

TDT 8/1



Inhoud

februari 1981

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
	Mededeling	4
Else de Haan & Kees Hoogduin	Haley over Erickson en Haley over Haley	5
Kees van der Velden	De behandeling van een man die geen dissertatie kon schrijven	15
Alfred Lange	Over de onmogelijkheid van individuele gedragstherapie	18
Onno van der Hart	Kortdurende hypnotherapie voor pijnbestrijding en revalidatie; een gevalsbeschrijving	45
	Hypnotherapie voor het op gang brengen van de menstruatie - een voorbeeld	55
Richard Van Dijk	Een metafoor als hulpmiddel ter bevordering van amnesie	60
Dick Oudshoorn	Waarom worden sommige patiënten niet beter?	69
Kees Hoogduin	Weerstand bij trance-inductie	86
	De eenzaamheid van een lange-afstandloper van A.Sillitoe	88
Kees van der Velden	Volledige informatie	92
Leen Joele	Afgeknepen	94
Alfred Lange	Family Therapy in the Netherlands	101

Omslagen: Medailles van de Geheime Tijgers door Daniël van der Velden

Redactie: Dijk, Hart, Kal, Joele, Lange, Oudshoorn, Velden.

Welkom lezer! Wij hebben U lief!

Herkent U deze vrolijke toon? Hoort U hier niet De Hoofdredacteur van een jaar of drie geleden?

Ach, 't is of Wij in een circus werken en steeds maar weer nog modernere, nog spectaculairder nummers moeten aankondigen. En 't zijn inderdaad aardige nummers, maar het zijn er zovéél, zo héél erg veel.

En 't publiek, wat doet het publiek? Komt het inderdaad? Of blijft het in toenemende mate weg?

De Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie - prima Vereniging, hoor! - telt 300 leden ongeveer. Dth, ons zusterijdschrift, moet ongeveer 2000 abonnees krijgen. Wat zien we? De redacteurs van TDT hebben net als de redacteurs van Dth almaar meer de neiging om te schrijven over onderwerpen die van belang zijn voor de 300 leden (ongeveer) van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie - prima Vereniging, al zijn Wij er geen lid van - , en almaar minder over de onderwerpen die van belang zijn voor de 1.700 abonnees die jaarlijks f '65,- betalen voor ons zusterijdschrift. Nou ja, 't is ons tijdschrift gelukkig niet! Bij Dth moeten ze het zelf maar uitzoeken, niet?

Dat We d'r toch over schrijven is uit een soort... eh, medelijden. Gelukkig zijn U en Wij niet afhankelijk van een kapitalistische uitgever en ook niet van de grillen van het publiek. Schrijf er dus op los, waarover U wilt. Alles vindt z'n plaats binnen de smaakvolle TDT-kaft die ditmaal verzorgd werd door Daniël van der Velden, gekozen leider van de Geheime Tijgers - een soort junior-TDT-groep.

Maar als U denkt: 'Onze Hoofdredacteur zijn moe' - dan heeft U gelijk.

Resencie

De heer Philip van Praag schreef de onderstaande boekbespreking voor MGv (nr. 12, 1980). Hij is zo enthousiast dat hij de uitgever aanraadt géén tweede druk van ons standaardwerk te laten verschijnen.

Velden, K. van der (red.). Directieve Therapie 2. Met bijdragen van R. van Dijk, O. van der Hart, K. Hoogduin, L. Joule, A. Lange, D. Oudshoorn, K. van der Velden. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980, 488 blz., f 48,50.

Met de verschijning van het tweede deel van Directieve Therapie* is de publicatie in de Nederlandse Taal van een bundel over directieve technieken en methoden voltooid.

Veertien auteurs hebben ook in deze tweede bundel hun ervaringen neergelegd met een scala van directieve technieken bij een groot aantal cliënten. De auteursgroep is samengesteld uit zes psychologen, vijf psychiaters, één psychiatrisch verpleegkundige, één maatschappelijk werker en één sociaal psycholoog.

Begonnen wordt (p. 17) te vermelden dat wat in het eerste deel als kenmerken van directieve

therapie worden genoemd, te weten:
de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of directieven;
het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
cliënt en therapeut werken aan concrete, welomschreven doeleinden;
de therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context;
de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen: 'Wat werkt bij dit probleem bij deze cliënt?'.
In dit tweede deel wordt een aanvulling gegeven van een vijftal pragmatische uitgangspunten, te weten:

* Directieve Therapie 1 (1977) werd gerecenseerd in MGv, 6/78 door Th. Festen.

directieve therapie is gericht op actie;
in directieve therapie wordt een optimaal gebruik gemaakt van de zogenaamde non-specifieke therapie factoren;
directieve therapie is een eclecticische benadering;
directieve therapie is primair bedoeld voor 'gewone' mensen;
directieve therapie is voor mensen met klachten.

Met uitzondering van het eclecticisme kan geen van deze 'kenmerken' origineel genoemd worden. Echter in hun onderlinge samenhang roepen de kenmerken en uitgangspunten wel een karakteristieke filosofie op.

Deze filosofie en de daarmee samenhangende doelstellingen worden uitgewerkt in een viertal delen en afgesloten met een epiloog over training in sub-assertiviteit.

Deel I (Elementen) geeft een nadere omschrijving van directieve therapie. Uiteenlopende directieve interventies worden geordend met behulp van een driedeling: direct-indirect, congruent-paradoxaal en concreet-metafoor.

Verder geeft dit deel beschouwingen over positief etiketteren, paradoxen, metaforen, het gebruik van humor, van overdrijving.

Deel II (Problemen) bevat een hoofdstuk over lichamelijke klachten. Verder beschouwingen over directieve interventies bij de behandeling van psychotische cliënten, tics, dwangverschijnselen, nerveuze tremoren en geheugenstoringen als gevolg van organisch letsel.

Deel III (Procedures) geeft twaalf uiteenlopende directieve benaderingen: zelfcontrole procedures, rouwtherapie door middel van het schrijven van brieven, hypnotherapeutische benaderingen, de behandeling in een dagcentrum, een aanpak van opvoedingsproblemen, hypnotherapie bij dwangmatig roken, enzovoorts.

Deel IV (Strategie) is gewijd aan de planning van de behandeling en de daarmee samenhangende beleidsconsequenties. Een hoofdstuk over mislukte behandelingen besluit dit laatste deel.

Mijn oordeel over dit boek breng ik onder in een vijftal aspecten:

1 De hoeveelheid publicaties op het gebied van directieve technieken en methoden moge welhaast een mer à boire genoemd worden. Hoe omvangrijk blijkt onder meer uit de in de bundel opgenomen bibliografie. Ik vind het een verdienste van deze bundel dat een belangrijke stroming in de vloed van literatuur over psychotherapie (pakweg sinds de jaren zestig) in deze bundel leesbaar en geïllustreerd met tal van praktijkvoorbeelden wordt aangeboden. Dat de publicatie in het nederlands is geschreven, zal voor velen als een voordeel gelden.

2 Ik deel de opvatting van de auteursgroep zoals vermeld op p. 9 waar zij schrijven (en daarmee de recensent vóór blijven): 'Directieve therapie 2 is net als zijn voorganger wat onevenwichtig opgebouwd. Dat komt zo. De in het wat exclusivistische tijdschrift voor Directieve Therapie (oplage 7 exemplaren) gepubliceerde bijdragen, waarop ook dit boek gebaseerd is, gaan vrijwel altijd over onderwerpen waarvoor een bepaalde auteur op een bepaald moment min of meer toevalligerwijs warmloopt' en 'Bij het samenstellen van de bundel moest dus een keuze gemaakt worden uit een grote hoeveelheid heterogene beschouwingen, die vervolgens op arbitraire wijze werden geordend.'

Het boek heeft het karakter van een werkboek voor de praktijk. Bezige en enthousiaste therapeuten kunnen er inspiratie aan ontleen bij het bedenken van opdrachten voor hun cliënten. Zij vinden er een groot aantal artikelen in ondergebracht (in 33 hoofdstukken) van wisselende diepgang. Dat steeds verwezen wordt naar literatuur over het aan de orde zijnde topic maakt het boek ook voor studiedoeleinden aantrekkelijk.

3 Het meest oorspronkelijke van de bundel vind ik het eclecticisch karakter. Dat maakt deze publicatie eigentijds. Het eclecticisch karakter van het boek houdt in dat men onderdelen ontleent aan verschillende benaderingen en deze op pragmatische wijze toepast naar gelang de eisen die een bepaald geval stelt. Eenzijdigheid

ren. En integratie is op theoretische gronden onhaalbaar. Het eclecticische model, waarop de bundel is gebaseerd, maakt gebruik van overwegingen, die afkomstig zijn uit de communicatietheorie, de leertheorie, de systeemtheorie en de psychodynamische theorie. Met betrekking tot elke klacht kan een reeks van hypothesen geformuleerd worden, die achtereenvolgens op hun juistheid onderzocht moeten worden. De volgorde loopt dan van eenvoudig naar complex.

Wat opvalt in de beschouwingen is dat de psychodynamische theorie er wel zeer mager afkomt. De auteurs van de bundel proberen ook deze denkbare kritiek wel voor te zijn. Zo schrijft Lange op p. 585 'dat de bezwaren tegen directieve therapie (het zou teveel op trucs en het uithalen van kunststukjes lijken) wel begrijpelijk zijn omdat directieve therapeuten 'te zeer geneigd zijn een aantal essentiële elementen van onze aanpak ongenoemd te laten.'

Lange noemt dan o.m. de verstandhouding met de cliënten. Daaraan wijdt hij dan een halve pagina.

Op een andere plaats in het boek (p. 23) wordt voorgesteld om eerst van diverse benaderingen afzonderlijk kennis te nemen. Genoemd worden dan gezinstherapie, gedragstherapie, systeemtheorie, psychodynamische therapievormen en hypnose. 'Om die reden is directieve therapie in principe ongeschikt als methode voor een therapeut zonder enige ervaring of achtergrond'. Het kennis nemen van psychodynamische therapievormen is op zijn minst een understatement voor het proces dat doorlopen moet worden om de 'verstandhouding met cliënten' primair in het belang van de cliënt te hanteren. Psychodynamische literatuur wordt in de bibliografie ook slechts weinig aangetroffen.

4 Een belangrijk aspect ligt voor mij in de opvatting van de auteurs dat therapie aangepast moet worden aan de mensen en niet omgekeerd. Het betekent praktisch dat de nadruk op actie, flexibiliteit en beperkte tijdsduur perspectieven biedt voor de grote groep van cliënten die zich aanmelden bij sociaal psychiatrische diensten, MOB's, LGV-bureaus en poliklinieken die met de gebruikelijke therapievormen niet geholpen kunnen worden.

5 Bij het overdenken van mijn oordeel over Directieve Therapie 1 en 2 drong zich één overheersende gedachte op. In een groeps gesprek enige tijd geleden met een geschoolde arts-acupuncturist ontstond een gesprek over de verklaring van de soms spectaculaire resultaten van acupunctuur. Geschoold in lineair denken als de gesprekspartners waren, hadden zij behoefte aan een verklaring. De acupuncturist had een simpel antwoord op de vragen om verklaring. Het blijkt dat bepaalde prikken met bepaalde naalden bepaalde resultaten geven. 'Het blijkt'. Dat is mijn antwoord.

In de bundel Directieve Therapie komen een groot aantal gevallen aan de orde. Zo bijvoorbeeld een verslaafd roker, die in één zitting van zijn rookverslaving wordt afgeholpen, of een opvoedingssituatie die met behulp van een puntensysteem verbeterd of zelfcontrole procedures die belangrijke verbeteringen tot stand brengen, en tal van andere voorbeelden. Verklaring van de resultaten die optreden? Het blijkt te werken.

Samengevat: Een waardevol werkboek voor de praktijk. Het stimuleert de inventiviteit en inspireert door zijn positieve gevoelston. In dit stadium is het niet moeilijk om de onevenwichtigheid van de bundel, waarop de auteurs zelf wijzen, te vergeven. Het betekent wel dat het boek in zijn huidige vorm geen tweede druk moet krijgen. Maar gezien de dynamiek, die ik in het geheel proef, zal daar ook wel geen kans op zijn. In 1981 gaat het drie maandelijks tijdschrift voor Directieve Therapie verschijnen. Verwacht mag worden dat mede met behulp van dit tijdschrift de dynamiek gehandhaafd wordt. Mijn wens is dan tenslotte dat bij nieuwe publicaties, dan wel bij een bewerking van de thans verschenen bundel, gepoogd zal worden de onderliggende theorie tot wat verdere integratie te brengen. Weliswaar 'blijkt' het te werken maar ik kan mijn interesse naar het waarom

Altijd weer die theorie!

Dat schijnt wel zo iets belangrijks te zijn!

Kan nou niet iemand van ons zich een middag vrijmaken om die theorie op te schrijven? Gewoon iets met rattenproefjes, en dan de neiging tot arousal van een organisme, en dan iets over ontwikkelingspsychologie - kan Oudshoorn 't beste schrijven, al of niet gemodificeerd -, en iets over overgangen en systemen enzo en met wat dingen over adaptatie en een beetje Freud. Zoiets. Als daar zo om gezeurd wordt, waarom gaan we d'r dan gewoon niet een keer op in?

Bij dit nummer

Else de Haan & Kal openen met een interview met de Amerikaanse psychotherapeut Jay Haley. U krijgt dit verhaal in een nog betere versie te lezen in Dth 1 (2). U ziet dat het over Erickson gaat. En over Haley zelf. Die Erickson, Wij weten het niet, het was natuurlijk een vreselijk goed mens en ook een ontzaglijk knap therapeut, maar 't is net of We een beetje teveel over hem gehoord en gelezen hebben. Heeft U dat ook? Gelukkig dat Haley een beetje gewoon doet over hem.

Velden heeft het óók over Erickson! Vreselijk. 't Is net of-ie wil aantonen dat-ie praktisch net zo slim is. Foudraine in oranje, Velden dadelijk in paars.

Dan Lange, de schat! Gewoon een integer verhaal. Niks geen grootdoenerij, maar een duidelijke uiteenzetting van een goed mens over hoe mensen het beste geholpen kunnen worden. Een verademing!

In zijn bijdrage over pijnbestrijding haalt Hart Erickson er weer bij! Nou ja, relativerend gelukkig, en ook weer eerlijk. En leerzaam.

In zijn bijdrage over het op gang brengen van de menstruatie laat Hart zich vnl. leiden door de gedachten van..., ja, Erickson.

Dijk, lezer, heeft het óók over Erickson, maar gelukkig niet te lang en gaat dan over tot de beschrijving van een manier van omgaan met traumatische ervaringen die geloofwaardig aandoet.

Oudshoorn heeft het niet over Erickson. Bravo, Oudshoorn! Hij heeft het over een vraag waar Erickson praktisch nooit mee geconfronteerd werd: Waarom, ja waarom worden sommige patiënten niet beter? Wilt U een antwoord? Lees Oudshoorn, die een en ander in een heel aparte vormgeving met U doorneemt.

In Weerstand bij trance-inductie noemt Kal Erickson niet, maar 't stuk had bijna wel door Erickson geschreven kunnen worden!

In Volledige informatie noemt Velden Erickson tweemaal. Mooi beknopt ge-

Hier vergeten bij n. b. het Sillitoe-stuk te introduceren! 1000 excuses!

houden, Velden!

Joele , de tweede Erickson, schrijft een merkwaardige bijdrage, waarvan de titel Afgeknepen luidt. Heel opmerkelijk is dat hij zijn patiënt, een man die zaken doet in Zuid-Afrika, doet uitzien naar... de nieuwe Baldwin! Zo verweeft Joele psychotherapie en politieke bewustwording op subtiele maar toch verantwoorde wijze.

Ten slotte schrijft Lange over Nederland en U & Ons. Hoewel hij het verhaal zelf subjectief vindt, vinden Wij het behoorlijk eerlijk.

Erickson komt er overigens niet in voor.

O ja!, Arch wel!

Slot

Lezer, lijken Wij cynisch, Wij zijn het niet.

Wij geloven in de mens en dus ook in U.

Wij zouden het alleen even prettig vinden niets te horen van die geweldige therapeut uit Phoenix, Arizona, en ook hebben we even genoeg van de mevrouw uit Milaan. Lief mens, daar niet van, maar nu even niks van haar en d'r kinderen.

Nee, gewoon werken, en eerlijk vertellen over alle behandelingen - wat een woord trouwens: behandelingen! - die niet vier, niet tien, niet veertig maar wel zeventig zittingen nemen en waarvan het resultaat ten minste dubieus genoemd mag worden! Dat willen Wij. U ook?

Kusje,

J. Hoofdredacteur.

De Hoofdredacteur.

Mededeling

Over onze gewaardeerde redacteur Van der Velden doet het verhaal de ronde dat 'hij met zijn patiënten naar bed gaat'. Nu is het inderdaad zo dat deze redacteur weleens bijna bij de verhalen van zijn patiënten in slaap valt, maar met hen naar bed gaan - nee, dat doet hij niet.

Hoe komt dit verhaal in de wereld?, zo vraagt U misschien.

Welnu, in Dordt houdt iemand praktijk die precies zo heet als onze Vriend.

En die Iemand schijnt Het wel te doen.

Wilt U Uw vrienden en bekenden wèl van dit verschil op de hoogte brengen?

Dank, DH.

"Wanneer ik vroeger tijdens een lezing een grapje maakte, zag ik iedereen lachen; nu zie ik ze hun pen pakken om het op te schrijven".

Jay Haley was een van de belangrijkste sprekers op het congres over Ericksoniaanse benaderingen bij hypnose en psychotherapie in Phoenix - Arizona, begin december vorig jaar.

Al in 1958 is hij met zijn werk bij Erickson begonnen. Bijna tien jaar lang heeft hij de werkwijze van Erickson bestudeerd. Hij heeft een theoretische basis voor het werk van Erickson ontwikkeld. Hij destilleerde algemeen therapeutische principes en regels uit de grote hoeveelheid interventies die hij zag bij hem. Dankzij hem werd het werk van Erickson voor andere therapeuten toegankelijk en overdraagbaar.

In 1967 publiceerde Haley "Advanced Techniques of Hypnosis in Therapy - the selected papers of Milton H. Erickson -", waarna in 1973

"Uncommon Therapy - the psychiatric techniques of Milton H. Erickson -", volgde.

Op het congres hield Haley een lezing over het werk van Erickson en zijn betekenis voor de psychotherapie zonder - zoals vele anderen dat deden - te vervallen in een mythevormende verheerlijking. Hij was duidelijk geëmotioneerd door de dood van Erickson, maar was toch een van de weinigen die een realistisch en genuanceerd beeld van de persoon en het werk van hem kon geven. Reden voor ons om hem in een interview nog eens uitvoerig over Erickson en zichzelf aan het woord te laten.

Zijn uitspraak over de grapjes tijdens een lezing toont hoe hij over zijn eigen roem denkt. Tijdens het interview - in een rustig hoekje van het drukke congres-restaurant - ging hij in een stoel met een hoge rug zitten, zo gedraaid dat niemand hem kon zien. Een foto wilde hij liever niet. Over zijn eigen beroemdheid praatte hij op een afstandelijke manier, met een lichte afkeer. Tijdens het gesprek was hij een vriendelijke, goedlachse man die zonder enige aarzeling uitvoerig op alle vragen inging. Zijn genuanceerde, relativerende en vaak geestige manier van praten, zijn openheid en zijn geïnteresseerdheid in de vragen die hem gesteld werden, maakten het gesprek met hem tot een plezierige ervaring.

Het eerste gedeelte van het interview gaat over Haley's relatie met Erickson. Hoe gingen ze met elkaar om; hoe reageerde Erickson op het werk van Haley. Vervolgens praat Haley over zijn eigen werk en zijn visie op de ontwikkelingen in de psychotherapie.

"Ik weet niet zeker of Erickson het altijd met mijn theoretische uitleg eens was. Ik denk dat hij dacht dat hij gecompliceerder was, maar hij kocht mijn boeken en gaf ze aan zijn studenten om te lezen. Dus hij leek ze wel te waarderen. Ik praatte ook wel met hem over mijn theorieën, hij luisterde daarnaar. Zijn antwoord was dan vaak: "Dat doet me denken aan een ander geval".

Een van de dingen die me steeds verbaasden, was dat hij altijd zei: "Dat is duidelijk" en dat hij altijd echt verwonderd was waarom het mij niet duidelijk was.

Het moet ongeveer vijf of tien jaar later zijn geweest dat een student voor het eerst tegen mij zei: "Waarom zeg je me nou dat het duidelijk is, het is mij helemaal niet duidelijk". En toen realiseerde ik me dat ik net zo dacht als Erickson en dat dingen soms moeilijk uit te leggen zijn. Het was nu eenmaal gewoon "duidelijk".

Soms was hij het niet eens met mijn theoretische uitleg. Dan zei hij: "Dat is het niet, daar gaat het niet om" of zoiets. Ik herinner me een keer - ik denk dat ik het achterin de Papers ¹⁾ heb geschreven - dat ik een theoretische verklaring gaf voor iets wat hij had gedaan en dat hij zeig: "Ik wil dat je mee naar buiten komt". En hij nam me mee het huis uit en zei: "Kijk eens naar deze bomen, zie je naar welke kant ze allemaal gebogen staan?" En ik zei: "Ze staan allemaal naar rechts".

Hij zei: "Niet allemaal, eentje staat naar de andere kant, kijk daar eens naar". En toen nam hij me weer mee terug het huis in ²⁾). Hij gaf zich veel moeite om me te laten zien dat er uitzonderingen zijn die ik in die bespreking niet genoemd had.

Hij praatte altijd in anecdotes. Een van de conclusies bijvoorbeeld, die ik toch uit zijn gevalsbeschrijvingen trok, is dat hij het de patient zo moeilijk maakt om door te gaan met zijn symptomen dat deze zijn symptomen opgeeft. Erickson zou het daar wel mee eens zijn, maar hij zou het nooit op die manier formuleren.

Als hij je een hele serie van dit soort gevallen vertelde, en iedere keer maakte hij het de patient zo moeilijk om door te gaan met het

¹⁾ Bedoeld wordt: Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy - selected papers of Milton H. Erickson -, ed. by J. Haley (1967), Grune & Stratton, New York

²⁾ In Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy (blz. 549).

symptoom dat hij het symptoom opgeeft - als ik dat zou zeggen, dan zou hij niet zeggen dat hij het daar niet mee eens is -. Het zou hem doen denken aan een ander geval, of aan iets wat hij bij iemand anders deed.

Je wist nooit zeker of hij ook aan mijn uitleg gedacht had. Hij had zo'n manier om je op ideeën te brengen dat je dacht dat het van jezelf kwam, terwijl het van hem kwam. Je was dan ook nooit helemaal zeker van hem. Hij was een uitstekend onderwijzer, een onderwijzer in de zin dat hij ervoor zorgde dat de ideeën vanuit jezelf kwamen. En of dat nou door hem kwam of door jou, dat was nooit helemaal duidelijk.

Hijzelf had een interessant probleem. De reden waarom ik die Collected Papers gedaan heb, is omdat er twee mensen waren (Gorton en Weitzenhoffer) die die Collected Papers probeerden te maken. Ze probeerden de hele verzameling compleet te krijgen. Ze wilden ze uitgebreid van noten voorzien. Alles keurig netjes, zoals het hoort. En ze wilden dat Erickson het las en dat hij akkoord ging met al hun commentaar, want het waren zijn artikelen. Maar Erickson las niet.

Een van de redenen waarom hij niet las, was omdat - zoals hij zei - iedere keer als hij een van zijn eigen stukken las, hij daardoor weer een ander stuk ging schrijven. Daarom wilde hij zijn eigen stukken niet lezen.

Ik denk dat iedere keer als hij dacht aan iets wat te maken had met een patient, dat hem weer deed denken aan een ander geval. En als hij in de juiste stemming was om te schrijven, dan kon hij niet stoppen met schrijven, maar hij had geen tijd. Dus toen begon ik zijn stukken te verzamelen en liet ze niet eens aan hem zien. Ik stopte ze alleen maar bij elkaar. Zij (Gorton en Weizenhoffer) hadden misschien wel vier jaar zitten wachten totdat hij ze zou lezen. Dus toen hij me vroeg om het over te nemen, zocht ik de beste eruit, stuurde hem een lijst en zei: "Ik hoop dat u geen bezwaren heeft" en hij zei: "Het is in orde". Hij wilde er eigenlijk helemaal niet in betrokken worden. Hij hield zich ook niet meer bezig met werk dat hij vroeger deed of met ideeën en gedachten die hij toen had.

Ik heb ook nooit goed kunnen begrijpen hoe hij zoveel gezinsleden kon hebben als hij altijd vertelde. Hij werkte als een dokter, in die zin dat hij constant oproepbaar was. Het verschil was dat hij in zijn eigen huis werkte. Tussen de patienten door was hij bij de kinderen en als een patient niet op kwam dagen was hij daar ook. Hij verdween niet - zoals veel anderen - iedere dag naar zijn kantoor.

78

Christy (de dochter van Erickson) vertelde me laatst dat er één ding heel vervelend was: dat kleine huis, met drie slaapkamers en acht kinderen en al die patienten die kwamen. Ze hadden maar één w.c. Christy vertelde dat ze nooit lang op de w.c. konden blijven zitten, omdat er dan weer andere kinderen waren die erin wilden of patienten. Er was dan ook een regel dat de kinderen overdag de w.c. niet mochten gebruiken. En hij verdiende veel geld als zeer bekend psychiater. Mensen kwamen van Mexico-city, van New York, overal vandaan, naar dat kleine huis hier. Hij reed in een oude auto. Hij was een zeer praktisch man. Hij had wat hij nodig had en wat hij niet nodig had, had hij ook nooit."

Erickson's vasthoudendheid, zijn onwrikbaar geloof in de mogelijkheid voor veranderingen bij mensen, is voor Haley het belangrijkste dat hij van Erickson leerde. Wat was de betekenis van Haley voor Erickson; leerde Erickson iets van Haley; veranderde hij door de contacten met hem. "Erickson leefde eigenlijk in een geïsoleerd wereldje. Pas toen hij zijn hypnose-vereniging oprichtte, kreeg hij meer contacten met andere therapeuten. Hij ging het meest om met mensen uit de hypnose-wereld. De jongeren kenden hem niet, want zij hadden niets met hypnose te maken en daarom kenden zij hem niet. Ik denk dat wij een heleboel ideeën bij hem brachten, die hij daar niet kreeg en hij had geen andere bronnen. Zoals toen ik dat bandje van Rosen met de psychoticus draaide voor Erickson. Het is dat bandje waarin Rosen een jongen die zegt dat hij God is, dwingt op zijn knieën te gaan liggen. Ik draaide dat bandje voor Erickson en hij vond het leuk en zei: "Het lijkt op wat wij doen". In de strijd met een psychoticus had hij dezelfde benadering. Maar ik denk niet dat hij ooit enig contact met Rosen gehad zou hebben. Hij zat niet in die wereld. Ja, ik denk dat we hem een heleboel ideeën brachten, vooral over schizofrenie en communicatie."

Erickson wordt langzaam maar zeker een mythe. Een wonderlijke, soms onbegrijpelijke therapeut die iedereen kan helpen en voor de moeilijkste problemen een oplossing heeft. Een van de weinige therapeuten die door zijn aanhangers vrijwel kritiekloos wordt bewonderd en door anderen volledig wordt verguisd. De reacties die hij oproept, zijn extreem. Heeft Haley naast zijn waardering voor het werk van Erickson ook kritiek op hem.

9

"Ik heb geen echte kritiek op hem als therapeut. Hij had zijn beperkingen. Met sommige soorten patienten had hij echt moeilijkheden. Ik denk dat hij problemen had met depressies, bijv. de manisch-depressieve psychosen. Hij had een vriend die lange tijd met hem heeft gewerkt. Deze had een manisch-depressieve psychose. In die tijd kwamen manisch-depressieve psychosen nog heel zelden voor. Sinds de ontdekking van Lithium noemen ze iedereen manisch-depressief. Iedereen die in een slechte stemming is, krijgt Lithium. Maar in die tijd was het iets heel specifiek en kwam het weinig voor. Ik herinner me dat hij zei dat het ongeneeslijk was. Ik herinner me dat Don Jackson zei dat dat niet waar is, dat Erickson dat zei omdat hij het niet kon genezen. Er is iets in het wezen van depressies dat niet past in Erickson's manier van werken. En daarom zei hij als ik het niet kan genezen, is het ongeneeslijk. Ik denk dat er zo waarschijnlijk wel meer categorieën patienten waren waarbij hij zijn beperkingen had.

Hij weigerde ze niet, hij nam ze allemaal. Hij probeerde dan een heleboel dingen. Deed zijn uiterste best voor hen.

Hij had een vrouw - hij vertelde mij erover - een vrouw in een ziekenhuis waar hij assistenten opleidde, die hij als ongeneeslijk beschouwde. Ze leek een aardige vrouw, maar iedere keer als je probeerde iets met haar te doen, kwam daar niets van terecht en de therapeut kreeg het gevoel van "oh mijn god, wat ben ik verschrikkelijk, wat heb ik gedaan". Zij was een buitengewoon destructieve vrouw. En hij dacht dat dat niet veranderd kon worden, hij kon het niet veranderen. Maar hij kon haar goed gebruiken voor het onderwijs aan studenten, om hen enige bescheidenheid met betrekking tot de psychotherapie te leren.

Ik vroeg Erickson: "Waarom denk je dat ze ongeneeslijk is. Hoe verklaar je het dat ze niet veranderde?" (Er moet in feite zeker een verandering geweest zijn). Hij zei: "Ik denk dat het iets organisch is, iets in de hersenen". Dat is ongeveer de enige keer dat ik hem als verklaring voor een of andere psychopathologie hoorde zeggen dat het organisch is. En dat was bij iemand die hij niet beter kon maken."

Bijna tien jaar¹ lang heeft Haley het werk van Erickson bestudeerd. Hij kwam in die tijd veel bij Erickson en praatte lang met hem. Van zijn videobanden kennen we Erickson als een vriendelijke, oude man. Uit Haley's lezing tijdens het congres weten we dat Erickson dat niet altijd

to

was: soms waren mensen bang voor hem. Haley praat over zijn persoonlijke relatie met Erickson.

"Een ruzie, nee, dat was niet mogelijk. Oh, hij maakte met een heleboel mensen ruzie. Hij had een echte politieke strijd met de hypnosevereniging. In feite had hij ruzie met een groep mensen die hem liever geen voorzitter van hun vereniging wilde maken. Dus richtte hij zijn eigen vereniging op. Maar ik weet echt de details van die ruzies niet, want ik was er niet bij betrokken. Mensen als Kay Thompson en Pearson die lid waren van de Hypnotic Society, die zullen er alles van weten. Ik had de positie van een student bij Erickson. Ik nam die ook zelf, dus we hadden geen relatie waarin ruzie gemaakt kon worden. En daarna ging ik meer mijn eigen werk doen. Toen ik klaar was met Uncommon Therapy besloot ik andere dingen te gaan doen. Ik besteedde vijf jaar aan Uncommon Therapy. Ik was van plan nog een boek over zijn werk met hypnose te schrijven, ook omdat ik zoveel bandopnamen had gemaakt. Ik had een boek met gevalsbeschrijvingen gemaakt en nu wilde ik een boek over hypnose schrijven. Ik ben er even aan begonnen en toen besloot ik dat ik er eigenlijk geen tijd meer aan wilde besteden. Ik was bezig met andere dingen, werken met mensen uit de lagere sociale klassen, met gezinnen, enz.

In die tijd kwam ik zelf meer in de positie van opleider en ik deed minder met Erickson.

In de jaren 70 zag ik hem niet vaak. Ik kwam een aantal keren op bezoek, maar ik kwam niet meer om te werken met hem in die tijd. In ging in 1967 naar Philadelphia en raakte geheel betrokken bij het werken in de slums, de gezinstherapie en Minuchin; op dat moment verliet ik Erickson echt. In die tijd deed ik een meer gestructureerde vorm van gezinstherapie. En nu, nu ik in Washington ben, ga ik weer een beetje terug naar hem. In mijn eigen stijl. Minuchin wist niets van hypnose. Hij hield er niet van. Hij werkte er niet mee, hij heeft Erickson ook nooit ontmoet. Zijn manier van therapie doen, was veel directer; hij gaf rechtstreekse opdrachten, zoiets als: "Laten we dit veranderen" (luid en op basse toon uitgesproken).

Maar ik doe het nu weer heel anders. Ik leg nog steeds veel nadruk op de hiërarchie in een gezin en op de structuur en zo, maar mijn stijl is veel indirecter geworden. In het begin gebruik ik een aantal metaforen, één of twee, als ik therapeuten heb die dat kunnen. Het is mogelijk om

daarmee veranderingen te krijgen. Ik maak veel gebruik van metaforen. Ik heb een prachtige band met een gezin met twee jongens. De ene is het kind van de moeder en de ander is het kind van de vader. We probeerden de relatie tussen de moeder en de vader te veranderen, maar zij wilden daar niet over praten. Daarom praatte de therapeut over de twee jongens, over hun relatie en hun manier van omgaan met elkaar, over wat zij samen deden en wat zij niet samen zouden moeten doen, en zo konden wij de manier waarop de ouders met elkaar omgaan, beïnvloeden."

Samen met zijn vrouw Cloë ~~Mar~~danis heeft Haley een instituut voor trainingen: het Family Therapy Institute in Washington D.C. Daarnaast is hij clinical professor of psychiatry bij de Universiteit van Maryland. Haley vertelt over zijn werk en over de naar zijn idee goede en vooral slechte ontwikkelingen binnen de gezinstherapie.

"Ik doe bijna alleen maar trainingen. Ik heb zeventig studenten. Ik heb een instituut, een trainingsinstituut, waar we therapieruimten hebben, one-way-screens en life-supervisie. We houden contact met de therapeut via de telefoon en roepen hem soms ook uit de therapie. Op die manier coachen we hem of haar. We hebben de hele dag gezinstherapieën die achter het screen gesuperviseerd worden.

Ik denk dat men steeds meer ertoe overgaat met het hele gezin te praten. Het is een veel snellere therapie om met het hele gezin samen te praten. Maar juist bij die gezinstherapie, bij de gezinstherapeuten, is veel incompetentie, denk ik. Ze laten vaak het hele gezin komen en ze moeten hun emoties uiten. En daar ben ik niet enthousiast over.

Er zijn ook veel slechte trainingen. Daar trainen ze de therapeut door hem zijn eigen gezinssituatie te laten simuleren; hij moet "genogrammen" maken van zijn eigen gezin. Er is een idiote theorie dat als iemand geen problemen met zichzelf of met zijn eigen gezin heeft, hij ook niet in staat zal zijn andere mensen te helpen. Ik heb nog nooit enig bewijs daarvoor gehoord. Maar er zijn gezinstherapie-instituten waar dat alles is wat zij doen. Zij simuleren hun eigen gezin, bestuderen hun gezin en hun ouderlijk gezin en bezoeken hun eigen familie en ze krijgen nooit enige opleiding in hoe ze therapie moeten doen. Het is wonderlijk. Misschien heeft Freud daar op de een of andere manier schuld aan. Hij heeft gezegd dat als je met patienten om wil gaan, je jezelf moet be-

grijpen. Maar hij dacht aan een leeraanlyse van drie of vier maanden voor een therapeut, maar een leeraanlyse in New York duurt gemiddeld zeven jaar. En ik denk dat de mensen die daarna gezinstherapie gingen doen dezelfde gedachten hadden: je moet eerst jezelf beter maken en je eigen problemen oplossen.

Ik ken geen enkel onderzoek waaruit blijkt dat iemand die zelf therapie heeft gehad een betere therapeut is dan iemand die dat niet heeft gehad. Er wordt ontzettend veel geld in geïnvesteerd en ik ken geen enkel onderzoek dat iets zegt over het nut ervan.

Mijn eigen ervaring is dat hoe meer therapie iemand heeft gehad, hoe moeilijker het is hem te leren zelf therapieën te doen. Zij zijn zo met zichzelf bezig. Ze zijn zo gericht op wat er met henzelf gebeurt als een onderdeel van hun therapie dat je hen niet zo ver krijgt dat ze zien wat voor patient ze hebben.

Maar hoe dan ook, ik denk dat de gezinstherapie en de op gedrag gerichte benaderingen met opdrachten en taken, de richtingen van de toekomst zijn. De problemen veranderen ook. Gezinnen gaan uit elkaar, er wordt gescheiden en verschillende gezinnen worden bij elkaar gevoegd, kinderen uit twee of drie verschillende gezinnen; er komen bijzonder ingewikkelde systemen. Er zijn daardoor nieuwe hierarchische problemen. Als je een gezin hebt met twee jongens van twaalf jaar oud, wie is dan de oudste. Dat is een nieuw probleem.

Er zijn weinig basistechnieken en Erickson ontwikkelde daarvan een groot aantal. Laatst vroegen ze mij wat nu het creatieve was van Erickson. Ik zal een voorbeeld geven: Mijn vrouw superviseert de behandeling van een patiente met anorexia. Een jonge vrouw die op sterven na dood was en zelfs niet naar de zittingen wilde komen. Dus haar ouders kwamen. Haar vader had net een hartoperatie gehad. Hij heeft een zeer slecht hart. En hij drinkt als een idioot, terwijl hij niet zou moeten drinken met dat slechte hart. De strategie is als volgt: de dochter zou ervan overtuigd worden dat als zij zou eten en in gewicht zou aankomen, haar vader zou ophouden met drinken. We sloten dat contract met haar vader. En zij zei: "Dat is goed, ik zal die afspraak maken". Een haar vader zei ook okee. Nu wordt de dochter dikker en de vader is opgehouden met drinken.

Het uitgangspunt van deze strategie was dat het meisje haar vader hielp door gewicht te verliezen, want daarmee verdoezelde ze zijn eigen angst om dood te gaan. Dus die angsten had hij niet meer. En het zou beter zijn

hem te helpen door aan te komen in gewicht dan door gewicht te verliezen. Dus werd het alleen maar omgedraaid. Dit is een puur Ericksoniaanse procedure. Je gebruikt de dingen - wat dan ook - die mensen doen op een negatieve manier, met een negatief gevolg en laat hen diezelfde dingen doen maar dan nu op een positieve manier met een positief gevolg. Zo kan je verandering teweeg brengen. Nu, zo'n soort idee was onbekend, was nog nooit eerder gebruikt. Wanneer je dit concept tot je beschikking hebt, kan je het in allerlei situaties gebruiken.

Ik heb ongeveer tien jaar zelf therapieën gedaan. En misschien ga ik dat wel weer doen, een dezer dagen.

Ik geef onderwijs aan studenten. Wat ik hen vertel, moet hun niveau zijn, zij moeten het kunnen uitvoeren. Dus ik besteed veel tijd aan het onderwijs van de grondbeginselen van de therapie. Als ik een paar mensen krijg die voor het tweede jaar komen, dan kan ik interessantere dingen gaan doen. Het is heel verleidelijk om ooit weer eens een paar therapieën zelf te gaan proberen. Ik heb het nu al jaren niet meer gedaan, maar ik blijf aarzelen. Ik zal er weer helemaal in betrokken raken, mijn leven zal zo veranderen. Want ik zal niet alleen maar patienten zien, maar ook te maken krijgen met collega's die in therapie willen en boos worden als je dat niet wil doen. En dan hebben hun kinderen problemen en willen ze dat je hun kinderen ziet. En op het laatst zou ik te maken hebben met de zorgen van een heleboel mensen en dat wil ik liever niet. Nu, nu ik gewoon helemaal niemand zie, is daar geen sprake van. Ik kan dat probleem waarschijnlijk niet oplossen.

Erickson was bereid iedereen te zien. Dus hij zag vrienden, collega's, hij was altijd beschikbaar. Hij was ook de therapeut voor de collega-therapeuten. Als therapeuten problemen hebben, waar kunnen zij dan naartoe? Zij kunnen niet naar hun eigen studenten gaan en met de werkwijze van hun collega's zijn ze het over het algemeen niet eens. Dus het is een probleem en vroeger gingen ze dan vaak naar Erickson."

Aan het eind van het interview vertelt Haley over de mogelijkheden en vooral de onmogelijkheden voor Europeanen om bij hem te werken of een opleiding te volgen. Haley blijkt ook bereid voor het geven van lezingen en workshops naar Nederland te komen.

"Het kost ons ongeveer een jaar om iemand op te leiden. Zo iemand krijgt dan een opleiding van één dag in de week, van september tot mei.

Ze werken in een groep. De hele dag doen zij of gezinsgesprekken of ze bekijken elkaars werk. Ik denk dat je het niet in een kortere tijd kan leren, in een week of twee weken of een maand. Daarom heb ik geen korte cursussen. Europeanen komen meestal voor een korte periode.

Ik ben van plan om voor Europeanen de mogelijkheid te scheppen om één dag te komen observeren - voor Amerikanen zullen we die mogelijkheid niet hebben omdat de ruimte te beperkt is -. Wij zijn daar nog steeds niet aan toegekomen. We hebben er ook aan gedacht voor Europeanen een cursus van een maand te geven in de zomer. In Philadelphia '1) was voor al die dingen genoeg plaats. Er was altijd een groep van zes tot acht Europeanen. Er gebeurde zoveel daar. De staf bestond uit driehonderd mensen. Toen ik bij Minuchin was in 1967 waren het er twaalf. Tien jaar later driehonderd. Zo snel maakte hij dat instituut groot. Het betekent dat er ontzettend veel gezinnen zijn, waarbij mensen kunnen gaan kijken. En er is erg veel plaats voor bezoekers. In mijn instituut is daar geen plaats voor. Ik probeer het ook klein te houden en ik houd er niet van zo groot te worden. Ik ben nu al te groot.

Ik ben zeker van plan naar Holland te komen, het is alleen de vraag wanneer. Met al die studenten die ik nu heb, is het moeilijk voor mij om weg te gaan. Als je life-supervisie geeft, ben je net zoveel betrokken bij het gezin als de therapeut, maar je hebt wel veel meer zeer moeilijke gezinnen dan een therapeut. Daarom kan ik alleen maar tijdens de vakanties gaan. De laatste twee jaar zijn we niet naar Europa gegaan. Daarvoor gingen we bijna iedere zomer. Misschien komen we deze zomer ook wel naar Europa en Nederland; ik hoop het."

- * Met dank aan Marijke van der Does, voor het afluisteren en weergeven van de soms slecht verstaanbare bandopname van het interview.

'1) The Philadelphia Child Guidance Clinic, o.l.v. Minuchin.

Kees van der Velden

1. Inleiding

Terwijl mijn met belangrijke titels gesierde vrienden in Phoenix met coryfeeën als Haley en Watzlawick zaten te praten over hoe je Ericksoniaanse therapie zou moeten doen, deed ik, in mijn eenvoudige spreekkamer aan de Schiekade in Rotterdam, Ericksoniaanse therapie.

Ik geef er een voorbeeld van.

2. Behandeling

2.1. Aanmelding

Een 42-jarige historicus is twaalf jaar bezig met zijn dissertatie. Hij heeft al het materiaal - op kaartjes, volgens tal van systemen geordend -, maar het werkstuk, een verhandeling over de hygiëne van kasteelbewoners, komt er niet uit.

Hij heeft al erg veel ondernomen om dit probleem op te lossen: - heel veel tijd achter de schrijfmachine zitten, onbetaald verlof opnemen, vanwege de rust een landelijk gelegen huisje huren, praten met een 'buddy', zichzelf klemzetten door zijn promotor op een bepaalde dag zoveel kopij toe te zeggen, drinken, zijn probleem in analytische termen duiden (zo zou promoveren neerkomen op het vermoorden van zijn vader) en nog meer van die dingen. Ook onderging hij een zeer kortdurende hypnotherapie.

De historicus, die we Latjes zullen noemen, heeft een complete psychoanalyse achter de rug - voor weer andere problemen - en rapporteert daarover dat hij er te weinig 'uitgehaald' heeft.

Als we ons realiseren dat het werkstuk zeven jaar geleden af had kunnen zijn - toen wist hij nl. alles al van de hygiëne van kasteelbewoners; hij hoefde het alleen nog maar even op te schrijven -, begrijpen we dat hij nogal gedeprimeerd is wanneer hij zich bij de therapeut aanmeldt. Hij wil overigens niet als 'cliënt' behandeld worden. Nee, hij benadert de therapeut als iemand die verstand zou hebben van het maken van teksten. Hij vraagt hem dus meer als 'buddy'.

Wat moet ik nog meer voor bijzonderheden vertellen. Hij is getrouwd met een 40-jarige, wèl gepromoveerde, natuurkundige. Het paar heeft twee kinderen. Noch de vrouw, noch de kinderen heb ik verder bij de zaak betrokken. Sorry Fred!

Het is overigens niet de eerste keer dat Latjes de therapeut een probleem voorlegt dat deze van een oplossing mag voorzien. Een jaar eerder heeft hij gevraagd wat hij in godsnaam moest doen aan het feit dat hij zich zo gruwelijk ergerde aan het lawaai van zijn burens. Rust en concentratie wilde hij, en die werden door de burens dermate hinderlijk verstoord dat hij werkelijk moorddadige fantasieën ontwikkelde, waar hij vervolgens bang van werd. De therapeut adviseerde hem toen de mate van hinder te scoren op een 10-puntsschaal (dus niet het lawaai zelf maar de mate waarin hij er last van had). Vervolgens moest Latjes aan elk punt een bepaalde taak verbinden, en wel zo dat naarmate hij hoger scoorde hij zwaardere en langerdurende taken moest uitvoeren, zoals hardlopen en kasten opruimen. Latjes voerde het advies niet uit maar had sindsdien wel beduidend minder last. Wanneer het nodig mocht worden zou hij het advies alsnog uit de ijskast halen.

Terug naar het schrijfprobleem. De therapeut informeert hóé Latjes nu precies te werk gaat, en dan blijkt dat het woord dwangmatig meer dan een understatement is als men zijn werkwijze wil karakteriseren: maakt Latjes een doorhaling, dan is de bladzijde bedorven en moet hij eigenlijk op een nieuwe beginnen; stagneert hij op een bepaald punt dan mag hij niet verder schrijven aan een stuk dat wél lukt, nee dan moet eerst de stagnatie worden opgeheven, wat meestal niet lukt; hij schrijft niet een ruwe versie, maar meteen een definitieve, wat natuurlijk ook niet lukt etc.

Enfin, de therapeut biedt zich aan als Latjes' buddy.

2.2. De strategie

Daags na het eerste gesprek ontvangt de 'buddy' een soort contract van Latjes, alsook een deel van het manuscript; een en ander wordt vergezeld van een aardig geschenk. In het contract wordt de 'buddy' aangeboden een vergoeding van f 100.- per uur aangeboden; die vergoeding geldt niet alleen voor de tijd die in het eigenlijke buddy-werk wordt gestoken, maar ook voor de tijd die Latjes en de 'buddy' zullen besteden aan het praten over het manuscript. Dat praten dient te geschieden op vaste tijdstippen..., enfin, wij zien dat we ook interactioneel met een dwangman te maken hebben.

De 'buddy' voelt hier niets voor en schrijft Latjes een brief waarin de volgende elementen van belang zijn:

- de 'buddy' wil absoluut geen geld en ook geen cadeautjes;
- de 'buddy' wenst geen enkele 'werkbepreking', maar alleen teksten;
- de 'buddy' mag zo ongezoeten op die teksten reageren als hij zelf wil (bijgevoegd ging een specimen van niet mis te verstane, maar volkomen

eerlijke kritiek op een willekeurige bladzijde uit het manuscript);
- de 'buddy' behoudt zich het recht voor om niet onmiddellijk op teksten te reageren, dit i.v.m. 'overige werkzaamheden'.

De reden om deze brief zo te redigeren was dat de 'buddy' de druk op Latjes wilde maximaliseren. Door geld te accepteren zou Latjes met een gerust geweten kunnen blijven doorfröbelen, en de 'buddy' wist dat Latjes vaker op die manier aan zijn intrapsychische verplichtingen ont kwam (vgl. bijv. de analyticus van Latjes, die trouw werd betaald, waarna Latjes kon concluderen dat hij 'er toch onvoldoende uit had gehaald'). Latjes zou one-down moeten, dat wist de 'buddy' zeker, en hij wist ook zeker dat Latjes dat voor geen goud zou willen:

2.3. Het verloop

Enkele malen stuurt Latjes zijn 'buddy' werk toe. Die bekijkt het globaal maar reageert er niet op. 't Ziet er best goed uit.

Na vier maanden schrijft Latjes een brief waarin hij vraagt waar de commentaar blijft. De 'buddy' zegt hem - schriftelijk - binnen een week antwoord toe.

Als de week verstreken is krijgt de 'buddy' deze brief: 'Beste buddy, Ik kan je medelen dat mijn proefschrift klaar is. Hartelijk bedankt voor je hulp. Latjes.'

De promotor accepteert het werkstuk. Latjes ontwikkelt enkele migraine-aanvaller. en maakt het daarna weer goed.

3. Discussie

'Je had me goed klem', zegt Latjes wanneer de therapeut hem later nogeens ontmoet. Het omgekeerde kan de therapeut van Latjes zeggen, want toen die zijn 'buddy' maande nu eens op te schieten met zijn commentaar, raakte deze toch wel even in paniek: binnen één week zou hij ik weet niet hoeveel kopij moeten redigeren!

Het is wel aardig iemand op deze wijze te 'behandelen', maar waarschijnlijk is het toch het beste wanneer men werkelijk over de tijd en mogelijkheden beschikt om de toegezegde assistentie te verlenen.

Alfred Lange

1. Inleiding

Hoewel de systeemtheoretische visie binnen de psychotherapie - gemakshalve vaak gezinstherapie genoemd - al aardig wat jaren in de belangstelling staat, zijn er nog heel wat tegenstanders van deze benadering te vinden. Meestal wordt de bewijslast, dat gezinstherapie bestaansrecht heeft, gelegd op de schouders van de gezinstherapeuten zelf. Zij moeten aantonen dat het de moeite waard is om al die mensen erbij te halen; dat alle moeite die men zich daarbij zou moeten getroosten nodig is. Soms zelfs wordt gesteld dat het verkeer is om gezinsleden bij een behandeling te betrekken omdat men dan niet genoeg aandacht kan hebben voor de aangemelde patiënt.

Deze houding is nog wel enigszins te begrijpen vanuit een psychodynamische visie, waarin vooral het verschaffen van inzicht over relaties in het verre verleden centraal staan. Minder begrijpelijk vind ik het dat ook onder gedragstherapeuten er nog velen zijn, die principiëel alleen het aangemelde individu blijven zien, terwijl een therapeutisch behandelingsplan op basis van leertheorie toch niet adequaat opgesteld kan worden zonder afdoende op de hoogte te zijn van de bekrachtigingspatronen die van de omgeving uitgaan. Het afzetten tegen de systeembenadering is waarschijnlijk door veel van de gezinstherapeutische literatuur zelf in de hand gewerkt. Te vaak wordt gezinstherapie voorgesteld als een benadering waarin men alles verklaart uit de structuur van het gezin; waarin aan individuele problemen geen aandacht wordt geschonken.

In dit artikel wil ik daarom een lans breken voor een ruimere visie op gezinstherapie. Daarvoor worden zes korte beschrijvingen gegeven van therapieën, die op basis van deze visie zijn uitgevoerd. Daarbij wordt steeds de vraag gesteld in welk opzicht een principiëel individuele gedragstherapie zou hebben verschild van de in werkelijkheid uitgevoerde, op leer- en systeemtheorie gebaseerde behandeling. Voorafgaand daaraan wordt een overzicht gegeven van de verschil-

* Dit artikel is een bewerking van een lezing op het Congres van de Ned. Ver. voor Gedragstherapie. November, 1980 in Zeist.

lende niveaus binnen een systeembenadering en wordt een tweetal stellingen geponeerd.

2. Niveaus binnen de systeembenadering

Over de meeste begrippen en technieken van gezinsbehandeling is elders afdoende gerapporteerd (Lange, 1978; Lange & van der Hart, 1979). Ik wil hier alleen ingaan op een veelal veronachtzaamd kenmerk van de moderne systeembenadering: de flexibiliteit in het kiezen van niveau van behandeling (vgl. Lange, 1980a). Bij de eerste zittingen worden alle betrokkenen geïnvolveerd. Aldus wordt het mogelijk om tot een volledige taxatie te komen: met betrekking tot de individuele klachten, de structuur binnen het gezin, de bekrachtigingspatronen en met betrekking tot de potentiële hulpbronnen. Het gehele gezin hoeft echter niet altijd aanwezig te zijn. De samenstelling van de deelnemers aan de zittingen kan wisselen, al naargelang de aard van de problemen. Zo kunnen er naast gezinszittingen ook gesprekken zijn met een paar, of zelfs met slechts één der gezinsleden, wanneer er tijdelijk op een specifieke manier aan één probleem gewerkt wordt.

Flexibiliteit dient er ook te zijn met betrekking tot het *niveau van interventie*. Zo is het mogelijk om in gesprekken waarbij interactiepatronen centraal staan - en meerdere gezinsleden aanwezig zijn - de aandacht gedurende korte of lange tijd te richten op individuele karakteristieken van één der gezinsleden. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van 'individuele feedback' of het doorspreken van individuele huiswerkopdrachten.

Omgekeerd is het mogelijk, dat er tijdens een overwegend individuele therapie toch af en toe interventies zijn die betrekking hebben op de verhouding met een - tijdens de sessie aanwezige - partner.

Essentieel in dit alles is dat er steeds een bewuste keuze wordt gemaakt in de samenstelling van de gesprekspartners en de eenheid van interventie.

3. Twee stellingen

Stelling: Het is onmogelijk om een therapie, die gebaseerd is op leertheorie, verantwoord uit te voeren zonder een systeemvisie zoals hierboven is aangeduid. Een functionele analyse is immers onvolledig wanneer men de omgevingsfactoren niet kent. Wanneer men alleen iets hoort over de omgeving, maar de interacties niet ziet, kan men nooit met zekerheid een adequate functionele analyse opstellen. Iemand kan bijv. prima vertellen over de verhouding met zijn vrouw; wat hij allemaal moeilijk vindt en waarom hij in de put zit. Maar als men de angst niet ziet in de ogen van de man wanneer hij naar zijn vrouw kijkt, dan ontbreekt op dat moment belangrijke informatie.

Een functionele analyse wordt bemoeilijkt wanneer men niet in de gelegenheid is om waar te ~~maken~~^{maken} hoe symptomen door de omgeving worden bekrachtigd. Maar ook andersom, wanneer men niet te zien krijgt wat voor invloed de symptomen van de aangemelde patiënt op hun beurt hebben op de omgeving. Het is van belang om te weten in hoeverre deze de omgeving beïnvloedt en er sprake is van een wisselwerking. Bovendien geldt dat het belangrijk is om te zien welke functie symptomen hebben voor het kunnen functioneren van anderen in de omgeving. In de volgende paragraaf zien we daarvan een voorbeeld bij het gezin Koehorst, waar de straatfobie van de vrouw functioneel is voor de man, die daardoor van zijn jalouzie wordt verlost.

Ik wil op deze punten nu niet verder ingaan. In de zes voorbeelden zullen ze uitgebreid aan bod komen.

Stelling 2: Een gezinsgerichte therapiebenadering is nergens in tegenspraak met de eisen die aan individuele therapie worden gesteld. Het voegt er alleen de noodzakelijke elementen aan toe is daardoor gemakkelijker uit te voeren. Ook deze stelling zal aan de hand van de voorbeelden verder toegelicht worden.

4. De voorbeelden

Van elk der gevalsbeschrijvingen wordt in het kort (in een "box") enkele karakteristieken gegeven. Daaraan

wordt een wat uitgebreidere beschrijving gekoppeld en een discussie over de vraag wat een puur individuele behandeling zou hebben ingehouden.

4.1. Het gezin Postma

Mevrouw Postma belt de therapeut op. Het gaat om haar man. Deze is 50 jaar. Volgens haar stelt hij zich volledig buiten het gezin op en is depressief en apathisch. Haar oudste zoon heeft al met de schooldecaan gepraat. Deze had haar gesuggereerd de therapeut te bellen. Niemand in het gezin had van tevoren een psychotherapeutische behandeling ondergaan. Er zijn vier kinderen: een tweeling van 14 en één van 18 jaar. De man is werkzaam als boekhouder. Zijn echtgenote is huisvrouw.

Box 1: Het gezin Postma

Aanmelder: mevrouw via schooldecaan

Aangemelde patiënt : man (50j); depressie; apathie; buiten het gezin

Therapeutische historie: géén

Samenstelling gezin: man, vrouw, 4 kinderen (14 - 18 jr.)

Sociale klasse: middel

Drie taxatiezittingen: 2 maal gezin, éénmaal ouders alleen

Functionele analyse en taxatie:

- subassertiviteit man, gebaseerd op jeugdervaringen
- versterkt door interactie met vrouw
- versterkt door structuur van het gezin

Behandelingsduur: 13 maanden, 16 zittingen

- 4 zittingen met het hele gezin
- 12 zittingen met het echtpaar

Niveaus van behandeling:

- structuur binnen het gezin
 - verhouding man/vrouw: congruent zowel als paradoxaal
 - individueel (vrouw er wel bij)
 - verleden
 - oefenen assertiviteit
-

Er zijn drie taxatiezittingen. De eerste twee met het volledige gezin, de derde met de ouders alleen. In die zittingen komt naar voren dat de man uiterst subassertief is. Hij reageert zeer angstig op alles wat hem gevraagd wordt. Hij geeft de gezinsleden voortdurend gelijk in alle kritiek die ze op hem hebben: hij zou actiever moeten zijn en meer moeten praten, maar brengt het niet op.

Meneer Postma is inderdaad nogal apathisch en depressief. Een functionele analyse brengt ook het belang van het verleden aan bod. Een slechte verhouding met zijn vader, die hem sterk heeft gedomineerd en nauwelijks heeft beloond en gestimuleerd, heeft weinig bijgedragen aan een positief zelfbeeld. De sociale angst en subassertiviteit worden bovendien versterkt door de interactie met zijn vrouw en het gezin. Mevrouw Postma is een 'stevige' vrouw met een aantal wensen die zij omzet in paradoxale eisen ten aanzien van haar man: hij moet meer zichzelf zijn, meer dingen willen, krachtiger zijn, etc. Meneer Postma vindt dat zij en de kinderen gelijk hebben, maar is zich er niet van bewust dat hij voor onmogelijke paradoxen geplaatst staat, waardoor hij steeds angstiger en onzekerder wordt. De daaruit voortkomende aarzelende houding lokt op zich weer kritische reacties uit van de gezinsleden, die tegenover hem een gesloten front vormen. De behandeling speelt zich af op verschillende niveaus.

1. *Structureel binnen het gezin*; al vrij snel wordt het duidelijk dat het weinig zin heeft om de man te confronteren met zijn zwakke houding. Dat zou hem alleen maar verder in de put helpen en tot nog een negatiever zelfbeeld leiden. Daarom wordt besloten om het circulaire proces in eerste instantie bij de vrouw aan te pakken. Zij wordt geconfronteerd met de manier waarop zij onmogelijke eisen aan haar man stelt. Met de manier waarop zij kritiek levert, beschuldigende vragen stelt, in plaats van wensen te uiten en totaal niet geneigd is zelf naar haar man te luisteren. Deze confrontaties worden overigens wel in steun en begrip voor haar positie ingebed. Voorts lukt het al in de eerste zitting om de man een afspraak

te laten maken met één van zijn kinderen om voor het eerst sinds jaren samen naar de film te gaan. Dit feit, dat door iedereen als uniek wordt bestempeld, doorbreekt al een beetje de mythe dat meneer Postma niks zou willen en niets doet. De kinderen zien dat vader best wel wil en dat het nog leuk is ook om met hem op stap te gaan. De oude structuur wordt verder doorbroken doordat de kinderen zien dat het wel goed zou zijn als ook moeder in bepaalde gewoontes verandering zou aanbrengen.

2. *Het interactiepatroon tussen de echtgenoten;* in latere zittingen wordt rechtstreeks gewerkt aan de manier waarop meneer en mevrouw Postma elkaar in hun specifieke eigenaardigheden versterken. Er is sprake van een wisselwerking: de man is bang voor zijn vrouw, die veel scherper van de tongriem is gesneden. Zij vindt hem maar een stuntelaar en laat dat ook steeds blijken. Het irriteert haar. Juist omdat hij zo bang is voor haar probeert hij steeds zijn best te doen om alles goed te zeggen en begint dan juist te stuntelen. Er is dus sprake van anticipatie-angst. Dit patroon wordt in eerste instantie doorbroken door een paradoxale benadering (vgl. van Dijck, 1977). De man wordt gevraagd om gedurende een bepaalde periode extra te stuntelen terwijl de vrouw extra kritisch zal zijn. Beiden zullen daardoor in de gelegenheid zijn om meer bewust greep op het patroon en hun eigen aandeel daarin te krijgen. Een aantal weken met deze opdracht is genoeg om het patroon te doorbreken. Meneer Postma ervaart dat hij - als hij bewust wil stuntelen - juist niet meer stuntelt. Mevrouw Postma is het aan de andere kant steeds moeilijker gaan vinden om zich kritisch op te stellen.

De paradoxale benadering is één kant van deze behandeling. Daarnaast zijn er congruente 'leeropdrachten' (vgl. Lange, 1972; van Dijck e.a., 1980). Zo wordt de man gevraagd om alvorens hij iets belooft te doen, twee minuten stilte in acht te nemen teneinde na te denken of hij het echt wel wil. Deze opdracht is toegesneden op de - subassertieve - gewoonte van de man liever iets toe te zeggen (en het dan later te vergeten) dan ervoor uit te komen dat hij het er niet mee eens is. Met de vrouw wordt besproken hoe zij

wensen ten opzichte van haar man op een andere - minder dwingende, eisende, straffende - manier kan uiten. Met behulp van opdrachten wordt dit thuis geoefend.

3. *Individueel*; naast de behandeling op het niveau van de structuur in het gezin en de interacties tussen de gezinsleden wordt ook gewerkt op individueel niveau. Zo hebben de leeropdrachten met betrekking tot de subassertiviteit van meneer Postma naast de interactionele effecten ook individuele gevolgen. Dit geldt ook voor de steun die de therapeut aan meneer Postma geeft, die zijn zelfvertrouwen vergroot. Nog duidelijker wordt de individuele component wanneer er een aantal zittingen uitsluitend over het verleden van meneer Postma wordt gepraat; een remmend, frustrerend verleden met zijn koude kritiekvolle vader en de wat zwakke moeder. Door deze gesprekken, door het schrijven van brieven aan de (overleden) vader en door een afscheidsritueel (vgl. van der Hart, 1978; Lange & van der Hart, 1979) slaagt meneer Postma erin om definitief af te rekenen met dit deel van zijn verleden dat zo heeft bijgedragen aan zijn geringe zelfvertrouwen.

In totaal waren er 16 therapie-zittingen en twee 'follow-ups'. In de eerste twee zittingen waren alle gezinsleden aanwezig. Daarna werden de meeste gesprekken gehouden met man en vrouw. Dat gold ook voor de zittingen waarin overwegend het verleden van de man aan bod kwam. De vrouw stemde erin toe om mee te komen. De voordelen daarvan waren legio:

- de vrouw kreeg meer inzicht in de achtergronden van het functioneren van haar man;
- de vrouw bleef op de hoogte van alle aspecten van de behandeling;
- de vrouw kon suggesties geven, die nuttig waren voor haar man;
- tijdens deze zittingen konden ook kleine andere - interactionele - kwesties aan bod komen.

Het resultaat van de behandeling was positief. Meneer Postma is 'teruggekeerd in het gezin'. Hij is 'steviger' geworden; heeft veel meer zelfvertrouwen; komt beter voor zichzelf op,

zowel in als buiten het gezin; neemt meer deel aan activiteiten; praat beter, minder stuntelig en harder. De kans op terugval is niet zo groot, aangezien er ook in de structuur en interactiepatronen binnen het gezin veel is veranderd: 'Mevrouw zit er niet meer zo bovenop'; gedraagt zich positiever jegens haar man en er is geen front meer van moeder met kinderen.

Wat had een individuele behandeling hier kunnen opleveren? Mijns inziens niet veel. Het is onduidelijk hoe een individuele behandeling er bij meneer Postma zou hebben moeten uitzien. Het verleden was allicht ter sprake gekomen, evenals zijn subassertiviteit. Hij had opdrachten daarvoor meegekregen, maar die zouden thuis in een muur van onbegrip en verzet zijn opvangen. De man zou waarschijnlijk in een nog groter conflict zijn gekomen doordat hij tussen de therapeut en het gezinsfront zou zijn beland.

4.2. Glenda Wilson

Mevrouw Wilson is 30 jaar. Zij heeft als kamermeisje in een hotel gewerkt, maar is al twee jaar in de W.A.O. vanwege dwanghandelingen. Aan de telefoon blijkt dat zij de afgelopen jaren een vriend heeft gehad met wie zij heeft samengewoond, maar die enkele maanden geleden is vertrokken omdat hij 'er niet meer tegen kon' (tegen de dwanghandelingen). Zij heeft nog wel contact met hem en er is ook sprake van dat hij bij haar terugkomt als zij is genezen. Besloten wordt om de vriend (Paul) bij het taxatiegesprek uit te nodigen. Tijdens dat gesprek blijkt dat de dwanghandelingen een relationele context hebben. Ze zijn begonnen op het moment dat Glenda voor het eerst met Paul samenwoonde, tijdens een 6 weken durende vakantie. Vanaf dat moment is zij het grootste deel van de dag bezig met het rechtzetten, controleren en schoonmaken van spullen in huis. Verder wordt uit het taxatiegesprek duidelijk dat de klachten versterkt worden door haar onzekerheid over de verhouding met Paul. Zij is steeds van hem blijven houden en blijven hopen dat hij inderdaad terugkomt. Hij is daar onduidelijk over. In de afgelopen maanden heeft hij haar op onregelmatige tijden opgezocht, vooral als hij er

zelf behoefte aan had. Als de therapeut deze onzekerheid moeilijk voor haar noemt klaart haar gezicht op en begint zij op veel spraakzamere manier dan voorheen te vertellen over haar problemen.

Box 2: Glenda Wilson

Aanmelder: zijzelf

Klacht: dwanghandelingen, sinds twee jaar

Therapeutische historie: 1½ jaar gesprekstherapie

Sociale klasse: lager

Taxatiegesprek: met ex-vriend

Functionele analyse en taxatie:

- klachten hebben relationele context
- klachten worden versterkt door onzekerheid over relatie met (ex)-vriend

Behandelingsduur: nog niet beëindigd

Niveaus van behandeling: individueel

- afscheid vriend
- programma van respons-preventie (Rachman; Foa; Hoogduin)

Uit het taxatiegesprek blijkt verder dat Glenda zich niet al te veel illusies over Paul moet maken. Hoewel hij van goede wil is wordt het allengs duidelijk dat de gevoelens jegens Glenda niet meer zo diep zijn.

In tegenstelling tot de hiervoor beschreven behandeling speelt de therapie met Glenda zich dan ook verder op individueel niveau af. De eerste stap daarin is het 'afscheid' van Paul. Het steeds op hem wachten lijkt geen gezonde zaak en in onderling overleg wordt afgesproken dat zij elkaar minimaal drie maanden niet zullen zien. Daarna wordt een programma van respons-preventie (vgl. Rachman, 1976; Foa, en Steketee, 1977; Hoogduin, 1981) uitgevoerd, dat aanvankelijk begeleid wordt door zittingen met een frequentie van twee maal per week. Later worden de zittingen minder snel achter elkaar gehouden. Zij krijgt o.a. de opdracht om gedurende een paar uur per dag op vastgestelde tijden

in een vaste ruimte, de angstige dwanggedachten op te roepen, te versterken zonder de neutraliserende rituelen uit te voeren.

Daar de behandeling nog niet is beëindigd is er nog geen definitief uitsluitel over het resultaat te geven.

Wel kunnen we ons alvast afvragen hoe een principieel individuele benadering er uitgezien zou hebben. Die had tot een gelijksoortige behandeling kunnen leiden met respons preventie als voornaamste interventie. Misschien had de principieel individuele gedragstherapeut ook wel geadviseerd om de verhouding met Paul in de ijskast te zetten. Maar als hij dat gedaan had was dat op minder goede gronden gebeurd. Hij had de vriend niet gezien, zijn gevoelens niet gepeild en had met geen redelijke zekerheid geweten of het een goed advies was. Maar zelf al had hij dat wel geweten dan was de vriend niet bij die overeenkomst betrokken geworden, waardoor er weerstanden bij deze hadden kunnen worden opgewekt. Misschien zou de vriend zich wel buitengesloten gevoeld hebben en had hij geprobeerd de therapie te saboteren, terwijl Paul er in de hier beschreven aanpak volledig achterstond.

4.3. Het gezin Koehorst *

Het gezin wordt aangemeld via een verwijzende collega. Mevrouw Koehorst (39 jaar) is de aangemelde patiënte. Haar klacht betreft een straatfobie, waarvan zij al meer dan 10 jaar last heeft, en waardoor zij in de W.A.O. is beland. Daarvoor werkte zij als verkoopster in een winkel. Haar man is automonteur. Zij heeft één jaar individuele gedragstherapie achter de rug, zonder veel succes. Zij hebben twee kinderen die op de lagere school zitten. Er zijn twee taxatiegesprekken, één met het gehele gezin en één met de ouders alleen. Uit die twee gesprekken blijkt globaal het volgende. Bij de vrouw is duidelijk sprake van hyperventilatie. Dat is de acute aanleiding van haar fobie (vgl. Hoogduin, 1977). Maar hyperventilatie staat meestal niet alleen en zo is het ook bij haar. Zowel de hyperventilatie als de fobie hebben te maken met spanningen door haar subassertiviteit jegens haar man. Hoewel haar man

* Deze behandeling is uitgevoerd door B. Kernkamp onder supervisie van auteur.

Box 3: Het gezin Koehorst

Aanmelder: verwijzende collega

Aangemelde patiënt: mevrouw Koehorst (39 jaar).

Klacht: straatfobie, ong. 10 jaar (WAO)

Therapeutische historie: 1 jaar individuele gedragstherapie

Samenstelling gezin: man, vrouw en twee kinderen (rond 10 jaar)

Sociale klasse: lager

Twee taxatiegesprekken: gehele gezin, ouders alléén

Functionele analyse en taxatie: hyperventilatie → acute aanleiding fobie

+ spanningen door:

- subassertiviteit (vooral jegens haar man)
- functie van klacht in relatie met echtgenoot

Behandelingsduur tot nog toe: ongeveer een jaar; 18 zittingen;

- 3 met het hele gezin
- 15 met meneer en mevrouw

Niveaus van behandeling:

- individueel
 - hyperventilatie provocatie
 - tijdens de zitting
 - oefening thuis
 - oefening op straat
- interactioneel
 - subassertiviteit vrouw → man
 - bespreking van functie van de fobie
 - communicatieve vaardigheden

zeer constructief bij de behandeling betrokken wil zijn en ook constructief met haar probeert om te gaan, vindt zij het toch moeilijk om adequaat voor zichzelf op te komen. Hij praat beter en zij komt niet zo erg aan haar trekken. Als haar onmacht haar teveel wordt vervalt zij in 'paniekaanvallen', huilbuien en zielig doen. Bovendien heeft haar fobie een directe functie in het huwelijk. Haar man is ongeveer 10 jaar ouder en nogal jaloers ten opzichte

van zijn - aantrekkelijke - vrouw. Hij is altijd bang geweest dat zij relaties met andere mannen zou aanknopen. Misschien is dat wel versterkt door onbewuste verlangens in die richting van de vrouw en subtiele signalen wat dat betreft.

De behandeling speelt zich weer op verschillende niveaus af:

1. *Individueel*; het heeft weinig zin om een fobie aan te pakken zolang er sprake is van het circulaire proces: angst voor hyperventilatie \longrightarrow spanning bij de gedachte aan de straat opgaan \longrightarrow nieuwe aanvallen \longrightarrow angst voor straat en hyperventilatie, etc. Dit proces kan alleen doorbroken worden door de anticipatieangst te laten verdwijnen (Frankl, 1960) en het controlegevoel over de ademhaling te vergroten. Al in de eerste taxatiezitting geeft de therapeut daarover uitleg en kondigt een daarvoor geschikte methode aan. Tijdens de eerste behandelingszittingen wordt dan ook voornamelijk aan het hyperventileren gewerkt, door middel van provocaties (vgl. Hoogduin, 1977). Eerst vindt dit tijdens de zitting plaats, dan thuis en tenslotte buiten op straat. Dat laatste is een nog onbekende variant die in vele gevallen de laatste stap is in het definitief overwinnen van een fobie. Nadat de patiënt door thuis dagelijks hyperventilatie-aanvallen bewust op te roepen en te couperen afname van angst ervaart en een gevoel van controle heeft gekregen, krijgt zij de paradoxale opdracht om - voor het eerst - de straat op te gaan en te zorgen daar een 'aanval' te krijgen. Dit wordt gemotiveerd door te wijzen op de noodzaak om ook op de gevreesde plek te oefenen en daar te ervaren dat zij met plastic zak of een stukje tuinslang de aanval kan couperen. In de meeste gevallen werkt deze opdracht zoals de meeste paradoxale opdrachten bij anticipatieangst: de cirkel van angst voor de angst wordt doorbroken zodat er, al doet de patiënte haar best, geen aanval optreedt. Maar al zou de patiënte de aanval wel krijgen dan is er nog geen man over boord omdat zij dan inderdaad de gelegenheid krijgt te ervaren dat zij ook op de angstvolle plek succesvol met bescheiden middelen kan ingrijpen.

Mevrouw Koehorst krijgt inderdaad geen aanval. Daarna wordt er nog verder aan het hyperventileren gewerkt door haar te leren anders te ademen.

Behalve aan het hyperventileren wordt er ook individuele aandacht geschonken aan het verleden van mevrouw Koehorst. Daarbij komen echter geen bijzonderheden aan het licht.

2. *Interactiepatroon tussen de echtgenoten*; na de eerste drie zittingen wordt er parallel aan de individuele problematiek gewerkt aan de subassertiviteit van mevrouw Koehorst ten opzichte van haar man. Er worden handvaten gegeven om irritaties die spelen sneller op te sporen door middel van 'monitoring', en signalen geven (vgl. Lange & van der Hart, par.5.10). Door middel van gedragsherhalingen komen haar eigen zelf-destructieve uitingsvormen naar voren en behulp van modeling en gedragsoefening slaagt zij erin om daar verandering in aan te brengen. Ook de tot nog toe onuitgesproken angst van de man dat zijn vrouw vreemd zou gaan wordt bevredigend besproken waardoor veel van de bedreiging verdwijnt.

De therapie is nog niet beëindigd. De fobische klachten zijn ook nog niet volledig verdwenen. Wel kunnen we constateren dat de angst voor de straat en winkels is afgenomen en dat er een stijgende lijn is m.b.t. de activiteiten die zij buitenshuis - alleen - onderneemt. Het patroon tussen man en vrouw is drastisch veranderd op een wijze waar zij beiden blij mee zijn, zodat een optimistische prognose over verdere verbeteringen niet helemaal uit de lucht is gegrepen.

Dan komen we nu weer toe aan de vraag hoe een individuele therapie er uitgezien zou hebben. Die is er inderdaad geweest, waarbij vooral systematische desensitisatie is geprobeerd. Het gehele programma van hyperventilatieprovoactie was bij een individuele aanpak natuurlijk ook mogelijk geweest. Maar wanneer men man en kinderen niet heeft gezien, heeft men ook geen zicht op de spanningsvolle positie waarin de vrouw zich in het gezin had manoeuvreerd. Door daaraan niets te doen zou een individueel programma kunnen mislukken. Nog erger was het geweest als een individuele therapeut uit de klagerige woorden

31

van de vrouw had opgemaakt - en die kans was niet gering geweest - dat zij getrouwd was met een harteloze egoïst. Hij zou niet hebben gezien dat de man in feite zeer positief, welwillend en constructief op zijn vrouw reageerde. Hij zou niet hebben gezien dat er sprake was van een affectief goede verhouding tussen deze mensen. Hij zou misschien in de valkuil zijn gestapt om de vrouw alleen maar op te jatten tegen de man waardoor hun verhouding zou zijn verslechterd, en de spanningen vergroot. De individuele therapeut had waarschijnlijk ook niet geweten dat de fobie nog een functie had voor het prettig functioneren van de man. In ieder geval was dat niet gezamenlijk besproken geworden. In plaats van de steun die mevrouw nu van haar man heeft gekregen had zij wel eens tegenwerking van haar man kunnen ondervinden doordat het verminderen van haar klachten hem angst had ingeboezemd.

Met een individuele benadering zou men, kortom, een hoop informatie hebben gemist en waren een groot aantal bronnen van interventie, die nu naast het individuele programma benut konden worden, niet te gebruiken geweest.

4.4. De heer Soest

Meneer Soest meldt zichzelf aan wegens depressieve buien en twijfel over een scheiding die hij, enkele jaren geleden, achter de rug heeft. Hij is advocaat, 41 jaar oud. Hij heeft nooit eerder psychotherapeutische hulp gehad. Momenteel woont hij samen met een vriendin.

Aan de telefoon wordt besloten dat de vriendin (Hilde) mee zal komen voor het eerste gesprek. De klachten - hoewel naar het schijnt puur individueel - kunnen toch invloed hebben op hun verhouding. Bovendien is het van belang om met Hilde erbij te bespreken in hoeverre een therapie met betrekking tot gevoelens jegens de ex-vrouw voor haar bedreigend is. In het eerste gesprek blijkt dat meneer Soest een zeer goedwillende maar onzekere man is met een nogal afhankelijke opstelling jegens zijn ouders en jegens zijn ex-echtgenote, die hem veel veiligheid boden. Daarbij maakt hij voortdurend vergelijkingen met de situatie van anderen, die positiever zou zijn dan

Box 4: Meneer Soest

Aanmelder: hijzelf (41 jaar oud)

Klachten: depressieve buien; twijfels over echtscheiding

Therapeutische historie: géén

Sociale klasse: hoger

Leefsituatie: samenwonend met vriendin; gescheiden van vrouw + 2 kinderen

Eén taxatiegesprek met vriendin erbij

Functionele analyse en taxatie: onzekere man → afhankelijke opstelling jegens ouders en ex-echtgenote ; voortdurend vergelijkingen met anderen → versterking neiging tot depressie

Behandelingsduur: 11 maanden; 9 zittingen

- 8 zittingen met vriendin erbij
- 1 individuele zitting

Niveaus van behandeling:

- individueel:
 - monitoring + overdrijven depressieve schommelingen
 - monitoring + overdrijven vergelijkingen
 - afscheid van ex-vrouw (via ritueel)
- relationeel: praten over sommige aspecten van de verhouding.

de zijne. Hij gaat dan twijfelen aan de waarde van Hilde, aan zijn beroepsuitoefening en krijgt depressieve buien. Die duren meestal niet lang (enkele uren, een dag of soms enkele dagen), maar er zijn regelmatig sterke schommelingen in zijn stemming.

Hilde is een lieve vrouw en een goede partner voor hem. Meestal is hij zeer tevreden over de verhouding. Het is duidelijk dat er wederzijds sprake is van veel positieve gevoelens. De problemen worden - mijns inziens terecht - gelocaliseerd in de persoon van meneer Soest en niet in de verhouding met Hilde. Hoewel haar aanwezigheid bij de verdere behandeling misschien niet nodig is, wordt toch voorgesteld dat Hilde - voorzover mogelijk - bij de gesprekken aanwezig zal zijn. Mochten er voor haar bedreigende ontwikkelingen zijn in het therapieproces dan zal er meteen over gepraat kunnen worden. Bovendien kan zij ook

een hulp zijn door informatie te geven over aspecten van hun verhouding, door suggesties te geven voor interventies en door mee te werken aan opdrachten. Beiden zijn verheugd over dit voorstel.

De behandeling speelt zich voornamelijk op individueel niveau af. Zo wordt aan meneer Soest bijvoorbeeld gevraagd om gedurende enkele weken zichzelf op elk uur van de dag een cijfer te geven voor zijn stemming op dat moment. Hij schaft zich daarvoor een 'parkeerwekkertje' aan. Als de stemming beneden het door hem gekozen dieptepunt '5' komt zal hij zich 10 minuten terugtrekken en opschrijven waardoor de negatieve stemming op dat moment wordt veroorzaakt. Afgesproken wordt bovendien dat hij de gegevens die hij op deze manier over zijn stemmingswisselingen verzamelt zal vastleggen in grafieken, op millimeterpapier. Dit 'monitoren' en 'bewustworden' heeft op zich al positieve veranderingen tot gevolg. Dieptepunten komen minder vaak voor en zijn stemming laat een stijgende lijn zien die op een gegeven moment stabiliseert en verder behouden blijft. Het 'vergelijken' wordt aangepakt met een opdracht tot overdrijven: iedere keer wanneer hij zichzelf erop betrapt, dat hij weer een bepaald aspect van zijn situatie in negatieve zin aan het vergelijken is met een situatie waarin een collega, vriend of wie dan ook zich bevindt, zal hij zich terugtrekken. Hij zal dan tot in het extreme doordenken hoe zijn situatie zou zijn als hij helemaal in de schoenen van die ander zou staan; als hij bijv. getrouwd zou zijn met de vrouw van die ander of diens werk zou hebben.

Eveneens op individueel niveau bevinden zich de analyses met betrekking tot zijn onzekerheid en zijn minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van zijn ex-vrouw. Dit resulteert uiteindelijk in het schrijven van enkele brieven aan zijn vroegere echtgenote en een afscheidsritueel (vgl. van der Hart, 1978), waarin het veranderde zelfbeeld en de nieuwe opstelling op symbolische wijze door hem tot uitdrukking wordt gebracht.

Hoewel de behandeling dus voornamelijk een individueel karakter had waren er ook momenten dat de verhouding met Hilde

- impliciet of expliciet - aan de orde kwam. Bijv. door te bespreken wat de gevolgen van zijn twijfels over de scheiding voor Hilde's houding waren; of in een gedragsherhaling van een situatie waarin hij zich extreem aarzelend en afhankelijk tegenover Hilde opstelde.

De therapie heeft ongeveer 9 maanden geduurd. Inmiddels is een eerste follow-up geweest. Meneer van Soest rapporteert nog steeds een stabiele, veel positievere stemming dan voorheen. Het vergelijken is afgelopen. Hij heeft geen twijfels meer over de scheiding en beiden vinden dat hun verhouding aan diepte en 'gemak' heeft gewonnen.

Wat zou een individuele behandeling hier opgeleverd hebben? Waarschijnlijk had een individuele gedragstherapie met monitoring, overdrijving (symptoomvoorschrijving) en afscheid van zijn ex-ega tot vergelijkbare resultaten hebben kunnen leiden. Misschien hadden de individuele veranderingen ook positief doorgewerkt op de verhouding. Maar, de individuele therapeut zou daarover niet zoveel zekerheid hebben gehad. Hij zou nooit hebben kunnen bijsturen wanneer dat bijv. nodig was geweest, wanneer Hilde in verzet was gekomen. Hij zou ook niet hebben geweten of de verhouding met Hilde niet extra veel spanning gaf aan meneer Soest; of zij niet een destructieve invloed op hem had; of zij de klachten niet bekrachtigde.

De individuele therapeut zou dus, wederom, potentieel relevante informatie hebben gemist. Daar staat tegenover dat de participatie van Hilde geen enkel nadeel had. Van keer tot keer kon besproken worden of er misschien één of meer zittingen zouden zijn waarin Hilde niet zou meekomen. Bijv. op verzoek van meneer Soest, teneinde vrijuit over zijn twijfels te kunnen praten, maar ook op grond van wat meer 'triviale' praktische gronden.

4.5. Marjolein Broers

Marjolein Broers meldt zichzelf aan voor verschillende klachten: al vele jaren voelt zij zich extreem gespannen, waarbij de laatste jaren een straatfobie en relatieproblemen zijn gekomen. Zij is gescheiden en woont nu samen

38

Box 5: Marjolein Broers

Aanmelder: zichzelf (35 jaar)

Klachten: gespannen (vele jaren); straatfobie (2 jaar ziektewet)
relatieproblemen

Therapeutische historie: enkele jaren gesprekstherapie

Sociale klasse: middel

Gezinssituatie: gescheiden, samenwonend met vriend en haar 2 kinderen

Twee taxatiegesprekken: met vriend

Functionele analyse en taxatie:

- onzekere vrouw met extreem veel behoefte aan bevestiging (eisende dominerende moeder + succesvolle zusters)
- stressvol patroon met (kille) vriend: vragen om bevestiging → heeft juist weinig bevestiging tot gevolg
- hyperventilatie

Behandelingsduur: ruim twee jaar; 22 zittingen

- 13 zittingen met vriend
- 9 individuele zittingen

Niveaus van behandeling:

- Individueel
 - hyperventilatieprovocatie: tijdens zitting
 - + ademhalingsoefeningen → thuis
 - ↓ gevreesde plek
 - verleden met moeder: schrijven + gesprek
 - assertiviteit, zelfvertrouwen: steun, zelfverbalisaties
- Relationeel: analyse van de verhouding + scheiding

met een vriend en haar eigen twee kinderen, van 10 en 13 jaar. Vroeger heeft zij als verpleegster gewerkt, maar de laatste twee jaar is zij in de ziektewet. Haar vriend (Robert) is onlangs begonnen met een universitaire studie (Nederlands). Zij heeft enkele jaren gesprekstherapie achter de rug. Met de therapeut had zij goed contact en zij heeft hem ook als steun ervaren, maar de gesprekken hebben haar niet verder geholpen. Bij de telefonische aanmelding vertelt zij dat zij nu in eerste instantie wegens de verslechterende verhouding met haar vriend belt. Haar kinderen weten niets van die problemen. Dat is de reden

2/6

dat besloten wordt hen niet voor het taxatiegesprek uit te nodigen. Tijdens dat gesprek blijkt dat Marjolein een spontane, lieve vrouw is die echter zeer onzeker door het leven gaat en extreem veel behoefte aan bevestiging heeft. Zij heeft een veeleisende, dominerende moeder, die haar veel heeft bekritiseerd terwijl haar twee zusters veelal bewondering oogsten en het ook maatschappelijk verder hebben geschopt. Aan haar jeugd heeft zij weinig zelfvertrouwen overgehouden. Het patroon waarin zij nu met haar vriend verkeert versterkt haar spanning. Het is voor beiden een moeilijke, nogal paradoxale situatie: doordat zij steeds om warmte, affectie en bevestiging aan hem vraagt, vindt hij - een toch al wat kille man - het steeds moeilijker om dat te geven. Daardoor raakt zij nog meer gespannen, en verliest nog meer zelfvertrouwen en krijgt nog meer behoefte aan bevestiging, etc., etc. Evenals bij mevrouw Koehorst blijkt de straatfobie 'ge-triggerd' te worden door hyperventilatie-aanvallen. De niveaus van behandeling waren verschillend en liepen voor een deel parallel in de therapie:

1. *Relationeel*; in het begin worden de mogelijkheden onderzocht om tot een minder spanningsvolle en meer bevredigende verhouding te komen. Getracht wordt om het paradoxale patroon te doorbreken met een paradoxale opdracht: zij moet expres veel vragen om bevestiging, hij moet haar afwijzen, zodat zij kan oefenen met het accepteren van afwijzingen teneinde haar onafhankelijkheid van het oordeel van anderen te vergroten. In het begin lijkt dit positief te werken, maar uiteindelijk levert het niets op. Het wordt steeds duidelijker dat Robert weinig voor de behandeling voelt en ook niet veel behoefte heeft om energie te steken in de verhouding met zijn vriendin. Dat blijkt ook uit de manier waarop hij andere huiswerkafspraken (zoals monitoring en gedragscontracten) niet na komt.

De relationele kant van de behandeling eindigt tenslotte via een door Marjolein voorgestelde proefscheiding, die door de therapeut wordt begeleid, in een definitief uit elkaar gaan.

2. *Individueel*; in het begin van de behandeling wordt, parallel aan de relatietherapie aan de hyperventilatieproblematiek gewerkt op een gelijksoortige manier als bij mevrouw Koehorst: provocaties tijdens de zittingen, thuis en ademhalingsoefeningen. Later, na de scheiding, wanneer Marjolein op allerlei fronten beter functioneert, wordt de fobie definitief aangepakt d.m.v. provocaties op straat. In haar geval is dat in de auto, waarbij zij in plaats van een plastic zak een stukje tuinslang heeft om een mogelijke aanval te couperen.

Al tijdens de relatietherapie wordt ook aandacht gegeven aan de verhouding met haar moeder en wordt zij gestimuleerd aan haar familieleden te schrijven en tot een gesprek met haar moeder te komen (vgl. Bowen, 1978). Belangrijk is daarna het rechtstreeks werken aan haar zelfvertrouwen, door acceptatie, steun, positieve herformulering en door opdrachten als het toepassen van positieve zelfverbalisaties (vgl. Meichenbaum, 1974). Dit deel van de behandeling vindt voornamelijk plaats in individuele sessies, na de scheiding.

De behandeling neemt - de follow-ups niet mee gerekend - 22 zittingen in beslag, verspreid over ruim twee jaar, en mag succesvol genoemd worden. De fobie is volledig overwonnen. Zij werkt weer (part-time) en vindt zichzelf op alle fronten goed, zonder spanning en angsten, functioneren. Deze veranderingen zijn twee jaar na de laatste follow-up intact gebleven.

Dan moeten we ons weer de vraag stellen over de mogelijkheden van individuele therapie. Evenals bij Glenda Wilson en bij meneer Soest geldt dat een individuele therapeut misschien op diverse fronten tot gelijksoortige interventies was gekomen als nu is gebeurd: hyperventilatie, verleden, steun, zelfverbalisaties. Misschien zou het bij een individuele therapie ook wel op een scheiding met de vriend zijn uitgedraaid. Maar dat was dan toch een schot in het duister geweest, dat niet verantwoord was geweest aangezien de therapeut niet had gezien hoe destructief het patroon tussen hen beiden was en ook niet de mogelijkheden had geëxploreerd om daar iets aan te doen. Te vaak hebben individuele therapie-

en een nodeloze verwijdering tussen partners tot gevolg die tot gevaarlijke crises bij de patiënten kan leiden. Het omgekeerde had ook kunnen gebeuren; dat de individuele therapeut niet was meegegaan met de scheidingsplannen en had geprobeerd om Marjolein te helpen veranderen terwijl zij bleef leven in een context die haar voortdurend terug drukte in haar zwakke rol en haar elk zelfvertrouwen ontnam.

Ook hier zien we weer, dat het voordeel van de gezinstherapeutische visie vooral is gelegen in het verkrijgen van meer informatie en daardoor leidt tot meer mogelijkheden en beslissingen, die meer verantwoord zijn.

4.6. Het gezin Meijer

Mevrouw Meijer meldt het gezin aan. Het gaat om haar zoon Simon van 14 jaar, die onhandelbaar zou zijn. Hij is al twee jaar in behandeling geweest bij een kliniek voor kinderen en die hebben hem en het gezin doorgestuurd. Behalve de ouders en Simon is er nog een jonger broertje van 10 jaar. Vader werkt als magazijnbediende en moeder werkt halve dagen bij de administratie van een groot bedrijf.

Tijdens de taxatiezitting wordt duidelijk dat moeder in het gezin de baas is. Haar man is lichamelijk niet sterk, klein van postuur en stelt zich jegens zijn vrouw nogal zwak op. Van Simon - een kop groter en goed meekomend op de HAVO - kan hij echter weinig hebben. Er is sprake van extreme machtsstrijd tussen deze twee, waarbij opvallend is dat de vader niet zozeer als vader (pedagogisch) functioneert, maar als een gelijke die probeert te winnen in discussies, conflicten, etc. Dit resulteert in escalaties, waarin vader - gesteund door moeder - zijn toevlucht neemt tot strenge straffen, terwijl Simon in zijn isolement tot agressieve uitbarstingen als schelden, deuren intrappen, etc. komt. Het is duidelijk dat de inhoudelijke kant van de conflicten nauwelijks van belang is, terwijl de relationele kant (wie krijgt er gelijk, wie doet wat de ander zegt) tot negatieve patronen leidt. Hoewel moeder ook vindt dat haar man wel eens te ver gaat staat zij toch meer aan zijn kant, aangezien zij beiden het eens zijn

Box 6: Gezin Meijer

Aanmelder: mevrouw Meijer

Aangemelde patiënt: Simon, zoon van 14 jaar

Klacht: agressiviteit en onhandelbaarheid

Therapeutische historie: 2 jaar behandeling in kinderopklinik

Sociale klasse: lager

Gezinssituatie: man, vrouw, aangemelde patiënt en jongere broer

Drie taxatiegesprekken: 2 maal met het gehele gezin; 1 maal ouders alléén

Functionele analyse en taxatie:

- dominerende moeder; zwakke, zich minder (klein) voelende vader → extreme machtsstrijd vader/A.P.
- moeder tussen vader en zoon
- geen effectief opvoedingspatroon:
 - weinig verantwoordelijkheid geven
 - weinig positieve bekrachtiging

Behandelingsduur: 18 maanden; 17 zittingen

- 6 zittingen met het gehele gezin
- 9 zittingen met ouders en aangemelde patiënt
- 2 zittingen met ouders alleen

Niveaus van behandeling:

- structureel:
 - levensfase problematiek van het gezin
 - positie vader en zoon in het gezin
- interacioneel, m.b.v. gedragsherhalingen/oefeningen en contracten
 - vader - a.p.
 - moeder- a.p.
 - a.p. - broertje
 - vader - moeder
- individueel: assertiviteit vader

over een aantal basisprincipes in de opvoeding. Hoewel een dergelijke eensgezindheid meestal constructief is, werkt het hier negatief. Dat komt door de inhoud van hun ideeën, waarin geen ruimte voor groei naar volwassenheid en zelfverantwoordelijkheid is die de 14-jarige Simon juist nodig heeft. Er is, kortom, niet echt sprake van een moeilijke jongen,

maar wel van een gezin waarin de ouders moeite hebben een stap te nemen naar een nieuwe levensfase - die van ouders van kinderen die volwassen worden - en waarin de opvoedingspatronen wel enige wijziging mogen ondergaan. Dat levert de volgende niveaus van behandeling op:

1. *Structureel*; door hun zorgen te prijzen en begrip voor hun moeilijkheden te uiten slaagt de therapeut erin om ook begrip te krijgen voor zijn visie op hun problemen en kan de structuur in het gezin veranderen.

Doordat bovendien gewerkt wordt aan de wat zwakke houding van meneer Meijers, zowel jegens zijn vrouw als ten opzichte van collega's op zijn werk, krijgt deze meer autoriteit in het gezin en hoeft zich niet meer zo af te reageren op Simon. Omgekeerd geldt dat ook voor Simon. Doordat hij zich meer geaccepteerd voelt en meer een eigen plaats krijgt - het leeftijdsverschil met zijn broertje wordt gehonoreerd - heeft hij minder behoefte om zich voortdurend te bewijzen en tegen alles in te gaan.

2. *Interactioneel* ; de structurele veranderingen worden voor een deel bewerkstelligd door de verschillende dyades aan hun onderlinge conflictueuze manieren van omgang te laten werken. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van precieze gedragsherhalingen. Deze worden na modeling en feedback door de therapeut omgezet in gedragsoefeningen en opdrachten voor thuis, zoals: monitoring, 'ABA-gesprekken', complimenten geven en gedragscontracten (vgl. Lange & van der Hart, 1979).

Aanvankelijk verliep de therapie moeizaam. Simon was weliswaar coöperatief, maar zijn ouders bleven toch meer oog houden voor de keren dat er weer wat mis ging dan voor de veranderingen, zelfs al waren die in de door hen gewenste richting. Desalniettemin begonnen na zo een twaalf zittingen ook de ouders een verbeterde sfeer te rapporteren. Ruzies met vechtpartijen en kapot gooien kwam nauwelijks voor terwijl aan de andere kant vader en Simon er plezier in begonnen te krijgen om samen op stap te gaan, bijv. fietstochten maken. Bij het afsluiten van de behandeling was iedereen het erover eens dat de sfeer in huis was opgeknapt

en dat er geen verdere behandeling van wie dan ook nodig was. Over de vraag naar de mogelijkheden van individuele therapie kunnen we in dit geval kort zijn. Die waren er niet. Er was geen sprake van individueel dysfunctioneren, zeker niet bij de aangemelde patiënt. Het was een probleem in de omgang tussen gezinsleden waaraan alleen op dat niveau zinvol gewerkt kon worden.

5. Samenvatting en discussie

Teneinde een bijdrage te leveren aan een discussie over de verhouding van principieel individuele gedragstherapie tot een ruim gedefinieerde systeem georiënteerde visie, werden zes gevallen kort beschreven. Daarbij werd niet naar volledigheid gestreefd. Het is niet mogelijk om in één artikel elke behandeling volledig met alle problemen te analyseren. Ook werden in de beschrijvingen sommige vaste aspecten van de behandelingen, die misschien wel sterk hebben bijgedragen aan het resultaat, niet steeds genoemd. Ik denk daarbij aan:

- de manier waarop de therapeut samen met de cliënten de situatie analyseert;
- de manier waarop de therapeut duidelijk maakt dat hij de cliënten en de klachten accepteert;
- het zo mogelijk positief herformuleren van klachten en problemen (van der Velden e.a. 1980; Lange, 1980b);
- het geven van steun en complimenten;
- het laten meedenken in de behandelingsstrategie; het geven van verschillende keuzemogelijkheden (Lange, 1981).
- het zoeken naar een goede 'timing' in het aanbieden van de verschillende interventies (Lange, 1980b).

Ik ben mij ervan bewust dat gevalsbeschrijvingen waarin dit soort belangrijke variabelen niet genoemd worden een kille, te 'cleane' indruk maken. Terecht kan men zich afvragen of dat nou alles is of therapie alleen maar een verzameling knoppen is waar men af en toe op drukt.

In dit artikel dienden de gevalsbeschrijvingen er echter vooral toe om te laten zien hoe binnen één behandeling verschillende niveaus van interventie mogelijk zijn en dat het

nodig is om in het beginstadium zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de manier waarop de aangemelde patiënt in zijn onmiddellijke omgeving is ingebed.

Met opzet heb ik ter illustratie drie gevallen gekozen waarin een principieel individuele therapie zeker mogelijk was geweest: Glenda Wilson (par.4.2.), Marjolein Broers (par.4.5.) en meneer Soest (par.4.4.).

Ik hoop echter dat het duidelijk is geworden dat het niet erbij betrekken van partners of gezinsleden - ook in deze gevallen - nadelen heeft terwijl daar geen voordelen tegenover staan;

- men kan mogelijke weerstanden (bijv, bij de partner van de heer Soest) niet voorkomen;
- men heeft geen volledige informatie over de invloed van de verhoudingen met de partner op de klacht (Marjolein Broers en Glenda Wilson);
- men kan de omgeving en de verhouding daarmee niet gebruiken als hulp in de behandeling (heer Soest);
- men komt er te laat achter dat een individuele behandeling onwenselijk is (mevrouw Koehorst).

Met betrekking tot de andere drie gevallen is mij volstrekt onduidelijk hoe een individuele therapie kans van slagen had gehad. Mevrouw Koehorst (par.4.3.) is een voorbeeld van een situatie met 'valkuilen'. Wanneer alleen aan de fobie en haar individuele karakteristieken gewerkt wordt blijven de oude bekrachtigingspatronen in stand. Dat was ook de conclusie van de verwijzer na een behandeling van ruim een jaar. Het lijkt me dan toch beter om jezelf als therapeut in een eerder stadium de kans te geven om dat soort informatie op te doen. Datzelfde geldt bij de behandeling van de depressie van de heer Postma (par.4.1), waar ook schijnbaar aanknopingspunten waren voor een individuele behandeling, terwijl deze waarschijnlijk meer negatieve dan positieve gevolgen had gehad. Ten aanzien van Simon Meijer (par.4.6.) is het zelfs helemaal onvoorstelbaar dat men tot een individuele behandeling zou besluiten. Maar zelfs met een mediatietherapie (vgl. Cladder & Truyens -van Berkel, 1974) zou men zich veel mogelijkheden hebben ontzegd.

Ik heb dit artikel met opzet een wat provocerende titel gegeven en ietwat polemiserende stellingen eraan toegevoegd. Dat betekent niet dat ik wil betogen dat individuele (gedrags)therapie zinloos is. Wèl hoop ik dat duidelijk wordt dat het veelal verstandig is om in een eerste fase zoveel mogelijk de directe omgeving van aangemelde patiënten bij de behandeling te betrekken teneinde op zo verantwoord mogelijke wijze te komen tot een therapieplan.

Ik hoop ook dat het duidelijk wordt dat binnen een systeemtheoretische benadering ruimschoots gelegenheid is om in te gaan op individuele karakteristieken van cliënten en daarvoor individuele behandelingsprogramma's op te stellen. Verder hoop ik dat uit de gevalbeschrijvingen blijkt dat het erbij betrekken van gezinsleden of alleen partners de behandeling niet moeilijker hoeft te maken. Door jezelf meer informatie te gunnen en hulpbronnen in te schakelen, wordt het bedrijven van therapie eerder gemakkelijker en vaak ook plezieriger.

Literatuur

- Bowen, M. (1978): Family therapy in clinical practice. Jason Aronson, New York.
- Cladder, J.N. & D.A.M. Truyens -van Berkel (1974): Gedrags-therapie bij ouder en kind. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Dijck, R. van (1977): De toepassing van paradoxale intentie. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, R. van, K. van der Velden & O. van der Hart (1980): Een indeling van directieve interventies. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Foa, E.B. & G.S. Steketee (1979): Obsessive-compulsives: conceptual issues and treatment interventions. Progress in Behavior Modification, vol.8, 1-53.
- Frankl, V.E. (1960): Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. Amer, J. Psychotherapy, 14, 520 - 535.
- Hart, O. van der (1978): Overgang en bestendiging. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. (1977): De behandeling van cliënten met hyperventilatieaanvallen. In: K. van der Velden (red.)

44

- Directieve Therapie, van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. (1981): Over de behandeling van dwang, dachten. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, Vol.1. In druk.
- Lange, A. (1972): Opdrachten in gezins- en huwelijks therapie. Tijdschrift Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk, 26 (15), 387-394. Ook in: A. van der Pas (red.): Gezinsfenomenen. Samson, Alphen a/d Rijn, 1973.
- Lange, A. (1978): Gedragsveranderende gezins- en relatietherapie. In: J. Orlemans e.a. (red.): Handboek voor gedragstherapie. van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1980a): Directive Family Therapy with a War Patient. Paper voor World Congress on Behavior Therapy. Jerusalem.
- Lange, A. (1980b): Positief etiketteren, een aanvulling. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie 2. van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1980c): Timing. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie 2. van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1981): Het ontiveren van cliënten in directieve (gezins)therapie. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, 1 (1). In druk.
- Lange, A. & O. van der Hart (1979): Gedragsverandering in Gezinnen. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Meichenbaum, D. (1974): Cognitive Behavior Modification. Gen. Learning Press. Morristown, N.Y.
- Rachman, S. (1976): Obsessive-compulsive checking. Behav. Res. & Therapy, 14, 269-277.
- Van der Velden, K., O. van der Hart & R. van Dijck (1980): Positief etiketteren. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie 2. van Loghum Slaterus, Deventer.

KORTDURENDE HYPNOTHERAPIE VOOR PIJNBESTRIJDING EN REVALIDATIE:EEN GEVALSBESCHRIJVING

Onno van der Hart

Toen Elly, een 23-jarige jonge vrouw, wilde oversteken kwam er net een bus aan. Ze schrok ervan en stapte snel achteruit. Ze gleed uit en haar voet kwam onder een wiel van de bus. In de ambulance, op weg naar het ziekenhuis, voelde ze een hevige pijn onder in haar voet veel heviger, scherper dan de pijn elders in haar voet, daar waar de middenvoetsbeentjes gebroken waren. Toen haar voet en been in het gips waren, verdween die pijn langzaam maar zeker. Maar de scherpe, stekende pijn onder in haar voet bleef. Als ze haar voet niet belastte, was die pijn n t draagbaar, maar deed ze dat wel dat werd hij meteen ondraaglijk.

Haar voet werd aan uitgebreid medisch onderzoek onderworpen. Er werd niets gevonden. Ze kreeg fysiotherapie, waar ze buitengewoon actief aan meewerkte - de pijn werd er alleen maar erger door en Elly ontwikkelde m er problemen : een chronisch verkramping en kromtrekken van de voet (een reactie om de pijn tegen te gaan) en een toenemende weerzin om de voet te belasten. De botten werden zo broos, dat ze spoedig na verwijdering van het gips haar enkel brak en opnieuw opgenomen moest worden. Haar been ging opnieuw in het gips en daarna kreeg ze er pennen in. Tenslotte kwam er weer gips om en was Elly meer in het ziekenhuis dan daarbuiten. De voet ging zo sterk achteruit, dat de orthopedisch chirurg twee jaar na het ongeval tot het drastische besluit kwam, dat als binnen veertien dagen niets ten goede veranderd zou zijn, de voet geamputeerd zou worden.

De behandelde fysiotherapeute, die sterk bij Elly betrokken was geraakt, ging dit zozeer ter harte dat zij als een laatste redmiddel aan hypnose dacht en de schrijver daarvoor opbelde. Zij vertelde dat dat het er lange tijd op geleken had, dat Elly als reactie op

chronische pijn geen aandacht meer aan haar voet schonk - alsof hij er niet meer bijhoorde of er niet meer was. De fysiotherapeute verklaarde hieruit het merkwaardige feit dat Elly zo laconiek had gereageerd op de laatste aankondiging van de chirurg. Het was de verpleging ook opgevallen dat Elly wel eens door de gang hinkte, terwijl zijzelf bij navraag dacht gelopen te hebben. Toch was er in de fysiotherapie ook iets positiefs gebeurd. Elly was de laatste tijd meer bezig geweest om positieve aandacht aan de voet te geven bijvoorbeeld door haar been te masseren of de voet warmte te geven. Maar van enige belasting van de voet - noodzakelijk om te revalideren - is nauwelijks meer sprake: een enkele keer niet meer dan 3 kg.

Aan de therapeut wordt gevraagd om Elly na hypnose zodanig te beïnvloeden, dat zij op korte termijn iets van verbetering in deze situatie aanbrengt. Hij ervaart dit als een zware opgave, maar is zich ook bewust van een positieve indicatie. Elly zal waarschijnlijk zeer goed in trance kunnen gaan - ze ervaart immers al spontaan een aantal hypnotische verschijnselen: o.a. dissociatie (voor de voet) en hallucinatie (van het lopen). Ook de fysiotherapeute is van mening dat Elly een uitstekend hypnotisch subject zal zijn.

Als de therapeut dan toezegt en tijd om een zitting van drie uur reserveert, gaat de fysiotherapeute met Elly, de chirurg en andere betrokkenen over deze mogelijkheid praten. Allen stemmen daarmee in - er is immers weinig keus.

De therapeut bereidt zich in de tussentijd grondig op het komende gesprek voor. Hij maakt - o.a. aan de hand van Erickson & Rossi (1979) en zijn aantekeningen uit een workshop hypnotherapie van Jeffrey Zeig (1980) - een inventarisatie van mogelijke interventies voor pijnbestrijding. Hij wil niet alles op één kaart zetten, maar een range van hypnotherapeutische mogelijkheden voorradig hebben.

De behandeling

Els arriveert per ziekenfondstaxi op de afgesproken datum en wordt met behulp van een invalidewagentje naar de kamer van de therapeut gereden.

De therapeut kan snel een goed contact met Elly krijgen. Zij blijkt zeer gemotiveerd te zijn voor de hypnose-behandeling. Alleen valt het

de therapeut op dat zij niet zo erg over de dreiging van de amputatie lijkt in te zitten. Ze praat gemakkelijk over het ongeluk en haar lichamelijke klachten, maar wordt afhoudend als de therapeut naar de mogelijke sociaal-emotionele aspecten vraagt. Hij weet van de fysiotherapeute dat Elly voor het ongeluk van plan was om met haar verloofde te emigreren - hij is wel gegaan - zij kon niet - en de verloving is verbroken. De therapeut zegt haar, dat hij dan in deze uiting graag focust op haar pijnklachten en haar noodzakelijke revalidatie. Andere aspecten kunnen dan eventueel later aan bod komen. Elly stemt hier graag mee in.

Lange tijd wordt gesproken over Elly's pijnbeleving. Onderscheid wordt gemaakt tussen de fysieke pijn en het emotionele lijden tengevolge daarvan. De therapeut vraagt haar welke nivo's van pijn en lijden zij nu ervaart (op schalen van 1 tot 20) en wat maximaal draagbare nivo's zijn (Zeig, 1980).

Ook wordt Elly gevraagd de pijnplek (plaats, grootte, vorm) te beschrijven, te vertellen hoe zij de pijn beleeft (kloppend? stekend? bijtend? enz - zie Erickson & Rossi, 1979, p. 97) en aan te geven waarmee de pijn te vergelijken valt. Als haar voet onbelast is, is de plek - aan de onderkant van haar voet - ongeveer vier cm. lang, anderhalve cm. breed en twee cm. diep en is er een snijdende pijn - zoals je voelt als je je net gesneden hebt. Wordt de voet wel belast, dan straalt de pijn snel uit naar alle kanten en reikt - de plek van haar tenen tot haar hiel. Het is dan of er met veel messen tegelijkertijd gesneden wordt - ondragelijk! Dan moet ze een pijnstillers innemen, zoals ze ook doet als ze slapen gaat.

Hierna wordt uitvoerig gepraat over de fysiotherapie en de revalidatieprogramma's die ze achter de rug heeft. Ze is over het merendeel slecht te spreken, omdat ze zich steeds forceerde en meer en meer last kreeg: ergere pijn, toenemende verkramping en het kromtrekken van de voet. Over de laatste fysiotherapie is ze positief: ze leert daarin haar - gedissocieerde - voet weer meer te accepteren en er beter voor te zorgen. Maar als het ook daar puntje bij paaltje moet komen en de voet belast moet worden laat ze het ook afweten. Als ze een pijnstillers heeft ingenomen, wil ze nog wel eens wat oefenen.

Na de eerste gespreksronde (van een uur) en een korte pauze gaat de therapeut met hypnose beginnen.

De therapeut wil Elly eerst trainen in een aantal hypnotische verschijnselen en haar leerervaringen vervolgens met de klachten in verband brengen. Elly reageert vlot op de handlevitatie methode - gekozen omdat zij spontaan al goed is in het dissociëren van een lichaamsdeel is. Hij laat haar op diverse plaatsen in haar lichaam warmte en koude sensaties ontwikkelen. Hij laat haar zichzelf in de andere kant van de kamer hallucineren en van daaruit zichzelf in de rolstoel - en zonder gevoel - kijken. Hij laat haar teruggaan in de tijd naar een prettige periode vóór het ongeluk. Hij vertelt verhalen over het veranderde lichaamsbeleven van andere mensen., zoals de huisvrouw die zich snijdt tijdens het afwassen maar dat pas merkt als ze het afwaswater rood ziet worden.

Langzaam maar zeker brengt hij dit soort ervaringen in verband met de ervaringen in haar voet. Ja, daar krijgt ze over het geheel genoemen een plezieriger gevoel, maar in de bewuste plek treedt nauwelijks enige verbetering op. Ook pogingen het pijngevoel rondom en in die plek te transformeren tot anderssoortige gevoelens - warm kloppend, jeukend, prikkelend - hebben slecht een zeer gering effect. Elly kan zich heel goed voorstellen dat haar pijnstillende injectie wordt gegeven, maar de verdoving wordt ze niet gewaar - "misschien gebeurt dat straks". Na ongeveer een uur wordt deze hypnose-ronde besloten met een aantal indirect geformuleerde posthypnotische suggesties met betrekking tot de bewuste maar vooral ook onbewuste doorwerking van de leerervaringen die zij heeft opgedaan.

In de koffiepauze vertelt Elly o.m. hoezeer zij - na al die maanden in het ziekenhuis - naar haar eigen huis terugverlangt. De therapeut sluit daarbij aan als hij haar - in hypnose een lift laat waarnemen die haar - met het dieper en dieper gaan - steeds dichterbij haar huis brengt. Als hij diep genoeg zal zijn om voor haar mogelijk te maken "te doen wat goed voor haar is om te doen", zal hij stoppen en kan ze haar huis binnenstappen. De therapeut laat Elly een tijd lang haar eigen gang gaan in haar huis en ze vindt dat erg plezierig. Dan stelt hij haar voor om de oefenprogramma's, die voor haar helemaal goed zijn, uit te voeren. Via pseudo-oriëntatie in de toekomst laat hij haar ervaren hoe zij dag na dag oefent en hoe zij steeds tevredener mag zijn over de resultaten die door de oefeningen en door andere processen bereikt worden: over de steeds toenemende gunstige ontwikkeling.

Elly is daar lange tijd mee bezig - de therapeut heeft weinig te zeggen: zij weet immers veel beter dan hij wat haar te doen staat.

Op een gegeven moment raakt Elly spontaan in een zeer diepe trance toestand - een toestand die heel weldadig is en waarin nauwelijks iets gebeurt. Elly wekt de indruk heel lang in die toestand te kunnen verkeren, maar de voor de zitting gereserveerde tijd raakt op. De therapeut geeft haar - in die toestand - wederom een aantal posthypnotische suggesties met betrekking tot de positieve en progressieve uitwerking van al het geleerde in deze zitting en daarvoor. Hij vraagt haar nog apart door te nemen hoe ze zelfhypnose ervaringen kan benutten voor "het welzijn van haar hele lichaam en geest".

Als Elly uit hypnose terugkomt, voelt ze zich heel tevreden. Zij, noch de therapeut, heeft weinig behoefte om de hypnose ervaringen uitvoerig na te bespreken. De zitting wordt besloten met de afspraak dat Elly in iedergeval over een week zal bellen.

Follow-up

Volgens afspraak belt Elly vijf dagen later de therapeut. Ze is weer thuis - de chirurg had haar verzoek daartoe na de hypnose-zitting ingewilligd. Het eerste opvallende resultaat van de zitting was, dat ze om in slaap te vallen 's avonds geen pijnstillers en geen slaapmiddelen meer nodig had. Als ze in bed is, laat ze zich, net als in hypnose, wegglijden. Ze slaapt heel lekker. Af en toe wordt ze even wakker en een beetje pijn voelen, maar dan kan ze ook zo weer in slaap vallen. Overdag is ze echter niet in staat om minder pijn te voelen. Elly is intensief bezig met oefeningen om haar been beter te gebruiken en haar voet meer te belasten. Het gaat nog erg moeizaam, maar ze weet wat ze doen moet/haar te doen staat. Het lijkt haar daarom nog niet zo zinvol om nu al een nieuwe afspraak te maken.

Drie weken later vertelt de fysiotherapeute in een telefoongesprek, dat Elly zelf positieve ontwikkelingen rapporteert maar dat de meetbare voortuitgang nog erg gering is: zij belast haar voet

nu maximaal met 5 kilo. Elly bericht telefonisch dat het inslapen en doorslapen erg goed gaat, dat ze veel met zelfhypnose oefent, maar dat de pijn overdat "niet echt weg te krijgen is". Ze neemt nog af en toe overdag een pijnstillertje, maar ze is wel in staat om de werking daarvan m.b.v. zelfhypnose langer te laten voortduren. De therapeut weet een afspraak met haar te maken.

Anderhalve maand na de zitting komt Elly - been nog in het gips - bij de therapeut . Ze loopt met stokken en ze ziet er gezond uit. Ze kan haar voet nu met 15 kg. belasten. Met zelfhypnose en oefenen is ze dagelijks veel tijd kwijt.

De therapeut vraagt voorzichtig naar de relationele aspecten van het ongeluk: haar verlovingsring is er immers door uitgeraakt. Elly vertelt dat ze zich daardoor een tijdlang erg depressief heeft gevoeld. Ze gelooft het nu wel verwerkt te hebben. Zou haar ex-verloofde echter bij haar in de buurt zijn, dat zouden haar oude gevoelens voor hem weer oproepen kunnen worden. Ze heeft overigens een aantal goede vrienden en vriendinnen die ze vaak ontmoet. Eenzaam voelt ze zich niet. Ze is blij met haar huis en ze heeft ook veel tijd nodig om - alleen - te oefenen. Elly vraagt om wat literatuur over zelfhypnose en de therapeut leent haar het artikel van Erickson en Rossi (1977) over dat onderwerp. Afsproken wordt dat Els over een paar maanden eens zal bellen om te vertellen hoe het met haar gaat. Eventueel wordt dan een afspraak om een hypnose-zitting gemaakt.

Elly belt niet en na zeven maanden neemt de therapeut het initiatief. Elly vertelt dat het met haar prima gaat, maar dat haar voet wel erg langzaam vooruitgaat. Ze is nog steeds, onder leiding van de fysiotherapeute, druk aan het oefenen. De belasting van haar voet is nu maximaal 15 tot 20 kg - soms iets meer. Maar de pijn verhindert het haar wel erg om verder te gaan. Volgens de chirurg zit er niet veel anders op om een zenuw in de voet door te snijden. De fysiotherapeute blijft gefocust op de voortuitgang en moedigt haar aan door te oefenen. Zij heeft haar aangemeld voor een acupunctuur behandeling. Ze heeft nu een gipsspalk die van haar

been en voet afkan, zodat ze er beter mee contact kan maken. In vergelijking met de periode voor de hypnosezitting heeft Elly overigens beduidend minder pijn. Ze gebruikte toen veel pijnstillers en nu heel sporadisch een enkele. Ze kan zelfhypnose goed gebruiken voor pijnbestrijding, hoewel het ook wel eens voorkomt dat ze er te moe voor is en het niet kan opbrengen. Voor de zitting ziet ze helemaal niet meer wat ze met haar voet aan moet -operaties, oefenen, pijnstillers - nu ziet ze toch een lijn in haar leven. Al gaat het (nogmaals) erg langzaam. De therapeut biedt haar, als haar het wachten op de acupunctuur (te) lang duurt nog een hypnosezitting aan. Zij is daar blij mee en zal eventueel contact opnemen.

Discussie

1. Wie de gevalsbeschrijvingen leest van Erickson over pijnbestrijding (zie bijv. Erickson & Rossi: 1979), zal zeer onder de indruk geraken van zijn fenomenale en meestal schijnbaar eenvoudige benaderingen. Een voorbeeld daarvan betreft zijn reactie op een doodzieke vrouw, wier afschuwelijke pijn - veroorzaakt door kanker - niet meer reageert op pijnstillende middelen. Zij maakte Erickson duidelijk dat ze zeer ceptisch stond tegenover hypnose. Erickson antwoordde indringend: "Mevrouw, ik denk dat ik kan overtuigen. En u weet hoeveel pijn u te verdragen heeft, hoe oncontroleerbaar hij is. Als u een hongerige tijger door die deuropening ziet wandelen, zijn slag tanden aflikkend terwijl hij naar u kijkt, hoeveel pijn zou u voelen?" Zij was blijkbaar van haar stuk gebracht en zei: "Helemaal niets, Ik voel nu in feite geen enkele pijn meer" Erickson antwoordde: "Is het dan goed om die hongerige tijger de in de buurt te houden. Zij zei: "Dat is het zeker!" Het gevolg was dat steeds als artsen of verpleegsters haar een injectie tegen de pijn aanboden, zij met een warme glimlach kon zeggen: "nee, dank u, ik heb hem niet nodig ik heb een hongerige tijger onder mijn bed".

Tot zo'n simpele en effectieve benadering van dergelijke ernstige klachten ben ik niet in staat. In plaats daarvan werd een "cocktail-benadering" door mij als het meest zinvol beschouwd:

een aanpak waarin uiteraard getracht werd om aan te sluiten bij het beleven van de cliënt, maar tevens een groot aantal interventies werden uitgetoetst - in de hoop, dat er tenminste een van zou aanslaan. De volgende metafoor van Erickson is hier wellicht op van toepassing: de therapeut probeert zelf voorzichtig, sleutel voor sleutel, het slot in elk deur naar de klacht te openen.

2. Achteraf kunnen we constateren dat ik één belangrijk kenmerk van de cliënte over het hoofd heb gezien en onbenut heb gelaten: haar idee dat een zekere mislukking zou optreden. Na twee jaar ervaringen met haar pijnlijke voet en de diverse behandelingen daarvan te hebben gedaan kon zij zich niet meer voorstellen alles in de hypnose-zitting alles goed kon gaan, dat het maximale bereikt kon worden. Ik had dit gegeven moeten benutten door een zekere mislukking in een veranderd zintuigelijk beleven in te bouwen. Voor een buitengewoon leerzaam voorbeeld van deze procedure zij verwezen naar Erickson & Rossi (1979, pp 133 - 138).
3. Een belangrijk leerpunt voor de behandeling van dit soort klachten bestaat uit het reserveren van voldoende tijd voor de hypnose-zitting. In dit geval duurde de gehele zitting drie uur, waarvan twee uur hypnose. Deze tijd was niet alleen nodig om zorgvuldig de diverse procedures aan bod te laten komen, maar ook om de cliënte de tijd te geven er op haar eigen tempo mee om te gaan - en hoe moeilijker de opgave in hypnose, des te meer tijd heeft zij (evenas alle andere cliënten) er voor nodig. Zonder twijfel heeft de langerdurende zitting er ook toe kunnen leiden dat de cliënte uiteindelijk in een zeer diepe trance geraakte. We kunnen slechts speculeren over de mogelijke effecten daarvan als er nog meer gelegenheid was geweest om in die toestand therapeutische processen te instigeren.
4. We weten ook niet wat er met Elly en haar voet zou zijn gebeurd, als de hypnose-zitting niet had plaatsgevonden. Een ongunstige afloop - amputatie - was niet onwaarschijnlijk geweest. Misschien kan dit - overigens ten dele geslaagde - praktijkvoorbeeld pleiten voor het toekennen van een veel grotere plaats aan hypnose in de bestrijding van pijn en in revalidatie-programma's.

5. In therapie staan de ervaringen van de cliënt - en de veranderingen daarin - centraal, niet het subjectieve beleven van de therapeut. Toch daarover, tot besluit, een opmerking. Door het onvermogen om zelfhypnose bij eigen pijnklachten (zoals hoofdpijn) toe te passen en door een aantal weinig succesvolle pogingen om anderen voor pijnverlichting te helpen, zag ik nogal op tegen deze confrontatie. Maar de grondige voorbereiding en de langer durende zitting vormden met elkaar een leerervaring die leidde tot meer zelfvertrouwen in het gebruik hypnose voor pijnbestrijding en tot een grotere effectiviteit daarin. De moraal is, dat pijnbestrijding (behalve in lichte gevallen als spanningshoofdpijn) geen activiteit is die de hypnotherapeut terloops, tussen andere activiteiten, kan verrichten. Het is een onderwerp dat speciale aandacht vraagt.

Referenties

Erickson, M.H. & E. Rossi (1977), Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 36-54.

Erickson, M.H. & E. Rossi (1979), Hypnotherapy: An exploratory casebook. Irvington Publishers, New York. (Nederlandse uitgave in voorbereiding bij Van Loghum Slaterus, Deventer).

Zeig, J. (1980) Workshop hypnotherapie. Oegstgeest.

HYPNOTHERAPIE VOOR HET OP GANG BRENGEN VAN DE MENSTRUATIE:
EEN VOORBEELD

Onno van der Hart

"That menstruation may be precipitated, delayed, interrupted, or prolonged by strong emotional stress is a common observation. Usually such effects are unexpected and seemingly beyond the volitional control of the individual. Unquestionably, speaking biologically, lack of volitional control is as it should be. Nevertheless, the readiness with which an abnormal alteration of some physiological functioning is effected is often in sharp contrast to the difficulty encountered in attempting medically a purposeful directing of those same processes. Hence any instances indicating an intentional purposeful control, whether conscious or unconscious, of physiological functioning ordinarily beyond volitional influences suggest the possibility of significant research".

Aldus Milton Erickson (1960), in een artikel waarin hij drie praktijkvoorbeelden presenteert van het gebruik van hypnose voor de doelgerichte beïnvloeding van de menstruele cyclus. Toen een cliënte mij - in het kader van een langdurende hypnotherapie - vroeg of via hypnose invloed uitgeoefend kon worden op háár menstruele cyclus, kon ik dankzij Erickson zeggen dat dit in principe mogelijk moet zijn. Bovendien bood zijn artikel me een aantal "anecdotes" die reeds vóór het feitelijke trance-werk een therapeutische invloed konden uitoefenen.

Het voorbeeld

Judith, 32, had hulp gezocht voor haar hevige angsten, die verband hielden met de "existentiële crisis" waarin zij zich bevond. Na zes jaar samenleven was ze weggegaan van haar vriend en werd ze sterk geconfronteerd met de vraag wat ze met zichzelf, haar leven en haar werk aanmoest. Zij wist dat ze op de oude voet - zichzelf steeds maar wegcijferen voor anderen - niet meer verder kon leven,

maar hoe het dan wel moest wist ze ook niet. Ze was helemaal de kluts kwijt en erg angstig. Via een - aanvankelijk intensief - (hypno)therapeutisch contact kon Judith door de ergste crisis heenkomen. Ze bleek een goed hypnotisch subject te zijn, dat via metafoor en concreet werken belangrijke veranderingen op gang wist te brengen. Ze had wel eens gewezen op haar chronische gynecologische problematiek, maar dit onderwerp was nog niet expliciet aan bod gekomen.

Na drie maanden vertelt vertelt Judith dat het haar erg dwars zit dat haar menstruatie niet op gang komt. Ze heeft een tijdlang medicijnen gebruikt om de bloeding van een cyste te stoppen. Een bijeffect was dat de menstruatie ook stopte. Sedert ruim twee maanden gebruikt ze de betreffende medicijnen niet meer, maar de menstruatie is nog niet op gang gekomen. Juist met al haar gynecologische problemen betekent de cyclus erg veel voor haar - het is als het ware een bewijs dat ze toch vrouw is - ook al kan ze geen kinderen krijgen.

Ik vertel Judith twee van Ericksons praktijkverhalen. Het eerste gaat over het schildersmodel, dat onverwachts een opdracht aangeboden kreeg om naakt te poseren. Maar dat zou dan op de tweede dag van haar "ongesteldheid" zijn. Omdat ze ervaring had in hypnose, vroeg ze Erickson of het mogelijk was met behulp van zelfhypnose haar menstruatie op te houden. Erickson gaf haar het advies op het vermogen van haar onbewuste kon vertrouwen. Vlak voordat ze zou poseren ging ze in een zelfhypnotische trance, waarna de menstruatie stopte van 7 uur 's morgens tot 11 uur 's avonds. In die tijd - dus ook tijdens het poseren - was ze de menstruatie "psychisch en lichamelijk" vergeten.

Het tweede verhaal betreft de jonge vrouw, die nogal vaak op sexueel gebied was lastig gevallen door een bepaalde man. Zij wist van hem dat hij een "fobie" voor menstruerende vrouwen had. Hij kon het ruiken als een vrouwelijke kennis menstrueerde en deed daar al het mogelijke om fysiek contact te vermijden. Deze vrouw zou 10 dagen op een bepaalde plaats moeten doorbrengen en de man had haar laten weten dat ook hij aanwezig zou zijn. Hij had al toespelingen op een gezellig samenzijn gemaakt.

De vrouw vroeg Erickson of het mogelijk was haar menstruatie te vervoegen. Erickson gaf haar o.m. de posthypnotische suggestie dat zij in de week vóór de betreffende gelegenheid zou denken en voelen en funktioneren alsof het de week van haar "ongesteldheid" was.

De vrouw schreef de man dat ze hem graag zou ontmoeten; ze vroeg hem om de middagen en avonden voor "cheek-to-cheek"dansen te reserveren. Toen de betreffende gelegenheid begon, schepte de man op over zijn belofte om met ... cheek-to-cheek te dansen". Een paar uur daarna begon haar menstruatie en deze duurde - af en aan - tien dagen inplaats van de normale vijf of zes dagen: een flinke straf voor al de beledigingen van de man.

Na deze verhalen verteld te hebben, vraag ik Judith in een zeer diepe trance te gaan en haar onbewuste te vragen haar te helpen bij het probleem: "je onbewuste weet en kan immers veel meer in dit opzicht dan je bewust weet en kan".

Ze sluit haar ogen en gaat in trance. Na enige stilte zegt ze een rode gloed voor haar ogen te zien, die achter haar oogbollen gaat zitten en dan - via de wervelkolom - omlaag gaat. Ze wordt verdrietig als ze ondertussen herinnerd wordt aan het feit dat ze geen kinderen kan krijgen.

Na vier minuten stilte vertelt ze dat de badkamer in haar huis verbouwd wordt. "Dat doet een mannetje, maar als hij er niet is doe ik het zelf. Ik krap dan - heel voorzichtig - laagje voor laagje van de muur af, zodat er daarna een nieuwe laag op kan ... daar ben ik nu ook mee bezig".

Dan vraagt ze of het ook goed is, dat ze er alleen een deel van doet en nu niet alles afmaakt. Ik reageer - voorzichtig - positief; spreek het "dominostenen-effekt" en over het vermogen van het onbewuste om door te gaan met iets dat op gang is gebracht, ook als je bewust met andere dingen bezig bent: "en je onbewuste zal het voor jou persoonlijk goede moment kunnen uitkiezen".

Kort daarop komt Judith uit trance. Bij het weggaan vraagt ze of ze het me zal laten weten als "het zover is". Graag, zeg ik.

Zes dagen later wordt me de boodschap via een collega doorgegeven.

5-8

Judith vertelt me de volgende keer, dat ze na de vorige zitting nog twee keer een half uur in een zelfhypnotische trance is geweest en daarin verder was geweest met het "afkrabben van de badkamermuur". Ze had af en toe gewanhoopt en was - uiteraard - erg blij toen de menstruatie op de avond van de zesde dag doorbrak. Ze realiseerde zich daarop, dat dit inderdaad voor haar het beste tijdstip was: net na de volle maan, zoals het vroeger, toen alles goed was, ook altijd gebeurde.

Judith voegt hieraan toe, dat ze de plek van haar baarmoeder waar ze haar symbolische werk verricht heeft veel beter voelt dan de omgeving. Dat doet haar goed en ze zou wel zin hebben om dat werk in een volgende zitting voort te zetten.

Diskussie

Hoewel Judith zelf wel gelooft dat haar menstruatie door het hypnosewerk op gang is gekomen, hoeft dat niet persé het geval te zijn. Er kán sprake zijn van een toevallige samenloop van omstandigheden. De voorbeelden van Erickson zijn wat dit verband betreft overtuigender.

De mogelijkheid invloed uit te oefenen op de menstruele cyclus - als voorbeeld van psychogeen veranderen van lichamelijk functioneren - zou meer aandacht verdienen. Mogelijk kunnen vergelijkbare ervaringen gerapporteerd worden?

Nog een paar woorden over de volgorde van de twee voorbeelden in het begin van de zitting. Met opzet werd eerst het verhaal van het stoppen van de menstruatie verteld. De gedachte was dat de cliënte daardoor het tweede verhaal over het - eerder - opgang brengen van de menstruatie - gemakkelijker kan accepteren. Het ging om "discharging resistance" (Erickson et al., 1976, p. 320 ev.), het inspelen op een mogelijke weerstand.

Het tweede verhaal als eerste vertellen had de reactie kunnen geven: "maar bij mij zal dat toch niet lukken". Door het verhaal over het tegenovergestelde proces - het onderbreken en ophouden van de vloeïng - kan zo'n aarzeling daarin opgelost worden: inderdaad, daarom ging het dus niet.

Referentias:

Erickson, M.H. (1960), Psychogenic alteration of menstrual functioning: three instances. The American Journal of Clinical Hypnosis, 2, 227-231. Ook in: E.L. Rossi (ed), The Collected Papers of Milton H. Erickson Hypnosis - Vol. II. Hypnotic Alteration of Sensory, Perceptual and Psychophysical Processes. Irvington Publishers, New York, 1980.

Erickson, M.H., E.L. Rossi & S.I. Rossi (1976), Hypnotic Realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion. Irvington Publishers, New York.

EEN METAFOOR ALS HULPMIDDEL TER BEVORDERING VAN AMNESIE

Richard Van Dyck

Inleiding:

Amnesie is meestal geen vooraanstaande doelstelling bij therapeuten, die er op uit zijn om het probleemoplossende vermogen van patiënten te vergroten. Erickson hield er wel erg van om hetgeen gebeurd was tijdens een trance, te vrijwaren voor kritische en bewuste analyse en suggereerde daarom vaak amnesie. Ik geloof dat dit ook ten dele werd ingegeven door zijn voorliefde om patiënten in verwarring te brengen en ik betwijfel dat bewuste herinneringen over het trance-gebeuren steeds vermeden moeten worden. Meestal beperk ik me tot een uitspraak in de trant van: "Het is niet nodig om bewuste herinneringen aan de zitting te bewaren, datgene wat van belang is, zal wel tot Uw beschikking staan wanneer dat nodig is." Hiermee wordt de keuze aan de patiënt gelaten om zelf zijn herinneringen te organiseren en ik controleer ook niet systematisch of deze formulering tot amnesie heeft geleid.

In zeldzame gevallen (twee in de afgelopen drie jaar) waren er redenen om expliciet een amnesie na te streven. Hierbij werd een metafoor gebruikt die in de onderstaande gevalsbeschrijvingen wordt geïllustreerd.

Gevalsbeschrijving 1:

Over de behandeling van deze patiënte is reeds in eerdere stukjes gerapporteerd. Het betreft de slotfase van en meerdere jaren durende therapie die werd ingezet wegens vaginisme, gevolgd door fobieën, conversieverschijnselen, suïcidaliteit, schemertoestanden, anorexie en ook minder ernstige klachten. Zij is een zeer begaafd hypnosesubject en een onblusbare vechtster van wie ik veel heb geleerd over therapie en over hypnose.

De achtergrond van haar klachten was een jarenlange, incestueuze relatie met haar vader, met het vermoedelijke medeweten van haar moeder. Het kinderrijke gezin was zeer streng gereformeerd, en zij was voor de

taak van incest uitgekozen omdat ze de minst veelbelovende dochter was. De hieronder beschreven zitting speelt zich af op een moment, dat, na veel omzwervingen, haar sexueel functioneren reeds geruime tijd bevredigend was en ze ook weer aan het werk was. Hoewel de actuele situatie daar geen begrijpelijke aanleidingen meer toe gaf, werd zij nog steeds bijna elke nacht gekweld door nachtmerries die betrekking hadden op geweld en bedreiging van de kant van haar vader. Het thema was al uitvoerig besproken, zelf had ze reeds meer dan 50 schriften gevuld met het opschrijven van dromen, herinneringen en gedachten hierover. Besloten werd om te trachten d.m.v. hypnose een amnesie voor deze herinneringen op te wekken. Hierbij werd de volgende metafoor gebruikt: het geheugen is als een bibliotheek, met boekenrekken, die achter elkaar staan. In de voorste boekenrekken staan de meest heldere, steeds beschikbare herinneringen. Helemaal achteraan staan herinneringen die heel diep weggeborgen zijn en die alleen maar met moeite bereikt kunnen worden. Om een amnesie voor de thema's rond haar nachtmerries te verkrijgen, werd ze uitgenodigd om deze nare herinneringen, die in de voorste boekenrekken stonden, van hun plaats te halen en te verplaatsen naar de achterste rekken. Het onderstaande fragment, dat begint na de inductie, geeft weer hoe dit werd uitgevoerd.

Th.: Ondertussen heb je misschien al verder de trap afgedaald, ik ga nog even verder tellen.....19....en 20.... nu laat je deze toestand van concentratie maar verder op je inwerken,,, je zult dan in staat zijn beelden, voorstellingen, gedachten waar je je op richt op een hele levendige manier op te roepen, je zult in staat zijn te spreken of te bewegen, zonder dat de concentratie verstoord wordt... de bedoeling is nu afstand te winnen t.o.v. de herinnering uit je jeugd... dingen van vroeger die nog regelmatig in je slaap of op een andere manier naar boven komen... om dat te doen, om de afstand te winnen kun je je het volgende voorstellen.. kun je je voorstellen, dat je geheugen, je herinneringen te vergelijken zijn met een bibliotheek, met allemaal boekenrekken die achter elkaar staan in een kamer en dicht bij de deur, in het eerste rek staan boeken of schriften met gedachten en herinneringen die je dicht bij de hand hebt.... je kan je voorstellen, dat je nu in die kamer van je geheugen staat met een boekenrek vlakbij en daarachter allemaal rijen met nog andere boekenrekken.... en hoe verder je achterin gaat, hoe ouder de herinneringen, hoe verder ze van je af staan, hoe dieper ze begraven zijn, hoe meer je ze vergeten bent... en in de eerste rij, daar staan de herinneringen aan dingen, die je dicht bij de hand hebt, sommige daarvan zijn prettig, zoals afgelopen zomervakantie, ook die daarvoor, niet alleen vakantietijd, maar ook andere prettige dingen die zie je in het eerste boekenrek en je kunt er best nog eentje uitslichten,,,, een herinnering aan iets prettigs kort geleden,,, en als je dat boek er dan uithaalt, dan wordt die herinnering heel duidelijk en is het net alsof je dat weer opnieuw beleeft en als je er iets over wilt vertellen dan kan je dat ook doen.

Pte: Modeshow vorige week

Th.: En hoe was dat?

Pte: Oh, dat was wel leuk, veel lol gehad, in het stadhuis, zwempakje gedragen en oude badkostuums, uit 1906.

Th.: Zo, heb jij dat gedragen?

Pte: Zwarte kousen, kanten badmuts, ik had zo'n lol, ik had een heleboel gedronken, iedereen zei, dat ik het hardstikke leuk deed.

Th.: Dat is ook iets, wat je vroeger niet zo makkelijk zou gedaan hebben.

Pta: Oh nee, en al die andere figuren, op bed lag ik nog te gieren.

Th.: En als je nu dat boek op de bladzijde van die herinnering weer dicht doet en het boek weer terug plaatst,,, dan is het beeld weer weg.. je weet dat als je het terug wilt zien, dat je alleen maar het boek hoeft terug te nemen... misschien een andere herinnering ophalen... een ander boekje nemen, eens kijken wat daar staat, misschien is het ook weer iets leuks, iets van de laatste tijd, kijk maar eens rond.

Pte: Solliciteren, maar daar wil ik nu niet aan denken.

Th.: Dan zet je het maar weer terug, kijk maar eens naar iets anders...

Pte: Mijn werk, mijn klas.

Th.: Open zo maar eens een boekje van je herinneringen van kort geleden en dan merk je dat het weer scherp en heel duidelijk terugkomt... en misschien wil je er ook iets over zeggen...

Pte: De school wordt geverfd, primaire kleuren, heel vrolijk, rood, blauw, geel en wit.

Th.: Kleuren die de kinderen aanspreken.

Pte: Ik heb met Lenie ze samen uitgekozen.

Th.: Je kunt het ook duidelijk voor je zien.

Pte: Elke dag als ik kom zijn ze een beetje opgeschoten.

Th.: Terwijl je naar het boek kijkt...

Pte: Een kennis, ook gisteren geweest, een oliebol gehad, en ook mijn huis, en Hans.

Th.: Zo staan er in die eerste rij van dat boekenrek een heleboel leuke dingen... je mag het nu terug zetten, je weet dat die er staan, dat je op elk moment, dat je dat wilt, ze naar boven zou kunnen halen en je erin verdiepen, dan is het net alsof je ze weer opnieuw beleeft. Het is niet nodig, maar je weet dat het kan, het is onder handbereik.

Pte: Een heleboel van die boeken.

Th.: Een heleboel heb je er, ja.... er zijn zoveel prettige en positieve dingen, dat het echt een plezier zou zijn om je ermee bezig te houden, maar je hebt het nu veel te leuk om gewoon verder te gaan, verder te leven en nieuwe dingen mee te maken en misschien als je oud bent en het eens rustig aan doet, dat je er dan plezier in zal scheppen...

Pte: Nee, nee, zo wil ik niet worden, ik wil altijd in de toekomst blijven leven, ook als ik oud ben.

Th.: Het is zeker goed, dat je daar nu zo over denkt en hoe je daarover denkt als je oud bent...

Pte: Ik wil in het heden leven, niet in de toekomst.

Th.: Okee, we zullen maar eens allebei afwachten wat we doen als we oud zijn, ik weet het ook niet precies, en ik denk jij ook niet.... maar goed, nu wil je in het heden leven en gelijk heb je, er gebeurt in het heden zoveel dat de moeite waard is, dat je daar zeker in moet blijven.

Pte: Onverstaanbaar..... voel je niet..... onverstaanbaar.... zo'n hoop.... onverstaanbaar.

Th.: Kijk nog maar eens naar dat boekenrek, en dan zie je een hele rij met leuke herinneringen, sommige ervan zijn minder leuk, sommige zijn gewoon neutraal, sommige zijn zelfs een beetje onprettig, dat zijn de dingen van de laatste tijd, de dingen waarvan je weet dat je ze bij je wil houden, ook de minder leuke, iets wat wel eens tegengevallen is, dat bestaat ook, je bent niet naïef, en je weet dat ze wel...

Pte: Ik ben soms zo naïef...

Th.: Soms, soms wel.

Pte: Ik vlieg er vaak in...

Th.: Maar steeds minder.

Pte: Vroeger veel meer.

Th.: En het is steeds minder nodig voor jezelf, dat je naïef bent, zo is het toch....

Pte: Ik kan me veel beter verweren ook, ik durf veel meer, ik kan zo iemand opbellen, het kan me niet schelen wie het is...

Th.: Bij al die herinneringen, die prettige, neutrale, minder prettige, zijn er ook bij, die ongevraagd bij je naar boven blijven komen en die kun je nu voor je zien. Het zijn herinneringen, die te maken hebben met vroeger, met je vader, hoe het thuis was, vroeger,.... ja,... ben je er even uit?

Pte: Ja

Th.: Zullen we maar verder gaan, of wil je eerst iets zeggen?

Pte: Niks, ik ben wakker geworden.

Th.: Ja, nou, als je nou je ogen dicht doet, kun je zo verder gaan... ik zal weer eens tellen.... terwijl ik tel, ga jij weer diep ontspannen.... één... etc. tot twintig... je laat nu verder de concentratie op je inwerken... je voelt je prettig... kunt je concentreren op de dingen die we bespreken... je kunt al het nodige doen,,, om te bereiken waar we vandaag aan begonnen zijn... en die herinneringen, die boeken met die negatieve herinneringen die mag je nog even negeren... je laat ze nog maar even staan... maar je gaat maar eens kijken naar het tweede en derde rek en dan zie je dat naarmate je verder in die kamer komt allemaal andere boeken staan waarvan je allang vergeten was dat die er nog waren... en hoe verder je in die kamer gaat hoe ouder en hoe meer vergeten die herinneringen zijn en als je nog verder gaat, het vierde rek, het vijfde en het zesde, worden het stilaan zulke oude dingen, dat je helemaal niet meer wist, dat die er nog waren en je kijkt maar eens rond en er zijn dingen van een hele tijd terug en je kijkt maar eens rond wanneer je bijna helemaal aan het eind van die kamer bent en je gaat maar eens een heel eind terug en dan pak je maar eens een boek uit en in dat boek kijk je maar eens of je daar iets ziet wat ook leuk is van heel lang geleden, misschien een kleinigheidje maar, een leuke middag, avond, iets van echt lang geleden.... misschien is er tussen al die boeken van vroeger nog best wel eentje waar een hoop leuke dingen in staan... vertel eens....

Pte: Ik speelde met mijn vriendje, bij die wasserij...

- Hier wordt even over gepraat, blijkt toch niet zó leuk te zijn -

Th.: Maar voor die tijd waren er ook best leuke dingen. Kijk eens of er nog andere boeken of boekjes staan.

Pte: Een heleboel

Th.: Een heleboel... nou, dan zou ik willen dat je een paar van die boekjes, dat je die onder je armen nam en naar het eerste rek ging,,, en bij het eerste rek zou ik willen, dat je er een paar uit neemt, nl. die herinneringen die te maken hebben met je vader en met al de narigheid van vroeger en dat je ze gewoon verwisselt... dat de leuke herinneringen van een hele tijd terug die je uit het achterste rek hebt gehaald, dat je die op die plaats zet en dat je die vervelende herinneringen eruit haalt en dat je die meeneemt en terug loopt naar de achterste rekken en daar die vervelende herinneringen opbergt.... en misschien vind je die boeken wel heel zwaar en moeilijk om te dragen....

Pte: Het is heel wat om te lopen hoor.

Th.: Maar breng ze er maar één voor één naar toe, je mag er twee tegelijk.

Pte: Als ik ze kan dragen...

Th.: Wat je kan dragen... het is niet leuk om ze vast te pakken, het is niet leuk om ze eruit te halen... maar als je ze achterin opbergt en neerzet, dan voel je...

Pte: Kan ik ze niet verbranden?

Th.: Verbranden is niet nodig... ik zal je uitleggen waarom het beter is van ze niet echt te verbranden... je wil ook gewoon bewust je leven kunnen leiden bij je volle verstand en je hebt afscheid genomen in emotioneel opzicht, van je vader, hij heeft zijn macht over je verloren... een mens heeft herinneringen, ook aan die dingen die niet prettig zijn.... maar die kun je wel diep opbergen, maar het is beter om niet te proberen ze te vernietigen.

Pte: Ik ben er al mee bezig om ze weg te zetten.

Th.: Goed.

Pte: Ik wil gewoon zijn.

Th.: Precies

Pte: Het doet me ook niks hoor.

Th.: Hoeveel heb je er al weggezet?

Pte: Ik ben nog steeds bezig.

Th.: Voor elk boek, dat je wegzet neem je maar een ander boek mee, met iets leuks erin om het gat op te vullen.

Pte: Ik kan in die boeken kijken hoor.

Th.: Ja.

Pte: Ik ben er ook mee bezig.

Th.: Als je wat wil zeggen, dan mag je dat doen.

Pte: Ik ben heel sterk, ik kan het makkelijk aan, toch is mijn moeder de hoofdschuldige... ik heb veel meer bereikt, dan hij ooit dacht... ik heb de UIO gehaald.

Th.: En de dingen waar je nog eens in wilt kijken voordat je ze wegzet, dat mag je nu doen, je hoeft niet alles te bekijken, maar misschien net genoeg dat je weet wat je wegzet.

Pte: Het is veel waar ik me.... onverstaaanbaar.

Th.: En op het moment dat je ze wegzet is het dat je gedachte verdwijnt... net alsof je de woorden die erin staan hebt uitgeveegd met een spons.

Pte: Ze krijgen het.... onverstaaanbaar. Ik zet ze eigenlijk allemaal maar weg.

Th.: Hoeveel moet je er nog wegzetten?

Pte: Ik ben bijna klaar, nog een stuk of 10... 11... nog een paar dikke bij.

Th.: En je neemt ook altijd wel iets anders terug mee.

Pte: Nee, dat doe ik niet, ik kan maar één ding tegelijk.

Th.: Goed, dat doen we dan straks.

- Paar minuten stilte. -

Pte: Klaar.

Th.: Goed zo, nu maar even een kopje koffie drinken, even uitrusten, straks gaan we gaten opvullen met wat prettige dingen, maar nu maar even uitblazen... je kan in je gedachten een prettige, gemakkelijke stoel erbij zetten en gaan uitrusten en ontspannen, want je bent er best moe van, het is net alsof je grote schoonmaak gehouden hebt, al de rommel het huis uit.

Pte: Ik ga lekker straks naar het strand.

Th.: Alle vervelende dingen staan nu op de achterste rijen en verdwijnen nu uit je gedachten en als je dat persé zou willen, dan kun je ze wel terughalen, maar je zult merken, dat je er weinig behoefte aan zult hebben om dat ooit te doen, want het is prettiger zo, ze hebben weinig nut meer voor je, geen nut mag je wel zeggen. Ze verdwijnen niet alleen uit je bewuste gedachten, maar ook uit je onbewuste, ze verdwijnen uit je dromen en daarmee is er plaats gemaakt om van prettiger dingen te gaan dromen. Dat zul je ook de komende dagen wel merken, dat je dromen gevuld worden met prettiger en aangenamer dingen dan je tot nu toe gewend was. Je zult merken, dat je vooral prettiger onderdelen van je dromen zult blijven onthouden. Het zal een prettige ervaring zijn te merken hoe je ook anders kan dromen.... omdat ze ook uit je onbewuste gedachten verdwijnen zul je in staat zijn om je dingen die nog overblijven als restant van vroeger ook verder te ontgroeien, zoals het overdreven netjes zijn op je eigen lichaam, daarvan zul je merken dat het vanzelf in goede zin verandert, dankzij het feit dat die herinneringen je niet meer komen storen.

Pte: Onverstaaanbaar... of omdat ik dat van jou moest leren.

Th.: Dat hoeft nu niet meer, de tijd dat het een soort symbolische handeling die je toen hielp om je eraan te herinneren dat het vies zijn voorbij is.... maar nu die herinnering zo opgeborgen is heb je dat symbool ook niet meer nodig en hoef je je niet vaker schoon te maken en te wassen dan je dat vanuit jezelf nodig vindt... en de neiging om te overdrijven die zal nu verdwijnen... en als je nu wilt rusten dan doe je dat maar, dan kan je ondertussen de gedachten, die we net hebben besproken, laten bezinken, zodat ze goed hun werk zullen doen.

- Paar minuten stilte -

Commentaar:

Het plotseling ter sprake brengen van de traumatische herinneringen, deed de trance verbreken. Daarom werd bij de tweede poging eerst geconcentreerd op positieve herinneringen. Het verplaatsen of terugdringen van de herinneringen werd verkozen boven het vernietigen, omdat dit laatste niet realistisch en ook niet wenselijk leek: een dergelijke grote geheugenvervalsing over feiten die inmiddels ook aan anderen bekend waren, zou voor haar tot nadelige situaties kunnen leiden. Met de bibliotheek-metafoor komt ze dichterbij het natuurlijke vergeten en heeft ze de feiten toch nog tot haar beschikking wanneer dat nodig zou zijn. Sinds ruim twee jaar zijn de nachtmerries weggebleven.

Gevalsbeschrijving 2:

Het gaat om een jonge vrouw, die zo lang ze zich kan herinneren, zeer frequent moet plassen, vooral wanneer dat ongelegen komt, zoals tijdens busreizen, op het podium (ze doet aan toneel) etc... Het plassen loopt soms op in de tientallen keren per uur en heeft inmiddels tot vermijdingsgedrag geleid. Via de bandjesmethode met reoriëntatie naar de gewenste toekomst is de plasbehoefte aanzienlijk teruggelopen en ze heeft de meeste van haar activiteiten weer hervat. Hoewel het plassen aanzienlijk minder is, blijft de gedachte eraan, de verwachtingsangst, nog voortbestaan, ook nadat ze al talloze keren heeft kunnen vaststellen, dat haar feitelijke reacties veranderd zijn. Tijdens de volgende zitting worden twee doelen nagestreefd: elimineren van de verwachtingsangst door amnesie en substitutie van de plasbehoefte door "onschuldiger" spanningsverschijnselen. Van tevoren wordt haar mogelijkheid tot amnesie uitgeprobeerd door een directe vergeet-opdracht.

Th.: Als je het prettig vindt, kies je maar een punt. Inductie door oogfixatie (ontspanning, bepaalde concentratie, zwaar worden van oogleden, rustige ademhaling).

Verdieping door het afdalen van een trap van 20 treden.

In deze toestand, die je nog verder kan laten verdiepen, ben je gemakkelijk in staat gewaarwordingen, ervaringen te sturen in de richting die je wenst.

Stel je voor, dat je een schoolbord voor je ziet, misschien van de 1e klas van de Lagere School. Stel je voor dat in grote cijfers de eerste 10 cijfers worden opgeschreven: 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.. ...8.....9.....10. En terwijl je ernaar kijkt, zie je een hand die het cijfer tussen de 5 en 7 uitveegt. Terwijl het cijfer wordt weggeveegd, verdwijnt het ook uit je gedachten, net of het niet meer bestaat.

- Th. verzoekt patiënte hardop te tellen van 1 tot 10. Stil. -

Pte: 1...2...3...4...5.....7...8...9...10.

Th.: Prima. Dezelfde hand die hem heeft uitgeveegd zet hem nu terug en op die manier is het weer in je gedachten. Wat was het cijfer?

Pte: 6.

Th.: Je weet nu dat het mogelijk is, ook je herinnering te sturen.

Je weet iets meer, dat je iets kon, zonder te weten dat je het kon.

- Th. wijst verder op de mogelijkheid iets elementairs, zoals het cijfer 6, te kunnen vergeten. Zo zou ook de preoccupatie om te moeten plassen op de achtergrond kunnen komen. Verder op de achtergrond, dan het cijfer 6 geweest is. -

Th.: Stel het volgende voor: je bent in 'n kamer en in die kamer zijn je herinneringen bewaard..... in de vorm van boeken en schriften.... misschien dagboeken die je zelf hebt geschreven.

De eerste rij, dat zijn de gedachten waar je nu mee bezig bent de afgelopen dagen, belangrijke en onbelangrijke gedachten, die heel dicht bij het bewustzijn zijn en één van die gedachten, de gedachte over de noodzaak te plassen kun je het boek - schrift dat daarop betrekking heeft eruit halen, je weet het vast wel..... bekijk het maar.

Verder in de kamer staan nog boekenrekken vol oude herinneringen, die nu ver weggezakt zijn, achter in je geheugen. Loop nu eens met dat boekje m.b.t. het moeten plassen naar de kast met de oudste boekjes. Haal er een boekje met oude herinneringen uit en zet het boekje over plaatsen ervoor in de plaats. Neem het boek met de oude herinneringen mee naar de voorste rij, je hebt het nu uitgewisseld.

Pte: Mompelt (onverstaanbaar)

Th.: Vraagt of het leuk is.

Pte: Ja

Th.: Die herinneringen kunnen weer opgehaald worden, als je dat wilt, ze zijn onder handbereik. Terwijl de herinneringen op de achterste rij, ver van je gewone bewustzijn afstaan. Alleen toegankelijk, als dat echt nodig is, maar ik denk als het goed opgeborgen is, dat je er weinig behoefte aan hebt.

Denk eens aan het volgende, aan de plezierige opwinding, die je kan voelen voor je presteert. Als je daaraan denkt, kun je de verschijnselen gewaarworden..... een beetje spannend, maar vooral leuk..... of het gevoel van een droge mond voor je gaat optreden en het juist heel prettig is om een slokje te nemen van een glaasje wijn, fris helder water of een andere drank. Of denk eens aan het licht opgewonden, warme gevoel, dat je kunt hebben als je gaat beginnen iets uit te voeren, en terwijl je eraan denkt, kun je ze gewaar worden, zelfs alle drie. Neem er wel je tijd voor.

Pte: U hebt er maar twee genoemd.

Th.: Het derde is het warme gevoel dat je krijgt voordat je gaat beginnen met een lichte opwinding, waardoor je gemakkelijker gaat transpireren, zoals wanneer je aan het sporten bent.... een prettige warmte....

Th.: Het lijkt met dat het je uitstekend zal bevallen als je voortaan, wanneer je bezig bent om je voor te bereiden op een uitvoering of andere prestatie, om één van deze 3 gewaarwordingen als signaal te hebben, dat je het juiste niveau van spanning hebt..... om goed te kunnen presteren. Misschien dat soms de vraag wel opkomt, of je wel voldoende gespannen bent, maar telkens als je één van deze gewaarwordingen vaststelt, zul je tot tevredenheid constateren, dat de juiste spanning er is. Misschien zul je je afvragen of die wel op tijd komt, dan zul je merken, dat soms in het begin en soms na afloop van de voorstelling de spanning is toegenomen tot het juiste niveau..... Het is niet nodig om bewuste herinneringen vast te houden van deze oefening. Alles van belang staat tot je beschikking.... op een onbewust niveau, dat zich automatisch vanzelf regelt. Je weet, dat je lichaam je te hulp komt, dat een trouw en prachtig onderdeel van jezelf is, dat soms tot meer in staat is dan je denkt. Je kunt nu ook toestaan, dat je gedachten meer op hun eigen beloop gaan.....

Na afloop van deze oefening wil ik nog even met je praten over de manier waarop je de komende tijd het best kunt omgaan met zelfhypnose en ontspanning en als je voelt, dat het moment er is om terug te komen... verplaats je je naar deze kamer.....

Commentaar:

Na afloop van de sessie was ook de preoccupatie met het plassen verdwenen en daalde haar plasfrequentie tot normaal. Zij rapporteerde later in spannende situaties zich warm te voelen of licht te zweten. Zij had ook een "Aha-erlebnis" die haar sterk aansprak: ze merkte op, dat velen vóór het optreden op het toneel allerlei nerveuze verschijnselen hadden en niet weinigen moesten vaker plassen. Dit was haar nooit eerder opgevallen. Ik vermoed dat de substitutie met een ander spanningsverschijnsel deze afloop bevorderde. Bij een follow-up gesprek na 9 maanden was de bereikte vooruitgang nog steeds aanwezig.

WAAROM WORDEN

SOMMIGE PATIËNTEN

NIEUW BETER?

Dick N. Oudshoorn

Wanneer een patient niet beter wordt gedurende een behandeling, bestaat er bij de therapeut de neiging de verklaring hiervoor in onvermogen of onwil van de patient te zoeken.

In dit artikel worden er enkele voorbeelden gegeven van 'onverbeterlijke' patienten (althans die indruk wekkende), gevolgd door discussie.

Scheff, Th.J. De psychisch gestoorde en zijn milieu. Het Spectrum -utr. 1969

1. Inleiding

Als een patient niet beter wordt, is het een goede zaak je allereerst af te vragen of je wel de goede methode hebt toegepast, respectievelijk welke fouten je wellicht gemaakt hebt. Zie je die niet dan zou de volgende stap moeten zijn met een collega te overleggen, die je eventueel op bepaalde dingen wijst die je over het hoofd had gezien, en die nieuwe suggesties kan geven. Ook gedegen en ervaren therapeuten moeten wel eens oppassen niet te snel met verklaringen te komen in de trant van: 'Deze patient wil niet van zijn klachten af' -waarvoor hij vervolgens ongetwijfeld ook goede argumenten kan vinden.

Gesteld nu, dat de methode goed wordt bevonden, dan komt de vraag aan de orde: 'kan of wil deze patient niet opknappen?' (een minder scrupuleuze therapeut stelt deze vraag natuurlijk al veel eerder...).

De eerste categorie geeft de doorslag: zolang als er goede argumenten zijn voor de eerste veronderstelling, pleegt de tweede niet aan bod te komen. Heeft men daarentegen redenen om aan te nemen dat de patient wel klachtenvermindering zou kunnen laten zien, dan pleegt de tweede verklaring te worden uitgesproken. Vanzelfsprekend heeft dit gevolgen voor de verdere behandeling.

In dit verband moet op een veel bekender -en sterk verwant- verschijnsel worden gewezen. Het betreft overwegingen a priori, waarmee ik bedoel: nog vóór de patient is gezien, dan wel na summier onderzoek. Beschikt de onderzoeker namelijk over ongunstige informatie vooraf en/of stelt hij al snel een ongunstige diagnose, dan heeft dat negatieve consequenties voor de behandeling. Een optimistisch uitgangspunt geeft ook grotere kans op gunstig resultaat (verg. Scheff, 1969).

In Directieve Therapie
deel I van id.en R.Van
Dijck. Hfdst 1

Daarom is dit ook tot een belangrijk beginsel van de Directieve Therapie verheven (verg. van der Velden, 1977).

Ik zal nu eerst drie gevalsbeschrijvingen geven over patienten bij wie de symptomen niet, of onvoldoende op de therapie reageren. Bij twee van de drie ben ik er voor mezelf tamelijk zeker van dat ze vrij van symptomen zouden kunnen zijn (dit blijkt ook uit de hierna te geven gevalsbeschrijvingen); bij de eerste aarzel ik om hetzelfde te beweren. Overigens lopen alle drie de behandelingen nog.

2. Gevalsbeschrijvingen

Berend, geboren in 1953, staat al vanaf 1971 als psychiatrisch patient geboekt. Hij heeft in 1970 zijn eindexamen gymnasium gehaald, is toen nog aan de rechtenstudie begonnen, maar is daar zeer snel mee gestopt. Nadien komt hij tot niets meer; hij vertoeft dagenlang op zijn kamer (boordevol ongelezen boeken) zonder ook maar iets te lezen of te doen, of zwerft doelloos met de trein door heel Nederland. Ooggetuigen hebben beweerd dat Berend dan wel eens in een soort schemertoestand lijkt te verkeren. In zo'n conditie wordt hij op een dag -vrij toevallig- door de GGD opgepakt en naar een algemeen ziekenhuis gebracht, waar hij op de neurologische afdeling wordt opgenomen. Hij doet daar geheimzinnig - het kost bijna een etmaal voor hij zelfs maar zijn naam wil prijsgeven. Hij omzeilt rechtstreekse vragen en reageert paranoïed. Zijn gedrag is daar erg stereotyp en bizar. Hij maakt er een emotieloze indruk. De diagnose wordt er door zenuwarts A. gesteld op Schizofrenie; hij krijgt Terfluzine als antipsychotisch medicament en verblijft er twee maanden.

Dit heeft zich dus afgespeeld in 1971. Jarenlang is er dan klaarblijkelijk geen behandelcontact, tot hij in 1974 weer in aanraking komt met zenuwarts A. die hem in psychiatrisch ziekenhuis B. laat opnemen. Berend's voornaamste klacht is 'levensmoeheid' hij vertoont een bloeiend paranoïed-hallucinatoir syndroom bij helder bewustzijn en de diagnose luidt wederom: Schizofrenie.

Al na een dag of tien is hij weer ontslagen; hij heeft de druk van de (open) afdeling te groot gevonden. De ontslagbrief vermeldt nog dat de ouders zich over die klachten erg ongerust hadden gemaakt. Daarna blijft Berend poliklinisch onder behandeling bij zenuwarts A. tot deze zijn psychiatrische praktijk begin 1978 overdraagt aan psychiater O.*Vermeldenswaard uit die periode is een zomerreis in 1977 naar een correspondentievriendin, die zeer geslaagd verloopt; na thuiskomst verbreekt hij die relatie dan prompt weer. Nadien verkeert hij weer in dezelfde impasse als in het verleden, slechts bezig met volkomen onbelangrijke dingen. Hij praat wel over werk in de toekomst, maar onderneemt geen enkele stap in die richting. Hij neemt wel stipt zijn Terfluzine in.

Achterop de vragenlijst bij aanmelding (bij psychiater O.) schrijft Berend: 'De tijd gaat aan mij vaak verloren doordat ik geen vat op de dingen heb. Het leuke is eruit en ik heb er nog niets beters voor in de plaats. Ik heb soms momenten, dat ik me 100% goed voel en dat is wat ik de hele dag moet hebben. D'er komen geen echte gedachten meer op, die logisch zijn, hoewel roken me een handje in de goede richting helpt. Soms ben ik een beetje bang voor mensen zonder enig aanwijsbare reden. (Hij besluit met het volgende, wat hij later weer doorstreept:) Ik hoor vaak stemmen van buiten, die precies op mijn golflengte liggen als ik zelf zit te denken. Zo kan ik zelf niet behoorlijk denken. Ik weet alleen niet waar het vandaan komt.'

Het gezin is van indische afkomst en telt vijf kinderen, van wie Berend de derde is. Zijn vader is leraar aan een LTS, een zachtmoedige, weifelende en altijd naar het depressieve neigende man. Moeder wekt de indruk nooit uit haar evenwicht te geraken; haar gevoelens zijn met geen mogelijkheid te peilen. Het gezin is na Berend's eindexamen van Steenwijk naar Zwijndrecht verhuisd.

Eerste gesprek: Berend is alleen gekomen. Hij is een erg kinderlijke jongen (lijkt eerder negentien dan vijftientig) met starre motoriek en mimiek en klaagt over contactstoornissen en een saai bestaan. In Steenwijk was het prettiger dan in Zwijndrecht; het was daar rustiger. Op de vraag wat zijn plannen zijn antwoordt hij dat hij over vijf jaar misschien het huis uit wil. Hij rookt nogal opvallend; desgevraagd legt hij uit dat hij vijf sigartetten per uur rookt en precies 75 per dag.

De therapeut legt uit dat hij bij voorkeur met het gezin werkt en nodigt hem uit voortaan zijn ouders mee te nemen.

De therapeut is zeker geen pessimist te noemen. Hij pleegt kort, planmatig en doelgericht te werken; in dit geval echter heeft hij zich duidelijk laten

*De auteur van dit artikel.

imponeren door de ongunstige informatie vooraf en door het -daarmee overeenstemmende- gedrag van Berend. Klinisch pessimisme prevaleert direct wat de betrokkenheid en creativiteit van de therapeut belemmert. Misschien zal een gesprek met de ouders erbij een aanknopingspunt voor een veranderingsstrategie opleveren.

april 1978 Tweede gesprek: Ouders met Berend. Vader praat op zachte en verontschuldigende toon over Berend's stemmen. De burens lachen hem uit. Toch vindt vader dat het met Berend langzamerhand beter gaat. Specifieke voorbeelden kan hij niet geven. Moeder kijkt sceptisch, maar blijft zwijgen. Alles wijst op een chronische status quo - niemand vraagt er om hulp of lijkt iets van behandeling te verwachten. Daarom wordt er een afspraak voor over drie maanden gemaakt.

augustus '78 Derde gesprek: Men was weggebleven, maar nu heeft vader toch om een gesprek gevraagd. Berend had een tijdje geen Terfluzine ingenomen en had toen drukker gehallucineerd dan gewoonlijk; nadien heeft hij ze weer wel ingenomen. Berend zegt dat hij een tijdje naar Deventer wil, naar de grootouders (moederszijds). Vader maakt onmiddellijk bezwaar (er zou iemand zijn die Hash rookt) en moeder zegt dat Berend toch wel weer binnen enkele dagen terug zal zijn, net als altijd... De therapeut prijst Berend -à la Milanaise- voor diens opofferingsgezindheid om altijd maar bij zijn ouders te blijven. Hij reageert stomverbaasd met: 'Ik ben Jezus niet!'... en kondigt aan dat hij naar Deventer gaat.

september '78 Vierde gesprek: Berend blijkt ditmaal zowaar tien dagen bij zijn grootouders te zijn gebleven. Nu is hij weer thuis en rookt veel. Hij denkt dat hij overspannen is door een verstopte neus. De therapeut krijgt nog steeds niet de indruk dat men ook maar enige verandering in de bestaande situatie wenst. Hij maakt maar weer een afspraak voor over vier maanden. Men blijft dan zonder bericht weg.

november '79 Vijfde gesprek: De huisarts heeft op de afspraak aangedrongen nadat zich een crisis heeft voorgedaan. Berend heeft zijn moeder met een mes bedreigd (zonder haar overigens een haar te krenken) en heeft zichzelf toen gemutileerd. Hij zit er nu als een soort Boedha bij, onbeweeglijk, uitdrukkingloos, met zelf op het gezicht en een vreemd toegetakelde haarbos, krassen over het voorhoofd, en zit te kettingroken. Ditmaal is zijn zusje vergezeld van haar vriend ook meegekomen.

De ouders opperen voorzichtig plaatsing in een rusthuis.(!) Berend reageert prompt met 'Daar ga ik dood'. Desgevraagd legt hij uit dat hij niet zonder zijn ouders kan. De therapeut suggereert dat Berend misschien niet alleen aan sigaretten is verslaafd, maar ook aan zijn ouders. 'Al zou je van hun af willen, dan is dat nog een hele toer.' Berend werpt tegen dat hij helemaal niet van hun af wil. De ouders laten blijken het wel degelijk een probleem te vinden dat er geen zicht is op onafhankelijkheid van hun zoon, maar willen hem ook beslist niet kwijt.

december '79 Zesde gesprek: Berend ziet er nu gaaf en goed verzorgd uit. Hij rookt aanzienlijk minder en doet zijn best een normaal gesprek te voeren. Vader vertelt dat Berend weer contact met anderen legt 'hoewel op een vreemde manier'. Moeder beaamt het, maar zegt zich toch te schamen om samen met haar zoon boodschappen te doen. Berend reageert er niet op, maar blijft stralend kijken.

De therapeut informeert hoe het met de 'verslaving' aan de ouders gesteld is. Er zijn allerlei mogelijkheden: (1) wil hij het zo laten, of (2) geleidelijk verminderen, bv door afwisselend met vader en met moeder op te trekken, of (3) wil hij het plotse-ling verminderen, of (4) het omgaan met hun juist opvoeren? Berend voelt het meest voor (4); de ouders daarentegen voor (1) ! Alleen zusje en vriend vinden dat er snel iets moet veranderen, bv. door middel van dagbehandeling. Er is naar de mening van de therapeut dus nog steeds geen behandel-contract mogelijk en daarom stelt hij hun voor hem op te bellen als ze iets bepaalds willen bereiken.

Drie maanden later komt er een brief van de huisarts, die mededeelt dat vader depressief is en al geruime tijd in de ziektewet loopt. De huisarts wijt dit aan het gedrag van Berend en aan vaders ambivalente houding. Het gevaar voor een scheuring zou z.i. inmiddels niet denkbeeldig zijn. Hij suggereert een tijdelijke uithuisplaatsing. Het gezin krijgt hierop een nieuwe afspraak, maar blijft weg. Enige tijd later bedenkt men zich kennelijk nog eens en komt er alsnog een afspraak tot stand.

Juni '80

Zevende gesprek: Ditmaal zijn ouders en Berend vergezeld van een broer die geneeskunde studeert. Berend zit er ontspannen lachend bij. Iedereen is het erover eens dat hij zich de laatste weken als een voorbeeldige, aardige jongen gedraagt. De ouders en Berend zitten te stralen; de broer vraagt echter of de therapeut er iets aan kan doen. Hij denkt daarbij aan opname. Het antwoord is dat opname in een crisissituatie altijd mogelijk is, maar dat hij nu toch hoort dat alles goed gaat! De broer zegt daarop dat Berend naar zijn

mening nu aan behandeling toe is. De therapeut antwoordt daarop dat hij behandeling al geruime tijd overweegt, maar dat het nu nog te vroeg is. Berend wil klaarblijkelijk nog steeds een aardig kind voor zijn ouders zijn, wat in zekere zin een offer is. Berend beaamt het onmiddellijk en kletst wat door over 'eeuwige jeugd'.

Augustus'80 Achtste gesprek: Alles gaat thuis rustig zijn gangetje. Berend heeft een eigenaardig tijdsbesef: hij zal bv niet volwassen zijn voor zijn veertigste verjaardag, en twaalf jaar om te veranderen is erg kort. Hij voelt zichzelf nu vijftien jaar. Vader bevestigt dit door op te merken dat Berend met een jonger neefje heel normaal omgaat.

October'80 Megende gesprek: Berend zegt dat hij zich nog steeds vijftien jaar voelt, maar bespeurt vooruitgang. (Een bewering die meestal uit vaders mond komt). Hij is erg bezig met zijn ziekte, die hij deels als een excuus gebruikt (de therapeut zegt: 'houten poot'), maar waar hij voor een deel ook reëel over denkt. Hij ziet het zelf zo, dat hij is gestrand bij de overgang van Steenwijk naar de Randstad. Daarbij is dan nog gekomen de overgang van middelbare school naar de Erasmus-universiteit. Op de colleges voelde hij zich volslagen een eenling, hij bleef steeds vaker weg van colleges en besloot toen om te zwaaien naar Economie. Vader kocht alle benodigde boeken, maar al na drie dagen stopte Berend er helemaal mee. Toen volgde de grote instorting.

Nu zit hij thuis, meestal in de -open- keuken met allerlei apparaten en tijdschriften om zich heen, waarbij hij moeder ontstellend in de weg zit. Hij steekt geen vinger uit, eet niet mee aan tafel, maar altijd vooraf of achteraf. Moeder zegt het wel lastig te vinden, maar ze heeft het maar laten lopen. De therapeut vergelijkt hun situatie met die van een moeder die haar jengelende kind altijd diens zin heeft gegeven. Berend snapt het direct: Ze zijn te aardig voor me geweest! De therapeut waagt het een visje uit te gooien, om te onderzoeken of ze enige verandering in deze situatie wensen, door een keuze uit twee directieven aan te bieden: (1) Is moeder bereik Berend kookles te geven? of (2) wil Berend laten zien dat hij er bij hoort door aan tafel mee te eten? Moeder wijst het eerste lachend van de hand. Hiermee is impliciet voor het tweede gekozen.

Vader rapporteert zijn eigen herstel: hij geeft weer les. Hij zit er ontspannen bij en vertelt over zijn eigen opvoeding in Indonesië, waar je met tien bevolkingsgroepen en talrijke religies rekening moest houden en waar je altijd voorzichtig moest zijn met wat je zei. Hij ziet verband met Berend die als een kind geheel weerloos was.

December '80 Tiende gesprek: Berend eet mee aan tafel. Moeder geeft geen kookles, want Berend handelt haars inziens onverantwoordelijk en doet alles verkeerd. Haar wordt gevraagd of ze daar een verklaring voor kan bedenken. Ze heeft geen idee. De therapeut zegt op vragende toon: 'Dan hoeft het niet meer? Ze kijkt stomverbaasd: 'Ja, dat zou best kunnen...'. Berend troont als vanouds in de keuken, hoewel het moeder enorm hindert. Maar vader vergoelijkt het, ja praat vertederend over zijn zoon, en moeder kijkt ook niet echt ongelukkig. Berend rapporteert dat hij zijn gedachten tegenwoordig opschrijft. -hij laat het kennelijk aan vader lezen; die vertelt namelijk dat de gedachten van zijn zoon syntactisch goed zijn, maar dat er geen samenhang in zit.

Het is alsof het gezin de therapeut wil zeggen: 'Geef de moed niet op, op den duur willen we echt wel anders, maar voorlopig willen we geen ingrijpende veranderingen in onze situatie.' De achterliggende redenen zijn de therapeut niet bekend. De veronderstelling dat elke verandering als ontrouw wordt ervaren is niet onwaarschijnlijk, maar speculatief. De voornaamste systeemregels zijn wel duidelijk geworden.

De tweede patient, Jan, nu 17 jaar oud, is eerder beschreven (Oudshoorn, 1980-I).

in Directieve Therapie
deel II van je-weet-wel
Hoofdstuk 11.

Jan klaagt sinds zijn 14de jaar, als hij voor de tweede maal in de brugklas MAVO zit, over tics en dwanghandelingen. De behandeling heeft toen tien zittingen gevegd, die werden bijgewoond door beide ouders en Jan. Aanvankelijk is er grote weerstand geweest, zowel bij moeder als bij Jan, tegen alles wat de therapeut naar voren brengt. Opdrachten -zoals negatieve oefeningen- worden slecht uitgevoerd. Op een bepaald moment loopt de spanning dramatisch op en kan gesproken worden van een crisis. Het symptoom stampvoeten heeft dan onduidelijke proporties aangenomen. Omdat dit een gezin is dat onderlinge kritiek of agressieve uitlatingen niet tolereert, geeft de therapeut de volgende interpretatie: 'Jan wil met zijn stampvoeten -zonder u te kwetsen- iets uitdrukken.' Hierop reageert iedereen gunstig; de ouders krijgen tranen in hun ogen. Jan krijgt nadien meer ruimte om 'gewoon' onredelijk, prikkelbaar enzovoort te

zijn en de symptomen verdwijnen nagenoeg helemaal.

Halverwege 1980 nemen de symptomen weer alarmerend toe, met name verschillende dwanghandelingen. Het valt op dat moeder er zeer veel aandacht aan schenkt. Veel van die handelingen zijn in feite niet hinderlijk voor de omgeving. Maar wat de ouders zorgen baart is dat Jan soms de neiging heeft zijn zusje in te schakelen, voor bezigheden, die hem zelf vanwege het dwangen teveel tijd zouden kosten. Het verschil tussen dwang en dwingen is hier overigens wel moeilijk vast te stellen.

Jan krijgt opdracht zijn zusje er categorisch buiten te laten, en moeder en vader wordt aangeraden de symptomen te negeren. (Gesprek juni 1980.)

De volgende afspraak wordt afgebeld, en door vacaties kan er pas een nieuw gesprek worden afgesproken twee maanden na het vorige.

1 aug'80

Tweede zitting (na heraanmelding): De symptomen zijn sterk toegenomen: Jan 'toetert'* soms zeer lang, kan uren onder de douche of op de wc verblijven zodat iedereen moet wachten, en wat het ergste wordt gevonden: hij balkt als een ezel zodat de hele straat het kan horen. Jan grijnst breed als moeder dit vertelt. Vader -die meestal op de hand van Jan lijkt te zijn- maakt er grapjes over. De therapeut heeft behoefte aan ruggespraak en belegt een screenzitting. Het gezin gaat accoord.

14 aug'80

Derde zitting: Behalve ouders en Jan zijn ook de tweede broer en de twee zusjes aanwezig (Jan is de oudste). Het gezin gedraagt zich voorbeeldig; een gezinsregel is in ieder geval wel duidelijk: er is geen ruimte voor onaardigheid in welke vorm dan ook. Jan's getoeter staat niet alleen: zijn broer kucht voortdurend en een zusje stottert. Vader heeft rugklachten en hartklachten in zijn anamnese; zelfs zijn die klachten er voor verantwoordelijk dat vader zijn beroep aan huis uitoefent (hij is handelaar in relatiegeschenken). Het gezin is echter niet tot gezinsbehandeling s.s. te bewegen; 'het enige probleem is Jan'. Ze willen uiteraard wel op alle mogelijke manieren aan diens behandeling meewerken.

Daarop wordt besloten een sluitend gedragstherapeutisch programma met responspreventie aan te bieden. Als dit wordt voorgelegd volgt onmiddellijk fel protest: 1) dat is allemaal al eerder gepoogd en zonder succes; b) de toestand is thuis nu onhoudbaar. De therapeut belegt een nieuwe afspraak voor over een week.

* een trompetterend geluid met de mond.

21 aug'80 Vierde zitting: Als de situatie nog gelijk blijkt te zijn en de bezwaren tegen het voorstel wederom naar voren worden gebracht, stelt de therapeut -na ruggespraak- uit huis plaatsing van Jan voor, omdat het gezin momenteel niet de stabiele situatie kan garanderen die nodig is, waardoor Jan's ontwikkeling ernstig gevaar loopt.

Grof geschut! Uiteraard waren er wel argumenten voor aan te voeren, maar deze interventie geeft ook goed de therapeutische frustratie aan als er een zo hardnekkig verzet wordt gepleegd. Wat willen ze nu eigenlijk?

Grote schrik; moeder barst in snikken uit en krijgt ieders troostende aandacht, maar... Jan wordt volslagen genegeerd; het valt alleen de therapeuten op hoe sneu hij erbij zit, terwijl niemand zich om hem bekommert.

Als de gemoederen wat bedaard zijn vraagt vader drie maanden bedenktijd. Moeder vraagt om een EEG-onderzoek. Jan heeft vroeger een hersenschudding gehad en zou zijn 'ziekte' daar niet het gevolg van kunnen zijn? De therapeut zegt dat hij daarmee geen verband ziet, maar verklaart zich bereid het gewenste onderzoek ter geruststelling aan te vragen.

Het EEG blijkt teveel theta en delta activiteit te tonen, wat inderdaad het gevolg van het schedeltrauma zou kunnen zijn. Moeder wordt verteld dat het EEG laat zien dat Jan een lichte hersenschudding heeft gehad; maar deze bevindingen verklaren de huidige klachten niet. Dit geschiedt telefonisch; dan is er de bereidheid voor een volgende afspraak.

20 nov'80 Vijfde zitting: We zijn inmiddels drie maanden verder. De dwangklachten zijn bar en de schoolcijfers zijn hard achteruit gegaan. Jan zit in de eindexamenklas MAVO.

De therapeut stelt zich stevig op: òf thuis veranderingen òf opname. Men kiest voor het eerste. Dat houdt dan in : a) dat ouders en zusje geen enkele medewerking geven aan de dwang (ze waren inmiddels in diverse rituelen, zoals met aan- en uitkleden, verstrikt geraakt); b) dat Jan zelf onder geen beding toegeeft aan zijn neiging tot dwanghandelen. Hierbij wordt oplopende spanning voorspeld, welke echter na twee à drie uur vanzelf zal afnemen. Men gaat accoord.

27 nov'80 Zesde zitting: Inderdaad wordt de opdracht door ouders en zusje ztipt uitgevoerd. Jan zelf heeft het de eerste vier dagen volgehouden niet aan de

dwangneiging toe te geven en daarbij is de spanning niet opgelopen! Vanaf de vijfde dag heeft hij toch weer steeds meer getoeterd, maar minder dan voorheen. Hij zegt er zelf van geleerd te hebben dat hij dus net zo goed niet kan toeteren, dat het voor de (afname van zijn) spanningen toch niets uitmaakt...

De gezinssfeer is nu gekenmerkt door algehele joligheid. De nieuwe opdracht voor Jan is het nu een week vol te houden. Ouders en zusje blijven zich afzijdig houden.

8 dec'80 Zevende zitting: Ditmaal heeft hij het zes dagen volgehouden, zonder dat de spanning opliep. Daarna komt het -zonder aanwijsbare reden- geleidelijk weer terug. Het gezin heeft zich consequent afzijdig gehouden. De zelfde opdrachten worden herhaald; de volgende maal zal Jan alleen komen.

12 jan'80 Achtste zitting: Jan is in mineur. Hij praat over zijn toeteren als over het weerbericht: iets waar hij helemaal geen macht over heeft. Hij spreekt een stroom van negatieve orakels uit: 'Het komt toch telkens weer terug' enzovoort. Hij geeft ook openlijk blijk van weerstand tegen het opgeven van het symptoom: 'Dan zak ik voor mijn eindexamen'. Het helpt niet dat de therapeut hem eraan herinnert, dat de spanning zonder dwangtoeteren niet hoger opliep. We weten nu dat hij het kan laten. Pas als hij het drie maanden achtereen heeft volgehouden, mag hij aannemen dat hij er definitief vanaf is. Jan zegt somber dat hij het nog geen drie dagen zal vol houden. Hij maakt zich er zorgen over langzamerhand voor de dorpsgek te worden versleten.

Is dit gewoon koppigheid? Diverse verklaringen lijken vergezocht: 'ziektewinst' zit er vrijwel niet in, olopemde spanning bij achterwege laten van het dwangverschijnsel evenmin; zelfs lijkt er geen sprake van spanningsvermindering bij het daadwerkelijk toeteren. Gezinsbekrachtiging is zoveel mogelijk uitgeschakeld. Wat alleen natuurlijk niet is veranderd is Jan's bijzondere positie en alle emoties etc die zijn dwangverschijnselen in het gezin teweeg brengen. Barokke Milanese hypothesen zijn wel overwogen, maar kunnen niet door goede argumenten worden ondersteund.

Twee vijftienjarige bedplassers behandeld met hypnotherapie. D.N.Oudshoorn. Delft- en Dordt schrift 3,2 p 30.

Het derde patientje is nog onlangs beschreven als Ronnie (Oudshoorn 1980-II).

Hij is bijna vijftien jaar oud, leerling in de derde klas MAVO bij aanmelding bij de polikliniek kinderpsychiatrie, en is bedplasser tot zijn zevende en wederom vanaf zijn tiende jaar. Moeder heeft er (voor deze aanmelding) langdurig voor in een MOB-gespreksgroep gezeten en Ronnie heeft daar diverse opdrachten gehad, zoals registratie, daarna de plaswekker en tenslotte pillen. Hij heeft er altijd met zijn pet naar gegooid. Na een pèdiatrisc h onderzoek is het tot deze aanmelding gekomen.

Het gelukt Ronnie te motiveren door middel van vrij uitvoerige uitleg van de blaas-neurofysiologie. We komen samen tot de conclusie dat er het volgende aan de hand is: a) de blaaskringspier is vermoedelijk slecht getraind; b) de hersenen reageren niet op signalen dat de blaas te vol geraakt, noch op het uitstromen van urine, omdat het onbewuste hem laat doorslapen, vermoedelijk omdat het het plassen wel aangenaam vindt.

We komen tot de volgende doelen: 1) blaastraining; 2) zelfhypnose leren omdat voor het inslapen toe te passen.

Hij leert vlot zelfhypnose en leert zichzelf dan te concentreren op zijn kringpielen en hun op te dragen potdicht te blijven; mocht er ook maar een enkel druppeltje uitkomen, dan wordt hij direct wakker om naar de wc te gaan.

Kort en goed komt het verloop er op neer, dat hij na zes weken 50% verbeterd is en na 13 weken geheel droog is. Dat moment valt samen met het begin van de zomervacantie.

Bij hervatting van de school (eindexamenklas) steekt het symptoom opnieuw de kop op. Vermeld moet worden dat Ronnie de grootst mogelijke hekel heeft aan school, in een mate die de gebruikelijke weerzin verre overtreft. Bovendien wordt er in deze vierde klas ineens zoveel van hem geëist dat het hem wel Atheneum lijkt, en hij er erg nerveus (faalangstig) van wordt.

Er is geen land met hem te bezeilen. Het is zinloos de enuresis onder deze omstandigheden aan te pakken. Hij blijft wel trouw komen, zij het dan om stoom af te blazen en zijn gal over school te spuwen. Het gelukt hoegenaamd niet constructieve afspraken over dit schoolprobleem met hem te maken. Een tussentijds gesrpek met de ouders erbij bevestigt dit allemaal.

De ouders rekenen Ronnie -met al hun sympathie voor hem- wel tot de moeilijk opvoedbare kinderen en vinden hem voor zijn leeftijd nog erg kinderlijk. Dit laatste is zonneklaar; het eerste is aannemelijk.)

In latere gesprekken wordt Ronnie steeds depressiever en lustelozer. De school neemt nu al zijn tijd in beslag en het staat al vast dat hij het niet zal halen. Nog een jaar overdoen is voor hem ondenkbaar. Toch wil hij per se MAVO omdat hij naar de politieschool wil.

Bedplassen is een goede graadmeter voor zijn psychische spanning en symboliseert zijn protest tegen al dit moeten.

Eind november 1980 barst de bom en blijft hij thuis van school. Hij is niet te vermurwen om terug te gaan. Hij is prompt een hele week droog! Dit, vanaf het moment dat zijn ouders hem een adempauze geven. In onderling overleg besluiten we dat een aanvraag voor ontheffing van de leerplicht het beste is wat er nu op zit. School is niet haalbaar.

Dit wordt gerealiseerd. Ronnie vindt dan -wonder boven wonder- snel een opleidingsplaats op een florerende- scheepswerf. Hij is opgewekt, apetrots en plast dan nog circa 1x per week. Hij vraagt om behandeling teneinde helemaal van het bedplassen af te komen.

Alweer zo'n puzzel. Enerzijds gebrekkige controle (is dit onvermogen?), anderzijds een verdacht opzichtig verband met onaangename spanningen.

Toch kun je niet zonder meer beweren dat hij gewoon van school af wilde.

Mijn veronderstelling is dat Ronnie een overbeweeglijke en rusteloze knaap is, die door de jaren heen gedwongen is om op school stil te zitten en op te letten, en daarmee een toenemende aversie tegen dwang ontwikkelde. In zijn vrije tijd heeft hij een enorme behoefte zich motorisch uit te leven (voetballen en nog eens voetballen), dan wel aan de waterkant te vissen (de enige plek waar hij rust vindt). Zijn aversie tegen school richt zich dan ook grotendeels tegen het huiswerk, dat nu al zijn vrije tijd vergt. Het bedplassen lijkt niet alleen een symptoom van de spanningen die uit het bovenstaande voortvloeien, te zijn, maar lijkt noodzakelijk, gezien de evidente onwil er serieus aan te werken.

3. Discussie

3.1 Niemand weet wat de essentie van schizofrenie is, zodat vele theorieën ongehinderd naast elkaar kunnen bestaan. Die theorieën bepalen vanzelfsprekend niet alleen de methode van aanpak, maar tevens de attitude, het verwachtingspatroon ten opzichte van de betrokken patient.

Aan het ene uiterste zijn er, die aannemen dat schizofrenie een zg endogene psychose is, dus 'van binnenuit' komt, waarbij we gevoegelijk mogen aannemen, dat de patient -althans op een bepaald moment- niet anders kan dan schizofreen te zijn en zich dienovereenkomstig te gedragen. De voornaamste beïnvloeding is biochemische farmacotherapie, en het voornaamste behandelings/begeleidingsdoel is voorkomen van een terugval ('Schub'). Psychotherapie is in die visie hooguit morrelen aan de marge; met zg inzichtgevende therapie moet je zelfs nog oppassen dat er geen nieuwe psychotische fase wordt uitgelokt.*

Opgeleid in een neuropsychiatrisch geïntendeerd ziekenhuis was schizofrenie inderdaad een endogene psychose met een wetmatig, betrekkelijk autonoom verloop en een onvoorspelbare, maar meestal nogal ongunstige prognose. Dat was dan ook de reden dat wij als jonge enthousiastelingen bij psychotische jongeren van 'integratiepsychose' spraken, hoewel het om exact hetzelfde klinische beeld ging, te weten een paranoïed-hallucinatoir syndroom bij helder bewustzijn. Dan viel er immers nog succes van behandeling te verwachten! Gelukkig maar, want zodoende hanteerden we spontaan en (althans voor ons) avant la lettre de directieve stelregel dat een optimistische hypothese betere kansen biedt op een gunstig resultaat.

Pas wanneer er bv na een jaar een ernstig recidief optrad, of als verbetering uitbleef, overwogen we de diagnose 'schizofrenie'.

* Voor alle zekerheid: ik geef hier die visie weer, maar deel die niet.

We waren dolgelukkig toen we op een given ogenblik op een pools (?) artikel stuitte dat een psychose opvatte als 'positieve desintegratie' - nu was onze optimistische en actiegerichte houding des te meer gerechtvaardigd!

In die periode stond het individu nog centraal; de familie werd er op twee momenten in betrokken: voor de zg 'heteroanamnese' (wat komt me dat naïef voor, te denken dat bv de ouders een objectief verslag kunnen geven...); tijdens de behandeling konden ze grotendeels gemist worden en pas bij het ontslag werd het weer belangrijk ons van hun welwillende medewerking te verzekeren opdat de herstelde patient weer in zijn milieu zou worden opgenomen en niet zou worden uitgekotst. Bij Berend zouden we toen hij op zijn achttiende psychotisch werd vrijwel zeker ook van 'integratiepsychose' hebben gesproken. De fase- en drempelproblematiek zou zeker energiek zijn benaderd, maar hij had ook medicatie gekregen. Niemand kan met zekerheid zeggen of het verloop daardoor principieel anders (beter) zou zijn geweest. Was hij -desondanks- na drie jaar weer gedesintegreerd, dan zouden we al aan schizofrenie hebben gedacht; bij het patroon van de laatste jaren zou hij ongetwijfeld -en door iedere mij bekende clinicus- als schizofreen zijn bestempeld. Ik heb ook nu geen redenen aan die diagnose te twijfelen.

Er is sindsdien veel nieuws over schizofrenie gepubliceerd. Met name heeft de systeemtheorie de schizofrenie voor zich opgeëist. [Het is daarbij overigens een -wijdverbreid- misverstand te veronderstellen dat die theorie een nieuwe etiologie heeft opgeleverd; daar is geen sprake van: men komt wel tot een herdefiniëring van wat schizofrenie is. verg. Dell 1980.]

idem, P. Watzlawick, J.H. Beavin, Don J. Jackson
W.W. Norton & Comp NY
1967.

Invisible Loyalties,
InBoszomenyi-Nagy &
G.M. Spark. Harper & Row,
1973.

Paradoxon und Gegenpa-
radoxon, M. Selvini Pa-
lazzoli et al. Klett,
-Stuttgart 1977.

*Een onvergetelijke op-
merking van een jonge
maatschappelijk werker-
dienstweigeraar, die nu
uw Hoofdredacteur is!

Het nu al onsterfelijke boek 'Pragmatics of Human Communication' is verschenen toen we in dat psychiatrisch ziekenhuis werkten. Het heeft ons -en misschien wel zo ongeveer ieders denken over psychiatrische beelden blijvend beïnvloed. Nu is het er zeker niet gemakkelijker op geworden. Kon men vroeger nog tweedelen tussen bv endogeen en psychogeen, kon je een mens nog opvatten als een individu in een bloempot* met wat gaten waardoor hij in contact staat met zijn 'milieu', sindsdien hinkten we voortdurend op twee gedachten: het intrapsychische standpunt vs het interactionele. Hadden we Berend toen behandeld, dan zouden we zeker oog hebben gehad voor het interactionele aspect, hoe hij als het ware gevangen zit in een homoiostatisch patroon; in zekere zin kan hij niet anders.

Als je nadien Nagy en -sterker nog- Palazzoli leest dan blijft er van het idee van een ziekte (i.e. iets wat je in zekere zin als een noodlot overkomt) niets meer over: wat zich als ziekte manifesteert moet opgevat worden als evenzoveel manifestaties van trouw of opofferingsgezindheid. Daarmee zijn we bij het andere uiterste aangekomen van de hele waaier van theorieën over Schizofrenie. Volgens de laatste visie is Berends gedrag een vrijwillige keuze. Maar hoe vrij is hij daarin?

Het enige wat ik met redelijke zekerheid durf te stellen is, dat Berend uit vrees voor de grote mensen wereld teruggedeïnsd is en dat daarmee zijn verdere ontplooiing geblokkeerd wordt. Dit verklaart echter niet alles, op zijn zachtst gezegd. De rest blijft duister...

3.2 Ook de dwangneurose heeft zijn raadselachtige kanten. Op het eerste gezicht -alleen al door de naam!- denk je aan iets onvrijwilligs, dus een niet-anders-kunnen. Bij nader inzien blijkt de patient er wel zijn invloed op te kunnen

uitoefenen. Niet alleen het wegnemen van operante bekrachtigers (wat nog een element van externe controle, dus interne onmacht impliceert), maar ook een directe afspraak om niet toe te geven aan de neiging tot dwanghandelen (zg responspreventie) blijkt effectief te (kunnen) zijn.

Zo ook bij onze jonge vriend Jan. Een begrijpelijke reden om zulk een opdracht niet uit te voeren is de omstandigheid dat zulks extra spanningen met zich mee pleegt te brengen. Wat er echter van te denken, dat dit verschijnsel bij Jan niet optreedt? [Hij heeft dit me bij herhaling verzekerd.] Dan moet je concluderen dat het volhouden van het dwanggedrag belangrijke voordelen met zich meebrengt. Maar welke? We vinden onvoldoende steun voor een gezinsdynamische hypothese. De enige, maar magere, vaststelling, een waarheid als een koe, is dat het gezin veel aandacht aan zijn dwanggedrag schenkt en erdoor in een soort permanent alarm verkeert. Dit is waarschijnlijk wel een bekrachtiger. Maar wie conditioneert wie? [Bekend is dat intermitterende bekrachtiging zeer werkzaam, eventueel zelfs effectiever is dan constante. Welnu, Jan heeft er voor zorggedragen zijn familie intermitterend te conditioneren om voldoende bezorgd te blijven. Zoals de laboratoriumrat zijn proefleider!]

3.3 Hoe ligt de kwestie van niet-willen|kunnen tenslotte bij Enuresis nocturna? Leren droog te blijven is doorgaans een nogal eenvoudige zaak. Is het op de geijkte leeftijd niet gebeurd, dan is het in een later stadium altijd wel moeilijker; maar de quintessens ligt daar -naar mijn mening- niet op neurofysiologisch vlak (zij het de mictiereflex zelf, of een bijzonderheid van de slaap); maar op psychologisch vlak.

Ouder wordende neigen mijn hypothesen er toe steeds simpeler te worden. Zo neem ik serieus aan dat een kind of volwassene, die in bed plast hieraan op een bepaald mentaal niveau behoefte heeft. Hij wordt bv niet wakker omdat hij op dat niveau 'denkt': "blijf maar doorslapen, plassen is lekker"; in het voetspoor van Erickson noem ik dat niveau dan het onderbewuste. Sinds ik mijn patienten dit uitleg is het nog niet voorgekomen dat er tegen deze uitleg is geprotesteerd. Integendeel pleegt men het erg aannemelijk te vinden.

De bedplasser heeft -mogen we aannemen- ook een bijzondere reden om zoiets te 'denken'. Bij Ronnie is het echt wel zoiets van: 'Barsten jullie allemaal maar' en/of 'als ik tegen die rotschool niet op kan en jullie me met al je eisen zo onder druk zetten, zal het me verder allemaal een zorg zijn!'. Daarnaast kan de warme urinestroom ook wel degelijk aangenaam zijn.

Hoe het ook zij, bij Ronnie is gedemonstreerd dat hij droog kan zijn als hij droog wil zijn. [Dit is iets te simpel gesteld; vollediger moet het zijn: dat hij blijk heeft gegeven een methode te kunnen aanleren om droog te blijven, als hij dat wil.]

3.4 De boven beschreven gevallen zouden ook onder de rubriek ~~MISLUKKINGEN~~ kunnen zijn beschreven. Uiteraard, wanneer ik - of de patient - de behandeling had beëindigd. Is dit dan de plaats om een nieuw begrip te introduceren: te weten van de vóórtdurende mislukkingen? Of is het beter te spreken van: niet toegegeven mislukkingen?

Wald Arbeit (Weise Wäfer)
als Verdichtungs-
technik
bei Vogt

86

WEERSTAND BIJ TRANCE INDUCTIE

Kees Hoogduin,
januari 1981

Naarmate de ervaring van een hypnotherapeut toeneemt lijkt het of de cliënten gemakkelijker in trance gaan. Zeker is dat de therapeut niet meer met gespannen verwachting de cliënt beloert of de inductie effect oplevert. Toch zijn er cliënten die - voor een hypnotherapeutische behandeling in aanmerking komen en zich bereid verklaard hebben deze behandeling te aanvaarden - bij de eerste inductie nauwelijks enige trance-beleving ervaren. Wanneer de inductie met behulp van oogfixatie plaatsvindt, kan de cliënt wat gaan verzitten, toch de ogen wat bewegen, gespannen raken, kortom er niet in slagen in trance te geraken. Het is gebruikelijk dit als een weerstandfenomeen te beschouwen.

In het hiernavolgende wordt gebruik gemaakt van deze weerstand om de cliënt in trance te helpen komen.

Wanneer bij oogfixatie de cliënt na een tiental minuten nog geen duidelijke aanwijzingen van trance vertoont, wordt de cliënt gevraagd de ogen te sluiten. Vervolgens krijgt hij de mededeling dat hem weldra gevraagd zal worden de ogen weer te openen. Vóór hij het verzoek krijgt de ogen werkelijk te openen, krijgt hij de suggestie de ogen ^{na ze gesloten te hebben} ~~daarna~~ weer te sluiten. De mogelijkheid bestaat dat hij iets meer ontspannen zal blijken te zijn dan in de periode hieraan voorafgaand. Vervolgens wordt hem gevraagd de ogen te openen. Na enige seconden krijgt hij het verzoek ze weer te sluiten. Meestal geraakt de cliënt dan vrijwel onmiddellijk in een lichte tot middelmatig diepe trance-toestand.

Bespreking

Impliciet is het streven van de therapeut om een trance-toestand te realiseren aan de orde. De cliënt reageert hierop met weerstand; hij gaat dwars, trance vindt niet plaats. Op het moment dat de therapeut zegt dat de cliënt - na zijn ogen op verzoek van de therapeut gesloten te hebben - zijn ogen zo dadelijk weer open kan doen en terug kan komen, impliceert dat dat de poging om in trance te gaan, beëindigd wordt. De therapeut zegt in feite: het is mislukt, ga maar niet in trance. Op dat moment - gedurende

87

die luttele seconden - ontstaat alsnog de trance-toestand. Er wordt meegegaan met de weerstand; oppositie is alleen nog mogelijk door in trance te gaan. Daarnaast houdt de mededeling dat de therapeut hem zo dadelijk gaat vragen de ogen te openen, in dat een mogelijk aanwezige angst om in trance te gaan, wegvalt. Immers, het is toch zo afgelopen. Gedurende die seconden krijgt de cliënt de permissieve posthypnotische suggestie dat de volgende trance-toestand een mogelijk verdergaande ontspanning zal inhouden.

Kees Hoogduin,
januari 1981

Alan Sillitoe (1959) beschrijft in zijn titelverhaal van zijn bundel "De eenzaamheid van een lange afstandloper" de gedachtenwereld van een jonge delinquent.

Na een inbraak wordt deze jongen tot vierentwintig maanden tuchtschoolstraf veroordeeld. De verschillende tuchtscholen hebben een jaarlijkse hardloopwedstrijd over een afstand van vijf mijl. De hoofdpersoon wordt door zijn directeur hiervoor geselecteerd. Hij krijgt trainingsfaciliteiten buiten de gevangenis en nogal wat andere privileges.

Het verhaal is in de ik-persoon geschreven en de neergeschreven gedachten tekenen de hoofdfiguur als een jongen met anti-sociale fantasiën:

"En ze zijn met hun duizenden, door het hele pokdalige land, in winkels, kantoren, stations, bussen, huizen, kroegen - knapen-binnen-de-wet als jij (de directeur), allemaal op de loer liggend naar knapen-buiten-de-wet als ik en wij - en wachtend tot ze de smerissen op kunnen bellen, zodra we een misstap doen."

of:

"Ik maakte mijn plannen voor mijn uiterlijk leven van onschuld en eerlijk werk, maar tegelijkertijd werd ik volmaakt in de fijne puntjes van mijn vak, voor wat is wist, wat ik doen moest als ik vrij was, en wat ik weer zou doen als ik ooit weer door de smerissen met hun gemene trucjes te grazen werd genomen."

Deze houding tegenover de maatschappij, de rechters en de politie wordt bepalend in zijn relatie met de directeur van de tuchtschool. Door de wedstrijd tussen de verschillende tuchtscholen - iedere directeur wil de eerste prijs voor zijn school - krijgt hij een mogelijkheid zijn directeur te treffen. Hoewel hij dol op hardlopen is: "Het is een feest langeafstandloper te zijn, helemaal alleen op de wereld met geen mens die je humeur bederft" en "Soms denk ik dat ik nooit zo vrij geweest ben als tijdens die paar uurtjes dat ik het pad buiten de hekken opdraaf" en zichzelf als een "winner" beschouwt en inderdaad verreweg de snelste loper van de in tuchtscholen verblijvende jongens is, kan hij geen weerstand bieden aan de verleiding de directeur te vernederen door te verliezen.

Uitvoerig wordt de afweging beschreven. Bijv. de zes maanden zware corvee die hem te wachten staan wanneer hij zou verliezen. Tenslotte maakt zijn "eerlijkheid" - ik sta niet aan jouw kant en jij niet aan de mijne - het hem onmogelijk te winnen. Wanneer hij zou winnen, zou hij zich onderwerpen aan de directeur. Er zou zelfs sprake zijn van enige identificatie met de directeur en het tuchthuis; dit zou pas corrupt zijn.

Hij komt ver voor de anderen als eerste in de buurt van de finish, gaat dan minutenlang, terwijl iedereen hem naar de finish probeert te schreeuwen, pas op de plaats maken tot tenslotte iemand hem passeert. In triomf aanvaardt hij de volgende zes maanden zware corvee-dienst.

Het is fascinerend het betoog van de hoofdpersoon te volgen. De beslissing van de jongen dwingt een zeker respect af. Bovendien zou hij - als hij een integer mens zou zijn - moeten verliezen. Maar hij is geen "eerlijk en fatsoenlijk" mens, hij is immers een jeugdige, recidiverende delinquent. Waarom gedraagt hij zich dan zo, waarom wint hij niet gewoon de wedstrijd, waarom brengt hij ons in verwarring?

Sartre (1962) heeft geprobeerd een oplossing voor deze tegenstrijdigheid te geven:

Hij is een misdadiger, maar: "Hij heeft het nooit kunnen zien: een dief kan zichzelf niet ervaren als dief. Het idee dief is principieel onverenigbaar met de realiteit van het innerlijk. Het is voortgekomen vanuit een maatschappelijk standpunt; het vóóronderstelt een bepaalde samenhang, wet en rechtspraak, een bepaalde inhoud van het idee "bezit" en een ethisch systeem, dat de betrekkingen tussen mensen onderling regelt" (blz. 27). Ze leven op twee niveaus, de eerlijkheid, integriteit, karakter persoonlijkheid op het ene niveau, het onvermogen zich los te maken van de verwachting die de maatschappij heeft op het andere niveau.

Zo ontstaat ook het door Sartre geschilderde beeld van het blijmoedige kind dat op het moment dat het betrapt wordt bij het stelen, ook geen goede eigenschappen meer mag hebben: ze worden schijnheilige huichelaars. De goede eigenschappen worden nog slechts gezien om de "laakbare" handelingen geraffineerder te kunnen uitvoeren.

Ook Redl en Wineman (1968) beschrijven deze twee niveaus bij de door hen onderzochte en behandelde "psychopathische" kinderen. Hoewel ze zeer betrokken zijn bij hun cliënten, zijn ze in hun beschrijving van de eigen-

schappen van de kinderen minder genuanceerd. Gunstig gedrag zou slechts verhoogd worden als die kinderen er zelf beter van worden.

Vanuit het standpunt van de twee verschillende niveaus en vooral het onvermogen zich los te maken van de verwachting die de maatschappij van hem (de misdadiger) heeft, spreekt Sartre van martelaarschap. Ook bij de eenzame hardloper van Sillitoe lijkt deze typering van toepassing. Daarnaast zijn de relationele aspecten (ten opzichte van de directeur) van zijn verliezen belangrijk.

Als veroordeelde tot verblijf op de tuchtschool of in de gevangenis, zijn er geen mogelijkheden om op wat voor wijze danook de dienst uit te maken. Met de directeur heb je een relatie die absoluut complementair is. Alle gedrag van een gevangene valt binnen deze definiering van de relatie met bijv. een gevangenebewaarder, maar ook en vooral met de directeur. Verzet, ontsnappingspogingen impliceren geen poging een andere definiering van de relatie te bewerkstelligen; welnee, ze behoren tot het gedrag van de gevangene en worden meedogenloos gestraft door de meerdere. Maar op het moment dat de gevangene de kleuren van de tuchtschool - van de directeur - gaat verdedigen in een wedstrijd tussen verschillende tuchtscholen, verandert dit. Op dat moment houdt deze definiering van de relatie op en krijgt hij zijn kans tot een symmetrische manoeuvre.

Wat Haley (1963) met betrekking tot symptoomgedrag opmerkte: "Het is voor sommige mensen beter te verdragen symptomen te hebben en te lijden, maar daardoor invloed te hebben op de relatie, dan symptoomvrij te leven in een wereld waarop zij geen invloed hebben" geldt ook hier: de jonge gestrafte grijpt de mogelijkheid aan de relatie met de directeur te herdefinieren. Dit ondanks de wetenschap dat hij zes maanden (de rest van zijn verblijf) zware corvee-dienst moet doen.

Door te verliezen definieert hij de relatie van een complementaire tot een symmetrische. Er was hem maar een mogelijkheid om deze winst te boeken en die greep hij aan door de wedstrijd te verliezen.

91

Referenties

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

Redl, F. & D. Wineman (1968), *Kinderen die haten* (tweede druk).

Bijleveld, Utrecht

Sartre, J.P. (1952), *De Heilige Genet, martelaar en comediant*. Nederlandse uitgave (1962), Bijleveld, Utrecht

Sillitoe, A. (1959), *De eenzaamheid van de lange afstandloper*. Nederlandse uitgave (1978) (Salamander), Querido, Amsterdam

Kees van der Velden

1. Inleiding

In zijn commentaar op Hoogduin's De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren (Hoogduin, 1981), stelt Vandereycken (1981) dat Hoogduin er bij de taxatie naar had moeten informeren of de cliënt wellicht een afkeer van zijn eigen geslachtsorgaan had, en hij beschouwt het als een fout(je) dat Hoogduin hier pas later achter kwam.

Als eindredacteur van Dth schreef ik Vandereycken dat ik dit als een zeer overdreven opmerking beschouwde, waar het immers eerder regel is dat onze informatie bij de taxatie incompleet is dan uitzondering.

Vandereycken liet zijn standpunt echter niet los en U vindt het dan ook terug in de definitieve tekst van zijn commentaar in Dth 1 (1).

Van Dijck (1980) wijst erop dat taxatie een continu proces is, en dat de eis van volledige informatie vóór de behandeling praktisch onhaalbaar is.

Haley (1963) zegt hetzelfde (ongeveer), en beveelt aan om maar aan te nemen dat de cliënt in korte directieve therapie informatie achterhoudt. Evt. kan de therapeut Erickson's werkwijze volgen, waar deze de cliënt aanmoedigt inlichtingen achter te houden.

Over de kunst van het taxeren in directieve therapie bestaat veel onduidelijkheid (vgl. bijv. Du Jour, 1980). Enerzijds is er de neiging om als een kleine Erickson alvast maar met de behandeling te beginnen voor de cliënt heeft kunnen vertellen wat eraan scheelt, en anderzijds is er neiging om hoge eisen te stellen aan de hoeveelheid materiaal die tijdens de taxatie verzameld wordt.

In deze notitie wil ik dit vraagstuk niet proberen op te lossen, ik wil het alleen maar groter maken met behulp van het volgende voorbeeld.

2. Voorbeeld

Riet Eik is een 38-jarige oud-verpleegkundige, thans twee jaar in de WAO. Zij is voor fobische klachten, hyperventilatie, identiteitsproblematiek en nog enkele moeilijkheden behandeld door twee zeer gedegen werkende gedragstherapeuten. De totale behandeling nam vier jaar en hielp niet.

Als Riet bij mij komt, begrijp ik dat het weinig zin heeft nogeens op dezelfde voet verder te gaan.

Ik vraag haar: 'Riet, waar ik benieuwd naar ben, dat is naar hoelang je zelf nog ziek denkt te blijven en hoelang je zelf nog behandeling nodig

denkt te hebben.'

Riet glimlacht breed: 'M'n helderziende zei indertijd dat zo'n behandeling zeker jaaaaren zou gaan duren.'

'En het vinden van een partner, waarover je zoveel met je vorige therapeuten gesproken hebt, heeft je helderziende zich daarover ook nog uitgelaten?'

'Zeker. Die vind ik volgend jaar. Hij is gescheiden, heeft een kind, is donkerblond en heeft bruine ogen.'

'Ben ik het, Riet?'

Riet, lachend: 'Néé, jij niet!'

Aansluitend besluiten Riet Eik en haar therapeut de loop der dingen af te wachten.

3. Besluit

Hoe volledig de informatie ook is, toch kan het voorkomen dat de cruciale informatie van het boven-geïllustreerde type ontbreekt. De routinevraag 'Wat vindt Uw waarzegger ervan?' zal voorlopig wel niet in de vragenlijsten worden opgenomen.

Wel kan genoteerd worden dat het van belang is bij taxatiezittingen expliciet te vragen naar de verwachtingen omtrent ziekte duur, duur van de behandeling, aard van de behandeling etc. Om daar vervolgens bij aan te sluiten.

Volgens Van Dijk (1981) besteden Watzlawick et al. hier systematisch aandacht aan.

Referenties

Dijk, R. Van (1980), Timing en motivering. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Dijk, R. Van (1981), Persoonlijke mededeling.

Haley, J. (1963), Strategies of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York. Nederl. vert.: Strategieën in de psychotherapie. Bijleveld, Utrecht, 1980.

Hoogduin, K. (1981), De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren, Dth 1 (1).

Jour, P. du (1980), Enkele effecten van psychotherapie op de therapeut. DDS 3 (3), 37-43.

Vandereycken (1981), Commentaar op Hoogduin, Dth 1 (1).

I. Inleiding

Veel mannen vinden het vervelend om in het openbaar te moeten urineren; zij mijden openbare toiletten, of trekken zich terug op een afsluitbaar toilet. Tot veel ongemak leidt dit probleempje zelden, omdat de situaties waarin het kan optreden doorgaans eenvoudig vermeden kunnen worden; dikwijls is deze klacht onderdeel van een algemene schuchterheid, een gebrek aan assertiviteit.

In het navolgende wordt de behandeling beschreven van een man met deze klacht, niet omdat ik vind dat de klacht zo bijzonder is, doch omdat hij in dit geval volstrekt geïsoleerd voorkwam bij een zeer zelfverzekerde man, die er door gehandicapped werd in zijn werk.

II. De gevalsbeschrijving

De heer Bakema meldt zich als cliënt, nadat hij van zijn tandarts mijn naam heeft opgekregen als "hypnotiseur". Zijn klacht is snel verteld: het is hem, zo lang hij zich herinneren kan, volkomen onmogelijk geweest om in het openbaar te urineren; hij heeft het dikwijls geprobeerd, doch hoe hij ook perst, er komt niets. Bovendien overvalt hem bij elke poging een grote paniek: hij beeft, transpireert en is doodsbang, doch weet niet waarvoor; wanneer hij de gulp dichtknoopt verdwijnt dit gevoel. In een afsluitbaar openbaar toilet is hij niet bang, maar het blijft erg moeilijk.

Urologen hebben niets kunnen vinden. Verder heeft de heer Bakema geen enkele klacht. Hij is een succesvol man van 35 jaar. Na een briljante chemie studie heeft hij zich in korte tijd opgewerkt tot een van de topmanagers van een Nederlandse multinational. Na zijn studie is hij verder gehuwd, het echtpaar heeft 2 kinderen. Het gezin leeft in grote harmonie. Mevrouw is van het probleem op de hoogte, doch heeft het, evenmin als haar echtgenoot, erg serieus genomen. De directe aanleiding dat de heer Bakema toch hulp zoekt is dat hij zojuist bevorderd is: over 4 weken zal hij afreizen naar Zuid Amerika, om daar hoofd van een nieuwe vestiging te worden. Hij vreest dat het voortdurend verblijf in openbare gelegenheden, vergaderzalen en hotels, bovendien in wat primitieve gebieden, hem onaangenaam

zal confronteren met zijn probleem. Tussen zijn drukke voorbereidingen voor de verhuizing door kan hij tijd maken voor 4 bezoeken aan de therapeut. Ik ben geïntrigeerd, heb iets dergelijks niet eerder behandeld en besluit het te proberen. Na een uitgebreide anamnese die verder niets oplevert, maken we 4 afspraken binnen de komende 4 weken.

De 1e zitting

Ik besluit te beginnen met "afleiding", mede op basis van een advies van Kees Hoogduin.

Ik vertel de heer Bakema dat ik hem eerst van iets anders dan zijn klacht wil bevrijden, namelijk van zijn eventuele misvattingen betreffende de aard en mogelijkheden van hypnotherapie: hij heeft nogal wat magische ideeën over hypnose voornamelijk op basis van wat hij gezien heeft van theaterhypnotiseurs. Ik presenteer hypnose als een toestand waarbij gelijktijdig intense, alles uitsluitende concentratie met zeer diepe ontspanning bereikt kan worden; deze omschrijving slaat aan: meneer Bakema ontspant zich meestal door te lezen in een grote fauleuil met een enkel glas goede cognac en is dan "volledig van de wereld". Na deze inleiding volgt een inductie met de duimnagelfixatiemethode die zo vlot verloopt dat ik een handlevitatie probeer. De heer Bakema raakt in een vrij diepe trance met veel spierverslapping. Ik vertel het volgende verhaal:

Wanneer u zo ontspannen bent als nu kunt u alles horen of niet horen wat u wilt, probeer het maar: u kunt het geluid van mijn stem afzwakken of de geluiden buiten deze kamer. Wilt u mij een teken met uw rechterwijsvinger geven als u mijn stem voldoende duidelijk hoort? Goed zo.....stel u voor dat u zo ontspannen als u nu bent thuis zit in uw favoriete stoel. U kijkt om u heen, alles is precies zo als het zijn moet: de cognac staat op het eiken tafeltje links, u ruikt het aroma al een beetje en rechts ligt de nieuwe Baldwin en de laatste Vonnegut. Het is doodstil, precies zo stil als u het hebben wilt. U neemt een slokje en terwijl u lekker achterover leunt denkt u terug aan de dag die achter u ligt.

U kunt zich alles heel goed herinneren, als u dat wilt en u kunt uitkiezen waar u wat langer stil bij wilt staan of er weer van af stappen, net zoals u mijn stem aan en af kunt zetten tot een geroezemoes wat u later wel kunt ordenen; en terwijl u zo ligt stelt u zich voor dat het prettig zou zijn om net zo ontspannen te zijn als u moest urineren en in uw fantasie construeert u het beeld van een man die vanuit uw comfortabele fauteuil, met een glas cognac in de hand, rustig de tijd neemt om te plassen. Neemt u er rustig de tijd voor.....(De heer Bakema is gaan glimlachen; hij blijft enkele minuten duidelijk bezig met het aangeboden beeld).....U merkt hoe levendig u zo'n voorstelling kunt maken, u stelt zich voor hoe verbaasd de mensen kijken, maar het gaat net als wanneer je met een overall aan een gat in de straat slaat, niemand durft wat te zeggen. Sommige mensen denken dat het een speciaal invalidentoilet is, anderen durven een zatlap niet lastig te vallen. Af en toe knikt u eens vriendelijk naar iemand die te opvallend staart, waarna men snel weer voor zich kijkt. Kijkt u maar eens om u heen vanaf uw troon, kijk rustig rond, neem nog een slokje cognac en amuseer u.....

Na enkele minuten:..... u zult merken dat u in de komende dagen telkens weer het beeld van uzelf in uw makkelijke fauteuil tijdens het plassen voor ogen zult krijgen, wanneer u moet urineren, bijna even helder als u het nu gezien heeft.

U komt nu geleidelijk terug uit uw geconcentreerde toestand naar mijn kamer. Ik tel van een tot tien en bij elke tel wordt mijn stem duidelijker.....etc.

Weer terug in de kamer is de heer Bakema zeer goed gehumeurd.

Hij heeft het een hele bijzondere ervaring gevonden.

Hij heeft allerlei beelden verzonnen: geïriteerd zijn glas bij laten vullen, mensen tot geduld manen, wanneer ze óók in zijn stoel willen maar.....hij heeft niet geplast ! Wel heeft hij een sterke aandrang gevoeld.

2e zitting

De heer Bakema heeft lx, in een hotel, kunnen urineren ! Hij heeft telkens het gefantaseerde tafereel voor ogen gekregen. Verder is het niet gelukt, omdat hij na die ene keer nog angstiger is geworden; hij heeft sterk het idee dat zijn probleem iets met zijn jeugd te maken heeft. Bij de pogingen tot urineren zijn hem steeds meer flarden van zijn vroegste kinderjaren voor ogen gekomen. Hij heeft het gevoel dat iets of iemand hem destijds erg bang heeft gemaakt; eigenlijk weet hij het wel zeker, het moet iets vies, iets smerigs geweest zijn.

Terwijl hij dit vertelt lijkt hij erg geïrriteerd; hij gedraagt zich als iemand die een woord op het puntje van zijn tong heeft, maar er net niet op kan komen. Verder valt me een zeer duidelijk contrast op tussen zijn gewone, wat stijve manier van doen en zijn houding, mimiek en stem wanneer hij het over zijn probleem heeft: hij is dan net een klein kind die giechelend zijn vieze woordenkennis etaleert. Hij giechelt, bloost en krijgt een wat hoge stem. Dit was me al eerder opgevallen; mede om aan te sluiten bij dit infantiele gedrag had ik in de eerste zitting getracht door middel van een wat groteske situatie de angstbeleving te relativieren. De heer Bakema heeft zich afgevraagd of het met hypnose niet mogelijk is om je zaken uit het verleden beter te herinneren. Ik besluit eens te zien of hij in staat is tot leeftijdsregressie. Na een inductie door middel van handlevitatie die weer zeer vlot verloopt, breng ik hem door middel van beelden van een lopende band die je naar het verleden voert en een kijker die je scherp stelt via zijn studententijd, HBS en lagere schooltijd naar de kleuterleeftijd. Ik laat hem kijken naar zijn ouders, zijn kamer, de bedienden, het huis, de tuin, etc.

Na het ontwaken vertelt hij, zeer enthousiast een verhaal met een grote rijkdom aan details: hij is + 3 jaar geweest. Hij woonde destijds in Afrika, waar zijn vader diplomaat was op de ambassade.

Het gezin woonde in een mooi huis met een groot erf; zeer scherp herinnert hij zich zijn kamer: een hoog vertrek met één groot rond raam. Voor dat raam was hij doodsbang: de inheemse bedienden hadden hem verhalen over boze geesten verteld die je doormidden sneden, wanneer je 's nachts je buiten je huis waagde. De bedienden hadden nog meer verwerpelijke gewoonten: hij herinnert zich zeer levendig hoe ze kippen slachtten: een houdt het lijf vast, de ander de kop, de nek wordt uitgerekt en gedraaid en beng ! met het hakmes. Hij placht hier griezelen naar te kijken. In een adem vertelt hij door over zijn meest verbazende ontdekking: Geertruida ! Geertruida was de gouvernante annex kindermisje die een deel van zijn kinderjaren vergald heeft. Hij was haar helemaal vergeten ! Het was eigenlijk een heel nare vrouw en het meest vervelende was dat je dat niet mocht zeggen van je ouders, omdat Geertruida zo goed was: dol op kleine jongetjes die voortdurend geknuffeld moesten worden. De kinderen Bakema hadden een dodelijke en accurate verbastering van haar naam bedacht: begerige Truida ! Begerige Truida placht weinig consistent te zijn in haar apenliefde: stoute kindertjes werden in donkere kasten opgesloten, vooral als ze vies met de uitscheidingsfuncties waren omgegaan.

"Ik weet niet meer precies", aldus de heer Bakema, weer zo geïrriteerd, : het was iets vies met m'n potje of zo.....

Ik vertel hem dat ik zeer geboeid ben door zijn vermogen zich het verleden weer voor de geest te halen en stel voor om de volgende maal een poging te wagen zijn grote fantasie in te zetten om een verandering te brengen in zijn beleving van het verleden. "Wanneer u het verleden naar u toe kunt halen, kunt u het ook van u af zetten".

3e zitting

Ik ben getroffen door:

1. de heer Bakema was een kindermisje dat van zijn 2e tot zijn 6e voor hem gezorgd heeft, volkomen vergeten, terwijl hij zich na hypnose toch treffende gebeurtenissen wist te herinneren.

2. ik heb weinig moeite om de herinneringen rond het hoge ronde raam, het door midden snijden, de doorgehakte nek en begerige Truida die gepraeoccupeerd was met viezigheid, onder te brengen onder het begrip castratie angst. Heel erg traumatisch is het overigens allemaal niet geweest, want de heer Bakema heeft zich ontwikkeld tot een succesvol en zelfs gelukkig mens.

3. de heer ^{Bakema} bij de vorige inductie gretig ingegaan op kinderlijke fantasieën rond het "plassen".

Ik besluit een poging te wagen tot reoriëntatie in het verleden, zeer specifiek gericht op één detail.

Na de wederom zeer vlotte inductie en de leeftijdsregressie vertel ik het volgende verhaal:

"Je loopt te spelen op het erf; het is lekker warm, je zweet een beetje en je zit onder het stof. Je bent lekker vies ! Kijk, de bedienden hebben een kip vast.....Ga je kijken..... 't is vies hè..... je krijgt een beetje raar gevoel in je maag en je moet plassen. Je loopt naar de w.c., je moet heel nodig, maar je kan het best ophouden ! Oh, bah, daar komt Geertruida ! Hoor je ze roepen ? Wat is het toch een naar mens ! Ze ruikt vies en ze pakt je altijd zo naar vast, ze knijpt! Lelijk, vies, dik, stinkend rotmens ! Oh ze is boos ! Ze is boos dat je de deur van de w.c. open hebt laten staan, en overall vieze voeten in huis ! Je moet komen en je moet zo nodig plassen ! Daar komt ze aan ! Je wordt zo boos ! Je gaat toch lekker plassen met de deur wijd open en je morst over de rand, op de grond en als ze je wil vastpakken, weet je wat je dan doet ? Je draait je om en je piest heel hard op haar voeten ! Oh, wat wordt ze nat en jij piest maar door. Ze schrikt heel erg, ze loopt gillend weg en jij moet zo ontzettend lachten, vooral als ze op haar vieze voeten uitglijdt !

De heer Bakema heeft tijdens dit verhaal duidelijk meegeleefd; ik laat hem zeer geleidelijk volwassen worden en op alle leeftijden even openbaar urineren. Na het ontwaken blijkt hij nog wilder bezig geweest te zijn dan ik gesuggererd had: hij heeft Geertruida plassend achtervolgd onder het bewonderend applaus van zijn broertjes !

100

Ik voorspel hem dat het urineren van nu af aan steeds beter zal lukken.

4e zitting

In alle hotels is het gelukt ! Op luchthavens nog niet en ook niet in wat smoezelige restaurants. Hij vindt dit zelf geen probleem en is vol vertrouwen dat in de nabije toekomst alle plasproblemen tot het verleden zullen behoren. Nog een week later laat hij telefonisch weten dat het nog steeds prima gaat. Daarna vertrekt hij naar het buitenland en hoor ik verder niets meer.

III. Enkele slotopmerkingen

1. De beschreven therapie is een variant op de February-man van Ericksom; een belangrijk verschil is wel dat de reoriëntatie in het verleden hier slechts één beleving, gekoppeld aan een sleutelfiguur betreft, terwijl in de February-man een gehele jeugd wordt gereconstrueerd.

2. Een zeer gerichte aanpak leek me bij de heer Bakema gerechtvaardigd omdat ik ook werkelijk geen andere problemen kon vinden. Ik heb ook zelden een cliënt meegemaakt met zo'n circumscrip't probleem.

3. Het verleden bij de behandeling betrekken leek me in dit geval zinvol a/ omdat de cliënt erom vroeg en b/ omdat een benadering die alleen gebruik maakte van beelden en fantasiën uit het heden slechts een zeer beperkt succes had. In trance kon het verleden, voor zover het voor de angstbeleving relevant was, geactualiseerd en in betekenis gerelativeerd worden.

In hoeverre de werkzaamheid van het verhaal zuiver aan het belachelijk maken van begerige Truida te danken was of dat de fallisch-urethrale triomf over een castrerende vrouw de schim van Geertruida heeft verjaagd weet ik niet. De inspiratie tot deze aanpak kwam wel mede voort uit analytische overwegingen.

Family Therapy in the Netherlands*

by Alfred Lange

It is difficult to describe the jungle of psychotherapy in Holland. Psychologists, social workers, psychiatrists with different kinds of education are all claiming the field and the funds.

There is one society which tries to represent the whole area. To gain admittance to this 'Dutch Society of Psychotherapy (NVP)' a therapist has to prove he has had a specific amount of theoretical and practical training, intervision, supervision and experience. Unfortunately the criteria for recognizing education-programs are not very clear, which leads to somewhat chaotic situations in this organization. All the same, the society claims governmental recognition and consists of several sub-organizations; the specialistic societies: rogerian, behavior therapy, analytical and the society for group psychotherapy. They all have their own standards for admittance.

The psychotherapists work in mental health-institutions which are subsidized by the government or in private practices. In both, being a member of the 'NVP' is an asset but, till now, not always necessary.

Interest in family therapy started in Holland nearly twenty years ago. It was the Christian Society for Mental Health who first organized an international congress on the approach of family therapy (1963). Most influential in this congress and in the first years thereafter was Norman Bell, the family sociologist. He stimulated a group of social workers to see the importance of the family in dealing with 'individual problems'.

Several of them went to the United States for training and brought some of their educators back to Holland for giving workshops. These training programs together with the literature by authors like Akkerman, Rubinstein, Satir, Haley, Watzlawick, Jackson, Zug, Kempler, Minuchin, e.o., influenced psychotherapists of different disciplines: rogerian, analytical and behavior oriented. This was probably the reason that there was no interest in founding a special society for

* manuscript for the Newsletter of the American Association for marriage and family therapy. Vol.11,(5), 1981.

family therapy. Only within the society of group psychotherapy, a special section was - lately - created for 'family therapists'. This section organizes workshops and other educational programs. Only full members of the society of group psychotherapy are allowed to be member of this section. However, this society is mostly analytical in its therapeutic orientation, which makes it less attractive for many family therapists to join this section.

Although there is no strong formal base there are some informal channels by which family therapy has gained and is still gaining influence in Holland. In 1970, after the 'first wave', Van Veen & Van der Meulen published their book 'Gezinsbehandeling, een oriëntatie' ('Family treatment, an orientation'), which drew heavily from the work of the Palo Alto group. It was widely used at schools for social work and by some practitioners in the field, and stimulated the use of family therapy in institutions, like child guidance clinics.

Several years later, a leading journal of social work (TMW) started to organize monthly held meetings in which about ten experienced therapists from all over the country participated. They all shared an interest in family therapy. The aim of the editor of the journal was to stimulate thinking and writing, on family therapy. This project succeeded. Many articles were written and published in the reader 'Gezinsfenomenen' ('Phenomena of the family') by Alice van der Pas. Lacking however, was an integration of the system approach with concepts and techniques of other orientations. This led in 1975 to the publication of 'Gedragsverandering in Gezinnen' ('Behavior Transformation in Families') by Lange and Van der Hart. In this book a step by step treatment model was given based on an integration of system approach, principles of communicational- and learning theory and gestalt therapy. For several years this book was quite popular among students at universities, schools for social work and practitioners in the field. It stimulated a new wave of interest and training in family therapy in Holland.

□ Following the TMW-group, a 'group of directive therapy' appeared. This group consisted of seven therapists in which different disciplines were represented: psychiatry, psychology

and social work. The members were all living and working in 'the big cities in the West': Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Leiden , and worked in different fields: daycare center, mental institutions and universities. They found each other initially in their common interest in directive therapy, as described in the work of Milton Erickson, Jay Haley and the Palo Alto group, and in using the principles of behavior therapy in combination with the system approach. In 1974 regular meetings were started. These meetings were structured by creating a 'journal': every member had to write an article every two months, describing a case, a theoretical issue, an overview, etc. Only seven copies of each number were proceeded: it was a non-published journal for the authors only.

After several years of stimulating each other and integrating ideas, the 'journal' became more and more popular with an increasing lot of sympathisers with the little group. This resulted in the publication of several new books on directive and family therapy (two of them edited by Van der Velden, one of them written by Van der Hart and a new revised edition of 'Behavioral Transformation in Families'). Furthermore an official quarterly on directive therapy was started with one of the main publishers in Holland.

This group of seven has now gained considerable influence. Their members teach at universities, and are giving trainings and workshops in the regional settings in Holland. In their therapeutic philosophy several points are most important:

- a. The goals in therapy should be described as clear as concrete as possible;
- b. therapy should be as pragmatic as possible, combining useful resources from several theoretical frames;
- c. therapy should be as brief as possible;
- d. in therapy giving directives is a helpful and often necessary tool;
- e. therapists should try to use 'positive connotation and positive reframing' instead of the more familiar but less subtle ways of confronting patients, to which therapists are used.

In the approach of directive therapy involving the family

in the very first sessions(s) is a logical step. It assures the therapist of the possibility of an adequate functional analysis of the problems; assessments of patterns of reinforcement; and estimating the function of the problems for other members than the identified patient.

In the directive approach there is flexibility in the choice of treatment unit. Although the family members are involved as much as possible there may be sessions in which the focus is on sub-systems, or on individual problems. In short, family therapy in the directive approach combines the system concepts, the interactional and the communicational view from the Palo Alto group; principles of learning theory; and even principles from the hypnotic techniques of Milton Erickson. The influence of this approach in Holland might be illustrated by the fact that there was a delegation of sixty Dutch participations to the International Congress on Ericksonian Therapy in Phoenix, Arizona in December 1980.

Before summarising I would like to stress the point that this account of the situation of family therapy in Holland is not exhaustive and also not fully objective. It shows the view of the author which is coloured by his ties to the directive and learning theoretical approach. However, we may sum up some observations: in the official organizations family therapy is not a very developed and structured item. There is only one section of the organization of group therapy which organizes ad hoc workshops, seminars and supervision. This leads to the relatively undesirable consequences that most institutions which are interested in family therapy switch between widely different influences like Minuchin, Whitaker, Boszormenyi-Nagy and the 'Palazolli-group', without integrating the several principles to an usable treatment model.

On the other hand there is the school of directive family therapy. Although directive (family) therapy is not an officially recognized orientation in the Dutch society of Psychotherapy, it is gaining influence through publications and training programs, in which an integral eclectic positive approach in family therapy is emphasized.