten die in de praktijk werkzaam waren vertoond, waarbij werd verteld dat de onderzoekers erin geïnteresseerd waren hoe psychotherapeuten zich een beeld vormen van cliënten en hun problemen. In werkelijkheid was dit maar de halve waarheid. Voorafgaande aan het zien van de film kregen de proefpersonen namelijk enige schriftelijke informatie over de beide personen met de rationale dat dit vergelijkbaar was met de dossiergegevens die zij normaliter ook over potentiële cliënten kregen. De proefpersonen wisten niet dat deze informatie gefingeerd was met het doel om drie experimentele condities te creëren. In één conditie kregen de proefpersonen positieve informatie over de man en negatieve over de vrouw. In de tweede conditie was dit omgedraaid en in de derde conditie was de informatie over beiden neutraal. In par. 4 wordt de aard van deze vooraf-informatie meer gedetailleerd beschreven. Bij de instructie voorafgaande aan de film werd de proefpersonen reeds verteld dat zij na het zien van de videoband een vragenlijst konden invullen met behulp waarvan zij hun mening konden weergeven over de man en vrouw en over hun interactiepatroon. De daarvoor bestemde vragenlijst mochten zij vóór het kijken naar de videofragmenten inzien zodat zij wisten waarop zij moesten letten. Na het invullen van deze vragenlijst (de afhankelijke variabele) werd een 'ontmaskerings' procedure toegepast, waarbij systematisch gecontroleerd werd of er 'achterdocht' bij de proefpersonen had bestaan.

## 3. De proefpersonen

Aan het onderzoek werd medewerking verleend door elf instellingen voor de Geestelijke Volksgezondheid, o.a. crisiscentra, sociaal psychiatrische diensten, therapeutische gemeenschappen. Onder de - in totaal - 57 proefpersonen bevonden zich:



- 12 artsen (arts-assistenten, psychiaters, al of niet in opleiding)
- 17 psychologen
- 20 maatschappelijk werkers
- 6 verpleegkundigen
- 1 pedagoge
- 1 proefpersoon waarvan het beroep niet is geïdentificeerd.

4. Operationalisatie van de onafhankelijke variabele

De proefpersonen werden at random ingedeeld over de drie experimentele condities:

a. Negatieve informatie over de man / positieve over de vrouw

De schriftelijke informatie in deze conditie is als volgt:

Man en vrouw zijn beiden vóór in de veertig. Ze zijn nu 10 jaar getrouwd na allebei eerder gehuwd te zijn geweest. De man werkt als leraar maatschappijleer aan een Mavo-scholengemeenschap en studeert in de avonduren voor het diploma Sociale Academie; de vrouw is huisvrouw. Uit hun vroegere huwelijken hebben man en vrouw ieder 2 kinderen; uit hun huidig huwelijk hebben ze geen kinderen. De beide zoons van de vrouw (10 en 11 jaar oud) wonen momenteel bij het echtpaar, met dien verstande dat één zoon in een tehuis voor moeilijk opvoedbare kinderen verblijft. Aanleiding voor het komen praten met een deskundige was een suicidepoging van de man als gevolg van een dreigement van de vrouw het huwelijk te beëindigen "als dit zo langer doorging". Ook in zijn eerste huwelijk had de man al eens eerder een suicidepoging gedaan.

Dit alles heeft natuurlijk een voorgeschiedenis.

De man is opgegroeid in een gezin met 3 andere kinderen. Hij was altijd erg afhankelijk en bleef dat ook in zijn eerste huwelijk, hetgeen min of meer de oorzaak was dat dit huwelijk misliep. Zijn vroegere vrouw kon niet voldoen aan zijn hoge eisen die hij van huis uit gewend was. Het stuklopen van dit huwelijk was een schok voor de man en hij was erg blij een andere partner te vinden, met wie hij in de loop der jaren ook het een en ander heeft door-gemaakt, zoals u zo dadelijk zult zien en horen.

De vrouw van het echtpaar heeft een iets andere achtergrond; zij komt uit een harmonieus gezin waarin de twee kinderen al vroeg vrij veel zelfstandigheid kregen. Haar zus, met wie zij nog steeds een goede verstandhouding heeft, is 2 jaar ouder. Zij heeft een optimistische kijk op het leven en doet graag iets voor een ander. Dat laatste gaat af en toe ten koste van haarzelf waardoor zij zich wel eens misbruikt en niet gewaardeerd voelt.

b. Negatieve informatie over de vrouw / positieve over de man

Deze proefpersonen kregen dezelfde tekst als in de voorgaande conditie, met dien verstande dat 'de man en de vrouw' waren verwisseld. Er was nu een suïcidepoging geweest van de vrouw; de vrouw was nu de nakomer, afhankelijk, en met een misgelopen huwelijk. De man komt nu uit een harmonieus gezin, etc.

c. Neutrale informatie over de vrouw en de man

Het eerste deel van deze informatie is gelijk aan die van de andere condities. Pas na de zin over "moelijk opvoedbare kinderen" loopt het anders:

.... Er zijn nogal wat individuele klachten bij zowel de man als de vrouw alsmede problemen in de relatie. Reden voor meneer en mevrouw S. om eens met een deskundige te gaan praten. Man en vrouw voelen zich allebei een beetje achtergesteld, niet genoeg gewaardeerd. De vrouw heeft de neiging zichzelf op te offeren maar doet dat vaak ten koste van haarzelf. Dat uit zich dan in klaaggedrag tegenover de man. Deze heeft zich ten doel gesteld zich een goede positie in de maatschappij te veroveren (zodat men hem eindelijk naar waarde weet te schatten"), vandaar zijn avondstudie naast zijn gewone dagtaak. Het gevolg hiervan is echter dat hij vaak (figuurlijk gesproken) afwezig is.

5. Operationalisatie van de afhankelijke variabelen

Teneinde tegemoet te komen aan de bezwaren die in de inleiding zijn geformuleerd ten opzichte van sommige van de daar genoemde experimenten, hadden wij voor dit experiment een vragenlijst geconstrueerd die betrekking had op specifieke, waarneembare gedragingen van de man en de vrouw. De videoband bevatte dermate veel informatie dat de proefpersonen op grond daarvan de vragen konden beantwoorden. Bovendien hadden de vragen betrekking op kwesties waarover in de 'vooraf-informatie' niet gerept was.

De vragenlijst bestond uit vier delen, die door de proefpersonen in de hieronder beschreven volgorde werden verwerkt.

(a) Uitspraken over de manier waarop de één met de ander communiceerde

In totaal waren er 48 items voor dit onderdeel; 24 over de man en 24 - identieke items - over de vrouw. Een aantal uitspraken ging over de manier waarop de betreffende persoon met zijn partner praatte.



Bijvoorbeeld:

- "De man spreekt vaak op een beschuldigende manier tegen zijn vrouw"
- "De man onderbreekt zijn vrouw voortdurend als zij aan het woord is"
- "De man gebruikt dikwijls vage woorden als: 'misschien', 'een beetje', 'eigenlijk', e.d.

Deze vragen waren gebaseerd op Lange & van der Hart (1979).

Andere uitspraken betroffen non-verbale en paralinguale aspecten van gedrag. Bijvoorbeeld:

- "Als de man tegen zijn vrouw of tegen de therapeut praat kijkt hij hen bijna niet aan"
- "De man heeft een monotone manier van spreken"
- "De man heeft een levendige mimiek"

De proefpersonen konden aan de hand van vijf antwoordcategorieën aangeven in hoeverre zij een uitspraak op de betreffende persoon (man of vrouw) van toepassing vonden.

De betrouwbaarheid van de items werd apart onderzocht voor zowel de 15 'praat'-items als de 9 items over non-verbaal gedrag.

Tabel 1 Betrouwbaarheidscoëfficiënt alpha voor de beoordelingsschalen

|                    | <u>over de man</u> | <u>over de vrouw</u> |
|--------------------|--------------------|----------------------|
| Manier van praten  | .82                | .87                  |
| Non-verbaal gedrag | .74                | .64                  |
| Alle items samen   | .85                | .86                  |

Op grond van de gegevens in tabel 1 kunnen we concluderen dat het gerechtvaardigd is om alle 24 items te gebruiken als één schaal. Sommering van de scores op alle items leidt tot één score, waarin de beoordeling van de manier van communiceren van de man of de vrouw tot uitdrukking komt. Verder valt het op, dat de manier van praten

van de stimulus personen betrouwbaarder wordt gescoord dan de non verbale aspecten van hun gedrag.

(b) Uitspraken over het 'beleid' t.o.v. deze cliënten

Na de beoordelingsvragen kregen de proefpersonen zeven vragen die betrekking hadden op hun ideeën over een eventuele behandeling. Vijf van de zeven items waren in de vorm van uitspraken, waarvan de proefpersoon middels vijf antwoordcategorieën kon aangeven in hoeverre hij het ermee eens of oneens was. Enkele voorbeelden:

- "Het lijkt mij duidelijk dat voor deze man individuele therapie aangewezen is"
- "Wanneer besloten wordt tot een therapeutische aanpak van deze problemen heeft dat alleen zin wanneer dat gebeurt door een zeer deskundige en ervaren therapeut"

Daarnaast was er een vraag naar het aantal zittingen dat men dacht dat een ervaren therapeut nodig zou hebben voor de behandeling van dit echtpaar.

Tenslotte was er nog een 'open' invulvraag, die later niet in de bewerking zou worden opgenomen, naar de volgorde in de keuze van problemen die de proefpersoon zou hanteren wanneer hij als therapeut met deze mensen zou werken.

Over de 'beleidsitems' werden géén betrouwbaarheidscoëfficiënten berekend, aangezien het op inhoudelijke gronden niet opportuun leek om te trachten tot een schaal te komen.

(c) Achtergrond van de proefpersonen

Hiervoor werden vragen opgenomen over:

- leeftijd
- ervaring
- opleiding
- de therapeutische stroming waarmee de proefpersoon - ten tijde van het onderzoek - zich het meest verwant voelde.

De proefpersonen hadden daarbij de keuze uit 5 therapeutische stromingen (vgl. par. 8.4).

#### (d) Evaluatie-vragen

In het laatste deel van de vragenlijst konden de proefpersonen aangeven in hoeverre zij zich ervan bewust waren geweest dat getracht was hun beoordeling te beïnvloeden. Deze vragen werden gesteld volgens de zogenaamde 'fuik' aanpak (vgl. Page, 1973). Begonnen werd met een algemene vraag:

- Wat vond u van dit onderzoek?

Daarna werden de vragen steeds gericht:

- Is u iets bijzonders opgevallen?
- Welke andere oogmerken zou dit onderzoek kunnen hebben naast het al genoemde doel?

Bij de vierde vraag - die op een aparte bladzijde stond - konden de proefpersonen aangeven in hoeverre de vooraf-informatie hen had beïnvloed. Deze vraag was opgenomen teneinde de veronderstelling van Nisbett & DeCamp Wilson (1977) te onderzoeken, dat halo-effecten zich niet op een bewust cognitief niveau afspelen.

Voor een volledige beschrijving van de totale vragenlijst zij verwezen naar Van der Valk, 1980.

#### 6. Experimentele opzet

We kunnen bij dit onderzoek spreken van een laboratorium experiment dat in het veld is uitgevoerd. De proefleider bezocht elk der instellingen die aan het experiment meededen. Tenzij de instelling zelf beschikte over de nodige video-apparatuur, bracht hij een video-kar (recorder + monitor) mee.

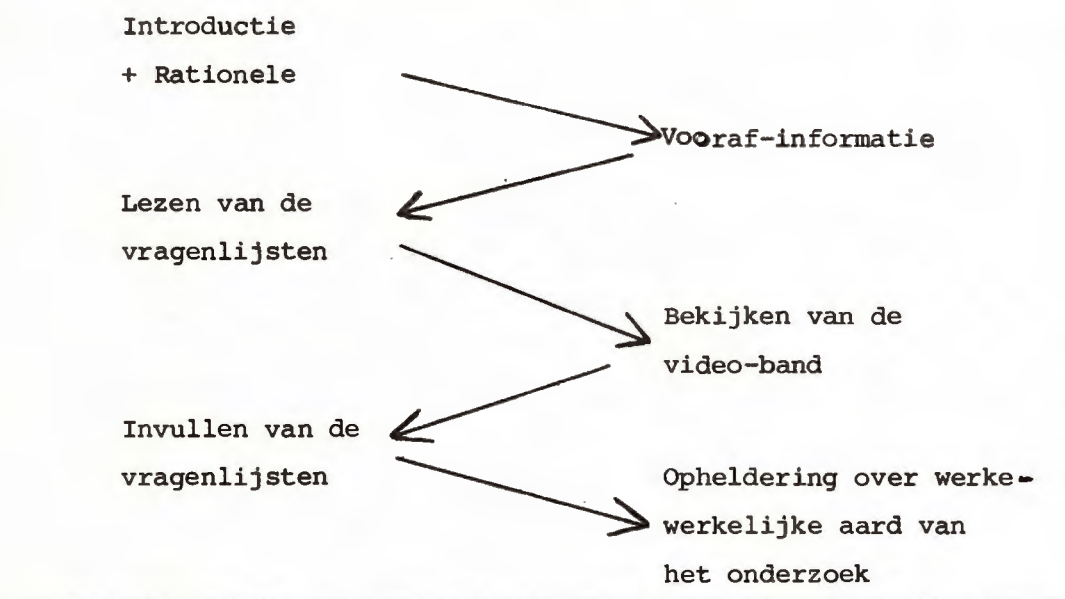
Aan één experimentele sessie namen steeds alle meewerkende therapeuten uit één instelling deel. De aantallen varieerden van drie tot twaalf. Mede daardoor waren de omstandigheden niet in alle instellingen gelijk. Soms moesten de proefpersonen vrij dicht bij elkaar zitten. Om te voorkomen dat zij konden zien dat hun mede-proefpersoon andere vooraf-informatie kregen, waardoor achterdocht zou kunnen worden opgewekt, werd de lay-out van de verschillende vooraf-informaties nage-



noeg gelijk gemaakt.

De experimentele procedure was - schematisch weergegeven in figuur 1 - als volgt.

Figuur 1      Schema van de experimentale procedure



### 7. Het vooronderzoek

De experimentele opzet en de vragenlijsten waren tot stand gekomen na een klein vooronderzoek. De aanvankelijke bedachte vooraf-informaties en ook de verschillende vragenlijsten waren uitgetest op twee psychologie studenten en vier wetenschappelijk medewerkers van de vakgroep Persoonlijheidsleer van de Universiteit van Amsterdam (ervaren therapeuten). Op grond van hun commentaren achteraf werden enkele noodzakelijke wijzigingen in zowel de vooraf-informaties als in de vragenlijsten aangebracht.

### 8. Het experimentele design en de hypothesen

Strict genomen was er sprake van een 3 x 2 design. De eerste factor heeft betrekking op de vooraf-informatie, de tweede op de volgorde in de vragenlijst van de proefpersonen. De helft krijgt eerst de man te beoordelen en daarna de vrouw. Bij de anderen is het andersom.

Figuur 2 Het design schematisch weergegeven

|  | eerst vragenlijst<br>over de man | eerst vragenlijst<br>over de vrouw |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Negatieve informatie<br>over de man/positieve<br>informatie over de<br>vrouw |                                  |                                    |
| Negatieve informatie<br>over de vrouw/positieve<br>informatie over de<br>man |                                  |                                    |
| Neutrale informatie  |                                  |                                    |

Er waren twee hypothesen:

1. Psychotherapeuten die van tevoren over een bepaalde persoon negatieve informatie hebben ontvangen, zullen deze persoon na observatie minder gunstig beoordelen dan collegae die van tevoren - over dezelfde persoon - neutrale of positieve informatie hebben gekregen.

Deze hypothese heeft betrekking op een vergelijking tussen groepen proefpersonen.

2. Psychotherapeuten zullen het gedrag van iemand waarover zij van tevoren negatieve informatie hebben ontvangen na observatie minder gunstig beoordelen dan het gedrag van een persoon waarover zij van tevoren positieve informatie kregen.

Deze hypothese heeft betrekking op een vergelijking binnen één groep proefpersonen.

### 9. De analyse en resultaten

Als eerste stap in de analyse werd onderzocht in hoeverre de volgorde waarin de vragenlijst over man en vrouw werd aangeboden invloed had op de beoordeling. De verschillen - getoetst met behulp van variantie-analyse - bleken nihil (vgl. Van der Valk, 1980). In de verdere analyse kunnen we deze factor dan ook buiten beschouwing laten. In feite hebben we dan alleen nog te maken met een 1 x 3 design.



### 9.1. Toetsing van de hypothesen

In tabel 2 zien we de gemiddelde beoordelingen van de man en vrouw over de drie experimentele condities. De range van mogelijke scores loopt per persoon van 24 (meest constructief) tot 120 (meest gestoorde manier van communiceren).

Tabel 2 Gemiddelden op beoordelingsschaal

|   | N  | vragen over de man | vragen over de vrouw |
|---|----|--------------------|----------------------|
| Negatieve informatie over de man/positieve informatie over de vrouw | 20 | a. 84.55           | b. 64.35             |
| Negatieve informatie over de vrouw/positieve informatie over de man | 18 | c. 73.26           | d. 67.68             |
| Neutrale informatie   | 19 | e. 73.11           | f. 65.06             |

a - e:  $T=3.37$ ,  $p < .001$

b - f:  $T= .63$ ,  $p < .265$

a - c:  $T=3.67$ ,  $p < .0065$

b - d:  $T= .75$ ,  $p < .23$

Inspectie van tabel 2 laat zien dat hypothese 1 bevestigd wordt, waar het de man betreft. De proefpersonen, die over hem negatieve vooraf-informatie hadden ontvangen, beschouwden na observatie van de film zijn manier van communiceren als significant gestoorder dan de collegae die van tevoren neutrale of positieve informatie hadden gekregen. Ten aanzien van de vrouw treden deze verschillen niet op. We zullen daar in de discussie op terugkomen.

De tweede hypothese had betrekking op een vergelijking van de beoordeling van de man versus de vrouw, binnen elk van de experimentele condities. Een simpele vergelijking was echter niet meteen mogelijk. De gegevens van de proefpersonen die over man en vrouw (dezelfde) neutrale informatie hadden gekregen laat immers zien dat de man veel negatiever wordt waargenomen (8.05 punten, vgl. tabel 2). Dit kan alleen te wijten zijn aan wat men van hem ziet in de video-beelden en staat los van de experimentele manipulatie.

Om nu toch het effect van de experimentele manipulatie op de vergelijking tussen man en vrouw te kunnen toetsen werd ter correctie op de beoordelingsscore van de man bij alle proefpersonen 8.05 punten afgetrokken.

Tabel 3 Vergelijking van beoordeling man en vrouw, na correctie

|  | vragenlijst<br>man | vragenlijst<br>vrouw | T    | P     |
|--|--------------------|----------------------|------|-------|
| Negatieve informatie over de man/positieve over de vrouw | 76.50              | 64.35                | 3.21 | .0025 |
| Negatieve informatie over de vrouw/positieve over de man | 65.20              | 67.68                | .51  | .38   |

Inspectie van tabel 3 laat zien dat negatieve vooraf-informatie over de man leidt tot een significant ongunstiger oordeel over hem na het zien van de videotapes dan over de vrouw over wie men positievere informatie had ontvangen. Dit verschil kan - door de toegepaste correctie - niet toegeschreven worden aan een ongunstiger optreden van de man, en geeft steun aan de tweede hypothese.

Het omgekeerde - voor de vrouw - gaat niet op. Negatieve informatie over haar leidt niet tot een ongunstiger oordeel over haar dan over haar man, waar deze op positievere wijze was geïntroduceerd.

Behalve het effect op de beoordeling van man en vrouw werd eveneens onderzocht of de experimentele manipulaties hebben geleid tot een verschillende keuze van beleid wanneer men tot een therapie zou overgaan. De verschillen tussen de experimentele condities waren in dit opzicht echter gering en toetsing m.b.v. variantie-analyse liet dan ook geen significante verschillen zien (vgl. Van der Valk, 1980).

### 9.2. De invloed van leeftijd en ervaring

Voor elk van vier leeftijdscategorieën apart (20-25 jaar; 26-30 jaar; 31-40 jaar en 41-50 jaar) werden de gemiddelde beoordelingsscores van man en vrouw per conditie berekend. Variantie-analyse liet zien dat er geen noemenswaardig interactie-effect was tussen leeftijd en het

soort vooraf-informatie. M.a.w., de leeftijd van de psychotherapeuten had geen invloed op de mate waarin men zich liet beïnvloeden door de negatieve of positieve informatie. Dat was wèl het geval met 'ervaring', met name in de beoordeling van de man. Psychotherapeuten met vijf jaar of minder ervaring werden meer beïnvloed door de vooraf-informatie dan hun meer ervaren collegae. Om dit te toetsen werd voor elk der ervaringscategorieën afzonderlijk het verschil in beoordeling van de man getoetst tussen proefpersonen die negatieve informatie hadden en proefpersonen die neutrale informatie hadden gekregen.

In tabel 4 worden de overschrijdingskansen voor deze toetsingen gegeven. Bij de therapeuten met minder dan 6 jaar ervaring leidt de negatieve informatie tot een significant negatievere beoordeling. Bij de ervaren therapeuten is dat niet het geval.

Tabel 4 Invloed van ervaring op het effect van vooraf-informatie op de beoordeling van de man

|                     | Overschrijdingskansen m.b.t. verschillen tussen controle conditie en conditie van negatieve informatie over de man |
|---------------------|--|
| tot 2 jaar ervaring | .087   |
| van 3 tot 5 jaar    | .003   |
| van 6 tot 10 jaar   | .33  |
| van 11 tot 15 jaar  | .27  |

### 9.3. De invloed van het beroep

Voor elk van de beroepsgroepen apart werd het effect van de vooraf-informatie onderzocht.



Tabel 5 Gemiddelde scores per conditie per beroepsgroep \*

|                                  |              | N  | vragenlijst |       |
|----------------------------------|--------------|----|-------------|-------|
|                                  |              |    | man         | vrouw |
| Neg. Inf. Man<br>Pos. Inf. Vrouw | artsen       | 4  | 80.50       | 50.50 |
|                                  | psychologen  | 8  | 89.00       | 67.87 |
|                                  | maatsch.werk | 4  | 85.75       | 71.00 |
| Pos. Inf. Man<br>Neg. Inf. Vrouw | artsen       | 4  | 80.00       | 58.00 |
|                                  | psychologen  | 3  | 71.00       | 73.25 |
|                                  | maatsch.werk | 11 | 75.09       | 68.90 |
| Neutrale Inf.                    | artsen       | 5  | 72.60       | 66.40 |
|                                  | psychologen  | 5  | 79.00       | 60.20 |
|                                  | maatsch.werk | 5  | 72.20       | 68.60 |

\*) De verpleegkundigen zijn vanwege de kleine aantallen hier buiten beschouwing gelaten.

Uit tabel 5 blijkt bij inspectie al enigszins dat de negatieve vooraf-informatie ten aanzien van de man vooral onder de psychologen tot een ongunstig oordeel leidde. Bij maatschappelijk werkers was de invloed van de informatie minder en bij de artsen praktisch nihil.

Aangezien de aantallen nogal klein zijn en de standaarddeviaties binnen de groepen nogal verschilt, kunnen uit inspectie van de tabel niet al teveel conclusies getrokken worden. Van der Valk (1980) heeft daarom met behulp van zowel variantie-analyse als T-toetsen de hypothesen 1 en 2 apart getoetst voor elk der beroepsgroepen. Daaruit blijkt dat de verschillende mate waarin de diverse beroepsgroepen beïnvloed zijn door de vooraf-informatie, wel degelijk van belang is.

Wanneer men van de psychologen uit de verschillende experimentele condities de beoordelings-scores ten aanzien van de man met elkaar vergelijkt, blijken alle verschillen significant ( $\alpha = .05$ ) te zijn, in de voorspelde richting. Ten aanzien van de vrouw gaan de verschillen tussen de experimentele condities ook sterk in de verwachte richting, maar zijn net niet significant. De artsen blijken daarentegen nauwelijks systematisch beïnvloed te zijn door de vooraf-informatie, terwijl de maatschappelijk werkers een tussenpositie innemen tussen psychologen en artsen.

Theoretisch was het mogelijk dat deze verschillen tussen de beroepsgroepen verklaard konden worden door verschil in ervaring (vgl. par. 9.2). Aangezien de beroepsgroepen echter nauwelijks verschillen in jaren van ervaring moet deze verklaring uitgesloten worden.

#### 9.4. De invloed van de therapeutische richting

Aan elke proefpersoon was gevraagd om aan te geven met welke therapeutische richting hij zich verwant voelde. Daarbij mochten meerdere stromingen genoemd worden zodat er een zekere overlap tussen de groepen is ontstaan, waardoor de verschillen tussen de groepen enigszins verdoezeld kunnen zijn.

Tabel 6 Gemiddelde scores per conditie per therapeutische richting

|                                  |                 | N  | vragenlijst |       |
|----------------------------------|-----------------|----|-------------|-------|
|                                  |                 |    | man         | vrouw |
| Neg. Inf. Man<br>Pos. Inf. Vrouw | psychoanalytici | 4  | 84.75       | 65.50 |
|                                  | gedragsth.      | 7  | 87.14       | 64.14 |
|                                  | gestaltth.      | 5  | 83.20       | 62.80 |
|                                  | rogerianen      | 5  | 89.80       | 66.60 |
|                                  | directieve th.  | 12 | 85.25       | 61.41 |
| Pos. Inf. Man<br>Neg. Inf. Vrouw | psychoanalytici | 8  | 78.12       | 68.50 |
|                                  | gedragsth.      | 6  | 70.33       | 65.00 |
|                                  | gestaltth.      | 4  | 69.00       | 72.50 |
|                                  | rogerianen      | 6  | 70.17       | 66.67 |
|                                  | directieve th.  | 12 | 71.92       | 66.17 |
| Neutrale Inf.                    | psychoanalytici | 6  | 74.83       | 60.67 |
|                                  | gedragsth.      | 4  | 79.75       | 60.25 |
|                                  | gestaltth.      | 5  | 74.20       | 73.40 |
|                                  | rogerianen      | 4  | 65.50       | 64.75 |
|                                  | directieve th.  | 7  | 72.14       | 53.86 |

Op grond van inspectie van tabel 6 kan men voorlopig concluderen dat de analytici duidelijk minder beïnvloed zijn geworden door de vooraf-informatie dan representanten van alle andere stromingen.

Teneinde deze gegevens wat exacter te beschouwen werden de verschillen tussen de experimentele groepen voor elk der stromingen apart geëvalueerd met behulp van T-toetsen. Aangezien - vanwege de overlap - strict genomen geen toetsing mogelijk is, dienen de conclusies echter wel met de nodige voorzichtigheid te worden beschouwd. In de discussie komen wij daarop terug.

Deze gegevens, die door Van der Valk (1980) uitgebreid en exact weergegeven worden, bevestigen dat de analytici het minst zijn beïnvloed. Verder blijkt dat ook de gestalttherapeuten relatief weinig invloed van de vooraf-informatie hadden ondergaan. Het oordeel van de rogeriaanse en directieve therapeuten was daarentegen zeer sterk erdoor gekleurd.



De gedragstherapeuten namen een middenpositie in.

Teneinde enig inzicht te krijgen op het effect van de overlap tussen de groepen op de hierboven vermelde gegevens werden nog enkele bewerkingen uitgevoerd. Zo werd bijv. onderzocht wat er met de cijfers zou gebeuren als uit de totale groep therapeuten die zich met directieve therapie verwant voelde (n=31) diegenen zouden weggelaten worden die zich ook met rogeriaanse therapie vereenzelvigden (n=7). Het beeld veranderde hierdoor niet. Ook 'zonder de rogerianen' waren de directieve therapeuten behoorlijk beïnvloed door de vooraf-informatie.

Tenslotte werd ook nog nagegaan wat er zou gebeuren als uit de totale groep van personen die een rogeriaanse affiliatie hadden opgegeven (n=15) diegenen werden weggelaten die ook banden met directieve therapie hadden gerapporteerd (n=7). De gegevens van deze bewerking leverden wel een interessante wijziging van het beeld op. de 'pure' rogerianen waren aanmerkelijk minder beïnvloed dan de rogerianen die zich ook verwant voelden aan directieve therapie.

Samenvattend blijkt in dit onderzoek dat analytici duidelijk het minst en directieve therapeuten duidelijk het meest door de vooraf-informatie waren beïnvloed. In de discussie komen we op deze toch wel verrassende uitslagen, die niet door verschillen in ervaring verklaard kunnen worden, terug.

#### 9.5. Het 'systeemgebonden' halo-effect

Men zou kunnen hypothetiseren dat de invloed van de vooraf-informatie verder reikt dan alleen de persoon over wie het gaat. Misschien heeft de negatieve informatie over de één tot gevolg dat men het gehele systeem als minder positief ervaart, waardoor de partner die zelfs licht positief is beschreven ook negatiever beoordeeld wordt. Teneinde dit te onderzoeken, werd bekeken of proefpersonen die negatieve informatie over de man hadden gekregen de vrouw ongunstiger beoordeelden dan proefpersonen die neutrale informatie over beiden hadden gehad.

Ten tweede werd nagegaan of proefpersonen die negatieve informatie over de vrouw hadden gekregen de man negatiever beoordeelden dan proefpersonen uit de controle conditie. Uit de gegevens van Van der Valk (1980) hierover blijkt echter duidelijk dat dit allemaal niet het geval is, zodat er geen enkele aanleiding is om hier van een systeemgebonden halo effect te spreken.

### 9.6. De evaluatievragen

Uit de via een fuik-achtig vragenlijstje uitgevoerde 'controle op achterdocht' bleek dat slechts één proefpersoon enig idee had omtrent het werkelijke doel van het onderzoek. De gegevens van deze respondent werden dan ook niet bij de analyse betrokken.

Tot slot was de proefpersonen gevraagd in hoeverre zij dachten dat de vooraf-informatie hun oordeel had beïnvloed. De meeste proefpersonen gaven aan dat dit nauwelijks het geval was geweest. Er waren wat dat betreft ook geen verschillen tussen de experimentele condities.

Verder werd met behulp van een contrast-analyse onderzocht of er een samenhang bestond tussen de mate van feitelijke beïnvloeding en de mate waarin men achteraf dacht dat dit het geval was geweest. De proefpersonen die negatieve informatie over de man hadden gehad werden verdeeld in twee groepen.)

De eerste groep (N=11) bestond uit proefpersonen die relatief weinig beïnvloed waren door de vooraf-informatie. Hun score op de beoordelingslijst over de man was lager dan 84.5. De proefpersonen in de tweede groep (N=8) waren relatief meer beïnvloed. Hun scores lagen boven de 84.5. De proefpersonen in de eerste groep scoorden lager op de 'mate van beïnvloedingsvraag (gemiddelde=2.81) dan de proefpersonen uit de tweede groep (gemiddelde=3.50). In tegenstelling tot de bevindingen van Nisbett & DeCamp Wilson (1977) lijkt het cognitieve proces van beïnvloeding bij de proefpersonen in dit experiment zich niet geheel op een onbewust niveau te hebben afgespeeld. De proefpersonen die meer beïnvloed waren scoorden ook hoger op de vraag daarover, dan meer onbeïnvloede collegae. Uit een tenslotte nog uitgevoerde variantie-analyse blijkt echter dat deze verschillen niet significant zijn op .05 niveau ( $10 < p < .25$ ).

### 10. Samenvatting en discussie

De belangrijkste gegevens die het onderzoek heeft opgeleverd zijn:

- Negatieve informatie vooraf over de man leidde bij de meeste proefpersonen tot een negatieve beoordeling na het observeren van de therapiefragmenten. Ten aanzien van de vrouw was dit effect veel geringer.
- Het effect van de vooraf-informatie was vooral groot bij de psychologen, terwijl artsen/psychiaters minder waren beïnvloed. Daarnaast bleek dat vooral diegenen met een affiliatie met directieve therapie zich door



### 9.6. De evaluatievragen

Uit de via een fuik-achtig vragenlijstje uitgevoerde 'controle op achterdocht' bleek dat slechts één proefpersoon enig idee had omtrent het werkelijke doel van het onderzoek. De gegevens van deze respondent werden dan ook niet bij de analyse betrokken.

Tot slot was de proefpersonen gevraagd in hoeverre zij dachten dat de vooraf-informatie hun oordeel had beïnvloed. De meeste proefpersonen gaven aan dat dit nauwelijks het geval was geweest. Er waren wat dat betreft ook geen verschillen tussen de experimentele condities.

Verder werd met behulp van een contrast-analyse onderzocht of er een samenhang bestond tussen de mate van feitelijke beïnvloeding en de mate waarin men achteraf dacht dat dit het geval was geweest. De proefpersonen die negatieve informatie over de man hadden gehad werden verdeeld in twee groepen.)

De eerste groep (N=11) bestond uit proefpersonen die relatief weinig beïnvloed waren door de vooraf-informatie. Hun score op de beoordelingslijst over de man was lager dan 84.5. De proefpersonen in de tweede groep (N=8) waren relatief meer beïnvloed. Hun scores lagen boven de 84.5. De proefpersonen in de eerste groep scoorden lager op de 'mate van beïnvloedingsvraag (gemiddelde=2.81) dan de proefpersonen uit de tweede groep (gemiddelde=3.50). In tegenstelling tot de bevindingen van Nisbett & DeCamp Wilson (1977) lijkt het cognitieve proces van beïnvloeding bij de proefpersonen in dit experiment zich niet geheel op een onbewust niveau te hebben afgespeeld. De proefpersonen die meer beïnvloed waren scoorden ook hoger op de vraag daarover, dan meer onbeïnvloede collegae. Uit een tenslotte nog uitgevoerde variantie-analyse blijkt echter dat deze verschillen niet significant zijn op .05 niveau ( $10 < p < .25$ ).

### 10. Samenvatting en discussie

De belangrijkste gegevens die het onderzoek heeft opgeleverd zijn:

- Negatieve informatie vooraf over de man leidde bij de meeste proefpersonen tot een negatieve beoordeling na het observeren van de therapiefragmenten. Ten aanzien van de vrouw was dit effect veel geringer.
- Het effect van de vooraf-informatie was vooral groot bij de psychologen, terwijl artsen/psychiaters minder waren beïnvloed. Daarnaast bleek dat vooral diegenen met een affiliatie met directieve therapie zich door

de vooraf-informatie hadden laten leiden terwijl analytici hun oordeel er juist weinig op hadden gebaseerd. Uiteraard hebben deze gegevens enigszins met elkaar te maken daar onder de artsen/psychiaters een nogal groot percentage analytisch werkende respondenten was.

- Meer ervaren psychotherapeuten lijken zich minder te baseren op de vooraf-informatie dan hun 'groenere' collegae.



De hierboven genoemde verschillen tussen beroepsgroepen en therapeutische richtingen kunnen echter niet daaruit worden verklaard.

In deze paragraaf worden deze resultaten aan een beschouwing onderworpen en enkele suggesties gegeven voor verder onderzoek.

#### 10.1. Halo-effecten en ambigüiteit

Bij de meeste proefpersonen had de vooraf-informatie nauwelijks invloed op het oordeel over de vrouw terwijl het de opvattingen over de man sterk deed verkleuren. De verklaring voor deze verschillende effecten zou misschien gezocht kunnen worden in het feit dat er iets meer mannen aan het onderzoek hebben deelgenomen dan vrouwen. Helaas was er in de vragenlijst geen vraag naar het geslacht van de proefpersoon, zodat we daarover achteraf geen bewerkingen konden uitvoeren. Het is echter niet zeer aannemelijk dat de verklaring in de sexe van de proefpersonen gezocht zou moeten worden. Waarschijnlijker is het dat het verschil in ambigüiteit tussen de man en de vrouw een rol heeft gespeeld. De vrouw was veel duidelijker een 'gezond reagerend' persoon, terwijl er in het gedrag van de man behoorlijk wat ruimte was voor negatieve interpretaties. Dat blijkt ook in de beoordeling die de proefpersonen uit de controle conditie gaven. Zij zagen de man als veel ongunstiger dan de vrouw. Veel proefpersonen maakten daarvan ook spontaan melding in de 'ontmaskerings'-fase van het experiment.

Proefpersonen met negatieve vooraf-informatie over de vrouw vertelden dat zij de informatie onwaarschijnlijk vonden. De proefpersonen met negatieve informatie over de man vonden dat niet.

Het is zeer wel mogelijk dat een etiket of informatie-vooraf alleen invloed op het oordeel over iemand uitoefent, wanneer het gedrag van die persoon voldoende vaag is m.b.t. de te beoordelen aspecten.

Het is merkwaardig dat er in de literatuur - bij mijn weten - nergens melding wordt gemaakt van onderzoek waarin deze variabele expliciet is betrokken. Overal wordt gebruik gemaakt van één object met één graad



van duidelijkheid. De experimentele condities hebben alléén betrekking op het soort informatie vooraf.

Ongepland is de duidelijkheidsvariabele in ons onderzoek terecht gekomen. Het is echter zeer wel mogelijk om dat in een toekomstig onderzoek op een meer systematische en bewuste wijze te manipuleren. Zo zou het mogelijk moeten zijn om voor een persoon in een interactiesituatie verschillende (bijv. drie) scripts te schrijven die variëren van zeer ambigu naar zeer duidelijk, terwijl de inhoud qua thema gelijk blijft. Eén acteur zou die verschillende rollen kunnen spelen. Wanneer men dan ook vooraf-informatie manipuleert (bijv. negatief versus neutraal) zou er een elegant 3 x 2 design ontstaan.

#### 10.2. De externe validiteit van het onderzoek

Davis (1979) noemt een aantal bezwaren jegens het onderzoek naar halo-effecten in de klinische praktijk. Zijn grootste bezwaar is gebaseerd op zijn mening dat het zeer terecht is wanneer vooraf-informatie meespeelt in de beoordeling van patiënten. Ik kan het daarmee eens zijn voorzover die informatie gebruikt wordt voor het beleid inzake een voorlopig behandelingsplan, of bijv. voor de prognose van de duur van de behandeling, vooral wanneer er nog betrekkelijk weinig concrete, waarneembare observaties mogelijk zijn. Ook kan ik me voorstellen dat vooraf - informatie gebruikt wordt, wanneer het oordeel gevraagd wordt over nogal vage weinig concrete kenmerken van de persoon (neurotisch versus normaal, of warm versus koud).

In dit onderzoek kregen de proefpersonen echter vrij veel relevant materiaal te zien van de te beoordelen personen terwijl bovendien hun oordeel gevraagd werd over aspecten van gedrag die zij net hadden geobserveerd, terwijl daárover geen enkele informatie was gegeven.

Conform de bange vermoedens van Scheff (1966 en 1974) en ook Goffman (1961 en 1963) is het kennelijk zo dat ervaren psychotherapeuten gebracht kunnen worden tot negatieve interpretaties van betrekkelijk normale gedragingen op grond van - mogelijk onjuiste - negatieve informatie over de persoon die dat gedrag heeft uitgevoerd.

Uiteraard mogen wij aannemen dat niet alleen psychotherapeuten zich aan dit verschijnsel hebben te onderwerpen, maar speelt het in het dagelijks leven in dagelijkse interacties een even grote, maar misschien minder dramatische rol.

De bevindingen in dit experiment krijgen extra reliëf wanneer men bedenkt dat het ging om 'gewaarschuwde' psychotherapeuten die expliciet tot taak kregen om 'cliënten' te beoordelen, waarbij zij wisten dat hun beoordeling op zich weer aan een beschouwing zou worden onderworpen. Desalniettemin speelt de vooraf-informatie een grote rol (bij het beoordelen van de man).

Bij het evalueren van de resultaten van het onderzoek dient ook de experimentele setting beschouwd te worden. Qua type ging het om een laboratorium experiment, maar het werd uitgevoerd in het veld zelf. Zo een combinatie heeft voor- en nadelen. De nadelen hebben vooral betrekking op controle-verlies. Zoals in par.6 al werd aangestipt waren er tussen de experimentele sessies nogal wat verschillen. De afstand tot de videomonitor was bijv. niet in alle ruimtes gelijk. De onderlinge afstand van de proefpersonen verschilde van instelling tot instelling. Dergelijke oneffenheden kunnen leiden tot een toename van de toevals-variantie in de beoordelingsscores en daardoor significante effecten verdoezelen. Dat ondanks deze factoren toch zulke duidelijke en significante resultaten zijn verkregen pleit voor de gedachte dat het inderdaad om sterke effecten gaat. De 'veldopstelling' maakt ook de generalisatie naar de werkelijke praktijk gemakkelijker dan wanneer het helemaal een laboratorium experiment was geweest. De psychotherapeuten waren in hun eigen instelling, in hun eigen ruimte met hun eigen collegae bezig met een werkzaamheid die zij normaliter ook uitvoerden.

### 10.3. De verschillen tussen analytici (artsen) en directieve therapeuten (psychologen)

Bij Langer & Abelson (1974) en ook bij Temerlin (1968) waren het vooral de psychiaters die door de etikettering waren beïnvloed, terwijl de psychologen wat meer objectief in de weer waren geweest. Reden voor verbazing en zelfs lichte ontsteltenis bij de onderzoekers bij de resultaten van dit onderzoek, waar de psychologen - in het bijzonder de directieven onder hen - niet zo best uit de bus kwamen.

Bij nader indien zijn er echter enkele - zeer acceptabele - verklaringen voor de hier gevonden verschillen tussen deze groepen proefpersonen.

a. De proefpersonen wisten dat het onderzoek uitging en werd uitgevoerd onder supervisie van iemand die zij kenden als een representant van gedragstherapie en directieve therapie. Het is dus zeer wel mogelijk dat



js. e. und 2  
pdk. andere sind  
heit = Cdrg. ob.  
hine. h. h. ?

zowel de proefleider als de vooraf-informatie meer indruk maakte op directieve- en gedragstherapeuten dan op analytici of rogerianen.

b. De vooraf-informatie bestond niet uit een (psychiatrisch) etiket (bijv. neurotisch of psychotisch) zoals bij Temerlin en bij Langer & Abelson het geval was, maar uit een beschrijving van enkele 'feiten' uit de levensloop van de cliënten. Het taalgebruik van de vooraf-informatie sloot daardoor meer aan bij dat van psychologen, met name de gedragstherapeuten en directieve therapeuten dan bij analytisch werkende psychiaters. Die zouden misschien meer zijn beïnvloed wanneer er sprake was geweest van enkele psychiatrische etikketeringen.

c. De belangrijkste meting (de beoordelingslijst) bestond uit vragen die vooral betrekking hadden op specifieke, waarneembare gedragsaspecten. Gedragstherapeuten en ook directieve therapeuten zijn waarschijnlijk meer geneigd om bij hun beoordeling of diagnose daarop te letten. Analytisch werkende psychiaters maken bij hun oordeel veelal gebruik van diagnostische categorieën. Vragen die daarbij aansloten waren in dit onderzoek niet opgenomen.

De conclusie uit dit alles mag zijn, dat het zeer wel mogelijk is dat beïnvloeding door vooraf-informatie een universeel gegeven is dat voor alle stromingen en groepen van psychotherapeuten kan opgaan, maar dat de mate waarin het optreedt afhangt van de verhouding tussen de 'beoordelaar' enerzijds en anderszijds de persoon die als 'bron' fungeert, de terminologie waarin de informatie is vervat en het soort beoordelingen dat wordt gevraagd. Het is zeer wel mogelijk om deze veronderstelling, die aansluit bij sociaal psychologische literatuur over 'beïnvloeding' (vgl. Hovland & Weiss, 1951; Karlins & Abelson, 1970; Zimbardo et al., 1977) experimenteel te toetsen.

#### 10.4. Beoordeling versus beleid en gedrag

Volgens Scheff gaat stigmatisering verder dan alleen de waarneming. Degene met het psychiatrische etiket of het psychiatrisch verleden wordt niet alleen anders waargenomen, maar ook anders bejegend. Dat kan subtiel of minder subtiel gebeuren. In ieder geval, aldus Scheff, leidt het op zijn beurt tot (gedrags)verandering bij de 'gelabelde' figuren die zich gaan gedragen conform datgene wat er kennelijk van hen verwacht wordt. In het hier beschreven onderzoek is voor een dergelijke verdergaande keten - uiteraard - geen bewijs te vinden. De belangrijkste meting had alleen betrekking op de allereerste schakel, de beoordeling. Wij hebben



géén bevestiging kunnen vinden dat men geneigd zou zijn deze beoordeling invloed te laten uitoefenen op gedrag jegens de persoon in kwestie. Er waren geen verschillen van betekenis tussen de experimentele condities m.b.t. het therapeutisch beleid dat men nodig achtte voor de cliënten. Het is echter de vraag of deze verschillen er werkelijk niet waren. Het is mogelijk dat de metingen van de beleidsopvattingen niet erg betrouwbaar zijn geweest. Het waren enkele 'losse' items die inhoudelijk sterk van elkaar verschilden, waarvan bovendien niet altijd even duidelijk was hoe die systematisch door de vooraf-informatie had beïnvloed moeten worden. Bij sommigen zal een sombere beoordeling misschien eerder leiden tot individuele therapie, anderen zullen misschien juist rigoreus vasthouden aan gezinsbehandeling. Het zou - kortom - bij een nieuw onderzoek aanbeveling verdienen om extra aandacht te schenken aan het construeren van een betrouwbare unidimensionele 'beleidslijst', waarin de zwaarte van het te voeren beleid een score krijgt.

Gedrag is niet alleen een kwestie van beleid, maar ook van rechtstreeks reageren. In ons onderzoek is de mogelijkheid daartoe niet geweest. Wij hebben niet onderzocht of proefpersonen met negatieve informatie ook anders omspringen met de betreffende proefpersoon dan proefpersonen met andere informatie vooraf. Wil men echter verder voortborduren op en evidentie krijgen voor de theorieën van Scheff en Goffman dan zouden experimenten waarbij dat wel mogelijk is op zijn plaats zijn. De proefpersoon krijgt bijv. gemanipuleerde vooraf-informatie waarna hij een aantal gesprekken met een "aangemelde cliënt" gaat voeren. Daarvoor hoeft geen echte cliënt "gebruikt te worden". Het kan een rolspeler zijn die gestandaardiseerd gedrag vertoont.

De kans van slagen van een dergelijk onderzoek staat en valt bij het al of niet creëren van een betrouwbare en valide maat voor het scoren van het te observeren gedrag van de proefpersoon.

Een iets minder pretentieuze aanpak zou misschien gevonden kunnen worden door proefpersonen naar gefilmde sessies te laten kijken, waarin op vaste punten 'stops' zijn gemonteerd (vgl. Lange & Zeegers, 1978). Op de momenten dat het woord 'stop' verschijnt dient de proefpersoon aan te geven wat hij zou doen of zeggen. Men zou ook de proefpersonen de gelegenheid kunnen geven zelf de band te stoppen om 'in te grijpen'. De 'papierenen' interventies zouden gescoord moeten worden op de mate waarin zij de etikettering of vooraf-informatie bevestigen. Ook hier geldt dat een betrouwbaar scoringssysteem bepaald niet klaar ligt. Bovendien is er in deze beide opzetten nog steeds geen sprake van werkelijk reageren. Dat zou alleen te verwezenlijken zijn wanneer er observaties zouden

worden verricht van psychotherapeutische zittingen met echte cliënten waarbij zonder medeweten van zowel cliënt als therapeut de vooraf-informatie is gemanipuleerd. Hoewel een dergelijk experiment misschien kan bijdragen tot 'harde' gegevens lijkt het mij om ethische redenen niet wenselijk



LITERATUUR.

Asch, S.E. (1948): The doctrine of suggestion, prestige and imitation in social psychology. Psychol.Review, 55, 250-276

Brederode, C. van, C. Doerbecker, C. van Dorp, T.Fris, G. de Haan & A. Lange (1965): When self-fulfilling prophecy fails, an experiment. Gestencild Rapport. Sociaal Pedagogisch Instituut, Universiteit van Amsterdam

Davis, D.A. (1979): What's in a name? A Bayesian rethinking of attributional biases in clinical judgement. J. cons.& clin. psychol., 47, (6), 1109-1114.

Goffman, E. (1961): Asylums. Doubleday Anchor, Garden City, N.Y.

Goffman, E. (1963): Stigma: notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Horland, C.I. & W.Weiss (1951), The influence of source credibility on communication effectiveness, Public Opinion Quarterly, 15, 635-650.

Karlins, M. & H.I.Abelson (1970): How opinions and attitudes are changed Springer, N.Y.

Kelley, H.H. (1950): The warm-cold variable in first impressions of persons. J. personality, 18, 431-439.

Lange, A.(1979): Video-fragmenten van drie sessies met een echtpaar. Video-tape. Vakgroep Groepspsychologie. Universiteit van Amsterdam.

Lange, A. & W. Zeegers (1978): Structured training for behavioral family therapy: methods and evaluation. Behav. Analysis and modification, 2, (3), 211-225.

Langer, E.J. & R.P. Abelson (1974): A patient by any other name....., clinical group differences in labeling bias. J. cons. clin. psychol. 42, (1), 4-9.

Merton, R.K. (1957): Social theory and social structure. Free Press of Glencoe, N.Y.

Page, M.M. (1973): On detecting demand awareness by postexperimental questionnaire, J. social psychol. 91, 305-323.

Rosenthal, R. & L. Jacobson (1968): Pygmalion in the classroom; teacher expectation and pupils' intellectual development. Holt & Co., N.Y.

Scheff, T.J. (1966): Being mentally ill; a sociological theory. Aldine Publishing Co., N.Y.

Scheff, T.J. (1974): The labeling theory of mental illness. Amer. Sociol. Review, 39, 444-452.

Snyder, M. & W.B. Swann (1978): Behavioral confirmation in social interaction. J. exp. social psychological, 14, 148-162.

Temerlin, M.K. (1968): Suggestion effects in psychiatric diagnosis. J. nervous & mental disease, 147, (4), 349-353

Valk, F. van der (1980): Halo effecten in psychotherapie. Ge-offset rapport. Vakgroep Groepspsychologie. Universiteit van Amsterdam.

Zimbardo, Ph. G., E.B.Ebbesen & C.Maslach (1977): Influencing attitudes and changing behavior. Addison Wesley, London.

DE INTERACTIONELE BEHANDELING VAN KINDEREN MET DWANGVERSCIJNSELEN

---

Kees Hoogduin & Else de Haan,  
augustus 1980

1. Inleiding

Kinderen die met dwangverschijnselen worden aangemeld, zijn meestal ouder dan 10 jaar (Kanner, 1966), hoewel in de literatuur ook gegevens te vinden zijn over jongere kinderen met dwangverschijnselen (Despert, 1955; Kringler, 1965).

De literatuur over dwangproblematiek is beperkt en komt vooral uit de psycho-analytische richting. Over de behandeling wordt geen gedetailleerde informatie gegeven. Beschrijvingen van de gezinnen, met name de ouders, zijn echter in veel artikelen te vinden, waarbij kenmerkende karakteristieken worden genoemd. Tenminste één van de ouders zou ook dwangmatig zijn (Asperges, 1965; Mussen et al., 1969; Kanner, 1966; Rachman, 1976), de ouders zijn overbezorgd en beschermen hun kinderen overmatig (Rachman, 1976). Adams (1972) onderzocht de gezinnen van 30 kinderen met dwangverschijnselen en kwam tot de volgende conclusies:

- de ouders zijn verbaal hyperactief en motorisch hypo-actief;
- er is een sterke waardering voor conventies en etiquette;
- sociale isolering wordt in deze gezinnen hoog gewaardeerd;
- in deze gezinnen ligt er een grote nadruk op netheid;
- "goed zijn" is niet een doel op zich, maar is een middel om bijv. "beter" dan anderen te zijn;
- er wordt veel tijd en moeite besteed aan geldzaken binnen het gezin: niets krijg je voor niets, alles moet verdiend worden; men verkiest sober te leven.

Geen van de genoemde auteurs heeft gebruik gemaakt van een controle-groep. Hun observaties zeggen vooralsnog weinig over een mogelijke verklaring of oorzaak van dwanggedrag. Erfelijkheid en constitutie zijn factoren die ook veelvuldig genoemd worden als mogelijke oorzaken van ernstige dwangverschijnselen. Rosenberg (1967) vindt echter na een uitgebreid onderzoek van de eerste-graads-familieleden van 144 mensen met ernstige dwangrituelen geen ondersteuning voor een mogelijke erfelijkheidsfactor.

Het optreden van dwangverschijnselen in het begin van de puberteit is niet ongewoon. Meestal hebben die verschijnselen een tijdelijk karakter. Zij kunnen gezien worden als behorend bij een ontwikkelingsfase. Noch het kind zelf, noch de omgeving, de ouders, hebben veel last van deze dwangrituelen.

Soms nemen de dwangverschijnselen een dusdanige vorm aan dat het kind en zijn gezin er ernstig onder gaan lijden (vgl. Barker, 1971; Mussen et al., 1969). Het kind wordt volledig in beslag genomen door de dwangvragen en -rituelen en doet een beroep op zijn omgeving om hem te helpen. Bij de ouders ontstaat wanhoop, later vaak irritatie, angst en bezorgdheid (vgl. Judd, 1965).

Een bijzonderheid van het "dwang"-kind is zijn behoefte om anderen bij het oplossen van zijn problemen te betrekken (vgl. ook Kanner, 1966). Het kind dwingt anderen (vooral de ouders) uit zijn directe omgeving hem te helpen. Hij stelt hen vragen die vaak zo wijsgerig en diepzinnig zijn dat er geen antwoord op te geven is of vraagt voortdurend geruststelling over de meest triviale zaken. Vaak ook moeten de ouders en andere mensen uit de omgeving meedoen met allerlei dwangrituelen. Ondanks de inspanningen van de omgeving om het kind zo goed mogelijk te helpen, blijven de vragen en rituelen bestaan en nemen vaak zelfs in hevigheid toe. Door te antwoorden op de vragen of mee te doen met de rituelen kunnen de ouders het kind slechts voor korte tijd geruststellen. Hoe goed zij hun best ook doen de (dwang)vragen en rituelen komen steeds weer terug. Het kind blijft om hulp vragen en laat tegelijkertijd steeds merken dat de geboden hulp nutteloos of in ieder geval onvoldoende is.

Op deze manier kunnen de dwangverschijnselen gezien worden als een middel om de relatie met de andere gezinsleden te beheersen, te regelen (vgl. Kanner, 1966; Hersov, 1972). Deze beschrijving sluit aan bij de communicatieve betekenis die Haley (1963) aan symptoomgedrag toeschrijft.

Vanuit deze visie is een aanpak ontwikkeld voor volwassenen met dwangverschijnselen (dwangmatig controleren) (Hoogduin et al., 1977) waarbij de cliënt wordt toegestaan met zijn symptomatisch gedrag door te gaan, terwijl de gezinsleden verzocht wordt op een andere manier dan voorheen te reageren.



## 2. De voorbeelden

### 2.1 Anna is 16 jaar. Zij is de derde uit een gezin met zes kinderen.

Na het MAVO-diploma behaald te hebben, volgt zij nu sinds een maand de HAVO. Al enige jaren is Anna een zeer bezorgd meisje. Zij piekert over dingen waar niet iedereen zich zorgen over maakt en heeft de neiging haar ouders hierover vragen te stellen. De laatste vier weken na de grote vakantie is haar gebruikelijke bezorgdheid en de daarmee gepaard gaande vraagzucht ernstig toegenomen.

Anna is bang dat zij giftige stoffen heeft aangeraakt en is bezorgd andere mensen te vergiftigen. Stoffen die ze onbewust uit het scheikundelokaal of door het open raam van het laboratorium van de fabriek waar ze elke dag langs fietst op zich zou hebben gekregen. Ze vraagt haar ouders steeds om geruststelling, waarna ze met hen in discussie gaat over theoretische mogelijkheden toch in contact met vergift te zijn gekomen. Het gehele gezin wordt wanhopig van de steeds terugkerende gedachten en vragen. Anna kan het vaak niet opbrengen naar school te gaan en brengt hele dagen huilend door. Naast haar angsten voor giftige stoffen heeft Anna ook veel moeite met gaan zitten. Ze veegt haar stoel langdurig schoon en controleert ook als ze zit nog een aantal keren of er echt niets op ligt. Het controleren en schoonvegen geldt ook voor plaatsen waar ze iets neer zal gaan zetten of leggen.

De dwanggedachten en het stellen van vragen worden als eerste behandeldoel gekozen. Anna's problemen worden geïnterpreteerd als een verschijnsel dat ontstaat bij jonge mensen die op het punt staan zelfstandig en volwassen te worden.

Ther.: Hoe oud ben je nu?

Anna : 16.

Ther.: 16. Ja, je wordt ook een beetje volwassen - een beetje - je bent daar hard naar op weg - en eh het betekent ook dat een heleboel vragen die je vroeger aan je moeder stelde of aan je vader, je nu zelf moet gaan beantwoorden. Je weet dat ook eigenlijk wel een beetje, want je vraagt het aan je moeder en je moeder antwoordt en tegelijkertijd ga je bij jezelf denken, ja maar is dat nou wel waar, is het wel in orde, hebben ze nou wel gelijk.

Moe : Ja hoor, want dan zei je, jullie geloven gewoon niet dat ik daar zo erg bang voor ben, dat ik wat meeneem. Toen zei ik, ja ik geloof het wel dat je er bang voor bent, ik geloof alleen niet dat je het meeneemt, dat is het verschil.

Ther.: Ja, maar eigenlijk kan je zeggen, hoe jammer dat ook is, dat u haar eigenlijk niet meer zo goed gerust kan stellen, ja voor eventjes, voor vijf minuten.

Anna : Ja en daarna komt het weer terug.

Om Anna te helpen bij haar strijd om volwassen en zelfstandig te worden, wordt besloten voortaan geen - bij voorbaat mislukte - pogingen te ondernemen om haar gerust te stellen. Op haar vragen zullen haar ouders antwoorden dat ze het probleem zelf moet oplossen. Anna zal dan naar haar kamer gaan, waar ze in een apart schrift al haar vragen en aarzelingen kan opschrijven. Hierna volgt een moeilijke tijd voor Anna en ook voor haar ouders. Anna wordt kwaad en opstandig, brengt uren huilend op haar kamer door en zegt dat ze zo niet verder kan leven. Voor haar ouders is het moeilijk de gedragslijn consequent vol te houden. Na twee weken wordt het rustiger - Anna vraagt minder en krijgt weer belangstelling voor andere dingen dan haar angsten. Als na nogmaals twee weken het piekeren en het vragen niet meer is voorgekomen, wordt besloten de aandacht te richten op de controlehandelingen. De controlehandelingen bestaan uit:

- stoel afvegen;
- kijken of de deur dicht is;
- bij omslaan kijken of er niets tussen de bladen blijft zitten;
- kijken of er niets op tafel ligt;
- bordjes afschudden en afvegen;
- bij tas neerzetten kijken of er niets op de grond ligt;
- in de auto deuren en ramen controleren.

Als eerste behandelonderwerp kiest Anna voor de stoel. Ook het controleren wordt geherinterpreteerd als behorend bij de fase die ligt tussen kind en volwassene. Anna weet dat haar neiging steeds weer de stoel na te kijken ontstaat door haar gebrek aan zelfvertrouwen. Een zelfvertrouwen dat alleen zijzelf kan verkrijgen. Voordat zij gaat zitten, mag Anna één keer naar

de zitting van de stoel kijken. Lukt het haar niet dan te gaan of te blijven zitten, dan zal zij naar haar kamer gaan om daar weer het gevecht tegen de onzelfstandigheid te voeren.

Bij de volgende zitting blijkt dat Anna om alle problemen te omzeilen, regelmatig staande heeft gegeten, koffie gedronken en naar de t.v. heeft gekeken. Er wordt afgesproken dat Anna voor iedere keer dat ze dingen staande heeft gedaan, een huishoudelijke taak, zoals koffie zetten of extra afwassen, zal uitvoeren.

Bij de volgende zitting is dit probleem verdwenen. (Tijdens de behandeling van de controlehandelingen komt het vraaggedrag weer terug. Bij navraag blijkt dat haar ouders zich niet meer aan de eerder gemaakte afspraken hierover houden. De afspraken worden opnieuw doorgenomen en hierna verdwijnt het vraaggedrag binnen één week).

Tegelijk met het langzaam minder worden van de problemen bij het gaan zitten, verdwijnen de andere controlehandelingen. Bij de laatste zitting heeft zij soms nog wat moeilijkheden bij het gaan zitten en bij het neerzetten van servies dat zij afdroogt. Ze geeft echter de wens te kennen deze laatste twee kleinigheden op eigen kracht op te lossen.

Bij follow-up na zes weken zijn alle problemen over. In de loop van de behandeling - die in totaal drie maanden duurde - is Anna een ander meisje geworden. Van een huilend, wanhopig, in elkaar gedoken grauw meisje, is zij een vrolijk lachend meisje geworden. Zij kleedt zich anders, is contactlenzen gaan dragen en bovendien is zij ruzie gaan maken met haar zusje en volgens haar ouders komt ze steeds veel te laat thuis. Ze is zich assertiever gaan gedragen in het gezin. Ruzie maken met een zusje en te laat thuiskomen komen voor het eerst voor. Na drie maanden wordt zij opnieuw aangemeld met dwangverschijnselen. In aansluiting aan een verkeersongeval waarbij haar beste vriendin overlijdt, krijgt zij opnieuw last van angst voor vergiften en vraagzucht. Zes weken later heeft ze deze problemen opnieuw overwonnen. Bij follow-up na vier maanden is de situatie onveranderd.

sinds een viertal jaren over dwanggedachten, de dwang om dingen aan te raken - anders zullen zijn ouders overlijden of hij zal zijn verstand verliezen - en over een grote onzekerheid die hem dwingt zijn ouders met allerlei vaak onoplosbare vragen te bestoken. David is de oudste zoon van een perfectionistische vader (arts van beroep) en een moeder die eveneens hoge eisen aan haar kinderen stelt. De andere vier kinderen geven geen problemen.

De klachten van David blijken samengevat te kunnen worden als dwangverschijnselen die voor hem aanleiding zijn vragen te stellen aan zijn ouders - later alleen aan zijn vader -, terwijl dezen ondanks al hun inspanning niet in staat zijn deze vragen voor David op bevredigende wijze te beantwoorden.

De therapeut geeft de volgende visie op de klachten: hij herformuleert ze als uitingen van diepzinnige, wijsgerige activiteit die bij de levensfase van David, de puberteit, passen. David wordt gestimuleerd om wanneer hij vragen heeft deze niet langer op te houden, maar ze onmiddellijk op zijn ouders af te vuren. Wanneer David echter een vraag aan vader of moeder zal stellen, zullen dezen hem antwoorden: "Jij bent de enige die het antwoord op de vraag kunt bedenken; ga je maar concentreren in je kamer."

David reageert met sterke emoties op het advies, terwijl zijn vraaggedrag en dwangrituelen aanvankelijk toenemen. Na enige tijd worden zijn klachten evenwel belangrijk minder. De vader - die vele uren besteed heeft aan het beantwoorden van de vragen - kan de liefde voor zijn zoon geleidelijk aan op andere manier demonstreren. In plaats van de vragen van David te beantwoorden, gaan ze nu samen muziek maken, filmen en wandelen. Na zeven zittingen wordt de behandeling afgesloten. Niet alleen het vraaggedrag, maar ook alle dwanghandelingen zijn verdwenen. Bij follow-up, negen maanden later, blijkt deze gunstige toestand onveranderd.

Bij follow-up die jaar later blijkt David sinds enige maanden een ernstige terugval van zijn dwangverschijnselen gekregen te hebben. Hij wordt opnieuw in behandeling genomen.

2.3 Jan, een 12-jarige jongen, piekert sinds een jaar over de toekomst; vragen als: wat gebeurt er als er leven is op Mars,



komt er een derde Wereldoorlog, eens moet de wereld toch vergaan, kwellen hem. Wanneer dat gebeurt, wordt hij bleek en stil, bovendien kan hij dan niet meer slapen. Zijn omgeving merkt dat het weer mis is. Zijn vader, de buurvrouw en soms ook zijn moeder gaan met hem over deze problemen praten, hetgeen soms wel en soms niet helpt. Jan heeft de gedachten vooral na berichten van radio en t.v. en wanneer hij in de kerk is. Het gezin heeft om Jan te helpen besloten niet meer naar het journaal te kijken en gaat bovendien niet meer naar de kerk.

Jan wordt gevraagd nauwgezet zijn gedachten te registreren. Als hij hierin niet slaagt, wordt hem dit met behulp van zijn ouders geleerd. 's Avonds voor het gezamenlijke koffiedrinken zullen de ouders Jan vragen of zijn lijst goed ingevuld is. Indien er wel gedachten geweest zijn en deze zijn nog niet geregistreerd, dan moet hij eerst de lijst invullen alvorens er koffie wordt geschonken. Bovendien wordt de ouders van Jan geadviseerd niet meer met hem over de gedachten te praten, maar hun goede relatie met hem op een andere manier tot uitdrukking te brengen. Aansluitend aan dit advies nemen Jan's klachten af. Hij slaapt weer goed, speelt buiten en de schoolprestaties verbeteren. Na veertien zittingen kan de behandeling afgesloten worden.

Bij follow-up na drie maanden is de toestand onveranderd gunstig gebleven.

#### 2.4 Geert is 9 jaar. Hij is de oudste uit een gezin met drie kinderen.

Zijn vader is een serieuze, hardwerkende ingenieur die al zijn aandacht en energie aan werk en studie besteedt. Zijn moeder is degene die zich met de kinderen bezighoudt. Zij vermeldt daarbij dat de kinderen al vroeg zeer zelfstandig waren en zichzelf uitstekend konden vermaken. Sinds ongeveer vier maanden is Geert gaan nadenken over het leven, de dood, God en geesten. Vooral 's avonds in bed komen de gedachten. Omdat hij dan angstig wordt en gespannen, komt hij zijn bed weer uit en praat beneden met zijn ouders over alles waaraan hij in bed gedacht heeft. Zijn ouders zijn steeds minder goed in staat op al zijn vragen antwoord te geven en hem gerust te stellen. De laatste tijd slaapt hij bij zijn zusje op de kamer, omdat hij niet meer alleen in zijn kamer durft te slapen.

Op de studeerkamer van zijn vader wordt een apart hoekje voor Geert ingeruimd. Hier zal hij zijn speciaal voor dit doel aangeschafte schrift neerleggen. Bij vragen zullen zijn ouders hem naar zijn eigen plaatsje op de studeerkamer sturen. Geert kan ook besluiten meteen naar zijn schrift te gaan om al zijn gedachten en ideeën op te schrijven. Geert wordt een denker genoemd die zich zo langzamerhand gaat bezighouden met de echte belangrijke dingen van het leven. Om hem te helpen de baas te blijven over zijn gedachten en orde te houden in die soms toch wel overvloed van belangrijke gedachten, zal hij zijn gedachten zorgvuldig opschrijven in een schrift.

Geert is duidelijk trots en tevreden over de omschrijving van zijn probleem. Na tien dagen heeft Geert twee keer moeten schrijven. Zijn moeder vindt dat hij rustiger is geworden. De frequentie van het schrijven neemt in de daaropvolgende tijd verder af. Na twee maanden heeft Geert geen gedachten meer waar hij bang van wordt. Hij slaapt sinds twee weken weer op zijn eigen kamer.

Bij follow-up twee maanden later is hierin geen verandering gekomen.

2.5 Miesje is 9 jaar. Zij is de jongste van vier kinderen. Ze heeft twee broers van 19 en 17 jaar oud en een zusje van 13.

Miesje heeft last van angsten over haar lichamelijk functioneren. Ze is bang dat haar hart niet meer goed klopt; ze denkt dat er een bloedvat springt of dat haar lever uit elkaar barst. Ze roept dan de hulp in van haar ouders die haar met veel moeite gerust kunnen stellen.

Bij aanmelding bestaan de problemen ongeveer zes weken. De klachten zijn ontstaan in de tijd dat Miesje voor analyse van epileptische wegrakingen door een neuroloog onderzocht werd.

Aan Miesje wordt uitgelegd dat het goed is dat ze zo let op alles wat er in haar lichaam gebeurt. Die aandacht hoort bij het ouder worden; bij het volwassen worden. Vervolgens wordt haar verteld dat ze nog moet leren onderscheid te maken: dingen die in haar lichaam gebeuren waar ze de hulp van anderen bij nodig heeft, bijv. een snee in haar vinger en dingen die in haar lichaam gebeuren die niet erg zijn, zoals wat gerommel in haar

buik of ergens een beetje kriebel. Miesje zal daarom - zodra ze weer wat raars in haar lichaam voelt - geen geruststelling meer bij haar ouders zoeken, maar in haar eigen kamer het probleem zelf proberen op te lossen. Miesje en haar ouders worden voorbereid op de moeilijke tijd die ze tegemoet gaan. Haar ouders zullen haar veel aandacht en liefde geven op de momenten dat ze niet gepreoccupeerd is met haar lichamelijke klachten.

Na vier zittingen in een periode van vijf weken zijn de problemen verdwenen.

Bij follow-up na zes maanden zijn er geen wijzigingen in deze situatie.

### 3. Discussie

Evenals bij de behandeling van dwangproblematiek bij volwassenen is het belangrijkste principe van de behandeling van dwang bij kinderen het wegnemen van de relatie-controlerende betekenis van het symptoom. De omgeving - meestal de ouders - wordt gevraagd op een andere manier op de dwangvragen en -rituelen te reageren. Het herformuleren van de problematiek is een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van dit advies. Ouders willen over het algemeen het beste voor hun kinderen en zij willen hen zo goed mogelijk helpen. Het moet voor hen logisch en begrijpelijk zijn hun kind nu voortaan op deze geheel andere manier te helpen. Andere belangrijke elementen in de behandeling zijn: het voorschrijven van het symptoom, het gebruik van een time-out, zelf-monitoring en het verschuiven van het verbale communiceren met de ouders (over de problemen) naar samen anders bezig zijn.

De herformulering van de problematiek bestaat bij Anna uit het interpreteren van haar problemen als een gevecht om volwassen en zelfstandig te worden. Ook bij Miesje wordt de toegenomen aandacht voor het lichamenlijk functioneren geïnterpreteerd als een gevolg van het ouder worden. De klachten van David worden uitingen van diepzinnige, wijsgerige activiteiten genoemd, evenals de klachten van Geert en Jan. Op deze manier krijgen de problemen die tot dan toe alleen maar als afschuwelijk en slecht beleefd werden, een positieve betekenis; het zijn de hindernissen op weg naar iets goeds. Het advies geen hulp meer van de mensen uit de omgeving te vragen, maar de problemen zelf tot een oplossing te brengen, sluit hierbij goed aan.

De gezinsleden - met name de ouders - wordt gevraagd niet meer te "helpen" met de dwangproblemen. Zowel Anna, David, Geert en Miesje worden naar een time-out-situatie gestuurd om daar de problemen zelfstandig op te lossen. In het geval van Jan wordt iets anders tewerk gegaan. Omdat Jan moeite heeft met het registreren van zijn problemen wordt aan de ouders de opdracht gegeven de registratie te controleren. Door niet te reageren op de dwangverschijnselen, maar wel geïnteresseerd te vragen of de registratie goed verlopen is, wordt eveneens de relatiecontrolerende betekenis van het symptoom weggenomen. De tijd die wordt gebruikt om de dwangproblemen op te lossen, wordt geregistreerd. Ook wordt veelal gevraagd de inhoud van de problemen nauwkeurig te beschrijven. De registratie geeft de therapeut objectieve informatie over de frequentie van de dwangproblemen. Daarnaast heeft registreren ook een therapeutische functie. Het zelf-registreren van probleemgedrag beïnvloedt het voorkomen van dat gedrag (Kanfer, 1975).

De hier voorgestelde benadering veroorzaakt meestal in eerste instantie een ernstige crisis. Het kind zal uit alle macht proberen de ouders of andere mensen toch vooral in de dwangrituelen te betrekken. Er komen schreeuw- en huilbuien, klachten over slapeloosheid en er is vaak grote woede op de ouders en de therapeut. Het is belangrijk de ouders voor te bereiden op een moeilijke tijd en hen op het hart te drukken vast te houden aan de afspraken. Het kan noodzakelijk zijn in die tijd frequent contact te hebben met het kind en de ouders.

Naast het volledig verdwijnen van de dwangverschijnselen zijn er veranderingen nagestreefd in de gezinsstructuur. Een toenemen van activiteiten met de ouders viel in vier van de vijf gevallen waar te nemen. Bij Anna trad een totale verandering van een onzeker meisje naar een jonge, volwassen vrouw op.

figuur 1:

| Naam  | Anna | David | Jan | Geert | Miesje |
|---|------|-------|-----|-------|--------|
| Leeftijd  | 16   | 14    | 12  | 9     | 9      |
| De duur van de klachten in maanden op het moment van aanmelding | 1    | 36    | 12  | 4     | 1,5    |
| Aantal zittingen  | 14   | 7     | 15  | 5     | 4      |
| Aantal maanden dat de behandeling in beslag heeft genomen       | 3    | 3     | 5   | 2     | 1      |



4. Conclusie

Bij de behandeling van kinderen met ernstige dwangverschijnselen lijkt het zinvol de reeds met succes toegepaste behandeling van volwassenen met dwangverschijnselen - bestaande uit: monitoring, blokkering van de machtsaspecten van het symptoom met symptoomvoorschrijven en het advies aan de gezinsleden om op andere wijze te reageren op het symptoomgedrag - toe te passen.

Bovendien zal het hyperverbale omgaan tussen ouders en kind gewijzigd dienen te worden in een meer concrete vorm van dingen samen doen, zoals sporten, samen fotograferen, e.d.

De prognose van kinderen met dwangverschijnselen zou gunstiger zijn dan die bij volwassenen (Barker, 1971). Met de hier beschreven strategie zijn alle aangemelde cliëntjes (n = 5) in eerste instantie bevrijd van hun dwangverschijnselen; een tweetal heeft echter in de daaropvolgende tijd (een na vier jaar, een na zes maanden) een recidief.

Daar echter het optreden van dwangverschijnselen in de puberteit niet ongewoon is en deze verschijnselen vaak een tijdelijke karakter hebben (Pollit, 1957; Barker, 1971; Mussen, 1969) is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van deze resultaten. Verdere follow-up en replicatie zijn noodzakelijk.

Referenties

- Adams, P.L. (1972): Family Characteristics of Obsessive Children,  
Am. J. Psychiat. 128 (11), 1414
- Asperger, H. (1965): Heilpädagogik,  
Springer Verlag, Wien
- Barker, P. (1971): Basic Child Psychiatry,  
Trinity Press, London
- Despert, J.L. (1955): Differential Diagnosis between Obsessive Compulsive  
Neurosis and Schizophrenic in Children,  
in: Psychopathology of Childhood,  
P.H. Hoek & J. Zuben (ed.),  
Grune & Stratton, New York
- Haley, J. (1963): Strategies of Psychotherapy,  
Grune & Stratton, New York
- Hersov, L. (1976): Emotional Disorders  
in: Child Psychiatry,  
M. Rutter & L. Hersov (ed.),  
Blackwell Scientific Publications, London
- Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dijck, L. Joele en K. v.d.  
Velden (1977): De interactionele behandeling van dwangmatig  
controleren,  
in: Directieve Therapie 1,  
K. van der Velden (red.),  
Van Loghum Slaterus, Deventer
- Judd, L.J. (1965): Obsessive Compulsive Neurosis in Children,  
Arch. Gen. Psychiat. 12, 136 - 143
- Kanfer, F.H. (1975): Self-management Methods,  
in: Helping People Change,  
F.H. Kanfer & A.P. Goldstein,  
Pergamon Press, New York
- Kanner, L. (1966): Child Psychiatry,  
Thomas, Springfield

Kringlen, E. (1965): Obsessional Neurotics; a Long-term Follow-up,  
Brit. J. Psychiat. 111, 709 - 722

Mussen, P.H., J.J. Conger & J. Kajan (1969):  
Child Development and Personality,  
Harper & Row, New York

Pollit, J. (1957): The National History of Obsessional States,  
Brit. Med. J. 1, 194 - 198

Rachman, S. (1966): Obsessional-Compulsive Checking,  
Behav. Res. & Ther. 14, 269

Rosenberg, C.M. (1967):  
Familial Aspects of Obsessional Neurosis,  
Brit. J. Psychiat. 113, 405

HOW TO USE ERICKSONIAN APPROACHES WHEN YOU ARE NOT MILTON H. ERICKSON

Richard Van Dyck, M.D.°

In his commentary on the writings of Milton Erickson, which is the last chapter of Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy, Haley (1967) relates an incident that made a deep impression on him. I quote from his text:

"Once many years ago, a research investigator was engaging in long conversations with Erickson to obtain generalizations about his therapeutic procedures. The young man wanted clear statements about his "method" and Erickson was doing his best to educate him. At a certain point Erickson interrupted the discussion and took the young man outside the house to the front lawn. He pointed up the street and asked what he saw. Puzzled, the young man replied that he saw a street. Erickson asked if he saw anything else. When he continued to be puzzled, Erickson pointed to the trees which lined the street. "Do you notice anything about those trees?" he asked. After a period of study, the young man said they were all leaning in an easterly direction. "That's right," said Erickson, pleased. "All except one. That second one from the end is leaning in a westerly direction. There is always an exception."

Of course, Haley himself was the research investigator involved. His account of this event stayed with me. The incident appeared to hold a sort of basic formula for understanding certain aspects of Erickson's work in therapy as well as in teaching. Noticing individual exceptions, and basing his approach upon them is indeed a cornerstone of his work. Pointing things out with a parable or providing a somewhat dramatic experience rather than endlessly arguing is another backbone of Erickson's approach.

°I wish to thank Kees van der Velden for helpful suggestions and comments in preparing this paper.



I mention this incident also because it is representative of the way I learned about Erickson. In 1968 I accidentally came across Haley's (1963) "Strategies of Psychotherapy" and read there about Erickson of whom I had not heard before. This I followed up by reading all I could find about and by him. But until rather recently when I met Erickson briefly and also came into contact with Kay Thompson and Jeffrey Zeig, both of whom worked with Erickson and knew him well, reading was the main source of my information about him.

I tried to understand and apply for myself what I picked up from the sources that were available and as I am involved in training, I tried to transmit the understanding I gained to beginning therapists. These attempts are the background of my paper. It is addressed to those who recognize that trying to learn from an exceptionally gifted individual may be a difficult problem to anyone who has more limitations to his talents. It is also addressed to those who are not sure that they would have noticed that not all the trees were leaning to the east, before it was pointed out to them. In this paper I will mention some of the difficulties that are inherent in analyzing Erickson's work. After discussing a case history, I will try to identify some elements in his style which may not be fit for large-scale application and also point out some conditions which may be favorable to the process of trying to incorporate Ericksonian elements.

It has been argued many times, that Erickson's willingness to adapt to unique circumstances makes it a difficult job to discuss his work adequately. One is faced with the choice between making very limited observations which are correct for only one individual case only, or formulating more general statements which will frequently turn out to be unapplicable to other therapies he did.

The only way to respect both accuracy and variety lies in moving upwards into higher levels of abstraction. But by making statements as: "Ericksonian psychotherapy is based on extreme flexibility," one is saying things which anyone can agree with, but which do not give us any leads as to how to try and find an Ericksonian solution to a particular problem. To be sure, this kind of difficulty arises during the description and transmission of any sort of psychotherapeutic system. But most

other founders of a school make a virtue out of remaining predictable to some degree and they attempt to stay within the confines of the theories that they have developed. Erickson did not develop any limiting theories to begin with, and he seems to have made it a virtue never to use the same solution twice if he could think of a new one. So it is up to others to find some limits. I will make an attempt at this by discussing a case history which can be found in "A teaching seminar with Milton Erickson", Jeffrey Zeig's (1980) recent book.

In the seminar Erickson tells about a couple from Pennsylvania who consulted him. The husband is a psychiatrist who, after thirteen years had not yet organised a successful practice. Both he and his wife have been in individual therapy with the same analyst for several years already. They came all the way to Phoenix looking for marital therapy with Erickson. Erickson himself mentions that he practically took no systematic history, but after a brief conversation he sends them away for a separate task without explaining whether and how it relates to therapy. The husband is to climb Squaw Peak and spend three hours in this. The wife was to spend three hours at the local botanical desert gardens.

The next day they report on their experiences. For the husband it had been the most wonderful thing he had done all his life. He says climbing Squaw Peak had changed his perspective on reality. The wife, on the other hand, reports that she has spent the most boring three hours of her life; all she has seen in the botanical gardens was more and more of the same old thing. Without further comment, Erickson sends the couple away again. Now the wife is to climb Squaw Peak, the husband to visit the botanical gardens. Their report the next day shows the same pattern of discrepancy. The husband has found it wonderful and awe inspiring to see all these different desert plants. His wife has been climbing the god damned Squaw Peak, while cursing Erickson and herself for doing this, and she still curses while she reports about it. Only briefly did she feel some satisfaction on reaching the top.

Erickson now asks them to each choose a task for the afternoon and do it separately, come back the following day and report to him. When they come in the next morning, the husband says that he has returned to the botanical gardens and again had enjoyed every minute of it, and regretted eventually having to leave. To her own puzzlement, the wife has

decided to climb Squaw Peak once more. She does so, while cursing even more fluently than before on the way up and on the way down. Again she has felt only a momentary satisfaction as she reached the very top. After they had given these comments, Erickson says: "Alright, glad to hear your reports. Now I can tell you your marital therapy is complete. Go down to the airport and return to Pennsylvania." Which they did.

A few days later, Erickson received a telephone call from the couple. Upon returning home, they had each separately gone for a ride "to get the cobwebbs out of their minds." They had each separately fired their analyst and the wife had reached the decision to file for a divorce, which was eventually to be the outcome of this marital therapy.

This case report dates from a period of Erickson's life when he had accumulated over 40 years of experience of psychotherapy. To appreciate this therapy, one must already be somewhat of an Ericksonian, I think. I would like to use the story in order to go into the question why his approach had the effect it did and whether it would work the same way if anyone here present would try it.

The story is typical in several respects for Ericksonian therapy in the later part of his work. No formal hypnotic induction techniques were used, but the therapy contained moments of tension and confusion which forced the patients to make an inner search for solutions. The case history is also typical for the things Erickson did not do. He avoided to raise topics for conscious discussions with the couple. Jeffrey Zeig (1980) used as a metaphor for Erickson's style that he was a kind of watchmaker who did not open the clockwork and check all the parts, but he would reach around it and subtly do something out of eyesight, that made the clock run again. This image is certainly appropriate for the way Erickson brought change into the life of this couple. He proceeded with only a very limited amount of verbal information. During the seminar Erickson stated that the few facts which were known to him were all he needed. His interventions showed the same sort of parsimony. All he did was listen to the reports of husband and wife and give simple assignments. His prescriptions overtly reflected only on the way they spent their afternoons, but turned out to have a decisive influence on their married life. Erickson presented this story as an example of his "symbolic therapy."

JS

Everything that goes on has meaning on more than one level. With this in mind, we can suspect that the last assignment, to think of a task for themselves and to carry it out separately not only related to that afternoon, but also in a covered way, pertained to the rest of their lives. We can also suspect that this was already prepared by the fact that the earlier assignments also had to be carried out separately. We know that Erickson worked with implications. What are the implications of the statement: "Your marital therapy is complete". It means: "No improvement is to be expected. More therapy will not be useful. Now is the time to make decisions, do not wait for further results." I have indicated some of the stylistic and technical qualities of this therapy. They are:

- confusion which necessitates an internal search,
- interventions based upon very limited gathering of information,
- parsimony of therapeutic interventions,
- specified tasks which activate decision making on the part of the patient,
- multilevel communication,
- use of implications rather than direct discussion about important issues.

More elements could be found in this therapy, and many more that are no less important than those listed, if we would look at other case reports also. But that is not the purpose of this paper. Rather let us now turn to the question in what way and why this therapy could have had the effect it did. The question is worth asking, because there is a lot of uncertainty in the whole procedure. If we can suspect only rather than know what went on, how come the couple acted upon it so quickly and firmly? Assuming that the answer is not to be found in any information which is omitted from the case report, I think an important part of the answer lies in a number of unique aspects of the situation. For one thing, at the time of this treatment, Erickson was an internationally reputed therapist, who had an aura of being incredibly successful. Being a psychiatrist himself, the husband must have been aware of this. It seems safe to assume that to this couple obtaining therapy from Milton Erickson was virtually equivalent to finding a foolproof way to the best solution. This is underlined by the fact that they came all the way from



Pennsylvania, which furthermore structures the situation strongly towards arriving at a conclusion in a very limited period of time. We do not know how the couple perceived their difficulties exactly, but after several years of individual psychotherapy, the fact that they asked for marital therapy may already have been a major move towards a clearer perception of their problems. So the stage was set for further swift and dramatic developments. The fact, that they meticulously executed the assignments they were given, even though they must have been puzzled as to how this related to their therapy, further illustrates the point that their interest in therapy should be considered very sincere. Apparently very soon Erickson reached the conclusion that they were, as persons, too different to remain together. It is not clear from which element specifically he felt confident that their difference was not merely a difference in appreciation of outdoor activities but went far beyond this. Rather than telling them so or hinting at it, he provided them with experiences which they could interpret themselves in this way at an appropriate time. It is in the nature of metaphors that two people who receive the same symbolic assignment may very well have different experiences with it, as happened to this couple. Especially the wife's execution of the last task is interesting: after being given the freedom to choose her own project, she again resumes an activity which she had cursed before, climbing once more the mountain of her marital distress. The message that the therapy was completed must have been the final puzzle for the couple. In ancient times, people who could afford it, went to the oracle of Delphi when they were in need of advice from the Gods about important decisions. When they got an answer, it was usually vague, unspecific and needed much further interpretation by the receiver before it could be acted upon. Of course in this process of interpretation, the receiver had to deal with all his beliefs, hopes, fears and expectations in order to be able to reach any conclusion at all. This couple was given a verdict not unlike a Delphian oracle. Only through their own interpreting activity could they decode the message. This allowed them to become aware of any thoughts of divorce only when they were ready for it, which occurred earlier in the wife than in the husband. The metaphorical strategy provided a certain protection to the patients and made so it feasible for Erickson to raise the possibility

of divorce.

Now how about all of us doing symbolic therapy from now on and sending couples to the botanical gardens and up and down Squaw Peak or comparable sights of the local scenery? I think that the greatest danger that Erickson's contributions to psychotherapy are running at this time, lies precisely in such attempts at mimicry of the great master. Let me give some reasons why it would not work if we followed this example on a large scale. To begin with, not many of us are likely to be consulted by couples from a distance from over 2000 miles. However this does make a difference in what people expect and are ready to do. Further more, although you may be provoking an inner search by using a metaphor, people are likely to give up that search much sooner and may just think you have a strange habit of expressing yourself in an unnatural and vague way. And most important: you are unlikely to have enough knowledge about your patients on which to base any interventions if you limit yourself to the amount of information gathering that Erickson overtly did. That is, unless you yourself have several decades of therapeutic practice behind you and have developed your own ways to make accurate assessments without asking many questions.

So the first guideline for trying to use Ericksonian elements in therapy would be: it is better not to use some Ericksonian approaches. This goes for all the elements that are connected with his being as famous and as experienced as he was. (And in case you are almost as famous and experienced as Erickson was, you may be able but unwilling to use Ericksonian elements because you are likely to be trying to accomplish something of your own).

It would seem wise to be very careful with many of the elements that contributed to the stylistic and esthetical qualities in Erickson's work. These are aspects that make for a good deal of the fascination and admiration that one feels when reading his cases. They make his therapies into an art, but they are not indispensable to a satisfactory outcome in therapy. To this category belong: the parsimony of his interventions, especially the way he achieved this later in his life. Related to this are remarkable feats such as treating two problems at the same time, one overtly and at a request of the patient, the other covertly and without even checking with the patient if he is aware of the existence of this

problem. In Erickson and Rossi's (1979) recent book "Hypnotherapy, an exploratory casebook", you will find the analysis of a therapy where Erickson not only directs his treatment at the chief complaint of hyperhydrosis, but at the same time, and without the patient being aware of this, he directs his efforts at her sexual functioning, which he suspects to be a problem too.

This also ties in with another fascinating stylistic element: gathering information and gaining impressions without overt questioning. Of course this gave him opportunities to use surprise and confusion on his patients as they must have wondered how he could have obtained such accuracy. But as long as we cannot achieve the same degree of accuracy with our observations, we should resort to overt and if necessary elaborate questioning.

We should also be aware of the fact that most of us will not ever achieve the same extremes of flexibility and creativity. I must admit that besides admiration, I also experienced some feelings of slight depression at the time when I read Haley's (1973) *Uncommon Therapy*. But such feelings can be outgrown. Upon finding that a certain approach worked well, we may want to use it again, rather than trying invent a new solution to a similar problem.

I now turn to the question of which Ericksonian principles are suitable for larger scale application in psychotherapy and how this could be promoted. To be sure, a lot has already been done in this respect. Largely as a result of the contributions of Milton Erickson and those that came after him, there is already in psychotherapy a clear interest in goal directed approaches. Brief therapy is no longer looked upon as a poor substitute to long term treatment. Symptom relief is not any more considered as a waste of time. In hypnosis, there is already a clear departure from ancient and unsophisticated methods, such as trying to eliminate symptoms by direct and repetitious suggestions. This process of assimilation is not exhausted by a long shot. We now have at our disposal a treasure of examples, case studies and commentaries, which is continually augmented by new books and articles. Huge amounts of specific interventions are now being inventorized. Erickson's joint publications with Rossi (Erickson and Rossi, 1974, 1975, 1977; Erickson, Rossi & Rossi 1976) are undoubtedly the most informative work in that respect.

While these efforts of detailed analysis should continue, we should also pay attention to the question of how well the beginning therapist is equipped for actually applying varieties of double bind, varieties of amnesia, for being indirect and permissive, using metaphors, pacing before leading, the utilization approach; how well does he manage the buckshot approach and how often does he succeed in providing a useful positive framework? I name only a small selection of the elements that come jumping at us from the literature. I think each of these items is worth incorporating into the therapeutic armamentarium but presently we lack all but intuitive knowledge to do so.

Nathan Epstein (1980) argues that in therapy we should distinguish Macro Stages and Micro Moves. The first are the major blocks of any therapy and include Assessment, Contract Setting, Treatment and Closure. The Micro Moves are the interventions used in the therapy procedure to carry out these Macro Stages. I now quote from Epstein:

"When therapists discuss techniques of therapy, they invariably talk about ""Micro Moves"". This area is what makes therapy so challenging, rich and exciting, and such an opportunity for creativity on the part of the therapist as well as the patient. It comprises much of the ""art"" of therapy. However, our group has come to feel that it is a mistake to present too much material on the ""Micro Moves"" to beginning therapists. In our opinion, it only serves to confuse and frighten them, and in many instances, to encourage them to perform as ""wild therapists"" in a highly undisciplined manner in the course of their attempts to model themselves on the ""master therapists"" they have either observed in action or whose papers they have read."

This commentary deserves attention when thinking about presenting Ericksonian elements to beginning therapists. It is clear that Erickson's own writings are overwhelmingly on the level of what Epstein calls Micro Moves and I think he makes a strong point by stressing the need for a larger framework to organize these Micro Moves into. To be sure, Erickson did not show himself to be a strong advocate of rational, logical and systematic learning techniques. Rather, he liked to rely upon "unconscious learning" in his patients as well as in his students.



He worked with models, examples, stories, analogies, metaphors and other methods that foster intuitive, global learning. In my opinion Epstein's reasoning is sound when it concerns beginning therapists. The analogic, modeling approach may be preferable to transmit skills, but takes also analytic knowledge, critical thought to assure that the quality of therapy is kept up. So my second proposition about how to use Ericksonian approaches would be in accord with Epstein: for the benefit of beginning therapists emphasis should be placed on the study of Macro Stages rather Micro Moves in learning about Ericksonian therapy. Although the bulk of the effort and attention has so far gone to Erickson's Micro Moves, I seriously think that some of Erickson's major contributions may turn out to be in the area of Macro Stages. Epstein's proposal seems to fit well to the usual, rational therapeutic approach: Assessment, Contract Setting, Therapy and Closure. It is most appropriate as long as "all the trees are indeed leaning in an easterly direction." Erickson's contribution to Macro Stages was in providing uncommon therapy that departed from the basic scheme when needed. However we know little about the assessment that Erickson did. We know he had an eye for discovering unusual idiosyncrasies in his patients. I do not know how he did it and we should welcome clarification on this issue. By using a positive frame, he strongly influenced the assessment in a constructive direction from an early moment onwards. Contract setting is often not clear at all in his work. Rather, instead of making overt agreements, Erickson manoeuvred the patient into a position where he was under pressure to generate by inner search his own alternative behavior. Therapy usually consisted of fostering change through providing active experiences. Closure is often not a definite stage in his work, as he sometimes kept an active correspondence with his former patients for years.

My last topic is how to learn and use the Micro Moves or specific techniques and approaches. Already I pointed out that Erickson's own teaching is mainly by example. He gave us detailed descriptions of how he proceeded in a great many cases. I think most of us have tried the following pattern of learning: after reading about a case that strikes us as being similar in some regards to a patient we are currently treating, we decide to try a particular approach that Erickson has developed. This

may or may not be succesful and gradually by trial and error we build up some experience that allows us to be more accurate. However the learning by trial and error has to be repeated over and over again if we limit our teaching procedures to the communication of examples. The clinical experience that has been collected by several people now needs recording and analysis. Erickson gave many good descriptions of numerous pro- cedures. However, he dealt not often with the questions as when to use and when not to use a specific approach, and why this should be so. I think we should pick up the work at that stage and develop some more formalized ways of evaluating procedures and ask questions such as: when not to apply a positive framework, when is it better to be direct and concrete. I realize this does not go entirely with the spirit of Erickson's magic. Although very accurate in his choice of interventions, he does not seem to have had any passion for the formalization of pro- cedures. He probably would not have covered as much new ground in the- rapy as he actually did, if he would have tried to map and chart as well as to explore. No doubt his passion for discovery was greater than his interest for systematic charting. But if we want to make use of this discovery, the more tedious work of analysing the inner consistency of each type of intervention and especially the demarcation of the field of application will be indispensable.

After incorporating Macro Stages and Micro Moves, I think we can as students turn to the last stage of the project of learning from Erick- son, which is again truly in his spirit. One of the things he was a master at, was to turn personal idiosyncrasies into important assets for his patients as well as for himself. He has demonstrated in an impressive way how to use aspects of his own person to a constructive purpose, including those that brought little advantage at first sight. Such an undertaking is something that each therapist will have to achieve for himself, and it is important that we realize that to accomplish this properly, we will have to learn to apply our own talents and characteristics, rather than to imitate those aspects of Erickson's personality that are not natural to us.

HYPNOTHERAPIE EN CONVERSIEVERSCHIJSSELEN

---

Kees Hoogduin,  
september 1980

1. Inleiding

De conversieverschijnselen horend bij de diagnose "Grande Hysterie" worden niet frequent waargenomen. Bij 2400 achtereenvolgend aangemelde cliënten op een P.A.A.Z. (-kliniek en -polikliniek) is slechts driemaal deze diagnose gesteld: éénmaal blindheid, éénmaal mutisme als conversieverschijnsel en éénmaal een paraparese. De behandeling van de verschijnselen met hypnotherapie wordt al langer dan een eeuw toegepast (verg. Charcot, 1892).

In het hiernavolgende wordt verslag gedaan van de behandeling van twee cliënten met deze ernstige conversieverschijnselen met behulp van hypnotherapie. Een derde cliënt die spontaan verbeterde, wordt beschreven.

In de discussie worden verschillen in de hier toegepaste benadering en de klassieke Charcot-benadering kort aangegeven.

2. De voorbeelden

2.1 Mevrouw Van Duuren, geboren in 1954, wordt op de P.A.A.Z. in Delft opgenomen in verband met een depressie. Een week na de opname wordt zij mutistisch. Zij maakt wel praatbewegingen met de mond. Er is geen fluisterspraak.

Over de voorgeschiedenis is het volgende mee te delen: mevrouw Van Duuren is de tweede van drie kinderen. Haar vader is op 51-jarige leeftijd gestorven aan de Chorea van Huntington. Deze man heeft cliënte alleen maar gekend als een zeer gestoord mens. Hij sloeg vaak de boel kort en klein. Schold iedereen uit voor rotte vis en was zeer op zichzelf betrokken. Mevrouw Van Duuren zou op haar veertiende jaar door een vriend verkracht zijn geworden en sindsdien angst voor sexueel contact hebben gehouden. Ze ontmoet op haar achttiende jaar een vriendelijke, rustige jongeman met wie ze na vier maanden verkering huwt. Vrijwel onmiddellijk na dit huwelijk ontstaan ernstige problemen. Ze sluit zich af, is bang voor sexualiteit.

In juni 1976 is zij gedurende een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen met een depressief beeld en choreatiforme bewegingsonrust. In 1977 volgt een tweede, vijf maanden durende, opname met als diagnose mutisme en anorexie.

In 1978 opnieuw een opname van anderhalve maand in het psychiatrisch ziekenhuis. Mevrouw Van Duuren is een zeer mooie jonge vrouw met grote bruine ogen die de wereld verbaasd aanzien. Zachtjes pratend vertelt ze hoe verschrikkelijk ze die weken die ze in een isoleercel heeft doorgebracht, heeft gevonden. Gedurende de opname ontstaat er een crisis met de echtgenoot. Deze heeft de huur van het gemeenschappelijke huis opgezegd en houdt het verder voor gezien. Mevrouw Van Duuren maakt een sombere, geslagen indruk en wordt plots mutistisch. Nadat deze "klacht" een tiental dagen bestaat, wordt besloten haar met hypnotherapie te behandelen. Van belang is te vermelden dat patiente eenmaal 's nachts in haar slaap hardop heeft gepraat.

Na oogfixatie-inductie wordt een diepe trance bereikt, waarna het onbewuste te hulp wordt geroepen om haar van dit nare verschijnsel af te helpen. Ter illustratie van de behandeling wordt hier een fragment van de zitting verbatim weergegeven:

"Laat je maar drijven, laat je maar wegzinken in dat plezierige gevoel, dat nieuwe, aangename gevoel van volledige spierontspanning. En de genezende krachten van je onbewuste zullen ervoor zorgen dat je langzaam, heel langzaam, zonder dat je het bijna merkt, dieper en dieper ontspannen zal raken. Dieper en dieper ontspannen zal raken. Laat het maar gebeuren, laat je maar gaan, terwijl je langzaam maar zeker in een ontspannen toestand komt. Geef de krachten vanuit je onbewuste de kans om je te helpen, niet nu, maar mogelijk straks en mogelijk morgen of overmorgen of misschien nog later zullen de krachten vanuit je onbewuste, net als vannacht in je slaap, in je droomtoestand je helpen de spanning van die goeie stembanden van je afnemen. Die goeie stembanden van je, waarmee je soms van die aardige dingen kan zeggen, zullen dan weer gewoon in staat zijn je te helpen met andere mensen bezig te zijn en je de vragen te laten stellen die je moet stellen om uit die periode, die moeilijke periode die achter je ligt, om daar uit te komen. Op een gegeven

moment zul je merken dat je in een toestand komt van verdriet, van onzekerheid, of misschien dat je een heftige huilbui zal krijgen. Dat is het moment dat vanuit het onbewuste de spanning doorbroken wordt en dat je op deze wijze de kans krijgt om het gebruik van die goeie stembanden van je weer terug te krijgen. Je moet niet proberen te forceren met je bewuste. Wat je moet doen is wachten tot de genezende krachten van je onbewuste je via een huilbui, een emotionele ontlading helpen om de spanning van die goeie stembanden van je af te halen. Wachten op de krachten van het onbewuste die blijken 's nachts jou te helpen, door 's nachts, wanneer je slaapt, de spanning van je stembanden af te halen, zodat je stem weer gehoord kan worden. We weten nooit zeker wanneer dat onbewuste die genezende kracht zal gebruiken, maar als jij, met je bewuste, het overlaat aan deze kracht zal één dezer momenten, misschien al vandaag, misschien morgen of nog later, zal opeens die bevrijdende huilbui, die bevrijdende spanningsaflopende, afvloeiende gebeurtenis plaatsvinden en dan ben jij weer in staat om die dingen te zeggen die nodig zijn om verder te komen, om uit deze moeilijke periode te geraken."

Naast de behandeling in het ziekenhuis staat cliënte al jaren onder behandeling van een paranormale genezer. De dag na de hypnosezitting bezoekt zij deze therapeut opnieuw. Gedurende de zitting met behulp van de Mesmeriaanse strijkages krijgt ze plots haar stem terug.

Verder verloop:

Na een tentamen suïcidii en geen verdere vooruitgang volgt overplaatsing naar de Jelgersmakliniek waar zij vier maanden verblijft. Kort na ontslag wordt ze opgenomen in Schakenbosch waar ze na vier maanden een ernstige zelfmoordpoging doet. Na lichamelijk herstel wordt ze opnieuw op Schakenbosch opgenomen. De prognose lijkt zeer somber.

- 2.2 Mevrouw De Graaf, een 52-jarige vrouw, is al jaren bekend met een H.N.P. cervicalis, waardoor ze een lichte spastische parese heeft en nogal wat pijnklachten. Ze wordt opgenomen voor een block anaesthesie - ter bestrijding van de pijn -, een week nadat haar echtgenoot is overleden. Na de eerste injectie is zij



niet meer tot staan en lopen in staat. Wanneer ze probeert te staan, wankelt ze en grijpt zich vast en lijkt - als er geen hulp geboden wordt - ook werkelijk te vallen. Ze is niet in staat de ene voet voor de andere te plaatsen.

Neurologisch onderzoek vertoont geen afwijkingen, evenals voor de ingreep. Besloten wordt cliënte met hypnotherapie te behandelen.

Tijdens de eerste zitting doet cliënte zo haar best dat de therapeut bijv. slechts de suggestie van armlevitatie hoeft te noemen om een arm met snelle vaart opgeheven te krijgen. Met cliënte wordt de dood van haar man besproken. Benadrukt wordt dat ze de emoties niet geuit heeft en dat deze ingeklemde emoties zich in de spieren van de benen hebben vastgezet. Wanneer deze ingeklemde emoties nu maar vrij zouden komen, bijv. door een bevrijdende huilbui, dan zal zij merken dat de spanning van de benen afgevallen is en dat zij het gebruik daarvan weer terug heeft. De zitting wordt afgesloten met de suggestie dat de emoties zich mogelijk nog dezelfde avond zullen bevrijden, mogelijk de volgende dag. Inderdaad heeft ze dezelfde avond een bevrijdende huilbui; aansluitend is de verlamming van de benen opgeheven.

- 2.3 Een vijftigjarige, zwakbegaafde huisvrouw meldt zich op aanraden van de huisarts op de P.A.A.Z. Problemen met een zwakzinnige zoon en een zich nogal alloplastisch uitlevende echtgenoot hebben haar overspannen gemaakt. Al weken slaapt ze slecht en heeft ze dagendurende huil- en schreeuwbuien. De ochtend van de aanmelding is zij plots blind geworden. Ze vertelt in het geheel niets meer te zien. Hoewel ze met haar gedrag aangeeft goed in staat te zijn haar weg te kiezen. Ze loopt zelfstandig de trap op, gaat zonder problemen op de aangeboden stoel zitten e.d. Nadat cliënte gelegenheid heeft gekregen over haar problemen te praten, wordt een hulpplan besproken voor haar en haar zwakzinnige zoon. Mevrouw Jansen komt tot rust en haar gezichtsvermogen keert terug.

### 3. Discussie

1. De verbatimtekst van een deel van de hypnotherapeutische behandeling van mevrouw Van Duuren (eerste voorbeeld) illustreert enige belang-

rijke aspecten van de behandeling:

- op indirecte wijze - met behulp van het onbewuste - wordt de suggestie tot herstel gegeven;
- het wordt voor haar aantrekkelijk gemaakt weer te kunnen praten, immers eerst dan kan ze de vragen stellen om uit de moeilijkheden te komen;
- zij krijgt de mogelijkheid om "zonder gezichtsverlies" haar symptoom op te geven (zie ook het tweede voorbeeld). De spanning nl. verhindert de stembanden, of de benen, te functioneren. De suggestie wordt gegeven dat deze spanning (of ingeklemde emoties) zich via een bevrijdende huilbui kan ontladen en dat daarna herstel zal optreden. Bovendien krijgt ze de post-hypnotische suggestie dat een dergelijke huilbui mogelijk vandaag of morgen of misschien nog later zal kunnen optreden.

2. Wanneer we deze benadering vergelijken met het verbatim-verslag dat Freud maakte van een poliklinische demonstratie van Charcot, dan valt de directe benadering van Charcot op. Bij de bespreking van de behandeling van conversieverschijnselen suggereert hij een halfzijdige verlamming bij een proefpersoon om deze vervolgens te genezen:

Char.: Beweegt u nu uw linkerhand, uw vinger. U kunt het weer, u hebt geen verlamming meer.

Cli. : Dat is makkelijk gezegd.

Char.: Snel, snel, laat u ons niet wachten.

Cli. : Nou ja, ik wil wel.

Char.: Nu, waarom beweegt u de vinger niet?

Cli. : Ik kan het toch niet, ik weet immers niet meer hoe het moet.

Char.: (tot publiek) Dat antwoord is interessant. Ziet u, terwijl de zieke haar rechterhand beweegt, kijkt ze ernaar alsof ze hieruit wil leren hoe de linkerhand te bewegen. Dit gedrag is zeer instructief.

Cli. : (nadat ze het enige momenten vergeefs geprobeerd had)  
Eindelijk gaat het weer.

Charcot gaat nog verder: aan de mededeling: "U zult gezond worden" blijkt hij grote geneeskrachtige betekenis toe te kennen (blz. 283). Zeker moet een dergelijke opmerking in zijn juiste context gezien worden. Charcot was een beroemdheid en van heinde en verre kwamen de mensen met conversieverschijnselen om door hem genezen te worden.

Het is niet ondenkbaar dat hierdoor Charcot bij zijn behandelingen kon volstaan met het prevelen van een dergelijke platitide. Het is interessant en ook wel vermakelijk het werk van een man als Charcot te lezen. Minder prettig doet de minachting aan die hij voor zijn patienten ten toon spreidt. Hoewel ook moderne auteurs daar soms een handje van hebben. Wat vindt u van deze (gelezen bij Kroger en Fezler, 1976):

"Hysterische verlammingen bij de man reageren vaak dramatisch als de man gesuggereerd wordt dat hij zijn sexuele potentie zal verliezen als de verlamming voort blijft duren (blz. 293)."

JP

Referenties

Charcot, J.M. (1892): Poliklinische Vortrage, Band I,  
Schuljahr 1887/1888,  
vertaald door: S. Freud,  
Deutick, Leipzig

Kroger, S. & W.D. Fezler (1976):  
Hypnosis and Behavior Modification,  
Lippincott, Philadelphia