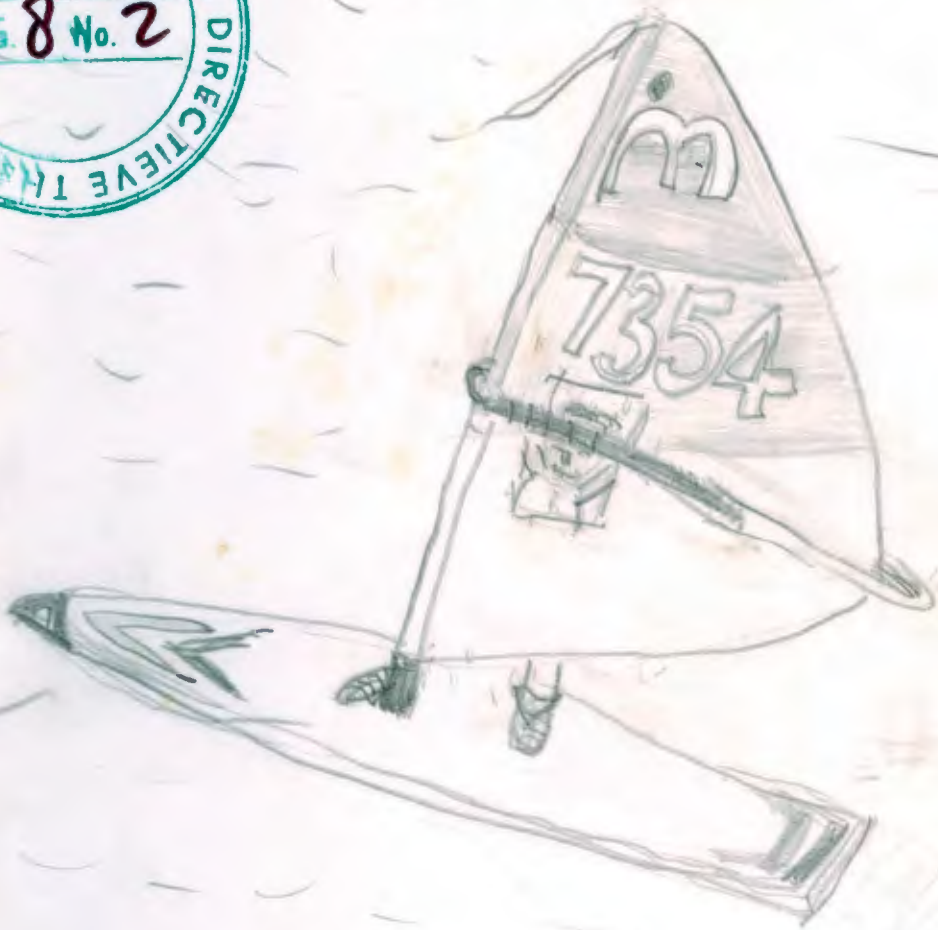


TDT



Inhoud	(- Alles is liefde -) Hoogduin special	augustus 1981
Hoofdredacteur ad interim	Ten geleide	1
Kees Hoogduin	Inwijding	6
Dick N. Oudshoorn	Een hardnekkige zwijger	11
Marti Troost en Kees Hoogduin	Over het maken van excuses	20
Alfred de Lange	Taxatie in de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	30
Kees Hoogduin, Else de Haan, Willem Hoogduin, Sjoukje Hartman & Ruud Markveldt	Over de behandeling van huishoudwang; toepassing van zelfcontroleprocedures in een relationele context	50
Onno van der Hart	Hypnoanesthesie voor een voetoperatie	62
Leen Joele	De eerste klap	73
Kees Hoogduin en Marti Troost	Pathologische jaloezie	80

Omslagen: Hans Joele

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

Ten Geleide

Dit is héél onwennig; een beetje het gevoel dat je bekruipt wanneer je als argeloos toerist een kerk binnen slentert waar ook echte gelovigen liggen te bidden. Eindredacteur ! Ik ! Een nerveuze co-assistent bij zijn eerste bevalling voel ik me; weliswaar zal het nu zoveel ervaren dokters over mijn schouder meekijken met dat kind toch wel goed komen, maar je zult het maar uit je handen laten vallen. Hier past een Apgarscore van 11.

Echt moeilijk om een Ten Geleide te schrijven bij deze aflevering is het overigens niet: de bevalling verliep redelijk voorspoedig. Hoogduin kwam als eerste met het uitdrijvingsproces klaar (- het hoofdje ligt meestal vóór -), en herschiep zich in een soort Sturzgeburts tot 4x toe ! Na een fysiologische weënpauze leverden nog 4 anderen een bijdrage, zodat de Hoogduin special nog enigszins gelardeerd kon worden.

Richard van Dijk moest hartje zomer zo nodig naar de wintersport (Wallis) en zag er per ansicht vanaf, Kees van der Velden belooft wonderbare bijdragen in de toekomst. Hoewel ik zelf slechte ervaringen heb met beloftes (- ik schrijf er geen letter meer door -) denk ik dat dat bij de enige echte Hoofdredacteur toch anders ligt en ik wacht vol vertrouwen op toekomstige wonderen.

Ik vind trouwens dat deze beide auteurs rust verdienen.

De recensies

De recensies maken mij nog vermoeider dan de echte hoofdredacteur bij het vorige nummer al was (ik ben denk ik gauwer moe).

DIRECTIEVE therapie 2; onder red. van K. van der Velden, met bijdragen van R. van Dijk, O. van der Hart, K. Hoogduin e.a. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980. 488 blz., fign. (Sociale bibliotheek). Bevat literatuuropgave. Ing. f 48,50.

612.6-11 / Het gemeenschappelijke van de therapeuten die zich onder de naam direktieve therapie verenigen, ligt veeleer in de gemeenschappelijke doelstelling kortdurende effectieve behandelingen te realiseren, dan in een gezamenlijk theoretisch uitgangspunt. Mede door het feit, dat deel 2 evenals deel 1 gebaseerd is op artikelen uit het gelijknamige tijdschrift, heeft dit tot resultaat gehad, een bundeling artikelen van nogal heterogene aard. Behandeld worden een aantal door direktieve therapeuten gebruikte activiteiten en procedures. Voorbeelden van de eerste zijn positieve etikettering, gebruik van de paradox, humor en overdrijving. Enkele besproken procedures zijn rouwtherapie, zelf-kontrolé procedures en hypnotherapie. Twee delen van de bundel zijn gewijd aan de behandeling van specifieke problemen (o.a. dwang, tics, tremores, psychoticisme) en de planning van de behandelingen.

Drs. A. Slothouwer.

Tydschrift v. PMS-werk, Dec. 1980

VAN DER VELDEN Kees

Directieve therapie.

Van Loghum-Slaterus, Deventer; Voor België: Kluwer, Deurne, 1977, 365 pp., 625 fr.

Directieve therapie kent in de praktijk een groeiende belangstelling o.m. omdat ze zich *pragmatisch* (geen exclusieve dogma's) en *doelgericht* opstelt t.a.v. de cliëntproblemen en als dusdanig een *kortere therapieduur* (tussen 8 en 15 sessies) beoogt. Men past zich — meer dan in andere therapievormen) aan aan de meestal beperkte financiële mogelijkheden van de cliënt en aan de vraag naar vrij snel soelaas voor de ellende, zonder de verplichting op te leggen lang te „reflecteren”. Het afstappen van bepaalde niet directieve tradities brengt opnieuw een *grotere verantwoordelijkheid* met zich voor de therapeut, bij het bepalen en uitvoeren van de strategie. De Directieve Therapie (DT) steunt in belangrijke mate op de *communicatie- en systeemtheorie* en op de *gedragstherapie*. Men kan zich hierbij de vraag stellen of men nu per se een nieuwe school moet vormen op basis van de hoger vermelde gemeenschappelijke kenmerken in een voor de rest zeer eclectische aanpak...

Het eerste deel van het boek biedt een algemene oriëntatie in het domein: principes, basisconcepten, indicaties, strategieën enz. In de laatste bijdrage van dit deel wordt grondig afgerekend met een veel voorkomende maar verkeerde opvatting over D.T.

Het tweede deel is samengesteld uit gevalstudies: dwangmatig controleren, alcoholgebruik, liftfobie, overwerkt zijn, werkhervatting, stotteren, hyperventilatie en depressie.

In *het derde deel* komen specifieke behandelingsmethoden aan bod. Paradoxaal intentie, ongewone assertiviteitstraining, therapeutische rituelen e.a. worden als werkwijze voorgesteld met concrete aanduidingen voor de toepassing in specifieke probleemdomeneinen.

Het vierde deel is niet het minst belangrijke. De co-auteurs geven hier praktische suggesties i.v.m. veel voorkomende problemen, waarbij ze het door henzelf opgemerkte euvel wat corrigeren, nl. het publiceren over een therapeutische richting aan de hand van behaalde successen...

Ofschoon niet onmiddellijk aandacht wordt besteed aan de school of de studie als domein, toch zal de schoolpsycholoog of -pedagoog — met enige theoretische en praktische bagage — in dit boek een schitterende introductie en inspiratiebron vinden. Te meer daar verscheidene bijdragen gewijd zijn aan de behandeling van gezinsproblemen en aan klachten van kinderen en jongeren (soms ook i.v.m. de studie).

E. Depreuw

Anders - 1981 - 1

Directieve therapie, dl. 2. Onder redactie van Kees van der Velden. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980, 490 p., f 49,50

Het neusje van de zalm op therapiegebied heet directieve therapie. Snel en op een bepaalde manier doeltreffend worden vooral 'gewone' mensen van klachten afgeholpen. In zo'n 30 korte hoofdstukken wordt de vindingrijkheid van therapeuten indrukwekkend toegelicht. Een hoofdstuk gaat over mislukte behandelingen. Achter deze 'directieve benadering' zit een eenvoudige gedachten-gang: 1. iemand (de cliënt) heeft klachten en komt 2. bij iemand anders (de therapeut) terecht omdat 3. de cliënt er zelf niet uitkomt en 4. van de therapeut een oplossing verwacht. 5. De therapeut is slimmer dan de cliënt en 6. zet de cliënt actief op het spoor van een mogelijke oplossing. 7. Als de klacht verdwijnt heeft de therapeut succes.

In deze 7 punten is dan meteen zowel de kracht (snelle resultaten bij duidelijke klachten) als de zwakte (geen aandacht voor hetgeen onder of achter de klachten actief is) gegeven. Het wil er bij mij niet in dat de directieve therapeut alleen maar te maken heeft met datgene waar een cliënt concreet om vraagt: 'help mij van mijn probleem af.'

Van der Velden, K. (red.), *Directieve therapie* — 2. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.

Bij Van Loghum Slaterus verscheen vrij snel na het eerste deel dit tweede boekwerk van ongeveer 500 bladzijden. Voor de samenstelling ervan heeft men geput uit artikels van het *Tijdschrift voor Directieve Therapie*. Dit tijdschrift cirkuleert alleen onder de auteurs.

In de afdeling 'Elementen' wordt het begrip 'directieve therapie' nader omschreven. Directieve therapie is gericht op actie; ze is een eclectische benadering en dus voor gewone mensen geschikt; men gaat in op klachten in de brede zin van het woord; tenslotte maakt ze gebruik van niet-specifieke therapiefactoren, zoals de structuur die geboden wordt over de klachten, het ontstaan en de middelen om eraan te verhelpen. Deze omschrijving bevredigt me niet helemaal. Men zou ze kunnen zien als een deel van het gedragstherapeutisch handelen en misschien ook van het systeemdenken. De verder besproken elementen: het positief etiketteren, het gebruik van humor en de paradoxen lijken mij uiterst belangrijke elementen waarmee elke goede therapeut moet kunnen spelen.

In de afdeling 'Problemen' gaat de belangstelling vooral uit naar tics, iets waar kindervertherapeuten vaker mee te maken krijgen.

In de afdeling 'Procedures' lezen we o.m. over het verwennen van kinderen en het opvoeden van ouders. Zoals vaker in dit boek kan men verbaasd staan dat het allemaal zo snel en zo gemakkelijk verandert. Bovendien ontbreekt vaak voldoende verklaring waarom gekozen werd voor een bepaalde strategie, waarom ze werkzaam zijn en waarom ze soms zelfs op het gehele gedrag werken.

In de afdeling 'Strategie' staat gelukkig een hoofdstuk over mislukte directieve behandelingen. Toch blijft voor mij nog het probleem bestaan dat het voor onervaren therapeuten zo eenvoudig en gemakkelijk lijkt, en het gevaar dat men te pas en te onpas met 'trukjes' gaat werken. Men loopt daarmee niet alleen mislukkingen op, maar men hypothekeert ook het aanbieden van b.v. paradoxale of andere directieve strategieën. Het blijft me trouwens nog een raadsel hoe men eclectisch te werk kan gaan als men niet tenminste in één behandelingsvorm grondig is opgeleid.

In een epiloog wil men naar een training in subassertiviteit. Dit kan een mooie correctie zijn op verkeerd begrepen assertiviteit. Echte assertiviteit houdt in dat men zelfverzekerd genoeg is om ook zonder emotionele problemen in bepaalde omstandigheden niet op te komen voor zijn rechten. Dit laatste is geen subassertiviteit zoals van der Velden schijnt te denken.

Tot slot zou ik willen zeggen dat elke ervaren therapeut dit boek *moet* lezen, maar het is taboe voor elke beginnende therapeut.

(J. Lehembre)

Natuurlijk is E. Depreeuw aardig, een goede flaptekst, en drs Slothouwer blijft zakelijk, maar wat te denken van de onbekende van Anders en J. Lehembre van het Tijdschrift voor Orthopedagogiek ? De een wil weer eens theoretische verdieping (zie ook het vorige Ten Geleide) de ander vindt ons slechts geschikt voor de rijpere lezertjes. Taboe voor beginnende therapeuten zegt Lehembre; wat moeten ze er dan mee, Lehembre ?, stiekum in bed lezen ? Verbranden ? Index ? Ha ! Misschien kan hij de ergste passages afplakken (hetgeen mijn corrector deed met prikkelende passages uit de Ilias; deuro, filè ! Lektronde !)

In beide recensies is tussen de regels door een geprikkelde vraag te beluisteren: wanneer worden wij nu eindelijk eens grijpbaar; zodat "onze aanpak" - direct voor het grijpen - in een bijdehand laatje opgeborgen kan worden. "Het wil er bij mij niet in dat de directieve therapeut alleen maar te maken heeft met datgene waar een cliënt concreet om vraagt: "help mij van mijn probleem af". Ik wil door zo iemand, een kapper die ook mijn voetzolen wil scheren, helemaal niet gegrepen worden en ik twijfel er aan of hij ons wil begrijpen. Voor Dezulken zal dat wel een kwestie van Genade blijven.

Bij de artikelen

Eigenlijk is het toch zo duidelijk wat het verenigend principe van directieve therapie is: Liefde, Lehembre ! Directieve therapeuten zijn vooral liefdevolle mensen die hun cliënten van het begin af aan in een krachtige omhelzing vangen en niet aflaten voor de beminde, blozend en hijgend onder het zoete geweld, toegeeft vrijwel gelukkig te zijn. We kunnen het maar niet laten, zoals van Wijngaarden in een eerdere recensie ook reeds opmerkte.

De voetscheerders onder de therapeuten noemen dat ook wel narcisme en dat is natuurlijk wel eens terecht, maar het is ook een wat al te eenvoudige dooddoener, die vooral gebezigd wordt door mensen die liever begrijpen dan behandelen (of beminnen).

Ook deze aflevering staat weer bol van de Liefde; iedereen op zijn eigen wijze geeft daar blijk van. Bij Kees treft de combinatie van Liefde en Macht. Binnen het kader van 4 artikelen laat hij de homo amans vrijwel volledig de revue passeren.

Hij besteedt deze maal veel aandacht aan niet direct als zodanig herkenbare liefde blijken: excuses, pathologische jaloezie, huishoudwang.

Het gevaar van monotomie in zijn presentatie bezweert Kees door zich te laten assisteren door een keur van medewerkers, Else, Sjoukje, Marti, Wim, Ruud, Marcellus, stimulerend en lezenswaardig, vooral de laatste.

De slotzin van pathologische jaloezie is van bijzondere schoonheid en maakt weer veel goed van het feit dat Kees zijn Liefde wel eens iets te veel schematiseert: wat veel gedetailleerde instructie, hetgeen de lust weg zou kunnen nemen.

Alfred berijdt een oud, doch door ons allen geliefd stokpaard: de familie mag, nee moet !, erbij. Freddy heeft altijd een zeer ordenende invloed op mij en ik hoop ook op ons allemaal.

Onno is in dit nummer de vertegenwoordiger van de hoofse, ridderlijke traditie. Hij beschermt de beminde tegen de pijn van de draak, doch vergeet zeer geavanceerd niet de dame te leren zich zelf te helpen; jammer dat hij dat nu juist als een fout ziet.

Voor Oudshoorn en Joele geldt kennelijk Amour dure, dure amour. Een beetje grimmige heren, die twee. Oudshoorn scheldt, zodat zijn cliënt hem later niet eens meer durft te bedanken, en Joele deelt klappen uit zonder merkbaar voorspel. Gelukkig waren de partners ook in hun bijdragen in staat om de liefdevolle intentie te raden onder de onbeholpen techniek.

Ik wens u allen een smakelijke maaltijd met deze doorregen, goed bestorven Hoogduin.



INWIJDING DOOR MARCELLUS EMANTS (1900)

maart 1981,
Kees Hoogduin

Marcellus Emants vertelt in het woord vooraf van het boek "Inwijding" dit boek geschreven te hebben om "enige doodgewone mensen een poosje voor u lezer te doen leven".

De lezer wordt hierdoor echter op een dwaalspoor gebracht. Weldra wordt hem duidelijke - al op bladzijde vierentwintig en op bladzijde vijftig, maar nog duidelijker vanaf bladzijde hondervierentwintig - dat dit boek geenszins gaat over enige doogewone mensen. Neen, hij wordt geconfronteerd met de beschrijving van een vrouw die behept is met een vorm van jaloezie die niet alleen in psychopathologische verhandelingen, maar ook bij de gewone mens bekend staat als "ziekelijke" jaloezie (pathologische jaloezie). Met ziekelijke jaloezie wordt bedoeld een hevige irrationele jaloezie en deze is te onderscheiden van excessieve jaloezie - waar tenminste enige aanleiding bestaat - (Mooney, 1965).

Tonia - de vrouw met de jaloezie - is iemand die bereid is tegen een vast maandgeld een "vaste" sexuele relatie met de betaler aan te gaan.

Theodoor - de hoofdpersoon - ontmoet deze vrouw opnieuw op het moment dat zij haar betalende minnaar onder verdenking van ontrouw het huis uitgooit. Theodoor besluit de plaats van deze man in te nemen. Geleidelijk aan ontwikkelt zich opnieuw een "ziekelijke" jaloezie die tenslotte voert tot een definitieve scheiding tussen Tonia en Theodoor.

De dialogen van deze twee hoofdpersonen en de beschreven gedachten van Theodoor maken begrijpelijk hoe de destruktieve escalatie kon plaatsvinden.

In het onderstaande wordt de relatie van Tonia en Theodoor geanalyseerd. Aandacht wordt gegeven aan de betekenis van de ziekelijke jaloezie binnen deze relatie. Tenslotte wordt aangegeven hoe moeilijk het voor beiden is de destruktieve vicieuze cirkel waarbinnen ze verzeild zijn geraakt, te doorbreken.

Tonia verbindt zich aan een man. Deze kan op eenvoudige wijze de relatie beëindigen. Zij daarentegen is afhankelijk van zijn betalingen; voor haar is de verhouding ook haar garantie voor een financieel onbezorgd bestaan. De relatie beëindigen betekent ook een andere bron van inkomsten moeten zoeken.

Theodoor is een jurist die te z'n tijd met een net burgermeisje zal trouwen. Hij zal in ieder geval niet met iemand zoals zij trouwen. Zolang zij niet om Theodoor geeft, is hij haar bron van inkomsten. Zij doet haar werk met meer of minder plezier. Op het moment dat ze echter van hem gaat houden, ontstaan de problemen (blz. 132, 133). Ze vraagt Theodoor of hij haar "lief blijft en trouw". Deze zweert trouw, terwijl hij onderwijl "het benauwend knijpen van een zelfverwijt" voelt. Direct daarna stelt ze "ze niet graag allemaal de kost te geven die jij nog gek zal maken als je mij allang met de hielen niet meer aankijkt".

Daar Theodoor niet met haar trouwt, ook geen plannen heeft dit te doen en ook het toekomstbeeld van de jonge, rijke jurist die met een net burgermeisje trouwt niet werkelijk verandert, staat zijn ontrouw vast. Alleen het moment van de ontrouw is onzeker. Tonia kan afhankelijk van haar gemoedstoestand dit tijdstip dichterbij of verderweg brengen. Ontkenningen van Theodoor dat hij niet ontrouw is, zijn irrelevant en ongeloofwaardig. Immers zijn ontrouw staat vast. Dit maakt hem tot iemand die bedriegt. Hoe meer hij ontkent, hoe leugenachtiger hij zich gedraagt, des te meer agressie wekt dit op bij Tonia: Tonia weet dat zij gelijk heeft. Immers, juristen trouwen niet met maintainées, maar met nette burgermeisjes en wanneer in dit geval sprake zou zijn van een uitzondering moest zij al getrouwd zijn met Theodoor.

Aldus komt Tonia in een double bind terecht. De man zegt: "Ik houd van jou en ik blijf je trouw" binnen een context waarbij weggaan en met een andere vrouw een sexuele relatie krijgen, vaststaat.

Zoals eerder gezegd is er bovendien een sterke afhankelijkheid; de man zorgt door betaling voor haar inkomen (bovendien zorgt zij weer met dit geld voor behoeftige familieleden, waaronder haar vader). Dit zal de mogelijkheid om de relatie vlot te verbreken, verder verkleinen.

Impliciet aan de relatie met de jurist die met haar trouwt, is het gegeven: "Ik houd niet van jou en ik ga weg". Zo gauw ze zich dit realiseert en zich conform hieraan gedraagt, eist hij een verklaring, want: "Wij zijn twee mensen die van elkaar houden: gedraag je dus daarnaar". Zij kan hier nooit aan voldoen. Bovendien is het haar niet goed mogelijk de relatie te verbreken. Een poging hiervoor een oplossing te vinden, is te reageren met symptomatisch gedrag - in dit geval met pathologische jaloezie -. Ze stelt het impliciete aspect van de relatie met haar minnaar

(namelijk zijn in de toekomst gelegen vaststaande ontrouw) aan de orde door een verdenking van zijn ontrouw uit te spreken. Zo raakt Theodoor op zijn beurt in een double bind verzeild. Tonia beheerst de relatie maar ontkent dat ze dat doet. Met haar pathologische jaloezie maakt zij tenslotte uit wat er gebeurt, tegelijkertijd ontkent ze dat ze dat doet. Aldus ontstaat er een negatieve spiraal die tenslotte tot de scheiding tussen Theodoor en Tonia zal leiden.

Interessant is dat het trouw of ontrouw zijn van Theodoor geen enkele betekenis heeft.

Sartre (1962) stelt bij de bespreking (blz 55) van misdadiger en schrijver Genet de begrippen daad en dader ter discussie. Je kunt een moord plegen zonder een moordenaar te worden. De moord blijft in dat geval iets op zichzelf staands, daderloos, een vergissing, een ongelukje. Om een moordenaar te zijn, hoef je niet te moorden. Een moordenaar is iemand die een moord kan plegen, iemand die in een bepaalde situatie zal moorden, die in zich die eigenschappen verenigt die hem tot moordenaar maken. Daarnaast is het taalkundig juist te zeggen: iemand die een moord pleegt, is een moordenaar. Een man met de eigenschappen van een moordenaar pleegt dus mogelijk geen moord. Het is irrelevant geworden of hij er een pleegt of niet, hij is een moordenaar. De paradox is dus dat een echte moordenaar geen moord hoeft te plegen om moordenaar te zijn. De man die een moord pleegt, krijgt daardoor niet plots die eigenschappen die hem tot moordenaar maken, terwijl hij op een ander niveau (na het plegen van een moord ben je een moordenaar) wel een moordenaar is.

Theodoor nu voldoet aan de normen die hem tot een ontrouwe man bestempelen ten opzichte van Tonia (jurist, het huren van Tonia, later gaan trouwen met een burgerjuffrouw, niet met Tonia gaan trouwen). Zijn (on)trouw is dus volkomen irrelevant geworden; hij is voor Tonia de personificatie van ontrouw geworden. Door de ontrouw voortdurend ter discussie te stellen, ontstaat er een situatie dat Theodoor tenslotte weinig waar voor zijn geld krijgt en tenslotte afziet van de verdere relatie en verdwijnt. Tonia voelt zich ongelukkig over de verloren gegane liefde, maar vindt er een bewijs in van de verdenking van de ontrouw. De double bind is opgeheven.

De hier genoemde negatieve vicieuze cirkel kan ook doorbroken worden met behoud van de relatie. Een mogelijkheid is maatregelen te nemen waardoor

de context van de toekomstige ontrouw van Theodoor komt te vervallen, bijvoorbeeld door met Tonia te trouwen (hoewel Theodoor toch een jurist blijft die beneden zijn stand trouwt en toch weer gaat scheiden om met een nette burgerjuffrouw te trouwen, etc.). Tonia stelt voor dat Theodoor zich zo verminkt dat hij geen kans meer heeft een nette burgerjuffrouw te trouwen (blz. 209): "Bewijs het me dan en laat een tand voor me uit je mond halen, een voortand". "Zou je het nu heus prettig vinden als ik me liet verminken?" "Ja, want ik houd toch van je en dan zou ik tenminste zeker weten dat je geen succes meer bij anderen hebt".

Het gegeven dat de partner aan dit onzinnige verzoek niet toegeeft, verscherpt mogelijk het conflict weer: "Als je echt van me houdt ..."

Theodoor zou ook werkelijk ontrouw kunnen worden en dit aan Tonia bekennen. Op dat moment zou Tonia kunnen besluiten gewoon met een ontrouwe Theodoor verder te gaan, terwijl ze hem minacht en haar liefde bekoeld is.

Verwant aan de hier beschreven double bind - ik ben je trouw binnen een context die ontrouw impliceert - is die van de partner die eenmaal een keer ontrouw is geweest. Ook hier speelt de trouw - ontrouw - paradox: degenen die eens ontrouw zijn geweest, zullen er nooit meer in slagen hun partner van hun trouw te overtuigen, hoe trouw zij zich ook gedragen, omdat zij nu eenmaal iemand zijn die ooit niet trouw waren en deze situatie kan tot een negatieve vicieuze cirkel leiden.

Met hetgeen hier gezegd is, wordt zeker niet bedoeld dat iedereen die in een double bind verzeild raakt psychiatrische symptomen ontwikkelt. Ook wordt niet gesteld dat iedereen die in de trouw-ontrouw paradox verzeild raakt een pathologische jaloezie ontwikkelt. Er ontstaat wel een goede voedingsbodem voor de ontwikkeling van psychiatrische symptomen.

In dit geval is het pathologische jaloezie, maar het zou ook een depressie of een fobie geweest kunnen zijn. Het symptoom dat tenslotte ontstaat, is afhankelijk van veel factoren die niet alleen door de relatie bepaald worden, maar ook door de eigenaardigheden (die weer afhankelijk zijn van de emotionele ontwikkeling van de betrokkene).

Voor de ontwikkeling van pathologische jaloezie bijv. kan de aanwezigheid van een sterk minderwaardigheidsgevoel een belangrijke factor zijn (vgl. Du Boeuff, 1938).

Referenties

Boeuff, C.W. du (1938). Over de Jaloersheidswaan. Ruys, Zutphen

Emants, M. (1900). Inwijding,..opnieuw uitgegeven in 1978 door Elsevier, Amsterdam

Mooney, H.B. (1965). Pathologic Jalouzy and Psychochemotherapy, Brit. J. of Psychiat. 111, 1023 - 1042

Sartre, J.P. (1952). De Heilige Genet, martelaar en comediant, Ned. uitg. (1962) Bijleveld, Utrecht

Een hardnekkige zwijger

Dick N. Oudshoorn

De hier gerefereerde behandeling is eerder door mij ingebracht in de hypnose supervisie op de Jelgersmakliniek. Ook is er kort melding van gemaakt in TDT 7,2 [Oudshoorn 1980: Hypnotherapie bij adolescenten].

Het leek me aardig voor de lezer van de voortgang en afloop van de therapie kennis te kunnen nemen. Andere overwegingen hebben geen rol van betekenis gespeeld; het artikel is vooral interessant als demonstratie van *indrukwekkende koppigheid*. In de nabeschouwing zal er geprobeerd worden tot een aanvaardbare verklaring van het hele proces te komen.

Mutisme is een intrigerend syndroom, waarvoor de literatuur twee groepen van oorzaken aangeeft:

1) Neurologische oorzaken, waarbij het zwijgen meestal onderdeel is van een uitgebreider syndroom. Niet neurologische organische oorzaken kunnen ook in het Keel-Neus-Oorgebied worden gevonden (verg. Jenner 1981)

2) Niet-organische oorzaken. Jenner (1981) geeft de volgende indeling:

- a) psychogeen [bv podiumangst, shell-shock]
- b) psychose [bv schizofrenie, hysterie]. Mutisme wordt dan opgevat als weerstandsfenomeen.
- c) depressie
- d) geestelijke retardatie.

Ik vind die indeling wel merkwaardig; 'hysterie' zou ik in ieder geval onder a) groeperen. De gemeenschappelijke noemer is dan conversie sive dissociatie van het spraakvermogen. Of dat beslist **niet** opgaat voor de overige categorieën kan ik niet beoordelen. Het lijkt me op zijn minst goed denkbaar.

2

Robert is zestien jaar oud als hij voor opname op onze PAAZ wordt aangemeld. Hij is dan al twee jaar volledig mutistisch, waarbij hij geen enkele klank, noch fluisterspraak voortbrengt. Hij heeft een bewonderenswaardig uitdrukkingsvermogen aangeleerd door middel van mimiek en gebaar.

Voor de aanmelding heeft er een jaar lang gezinstherapie plaatsgevonden op een MOB. Met name is daarbij de nodige aandacht besteed aan de voortdurende bekrachtiging die Robert van het gezin kreeg voor zijn hypochondere klaaggedrag. Er is ook geprobeerd de huwelijksrelatie wat te verbeteren. Aan deze handelwijze lag de veronderstelling ten grondslag dat Roberts zwijgen van zulk soort gezinsproblemen een symptoom was, temeer omdat er geen directe verklaring of oorzaak was gevonden. Hoe het ook zij, er werd op bovengenoemde punten -volgens de verwijzer - wel vooruitgang geboekt, maar Robert bleef zwijgen...

Het oogmerk van de verwijzing was een 'korte, suggestieve klinische behandeling' zodat Robert zonder gezichtsverlies weer aan de praat kon komen.

Zo eenvoudig is het bepaald niet gegaan!

Enkele anamnestiche gegevens: Vader is 58 jaar en is kantine-beheerder, moeder is 50 jaar en is huisvrouw. Er woont nog een broer thuis van 21 jaar, die op een bank werkt.

Robert heeft tot de derde klas Gewoon Basisonderwijs gehad en is toen -omdat men veronderstelde dat hij zwakzinnig was, en waarschijnlijk zonder deugdelijk psychologisch onderzoek naar een MLK-school gestuurd. Robert heeft deze zonder enige moeite doorlopen en is vervolgens op een voortgezette BLO-school voor Beroepsonderwijs geplaatst. Ten tijde van de aanmelding volgt hij van daaruit een stage in een grafisch bedrijf.

Het gezin is erg klein behuïsd; Robert slaapt al sinds jaar en dag aan het voeteneinde van zijn ouders. Hij is sterk geïnfantiliseerd: moeder pleegt zelfs zijn billen nog af te vegen! Op de geringste lichamelijke klacht is ze gewoon hem in bed te stoppen. En klagen deed hij veel!

Op den duur is dat zelfs de ouders te gortig geworden. De gezinsgesprekken hebben in deze wel wat sanerend gewerkt. Al in de eerste 'gesprekken'* wordt wel duidelijk dat die ontwikkeling door Robert helemaal niet als positief wordt gezien. Hij reageert er verongelijkt op, als de beledigde partij. En ook op de PAAZ komt hij regelmatig met lichamelijke klachten, waarover hij zich direct de grootste zorgen maakt. Voor het overige gedraagt hij zich als een vrolijke, zelfs vaak clowneske jongen, die zich alle aandacht der medepatiënten graag laat welgevallen. Voor zijn zwijgen heeft hij vanzelfsprekend geen enkele zinnige verklaring: het is door een verkoudheid veroorzaakt.

De behandeling: Om diverse redenen is gekozen voor hypnotherapie: 1) omdat een dergelijke behandelingsvorm aan de verwachting beantwoordt dat er nu echt iets aan de klacht zelf wordt gedaan; 2) omdat bv gezinsgesprekken op 'meer van het zelfde' zouden neerkomen, waarvan nauwelijks nog resultaat mag worden verwacht; 3) omdat ook de aard van de klacht [een geval van dissociatie van het spraakvermogen] goede kansen biedt op succes met hypnotherapie, waarbij immers dissociatie in principe bewerkstelligd en gemanipuleerd kan worden.

Robert blijkt begaafd te zijn in hypnose. In het begin is hij er ook duidelijk geïnteresseerd. Oogfixatie, geleide fantasie, katalepsie van de arm, diepe trance, schrijven in trance (als spreken na een eerste naïeve suggestie toch niet mogelijk blijkt), het gelukt hem allemaal goed.

* na opname op de PAAZ

Twee thema's komen telkens weer naar voren: A) Hypochondere klachten en Doodsangst; B) het Zwijgen, hoe het begon, wat er achter zit etc. De thema's blijken vervlochten te zijn. Toen de spraak -snel- terugliep had de huisarts het op een 'briesje' gehouden (=verkoudheid). Die dokter blijkt dus ongelijk te hebben, dus moet er wel een ernstiger ziekte achter zitten. Hierover valt niet zinnig te praten. Derhalve besluit de therapeut leeftijdsregressie toe te passen, teneinde terug te gaan naar de tijd waarin hij nog normaal sprak, en -uiteraard- naar de periode waarin het spraakvermogen uitviel.

Ook leeftijdsregressie gelukt vlot. De eerste of tweede keer wordt teruggegaan naar de lagere school. Als hij op een MLK-school blijkt te zitten [Oh, schande, op dat moment een nieuw gegeven voor de therapeut!] wordt nog verder teruggegaan, naar de eerste jaren van de Basisschool. Er komt een vloedgolf van emoties los. Toen is Robert tot in de kern van zijn ziel beledigd, omdat 'ze' zonder veel pardon zeiden dat hij naar de BLO moest, en dat alleen maar omdat hij veel zat te dromen in de klas.

Het is duidelijk dat er Eerherstel moet komen voor deze formidabele Krenking. Het zwijgen heeft er mee te maken. Het lijkt iets aan te geven van: 'Als ze me toch niet de moeite waard vinden houd ik verder mijn mond maar.'

Tijdens een andere zitting wordt er opnieuw met leeftijdsregressie gewerkt. Van het begin af is er een spoor van angst. Aangekomen bij oktober 1978 loopt die op, maar ebt ook weer snel weg. Bij juli/augustus 1977 [toen de stem verdween] gebeurt er niets bijzonders. Een half jaar daarvóór wordt hij weer angstig en geraakt hij -spontaan- in een veel diepere trance. Het lijkt veel op een vlucht. Desgevraagd wil* hij niet schrijven. Pas als de therapeut hem instructie heeft gegeven om de trance minder diep te maken, kan Robert weer schrijven. Er komt nu sterke angst uit. Met opvallend

*of: kan hij niet. Hij is stuporeus.

veel schaamte om er blijk van te geven. Hij schrijft pas na weer goeddeels uit trance gekomen te zijn de nodige griezelige zaken op, blijkbaar een zeer levendige droom, en stopt dan abrupt (zie kopie afb 1) bij de letter v. Hij krijgt dan na reïnductie opdracht tot automatisch schrijven, [wat hij inmiddels ook had aangeleerd] en dan komt het hoge woord eruit: vermoord (te worden). De trancediepte wordt dan licht en hij heeft een amnesie voor het geschrevene. Wel komt er een tranenstroom en -alweer- veel angst uit. Hij 'vertelt' (dwz: schrijft) met grote tegenzin op dat hij op de PAAZ s'avonds bang is naar de WC te gaan. En dat zijn moeder op de gang moest wachten, vanwege zijn angsten.

Nadien mislukken verdere tranceïnducties categorisch. Na bespreking op de Jelgersmakliniek wordt de behandeling over een andere boeg gegooid: Robert krijgt een kamertje apart, en krijgt een schriftelijke cursus Engels, waar hij dagelijks aan moet werken. Voor het overige blijft de afspraak dat hij op de afdeling door middel van opschrijven met de anderen communiceert, en niet met behulp van zijn gebaar en misbaar. [Deze afspraak gold overigens al vanaf het begin.] Dit ging in het begin matig, maar met dagelijkse begeleiding later veel beter. Ter verbetering van zijn houding (hij liep als een oud mannetje) kreeg Robert speciale gymnastiek oefeningen. Met dit nieuwe programma bloeit hij op. Hij groeit ook letterlijk als kool, wordt rustiger en opgewekter en straalt een nieuw zelfbewustzijn uit.

Dan lijkt de tijd rijp voor nieuwe pogingen om zijn spraakvermogen te herstellen. Aan hypnose valt niet te denken; Robert weigert vierkant. Daarom ontpopt de therapeut zich tot een 'logopaedist'. Met veel geduld leert Robert eerst de plofletters en daarna ook de keelklanken. Wat klinkers en foneren betreft is de spraak nog rudimentair. Roberts handicap is dermate overtuigend, dat de therapeut regelmatig terugkerende twijfel bekruipt over een misschien toch bestaande

neurologische basis. Hij besluit het verloop nog een tijd aan te zien.

Vier maanden na opname volgt ontslag. Verdere behandeling kan ook poliklinisch geschieden; bovendien is het beter dat Robert weer in zijn eigen gezin terugkeert en zijn stage voortzet.

Acht weken nadien kan Robert de meeste medeklinkers stemloos uitspreken en zijn alle klinkers er (minimaal). Hij kan nu korte woordjes spreken. Een week later is het weer wat minder. Hij maakt een neerslachtige indruk. Er is iets met moeder, maar hij wil er niet op in gaan. Hij blijft vervolgens ruim drie maanden weg.

Een half jaar na ontslag duikt hij weer op. Hij spreekt vrij goed, zij het stemloos, tenminste als de therapeut hem goed kwaad maakt. Deze begint namelijk zijn geduld wat te verliezen. Robert krijgt te verstaan a) dat hij niet wil praten, b) dat hij onvoldoende aan de behandeling medewerkt c) dat hij zich weer als een 'debiel' gedraagt, wat iedereen toch al denkt dat hij is, hoewel de therapeut en Robert wel beter weten. Dan komt hij met een smoes waarom hij niet eerder is gekomen en vertelt hij (meestal schriftelijk) ook dat moeder ziek is. Hij protesteert dat de therapeut hem koppig noemt: zijn stembanden zijn koppig!

Wederom blijft hij lange tijd weg. Maar ongeveer drie maanden later belt hij op en deelt hij met zware stem mee dat hij weer helemaal gewoon kan praten. Hij blijft opnieuw weg op de telefonisch gemaakte afspraak, maar duikt tenslotte weer op na nogmaals vijf maanden (het is dan inmiddels februari 1981). Hij spreekt naar zijn zeggen weer sinds juli 1980 [dwz een of enkele weken na het laatste -nogal krenkende- gesprek bij de therapeut], kort nadat moeder ziek was geworden. De stem was toen spontaan teruggekeerd. Ja hij zegt triomfantelijk: 'Ik heb het zelf voor elkaar gekregen'. De therapeut beaamt dit uiteraard volmondig.

(Overigens had moeder kanker en was ze toen onmiddellijk geopereerd.)

Robert is met zijn stage gestopt, omdat hij daar tussen 'gehandicapten' zat, en zoekt nu een baan. Hij leest vrij veel Engelse boekjes!

Discussie:

1) We weten niet wat de directe aanleiding is geweest voor het ontstaan van het mutisme bij Robert. Maar de volgende factoren spelen wel een voorname rol:
a) Men ziet hem aan voor een debiele jongen (wat hij m.i. beslist niet is) en hij voelt zich daardoor tot en met miskend. Zijn broer is thuis het 'intellect' als bankemploye (bijna een karikatuur, met driedelig costuum!), en broerlief spreekt onomwonden als zijn mening uit dat Robert harder moet worden aangepakt welke mening zijn ouders langzamerhand zijn gaan delen. Roberts zwijgen is dan op te vatten als een logische (maar ook pathologische) reactie tegenover een overmacht; een zwijgend protest.

Het roept ook associaties op met het eindeloze verongelijkte pruilen van een puber of bakvis. Maar hier is dan wel heel wat meer in het geding.

2) De gezinstherapie heeft geen opheffen van het symptoom kunnen bewerkstelligen, omdat er geen statusverbetering voor Robert uit voortkwam; integendeel konden de directieven [die uit leertheoretisch oogpunt niet onjuist waren] de notie versterken dat Robert een kleinzielige en infantiele en door moeder verwende jongen was. Weer gaan praten is in zo'n context een dubbele nederlaag dus, waarom zou hij?

3) Inderdaad zou het voorkómen van verder gezichtsverlies noodzakelijk zijn voor het welslagen van de behandeling, maar nog niet voldoende. Meer wezenlijk dient hij tot statusverbetering te komen, of anders uitgedrukt:

tot het ontwikkelen van een betere identiteit, zodat hij voor vol wordt aangezien, en zich beter kan ontplooien.

4) Hindernissen lagen er bepaald niet alleen [zelfs misschien niet eens in de eerste plaats] in de gezinssfeer. Robert is -achteraf bezien- van jongsaf een erg neurotische jongen, met angstige fantasieën, die waarschijnlijk al uit zijn peutertijd en kleutertijd dateren. Sterk anaal gekleurde (wc-gebonden) angsten, sterk schaamtegevoel, gestoorde zindelijkheidsstraining en falende intellectuele ontplooiing, zijn symptomen die daarop wijzen. Hypochondrie en doodsangst past in hetzelfde beeld. Sterke gehechtheid aan moeder, rivaliteit ten op zichte van de broer (en van vader?), het slapen bij de ouders wijzen op niet geringe oedipale problematiek. Doordat de therapie weinig psychoanalytisch geïoriënteerd is geweest, is hier ook betrekkelijk weinig feitenmateriaal over aan het daglicht gekomen. Zodoende is er ook onvoldoende geënticpeerd op de plotselinge en heftige paniek, welke in hypnose opkwam rondom fantasieën die [dan ook] nauwelijks verder geëxploreerd zijn.

5) De acuut optredende weerstand tegen verdere hypnotische ondernemingen zou op het eerste gezicht lijken op weerstand tegen opgeven van het mutisme. Een argument hiervoor is wel, dat Robert er tweemaal heel dicht bij zat, naar mijn indruk. Die weerstand is dan terug te voeren op wat onder 1),2) en 3) is beschreven. Maar ook als dat wordt aangenomen, dan geloof ik toch dat het acute en heftige van deze weerstand verklaard moet worden uit angst en aversie voor verder onderzoek van het onder 4) vermelde. Er was dan ook geen alternatief voor de erna gevolgde werkwijze, die erop neerkwam dat de weerstand werd omzeild (vergelijk Oudshoorn, 1977). Als er niet rechtstreeks aan het zwijgen mocht worden gewerkt, en als allerlei materiaal

krampachtig afgeweerd moet worden, ook tegen slinkse methodes zoals hypnose (!), wel dan is inderdaad het enig haalbare, en ook het meest therapeutische om een andere weg in te slaan teneinde allereerst te bereiken dat Robert zich sterker en respectabeler gaat voelen en in die zin ook erkenning kan krijgen vanuit zijn omgeving. Dit rehabilitatieprogramma heeft succes gehad.

6) De lijn van ons betoog volgende, waren toen pas de termen aanwezig om het zwijgen af te leren. Waarom liep het dan toch nog zo moeizaam?

Pas een half jaar na ontslag begint hij weer echt te spreken. Alle 'logopaedistische' training (in de poliklinische fase overgenomen door een aan zijn school verbonden spraaklerares) ten spijt. Trots verbiedt hem misschien de eer met een ander te delen.

Dat zijn herstel nu juist optreedt als moeder ziek wordt en moet worden geopereerd, kan moeilijk aan toeval worden toegeschreven. Maar wat het precies betekend heeft is me niet duidelijk geworden.

Tenslotte heeft misschien toch de demonstratie van ongeduld en de donderpreek van de therapeut ook nog gewicht in de schaal gelegd.

Literatuur:

Jenner, J.A.: Wie zwijgt stemt toe. Een aanpak van mutisme.
DDS 3,4 (1981)

Oudshoorn, D.N.: De verhalentechniek van Richard Gardner.
in v.d.Velden: Directieve Therapie I (1977) Hfdst 19.

1. Inleiding.

Therapeuten maken fouten in de bejegening van hun cliënten. Hoewel deze constatering nogal voor de hand ligt, wordt er in de literatuur maar weinig aandacht gegeven aan de vraag hoe deze fouten kunnen worden rechtgezet.

Dit artikel gaat over de meest gangbare manier om de relatie met degeen tegenover wie de fout werd gemaakt te herstellen: het aanbieden van excuses.

De fouten die gemaakt worden bij de pogingen cliënten van hun problemen te verlossen, kunnen variëren van een ongelukkige opmerking die weer vergeten kan worden, tot een echte misser die op de één of andere manier moet worden teruggedraaid. Haley(1981) beschrijft op ironische wijze hoe onwetende therapeuten verontschuldigen kunnen zoeken voor hun mislukkingen en fouten, bijvoorbeeld door de cliënten de schuld te geven, of door de cliënten erop te wijzen dat er toch meer veranderd is dan ze zelf kunnen zien.

Over deze manier om met fouten om te gaan handelt het artikel niet.

Het aanbieden van excuses binnen een behandeling kan belangrijke consequenties voor die behandeling hebben. Het is noodzakelijk ook deze consequenties te overzien en te gebruiken ten gunste van een positief behandelingsresultaat.

Op dat moment kan gesteld worden dat de cliënt gemanipuleerd wordt. Het lijkt verstandig zich te realiseren dat dit inderdaad het geval zal kunnen zijn.

Haley(1977) wijst op het feit dat veel therapeuten, die pretenderen dat zij hun cliënten niet manipuleren, hun cliënten beïnvloeden zonder zich hiervan bewust te zijn. Vanuit deze visie doet de therapeut er goed aan zich zijn invloed juist

wel te realiseren. Dit opent de mogelijkheid dat hij er een verantwoord gebruik van maakt.

In dit artikel wordt een drietal gevallen beschreven waar excuses een rol spelen. De gevolgen van deze actie van de therapeut worden genoemd. In de discussie wordt uitvoerig ingegaan op de consequenties die het maken van excuses kunnen hebben op de definiering van (therapeutische) relaties. Ten slotte worden enige richtlijnen gegeven hoe verontschuldigen op een verantwoorde wijze in een behandeling in te passen.

2. De Voorbeelden.

Mevrouw Van de Berg-Witte is een 30-jarige huisvrouw, haar man is loodgieter, ze heeft twee kinderen van 6 en 4 jaar. Ze wordt sinds vier jaar gekweld door de gedachte dat ze een ernstige ziekte heeft. Hierbij denkt ze niet aan één bepaalde ziekte, ze geeft aan elke hartklopping, elk puistje, elke grijze haar een naam met een meestal, op de lange of korte duur, dodelijke afloop. Het feit dat ze nog steeds leeft kan haar kennelijk niet geruststellen. Mevrouw vertelt dat haar dagelijks leven en dat van haar familie door deze klacht vergald wordt: ze tobt er aanhoudend over, praat erover zodra haar man in de buurt is en vermijdt lichamelijke inspanning. Tijdens één van de eerste gesprekken valt de ernst op waarmee mevrouw haar klachten presenteert. Desgevraagd somt ze een tiental ziektes op die ze op dat moment denkt te hebben. Hierbij laat ze ook doorschemeren dat ze niet weet of ze op de afdeling psychiatrie wel op de juiste plaats is. Opnieuw een verwijzing naar de internist was haar liever geweest. De therapeut besluit tot een behandeling door middel van hyperdramatisering (vergl. Van Dijck, 1980) en vertelt cliënte een verhaal waarin duidelijk wordt dat deze denkt dat ze een nog niet ontdekte, geheimzinnige ziekte heeft. Deze ziekte wordt het syndroom Van de Berg-Witte genoemd. Er volgt een verhaal waarin de ene arts na de andere zich op het hoofd krabt

en peinzend in de verte staart, hoe in een academisch ziekenhuis de artsen zich rond haar bed verdringen. Er ontstaan ruzies wie haar op de afdeling mag hebben. Specialisten uit Amerika worden overgevlogen, ze wordt beroemd, krijgt de Nobelprijs voor geneeskunde, etc. etc.

Resultaat: Mevrouw barst in tranen uit en gaat accoord met het plaatsen van een open brief in een medisch tijdschrift waarin gevraagd wordt om een kundige arts die haar ziekte kan ontdekken.

De therapeut is in verwarring. Waarom lacht ze nu niet en waarom relativeert ze niet? Pas bij het af luisteren van het bandje blijkt dat er een aantal essentiële opmerkingen zijn weggelaten. In plaats van in het verhaal duidelijk te maken dat het cliënte zelf is die dit zelf fantaseert, lijkt het of de therapeut de indruk heeft dat het werkelijk zo zal aflopen. Bij het begin van de volgende zitting valt de therapeut met de deur in huis door te zeggen: "Beste Mevrouw, tot mijn spijt heb ik ontdekt dat ik u de vorige keer onnodig in grote verwarring heb gebracht en u angstiger heb gemaakt dan u reeds bent. Ik heb u abusievelijk laten denken dat u inderdaad een geheimzinnige ziekte heeft in plaats van u duidelijk te maken dat u denkt dat u die heeft." Mevrouw reageert zeer opgelucht en zelfs vrolijk. Ze vertelt dat ze na de zitting gedeprimeerd vertrokken was, maar 's avonds thuis was ze ineens kwaad en verontwaardigd geworden. Ze had tegen haar man geroepen: "Wat denkt die therapeut wel met die geheimzinnige ziekte, het zijn gewoon zenuwen!" Daarna hadden beide plezier gehad om de manier waarop de therapeut haar kennelijk uit haar tent had willen lokken. Nu ze hoort dat dit iets te ver was gegaan, reageert ze trots dat ze dat zelf heeft ontdekt. Daarna worden haar klachten geïnterpreteerd als dwangdenken en wordt een meer gedragstherapeutische behandeling gestart. Op een verwijzing naar de internist komt ze niet terug.

Riekie 't Ligt heeft anorexia nervosa. Ze wordt klinisch behandeld tot haar gewicht het toestaat de kliniek te verlaten. Daarna komt het hele gezin 't Ligt, bestaande uit vader, moeder, broer Ron, zus Pieta en haar man Joop en Riekie voor ge-

zinstherapie. Aan het einde van het eerste gesprek (screenzitting) wordt aan het gezin een verhaal verteld, waarin aan de klachten van Riekie een andere betekenis wordt gegeven. Met een omstandig en gedetailleerd verhaal wordt uitgelegd dat het hier om een overgangsprobleem gaat. De gezinsleden hebben de stap van gezin met adolescenten naar een gezin met volwassen kinderen die buitenshuis wonen, niet kunnen maken. Door Riekie's ziekte is iedereen op het honk teruggekeerd en krijgen ze allen de kans het een keer opnieuw en nu zonder conflicten te doen.

Tijdens dit verhaal luisteren de gezinsleden aandachtig, er wordt bevestigend geknikt, er komen zelfs wat tranen. De therapeuten zijn tevreden, het heeft kennelijk "gezetten". In hun enthousiasme vallen ze bij het volgende gesprek met de deur in huis: "De vorige keer zijn de overgangsproblemen besproken, nu zullen we bespreken hoe u te kunnen helpen die overgang te maken." Fout. De gezinsleden zetten hun stekels op en bij monde van vader wordt er gezegd dat er absoluut geen problemen zijn, dat er helemaal geen ruzies meer zijn en dat het enige probleem Riekie's gewicht is. De therapeuten zitten vast en na enig geharrewar trekken ze zich terug voor overleg. Bij terugkomst wordt het volgende aan het gezin gezegd: "Wij zijn door onze collega's die achter het screen zitten ernstig op onze vingers getikt. Zij vonden het een grove fout dat we direkt met een onderwerp begonnen zonder eerst eens behoorlijk te vragen hoe het nu gaat. Bovendien hebben we u kennelijk het idee gegeven dat we van mening zijn dat er in uw gezin ernstige problemen bestaan, wat niet het geval is." De gezinsleden ontspannen en vader zegt: "Ja, dat werd ons vroeger ook gezegd, ze moest het huis uit, want daar zou het allemaal door gekomen zijn."

De heer Klaassen heeft al sinds vele jaren last van angsten, algehele malaiseklachten, duizeligheid en slapeloosheid. Hij is 52 jaar, gehuwd en hij heeft twee zoons. De heer Klaassen heeft in zijn diensttijd in Indonesië gevochten en heeft daarna in Nederland zes jaar voor t.b.c. gekuurd. Hij wordt 100%

arbeidsongeschikt verklaard, maar hij vindt toch werk als instrumentmaker op een kleine fabriek. Hier ontpopt hij zich als een zeer consciëntieus man. Enige tijd na het faillissement van het bedrijf en de overname door een grote fabriek stort hij opnieuw in. Door de veranderde werkomstandigheden, het gemis van de met vervroegd pensioen gestuurde, gewaardeerde chef is hij in moeilijkheden gekomen. Angsten en spanningsklachten brengen hem ertoe zich aan te melden voor behandeling. Hij blijkt graag voor de therapie te komen, doet precies wat er afgesproken wordt en overlaadt de therapeut met complimenten vanwege het feit dat hij zo vlot opknapt. De heer Klaassen praat echter niet over werkhervatting, zodat de therapeut tenslotte besluit het zelf ter sprake te brengen. Dit lukt echter niet, omdat de heer Klaassen er gewoon niet op in gaat. Bij het afscheid nemen zegt hij: "Ik hoef nu zeker niet meer terug te komen hè?". In eerste instantie dringt de reden van deze onverwachte reactie niet goed tot de therapeut door. Dan komt langzaam het beeld van een beledigd man naar voren. De therapeut dringt aan op nog een volgend contact. Tijdens dit gesprek begint de therapeut met de mededeling dat er iets rechtgezet moet worden, want dat de therapeut na zijn vertrek heeft beseft hem ernstig beledigd te hebben. De heer Klaassen zegt dat dat niet het geval is, maar dat hij wel geschrokken was van het feit dat er kennelijk gedacht werd dat hij niet aan het werk zou willen. Hierna wordt de mogelijkheid tot werkhervatting besproken. Werkhervatting volgt en de behandeling kan afgesloten worden.

3. Discussie.

- 1 De drie gegeven voorbeelden hebben als overeenkomst dat de therapeut een bepaalde voortzetting van de behandeling voorheeft die niet aanslaat, of door de cliënt verkeerd begrepen wordt. In plaats van de schuld bij de cliënt te leggen, zoekt de therapeut de fout bij zichzelf. In het eerste voorbeeld is er een verkeerde beoordeling van het gevoel voor humor van Mevrouw Van de Berg-Witte, waardoor er ten onrechte een hyperdramatisering toegepast wordt. Bij het gezin 't Ligt is er sprake van een verkeerde timing. Immers, het gezin is het dan wel eens met de omschrijving van de betekenis van de klachten van

Riekie voor het gezin, maar de conclusie van de therapeut nu aan de slag te gaan om de kinderen uit huis te krijgen komt te vroeg. Bij meneer Klassen in het derde geval gaat het eveneens om timing. Op het moment dat hij zich zeer goed zou voelen, zou deze psychasthene man zo snel mogelijk zijn werk weer hervat hebben. Hij is echter nog niet zo ver. De opmerking van de therapeut over werkhervatting komt te vroeg en krenkt meneer Klaassen. De therapeut erkent zijn verantwoordelijkheid en reageert op de signalen van de client met het maken van excuses voor de fout. In alle gevallen ontstaat er daarna een ontspannen situatie, waarna de behandeling een vlotte voortgang heeft. Het maken van excuses na een mislukte aanpak kan ervoor zorgen dat de behandeling niet stagneert. Erickson, bijvoorbeeld, verontschuldigde zich uitvoerig voor een mislukte aanpak en deed zijn best de schuld op zich te nemen zelfs als de oorzaak van de mislukte strategie duidelijk wel bij de client lag en vervolgens begon hij met een nieuwe strategie.

2 Het toegeven van een fout nadat er een begaan is, kan betekenis hebben voor de machtsverhoudingen binnen een bepaalde relatie. Zo zal de ondergeschikte vrouw snel excuses maken voor allerlei zaken aan de dominerende, prikkelbare echtgenoot (zoals iemand zich kan verontschuldigen als iemand anders op zijn tenen gaat staan).

Wanneer de dominerende echtgenoot een fout begaat, zal het hem binnen de relatie niet meevallen zijn excuses te maken. Zodra hij dit doet, verandert er iets. Het complementaire relatie-type verschuift iets naar een symmetrische.

Binnen een gezonde relatie passen excuses. Deze worden aanvaard op een wijze dat gezichtsverlies aan de excusant bespaard blijft (bijvoorbeeld met opmerkingen als: "Het had mij ook kunnen gebeuren".).

Iedereen heeft wel eens meegemaakt dat iemand zijn excuses maakt voor een bepaalde gebeurtenis

Wanneer die gebeurtenis ernstig is, bijvoorbeeld het laten vallen van een stuk zeldzaam aardewerk, dan herstellen de excuses de schade niet. Wanneer iemand zich echter in het stof wentelt nadat hij tegen een bureau stoot, ontstaat de merkwaardige situatie dat niet de excusant, maar degene die de excuses ontvangt in moeilijkheden komt. Hoe moet hij de ander duidelijk maken dat het niet zo erg is, dat het alweer in orde is. Een mogelijkheid is de excusant erg vriendelijk tegemoet te treden. Binnen de behandeling kan hiervan gebruik gemaakt worden.

Een therapeutische interventie heeft tot gevolg dat óf de gewenste verandering optreedt, óf nieuwe informatie verkregen wordt. De interventie heeft dus therapeutische, dan wel diagnostische waarde. Bijvoorbeeld, het echtpaar dat zegt veel van elkaar te houden en waarvan de man ernstige rugklachten heeft, krijgt het advies dat de vrouw de man dagelijks met veel liefde en zachtheid tweemaal een kwartier de rug masseert. Het is de bedoeling dat door de tactuele liefdevolle behandeling de gespannen man inderdaad minder last van zijn rug zal hebben. Samen werkt het paar aan het probleem en een verbetering kan optreden. Soms echter rapporteert de vrouw op de volgende zitting de opdracht niet uitgevoerd te hebben, omdat zij rilt bij de gedachte de man aan te raken. Op dat moment wordt verteld dat er ook sexuele problemen zijn, hetgeen het paar in eerste instantie niet gemeld heeft (of omdat de therapeut daar niet naar gevraagd heeft).

In die gevallen waarbij de interventie overwegend diagnostische waarde heeft, is deze interventie op te vatten als fout (of in taxatie of in timing) en is het een goede voortzetting van de therapeut zich hier uitvoerig voor te verontschuldigen. Op zijn minst ontstaat er bij de client een vriendelijke coöperatieve houding die goed benut kan worden voor het geven van een nieuwe interventie. Bij de meer competitief ingestelde client kan met het maken van excuses bereikt worden dat de symmetrische machtsstrijd ontweken wordt. De aldus tot stand gebrachte meta-complementaire relatie, waarbinnen de therapeut de situatie zo arrantgeert dat hij in een secun-

c
27

daire positie komt en de cliënt zijn symmetrische manoeuvres kan nalaten.

- 3 Cadeautjes kunnen een vergelijkbare betekenis voor de definitie van de relatie hebben; Binnen een gezonde relatie zijn kleine attenties: boekjes, een keer een bloemetje, zaken die zowel de gever als de ontvanger plezier bezorgen. Bij de complementaire relatie zal de man die bij zijn dominerende vrouw aankomt met een bos bloemen, het verwijt kunnen krijgen dat hij geld verkwist. De kans dat dan de complementaire relatie naar een symmetrische verschuift, wordt door de manoeuvre van de vrouw ongedaan gemaakt. In een heftig symmetrische relatie worden cadeautjes nogal eens als wapen gebruikt om greep op de relatie te krijgen. Het geven van een groot cadeau kan de ander in een positie plaatsen iets terug te moeten doen (= een verschuiving in de richting van een complementaire relatie). Door te stellen dat het de plicht van de ander is grote cadeaux te geven, kan hij nog wel de beheersing over de relatie houden, maar gebruikelijk is toch dat hij zich verplicht voelt ten opzichte van de ander (dat geeft maar verplichtingen; vergl. ook de vrouw die met een haar niet al te bekende man gaat eten en erop staat zelf te betalen: immers na het aannemen van een etentje is het minder makkelijk eventuele toenaderingspogingen van de man af te wijzen).
- Ook dit heeft toepassing gevonden in de therapie. Kees van der Velden heeft dit beschreven. Cliënten slagen erin met behulp van cadeaux en dankbare toezeggingen de ontvangers van al dit fraais dingen te laten doen die zij al jaren niet deden en ook niet van plan waren te doen (bijvoorbeeld, de ouders die hun dochter maar niet los kunnen laten en die na een cadeau en dankbare toezegging het veld ruimen of de dochter die zich met de ouders bemoeit en die na ontvangst van het cadeau en de dank besluit om op kamers te gaan (zie: Van der Velden & Hoogduin, 1980)).

4. Slot.

Het maken van excuses en het geven van cadeautjes kunnen bijdragen tot de beheersing van de relatie. Hiervan kan therapeutisch gebruik gemaakt worden. Ook therapeuten die bemerkt hebben een fout te hebben gemaakt en die zich daarvoor bij de cliënt willen verontschuldigen zullen zich de consequenties hiervan voor de relatie moeten realiseren. Het maken van excuses zal de therapeut regelmatig kunnen toepassen. Voor het geven van cadeaux zullen de meeste therapeuten op praktische gronden de voorkeur geven aan een mediatie-strategie.

Geraadpleegde litteratuur.

Dijck R. van (1980), "Het gebruik van humor en overdrijving"
in K. v.d. Velden, Directieve Therapie deel II, Van
Loghem Slaterus, Deventer.

Haley, J. (1977), "Problem Solving Therapy" Jossey-Bass,
San Francisco.

Haley, J (1981), "How to be a marriagetherapist without hardly
knowing anything"

Velden, K. v.d., C.A.L. Hoogduin (1980). "Cadeautjes en Eer-
herstel". in: K. v.d. Velden, Directieve Therapie deel II
Van Loghun Slaterus, Deventer.

TAXATIE IN DE AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG*

ALFRED LANGE.

1. Inleiding.

Dit artikel heeft betrekking op taxatie vanuit de systeembenadering. Daarbij zullen niet opnieuw alle begrippen vanuit de systeemtheorie en de gezinstherapie naar voren worden gebracht. Daarover wordt elders (vgl. Lange, 1978; Lange & van der Hart, 1979) gerapporteerd. Wel wil ik nog eens de nadruk leggen op datgene wat m.i. de kern is van de systeembenadering; dat klachten van één persoon gezien worden binnen de context van mensen met wie deze persoon samenleeft, met wie hij het meest heeft te maken. Klachten van één persoon kunnen een functie hebben voor de omgeving. Het kan zijn dat ze bekrachtigd worden door de omgeving en het kan zijn dat ze de omgeving beïnvloeden. Om deze verschillende redenen is het m.i. juist in de taxatiefase van het hoogste belang dat de omgeving erbij wordt betrokken. Alleen dan is het mogelijk om genoeg informatie te verkrijgen om een verantwoord behandelingsplan op te stellen.

In deze inleiding wil alvast vooruitlopen op de veel voorkomende misvatting, dat er binnen een systeembenadering geen aandacht zou kunnen zijn voor individuele karakteristieken; dat er geen taxatie zou zijn van individuele pathologie en 'assets' en dat er geen individuele interventies zouden zijn. Dergelijke misvattingen worden door Lange (1981a) expliciet bestreden. Getoond wordt dat binnen een (directieve) systeembenadering sprake is van interventies op verschillend niveau: individueel, subsystemen, gehele gezin. In dit artikel wordt een op systeembenadering gebaseerd taxatiemodel geschetst ten behoeve van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt taxatie opgevat als een eerste behandelingsfase, waarin sommige accenten anders liggen dan in de latere fasen, die meer bewust op verandering zijn gericht. In deze taxatiefase dient de nadruk te liggen op het inventariseren van de probleemgebieden, het in kaart brengen van de structuur waarbinnen de problemen zich afspelen, het inschatten van sterke en zwakke punten en het motiveren van cliënten voor de behandeling (vgl. Lange, 1981 b). Daarnaast zullen er ook in deze eerste fase soms al interventies zijn die tot bepaalde veranderingen leiden. De opdracht om bepaald gedrag te registreren teneinde preciesere informatie te verkrijgen kan bijv.

* Dit artikel is een bewerking van een rede tijdens de conferentie van 13 maart 1981, van de sectie ABGZ van het NIP, in Woudschoten.

al leiden tot een nieuwe opstelling jegens het probleem. Omgekeerd kunnen reacties van cliënten op interventies - in latere fasen - leiden tot een andere inschatting en een nieuwe taxatie van de problematiek. Taxatie en behandeling zijn dus niet helemaal van elkaar te scheiden, maar het verdient aanbeveling om met het opstellen van een behandelingsplan te wachten tot de taxatiefase een compleet en begrijpelijk beeld heeft opgeleverd en men met cliënten een behandelingskontra^{ct} heeft kunnen afsluiten. Tot slot van deze eerste opmerkingen zou ik willen bepleiten dat de taxatie door de behandelaar zelf wordt uitgevoerd. Bij een scheiding van taxatie en behandeling zal het vaak voorkomen dat de (tweede) behandelaar toch niet helemaal durft af te gaan op het oordeel van de 'taxateur'. Hij zal misschien zelf willen zien en horen hoe de cliënten de achtergronden van hun problemen zien. Dat is begrijpelijk. Zo zal men geen orthopaedisch chirurg vinden die bereid is een knie te opereren zonder dat hij die zelf heeft onderzocht, eventueel zelfs eigen foto's heeft laten maken. Het taxeren van de problematiek door anderen werkt dus nodeloze vertragingen en frustraties in de hand. Bovendien kan het contact dat in de taxatiefase ontstaat tussen cliënten en therapeut van belang zijn voor het motiveren van cliënten voor de verdere behandeling.

Speciale onderdelen uit de taxatiefase als testen, medisch onderzoek, etc. kunnen uiteraard worden uitbesteed.

2. Een mogelijk model voor aanmelding, intake en taxatie.

Kliënten krijgen over het algemeen niet onmiddellijk contact met hun latere therapeut. In de meeste gevallen melden zij zich aan bij een instelling. In deze paragraaf wordt een 'ideaal' model geschetst voor de wijze waarop aanmelding en intake in de praktijk zouden kunnen verlopen met in achtneming van de volgende principes: er moeten zo min mogelijk dublures voor cliënten zijn en vanaf het allereerste begin dient aan cliënten duidelijk gemaakt te worden dat een volledige taxatie van hun problematiek inhoudt dat hun gezinsleden erbij betrokken worden.

In figuur 1 wordt het model schematisch weergegeven.

Ideaal zou het zijn, wanneer de aanmelding telefonisch geschiedt of bij een balie, waar het aan de cliënt duidelijk is dat er niet meteen een lang gesprek wordt gevoerd. Een eerste aanmelding zou niet langer moeten duren dan circa een kwartier, waarbij de volgende thema's aan bod

kunnen komen:

- de reden van de hulpvraag
- de leefsituatie; met wie woont de aangemelde cliënt samen?
- leeftijd, opleiding en beroep van de aangemelde cliënt en andere betrokkenen.
- informatie over de verwijzer.
- het uitnodigen van het gehele gezin voor het eerste gesprek. Sommige cliënten zullen dat zeer plezierig vinden. Anderen zullen daar wat moeite mee hebben. Als de 'policy' in de instelling op dat punt echter duidelijk is en de staf er ook achter staat is het bijna altijd mogelijk om cliënten daarover uitleg te geven en hen te motiveren om samen met de andere gezinsleden te komen. Voor een gedetailleerd overzicht van de manieren die hiervoor ter beschikking staan, zij verwezen naar Lange, 1981b.

Wanneer de cliënt bereid is een afspraak onder de voorgestelde konditie te maken, worden zijn gegevens doorgegeven aan de therapeut die in principe de behandeling op zich zal nemen. Dat kan rechtstreeks of via een teambespreking waarin de 'gevallen' worden verdeeld.

Na het voorwerk tijdens de aanmelding vinden de eerste taxatiegesprekken plaats. Daarbij staat het inventariseren van probleemgebieden voorop. Er wordt vermeden om meteen diep op alleen één probleem in te gaan. Cliënten worden geholpen om hun verschillende verwachtingen t.o.v. elkaar, zichzelf en de therapeut te konkretiseren en op een rij te zetten. Daarbij verkrijgt de therapeut ook inzicht in de structuur van het gezin, in de functie van de klachten binnen die structuur, in de bekrachtigingspatronen en in de invloed die de aangemelde klachten hebben op het functioneren van de anderen.

Het voeren van een gesprek met een gezin houdt niet in dat individuele karakteristieken van cliënten verwaarloosd moeten worden. Tijdens de eerste taxatiegesprekken kan ook worden ingegaan op individuele problematiek van de aangemelde cliënt en - zo nodig - ook op klachten of problemen van anderen in het gezin. Bijv. door door te vragen naar 'hoe lang klachten al duren', hoe vaak en intens ze optreden, etc.

Behalve over probleemgebieden is het verstandig om ook te praten over mogelijke sterke kanten van zowel individuele gezinsleden als m.b.t. de onderlinge verhoudingen in het gezin.

Tijdens de eerste taxatiegesprekken zal blijken in hoeverre de cliënten gemotiveerd zijn. Het aan te bieden behandelingscontract kan niet los daarvan worden gezien. Cliënten die geneigd zijn wat weerstanden te vertonen ('weerstand' is niet hetzelfde als een 'eigen mening') dienen anders benaderd te worden dan cliënten die alles wat de therapeut voorstelt prachtig vinden. In het eerste geval is bijv. een paradoxale strategie soms eerder geïndiceerd dan in het tweede geval, waarin meestal op een congruente manier (vgl. Van Dijk et al., 1980) gewerkt kan worden. Hiermee komen we terecht op het motiveren voor de behandeling. Dat zal in deze eerste taxatiegesprekken moeten gebeuren. Bijv. door het accepteren van de klachten, het geven van steun, het geven van heldere feedback, of juist door een meer judo-achtige houding bij cliënten die geneigd zijn om met de therapeut in de clinch te gaan. Lange (1981b) geeft een indeling en een overzicht van de verschillende mogelijkheden die op dit punt bestaan.

Na het eerste gesprek - of de eerste gesprekken - met het gehele gezin kunnen taxatiegesprekken volgen met delen van het gezin, sub-systemen. Zo is het vaak verstandig om in een vroeg stadium een gesprek te hebben met de ouders alleen. Deze krijgen dan de gelegenheid om ook intieme kanten van hun verhouding te bespreken. Hierdoor krijgt de therapeut soms noodzakelijke informatie over de affectieve aspecten in de verhouding, tussen de ouders. Het is ook voorstelbaar, dat er in deze fase extra informatie verzameld wordt over individuele kanten van één of meerdere gezinsleden. Bijv. door tests, lichamelijk onderzoek of in gesprekken.

Over het algemeen verdient het aanbeveling om de eerste taxatiefase af te sluiten met een expliciet voorlopig behandelingscontract. Cliënten hebben dan al enig inzicht in de werkwijze. Bovendien wordt met hen een globale strategie besproken die in eerste instantie gevolgd zal worden. De resultaten daarvan zullen geëvalueerd worden en eventueel leiden tot een nieuw behandelingscontract.

Deze 'ideale' fasering is vooral wenselijk en mogelijk bij cliënten met wie op een congruente wijze (vgl. Van Dijk et al., 1980) gewerkt kan worden. Bij cliënten voor wie een meer judo-achtige, indirecte benadering in eerste instantie is geïndiceerd kan het beter zijn om de behandeling meer geleidelijk, meer indirect en minder expliciet in te voeren.

Fig. 1.: MODEL VOOR INTAKE EN TAXATIE:

A A N M E L D I N G

- reden hulp vraag
- biografische gegevens
- leefsituatie
- uitnodigen i.p. + context (uitleg)

1e T A X A T I E G E S P R E K K E N

- I.P. + relevante context
- inventarisatie probleemgebieden
- inzicht in structuur
- functie van klachten
- bekrachtigings patronen
- invloed klacht op anderen
- inzicht individuele problematiek
- inzicht in mogelijke weerstanden
- (nodig voor afstemmen van behandeling: congruent/paradoxaal
- motiveren

Evt.: T A X A T I E S E S S I E S M E T S U B - S Y S T E M E N

- bijv. ouders
- bijv. testen van individuen
- bijv. lichamelijk onderzoek

V O O R L O P I G B E H A N D E L I N G S K O N T R A K T .

B E H A N D E L I N G S F A S E (N) , W A A R I N V E R D E R
T A X E R E N L I G T O P G E S L O T E N .

E V A L U E R E N & B I J S T E L K E N N A B E H A N D E L I N G S -
K O N T R A K T .

3. Enkele voorbeelden.

In deze paragraaf wordt de aanmelding en taxatie van vier cliënten besproken. Daarbij wordt vooral aandacht gegeven aan de verschillende niveau's waarop de taxatie zich afspeelt: 'hier en nu' versus 'verleden'; 'gezinsinteractie' versus 'individueel'. Met opzet wordt nauwelijks ingegaan op het resultaat van de behandelingen.

3.1. Het gezin Rosen.

Mevrouw Rosen meldt haar zoon Mark van 14 jaar aan. Mark wordt thuis als onhandelbaar beschouwd. Hij heeft ook schoolproblemen en mevrouw belt de therapeut op nadat zij via de schoolbegeleidingsdienst diens telefoonnummer heeft gekregen. Er is geen therapeutische voorgeschiedenis in dit gezin, dat bestaat uit man, vrouw en twee kinderen. De dochter is tien jaar. Het is een gezin uit hogere sociale klasse.

Bij de aanmelding vertelt mevrouw Rosen dat Mark zeker niet zal meekomen voor een gezinsgesprek. Hij heeft al zoveel gepraat en voelt er volgens haar niet voor nog meer te praten. Zij zal in haar eentje komen, om alles uit te leggen. De therapeut - op zijn beurt - voelt daar niet veel voor en vraagt haar om haar zoon in ieder geval te vragen om voor één keer mee te komen. Er zal geen gesprek zonder hem gevoerd worden. Aan de telefoon wordt gerepeteerd hoe moeder dit aan haar zoon kan overbrengen. Enkele dagen later belt moeder terug. Mark komt mee, maar heeft aangekondigd geen woord te zeggen. Dat vindt de therapeut geen bezwaar.

Er zijn vijf taxatiegesprekken, twee met het gehele gezin, één met de ouders alleen en één met ieder der ouders apart. In het eerste taxatiegesprek lijkt Mark het tegendeel van zwijgzaam te zijn. Hij is levendig, praat veel en geeft alle informatie die de therapeut of wie dan ook maar wenst. Hoewel Mark echt wel reële schoolproblemen heeft, wordt in de eerste twee taxatiegesprekken toch ook duidelijk dat de grootste problemen bij de ouders liggen. Deze hebben een zeer moeilijke onderlinge verhouding hetgeen zij niet onder stoelen of banken steken. Op grond daarvan wordt besloten om een taxatiezitting met alleen de ouders te hebben. In dit gesprek komt scheiding als een mogelijkheid naar voren. Mevrouw laat weten niet meer veel voor haar man te voelen. Zij beschouwt hem als een gejaagd, zenuwachtig kind dat zij liever kwijt is dan rijk. Haar man reageert hierop paniekerig en probeert te bewijzen dat het best met hem en hun meevalt. Dat is echter niet het geval en

Fig.2: Gezin Rosen.

Aanmelder : Mevrouw. Via Schoolbegeleiding (tel.)
Type aanmelding : MOB
Aangemelde patiënt : Mark, 14 jaar, "onhandelbaar", schoolproblemen.
Therapeutische
Historie : Géén
Samenstelling Gezin: Man, vrouw, 2 kinderen (10 en 14 jaar)
Sociale Klasse : Hoog
5 Taxatiezittingen:
- 2 met gehele gezin
- 1 met ouders alleen
- 1 met ieder ouder apart

Taxatie:

- a) Hevige echtpaar problemen
- b) Levensfase problematiek
- c) Opvoedingsproblemen.

Motivatie door:

- invoegen
- feedback
- acceptatie
- concretisering & verheldering

Behandelingskontraakt:

- verhouding tuussen ouders
 verbeteren relatie of
 scheiding (op proef)
- Kontrakten Mark
 met moeder
 met vader
- Evt. individueel Mark

na nog een zitting met het paar wordt besloten om ook met ieder afzonderlijk een gesprek te hebben; zodat beiden ongehinderd hun visie kunnen geven op de mogelijkheden m.b.t. het voortbestaan van hun huwelijk.

In dit gezin zijn dus in eerste instantie de relatieproblemen tussen de ouders van belang. Daarbij is sprake van levensfaseproblematiek (vgl. Carter & McGoldrick, 1980). Met name de vader heeft veel moeite met de overgang naar een nieuwe fase waarin opgroeiende kinderen zich gaan losmaken en navenant eigen verantwoordelijkheden moeten aangaan. Door hun slechte onderlinge verhouding wordt dit probleem nog groter, doordat de eruit voortvloeiende opvoedingsperikelen een onderdeel van hun machtsstrijd zijn gaan vormen.

Na de zes taxatiegesprekken wordt een behandelingscontract aangeboden, dat gebaseerd is op het begeleiden van een proefscheiding van een half jaar (vgl. Lange & van der Hart, 1979), hetgeen uiteindelijk door beiden wordt geaccepteerd. Als die eenmaal bevredigend loopt zal weer aan de verhouding met Mark aandacht worden besteed, met behulp van duidelijke gedragskontrakten. Eventueel zullen er ook individuele gesprekken met Mark zijn.

Men kan zich nu de vraag stellen wat er gebeurd zou zijn wanneer er sprake was geweest van een individuele taxatie; wanneer de therapeut er niet op had gestaan dat het gehele gezin van begin af aan bij de behandeling was betrokken. In ieder geval ziet men geïllustreerd dat het gemakkelijker is om van gezinsgesprekken naar individuele gesprekken over te gaan dan omgekeerd. Het deel individuele taxatie en therapie, dat eventueel met Mark nodig is, heeft zijn plaats en logica ontleend aan de taxatie van het gehele gezinsgebeuren. Doordat de therapeut inzicht heeft in de problemen tussen de ouders en in de levensfaseproblematiek is de 'timing' van individuele gesprekken met Mark goed te verantwoorden en kunnen deze productief zijn. Wanneer met Mark alleen was begonnen of met moeder alleen zou het inzicht van de therapeut in de gezinsstructuur tekort zijn geschoten en had hij de informatie over Mark niet zo goed kunnen evalueren.

Een aparte 'intaker' zou hier meer nadelen dan voordelen met zich mee hebben gebracht. In deze taxatiefase was al veel voorwerk voor de verdere behandeling gepleegd. Bijv. in de vorm van typische 'joining' activiteiten van de therapeut zoals het praten over hobby's met Mark, of het vertellen over zijn eigen - soms negatieve - schoolervaringen. Maar

ook doordat er al interventies waren geweest in de vorm van concrete feedback, of huiswerkopdrachten als 'monitoring' en kleine gedragskontrakten.

3.2. Het gezin Steensma.

Meneer Steensma meldt zich telefonisch aan via een maatschappelijk werker. Hij is 50 jaar, en omschrijft zichzelf als depressief (in buien), suïcidaal met veel agressie tegen zijn vrouw. Drie jaar geleden is hij ongeveer een jaar opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek. Het gezin bestaat uit man, vrouw en drie kinderen, waarvan alleen nog een zoon van 16 jaar in huis is. De andere kinderen volgen opleidingen in andere steden, waar zij op kamers wonen. Er zijn vier taxatiezittingen: twee met het gehele gezin en twee met de ouders alleen.

In de eerste twee taxatiezittingen blijkt de aangemelde cliënt een angstige, onzekere man te zijn met dramatische jeugdervaringen, die hij nog niet heeft verwerkt. Zijn ouders waren al gescheiden voordat hij was geboren. Zijn vader heeft hij nooit gekend. Zijn moeder was een alcoholica, die met haar zoontje rondzwierf en regelmatig in inrichtingen of gevangenissen werd opgenomen. Op tienjarige leeftijd kwam hij in huis bij een oude oom, die hem niet bepaald hartelijk beggende en zelfs sexueel misbruikte. Die oom zorgde er wel voor dat hij een administratieve opleiding kreeg. Momenteel werkt hij in een groot bedrijf waar hij de inkoop-administratie verzorgt. Op jeugdige leeftijd is hij getrouwd met de eerste vrouw, waar hij intiem contact mee had. Zijn vrouw wordt door hem en door de kinderen afgeschilderd als zeer rigide en dwangmatig: alles heeft zijn plaats, activiteiten mogen alleen op vaste momenten gebeuren (dat geldt ook voor het geringe sexuelle contact). Meneer Steensma vindt ook dat hij emotioneel bij zijn vrouw tekort komt. Zij geeft hem weinig aandacht en affectie. Hij - op zijn beurt - houdt wel van zijn vrouw, maar kruipt steeds meer in zijn schulp, hetgeen resulteert in wekenlange zwijgpartijen, scheldkanonnades of handtastelijkheden. Zijn onzekerheid, die vanuit zijn jeugdervaringen al alleszins begrijpelijk is, wordt versterkt door de interactie met zijn vrouw.

Er is ook sprake van 'levensfase' problematiek (vgl. Carter & Mc.Goldrick, 1980). De problemen zijn accuut geworden toen de oudste kinderen uit huis gingen. In die tijd was ook de opname in een psychiatrische

Fig.3: Gezin Steensma.

Aanmelder : Meneer via Maatschappelijk werker (tel.);
Type aanmelding : SPD;
Aangemelde patiënt : Meneer, 50 jaar;
Klachten : depressieve buien; suïcidaal; agressie;
Therapeutische Historie : 1 jaar opname, 3 jaar geleden;
Samenstelling Gezin : Man, vrouw, 3 kinderen 15-26 jaar, zoon
van 16 jaar thuis.
Sociale klasse : Middel;
4 Taxatiezittingen : 2 x gezin,
2 x ouders alleen.

Taxatie:

- a) Angstige, onzekere man met dramatische jeugdervaringen;
- b) Rigide, dwangmatige vrouw, met weinig affect en drankprobleem;
- c) 'a' wordt versterkt door interactie met 'b';
- d) Levensfase problematiek;
- e) Sterk punt: de 2 oudste kinderen functioneren goed.

Motivatie:

- konkretisering, verheldering;
- steun en positief etiketteren
- judo

Behandelingskontraakt:

- verbeteren verhouding M-Vr. via gedragskontrakten;
- doorwerken verleden man.

inrichting. De huidige problemen zou men kunnen zien in het licht van het naderende vertrek van het laatste kind uit het ouderlijk huis, waardoor meneer Steensma alleen met zijn vrouw zou achterblijven. Er zijn niet alleen problemen. Het gezin kent ook zijn sterke kanten. De kinderen functioneren goed en zelfstandig en kunnen prettig met elkaar opschieten. De kinderen die op kamers wonen onderhouden goede en regelmatige contacten met het ouderlijk huis, zonder dat er sprake is van overmatige verbondenheid. Vader staat niet geïsoleerd in het gezin, en ook zijn vrouw wordt ondanks haar rigiditeit wel door de kinderen geaccepteerd.

Uit de eerste twee gesprekken blijkt dat mevrouw Steensma bepaald niet gelukkig is met het idee dat zij zou moeten meewerken aan een behandeling. Zij geeft expliciet aan niet te willen veranderen. Deze houding noopt de therapeut tot een voorzichtige formulering van een mogelijk behandelingskontraat. Het echtpaar zou kunnen onderzoeken in hoeverre enkele veranderingen in het gedrag van mevrouw (dus geen persoonsverandering) ertoe kan leiden dat meneer zich meer door haar geaccepteerd voelt. Daarnaast zou meneer Steensma zich bewust bezig kunnen houden met het verwerken van negatieve kanten uit zijn verleden. Met name, die kanten die ertoe bijdragen dat hij in sterke mate afhankelijk is van de steun van zijn vrouw. Het was in deze taxatiefase niet moeilijk om meneer Steensma voor de behandeling te motiveren. Het helpen om problemen te konkretiseren, het geven van steun, het geven van complimenten (bijv. over de positieve manier van omgaan met de kinderen en over zijn doorzettingsvermogen) maakte hem enthousiast voor het vervolg. Bij zijn vrouw lag dit anders. Zij was van begin af aan tegen de behandeling gekant en jegens haar was een subtiele judo-achtige houding met veel positief etiketteren nodig. Zo sprak de therapeut zijn bewondering uit voor haar eerlijkheid zoals die zich manifesteerde in de openhartigheid waarmee zij aangaf niet te willen veranderen. Tevens zorgde hij ervoor dat hij alle voorstellen vrijblijvend formuleerde als mogelijkheden zodat mevrouw eerst kon nadenken of zij die echt wel wilde.

Hoe zou de taxatiefase zijn verlopen wanneer er gestart was met individuele gesprekken met meneer Steensma? Waarschijnlijk was er dan genoeg materiaal naar voren gekomen waarin een therapeut zich had kunnen vastbijten. Er was immers genoeg in het verleden van meneer Steensma

te vinden om te verklaren waarom hij zich zo ellendig en onzeker voelde. Een individuele behandeling zou het gevolg hebben kunnen zijn van een dergelijke taxatieprocedure, evenals drie jaar geleden. De kans op succes zou dan echter klein zijn geweest aangezien men was voorbijgegaan aan de manier waarop de verhouding met zijn vrouw de problemen van meneer versterkte. Per slot van rekening heeft de opname van drie jaar geleden ook niet veel zoden aan de dijk gezet. Eveneens minder gunstig zou het zijn geweest als na een aanvangelijke individuele benadering in een later stadium gepoogd zou zijn om de vrouw en kinderen erbij te betrekken. De weerstanden van de vrouw zouden dan ongetwijfeld nog groter zijn geweest dan nu het geval was aangezien er al sprake was van contacten tussen haar man en de therapeut.

Men kan zich ook afvragen wat er zou zijn gebeurd als de intake en taxatie wel met het gehele gezin waren gevoerd maar door een andere dan de latere therapeut. Ik hoop dat uit de beschrijving hierboven blijkt dat er tijdens de taxatiefase vele momenten waren die de verhouding tussen de cliënten (met name de vrouw) en de therapeut beïnvloedden in een voor de behandeling noodzakelijke richting. Een 'nieuwe' therapeut zou een veel ongunstigere start hebben gehad.

3.3. Het gezin Speyer.

Mevrouw Speyer meldt haar zoontje (Jan) van 13 jaar aan bij een MOB. Het adres heeft zij gekregen via de LOM-school waar Jan les heeft. Het gaat in eerste instantie om leermoeilijkheden. Hij heeft al twee jaar gesprekken gevoerd met een schoolpsycholoog, hetgeen niet tot veel verandering heeft geleid. Het gezin bestaat uit man, vrouw en twee kinderen. Naast Jan is er nog een dochter van 15 jaar. De vader is chauffeur bij een klein expeditiebedrijf. Moeder werkt niet buitenshuis. Er worden twee taxatiegesprekken gevoerd met het gehele gezin en Jan wordt aan een testonderzoek onderworpen. Daaruit blijkt dat er niet getwijfeld hoeft te worden aan de capaciteiten van Jan, die in principe voldoende zijn om een MAVO of zelfs HAVO af te maken. Maar Jan is nogal zenuwachtig, hetgeen zich o.a. uit in een opvallende tremor in zijn handen, en hij heeft bijzonder weinig zelfvertrouwen. Het gezin maakt een homeostatische indruk: verschillen en onenigheden worden verdoezeld en bestaande agressie wordt verborgen, waarbij moeder een dominan-

Fig.4: Gezin Speyer.

Aanmelder : Moeder via LOM-school; (tel.)
 Type aanmelding: : MOB;
 Aangemelde patiënt : Jantje, 13 jaar; Leermoeilijkheden, tremor;
 Therapeutische Historie : 2 j. gesprekken met schoolpsycholoog;
 Samenstelling Gezin : Man, vrouw, 2 kinderen (13 en 15 jaar);
 Sociale Klasse : Laag;

2 Taxatiezittingen met gezin;

1 Test Onderzoek.

Taxatie:

- a) Afdoende capaciteit van Jantje;
- b) Jantje zeer zenuwachtig; weinig zelfwaardering.
- c) Homeostatisch gezin, met dominante moeder en uiterst zwijgzame vader; veel verborgen agressie. Meisje (15 jaar) funktioneert goed.

Motivatie:

Door verandering na eerste (monitorings) interventie

Behandelingsplan:

- doorbreken van de structuur;
- Versterking zelfwaardering Jantje, d.m.v. steun/taken, etc. in dyadische kontakten met zusje en 1 ouder.

te indruk maakt en vader zich uiterst zwijgzaam en onderworpen voordoet. Het meisje van 15 jaar functioneert goed.

In de tweede taxatiezitting komt er nogal wat agressie tegen vader los. Vooral moeder neemt hem kwalijk dat hij zo weinig praat. Ook de kinderen vinden dat hij thuis heel weinig zegt. De therapeut vraagt dan - in het kader van informatie verzamelen - of de kinderen bereid zijn de komende week te tellen hoeveel woorden hun vader per avond precies spreekt. Aan vader wordt hiervoor toestemming gevraagd en bovendien wordt hem op het hart gedrukt, om deze week vooral niet meer te spreken dan normaal bij hem het geval is, aangezien het anders weinig informatieve waarde zou hebben. De volgende zitting komen ze lachend binnen, d.w.z. vader en kinderen. Moeder kijkt somber. Wat is er gebeurd? De kinderen en vader hebben het tellen als een soort spelletje opgevat, waardoor vader uit zijn isolement is gekomen en meer heeft gesproken dan ooit. De enige die het niet leuk vindt, maar integendeel nogal kwaad is, is moeder: 'Twintig jaar lang heeft hij zijn bek niet opengedaan, is ie overal te beroerd voor en nu dat we hier zijn.....' Uit het hieropvolgend gesprek blijkt wat er in feite in dit gezin aan de hand is: grote rancune van mevrouw Speyer jegens haar man die zich naar haar idee sociaal en maatschappelijk veel minder heeft ontwikkeld dan haar broers. Daarmee heeft zij hem al vele jaren op een niet expliciete wijze onder druk gezet, waardoor veel onbesproken spanningen in het gezin hebben geheerst. Jan die hiervoor heel gevoelig is heeft dat goed aanvoeld, is er zelf gespannen van geraakt en heeft gefunctioneerd als bliksemafleider.

Het was niet moeilijk om vader en de kinderen verder te motiveren voor behandeling. Moeder vertoonde wat meer weerstanden, maar was er na de derde zitting ook van overtuigd dat er in de manier van omgaan met elkaar wel wat mocht veranderen. Er werd een behandelingskontraakt afgesloten waarin dat centraal zou staan. Daarnaast zou Jan gecoached worden in kontakten met zijn zusje, zijn ouders en in kontakten met vrienden teneinde zijn sociale vaardigheden te vermeerderen met de kans op toenemend zelfvertrouwen.

Dan blijft weer de vraag over naar de mogelijkheden van individuele taxatie. Dat zou m.i. weer weinig zijn geweest. De meest saillante gegevens zouden niet naar voren zijn gekomen. Dat gevaar zou zelfs hebben bestaan wanneer na enkele individuele gesprekken en tests met Jan, in een later stadium was besloten om gezinsgesprekken te houden.

Wanneer de focus eenmaal duidelijk op Jan was gevestigd geweest hadden de ouders misschien veel meer weerstand gehad om zichzelf daadwerkelijkheid in de behandeling te laten betrekken. Het omgekeerde zou niet hebben gegolden. Als uit de gezinstaxatie was gebleken dat er toch wel individuele gesprekken met Jan nodig waren dan was dat gemakkelijk te verwezenlijken geweest. Het zou ook jammer zijn geweest als de 'taxateur' de behandeling niet had kunnen uitvoeren, ~~aa~~angezien de tweede taxatiesessie in feite al een zeer belangrijke faktor was in de behandeling.

3.4. Karen Erkens.

Karen is 35 jaar als zij zichzelf - telefonisch aanmeldt. Zij is verwezen door een kollega van een SPD, waar zij enkele gesprekken achter de rug heeft. Zij meldt de volgende klachten: straatfobie, wasdwang en relatieproblemen. Zij is getrouwd maar leeft gescheiden van haar man. Ze heeft geen kinderen.

Hoewel zij ten tijde van de aanmelding alleen woont zijn er toch twee taxatiezittingen met haar nog wettige echtgenoot erbij. Daarin blijkt in ieder geval dat de kans op hereniging miniem is en dat de man - eufemistisch uitgedrukt - waarschijnlijk ook weinig behulpzaam zou kunnen zijn bij de behandeling. Er wordt dan ook besloten tot een verdere individuele taxatie en behandeling. Ook hier geldt weer: baat het niet (om de man te zien) het schaadt ook niet. Het omgekeerde zou wel schade hebben kunnen aanrichten. Als na verloop van tijd zou zijn gebleken dat de man wel een belangrijke rol speelde was het moeilijker geweest hem er nog bij te betrekken.

Uit de eerste drietaxatiezittingen komt van de aangemelde kliënte het beeld naar voren als een vrouw met een nogal geïsoleerde klacht. Het enige waar zij, naast de problemen met haar man, last van heeft is de fobie voor gehandicapten. Naar haar zeggen is die ontstaan als uitvloeisel van een ongeluk waardoor zij zelf jarenlang gehandicapt is geweest. Dat ongeluk heeft tien jaar geleden plaats gevonden en heeft aanvankelijk geen aanleiding gegeven tot psychische klachten. Die zijn pas gekomen nadat Karen in het laatste jaar van een opleiding tot fysiotherapeute steeds meer in aanraking kwam met invaliden. Zij begon steeds fobischer te reageren, zo sterk dat zij nu niet meer in de buurt durft te komen van mensen of voorwerpen die in aanraking kunnen zijn geweest met invaliden. Wanneer er sprake is van enigerlei contact

Fig.5: Karin Erkens.

Aanmelder : Zijzelf (35 j.), via kollega (tel.)
Type aanmelding : SPD;
Klachten : - Straatfobie; Wasdwang
- Relatie problemen.
Therapeutische Historie : enkele gesprekken op ambulante afdeling
van een PAAZ
Leefsituatie : Getrouwd, maar gescheiden levend. Géén
kinderen.
Sociale Klasse : Middel
2 Taxatiezittingen met Man en Vrouw
1 Taxatiezitting vrouw alléén

Taxatie:
a) Ernstige relatieproblematiek → scheiding
b) Klacht van Karen lijkt geïsoleerd, terug te voeren op auto-ongeluk.

Motivatie door:
- acceptatie;
- verheldering;
- steun.

Behandelingskontraakt:
Individuele therapie (hypnose).

(nabijheid is al genoeg) dan voelt zij zich of haar kleren, of andere voorwerpen, besmet. Als gevolg daarvan 'moet' zij vele malen per dag douchen, handen wassen, kleren en voorwerpen reinigen, etc. Bovendien is er sprake van een grote hoeveelheid vermijdingsgedragingen: winkels waar zij niet heen gaat, straten die zij niet doorloopt, kamers van kollega's waar zij - als zij überhaupt naar haar werk durft - niet binnenkomt.

Er wordt Karen een individuele symptoomgerichte therapie aangeboden. Daarbij kan zij kiezen uit drie behandelingsstrategieën: symptoomversterking, respons preventie (vgl. Foa & Steketee, 1979) of hypnotherapie. Zij kiest voor het laatste. Zij zal proberen om onder zelfhypnose controle te krijgen over haar angsten. Aangezien in dit artikel niet de behandeling maar slechts de taxatie centraal staat zal daarover niet worden uitgeweid. Het is wel van belang om te vermelden dat de behandeling aanvankelijk geen succes oplevert. Karen is wel steeds zeer tevreden en oefent dagelijks met zelfhypnose, maar de klachten verminderen slechts in geringe mate. Na tien zittingen wordt derhalve gezocht naar een nieuwe ingang. Die wordt gevonden in het opnieuw bespreken van haar voorgeschiedenis. De betekenis van haar symptomen worden geïnterpreteerd in het licht van de verhouding met haar ouders, die haar hadden geprest om fysiotherapeute te worden hetgeen zij niet had gewild maar waarover zij niets durfde te zeggen. Door haar afkeer van gehandicapten was natuurlijk geen sprake meer van uitoefening van dit beroep.

Men kan stellen dat de aanvankelijke taxatie die vooraf ging aan de keuze van de behandelingsstrategie onvolledig is geweest. Er is te weinig aandacht geschonken aan de context van de klachten binnen het systeem 'Karen en haar ouders'. Pas nadat dit goed was doorgewerkt kon werkelijk vooruitgang geboekt worden met een symptoomgerichte aanpak. Ook bij deze behandeling kan men zich afvragen wat een strikt individuele taxatieprocedure had opgeleverd, d.w.z. geen eerste gesprekken met de echtgenoot erbij. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat de behandeling ongeveer hetzelfde verloop had gehad als nu het geval is geweest. In dit geval geldt dus duidelijk: baat het niet het schaadt ook niet. Het onderzoek van de aard van de verhouding met de echtgenoot van wie zij weliswaar gescheiden leeft, maar met wie zij nog veel kon-

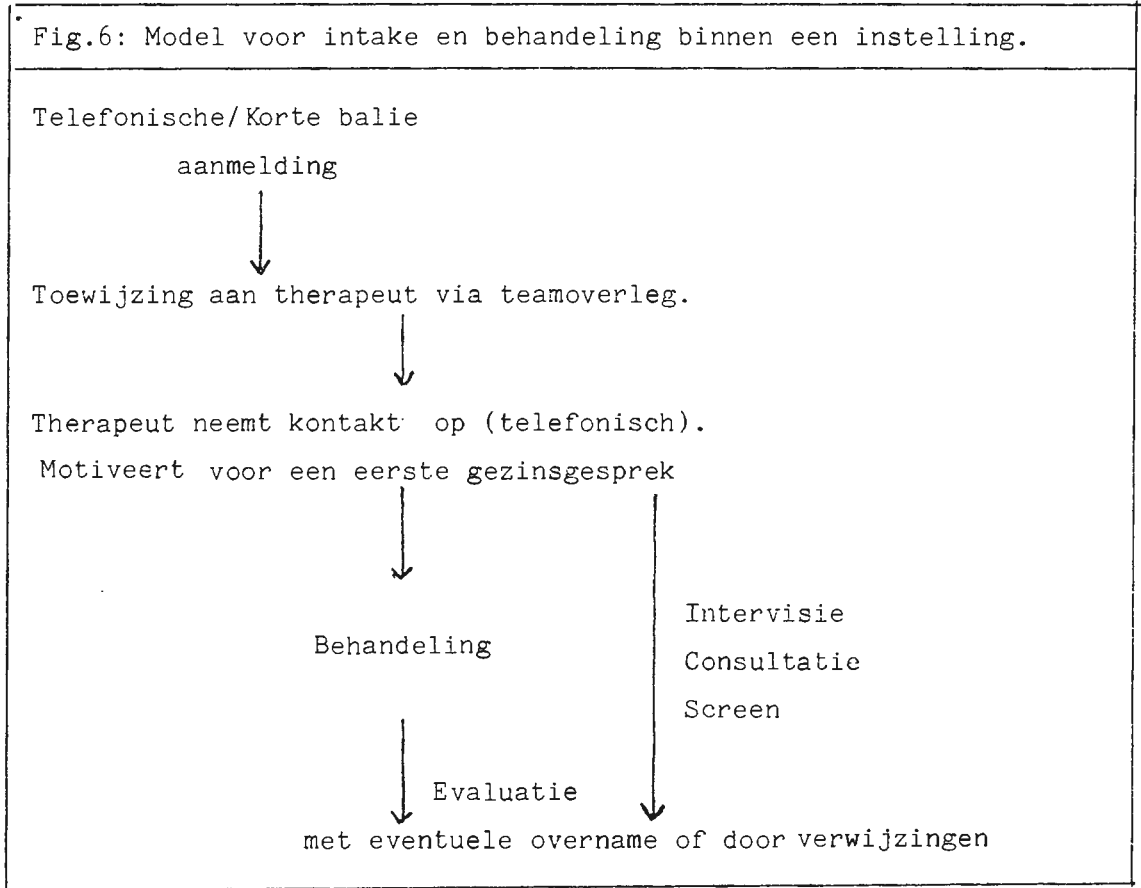
□ takt heeft kan informatie en aanwijzingen geven die voor de behandeling van belang zijn. Als dat niet het geval is kan gemakkelijk overgestapt worden op een verdere individuele behandeling. Dit voorbeeld is met opzet gekozen omdat het illustreert hoe belangrijk het is om de context waarin klachten optreden en de functie die zij kunnen hebben te taxeren. De therapeut had nog langdurig op de ingeslagen weg kunnen voortgaan zonder dat er enige wezenlijke vooruitgang zou zijn geboekt. Aan de andere kant laat dit voorbeeld ook zien dat taxatie en behandeling niet te scheiden zijn. De zittingen waarin het accent weliswaar meer op behandeling ligt, leveren toch ook materiaal voor verdere taxatie. Op grond daarvan werd bij Karen na tien zittingen gezocht - in overleg met kollega's - naar een nieuwe strategie. Dit pleit er ook weer voor om taxatie en behandeling niet door verschillende therapeuten te laten uitvoeren.

4. Konklusies.

Hopelijk is uit het voorafgaande duidelijk geworden dat het zonder negatieve konsekwenties mogelijk is om in de taxatiefase de kans op zo volledig mogelijke informatie te vergroten door vanaf het eerste begin de omgeving van de aangemelde patiënt te zien. Bij zowel taxatie als behandeling dienen verschillende niveaus - individueel, interaktioneel en structureel - aan bod te kunnen komen. Van belang lijkt ook de konstatering dat men gemakkelijker via een gezinsintake komt tot gesprekken met subsystemen of individuen dan omgekeerd.

Verder is getracht te illustreren dat het verstandig is om een taxatiefase af te sluiten met een expliciet behandelingskontraakt. Dat dit niet altijd wenselijk is, en dat soms een meer judo-achtige benadering noodzakelijk is, wordt geïllustreerd in par. 3.2., bij het gezin Steensma. De scheiding, die wordt gesuggereerd tussen taxatie en behandeling is echter sowieso maar gedeeltelijk. Er is sprake van overlap. In de behandelingafase(n) komt toch nog vaak nieuw materiaal naar voren, dat moet leiden tot nieuwe behandelingsstrategieën. Star vasthouden aan een gekozen, niet succesvolle, benadering is geen gunstige zaak (vgl. Karen Erkens in par. 3.4.). Omgekeerd hebben eerste taxatiezittingen ook behandelingsaspecten, niet in het minst omdat cliënten in die fase gemotiveerd worden voor de behandeling en voor een zinvolle verhouding met de therapeut. Het verdient dus aanbeveling om de behandeling te laten uitvoeren door degenen die de taxatie-

gesprekken met de cliënten heeft gehad.
In een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zou een procedure als hieronder geschetst dan ook zinvol kunnen zijn.



Literatuur:

Carter, E.A. & M. McGoldrick, eds. (1980), The family life cycle, a framework for family therapy. Gardner Press, N.York.

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. In: Progress in behavior Modification, Vol. 8, 1-53.

Lange, A.(1978), Gedragsveranderende gezins- en relatietherapie. In: J.W.G. Orlemans e.a. (red): Handboek voor gedragstherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Lange, A. (1981a), Waarom individuele gedragstherapie? Gedragstherapeutisch Bulletin, 14 (2)3-23.

Lange, A. (1981b), Het motiveren van cliënten in directieve (gezins)-therapie. Kwartaalschrift voor Directieve therapie en Hypnose, 1(1), 57-74.

Lange, A. & O. van der Hart (1979), Gedragsverandering in Gezinnen, Wolters Noordhoff, Groningen.

OVER DE BEHANDELING VAN HUISHOUDDWANG; TOEPASSING VAN ZELFCONTROLE-
PROCEDURES IN EEN RELATIONELE CONTEXT

Kees Hoogduin, Else de Haan, Willem
Hoogduin, Sjoukje Hartman & Ruud Markveldt,
mei 1981

1. Inleiding

Sommige vrouwen zijn perfectionistisch in hun huishouden, zonder dat dit abnormaal gevonden wordt. Onder invloed van veranderende omstandigheden - het ouder worden van de kinderen, het overlijden van een geliefd familielid, werkloosheid van de man - kan deze wat dwangmatige huisvrouw zich ontwikkelen tot een vrouw voor wie een perfect lopende huishouding en een meer dan brandschoon huis een noodzaak is geworden.

Bij het realiseren van dit ideaal worden de andere gezinsleden op verschillende manieren tot medewerking gedwongen, bijv. doordat hen gevraagd wordt tal van rigide voorschriften op te volgen, maar ook doordat zij degenen worden die de cliënten moeten geruststellen met betrekking tot de soms tientallen malen herhaalde vraag in hoeverre een bepaalde taak voldoende is afgewerkt. Voor vrijetijdsbesteding, aandacht voor de gezinsleden en andere belangrijke zaken is op de duur geen tijd meer. De huishouddwang neemt het hele leven in beslag. Bij de gezinsleden, die aanvankelijk conflicten hebben vermeden door maar met moeders wensen mee te gaan, ontstaat geleidelijk meer verzet en vaak resulteert dit in een crisis in de gezinsrelaties. Als het zover is, wordt de cliënte veelal aangemeld voor behandeling.

Rachman (1976) heeft dwangverschijnselen onderverdeeld in controle- en schoonmaakhandelingen en dwanggedachten. Bij de huishouddwang spelen al deze drie categorieën een rol. Controleren of het huis schoon genoeg is, wordt gevolgd door poetsen. De dwangmatige preoccupaties bestaan uit een voortdurend bezig zijn met huishoudelijke activiteiten die nog plaats moeten vinden alsook het anticiperen op gebeurtenissen die het uitvoeren van het programma kunnen verstoren, zoals de thuiskomst van kinderen of plotseling bezoek. Daarnaast zijn er gedachten die als inhoud hebben dat een bepaalde taak nu afgerond moet worden; wordt die taak niet uitgevoerd dan ontstaat een gevoel van spanning dat pas afneemt wanneer deze

taak alsnog wordt afgemaakt. Wanneer 's avonds laat het gehele programma tenslotte is afgewerkt, voelt de cliënte zich op een bepaalde manier tevreden. Deze satisfactie kan als een bekrachtiging van de huishouddwang opgevat worden (vgl. Röper, Rachman & Hodgson, 1973), vandaar dat er bij de behandeling rekening mee gehouden moet worden. Een groot probleem is de ambivalentie die bestaat ten opzichte van de behandeling. Hoewel zij inderdaad door hun perfectionisme vastgelopen zijn in het huishouden, zijn zij er soms moeilijk van te overtuigen dat het noodzakelijk is een behandeling te ondergaan die tot een andere stijl van huishouden moet leiden. De grote bezwaren van de andere gezinsleden tegen de eisen die hun moeder of echtgenote hun oplegt, zullen soms motiverend kunnen werken.

In dit artikel wordt de behandeling van huishouddwang met een zelfcontrole-procedure beschreven. In verband met de relationele aspecten van de dwang worden de partner en soms andere gezinsleden bij de behandeling betrokken. Er wordt een voorbeeld van deze manier van behandelen gegeven. In de discussie wordt ingegaan op de literatuur over de behandeling van huishouddwang. Tot slot wordt een overzicht van de resultaten van deze behandeling bij acht vrouwelijke cliënten gegeven.

2. De behandeling

De behandeling is opgebouwd uit twee elementen: een zelfcontrole-procedure en een interactionele benadering.

Bij de zelfcontrole-procedure gaat het vooral om de beïnvloeding van de antecedente factoren: het vaststellen van de norm, stimuluscontrole, stimulus-respons interventie.

De gezinsleden worden o.m. bij de behandeling betrokken omdat zij een belangrijke rol (kunnen) spelen bij de bekrachtiging. Bovendien zullen huishoudelijke taken opnieuw verdeeld moeten worden.

Registratie en het vaststellen van de norm

Met behulp van de cliënte wordt een onderscheid gemaakt tussen huishoudelijk werk dat "normaal" genoemd kan worden en huishoudelijk werk dat tot de categorie dwang behoort. Meestal weet de cliënte dit verschil goed aan te geven, maar als ze dit niet kan, is het de taak van de

therapeut om dit onderscheid aan te brengen, hierbij al dan niet geassisteerd door een gespecialiseerd gezinsverzorgster. Vervolgens wordt met cliënte afgesproken dat zij precies zal bijhouden hoeveel tijd zij in de verschillende ruimten aan huishoudelijk werk besteed. In overleg met haar wordt vervolgens de hoeveelheid tijd bepaald die aan het verrichten van de huishoudelijke taken binnen een ruimte besteed mag worden (bijv. voor een slaapkamer kunnen de "normale" huishoudelijke activiteiten bestaan uit: bed opmaken en wat stof afnemen; hiervoor zal vijf minuten nodig zijn). Bij de registratie wordt gebruik gemaakt van een plattegrond. Op deze plattegrond worden de ruimten waar op een normale wijze huishoudelijk werk wordt gedaan, aangegeven (zie fig. 1).

Stimulus-controle

Huishouddwang wordt bij dit programma dus niet verboden, maar beperkt in ruimte en tijd, afhankelijk van de inhoud van de dwang. Als er gekozen wordt voor een beperking in plaats, wordt een plattegrond van het huis gemaakt; het huis wordt verdeeld in kamers, gangen en trappenhuisen, in toiletten en keukens. Vervolgens wordt de cliënte gevraagd een ruimte uit te kiezen waarbinnen ze geen dwanggedrag meer zal uitvoeren. Voor die "dwangvrije" ruimte wordt een standaard-schoonmaakprogramma vastgesteld, d.w.z. een "model"-schoonmaakprogramma waarin geen plaats is voor controles en/of herhalingen. Hierbij wordt de tijd die aan die ruimte mag worden besteed, vastgesteld; evenals het aantal malen dat er een handeling wordt uitgevoerd, bijv. één keer stofzuigen per week, één keer per week dweilen. Bij deze beperking in ruimte hoeft natuurlijk niet per se aan kamers gedacht te worden; men kan ook bepaalde onderdelen van een ruimte, zoals meubels, ijskast, e.d., geleidelijk "dwangvrij" maken (vgl. Stern, 1977). Wanneer de dwang in tijd beperkt wordt, kunnen met de cliënten afspraken gemaakt worden over dwangvrije perioden. Aanvankelijk kunnen die heel kort zijn, bijv. enige minuten of zelfs enige seconden. Geleidelijk kunnen deze perioden uitgebreid worden.

Stimulus-respons interventie

Voor de behandeling begint, inventariseert de therapeut de nuttige of gezellige bezigheden waaraan de cliënte door haar huishouddwang niet meer toekomt. Dergelijke bezigheden worden vervolgens in een tevoren

vastgestelde volgorde uitgevoerd wanneer de cliënte op het punt staat de overeengekomen beperking van het dwanggedrag te overschrijden. Wanneer bijv. de neiging om toch voor de tweede keer de keukenkast te controleren, te sterk wordt, kan zij een bezoek van een uur aan een buur of familielid brengen, een bijzonder toetje bereiden e.d. Ook kan afgesproken worden dat ze, zo ze zich niet meer aan het programma houdt, direct met de therapeut contact opneemt (vgl. Stern, 1977; vlg. ook de zg. "Delay"-therapie volgens Meyer, Meyer 1977).

Teveel en te weinig

Over de in de vorige paragraaf besproken bezigheden kan ook afgesproken worden dat de cliënte deze als ze zich niet aan de beperking van de dwang houdt, onmiddellijk daarna uitvoert. Deze activiteiten worden weliswaar als nuttig, gewenst of zelfs als noodzakelijk beleefd, maar niettemin als een verstoring van het patroon - als iets negatiefs - gezien. Deze constructie is als een bijzondere vorm van zelfbestraffing op te vatten (vgl. Hoogduin, 1981-a).

Beëindiging van de bekrachtiging voor de gezinsleden

De overige gezinsleden kunnen een grote betekenis hebben bij het ontstaan en instandhouden van de huishouddwang (vgl. Hoogduin et al., 1977; Röper, 1977; Hand et al., 1977). Wanneer in de taxatiefase duidelijk wordt dat hier aanwijzingen voor zijn, zullen zij zeker bij de behandeling betrokken moeten worden, maar ook wanneer deze aanwijzingen ontbreken of minder relevant lijken, is het van belang hun medewerking bij de uitvoering van het programma te verkrijgen. Dit geldt zeker voor de partner van wie bijv. gevraagd kan worden dat hij niet toegeeft aan zijn neiging om zijn vrouw allerlei karweitjes uit handen te nemen. Huishoudelijk werk dat goed gedaan wordt, wordt meestal door de andere gezinsleden gewaardeerd. Zelfs bij een perfectionistisch uitgevoerde huishouddwang, is het moeilijk voor de gezinsleden niet positief te reageren; ze doet immers zo haar best. Wanneer een vrouw met een huishouddwang zich onder behandeling stelt, is er van deze waardering van de andere gezinsleden meestal nog maar weinig over. De gezinsleden zijn vaak ernstig bij de dwang betrokken geraakt. Soms mogen ze geen stap meer verzetten in huis: er kan immers weer wat vuil worden. Ook is het mogelijk dat ze bij de controle-activiteiten ingeschakeld

worden. De cliënte vraagt steeds opnieuw of een bepaalde huishoudelijke taak goed genoeg uitgevoerd is. Door op de verlangens en de vragen in te gaan, bekrachtigen de gezinsleden dit gedrag. De behandeling zal erop gericht moeten zijn dit patroon te doorbreken. Op de vragen of een bepaalde handeling goed uitgevoerd is, wordt de cliënte geadviseerd zich terug te trekken naar een rustige kamer, bijv. een zolderkamer (time-out, vgl. Hoogduin et al., 1977). Aan de eisen die cliënte aan de gezinsleden oplegt, zal geleidelijk aan minder tegemoet gekomen worden. Wanneer deze veranderingen van bovenaf opgelegd worden, ontstaat er meestal alleen maar meer weerstand tegen verandering, met als gevolg dat er heftige conflicten ontstaan. Beter is het de vrouw zelf te laten bepalen welke consequenties het heeft wanneer zij nog dergelijke eisen stelt. Het door de cliënte zelf laten registreren van de frequentie van haar eisen en verlangens - nadat de knechtende betekenis (herinterpretatie) van dit gedrag is uitgelegd - kan een aanzienlijke afname van dit gedrag geven. De cliënte is erin geslaagd met behulp van haar dwanggedrag de dienst in huis uit te maken. Wanneer dit dwanggedrag afneemt, is het belangrijk dat de cliënte op een ander vlak zichzelf in het gezin kan blijven manifesteren. Dit kan gebeuren doordat zij bijv. het financiële beheer op zich neemt, een actievare rol gaat vervullen bij de opvoeding en scholing van de kinderen etc.

3. Casuïstiek

De hier voorgestelde behandeling van vrouwen met een huishoudwang is door de auteurs toegepast bij acht cliënten. Van één van deze cliënten zullen de taxatiegegevens en de ingrediënten van de behandeling bij wijze van voorbeeld kort beschreven worden. Omdat de behandeling van de andere cliënten hier niet essentieel verschilt, wordt bij hen volstaan met een samenvatting van de relevante gegevens.

Het voorbeeld

Mevrouw Van der Geijn is een 31-jarige vrouw wanneer zij aangemeld wordt voor de behandeling van een huishoudwang. Zij is getrouwd en heeft twee zoontjes - 3 en 7 jaar oud -. Haar echtgenoot is werkzaam als bouwvakker,

daarbij heeft hij 's ochtends een krantenwijk.

Mevrouw Van der Geijn is van 's ochtens zeven uur tot 's avonds laat onafgebroken in het huishouden bezig. Voor de buitenstaanders lijkt het alsof ze iedere dag de grote schoonmaakbeurt aan het huis geeft. Daarnaast heeft ze de neiging ieder vlekje steeds opnieuw te behandelen. Ze controleert deze plekken en ook wanneer echtgenoot en kinderen zeggen dat er niets meer te zien is, gaat zij toch weer diezelfde plek schoonpoetsen. Er kan alleen vrijdags gebaad worden omdat zij geen tijd heeft het drie uur durende schoonmaken van de badkamer vaker te doen. Alle kasten worden iedere dag gedaan. Strijkgoed blijft liggen; aan verstellen komt zij niet toe. Zij gaat nooit meer op bezoek. De kinderen worden naar oma gestuurd. Problemen binnen de relatie worden ontkent, hoewel er de laatste tijd grote conflicten zijn over de manier waarop zij het huishouden doet. De man is een goedwillende, ouderwetse echtgenoot die zijn vrouw nadrukkelijk voorhoudt hoe een vrouw zich hoort te gedragen. De sexuele relatie is goed, voor beiden bevredigend.

De man komt 's avonds rond zes uur thuis; hij zorgt dan voor het eten en brengt vervolgens de kinderen naar bed. Af en toe wordt hij ingeschakeld door zijn vrouw; wanneer deze de wanhoop nabij is, vraagt ze hem of ze mag stoppen met een bepaalde huishoudelijke taak. Gedurende de avond roept de man zijn echtgenote herhaaldelijk toe om op te houden en bijv. eens even gezellig koffie te komen drinken. Zij gehoorzaamt hem, om een paar minuten later weer door te gaan met werken.

Mevrouw Van der Geijn is twee jaar geleden gedurende een viertal maanden opgenomen geweest; daarna is ze steeds onder poliklinische behandeling gebleven. Door vertrek van haar therapeut is ze op onze polikliniek aangemeld.

- Het vaststellen van de norm, de registratie:

Met behulp van een gespecialiseerd gezinsverzorgster die twee ochtenden per week mevrouw Van der Geijn zal helpen met haar programma's en de echtgenoot wordt een standaard-schoonmaakprogramma samengesteld.

- Stimulus-controle:

Voor de behandeling wordt gekozen voor een beperking in plaats en een beperking in tijd. Dit gebeurt op de volgende manier: tijdens de zittingen wordt een bepaalde ruimte door cliënte aangewezen (daartoe

uitgenodigd door de therapeut) die ze overeenkomstig de normen van het programma zal schoonmaken. Er is een plattegrond van het huis gemaakt waarop alle ruimten aangegeven zijn (zie fig. 1).

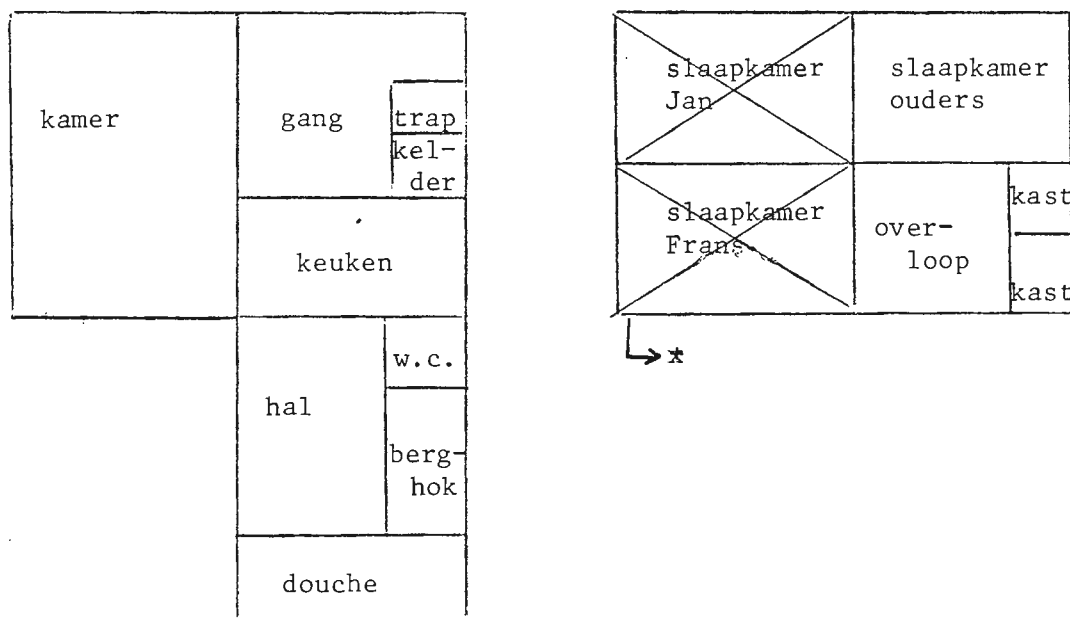


fig. 1: plattegrond van het huis van mevrouw Van der Geijn
* ruimte waar geen dwanghandelingen meer plaatsvinden

Wanneer in een bepaalde ruimte op "normale" wijze het huishouden gedaan wordt, kan dit aangegeven worden in de plattegrond door die ruimte van een kruis te voorzien.

Er wordt ook een lijst gemaakt van alle huishoudelijke activiteiten die niet iedere dag, maar bijv. eenmaal per week of eenmaal per vier weken hoeven te worden gedaan, maar die door mevrouw Van der Geijn dagelijks gedaan worden (dit zijn zaken als de trap soppen, de glazenkast soppen, de glaasjes afstoffen, ramen zemen, berghok soppen - met soppen wordt bedoeld: zeer grondig met zeepsop reinigen -, zilver poetsen, de lampen schoonmaken, etc.). Ook op deze lijst worden de activiteiten wanneer ze volgens het standaard-programma worden uitgevoerd, doorgestreept. Mevrouw zelf kiest tijdens de zittingen welke activiteit zij voortaan eenmaal per week in plaats van dagelijks zal doen.

- Stimulus-respons interventie:

De afspraak wordt gemaakt dat mevrouw Van der Geijn zodra ze denkt zich niet aan de afspraken te kunnen houden, contact op zal nemen met de therapeut. Dit gebeurt geen enkele keer. Wel belt ze eenmaal de therapeut omdat ze naar een van de slaapkamers terug is gegaan om nog even iets af te poetsen. Op de vraag van de therapeut welke sanctie hierop moet volgen, antwoordt ze dat ze het heel erg zou vinden die dag de ijskast niet te mogen schoonmaken; aldus wordt afgesproken.

- Inschakeling van de echtgenoot bij de behandeling

Daar mevrouw Van der Geijn de gehele dag met het huishouden bezig is, is haar echtgenoot geleidelijk aan steeds meer dingen die bleven liggen, gaan doen. Zo zorgt hij voor de kinderen en maakt het avondeten klaar. Geleidelijk neemt mevrouw volgens afspraken gedurende de zittingen gemaakt, deze taken weer over. Wanneer zijn vrouw hem om hulp vraagt, zal de heer Van der Geijn dit registreren. De bedoeling is om mevrouw dan naar een time-out-situatie te gaan verwijzen. Na deze registratie-opdracht stopt mevrouw Van der Geijn echter met het vragen om hulp van haar echtgenoot.

Met het echtpaar wordt ook de beperkte vrijwilligheid waarmee de huishouddwang wordt uitgevoerd, besproken. En wanneer de man op vragen over het effect van zijn bevelen aan zijn vrouw om op te houden, zegt dat het geen enkel nut heeft, krijgt hij het verzoek ermee op te houden, waarna ruzies minder vaak voorkomen.

Wanneer gedurende de zittingen nieuwe afspraken gemaakt moeten worden, stelt de heer Van der Geijn steeds een grote stap voor, bijv. om vanaf vandaag de gehele bovenverdieping "normaal" te doen. Hiermee biedt hij de therapeut de gelegenheid de kant van mevrouw te kiezen door een voorstel tot een kleinere stap te doen. Tenslotte heeft de man door zijn warme belangstelling voor de eerste kleine verbeteringen van zijn vrouw in belangrijke mate bijgedragen tot verdere verbetering.

De behandeling heeft vijftien zittingen - negen maanden - in beslag genomen. Geleidelijk is mevrouw Van der Geijn erin geslaagd haar huishouden op een aanvaardbare manier te gaan doen.

Bij een follow-up contact, acht maanden later, is hierin geen verandering gekomen. De relatie met haar man en kinderen is gedurende die acht maanden verder verbeterd.

Overige cliënten

Cliënten	1	2	3	4	5	6	7	8
Leeftijd bij aanmelding	31	23	39	43	42	25	37	27
Gehuwd/ ongehuwd	gh	gh	gh	gh	gh	gh	gh	gh
Reden van aanmelding	dwang	HV	depr.	depr.	depr.	depr.	dwang	alk.
Depressieve klachten	+	+	+	+	+	+	-	+
Follow-up in maanden	8	12	10	14	12	8	13	-
Toestand bij follow-up m.b.t. huis- houddwang	goed	goed	goed ¹⁾	goed ²⁾	goed ³⁾	goed	goed	on- ⁴⁾ bekend

- 1) Nog steeds in behandeling voor relatieproblematiek; de dwangverschijnselen zijn geheel verdwenen.
- 2) Drie maanden na de dood van een gezinslid opnieuw aangemeld i.v.m. rouwproblematiek.
- 3) Nog steeds in behandeling in verband met recidiverende depressies; de huishouddwang is verdwenen.
- 4) Naast de huishouddwang bestaat alcoholisme; na een aanvankelijke verbetering treedt een recidief van het alcoholmisbruik op, waarna cliënte zich aan de behandeling onttrekt.

De leeftijd van de cliënten bij aanmelding varieert van 23 tot 43 jaar. Bij de acht cliënten kwam in zeven gevallen de huishouddwang in combinatie met depressieve klachten voor. De hier voorgestelde behandeling is bij acht cliënten succesvol gebleken. Ook bij follow-up (acht tot veertien maanden) bleek de huishouddwang niet te zijn teruggekeerd. De cliënte met naast de huishouddwang een alcoholmisbruik heeft zich na enige maanden aan de behandeling onttrokken. Drie van de acht cliënten zijn nog in behandeling, één voor depressieve klachten, één voor relatieproblematiek en één cliënte heeft zich opnieuw onder behandeling gesteld in verband met rouwproblematiek na de dood van een gezinslid.

4. Discussie

Voor de behandeling van de huishouddwang worden in de literatuur enkele technieken beschreven.

Wisocki (1970) geeft een gevalsbeschrijving waarbij de behandeling heeft bestaan uit covert sensitizatie en covert reinforcement.

Stern (1977) paste een zelfcontrole-procedure toe. Hij bezocht de cliënte aan huis en plakte dwars over het keukenraam een plakband. Vervolgens maakte hij met haar de afspraak dat zij tot aan zijn volgende bezoek de ene helft van dat raam niet zou schoonmaken (beperking in plaats). Wanneer de dwang te sterk mocht worden en ze toch het raam zou willen schoonmaken, dan moest ze eerst contact opnemen met de therapeut (S-R interventie) (vgl. ook Meyer, 1975).

Van Dijck (Hoogduin et al., 1977) past een interactionele benadering toe. Bij de taxatie blijkt dat cliënte haar partner steeds inschakelt bij de beoordeling van het resultaat van haar huishoudelijke activiteiten. De vrouw krijgt het advies om door te gaan met vragen stellen aan haar man wanneer zij die behoefte voelt. Deze zal haar echter op vriendelijke wijze geen antwoord meer geven. Op deze manier verhindert hij dat hij met de antwoorden zijn vrouw een gevoel van geruststelling geeft (vgl. Hoogduin, 1981-b).

Het goed regelen van de huishouding wordt lange tijd veelal positief gewaardeerd en door de omgeving bekrachtigd, in tegenstelling tot ander dwanggedrag. Op het moment van aanmelding is deze waardering meestal niet meer aanwezig. Ook moet voorkomen worden dat de cliënten het idee krijgen dat zij met hun goedbedoelde huishoudelijke inspanningen schade berokkend hebben aan het gezin. Door het aanbieden van de zelfcontrole-procedure wordt vermeden dat de therapeut als een handlanger van de zo critiserende gezinsleden gezien wordt.

Een groot probleem bij de behandeling van de huishouddwang is de norm. De herhalingen en controle-handelingen zijn goed af te grenzen van "normaal" het huishouden doen. Hoe een kamer die "gedaan" is eruit hoort te zien, daar bestaat minder eenstemmigheid over.

De cliënte met de huishouddwang is van mening dat deze er perfect en smetteloos uit moet zien. Met behulp van de gezinsleden of een gespecialiseerd gezinsverzorgster moet geprobeerd worden ook hier een lagere standaard voor te vinden.

Een probleem bij de behandeling van de huishouddwang is dat de vrouw met de klachten zich vaak pas onder behandeling stelt wanneer ze niet meer in staat is het moment van satisfactie te bereiken (i.c. het moment, meestal pas 's avonds laat, waarop ze geheel tevreden naar het resultaat van haar dag werken kijkt). Dan dreigen er depressieve klachten en het gebeurt nogal eens dat de depressie de belangrijkste klacht is waarmee ze verwezen wordt. Van de acht hier besproken cliënten zijn er vier met een depressie aangemeld (nl. nummer 3, 4, 5 en 6, zie de tabel). Een van de belangrijkste factoren die leidt tot de decompensatie van de perfectionistische huisvrouw (Houseproud Housewives, vgl. Cooper & Mc Neil, 1968) is dat de overige gezinsleden niet meer aan alle eisen die voor het handhaven van een op deze manier geregeld huishouden noodzakelijk zijn, kunnen of willen voldoen. Het ouder worden van de kinderen met hun contacten buitenshuis blijkt nogal eens aanleiding te worden tot verstoring van de perfecte huishouding. De daaruit voortvloeiende conflicten hebben tot gevolg dat een discussie over de manier van huishouden tussen het echtpaar niet meer te voorkomen is. Vaak volgt hierop een verdere negatieve escalatie, waarna tenslotte behandeling wordt gezocht.

Referenties

Cooper, J. & J. McNeil (1968), A Study of Houseproud Housewives and their Interaction with their Children. J. Child. Psychol. Psychiat. 9, 173 - 188

Hand, I. B. Spoehring & E. Stanik (1977), Treatment of Obsessions, Compulsions and Phobias as Hidden Couple-counseling. In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas (ed.), The Treatment of Phobic and Obsessive Disorders. Pergamon Press, New York (105 - 115)

Hoogduin, C.A.L. (1980), Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer (221 - 251)

Hoogduin, C.A.L. (1981-a), Zelfcontrole en dwang. Dth 1 (1), 41 - 57

Hoogduin, C.A.L. (1981-b), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. Dth 1 (2),

Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dijck, L.J. Joele & K. van der Velden. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer

Meyer, R.G. (1975), Delay Therapy: Two Case Reports. In: C.M. Franks & G.T. Wilson, Annual Review of Behavior Therapy. Brunner/Mazel, New York

Rachman, S. (1976), Obsessional-Compulsive Checking. Behav. Res. & Ther. 14, 269 - 277

Röper, G. (1977), The Role of the Patient in Modelling/Flooding Treatment. In: J.C. Boulougouris & A.S. Rabavilas (ed.), The Treatment of Phobic and Obsessive Disorders. Pergamon Press, New York

Röper, G. , S. Rachman & R. Hodgson (1973), An Experiment on Obsessional Checking. Behav. Res. & Ther. 11, 271 - 277

Stern, R. (1977), Behavioural Research into Obsessive Neurosis. In: J.C. Boulougouris & A.D. Rabavilas (ed.), The Treatment of Phobic and Obsessive Disorders. Pergamon Press, New York (55 - 65)

Wisocki, P.A. (1970), Treatment of Obsessive-Compulsive Behavior by Covert Sensitization and Covert Reinforcement, a Case Report. J. Behav. Ther. & Exp. Psych. 1, 233 - 239

HYPNO-ANAESTHESIE VOOR EEN VOETOPERATIE

Onno van der Hart

R.U. Leiden, 1980

Inleiding

In de literatuur treffen we diverse voorbeelden aan van het gebruik van hypnose om een patient pijnloos een operatie te laten ondergaan (bijv. Kroger, 1977). Meestal is de hypnotiseur tijdens de operatie aanwezig om de patient in trance te begeleiden. Er zijn ook - enkele - rapporten waarin melding wordt gemaakt van zelfhypnose. Zo liet Kay Thompson (1980) een film zien van de kaakoperatie die zijzelf in hypnose onderging en beschreef Rausch (1980) de galblaasoperatie die hij onderging.

In dit artikel wordt een hypnotherapie beschreven die ten doel had een cliënte - na zelfhypnose - een operatie aan haar voet te ondergaan. De onderneming was een gedeeltelijk succes. Besproken wordt wat anders gedaan had kunnen worden om een beter resultaat te bereiken.

De cliënt

Erica, 26 jaar oud, komt bij een ongeval onder de wielen van een vrachtauto terecht. Haar linkervoet wordt verbrijzeld, het been is gebroken en heeft een aantal diepe vleeswonden. Zij moet drie keer aan de voet en het been geopereerd worden en een half jaar in het ziekenhuis blijven. Aanvankelijk was het de vraag of de voet niet geamputeerd moest worden, maar de vooruitgang was in feite buitengewoon spoedig; er trad geen infectie op en het moment dat Erica naar huis mocht was eerder dan iedereen had verwacht.

In het ziekenhuis heeft Erica zich -met succes- mentaal ingespannen om het herstel van haar voet en been te bevorderen. Thuis gekomen merkt zij pas hoe het ongeval en het verblijf in het ziekenhuis haar ook emotioneel hebben aangegrepen. Zij voelt zich depressief en angstig. Ze durft nauwelijks de straat op. Bovendien heeft ze veel last van pijn.

Erica gaat voor deze klachten bij mij in psychotherapie. Ik denk in haar geval aan hypnose. Erica wekt de indruk een goed subject te kunnen zijn; haar concentratie op het genezen van haar voet doet al aan zelfhypnose denken en haar "response-attentiveness" (Erickson & Rossi, 1979) is opvallend. Waarschijnlijk zal zij in betrekkelijk korte tijd haar emotionele problemen verwerkt kunnen hebben.

Hypnotherapie wordt voorgesteld en daarin weet zij met succes haar depressie en angsten te overwinnen; ook leert zij beter met de pijn om te gaan. Vier maanden na aanvang van de therapie vertelt zij dat zij binnenkort nog een operatie aan haar voet moet ondergaan. Er zit een stukje hout ~~of zoiets~~ in, dat verwijderd moet worden. Zij heeft zo'n hekel gekregen aan de vorige narcosen, dat zij dat niet meer zou willen. Evenmin zou zij een locale anaesthesie willen hebben; o.a. omdat de prik zeer pijnlijk is. Zij vraagt zich af of zij niet met behulp van zelfhypnose analgesie of anaesthesie in haar voet zou kunnen bewerkstelligen. Zou de chirurg daar niet voor voelen - waar een grote kans op bestaat - dan voelt zij tenminste de prik niet.

Ik spreek met haar af, dat wij zullen proberen om hypno-analgesie of -anaesthesie voor haar voet te realiseren en dat -als dit slaagt- Erica zelf met haar chirurg zal onderhandelen over het gebruik daarvan tijdens de operatie.

De behandeling

In de eerste -voor dit doel- gereserveerde zitting vraag ik aan Erica om op haar eigen manier in een zo diep mogelijke trance te gaan: een trance die geschikt is voor het realiseren van het doel waarvoor zij hier gekomen is. Het omhooggaan van haar rechterwijsvinger zal een teken zijn dat deze toestand bereikt is. (Een dergelijke, eenvoudige beginprocedure is bij Erica uitstekend op zijn plaats omdat zij (a) een getraind subject is, dat met een eenvoudige aanwijzing gemakkelijk in trance kan gaan, en (b) zij zeer gemotiveerd is om het doel waarvoor zij gekomen is te realiseren. In zo'n geval kunnen allerlei ingewikkelde inductie- en verdiegingsprocedures hinderlijk zijn.)

Na 2 minuten geeft Erica het haar wijsvinger het signaal. Ik vraag haar toestemming om haar rechterhand aan te raken. Ze knikt instemmend. Ik pak de hand heel zacht en licht hem op, totdat hij -via subtiele signalen- in catalepsie blijft staan halverwege de stoelleuning en haar hoofd.

(vgl. Erickson & Rossi, 1980, p. 44). Dan zeg ik tegen Erica: "Terwijl je onbewuste deze toestand blijft realiseren, kan je bewuste proberen die hand omlaag te doen gaan. Probeer het maar!" (Dat laatste uitdagend, op hogere toon uitgesproken.) Ze heeft grimassen in haar gezicht, ik zie minimale bewegingen in de onderarm, maar de hand gaat niet omlaag. "Het lukt me niet, ik krijg hem niet omlaag" zegt Erica. Dan vraag ik toestemming om in het vel van haar hand te knijpen. Na haar knikken knijp ik -vrij hard- en Erica merkt op dat ze wèl voelt dat ik haar hand aanraak, maar dat het geen pijn doet. Ik zeg: "Uitstekend Erica, je onbewuste leert nu veel wat het in andere situaties zal kunnen benutten. Je onbewuste kan je arm en hand nu toestemming geven omlaag te gaan". De hand daalt en komt op haar dijbeen te rusten.

Erica bewerkstelligde in haar rechterhand een toestand van analgesie - wat ze dáár niet nodig heeft. Maar het is een goede gewoonte, alvorens het doel van de zitting zelf te realiseren, eerst te oefenen op een neutraal gebied. Het is als het ware een warming up waardoor het uitvoeren van de hoofdtak meer kans van slagen heeft. Ter vergelijking: als het gaat om via leeftijdregressie bepaalde gebeurtenissen uit het verleden te herinneren, is het zinvol om de cliënt zich eerst een aantal andere zaken te laten herinneren (vgl. Erickson & Rossi, 1979, p. 209). Nu Erica de voorbereidende taak goed verricht heeft, kan de eigenlijke taak aan bod komen.

"Nu wil ik je onbewuste vragen om een diepgaande dissociatie tussen je bovenlichaam en je onderlichaam-plus-benen te realiseren. Knik maar als het zo ver is" Na ongeveer drie minuten knikt Erica en ik vervolg: "Oké erg goed en terwijl je onderbewuste die toestand blijft realiseren, kan je bewuste proberen op te staan. Probeer het maar" (vgl. Erickson & Rossi, 1979, p. 127/297). Erica beweegt veel met haar bovenlichaam, ze zet haar handen op de leuning van de stoel en probeert zich zo op te drukken. Ze drukt haar schouders omhoog, maar in haar onderlichaam en benen komt geen beweging. "Prima je onderbewuste is zeer belangrijke dingen voor jou aan het leren - die niet alleen bij de operatie van pas komen"

Ik vraag Erica om de dissociatie op te heffen en -nog steeds in trance- op te staan. Als ze staat vraag ik haar de dissociatie weer te realiseren Als dat gelukt is, testen we dat weer: Erica kan proberen te gaan zit-

ten, maar dat lukt niet. "Prima, je onbewuste leert nu dat het deze toestand in welke positie dan ook kan realiseren voor je. Als de situatie erom vraagt, kan het zittend, staand, liggend of in welke positie dan ook."

Erica heft de dissociatie op en gaat zitten. Ze komt, op mijn verzoek, uit trance. We praten na over haar ervaringen tijdens de hypnose. Ze is er zeer over te spreken, maar ze vraagt zich ook af of ze zelfstandig in trance kan gaan en er weer uit kan komen. We besluiten daar iets aan te doen in de volgende ronde.

Ik zeg haar dat ik van 1 tot 20 zal tellen; dat zij voor zichzelf kan meetellen en bij elke tel 1/20 dieper in trance zal gaan. Op die manier leert ze een eenvoudige procedure om zelfstandig in trance te gaan. Tijdens het tellen houdt Erica haar ogen open. Na het tellen zeg ik haar dat alleen als ze bewust en onbewust de situatie gunstig voor hypnose acht met behulp van deze procedure in hypnose kan gaan zodat een willekeurig tellen tot 20 geen ongewenste gevolgen kan hebben.

Ik suggereer haar om weer de dissociatie tussen bovenlichaam en onderlichaam-plus-benen tot stand te brengen. Als dat het geval is vraag ik haar of ze zou willen leren om deze toestand te koppelen aan een uitwendig gebaar ("cue-conditioning"); als die koppeling bestaat, dan kan ze de dissociatie realiseren door eenvoudig dat gebaar te maken. Erica zelft dat dit niet nodig is, dat ze het zó wel kan, nl. door tegen haar onbewuste te zeggen deze toestand te realiseren.

Ik vraag haar of ik haar een klap op haar dijbeen mag geven. Erica knikt. Ik ben van plan een echt hard klap te geven - een test waar mijns inziens het doel van de zitting om vraagt. Ik hef mijn hand en ik zie Erica ernaar kijken. Als de hand met een vaart omlaag komt, sluit ze verschrikt de ogen. Na de klap zegt ze dat ze hem een beetje voelde. Géén pijn of iets van dien aard overigens, maar een gevoel alsof haar been van was is. Ik geef haar, na haar toestemming, nog een hardere klap op het andere been en tenslotte knijp ik haar hard in het vel van haar kuit. Beide keren geeft ze aan wel iets te voelen, maar beslist geen pijn. Ze zou ook zonder pijn te voelen in haar been kunnen worden gestoken, zegt ze spontaan. De overtuiging begint bij haar te groeien dat ze in deze toestand pijnloos aan haar voet geopereerd kan worden. Ik sluit hierbij aan met de posthypnotische suggestie, dat ze deze toestand kan realiseren in elke situatie waarin zij dat wenst of nodig heeft.

Ik vraag Erica voor zichzelf van 20 tot 1 te tellen en bij elke tel 1/20 uit trance te komen. Dat gebeurt. We hebben een korte nabespreking, waarin ik mij positief uit over haar uitstekende trance-werk. Erica is zelf ook heel positief over haar ervaringen, maar aarzelt nog wat over haar vermogen hetzelfde tijdens de operatie te realiseren. Afsproken wordt dat zij thuis verder zal oefenen en dat wij nog twee keer gezamenlijk zullen werken - de eerste keer tijdens een hypnotherapie voor collega's die ervan kunnen leren en door hun aanwezigheid ons de gelegenheid geven om te oefenen als er anderen bij zijn (hetwelk immers ook het geval zal zijn tijdens de operatie). Bovendien kan een van de deelnemers - een arts - de analgesie of anaesthesie met behulp van prikken met een naald testen. Wij maken een afspraak voor de oefensessie tijdens de workshop en voor de keer daarna.

Twee weken later volgt de tweede zitting. Erica is snel op haar gemak bij de groep collega's die aan de workshop deelnemen. De arts die de analgesie/anaesthesie zal testen wordt aan haar voorgesteld. Zij vertelt dat ze zelf een aantal malen -met succes- geoefend heeft. We spreken af om een aantal procedures van de vorige zitting te herhalen en eventueel te variëren.

Ik vraag haar om op haar eigen manier in een diepe trance -geschikt voor het doel waarvoor ze hier is- te gaan en dan het signaal met haar rechterwijsvinger te geven. (Later vertelt ze dat ze van 1 tot 20 telde.) Na het signaal, vraag ik haar of ze de analgesie/anaesthesie meteen in haar benen wil ervaren, of eerst -ter oefening- in een arm. Ze kiest voor het laatste. Daarop vraag ik of ze haar onbewuste de haar bekende procedure wil laten uitvoeren of een variant wil laten leren. Ze kiest voor de variant. Ik laat haar hand weer halverwege in catalepsie komen en vertel haar het verhaal van de zenuwen in ons lichaam die we ons kunnen voorstellen als draden die in onze hersenen bijeen komen in een soort paneel (vgl. Hilgard, 1980, p. 238; Pearson, 1980). Daarop zitten allemaal knoppen, elk met een 'aan' en 'uit' positie. Ik vraag haar de draden in haar hand te visualiseren en te zien hoe zij bij dat switchboard -de knop op 'aan'- uitkomen. Na haar toestemming test ik de analgesie/anaesthesie in de hand door het velletje om te draaien. Ze voelt wel dat ik haar hand aanraak, maar ze voelt geen pijn. Dan mag de arts met een naald gaan testen. Hij treft zijn voorbereidingen en prikt haar tussen twee knokkels. Hij houdt de naald daar een tijdje in

en haalt hem dan weer weg. Ik vraag haar de knop weer op 'aan' te zetten en de hand te laten zakken. Erica kijkt naar haar hand en roept verschrikt: "Hé, dat prikt! Je hebt me werkelijk gestoken!" Ze kijkt de arts verschrikt en een beetje venijnig aan. Ze vertelt dat ze bang voor prikken is - ze heeft er nogal nare ervaringen mee opgedaan. Toen ze het papier waarin de naald zat hoorde breken, was ze bang dat het pijn zou doen. Ze voelde de alcohol en het watje waarmee over de plek op haar hand werd gewreven. Het binnendringen van de naald voelde ze echter niet, en evenmin de bewegingen die de arts met de naald - tot 1 cm onder de huid - maakte (anaesthesie).

Erica direkt na de prik te laten voelen wat er aan de hand was, had het volgende doel. Er was duidelijk sprake van analgesie of anaesthesie (het bleek het laatste te zijn) en daarvan moest zij overtuigd worden. Daarmee kon ze nog sterker leren dat ze op haar onbewuste vermogens kan vertrouwen.

Erica gaat op mijn verzoek dieper in trance en laat de dissociatie tussen bovenlichaam en onderlichaam-plus-benen weer ontstaan. Dat test ik met de vraag of ze wil proberen op te staan. Ze kan niet opstaan. Ik suggereer haar dan om naar een erg fijne plek, bijvoorbeeld ergens in de natuur, toe te gaan en daar te genieten van het mooie uitzicht en het prettige gevoel dat ze daarbij heeft. Ze vertelt dat ze bij een meer is en geniet van de vogels die ze in het water ziet lopen. Ik vraag haar of de arts - terwijl zij dáár blijft - met prikken mag testen en ze staat dat toe. Ze wordt in een plek bij haar hiel geprikt. Hierna zeg ik haar dat haar onbewuste precies weet hoe lang de dissociatie tussen boven- en onderlichaam moet duren voor haar bewuste. Niet alleen voor de duur van de operatie maar ook na de operatie - net zolang als goed is voor haar bewuste. Deze posthypnotische suggestie wordt gegeven omdat Erica (a) niet van te voren weet hoelang de operatie gaat duren en (b) ook na de operatie pijn zou kunnen krijgen die door de dissociatie kan worden voorkomen. Ik besluit deze serie suggesties met het verhaal van de vrouw in het ziekenhuis die geleerd had via zelfhypnose met haar bewuste afwezig te zijn als de chirurg een ingreep in haar lichaam moest doen. Zij ging dan met haar hoofd en schouders naar de televisiekamer om haar favoriete tv-programma te zien en liet de rest van haar lichaam achter. Als ze zag dat de chirurg klaar was, ging ze weer terug (vgl. Erickson & Rossi, 1979, p. 140).

Dan vraag ik Erica om - als de tijd er rijp voor is - de dissociatie op

te heffen en zich helemaal prettig te voelen. Ze krijgt de gelegenheid om uit te rusten; ik zeg haar dat ze werkelijk voldaan kan zijn over het goede werk dat ze verricht heeft en vol vertrouwen kan zijn dat haar onbewuste goed voor haar en haar behoeften zal zorgen.

Erica komt uit trance door van 20 tot 1 te tellen. Ze wil aanvankelijk niet geloven dat ze in haar voet is geprikt. Ze had weer het breken van het papier gehoord en het watje met alcohol gevoeld. Het prikken zelf had ze niet gevoeld. Ik benut dit door op te merken dat het wrijven van een watje met alcohol een extra stimulans is voor een diepe anaesthesie.

We bespreken nogmaals dat het nog onzeker zal zijn of de chirurg akkoord zal gaan met de hypno-anaesthesie. Maar Erica is al blij dat ze de prik niet voelde. Ze weet uit ervaring hoe pijnlijk een injectie in de voet kan zijn. Mocht de chirurg lokale anaesthesie willen geven, dan zal zij dat tenmínste niet voelen!

Op de valreep zegt Erica dat de operatie de volgende morgen om 11 uur zal plaatsvinden. Ik schrik, want ik had begrepen dat het na de volgende afspraak zou zijn (er had dan nog meer kunnen worden geoefend, o.a. het in hypnose voorstellen wanneer zij voor de operatie in trance zou gaan, hoe zij in de operatiekamer zou komen, de procedures die daar gevolgd zouden worden, etc.). Ik doe moeite om mijn schrik niet te laten merken en Erica zegt dat ze blij is met de ervaringen van deze middag. Ze weet dat zijzelf in staat is om de nodige anaesthesie te realiseren. We spreken af dat zij mij in ieder geval de volgende dag in de namiddag zal bellen om verslag uit te brengen, maar zeker ook vóór de operatie zal bellen als ze daar ook maar enige behoefte toe voelt.

De operatie

Erica belt de volgende morgen niet; wel die middag op de afgesproken tijd.

Ze had 's nachts onrustig geslapen en was nogal gespannen naar het ziekenhuis gegaan. Het betreden van de operatiekamer was geen pretje, daar was ze immers drie keer geopereerd en had ze de -soms pijnlijke- nabehandeling ondergaan.

De chirurg bleek heel open te staan voor het idee de operatie met een hypno-anaesthesie te laten plaatsvinden. Voor de operatie moest Erica op haar buik liggen. Ze slaagde erin een diepe trance te ontwikkelen.

Als methode om anaesthesie op te wekken koos ze voor het visualiseren van de "draden die van haar voet naar haar hersenen gaan", het paneel waar zij dan ingaan en het uitschakelen van de verbinding door de knop op 'uit' te zetten.

Er was duidelijk sprake van catalepsie: gedurende de hele ingreep heeft ze geen vin verroerd. De incisie voelde ze niet en de daarop volgende chirurgische ingrepen evenmin. De chirurg vroeg af en toe belangstellend hoe het met haar ging en dat was prima. Maar toen hij, na ongeveer 15 minuten, vroeg of ze pijn voelde, "schoot mijn geest onmiddellijk in mijn voet" en voelde ze een stekende pijn. Daar schrok ze enorm van. Bovendien realiseerde ze zich dat de operatie al zo'n tijd aan de gang was en ingrijpender was dan ze zich had voorgesteld. Ze had van te voren gedacht dat het een kleine ingreep zou zijn: even een stukje hout verwijderen en binnen tien minuten klaar zijn. Het hout was echter veel dieper in de voet gedrongen dan van te voren was aangenomen; bovendien doorzocht de chirurg het weefsel op eventuele andere "ongerechtigheden".

Toen Erica die pijn voelde, begon ze te twifelen aan haar onbewuste mogelijkheden om de anaesthesie te herstellen. Ze vertelde de chirurg wat ze voelde en hij gaf haar een pijnstillende injectie, die ze niet voelde. Ze bleef iets van pijn voelen en voelde zich gespannen. Ze dacht dat een uitwendig gebaar - om de dissociatie tussen boven- en onderlichaam op te roepen - haar nu welkom was geweest. Ze visualiseerde opnieuw de zenuwen van haar voet naar haar hersenen en zag de pijnprikkels daarlangs reizen. Ze visualiseerde het paneel in haar hoofd en zette de knop op 'uit'. De pijn verminderde zeker, maar verdween niet helemaal.

Kort na het toedienen van de injectie was de operatie afgelopen. De chirurg vertelde Erica dat hij zeer onder de indruk was - hij complimenteerde haar met haar moed en haar gedrag tijdens de operatie.

Erica zelf was wat teleurgesteld dat zij na 20 minuten de schrik gekregen had. Als ik erbij was geweest had het zeker helemaal goed gewerkt. Bovendien dacht ze dat het beter was geweest als ze tijdens de voorbereidingen zichzelf in trance ook in de operatiekamer had gevisualiseerd en ook tijdens het oefenen een liggende houding had aangenomen.

Als ze mij dit via de telefoon vertelt moet ik dat beamen. Daarnaast becomplimenteer ik haar ook van harte met de prestatie die ze in feite geleverd heeft en door die schrik bijna over het hoofd is gaan zien. Ik suggereer haar tenslotte om zelfhypnose te gebruiken om haar lichamelijke en emotionele herstel te bevorderen.

In een nagesprek, twee weken later, vertelt Erica dat de wond - zo'n vier cm. lang en een paar cm. diep - na twee dagen helemaal dicht was en dat ze er toen weer goed op kon staan. Ze laat het litteken zien en er valt weinig meer te ontdekken. Erica voelt zich nu uitstekend - ze vindt nu zelf dat ze een prima prestatie heeft geleverd, ook al had het nog beter gekund. Ze geeft aan dat haar belangstelling voor hypnose als een mogelijkheid nog meer van haar capaciteiten tot ontwikkeling te brengen, sterk gegroeid is.

Discussie

Mede door de omissies en fouten die in dit praktijkvoorbeeld zijn gemaakt, kunnen we een aantal leerpunten bespreken.

1. Ook al had cliënte zelf aangegeven dat zij met haar chirurg wilde onderhandelen over de toepassing van hypnose bij de operatie, toch had de hypnotherapeut met hem contact moeten opnemen. Als de chirurg dan met hypnose in zee had willen gaan, had de procedure nauwkeurig besproken kunnen worden.
2. Aansluitend bij het bovenstaande: overlegd had kunnen worden of de hypnotherapeut bij de operatie aanwezig zou zijn, om cliënte ter plekke te begeleiden en bij te staan. Ook al is zelfhypnose mogelijk - zoals gebleken is - het is toch een erg zware opgave van cliënte (vgl. ook Rausch, 1980).
3. Een belangrijke omissie - te wijten aan een misverstand over het tijdstip van de operatie - betreft het feit dat cliënte in de oefensessies niet geoefend heeft met hypno-anaesthesie terwijl ze zich voorstelt (of dat hallucineert) dat ze in de operatieruimte is en het gehele medische ingrijpen ondergaat. Dit was voor cliënte een zeer vervelende nalatigheid, omdat ze in die ruimte drie maal is geopereerd en er pijnlijke nabehandelingen had ondergaan. Desensitisatie en het -in vitro- koppelen van haar eigen hypnosewerk aan de procedures in die ruimte had haar gemoedsrust en het welslagen van de hypno-anaesthesie zeker bevorderd.

Bepaalde gebeurtenissen in de operatieruimte hadden duidelijk als 'cues' voor het opwekken van de hypno-anaesthesie kunnen optreden.

- 4. Hieraan gekoppeld: het is de moeite van het overwegen waard om cliënte al enige tijd vóór het tijdstip van de operatie in trance te laten gaan. Cliënte had dan haar onbewuste optimale gelegenheid kunnen geven om zich op zijn taak voor te bereiden.

Cliënte had zich voor de operatie bewust ingesteld op een relatief korte duur. Toen het langer duurde, en de ingreep forser bleek te zijn, begon haar bewuste te twijfelen aan het vermogen van haar onbewuste om doorgaande anaesthesie te produceren. Zou zij ruimschoots van te voren in trance zijn geweest, dan is de kans groot dat deze instelling zich niet zou hebben ontwikkeld.

- 5. Dit laatste punt heeft wellicht ook te maken met het feit dat cliënte in hypnose, tijdens de oefensessies, wel gezegd was dat haar onbewuste er volledig in kon slagen om de anaesthesie zolang als nodig was voor haar bewuste kon laten bestaan en dat het rekening kon houden met onverwachte ontwikkelingen.

Dat is cliënte niet buiten de hypnose zo duidelijk gezegd, en mede daarmee is de afstemming van haar bewuste en onbewuste processen niet optimaal geweest. Hypnotherapie is niet louter een zaak van omgaan met, en stimuleren van, onbewuste processen, maar dient een coördinatie tussen beide tot stand te brengen.

- 6. Het kan de chirurg, die immers aan dit soort situaties niet gewend is, niet verweten worden dat hij cliënte tijdens de operatie vroeg of het pijn deed. Toch is dit een ongewenst soort opmerking, omdat -zoals cliënte het zelf noemde- haar geest meteen in haar voet schoot. Ook dit soort gebeurtenissen kan voorkomen worden door een voorbespreking tussen chirurg en hypnotherapeut en diens aanwezigheid bij de operatie.

Tot besluit

Gegeven alle tekortkomingen die aan deze -voor mij en cliënte- eerste ervaring met hypno-anaesthesie voor een operatie kleefden, verdient cliënte alle lof voor de manier waarop zij haar operatie heeft ondergaan. Zij heeft zich buitengewoon moedig en goed gedragen. Dat zij het door omstandigheden erg moeilijk kreeg op een bepaald moment, is niet aan haar capaciteiten te wijten, maar aan onzorgvuldigheden in de begeleiding.

REFERENTIES

- Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1979), Hypno-therapy: an exploratory casebook. Irvington Publishers, New York.
- Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1980), Experiencing hypnosis: therapeutic approaches to altered states. Irvington Publishers, New York.
- Hilgard, E.R. (1980), Hypnosis in the treatment of pain. In: Burrows & Dennerstein (eds.), Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Elsevier/North Holland, Amsterdam.
- Kroger, W. (1977), Clinical and Experimental Hypnosis: in Medicine, Dentistry, and Psychology. J.B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Pearson, R. (1980), Persoonlijke mededeling. Phoenix, 4 december.
- Rausch, V. (1980), Cholecystectomy with self-hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 22, 121-124.
- Thompson, K. (1980). Persoonlijke mededeling. Delft, september 1980.

I. Inleiding

Hulpverleners, ook directieve, waken er in het eerste contact met cliënten terecht voor om een al te duidelijke stempel op het gesprek te drukken. Afhankelijk van hun theoretische achtergrond en de situatie van de cliënt zullen ze wel direct of indirect, expliciet of impliciet proberen hun mogelijkheden en werkwijzen aan te geven, maar ze zullen zich in het algemeen van (waarde) oordelen onthouden t.a.v. problemen, mogelijkheden, of persoonlijkheid van de cliënt. Integendeel, ze zullen trachten een sfeer te scheppen van vriendelijke, niet oordelende interesse, waar binnen de cliënt zich zo vrij mogelijk kan uitspreken.

Deze werkwijze is nooit fout en bijna altijd goed, niet alleen omdat het getuigt van respect, om zo op te treden, maar ook omdat het meestal de snelste weg is naar een contact waarbinnen probleemoplossend gewerkt kan worden op basis van sympathie. Toch zijn er uitzonderingen: bij sommige cliënten kan de therapeut door voor-informatie en/of eigen indruk snel een intuïtieve zekerheid ontwikkelen waardoor hij het gewenst of zelfs imperatief acht zo snel mogelijk een interventie te plegen die de cliënt verrast. Het gaat hierbij niet om de briljante vondsten op basis van therapeutische wanhoop waar Haley terecht voor waarschuwt, doch om interventies die het zeer globale doel hebben de therapeut zo snel mogelijk "one up" te brengen. In paragraaf 2 worden enkele voorbeelden van deze interventies gegeven, in paragraaf 3 wordt een poging gedaan gemeenschappelijke kenmerken ervan op te sporen en tenslotte zullen enige opmerkingen over patiëntencategorieën en indicatiegebieden gemaakt worden.

II. Voorbeelden

Karel Horb is een 21 jarige student, die nog bij zijn ouders woont; hij wordt aangemeld via een S.P.D. die hem reeds 15x tevergeefs heeft getracht onder te brengen in een PAAZ of psychiatrisch ziekenhuis omdat Karel het idee heeft ontwikkeld een "afgrijselijk lelijke kop" te hebben. Op pogingen hem van het tegendeel te overtuigen reageert hij door zijn ouders te molesteren, die immers voor zijn bestaan verantwoordelijk zijn. Met name zijn vader, op wie hij als twee druppels water lijkt, moet het ontgelden. Hij is ervan overtuigd dat de mensen hem op straat uitlachen.

De heer Horb heeft Karel in zijn buien van wanhoop telkens naar behandelinsti-
tuten begeleid, doch op de drempel werden dan eindeloze discussies gevoerd die ertoe leidden dat vader Karel maar weer mee naar huis nam.

Bij pogingen van de S.P.D. hem thuis te behandelen blijft Karel in bed. De eerste dag in het dagcentrum verschijnt hij met zijn vader, komt in de gang de therapeut tegen, en begint te regelen dat vader de hele dag in het dagcentrum blijft, zodat hij hem nog kan halen als hij "verstart". Tegen de therapeut zegt hij dat hij niet durft te blijven, maar dat het wel moet, omdat hij wanhopig is, daarna verwijt hij zijn vader dat deze hem niet naar een plastisch chirurg wil begeleiden.

De therapeut zegt: "naar een dagcentrum moet iemand alleen kunnen gaan. Het spijt me dat u verkeerd verwezen bent, u bent al op zoveel plaatsen voor niets geweest. Onder deze omstandigheden is dagbehandeling niet aangewezen, uw kind zal zijn waanidee nooit opgeven als hij moet blijven vechten tegen zijn kinderlijke angst om te reizen.

De heer Horb vraagt daarna wanhopig wat hij nu moet. De therapeut antwoordt: U kunt u het beste vervoegen voor een crisisopname bij de psychiater die u verwezen heeft, zodat de jongen weer tot rust kan komen.

Karel besluit terstond om te blijven. De eerste weken zegt hij nog een enkele keer dat hij weg wil, omdat hij de behandeling niet aankan of zinloos vindt. Steeds wordt gereageerd met de opmerking dat het dapper is dat hij het geprobeerd heeft en dat het verstandig is om snel af te haken.

"Een taxi"? Na + 7 maanden dagbehandeling waarin o.a. een intensieve gezinstherapie plaatsvindt kan Karel zijn studie hervatten en is in staat om zelfstandig te wonen.

Truus Poortvliet is 57 jaar. Zij komt in het dagcentrum wegens recidiverende depressies met suïcidepogingen. 4x tevoren is zij hiervoor vrij langdurig opgenomen geweest in psychiatrische ziekenhuizen. Haar gezin lijdt zeer onder haar buien, vooral onder de suïcideneiging. In het eerste gesprek is zelfmoord en hoe moeilijk het is om deze neiging te verdringen het voornaamste gespreksonderwerp. Truus speelt een thuiswedstrijd. Ze maakt bij dit alles een opgewekte indruk (althans op de therapeuten); haar echtgenoot is zeer somber. Wanneer Truus even pauzeert om adem te halen zegt de therapeut: "Ik vind het heel erg dat uw wens om te sterven in het verleden zo weinig ernstig is genomen. Ik denk dat u gekwetst bent dat u die moeilijke beslissingen altijd alleen heeft moeten nemen. Wij willen u vanaf het begin duidelijk maken dat wij hier geen zedenmeesters zijn die zich een oordeel aanmatigen over de beslissing van volwassen mensen om een einde te maken aan een ondraagelijk bestaan. Wanneer u de wereld stop wilt zetten kunnen wij u hiervoor medicijnen geven; indien u na het ontwaken wilt proberen verder te praten kunnen we misschien zinvoller overleggen".

Zowel Truus als haar man zijn zeer onder de indruk. Truus krijgt een zelfmoordpakket à la Hoogduin (200 mgr Seresta in kleine coupures) uitgereikt en gebruikt dit nooit. Tijdens haar verblijf in het dagcentrum is zij een lam: (althans relatief: door de verwijzer werd zij, overigens terecht, beschreven als een egocentrische hysterica die het leven van haar familie verziekte). Later blijkt waarom; Truus heeft gedacht dat de therapeuten eventueel echt bereid waren actieve euthanasie toe te passen.

Tijdens haar verblijf in het dagcentrum verbetert de situatie aanzienlijk. Bij een follow-up zes maanden na ontslag is alles weer bij het oude; d.w.z. suïcidedreiging, wens om opgenomen te worden en verzoeken om EST. Haar man is inmiddels failliet.

Kees Pieterse meldt zich via een uitgeputte bedrijfsarts aan: "kunt u deze vuile psychopaat een tijdje onder uw hoede nemen? We raken hem niet kwijt. Het excuus is ditmaal z.g. relatieproblemen".

Kees is een matig begaafde mooie prater; hij woont samen met een gescheiden vrouw met twee kinderen; middels behandeling wil hij duidelijk een uitkering verwerven. Daarnaast heeft hij naar het oordeel van de therapeuten, ook "echte"-problemen: hij slooft zich uit voor zijn twee stiefkinderen, doch op zo'n manier dat zowel de kinderen als de vrouw regelmatig gillend het pand verlaten. Kees is n.l. niet zozeer agressief met z'n vuisten alswel met z'n tong; hij kan iemand, vrijwel letterlijk, de oren van het hoofd kletsen. Bovendien tracht hij middels dit mechanisme iedereen die hij ontmoet binnen 5 minuten tot "frère et compagnon" te maken. Hij heeft veel bemoeienis gehad met sociaal-academische gevormde deskundigen die deze manier van doen positief bekrachtigd hebben.

Wanneer Kees tijdens de eerste groepszitting in het dagcentrum er duidelijk blijk van geeft liever een soeur dan een frère als compagnon te hebben, middels een aantal grove opmerkingen, reageert de aanwezige therapeutische vrouw als volgt: "aan vuilbekkende klotzakken hebben wij hier geen behoefte. We willen je hier alleen hebben omdat we denken dat je dit soort zaken zegt om stoer te doen en dat dat ook je probleem is. We hopen echt dat je verstand genoeg hebt om te weten wat je plaats is. Als dat niet zo is, kun je oplazeren".

Kees is woedend: hij wil de psychiater spreken, hij laat zich niet beledigen. De therapeute reageert: "wil je het nog eens opnieuw horen?" Daarna krabbelt Kees terug. Het blijft nodig om hem van tijd tot tijd te herinneren aan het feit dat hij voor zijn lol in het dagcentrum verblijft middels adviezen om op te lazeren, die overigens geen consequenties voor zijn uitkering meer hebben.

Moeizaam lukt het om zijn partner in de therapie te betrekken; ze durft aanvankelijk geen woord te zeggen, doch geleidelijk kan ze iets overnemen van de vrijmoedigheid van de therapeute (Paula de Ruiten).

Na + 8 maanden wordt Kees ontslagen, hij hervat zijn werk; zijn partner vindt hem veranderd: "ik durf nou gewoon wat te zeggen, hij wordt niet meer zo driftig".

Charles wordt aangemeld voor dagbehandeling na een crisisintervenierende opname op de acute afdeling van Bloemendaal. Hij is een 55 jarige alcoholist, een kwartaaldrinker. Charles is een mislukte intellectueel; als psycholoog heeft hij meerdere malen een veelbelovende carrière gestart die telkenmale is ingestort als gevolg van een overspannen streefniveau. Hij is 7x opgenomen geweest wegens toenemend ernstig agressief gedrag tegen zijn gezin tijdens zijn geïntoxiceerde episodes. In geen behandelinstituut is hij langer dan 4 weken gebleven.

In het dagcentrum ontpopt hij zich weldra als een perfectionistische, ijdele, verleidende man. Hij kan nauwelijks een opmerking maken zonder betekenisvolle grimassen en spannen pauzes in te lassen. Zijn alcoholgebruik bagatelliseert hij, hij heeft gewoon nog nooit goede therapie gehad. In het dagcentrum heeft hij alle vertrouwen. Hij heeft erover gelezen en weet zeker dat hij modern gecureerd zal worden.

In het eerste individuele gesprek brengt hij zijn vrouw mee; zij imponeert als een zojuist bekeerde Baghwan adepte: hoewel Charles haar leven zeer bedorven heeft, blijft ze onverminderd enthousiast over zijn charisma. Charles opent het gesprek door te stellen dat ze God zij dank een therapeut gevonden hebben die nu eens over wezenlijker zaken dan alcoholisme wil praten, een directief therapeut ! De therapeut: "Charles, ik kan je niet behandelen tenzij je Refusal wilt gebruiken. Ik weet dat je daar ook doorheen kunt drinken, maar dan is het begin van je gebruikelijke periodes van zuipen tenminste moeilijker. Ook wanneer je Refusal gebruikt lijken de vooruitzichten nogal somber. Ik weet ook wat je nu wilt zeggen: het gaat niet om de alcohol en je bent tot in je ziel beledigd dat ik je vergelijk met een alcoholist, een "gewone alcoholist", wel, dat ben je, en ik heb geen zin om je de wetenschap te onthouden dat ik nog nooit een alcoholist met succes behandeld heb die zijn alcoholisme niet nog serieuzer nam dan ik het doe.

Ik ken alle excuses, elke verontwaardigde ontkenning, en alle uitzonderingen vervelen me; je kunt nu opstappen of jezelf een kans geven. Ik ben niet geïnteresseerd in je antwoord op deze preek, die mijzelf altijd schel in de oren klinkt".

Charles besluit te blijven en gaat ook accoord met de afspraak dat zijn vrouw mee moet komen.

Hij blijft 5 maanden in het dagcentrum. In die periode drinkt hij 2x kort, een dag, en corrigeert zich daarna met een afgesproken hoeveelheid Seresta. Tijdens zijn opname wordt aandacht besteed aan de - zeker voor een psycholoog - zeer slechte communicatie met zijn echtgenote en aan zijn pogingen tot werkhervatting. Hij knapt voorspoedig op, ook volgens zijn vrouw. De dag na zijn ontslag meldt hij dat hij gelogen heeft over zijn optimisme om het werk te hervatten, hij hervat het drinken en na een treurige tocht langs de eerste lijn wordt hij met een IBS opgenomen op een klinische afdeling.

III. Kenmerken van de interventies

1. in alle vier de gevallen gaat het om interventies die in een zeer vroeg stadium van de therapeutische bemoeienis gegeven worden.
2. alle cliënten zijn gepikt en gemazeld in de hulpverlening, in alle gevallen zijn de interventies evenwel verrassend.
3. de interventies zijn in alle gevallen er op gericht om cliënten die niet hoog gemotiveerd zijn zo snel mogelijk te "binden".
4. alle interventies beschrijven, soms in zeer kort bestek, de historie van de cliënt. Getracht wordt een overrompelende interpretatie te geven die tegelijkertijd uitzicht biedt op een oplossing, hoopgevend is.
5. in alle gevallen zijn de interventies nogal confronterend, doch ter zelfder tijd vleiend: de cliënt mag kiezen met welk aspect van de impliciete interpretatie hij zich wil vereenzelvigen.
6. in alle gevallen geven de interventies een grens aan waarbuiten niet behandeld kan worden.
7. de therapeut is ernstiger dan de cliënt; dit los van het confronterende aspect.
8. in alle interventies is, tussen de regels door, de wil herkenbaar om te behandelen.

IV. Tenslotte

In paragraaf III worden de kenmerken aangegeven waaraan de genoemde interventies alle voldoen. In de voorbeelden komt echter niet naar voren bij welke cliënten dit soort interventies overwogen moeten worden. De volgende opsomming kan zowel uitgebreid als beperkt worden. De genoemde cliënten kunnen mogelijk onder één noemer gebracht worden; ik zou het niet weten. Pragmatisch onderscheid ik de volgende categorieën. Ja, graag aanvulling.

1. zeer ervaren cliënten; te denken valt aan cliënten die dikwijls behandeld zijn, zowel in de psychiatrie als de psychotherapie, en die een nieuwe therapie betreden als een nieuw café.
2. de kritische consument; hoewel deze categorie cliënten ten dele valt onder 1. moet er toch apart voor gewaarschuwd worden: in een land met vele werkelozen kunnen actieve mensen alles aangrijpen om te verbeteren; ook therapie; aangezien zij daarvan geen verstand hebben, zijn blokkerende adviezen aangewezen.
3. de goedwillend misleiden; aan sommige cliënten is in een moeizaam leven te vaak een te ruim verklaringsprincipe voor hun ellende aangeboden. Therapie heeft bij deze mensen soms geleid tot het opgeven van op zich nuttig gedrag. Te denken valt aan alcoholisten die het verschil uitgelegd hebben gekregen tussen primair en secundair alcoholisme en jonge manisch-depressieve patiënten die geconfronteerd zijn met een milieuvriendelijke uitleg over de etiologie van depressies; het staken van Refusal of Lithium is dan soms het zorgwekkend gevolg.
4. de onaangename cliënten; sommige mensen komen "faut de mieux (!)" in het psychiatrisch kanaal terecht; indien "mieux" echt ontbreekt, of niet op korte termijn te realiseren valt, kan men trachten uitgesproken psychopathieën uit menslievendheid te behandelen, doch alleen dan, wanneer een alternatieve opvang voorhanden is. De cliënten zijn zeer gebaat met duidelijkheid in een zo vroeg mogelijk stadium van de bemoeienis.
5. de schattige cliënt; sommige cliënten benaderen de therapeut als een verloren zoon: hij heeft natuurlijk weinig tijd, zij ook, doch ze zijn bereid zich meer aan te passen dan ooit tevoren, omdat ze weten dat deze therapeut eindelijk hen juist zal weten aan te voelen. Een valkuil; deze cliënten dienen veelal geconfronteerd te worden met de somberste interpretaties over de mogelijkheden van het praatwerk die de therapeut maar over de lippen kan krijgen.

Kon ik één gaaf der jeugd terugverkrijgen,
Ik vroeg de makkelijke ontroerbaarheid,
Van 't hart, dat nog niet heeft geleerd te zwijgen,
Maar vrijelijk bij de breuk der dromen scheidt.

(Bloem)

Sommige cliënten blijven ook graag jong.

PATHOLOGISCHE JALOEZIE

Kees Hoogduin & Marti Troost,
april 1981

1. Inleiding

Onder pathologische jaloezie wordt verstaan die jaloezie die optreedt zonder dat er een zgn. derde aanwezig is of zonder dat aan een derde gegeven wordt wat onthouden wordt aan de partner (Du Boeuff, 1938, blz. 9). Bedoeld wordt een hevige irrationele jaloezie die te onderscheiden is van de zgn. excessieve jaloezie - waarbij tenminste enige aanleiding bestaat - (Mooney, 1965).

Bij de pathologische jaloezie overheerst onzekerheid over de situatie, bij de jaloezieswaan is er de rotsvaste overtuiging, het zeker weten dat er een derde is. Onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen en minderwaardigheidsgevoelens zouden de voedingsbodem zijn waar de pathologische jaloezie zich op zou ontwikkelen (Tiggelaar, 1956; Du Boeuff, 1938). Van meer belang lijkt de expliciete relationele betekenis van de pathologische jaloezie.

Het is moeilijk aan te geven wie van het paar het meeste last heeft van het symptoom: degene met de jaloezie, steeds tobberig, onzeker, angstig, of de partner die geleidelijk aan steeds meer rekening moet gaan houden met die jaloezie, wanneer hij of zij zich niet houdt aan de regels die door de partner gesteld worden. Deze regels worden door de cliënt gesteld om te voorkomen dat de partner gelegenheid krijgt ook werkelijk ontrouw te zijn. Wanneer de partner zich niet aan de regels houdt, ontstaan er heftige uitbarstingen van jaloezie. De partner zal zich wel tweemaal bedenken er geen rekening mee te houden. Dus: niet alleen weggaan, niet biljarten met vrienden, direct na het werk naar huis komen, niet te lang boodschappen doen, niet naar de vereniging van plattelandsvrouwen, enz. De jaloezige cliënt zal zijn partner vaak vragen naar bewijzen van zijn liefde en trouw en proberen door geraffineerde vragen achter de waarheid te komen. Soms slaagt de partner erin geruststelling te geven, vaak niet. Het valt echter niet mee altijd even vriendelijk te reageren op dat gevraagd. Vaak ontstaat er irritatie en boosheid, wat tot gevolg heeft dat er nog meer getwijfeld wordt aan de liefde.

In dit artikel wordt de behandeling van een zevental cliënten met pathologische jaloezie kort besproken. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de therapeutische interventies die bij de behandeling van pathologische jaloezie geïndiceerd kunnen zijn.

2. Casuïstiek

- 2.1 Mevrouw Mellema is een 44-jarige gescheiden vrouw met drie kinderen die samenwoont met een 30-jarige metselaar. Mevrouw is zo jaloeers geworden dat t.v., tijdschriften en kranten in huis geweerd worden: er zou een vrouw kunnen verschijnen op het scherm; er zou over vrouwen te lezen kunnen zijn in de kranten. Op weg naar de polikliniek moet meneer met zijn hoofd tussen de knieën in de taxi zitten, zodat hij geen vrouw zal zien. Er zijn vaak heftige ruzies. Drie bijzonderheden zijn te vermelden:
- Als de man werkt, is mevrouw klachtenvrij; zij tobt niet over mogelijke ervaringen met vrouwen van haar man.
 - De sexuele relatie met de man is orgastisch en goed, met haar eerste man niet (ze was toen niet jaloeers).
 - De gedachte dat de veel jongere man een veel jongere vrouw zal prefereren, kwelt haar.

De behandeling heeft bestaan uit:

- Postitief etiketteren.
- Een horror-techniek: hierbij wordt de cliënt geconfronteerd met een toekomstbeeld dat zou kunnen ontstaan wanneer er geen verandering plaatsvindt (Hoogduin & Druyf, 1980). In dit geval wordt de mogelijkheid geopperd dat haar partner de spanningen teveel worden en dat hij besluit een nieuwe vriendin te gaan zoeken.

De behandeling nam een achttal zittingen in beslag en meneer wordt tenslotte door mevrouw het huis uitgezet waarna de klachten verdwenen.

- 2.2 Een jonge onderwijzeres, mevrouw Raaphorst, meldt zich aan met jaloezieproblemen. Zij doet dit op advies van haar moeder. Deze had een eerdere verlovingsrelatie zien mislukken door de jaloezie en hoopt (mevrouw Raaphorst woont nog bij haar moeder) dat haar dochter de problemen met behulp van de therapeut zal overwinnen.

De behandeling heeft bestaan uit:

- Positief etiketteren.
- Communicatie-oefeningen.

Na zes zittingen belt mevrouw af. Verdere behandeling is niet meer nodig, daar zij na een felle ruzie haar partner de laan uitgestuurd heeft. Men hem zijn ook de jaloezieproblemen verdwenen.

2.3 Jan Pieterse, een 50-jarige electriciën, is er sinds twee jaar van overtuigd dat zijn 26-jarige zoon een onecht kind is. Hij stopt met werken om zijn vrouw verdere ontrouw te beletten en bestookt haar voortdurend met vragen naar de waarheid rond de conceptie van hun 26-jarige zoon. Er ontstaan vaak hevige ruzies. De vrouw probeert steeds opnieuw haar echtgenoot duidelijk te maken dat zij hem in die tijd niet ontrouw is geweest. Dit alles echter zonder effect.

Het echtpaar krijgt het volgende advies: de man moet zijn onzekerheid over het gedrag van zijn vrouw niet oppotten, maar zijn vrouw met vragen duidelijk maken dat hij nog met dit probleem worstelt. Daar zijn vrouw hem geen antwoord kan geven (zegt ze 'ja', dan zal ze dat doen om van zijn gevraag af te zijn; zegt ze 'nee', dan zal ze wel liegen), is hij alleen in staat om tot een oplossing te komen van het probleem. Daartoe moet hij een ruimte hebben waarin hij zich kan terugtrekken om deze gecompliceerde geschiedenis uit te denken. Iedere keer dat het hem hoog zit, dient hij zijn vrouw de vraag te stellen. Zijn vrouw zal hem dan geen antwoord geven, maar hem herinneren aan zijn "denkkamer", waarna de man zich zal terugtrekken (vgl. Hoogduin et al., 1977; Hoogduin & Druyf, 1980).

De behandeling heeft bestaan uit:
 - Een stopzetten van de bekrachtiging van het vraaggedrag met een time-out, gevolgd door een satiatie-procedure.

Na acht zittingen komt de man alleen op de afspraak en deelt de therapeut mee van zijn vrouw af te zijn en met haar familie gebroken te hebben. Hij voelt zich stukken beter.

2.4 Een 40-jarige man die tweemaal met een paranoïde psychose met hallucinaties en wanen opgenomen geweest is, wordt aangemeld voor behandeling van echtelijke problemen. Zijn vrouw, een verpleegster, verdenkt hij van vele minnaars en zijn voortdurend controleren brengt haar tot wanhoop en lijdt tot ruzies en emotionele ontladingen.

De behandeling heeft bestaan uit:
 - Positief etiketteren.
 - Time-out, gevolgd door een satiatie-procedure.

Na tien zittingen - de behandeling heeft geen verbetering kunnen bewerkstelligen - wordt de man opnieuw psychotisch opgenomen.

2.5 Een 35-jarige vrouw is zeer jaloers op haar keurige en zeer vriendelijke echtgenoot (een ideale echtgenoot volgens de omgeving). Jarenlang heeft hij het kunnen bedragen, maar geleidelijk aan is het hem teveel geworden. Hij probeert nog wel de beschuldigingen te weerleggen, maar na enige tijd heeft hij er genoeg van en ontstaan er felle ruzies.

De behandeling heeft bestaan uit:

- Positief etiketteren.
- Een zelfcontrole-procedure op de boosheid van de man.
- Opheffen van de bekrachtiging van het vraaggedrag van de vrouw.
- Een satiatie-procedure.

Na achttien zittingen wordt de behandeling afgesloten. Mevrouw is nog wel jaloers, maar deze jaloezie bepaalt niet meer hun leven. De man mag alleen naar vergaderingen en is bijv. eenmaal (toen zij verhinderd was wegens ziekte) alleen naar de pas begonnen danscursus geweest.

2.6

Een 38-jarige vrouw, moeder van vier kinderen, is sinds een zestal jaren zeer jaloers. Haar man zou daar zelf aanleiding toe gegeven hebben door eenmaal met een onbekende vrouw achterop de fiets zijn vrouw tegen te komen.

Na vier zittingen (negen weken) wordt er niet meer over de jaloezie gesproken. Ook de hyperventilatieklachten van mevrouw zijn op de achtergrond geraakt (zij sprong vier jaar eerder uit het raam tijdens zo'n aanval en brak een aantal wervels). Het gaat daarna anderhalf jaar goed. De man is weer in ploegen-dienst gaan werken. Plotseling wordt mevrouw dan psychotisch. Ze spreekt alleen nog maar Duits, ze slaapt niet meer en is verward. Dit gebeurt in aansluiting aan de voorbereiding voor een orthopaedische ingreep. Zij wordt met een depot neurolepticum behandeld.

De behandeling van de jaloezie heeft bestaan uit:

- Opheffen van de bekrachtiging van het vraaggedrag.

Bij follow-up twee jaar later functioneert ze als tien jaar eerder, volledig adequaat en klachtenvrij. Ze gebruikt maandelijks 0,8 cc Sordinol-depot. Bij pogingen dit te verlagen wordt mevrouw gespannen. Het is mede op haar verzoek dat deze medicatie gecontinueerd is gebleven.

2.7

Mevrouw De Jong (40 jaar) wordt door een L.M.-bureau verwezen in verband met ernstige jaloezieconflicten. Zij is bang dat haar man andere vrouwen aantrekkelijker, liever, intelligenter, interessanter zal vinden. Ze ziet hem in gedachten vaak flirten, ze zoekt bewijzen dat hij haar ontrouw is geweest. Mevrouw De Jong heeft verder last van minderwaardigheidsgevoelens, depressies, angst voor andere mensen. Wat betreft de jaloezie-problemen probeert de heer De Jong zoveel mogelijk rekening te houden met zijn vrouw. Hij meldt getrouw waar hij uithangt, hoe laat hij thuis is, waar hij heen gaat. Wanneer hij wordt beschuldigd van ontrouw, legt hij geduldig uit dat daar geen sprake van is. Hij probeert zijn vrouw zoveel mogelijk gerust te stellen.

De behandeling heeft bestaan uit:

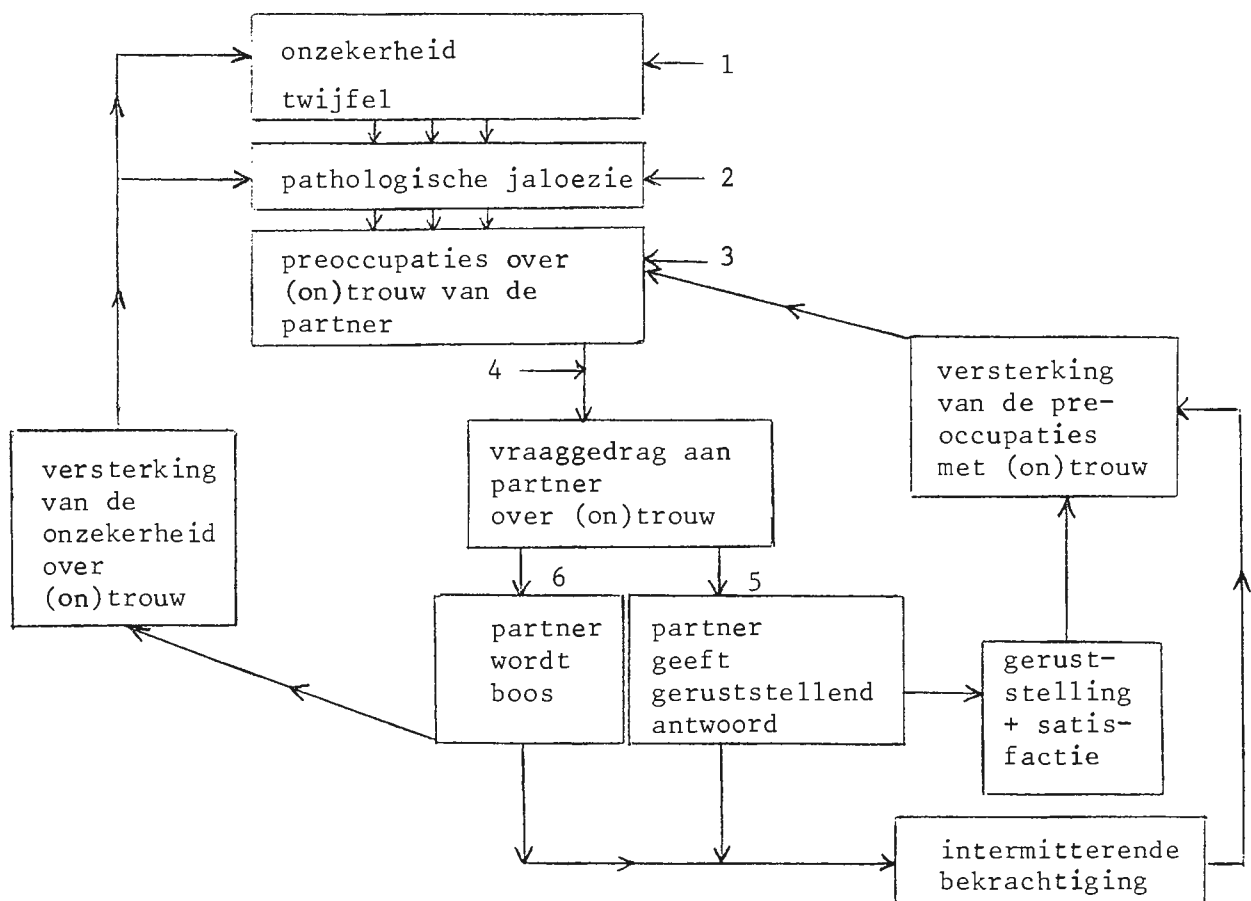
- Een satiatie-procedure.
- Een opheffen van de bekrachtiging van de partner.

Na vijf zittingen deelt mevrouw mee de behandeling te willen beëindigen. Ze deelt mee dat haar problemen het gevolg zijn van een leeg en nietszeggend huwelijk.

Bij follow-up (na drie maanden) zijn de jaloezieproblemen niet terug. Mevrouw De Jong vertelt zich rustiger te voelen; ze heeft geen last meer van angsten of depressies. Wel wordt door het echtpaar een scheiding overwogen.

3. De behandeling

De ervaringen opgedaan met deze zeven cliënten hebben ertoe geleid de verschillende elementen bij de diverse behandelingen in een groter verband samen te brengen. In het onderstaande wordt geprobeerd dit te realiseren.



Schema 1: bekrachtigingsschema van de pathologische jaloezie.

De cijfers in het schema corresponderen met de plaatsen in het schema waar therapeutische interventies mogelijk zijn.

Zoals in de inleiding al vermeld is, heeft de pathologische jaloezie een grote relationele betekenis. Niet alleen wordt de partner door het symptoom geknecht, maar diezelfde partner bekrachtigt met zijn reacties deze jaloezie. Deze behandeling is als volgt systematisch weer te geven:

Op diverse manieren kunnen de uitingen van jaloezie door de partner bekrachtigd worden. De jaloerse cliënt probeert de onzekerheid en preoccupaties over de mogelijke ontrouw op te heffen door vragen te stellen aan de partner. Wanneer deze door beantwoording erin slaagt geruststelling te verschaffen, verdwijnt (tijdelijk) de onzekerheid en ontstaat er een gevoel van satisfactie. Wanneer de partner met boosheid reageert, is het mogelijk dat de jaloerse cliënt hierin aanwijzingen ziet dat de partner inderdaad de relatie niet meer ziet zitten en mogelijk overweegt weg te gaan (evt. naar de ander). Het wisselend geïrriteerd en vriendelijk reageren op de vragen verschaft een intermitterende bekrachtiging. De therapeut hiervoor oog hebbend, zal de voorkeur geven aan een interactionele strategie.

Binnen het kader van een dergelijke behandeling is het goed mogelijk ook enige meer op het individu gerichte interventies te benutten. Bij de behandeling van een paar waarvan er één pathologisch jaloers is, zijn de volgende interventies bruikbaar:

1. Het opheffen van de onzekerheid.

Wanneer bij de taxatie een dergelijke lang bestaande onzekerheid gevonden wordt, of wanneer factoren aangewend kunnen worden die de onzekerheid in de hand gewerkt hebben, lijkt een causale therapie mogelijk. Naast bestrijding van bepaalde etiologische factoren kan de cliënt een assertiviteitstraining volgen, lid worden van een vrouwenpraatgroep, enz.

Bij cliënten die met pathologische jaloezie aangemeld worden, lijkt het niet waarschijnlijk dat op deze manier alle problemen opgelost worden. Wel kan op een bepaald moment van de behandeling een dergelijke training plaatsvinden.

2. Het positief etiketteren van de jaloezie.

Gebruikelijk is dat op het moment van aanmelding de jaloezie dusdanig ernstige vormen heeft aangenomen dat ook de burens en familieleden ervan op de hoogte zijn. Ziekelijk jaloers is een omschrijving van

van jaloers gedrag dat ook in de volksmond iets anders is dan gewoon een beetje jaloers. Niet alleen de intensiteit dus, maar ook de jaloezie wordt als anders gezien. Een beetje jaloezie wordt gebruikelijk als niet al te prettig, maar toch ook als een teken van belangstelling van de partner beleefd. "Als iemand niet van je houdt, zal er ook geen jaloezie zijn". Het positieve etiket: "Uitingen van jaloezie zijn tekenen van een grote, diepgaande liefde voor de ander", sluit dus goed aan bij de belevingswereld van de cliënt. Bovendien worden de 'zieke' kanten van de cliënt in een gunstig daglicht gesteld (zie ook Van der Velden, Van der Hart en Van Dijck, 1980). Het positief etiketteren kan een wijziging van het zelfbeeld bij de cliënt bewerkstelligen. De negatieve uitingen naar de partner toe worden plots tekenen van liefde. Ook de reactie van de partner kan hier mede door beïnvloed worden. Op het voortdurend gevraagd en gecontroleerd kan hij met boosheid reageren. Wanneer hierachter een grote liefde verondersteld wordt, bestaat de mogelijkheid dat de agressieve uitingen afnemen (vgl. ook interventie 5).

3. De satiatie.

De ziekelijke preoccupaties met betrekking tot de jaloezie kunnen behandeld worden met een satiatie-procedure zoals die door Rachman (1971, 1976) voor dwanggedachten ontwikkeld is. Er zijn aanwijzingen dat deze procedure ook bruikbaar is voor de morbide preoccupaties met betrekking tot de gezondheid, de toekomst en minderwaardigheid (vgl. Hoogduin, 1981). De methode lijkt bij de ziekelijke preoccupaties met jaloezie ook bruikbaar.

De cliënt moet een of meerdere malen per dag gedurende een kwartier de preoccupaties met betrekking tot de (on)trouw van de partner zelf oproepen. De latente tijd (d.i. de tijd die het kost voor de cliënt erin slaagt de preoccupaties zelf op te wekken) en de tijd (maximaal 15 minuten) dat dit volgehouden wordt, worden geregistreerd.

Dit zelf oproepen kan geschieden in een time-out situatie, bijv. in de badkamer of op zolder (zodat het in alle rust kan gebeuren). Ook kan deze oefening plaatsvinden in aansluiting aan vraaggedrag aan de partner (vgl. interventie 5).

4. Het beëindigen van het vraaggedrag.

Met vraaggedrag wordt bedoeld het geheel van vragen, verwijten en veronderstellingen dat op de partner wordt afgevuurd.

De keten twijfel en jaloezie → vraaggedrag → antwoord van de partner → (soms) satisfactie moet doorbroken worden. Een mogelijkheid is de cliënt geen vragen meer te laten stellen. In de praktijk werkt dit niet. De cliënten zijn zo door de jaloezie gepreoccupeerd dat zij zich heel begrijpelijk overigens, de mond niet laten snoeren. Beter is het de cliënt wel de vragen te laten stellen, maar de echtgenoot dusdanig te instrueren dat de keten toch doorbroken kan worden (zie interventie 5 en 6a).

5. De time-out en het beëindigen van de bekrachtiging van de partner.

Door geen antwoorden meer te geven, wordt de keten jaloezie → vraaggedrag → antwoord → satisfactie doorbroken. De partner krijgt het advies niet meer te proberen de vragen te beantwoorden (helpt toch niet), maar hij zal zijn vrouw verwijzen naar een time-out situatie, alwaar zij zich zelf met deze twijfels kan bezighouden (vgl. Hoogduin et al., 1977). Hieraan kan een satiatie-oefening (zie interventie 3) of een 'zware monitorings'-opdracht gekoppeld worden. Bij de zware monitoring zal de cliënt gedurende een vaste tijd alle gedachten die hem te binnen schieten over de jaloezie nauwgezet registreren. De aversieve component die bij de time-out procedure al aanwezig is, wordt hierdoor verder versterkt.

6. De beïnvloeding van de agressieve uitingen van de partner.

Hiervoor is een zelfcontrole-procedure geschikt. De partners zullen als zij boosheid voelen opkomen, het toneel moeten verlaten. Een bij deze problematiek geschikte oplossing is dat zij ook werkelijk het huis uitgaan, bijv. een halfuur.

In aansluiting aan vraaggedrag of opmerkingen over de jaloezie, moeten de partners op advies van de therapeut het veld ruimen, iets dat door de cliënt met jaloezie als ongewenst wordt beleefd. Mochten de partners toch vragen beantwoord hebben of zijn zij toch boos geworden, dan kan een zelfbestraffingsprocedure gestart worden. Bijv.: de partner zal contingent aan zijn boosheid of antwoord geven een taak verrichten

die vooral voor de cliënt plezierig is, maar die voor de partners enige onaangename kanten hebben (bijv. zal de man de afwas kunnen doen of eens de kamer stofzuigen; wanneer het de vrouw betreft zou ze de sportschoenen van de man kunnen invetten).

De bespreking van deze interventies is niet volledig. De eigenaardigheden van het paar dat zich onder behandeling stelt, kan in belangrijke mate mee bepalen welke interventies gebruikt zullen worden. Bij de hier gegeven gevalbeschrijvingen is er soms sprake van communicatie-oefeningen of een horror-techniek. Ook kan het soms goed zijn eerst met een ruzie-blokkerende interventie te starten.

De hier besproken interventies zijn vooral in combinaties gebruikt (bedoeld wordt: gedurende de behandeling worden diverse interventies gebruikt). Zo zal de therapeut kunnen beginnen met een positief etiketteren; de volgende zitting een interventie voor de agressie van de partner en de daarop volgende zitting de man vragen geen antwoord meer te geven, maar zijn vrouw naar een time-out situatie te verwijzen. Geleidelijk aan zal ook aandacht gegeven moeten worden aan het weer gezamenlijk en alleen dingen ondernemen (bijv. samen uitgaan, alleen naar een voetbalvereniging, alleen naar de burens, etc.).

4. Nabeschuwing

De behandeling van de zeven gevallen van pathologische jaloezie (vijf vrouwen en twee mannen) die in paragraaf 2 worden beschreven, is wisselend verlopen. Een cliënt heeft een recidief psychose gekregen gedurende de behandeling; drie cliënten zijn gescheiden; één overweegt te scheiden; de overige twee zijn erin geslaagd bij elkaar te blijven en het symptoom op te geven.

Bij het noemen van deze resultaten (?) is het onduidelijk welke behandeling als succes aangemerkt moet worden. Zeker is dat het vertrekpunt van de therapeut niet is geweest dat de pathologische jaloezie het beste opgelost wordt door naar een scheiding toe te werken. In alle gevallen verkeert het paar op het moment van aanmelding in een ernstige crisissituatie. De eerste doelstelling van de behandeling is steeds geweest weer enige rust in de relatie te krijgen, zodat er meer mogelijkheden voor constructieve interventies zouden zijn. Toch besluiten drie (vier) paren dat het zo welletjes geweest is; zij benutten de wat rustiger toestand om de beslissing te nemen te vertrekken.

Symptomen kunnen ontstaan binnen een relatie waar een van de twee binnen die relatie niets meer te zeggen heeft. Met behulp van de symptomen is het mogelijk macht binnen de relatie te verkrijgen. Bij de pathologische jaloezie wordt die macht ook verkregen: de partner wordt langzaam maar zeker door deze jaloezie volledig geknecht. Toch zijn de partners van de hier beschreven mensen geen tiran of kenau. Gedurende de behandeling valt hun geduld, hun genuanceerde stellingname en de houding om veel rekening te houden met andere mensen (maar vooral de partner) op. Zij maken een stabiele indruk vergeleken met hun nogal emotionele partner. Redelijke, verstandige mensen dus, waarbij het nu ook weer niet onbegrijpelijk is dat de partner weinig te vertellen heeft. Steeds weten ze het precies, ze wassen al af voor er om gevraagd wordt, de sportschoenen staan dik in het vet voor er om gevraagd wordt; eigenlijk is alles steeds in orde. Met zo iemand samen te moeten leven, kan benauwen, kan insufficiëntiegevoelens vergroten, kan ook het gevoel geven altijd ongelijk te hebben, het altijd verkeerd te doen. Zo kan iemand ook bij een niet apert dominante partner toch op een gegeven moment in een absoluut complementaire relatie gevangen zijn. Met behulp van de pathologische jaloezie ontstaat er een mogelijkheid hier uit te geraken en dingen te veranderen.

De aandacht bij de hier voorgestelde behandeling van pathologische jaloezie wordt vooral gegeven aan de manier waarop de bekrachtiging van dit symptoom opgeheven kan worden. Hiermee is niets gezegd over het beloop van de behandeling. Tot nu toe is gebleken dat met deze strategie de crisis bij het paar beëindigd kan worden. Of het paar daarna nog bij elkaar blijft of niet, daarover is hier geen uitsluitsel te geven. In zes van de zeven gevallen is de jaloezie tenslotte verdwenen; voor drie (vier) van deze zes heeft dit wel een scheiding betekend. Mogelijk is de pathologische jaloezie meer dan andere psychiatrische verschijnselen een symptoom dat voorkomt bij relaties waarbinnen geen liefde meer is.

Referenties

Boeuff, C.W. du (1938), Over de jaloersheidswaan. Proefschrift, Ruys, Zutphen

Hoogduin, C.A.L. (1981), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (2), ter perse

Hoogduin, C.A.L. & T. Druif (1980), Directieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2, Van Loghum Slaterus, Deventer

Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dijck, L. Joele & K. van der Velden (1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 1, Van Loghum Slaterus, Deventer

Mooney, H.B. (1965), Pathologic Jealousy and Psychochemotherapy. British Journal of Psychiatry 111, 1023 - 1042

Rachman, S. (1971), Obsessional Ruminations. Behavior Research and Therapy 9, 229 - 235

Rachman, S. (1976), Obsessional Compulsive Checking. Behavior Research and Therapy 14, 269 - 277

Tiggelaar, J. (1956), Pathological Jealousy and Jealous Delusions. Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica 59 (5), 522 - 541

Velden, K. van der, O. van der Hart & R. Van Dijck (1980), Positief etiketteren. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2, Van Loghum Slaterus, Deventer