

TDT



oktober 1982



Ten Geleide / De Hoofdredacteur	1
Een voorbeeld van symptoomvoorschrijven bij een patiënte met anorexia nervosa / Leen Joele	3
547 Bepaling van de strategie bij psychotische adolescenten en hun gezin / Dick Oudshoorn	5 X
Pedagogische omzwervingen (1) / Kees Hoogduin	20
Pedagogische omzwervingen (2) / Kees Hoogduin	23
Labelingsprocessen in psychotherapie (2) / Alfred Lange	24
Sociaal-psychiatrisch perspectief / Kees van der Velden	28
De behandeling van een man met overmatig dagdromen / Willem Hoogduin & Kees Hoogduin	32
545 Hypnotherapie voor hypersuggestibiliteit / Onno van der Hart	41
Over colitis ulcerosa / Kees Hoogduin & Else de Haan	52
Gezinstherapie in Indonesië / Alfred Lange	56
De partner als voorwerp van agogische actie / Kees van der Velden	60
547 Over de behandeling van mild agressief gedrag op school en in het gezin / Kees Hoogduin & Ruud Markveldt	65

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

Op dit Ten Geleide na is het hele nummer klaar: 72 bladzijden tekst plus een inhoudsopgave; twee bladzijden zijn gereserveerd voor deze Hoofdredactionele inleiding. Waar waren Wij ook alweer gebleven? Het is erg lang geleden dat U en Wij elkaar spraken. Ouder zijn we geworden, en beroemder. Sommigen onzer hebben 'het' zelfs 'gemaakt'. Praktisch iedereen is wel ergens hoofd van, een enkeling directeur. Zo rond de veertig zijn we, en als we net nog iets verder willen komen, moeten we ons haasten. We hebben natuurlijk wel geweten dat het in het Leven van een Man zo gaat, maar wat we nimmer wisten is dat het in ons eigen leven ook zo zou gaan. 'En dan: 't had zoveel erger kunnen zijn', zegt Bloem. Haasten Wij ons naar de actualiteit, want voor we 't weten zijn We weer een paar jaargangen verder. Redacteur Van Dyck verliet ons, wij gaan door.

Leen Joele schrijft weer. Van harte bravo en geen opmerkingen van negatieve aard over de verzorging. Wat doet het ertoe? (Bloem: 'Wat geeft het of men zo of anders leeft?')

Dick ('N.') Oudshoorn presenteert een artikel dat kennelijk een hoofdstuk uit een handboek moet worden. Centraal in zijn beschouwingen staat het kind, dat ook het onderwerp van Hoogduin is.

Lange continueert zijn beschouwingen over 'labelingsprocessen'.

Van der Velden ageert tegen de zg. sociale psychiatrie.

Hoogduin & Hoogduin behandelen dagdromen.

Van der Hart creëert een nieuwe aandoening en geeft er meteen een behandeling voor.

Hoogduin & De Haan benutten de directieve principes die de oude Groen geformuleerd heeft ten behoeve van de behandeling van mensen met colitis ulcerosa.

Lange schrijft een brief uit Indonesië. Wij neigen ertoe het niet geheel eens te zijn met wat hij opmerkt over de mogelijkheden van positief etiketteren in deze Archipel.

Van der Velden ageert tegen het samengaan van partners.

Hoogduin & Markveldt schrijven over kinderen met mild (?) agressief gedrag.

Waren Wij eerder zo kort van stof? Neen. Toch wordt dit de toon van de jaren tachtig, let maar op.

Leuk waren wij niet in dit Ten Geleide, lezer, maar waartoe zouden
Wij altijd leuk zijn?

En geeft het geen voldoening zeker te weten dat Wij ditmaal niemand,
maar dan ook echt niemand gekwetst hebben?

De Hoofdredacteur

Een voorbeeld van symptoonvoorschrijving bij een patiënte met
anorexia nervosa

Leen Joele.

Inleiding

Bij anorexia nervosa is braken -dikwijls in aansluiting aan vreetbui- bijna altijd aanwezig. De patiënten geven uiteenlopende redenen op voor het braken: ze willen 'schoon' zijn, 'leeg' zijn, of hebben de ervaring dat ze zich na het braken ontspannen voelen. Meestal wordt het braken opgewekt, soms is voedselopname alleen, ook in niet overdreven hoeveelheden, voldoende om de reflex op gang te brengen. In de meeste gevallen is het weinig zinvol om inhoudelijk in te gaan op de redenen die de patiënten opgeven; het zijn vrijwel altijd cirkelredeneringen. Toch moet bijna altijd expliciet aandacht besteed worden aan het braken, vooral wanneer het de voornaamste oorzaak van, soms levensbedreigende, gewichtsvermindering is. In het navolgende wordt een methode besproken om, althans de gevolgen, van het braken enigermate onder controle te krijgen.

Gevalsbeschrijving

Joan is 27 jaar. Sinds 6 jaar vertoont ze vele kenmerken van anorexia nervosa. Ze is begonnen met afvallen tijdens een au-pair baan in Engeland, doch reeds vanaf de lagere school-leeftijd zijn er moeilijkheden met het gewicht. Dit is nooit een probleem geweest in het gezin omdat Joan zich van haar ouderlijk huis letterlijk niet één normale maaltijd herinnert. Zowel haar moeder als haar 4 zussen waren en zijn voortdurend op dieet: aan tafel eet iedereen z'n eigen potje, waarvan de hoeveelheid en samenstelling bepaald worden door de, dikwijls wisselende voornemens om aan te komen of af te vallen. Sommigen doen hun maaltijd met slagroom, anderen met wortelen. Als 'gezellige' zaterdagavonden herinnert Joan zich dat alle vrouwen zich zodanig volvreten met pinda's en borrelhapjes dat de broeken rokbanden losmoeten bij het gezamenlijk uitpuffen, terwijl vader en broer het slagveld verbijsterd overzien.

Joan heeft in dit boulimische gezin nog een extra handicap: toen ze drie jaar was is ze in een elektrisch kachelkje gevallen. Haar hele bovenlichaam is werkelijk ontzettend verlittekend; de borstontwikkeling is hierdoor niet op gang gekomen. Ze heeft links een redelijk gelukke prothese na uitvoerige plastische chirurgie, rechts is het resultaat afgrijselijk en bovendien zeer pijnlijk. Ze heeft zelf het idee dat ze vooral dit deel van haar lichaam niet accepteert, terwijl het bovendien door de spanning in het starre littekenweefsel extra pijnlijk wordt wanneer ze meer dan enkele kilo's aankomt,

Ook in haar relaties is Joan weinig gelukkig geweest. Ze heeft 7 jaar samengewoond met een jongen die haar goed begreep en met wie de relatie ook sexueel goed was; helaas liep zijn alcoholisme zo uit de hand dat er niet meer met hem te leven was. Daarna heeft ze nog een korte verhouding gehad met redder die haar verzekerde dat littekens hem niets deden, doch bij het eerste sexuele contact huilend ineenzeeg omdat hij 'dit echt niet aankon'.

3 a

De laatste 3 jaar is Joan 4x somatisch opgenomen omdat ze levensgevaarlijk vermagerde. Het lukt alleen met sondevoeding om haar in gewicht te laten toenemen.

Na een kort contact met een psychotherapeut wordt ze verwezen naar het dagcentrum.

Indruk

Joan is een zeer goed verzorgde, mooie vrouw. Ze heeft veel gevoel voor humor. Wat in gesprekken vooral erg opvalt is de onderkoelde manier waarop ze zeer reële narigheden vertelt, bv. het moeten troosten van een vriend die een hysterische huilbui krijgt wanneer hij haar voor het eerst naakt ziet. Ook bij minder dramatische zaken die haar zelf betreffen heeft ze de afstandelijkheid van een verveelde nieuwslezer.

In de groep valt op dat ze zeer scherp observeert en erg bezorgd is voor lotgenoten. Vooral tegen de meer manipulatieve cliënten heeft ze geen enkel verweer; ze is dan ook snel een zeer populair groepslid. Ze kan slecht tegen vriendelijkheid, ze interpreteert dat gauw als medelijden en kan dan zeer oesterachtig dichtklappen.

Ze schaamt zich voor haar anorexia, die ze beschouwt als een vervelend aanwensel. Ze heeft heimwee naar de tijd dat ze dikker was en begrijpt absoluut niet waarom ze iets wat ze zo graag wil zelf 'zo effectief saboteert'. Haar gewichtsafname komt uitsluitend tot stand door braken: wanneer ze zich goed voelt, wil ze zich 'normaal' gedragen en normaal eten; ze accepteert dan invitaties en eet meer dan ze aankan, onveranderlijk gevolgd door braken. Ze vecht eerst geruime tijd tegen de aanvechting, doch hoe langer ze er tegen vecht, hoe voller ze zich voelt. Na elke keer dat ze 'de fout is ingegaan', begint ze weer met frisse moed opnieuw aan de cyclus.

Eerste behandel pogingen

In het verhaal van Joan valt mij vooral de, overigens voor anorexia bijna pathognomonische, goede wil op: zoniet de beste, dan toch de liefste en de ijverigste van de klas. Over dat verschijnsel is veel meer te zeggen, maar het valt me vooral op door de relatie met het braken Joan lijkt het braken te zien als een onvermijdelijke zonde die gebiecht moet worden. De absolutie wordt verkregen omdat de zondaar dapper tegen de verleiding heeft gestreden en verder ook veel goede werken doet. Met de onveranderlijkheid van deze liturgie kan de therapeut moeilijk instemmen. Na het gebruikelijke monitoren en enige gesprekken om een prettige verstandhouding te bevorderen krijgt Joan de volgende opdracht:

1. Absoluut geen verzet meer tegen de neiging om te braken, Dit wordt gemotiveerd met de volgende overwegingen:
 - a. het heeft nog nooit geholpen;
 - b. verzet leidt tot grotere spanning en meer braken;
 - c. het verliezen van een gevecht is alleen prettig voor masochisten;
 - d. het judobeginsel: laat de tegenstander maar komen, onze triomf zal des te verpletterender zijn.
2. Na het braken een equivalente hoeveelheid voedsel (havermoutpap vindt ze lekker) ter vervanging opeten. Bij repetitief braken doorgaan met vervangen tot 'de reflex is uitgedoofd'.

Deze opdracht wordt als volgt gemotiveerd:

 - a. Je zit altijd goed (vgl. Kees Hoogduin met z'n kwaad met goed bestrijden bij dwang).

- 4 #
- b. Het verschalken van de vijand anorexia, weer het judobeginsel: dit is onze triomfantelijke overname van de worp.
 - c. Braken is een reflex en elke reflex kan uitdoven.

Zéér voorlopige resultaten

1. Joan meldt na 1 week dat ze een nog grotere hekel dan vroeger aan braken krijgt. Ze durft nu minder te vreten omdat ze meer walgt van braken. Van de weersomstuit houdt ze zich beter aan het samen afgesproken 6 maaltijden per dag plan. Ze vindt het verschikkelijk om te moeten braken (in het verlengde ligt de vraag: van wie?). Ze meldt verder dat ze wel in de war is geraakt. Ze kan niet meer automatisch braken ! 'Als ik het nu doe, doe ik het zelf, en ik wil helemaal niet braken'. Met andere woorden, het braken is willekeurig gemaakt.
2. Uit de monitoring opdrachten (dagboek, grafieken) blijkt dat Joan veel minder braakt. Tot dusver is ze, zonder verdere maatregelen 3,5 kg aangekomen, terwijl ze voor de opdracht weer van 45 kg (het hoogste gewicht met sondevoeding in een somatisch ziekenhuis bereikt) tot 38 kg was afgevallen.

Tot slot

Te prematuur voor een discussie.

Ik wil over deze therapie-ingang graag verder rapporteren in volgende afleveringen.

Het gebruikte trucje is een combinatie van symptoonvoorschrijving en de duivel met Beezlebub bestrijden. Joan is één van de weinige anorexia cliënten waarbij ik het idee -mogelijk ten onrechte- heb dat ik kan begrijpen hoe het allemaal zo gekomen is. De overdracht is tot op heden -dat kan veranderen- zeer positief. Haar terughoudendheid en afstandelijkheid t.a.v. haar eigen emoties zie ik voorlopig niet als manifestaties van belle indifférence, doch als begrijpelijke voorzichtigheid van iemand die zich niet erg heeft kunnen permitteren om gezellig haar zeer reële leed 'bespreekbaar' te maken; 't is in ieder geval een positief label, Het is hoopgevend dat Joan op de opdracht niet met een toename van zg. weerstand, doch met een waarneembare verandering in het symptoongedrag heeft gereageerd.

Helamaal tot slot: ik werd tot deze aanpak mede geïnspireerd door een herinnering uit mijn jeugd: moeilijk opvoedbaar nichtje werd in een streng internaat geplaatst; ze placht met braken te reageren als ze haar zin niet kreeg. Het internaat maakte hier snel korte metten mee: braken kon, doch het braaksel moest opgegeten worden. Joan heeft een 'gemodificeerde' opdracht gekregen. Ik hoop maar dat het met haar goed afloopt, mijn nicht is alcoholiste.

Dick N. Oudshoorn

1 Inleiding

Wanneer we ons voor dit artikel beperken tot oudere adolescenten, dus vanaf de leeftijd van zestien jaar, dan kunnen we de volgende typen psychosen tegenkomen:

- organische en symptomatische psychosen
- affectieve psychosen
- functionele psychosen.

De eerste categorie betreft psychotische toestandsbeelden bij epilepsie, andere hersenziektes, of bv intoxicatie zoals bij Hashish en LSD etc.

De tweede categorie omvat al dan niet recidiverende manische en/of psychotisch-depressieve syndromen.

De categorie van de functionele psychosen kan verder worden onderverdeeld:

- psychogene psychosen
- kortdurende psychotische reacties
- schizofrene psychosen
- paranoïede syndromen.

Deze indeling is niet meer dan een grove *classificatie*. Als *diagnose* is het onvoldoende:

- Geen bruikbare aanwijzingen voor de te kiezen behandelingsstrategie;
- Beschrijft alleen het incidentele gebeuren;
- Bevat geen ontwikkelingspsychiatrische gegevens;
- Bevat geen systeem- en communicatieve gegevens.

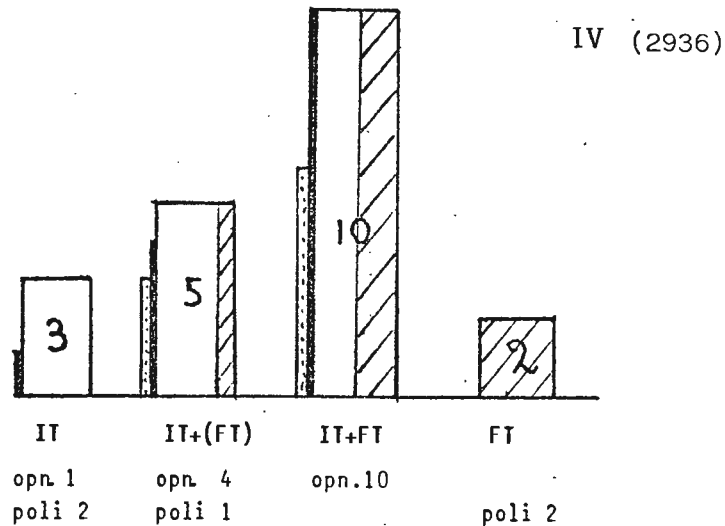
Bij een acute aanmelding heeft de hulpverlener andere zorgen:

- Ambulant of opname?
- Medicatie of niet - zo ja, welke?

Voor de hele behandelingsgang is een driedimensionale diagnose noodzakelijk:

- Ad hoc gegevens (toestandsbeeld, actuele probleem e.d.)
- de persoonlijke levensgeschiedenis (ontwikkeling);
- context gegevens - de levensloop van het gezin;
 - het hier en nu gebeuren in het gezin
 - gegevens over school, werk, vriendenkring etc.

Ter voorbereiding van dit artikel heb ik uit mijn archief de dossiers van twintig jongeren bestudeerd, die in de afgelopen drie jaar wegens psychotische verschijnselen door mij zijn behandeld; tien patiënten uit deze groep zijn overigens nog onder behandeling.



Overzicht van 20 recente behandelingen

IT = Individuele Therapie

FT = Gezinstherapie (gearceerd)

De zwarte lijn links betreft de patiënten die korter (enkele dagen) of langer (maximaal vier maanden) zijn opgenomen geweest; de stippellijn geeft van deze opgenomen patiënten aan wie er onder meer aan groeps-therapie hebben deelgenomen.

Drie jongeren hebben dus alleen individuele behandeling gehad.

Bij twee van de drie omdat het gezin niet kon of wilde komen, bij de derde omdat de therapeut dat overbodig vond.

Bij vijf patiënten was er wel contact met het gezin, meestal in de vorm van één of twee gezinsgesprekken, maar was méér niet haalbaar, respectievelijk in een geval naar het oordeel van de auteur niet nodig.

Bij tien jongeren is de gezinstherapie een belangrijk element van de behandeling geweest, en bij nog twee is er zelfs helemaal geen individueel contact geweest.

In 18 van de 20 gevallen vond de auteur gezinsbehandeling dus in principe aangewezen, als onderdeel van een meer omvattend behandelprogramma.

Zo'n programma bestrijkt drie niveaus:

- medicatie voor de biochemisch/neurofysiologische ontredde-ring;
- psychotherapie (en evt. groepstherapie) voor de psychische ontredde-ring & voor ontwikkelingsproblemen;
- gezinstherapie - om bekrachtigingspatronen te doorbreken;
 - de functie van de symptomen voor het gezinsevenwicht op te heffen;
 - gezinsproblemen aan te vatten.

Dit zijn niet zozeer drie verschillende dingen, als wel formuleringen vanuit drie referentiekaders: leertheorie, systeemtheorie & gezond verstand.

2 Casuïstiek

Het eerste voorbeeld betreft een jongeman, die 17 jaar oud is als hij acuut psychotisch wordt opgenomen.

Teus 17 jaar, is de oudste van tien kinderen. Vader is WAO-er, werkt op een sociale werkplaats en heeft een fors alcoholprobleem. Moeder maakt een gevoelsarme, chronisch gedeprimeerde indruk. Teus is leerling timmerman, waar hij veel plezier in heeft.

Moeder vertelt bij opname dat het drie dagen eerder is begonnen. Teus kwam thuis uit zijn werk, grimasseerde, was heel anders dan normaal, gauw aangebrand, heel anders dan gewoonlijk. Achteraf realiseert ze zich dat hij zich al langere tijd wat had teruggetrokken, bv als er bezoek kwam. Maar na die bewuste avond bleef hij op bed liggen, zei geen stom woord meer, totdat het voor het gezin onhoudbaar werd en de huisarts erbij werd gehaald. Deze vond onmiddellijke opname noodzakelijk.

Bij opname was Teus mutistisch en volledig passief, hij keek je wel aan. De volgende dag begon hij wel te praten; hij was erg incoherent, en persevereerde in woord en gebaar. Zijn houding was katatoon - hij maakte een verbijsterde indruk. Het bewustzijn was niet helemaal helder en hij was in alle opzichten gedesoriënteerd. Emoties waren niet te peilen; zijn hele gedrag was dat van een peutertje van hooguit 2 jaar oud.

De therapeut bezoekt hem dan elke dag herhaaldelijk en babbelt aanvankelijk alleen maar wat, geruststellende dingen; Teus lijkt alleen op de toon te reageren. Na twee dagen komt hij uit zijn verbijstering en wordt dan angstiger, begint op deuren en ramen te bonken en kan dan niet meer gewoon op zijn kamer blijven. Ondanks medicatie die wordt ingesteld (lage doseringen Haldol) moet hij gesepareerd worden.

De therapeut zoekt hem weer op. Teus is in tranen: 'Hier kom ik nooit meer uit'. Hij bedoelt het ongetwijfeld letterlijk en overdrachtelijk. De therapeut zet hem op schoot, troost hem, legt uit dat hij Teus zal helpen er weer uit te komen, weer groot te zijn. 'Maar nu voel je je klein, en daarom ben je hier veilig'. Op zo'n manier wordt er een therapeutische relatie gelegd. Daarop kan dan elke dag worden voortgegaan, waarbij Teus beetje bij beetje begint te vertellen wat er in hem omgaat. Hij mist vooral zijn vader; over moeder is hij rancuneus. Na een kort gesprekje geraakt hij vaak weer helemaal verward en sprakeloos; dan krijgt hij maar weer een aai over zijn bol. Behalve de bezoeken van zijn therapeut heeft hij zeer frequent contact met een verpleegkundige, die hem ook zo veel mogelijk meeneemt, naar de huiskamer van de afdeling, en naar buiten.

Na acht dagen zijn de psychotische verschijnselen over - Teus is dan redelijk constant, en hij houdt zich aan afspraken. De medicatie wordt dan gestaakt.

Inmiddels is er al een eerste gesprek met de ouders geweest. Vader is hevig geschrokken en drinkt plotseling geen druppel alcohol meer. Hij zit vol zelfverwijt, want het blijkt dat hij Teus al heel lang belast had met al zijn zorgen en moeilijkheden en met het slechte huwelijk. Teus had altijd zo vriendelijk en geduldig geluisterd.... Ongeveer een week na de dag van opname volgt het eerste gezinsgesprek, met Teus erbij, alsmede de meeste kinderen. Er komen veel emoties los en vader belooft nog eens plechtig nooit meer een druppel te drinken, en Teus niet meer met zijn zorgen te belasten; hij wil dat verder met zijn vrouw proberen uit te zoeken.

Korte tijd later kan Teus worden ontslagen en wordt de behandeling ambulant voortgezet. Eerst met een aantal gesprekken met ouders + Teus, waarin verder wordt gewerkt aan herstructurering, zodat Teus niet wederom in de oude rol wordt geplaatst. Dan volgen er enkele echtpaargesprekken. Er is veel oud zeer, zelfs oude vetes tussen de wederzijdse families, zoals die in een streekroman voorkomen, die een zware hypotheek op dit huwelijk hebben gelegd. De gevoelsgeremdheid en doffe berusting van moeder maakten dat vader, die zelf nogal instabiel is, geen steun bij haar vond. Hij zocht zijn heil in de drank en zocht steun bij zijn oudste zoon. Ze begrijpen nu dat ze daar geen goed aan hebben gedaan. De huwelijksrelatie verbetert er wat door, maar de basis blijft tamelijk smal.

In de afzonderlijke gesprekken met Teus wordt allereerst aandacht besteed aan het verwerken van zijn psychose, om tot stabielere integratie te komen en tot een gezond zelfbeeld, en wordt verder ingegaan op zijn toekomstperspectief. Het gezin laat hem nu zijn gang gaan, hij moet wennen aan het idee van het ouderlijk huis los te komen, al hoeft dat nog niet meteen helemaal. Ook aan verkering is hij voorlopig nog niet toe. Hij koopt een piano en neemt lessen. Pas anderhalf jaar later begint het ouderlijke huis hem te benauwd te worden en gaat hij op zoek naar andere huisvesting. Hij komt dan nog af en toe bij de therapeut langs.

Vader is nog eenmaal korte tijd op de drank teruggevallen, na -inderdaad ernstige- frustraties bij het zoeken naar een wat ruimere behuizing voor dit grote gezin. Toch redt hij het daarna weer, trouwens het hele gezin ook.

Resumerend zien we hoe er chronische huwelijksproblemen waren, en hoe Teus door vader was geparentificeerd. Zijn eigen ontwikkeling kwam hierdoor in het gedrang, te meer omdat hij zich er op geen enkele wijze tegen verzette, doch geduldig zijn vader had proberen te helpen. Op een bepaald moment is de maat kennelijk vol; hij kan dan alleen met een heel sterk -en primitief- signaal aangeven dat er hulp nodig is.

Dan is er echter een proces van regressie op gang gekomen, bijna tot het zuigelingenstadium, in ieder geval tot het preverbale stadium. De psychotherapie moet daarop dan in eerste instantie

aansluiten. Beginnend als een koesterende moederfiguur, streeft de therapeut ernaar een betrouwbare bondgenoot voor Teus te worden, waarbij geleidelijk de taal weer zijn rol gaat spelen. Eerst om Teus te helpen zijn eigen situatie te bevatten, dus op dat moment de afdeling, de plattegrond, mijn functie, de functie van de anderen etc. Vervolgens komen zijn problemen langzamerhand aan het licht en kunnen ze worden aangepakt.

Wat het gezin betreft wordt er direct een eerste relatie gelegd, waarin vooral informatie over onze werkwijze, alsmede eerste begeleiding en opvang wordt geboden. De problemen worden in gezinstermen op een rijtje gezet en er wordt een plan met hun opgesteld. Doel ervan is onder meer de oorspronkelijke functie van hun zoon voor het huwelijks- en gezinsevenwicht overbodig te maken, en de ouders er samen aan te zetten de problemen aan te pakken. Dit bij elkaar kan met het woord gezinsherstructurering worden beschreven. De rol van de therapeut voor dit gezin is alles bijeen te omschrijven als een grootvaderrol: begrip, geduld, gezondverstand adviezen; hij komt met een congruente aanpak uit. Dit type behandeling is allerminst zeldzaam.

Het tweede voorbeeld betreft een achttienjarige jongeman, die acuut moet worden opgenomen.

Daan wordt psychotisch op zijn eerste zeereis als matroos en wordt per vliegtuig ijlings teruggetransporteerd uit Zuid Amerika. Hij wordt direct opgenomen. Hij vertoont bij binnenkomst extreme angst: hij voelt zich sterk bedreigd. Hij heeft visuele illusies en hallucinaties (ziet met name slangen), is zéér achterdochtig en waanachtig, en het 'primaire proces denken' overheerst: hij denkt magisch, concreet-primitief. Hij vraagt om een spuitje: als hij dood gaat kan de rest van de wereld blijven leven; als hij moet blijven leven zal de wereld eraan gaan.

Wat direct opvalt is dat Daan in elkaar krimpt als de therapeut hem een hand wil geven. Deze angstige en achterdochtige houding zal nog lange tijd een beletsel vormen om een bruibare therapeutische relatie te leggen. De verklaring komt pas na meer dan een maand: hij vertelt dan voor het eerst in zijn leven, dat hij als lagere schooljongen jarenlang een pedofiele relatie heeft gehad, met een man, voor wie hij erg bang was, zodat hij het nooit heeft durven vertellen, ook thuis niet. Naderhand heeft Daan er uit schaamte altijd over gezwegen, maar nou kan hij niet meer.

Hij is de vierde van negen kinderen. Vader is vrachtwagenchauffeur geweest. Toen de negende was geboren, vond hij het gezin toch te druk en vertrok hij voor altijd. Hij is inmiddels overleden. Moeder stond er toen plotseling alleen voor; ze zwoer dat ze het voortaan allemaal helemaal zelf zou doen. Ze heeft inderdaad nooit hulp willen inroepen. Ze zocht haar troost nogal eens bij de buurman. Het gezin was rommelig en naar Daan werd nauwelijks omgekeken.

Tot de kleuterschool toont zijn anamnese geen bijzonderheden. Dan krijgt hij een ernstig schedelletsel met dagenlange bewusteloosheid, volgens moeder. Nadien zou hij altijd obstinaat zijn gebleven.

Op de lagere school leerde hij slecht en gedroeg hij zich erg moeilijk. Daarna ging het op de LTS wel iets beter. Toen hij persé wilde gaan varen, was zijn moeder allang blij - maar de eerste reis de beste kwam deze instorting.

De psychose van Daan, en zijn opname leiden tot verdere ontredde- ring van het gezin; dit manifesteert zich op verschillende niveaus. De lezer zal kunnen vaststellen, dat de therapeut de gebeurtenissen helemaal niet onder controle krijgt, met tragisch gevolg.

Allereerst breekt moeder haar been in de gang van onze afdeling. Ze is zo paniekerig dat ze uitglijdt - ze loopt daarna zes weken moeizaam in het gips.

Ze komt herhaaldelijk bij de therapeut en brengt hem ook haar bezorgdheid over voor een oudere zoon, die volgens haar erg in de put zit. Ze wil hem graag ook eens meenemen, waarmee de therapeut vanzelfsprekend accoord gaat. Het komt daar echter niet direct van, en de therapeut verzuimt na te vragen. Dan komt die zoon onverwacht - op een vreemd tijdstip - op de afdeling, als de therapeut van Daan afwezig is. Er volgt telefonisch overleg, met name over de vraag of opname aangewezen is. Daarover zijn er wat twijfels, maar ook is de overweging dat opname op dezelfde afdeling waar zijn broer Daan verblijft (en met hem zijn er nog talrijke problemen!) een belemmering om tot een snelle beslissing te komen. Er wordt nog overwogen naar een ander ziekenhuis te gaan. Tenslotte wordt besloten dat hij weer naar huis gaat; er wordt een nieuwe afspraak gemaakt. Helaas. Eenmaal thuis lijkt het allemaal wel weer te gaan. Enkele dagen later vindt men dat zijn stemming weer wat opknapt. Hij gaat 'even een boodschap doen' en onttrekt zich dan het leven.

Dit is een verpletterende schok voor iedereen. Ook voor Daan, die net wat tot zichzelf begon te komen, maar die nu weer onmiddellijk ernstig suïcidaal wordt, maar ook psychotisch, en zijn moeder dood waant. Er volgen op korte termijn diverse gezinsgesprekken, waar iedereen, ook Daan, aan deelneemt. De gesprekken helpen om de eerste schok te verwerken, en om een betere werkrelatie met het gezin te verkrijgen, ten einde een basis te kunnen leggen voor een betere gezinsstructuur. Het gelukt voorlopig om moeder in een wat adequatere moederrol te krijgen, waarbij de kinderen allen hun aandeel leveren, en om de onderlinge betrokkenheid in goede banen te sturen. (De sleutelfiguren in het gezin kunnen met evenveel verve iets opbouwen als afbreken...) Daarmee loopt de behandeling nog bepaald niet van een leien dakje.

Daan's psychose gaat op en neer; bij tijd en wijle is hij nog paranoïed, en onder emotionele druk hallucineert hij bij wat verlaagd bewustzijn angstige dingen. Hij krijgt betrekkelijk lage doseringen Haldol en later Impromen. Omstreeks de achtste week na opname zijn de psychotische verschijnselen tenslotte verdwenen.

Naarmate Daan minder psychotisch wordt nemen de gezinsspanningen echter weer toe. Nu is het vooral moeder die op het randje van een volledige instorting balanceert. Ze is constant in paniek en reageert extreem op -relatief kleine- onderlinge spanningen en wrijvingen in het gezin. Een jongere zuster van moeder blijkt grote invloed op haar uit te oefenen: die vrouw is erg negatief ingesteld, met een opvallende wrok tegen onder meer Daan, van wie 'nooit iets gedeugd heeft'. Zo gaat er van moeder van de weeromstuit een duidelijk waarneembare negatieve invloed

op Daan uit, waarvan het gevolg zich laat raden. De interacties worden steeds psychopatischer. Iedereen ondermijnt de ander en raakt toenemend moedeloos. Er beginnen zich twee kampen af te splitsen: aan de ene kant een oudere zoon en een gehuwde dochter, die zich over Daan willen ontfemen; aan de andere kant moeder en de andere kinderen. Een en ander escaleert snel tot een hernieuwde crisis, omdat allerlei tegenkoppelingsmechanismen buiten gebruik zijn. Typerend is dat dit hele proces zich achter de schermen heeft afgespeeld; pas op het hoogtepunt van de crisis wendt men zich weer tot de therapeut. Met enige moeite weet hij alle gezinsleden + tante bij zich in de spreekkamer te verzamelen. Daan blijkt al zo onder druk te hebben gestaan dat hij emotioneel aankondigt voor zijn moeder te kiezen. In dit gesprek staan dan ook Daan en zijn moeder tegenover de rest van de wereld, lijkt het.

De therapeut stelt zich neutraal en 'bovenpartijdig' op en zegt dat hij er voor iedereen is. Hij herformuleert het hele proces in voor iedereen positieve termen, waarmee gezichtsverlies kan worden vermeden. Hij zegt ook uitdrukkelijk alle vertrouwen in moeders capaciteiten te hebben, die hij een sterke vrouw noemt, die altijd alle verantwoordelijkheid zelf heeft willen dragen. Ook zegt hij de beslissing van Daan te respecteren, om pal voor zijn moeder op te komen.

Zodoende slaagt de therapeut erin de gezinsleden weer op een lijn te krijgen en tante naar de zijlijn te manoevreren. Er breekt een goede tijd aan voor het gezin: moeders positie is hersteld en verbeterd, ieder kind neemt een taak op zich, zoals in een normaal gezin gebruikelijk is, en komt voor het eerst iets van rust en regelmaat en een goede sfeer. In dat klimaat kan Daan ontslagen worden - nadat hij er geleidelijk aan al weer thuis ingegroeid is. Hij is dan een andere jongen geworden: aardig en een beetje verlegen. Hij zegt zelf dat hij jarenlang niemand meer had vertrouwd, na die pedofiele ervaringen.

De behandeling loopt poliklinisch verder. Er is nog steeds een aanzienlijk risico van terugval op de oude patronen in het gezin.

Resumerend zien we een onvolledig gezin dat als een kluwen gestructureerd is, waarbinnen men levendig op elkaar pleegt te reageren. De situatie is ook chaotisch en verwaarlozend, zeker wat Daan betreft. Zowel in affectief als in pedagogisch opzicht komt hij veel te kort. Zoals gebruikelijk ontwikkelt zich zodoende een sterke en ambivalente band tussen moeder en Daan, met symbiotische kenmerken. Hij wil zich hiervan abrupt losmaken, door het zeegat uit te gaan. De plotselinge separatie is te veel: hij stort in, waarbij typerend is dat hij op het schip zijn moeder hallucineert.

- Een andere factor is dat hij zich door zijn vader erg in de steek gelaten heeft gevoeld, waarover hij nooit iets heeft mogen zeggen. De pedofiele relatie zal mogelijk ook een substitutie zijn geweest. Hoe het ook zij, hij ontwikkelt tegenover volwassen mannen ambivalente -op het eerste gezicht paranoïed-afwerende- reacties. De omstandigheid dat hij op het schip in een volstreekte mannengemeenschap zat, waaraan geen ontkomen mogelijk was, heeft ook meege-speeld bij de psychotische desintegratie. Hij voelde zich

ook seksueel door hun bedreigd. [In hoeverre er ook iets concreet in die richting is gebeurd blijft onduidelijk; maar het is aan boord zeker mogelijk].

- Wat tenslotte duidelijk is, is dat het hele gezin ontredderd geraakt, omdat het -met recht- aanvoelt dat dit wat met Daan geschiedt, niet iets is wat buiten hun om gaat; dit soort banden kun je niet slaken door op reis of uit huis te gaan.

De dochter die Daan in huis wilde nemen had in zekere zin gelijk, dat Daan door moeder niet goed kon worden opgevangen. Maar wat duidelijk blijkt is dat een dergelijk systeem op zo'n ogenschijnlijk verstandige en opbouwende poging tot verandering paradoxaal reageert, waardoor het tegenovergestelde dreigt te gebeuren: Daan en moeder omklemmen elkaar, met voorspelbaar negatief gevolg. Gelukkig heeft de therapeut deze valkuil weten te ontlopen. Een goed separatieproces zal nog jaren vergen.

- Wat ook duidelijk uit deze beschrijving moge blijken is de noodzaak om op meer niveaus te werken, in concreto om naast de individuele opvang en behandeling ook het gezin hulp te verlenen. Deze noodzaak komt niet alleen voort uit de nood waarin de anderen blijken te verkeren, maar stoelt evenzeer op de waarneembare wisselwerking tussen intrapsychische -psychotische- gebeurtenissen en gezinsprocessen. [Als kleine illustratie: in de fase waarin tante moeder sterk negatief beïnvloedt, maar moeder dat nog niet tegen Daan wil laten blijken, ziet Daan gevaarlijke slangen op haar borst kruipen!]

Het derde voorbeeld betreft een achttien jarig meisje, dat op verzoek van de instelling waar ambulante behandeling plaats vond, werd opgenomen vanwege een recidiverende psychosé.

Marieke is de oudste van vier kinderen uit een agrarisch gezin, dat wordt omschreven als sociaal geïsoleerd, overbeschermend en rigide. Er zijn stelselmatige conflicten tussen de ouders, met name rondom Marieke. Er is een hechte symbiotische band tussen moeder en dochter, die vader onderkent, maar waarop hij geen invloed heeft. Marieke was op de lagere school een nogal teruggetrokken meisje, dat veel hulp nodig had. In haar puberteit vindt ze geen aansluiting bij 'die rokende en flirtende grieten' op het lagere beroepsonderwijs. Op zestienjarige leeftijd neemt ze een vakantiebaantje in de verzorgende sector, en voelt ze zich ondergewaardeerd. Ze gaat daarna op een zomerkamp, wat de eerste maal is dat ze van huis gaat, en moet dan na een paar dagen door de ouders worden teruggehaald. Ze is dan welkom overstuurd, met huil- en driftbuien en gedraagt zich zodanig dat ze dag en nacht moet worden bewaakt. Ze geraakt toenemend psychotisch en is soms gevaarlijk suïcidaal. Haar allesoverheersende angst is dat de ouders haar zullen verstoten. Ze functioneert op het niveau van het begin van de lagere school, blijktens het psychologisch onderzoek.

Aan haar psychotisch gedrag zitten duidelijke agerende aspecten tegenover het gezin, dat daar erg bekrachtigend op in gaat.

Er wordt psychiatrische behandeling overwogen, maar dit wijzen de ouders -met name dan moeder- categorisch af. Dan wordt als tweede keus een 'sterk structurende gezinstherapie' gestart. Als resultaat daarvan is het psychotische gedrag na een half jaar verdwenen. Marieke wil de behandeling dan afsluiten. Naar aanleiding van een beroepskeuzetest blijkt dat er nog grote moeilijkheden zijn. Mede door een aantal gebeurtenissen in de nauwe omgeving, dreigt ze weer te decompenseren. Er volgt een tweede ronde van gezinsgesprekken, maar desondanks komt het tot een volgende crisis. Opname wordt wederom ter sprake gebracht, en opnieuw stuit dit op fel verzet. Het behandlingscontact gaat derhalve op de zelfde voet door, waarbij het gedrag van Marieke in het volgende halve jaar zienderogen verslechtert. Tenslotte is ze opnieuw psychotisch, maar nu in ernstiger graad dan een jaar eerder. Dan kan niemand langer om de noodzaak van opname heen.

Ze krijgt inmiddels van de huisarts antipsychotische medicatie, die de symptomen effectief onder controle brengt. Als Marieke de pillen dan vervolgens gaat weigeren, prest ze zodoende haar ouders impliciet om hun verzet tegen effectievere behandeling op te geven. Tegelijkertijd ziet ze desondanks erg tegen opname = scheiding op.

Ze wordt tenslotte bij de auteur opgenomen, voor wie dit derhalve het eerste contact met Marieke en haar gezin is. Na een vrij rustige dag -als de stilte voor de storm- wordt ze vervolgens extreem psychotisch, met massieve wanen en hallucinaties, sterke regressie, opsplitsing van zichzelf in een deugdelijke rechterzijde en een ondeugdelijke linkerzijde. Ze doet dan ook alleen de rechter kous en schoen aan en staat consequent op haar rechter been. Ze hult zich in een laken om de boze buitenwereld niet te hoeven zien. Ze jammert om haar zusje. Gezinstherapie stuit op tegenwerking; de ouders wijzen er triomfantelijk op dat het met Marieke alleen maar slechter gaat. Ze eisen dat we ervoor zorgen dat hun dochter snel weer opknapt, zodat ze weer naar huis kan. Anders wil moeder thuis een kamer als separeer (sic) inrichten! De gezinsgesprekken nadien hebben een interessante dynamiek, maar treurig genoeg voor Marieke, die steun zoekt bij vader, maar die is te machteloos. Moeder vecht als een leeuw om de macht over haar dochter te behouden en de therapeuten kunnen het proces slechts wat rekken door het meningsverschil tussen de ouders te exploiteren - een zwakgebod ongetwijfeld!

Ze blijven hameren op de noodzaak van verdere behandeling van Marieke, maar op een manier dat het contact met moeder niet afbreekt. Zo wordt er gepraat over een jeugdpsychiatrische kliniek. Moeder wil het eerst thuis nog eens aanzien. Vader zegt toe dat hij ervoor zal zorgen dat de ouders in ieder geval eens gaan kijken. Dan volgt ontslag, zodra Marieke enigszins hersteld is.

Na ontslag wordt het advies weer in de wind geslagen. Af en toe komt het gezin nog wel voor een gesprek. Marieke functioneert nog steeds op het niveau van een -depressieve- kleuter. Ze is gewillig, passief, initiatiefloos. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor vader. Zeer langzaam groeit bij moeder dan toch het besef, dat Marieke verdere behandeling nodig heeft; nu wordt dagbehandeling als mogelijkheid geopperd door hun. Ook dan weer worden er in eerste instantie geen stappen ondernomen. Tot moeder door een crisis heen is, met vele

slapeloze nachten, en -voor de zoveelste keer- haar medewerking toezegt. Gezien het voorafgaande moeten we hier voorlopig sceptisch over zijn.

Resumerend is dit een gezin met een pathologische morfostase, waarin er met name geen verandering toelaatbaar is in de relatie tussen moeder en oudste dochter. Vader is onmachtig zijn functie terzake te vervullen: zijn dochter tegen de overprotectie door moeder te beschermen. De ontwikkeling van Marieke staat bijgevolg stil.

- Twee verschillende instanties hebben gepoogd veranderingen in deze gezinsstructuur te bereiken; beiden vergeefs. Het is ondenkbaar dat Marieke alsnog een groot deel van haar emotionele en sociale ontwikkeling kan inhalen, zonder de daadwerkelijke medewerking van haar ouders. Het is echter duidelijk dat een derde poging niet op 'meer van hetzelfde' moet neerkomen.

Een laatste voorbeeld betreft een chronische psychotische jongeman van nu 22 jaar.

John is de middelste van drie ; vader is leraar aan een MEAO. John heeft na het behalen van zijn Atheneumdiploma twee overgangen tegelijk moeten meemaken: ten eerste verhuist het gezin omdat vader een andere baan krijgt, en ten tweede gaat John studeren. Zijn aanpassing faalt dan totaal, en hij wordt acuut psychotisch door een zenuwarts opgenomen en met hoge doseringen neuroleptica behandeld. Verder gebeurt er niets, tot de auteur de behandeling overneemt, maar dan zijn er inmiddels al bijna vier jaar verstreken, waarin John thuis zit. Hij gedraagt zich erg bizar en stereotyp. De ouders zijn evenzeer aan een pathologische stilstand aangepast; vader is chronisch depressief, maar blijft volhouden dat er heel geleidelijke verbeteringen gaande zijn met zijn zoon; moeder speelt een ondergeschikte rol.

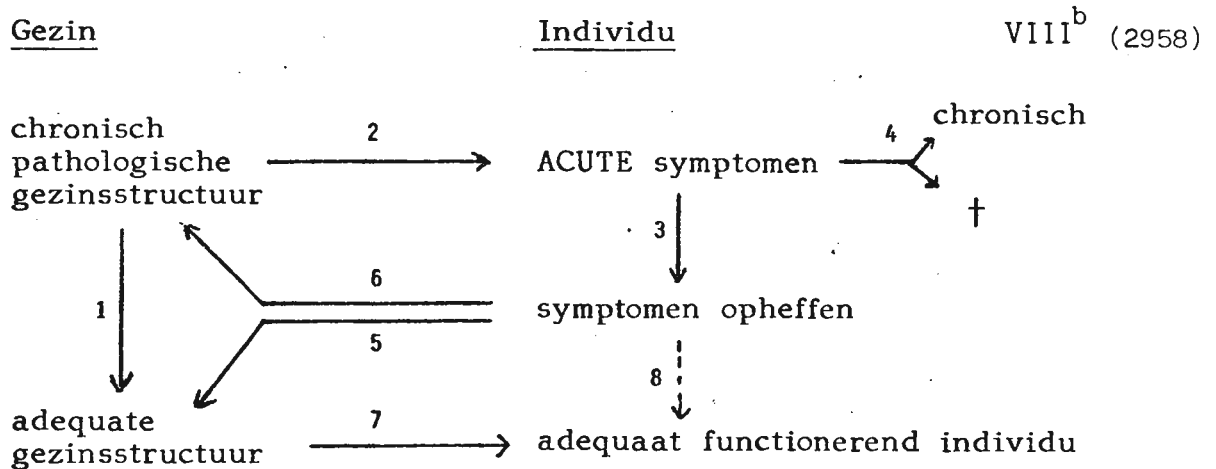
Korte, op snelle veranderingen gerichte gezintherapie blijkt niet aan te slaan, waarop de auteur alsnog aan een -ongetwijfeld langdurige- lange termijn behandeling van het gezin begint. Hij bouwt geduldig aan een goede werkrelatie met iedereen, niet in de laatste plaats met John. In dialogjes met hem, waar de ouders bij aanwezig zijn, wordt de 'autistische' en volledig irreële belangstelling van John geleidelijk omgebogen naar de externe werkelijkheid, alsmede meer op handelen gericht. Vermoedelijk zal er naast de gezintherapie in de nabije toekomst nog een stuk dagbehandeling voor John bij komen.

Resumerend een chronisch psychotische zaak, zonder actuele acute problemen; een totale ontwikkelingsstilstand van drie mensen, beide ouders en John. De twee andere kinderen hebben wèl kans gezien zich los te maken en verder te ontwikkelen. Het lijkt erop dat het gunstige moment voor op veranderinge gerichte behandeling is gepasseerd. Het enige wat er dan nog op zit is een geduldige lange termijn behandeling.

3 Behandelingsstrategie

Stelling: Gezinstherapie is in beginsel noodzakelijk naast individuele behandeling om de kans op blijvende positieve resultaten bij psychotische jongeren optimaal te doen zijn.

Dit kan met behulp van de volgende afbeelding worden toegelicht:



Behandelingsstrategie [©]

Stel er is een chronisch pathologische gezinsstructuur, dan is het moeilijk voor een opgroeiend gezinslid om adequaat te leren functioneren buiten het gezin. Zolang het gezin hem of haar redelijke veiligheid of compensatie kan bieden, hoeft er voor de buitenwereld niet veel aan de hand te zijn. De kans dat een dergelijk gezin in zo'n stabiele of onopvallende fase bij een gezinstherapeut belandt is buitengewoon klein. Zou dat zich om de een of andere reden voordoen, dan zou deze door middel van gezinstherapie tot herstructurering trachten te komen, zodat het resultaat een adequaat gezin is, dat kan bevorderen dat ieder gezinslid, maar met name de opgroeiende gezinsleden, in de maatschappij buiten het gezin ook goed kan meedoen zonder aanpassingsstoornissen. Deze mogelijkheid is in

het schema aangegeven met het cijfer 1. Ik vermoed dat deze mogelijkheid nogal zeldzaam is.

Meestal moeten er eerst acute symptomen bij één(of meer) gezinslid (leden) optreden, wil de pathologie van het gezin aan het licht treden. Die symptomen kunnen van allerlei aard zijn, zoals diverse stresssymptomen, lichamelijke symptomen en ziektes, psychische verschijnselen zoals depressieve klachten, angst en psychotische symptomen. Deze stelling is niet zonder meer omkeerbaar; men mag uit die genoemde verschijnselen niet klakkeloos de slotsom trekken dat er een pathologische gezinsstructuur moet zijn - men dient echter die mogelijkheid te *onderzoeken*.

Gezien mijn ervaringen in alle afgelopen jaren ben ik bij het optreden van psychosen geneigd het als hoogstwaarschijnlijk aan te nemen, dat er gezinspathologie bestaat. Het is dan bepaald geen kunstfout om de symptomatologie (bv met medicatie, of met bepaalde adviezen of maatregelen) *op te heffen*, gezien de reële risico's bij nalaten van symptomatische behandeling. Die risico's zijn met het cijfer 4 aangegeven: als het symptomatisch gedrag een geslaagde aanpassing vormt aan het pathologische gezin, dan is de kans op chroniciteit groot (verg. bv het voorbeeld van John). Zo niet -maar ook als de lijdensdruk van de symptomen te groot is - dan is er een reëel suicidegevaar.

Als men echter meent met symptomatische behandeling te kunnen volstaan, dan dreigt het risico dat met het cijfer 6 is aangegeven: de problemen worden voor kortere of langere tijd weer toegedekt, maar de pathologische gezinsstructuur blijft bestaan; de neiging tot *recidief* is groot (verg. het voorbeeld van Marieke, hoewel er veel betere voorbeelden te geven zouden zijn; in het geval van Marieke is het gezinsprobleem wel onderkend, maar kon het niet effectief worden aangepakt).

Naast, of ná symptomatische behandeling dient er derhalve meer te worden gedaan. Diegenen die vooral gericht zijn op het intrapsychische hebben dan een voorkeur voor individuele psychotherapie. Dat is met het cijfer 8 aangeduid. Dit is eventueel mogelijk,

vooropgesteld dat het gezin bepaalde veranderingen niet kan of wil tegenhouden. Men moet hier niet te gemakkelijk vanuit gaan. Het gezin heeft er wel 100 mogelijkheden voor, waarvan er 50 niet eens bewust en opzettelijk zijn. Anderzijds moet men de moeilijkheden voor de betrokkene als individu niet onderschatten. Niet alleen zal hij tegen velerlei gezinsinvloeden dienen te worden 'geïmmuniseerd', maar ook wordt er impliciet of -nog naïefer!- expliciet vanuit gegaan, dat deze het zomaar ineens zonder zijn gezin kan stellen!

Daarom is principieel de mogelijkheid die met het cijfer 5 is aangegeven te verkiezen: een serieuze poging het gezin tot herstructurering te bewegen, waarmee ieders gezondheid en belang idealiter gediend is. Vaak zal daarnaast ook enige individuele psychotherapie nog nodig zijn, maar dan is duidelijk dat die twee processen parallel lopen, en elkaar niet tegenwerken.

Men zou zich kunnen afvragen of pijl 7 ook in omgekeerde richting kan wijzen, met andere woorden of een succesvol behandeld gezinslid zijn eigen gezin kan veranderen. Dit is een mogelijkheid die nu juist wèl bij adequate gezinnen en niet bij pathologische gezinnen vast te stellen is. In een normaal draaiend gezin, plegen de ouders zich bv (in het ene geval wat soepeler, dan in het andere geval) redelijk wat te laten aanleunen door hun adolescente kinderen. Als kreet: 'de oudere kinderen voeden hun ouders op'. Dit geldt ook nog wel binnen het bereik van de meeste zg faseproblemen, en bij een deel van de zg neurotische problemen. Maar het valt sterk te betwijfelen of dit bij de ernstiger ontwikkelingsproblematiek nog op gaat.

Het schema is slechts bedoeld om aan te geven wat *optimaal* is; in de praktijk dient men ook pragmatisch te werk te gaan. Men moet zich dan wel realiseren dat er -met name bij de route via 3 en 8- veel grotere risico's van complicatiës moeten worden ingecalculeerd. Als die strategie mislukt -en helaas blijkt dat vaak pas na jaren!- dan is er een *chronische* toestand ontstaan, die bij zorgvuldiger taxatie van de gezinspathologie in een vroeg stadium, gevolgd door ter zake kundige behandeling, misschien was voorkomen.

Bovengenoemde overwegingen betreffen voornamelijk de *gezins-gerichte* behandeling. Ik meen daarvoor de nodige argumenten te hebben aangevoerd. Tenslotte wil ik echter nog graag enkele opmerkingen maken over de *individuele* behandeling, die dus vaak *naast* de gezinstherapie voortgang vindt, beide als onderdeel van een gecombineerde -zo u wilt *eclectische*- psychotherapie.

De individuele behandeling van een psychotische adolescent verloopt in meer (twee à drie) fasen:

a) in de acute fase is de jongere vaak *angstig*. Angst vraagt om een betrouwbare *bondgenoot*, die veiligheid en hoop kan bieden. Tegelijk wordt de basis gelegd voor een noodzakelijke therapeutische relatie.

- De jongere kampt ook met *agressieve* impulsen. Die vragen niet om *tégenagressie*, maar om beveiliging en vertrouwenwekkende maatregelen. Angst en agressie kunnen zo nodig met *bescheiden* hoeveelheden medicatie hanteerbaar worden gemaakt (het zg *titreren* van symptomen, wat iets anders is dan deze compleet elimineren).

- De psychotische adolescent valt in zijn nood terug op oude gedragspatronen, met andere woorden: hij/zij *regredieert*. Het is het beste hierin soepel mee te gaan, door de betrokkene te bejegenen op het niveau waarop deze op dat moment functioneert. Maar zelden is het besef van het abnormale geheel afwezig; ook een psychotische persoon realiseert zich dat hij zich anders -en bv kinderlijker- gedraagt dan voordien. Dit leidt als het niet wordt uitgelegd tot nodeloze angst en schaamtegevoel. Daarom is het goed om het incidentele ervan te beklemtonen. Eigenlijk functioneert de psychotische jongere op verschillende niveaus tegelijk. Het is goed mogelijk dat de therapeut dienovereenkomstig op verschillende niveaus met de patiënt omgaat.

b) in de tweede fase zijn angst, agressie en regressie goeddeels onder controle gekomen, of verdwenen. Ook andere psychotische symptomen verdwijnen naar de achtergrond. In deze fase is het belangrijk de problemen die er zijn bespreekbaar te maken, op een rijtje te zetten. Ze behoeven niet meteen te worden aangepakt.

Alles wat⁴ structurerend werkt is in dit stadium therapeutisch. Het belangrijkste is, dat de jongere zijn gevoel van macht en eigenwaarde herstelt.

c) In de derde fase kan men de gebruikelijke psychotherapie toepassen. Deze kan in diverse vormen worden gegoten, maar dient er in ieder geval toe dat het gebeurde op de een of andere manier zin krijgt, en verder dat bepaalde persoonlijke problemen van de ontwikkeling en aanpassing worden aangepakt. Ook het toekomstperspectief is van belang.

Wat ik tot dusverre heb nagelaten is de *afnavelingsproblemen* (zo u wilt separatiemoeilijkheden) als zodanig te bespreken. Toch zou men bijna elke psychotische jongere (bijna altijd tussen 17 en 22 jaar) kunnen beschouwen als iemand die er niet in slaagt de banden met zijn gezin = zijn verleden lossen te maken, en de drempel naar de volwassenheid te nemen. Dit is namelijk een thema dat allereerst in de *gezinscontext* dient te worden besproken. Verder dient men zich als therapeut goed te realiseren, dat dit problematiek is die geruime tijd vergt, zelfs bij een 'gezonde' jongere, laat staan bij een adolescent die zo ernstig in de moeilijkheden is geraakt.

Kees Hoogduin.

1. Het echtpaar vertelt problemen te hebben met de opvoeding van de kinderen wanneer deze hun zin niet krijgen. Niet alleen reageert het kind dan kwaad, maar het slot van het verhaal is vaak dat de ouders ruzie krijgen.

De therapeut doet er wijs aan te vragen waar de laatste verschillen van mening over waren. In het hier beschreven voorbeeld was een 14-jarige dochter woedend over het feit dat haar oudere broer een doos kleurpotloden kreeg en zij niet. Moeder dacht het probleem op te lossen door een inspectie van de toestand van de kleurpotloden die ze reeds bezat, waarna ze concludeerde dat die nog goed genoeg waren en een doos nieuw potloden dus niet geïndiceerd was. De dochter vertrok na deze conclusie naar haar vader en stelde hem de vraag wat hij vond van deze stompjes kleurpotlood. Waarop deze zei: "Nou, dat zijn toch wel stompjes; ze zijn eigenlijk te klein en niet goed genoeg meer om dat nieuwe werkstuk mee te maken".

Marcel van Dam gebruikte in zijn met de Nipkov-schijf bekroonde t.v.-programma tegenover bijv. hoge militairen een bepaalde ondervragingstechniek waarbij hij buiten de realiteit stapte, door o.m. te vragen: "Stel nu dat u weet dat als er een atoomoorlog komt, er geen overlevende in Nederland zal zijn; geeft u dan toch het sein om een bom te gooien? Of zegt u: nou ja, beter half levend dan helemaal dood en zegt u: ik gooi de bom dan maar niet, waardoor wel slavernij dreigt, maar u wel in leven blijft?" Deze ondervragingstechniek blijkt ook toepasbaar te zijn in therapeutische situaties. Bijv.: "Stel u voor mevrouw, dat u erg veel geld hebt; u heeft net een prijs gewonnen; u heeft een grote voorraad potloden in de kast staan; uw kind vraagt om een doos kleurpotloden; wat zult u dan besluiten?" Of: "meneer, stel u voor: u heeft net een hoge belastingaanslag gekregen, hoger dan u verwachtte; deze aanslag kunt u niet op korte termijn voldoen; uw kind komt bij u met de stompjes potlood; hoe zou u reageren?" Vervolgens vraagt de therapeut: "Hoelang moeten kleurpotloden zijn voor ze weggegooid kunnen worden? Hoe wordt die lengte beoordeeld; door een verkwistend mens, een zuinig mens of een gierig mens? Zou het zo zijn dat u, ouders, niet tot een vergelijk komt, omdat de besluitvorming plaatsvindt afhankelijk van de intentie, stemming etc. en niet door gezamenlijk, rustig overleg?"

De oplossing van dit soort problemen betekent: met zakelijke argumenten

Frader: veel bij roepen van het
de andere en last van het

A aan om roep en van het huid
en last van heeft bij de keuze
van de aanpak

het probleem oplossen. Het advies luidt: zo gauw er een onenigheid komt of zo'n opvoedingssituatie, registreert u dat, dan zullen we het hier op vergelijkbare wijze oplossen.

2. Ouders komen met een probleem aangaande de opvoeding van een lastige puber. Deze puber die inderdaad een onuitstaanbaar gedrag vertoont, heeft kortgeleden bijv. de nieuwe Mercedes van vader na een grote hoeveelheid pils, total-loss gereden. Van de therapeut wordt verwacht dat hij dit varkentje even zal wassen; dat kan geen therapeut. Zijn strategie zal er vooral voor moeten zorgen dat de ouders op één lijn komen. Wanneer echter de gebeurtenis zo rampzalig is als bij deze jongen, is dat vaak verschrikkelijk moeilijk en is het eigenlijk het ene brandje na het andere blussen. Naast dit brandjes blussen, kan echter toch gewerkt worden aan de verbetering van het onderling overleg door het onderzoek uit te breiden met vragen over de andere kinderen (zo die er zijn); of die ook wel eens problemen geven, etc. Gebruikelijk is dat er bij de andere kinderen ook wel eens - kleine - problemen zijn. Deze problemen kunnen dan in de therapie ingebracht worden en aan de hand van deze voorbeelden kan dan geleerd worden om gezamenlijk op te trekken; dit model kan dan toegepast worden bij de grotere problemen. Daarmee is niet gezegd dat de brandjes niet meer zullen ontstaan, maar wel is het zo dat de ouders in die moeilijke tijden in ieder geval steun aan elkaar hebben, in plaats van het erbij krijgen van ernstige relationele problemen.

3. De ouders zijn het oneens over de aanpak van bepaalde problemen. Bij nadere analyse van verwende kinderen en ouders die het oneens zijn over de opvoeding, blijkt dat kinderen vaak op onduidelijke gronden wel of niet hun zin krijgen. Tenslotte weigeren ouders soms waar ze anders zouden toegeven en er ontstaat een zeurgedrag waar vaak niet tegen wordt opgetreden en waar later soms zelfs aan tegemoet gekomen wordt. Wanneer een ouder het kind iets weigert en het kind gaat zeuren en die ouder maakt kabaal over het gezeur, dan valt soms de andere ouder in en zegt dat het zo ongezellig is in huis. Aldus zorgt deze ouder ervoor dat het verwennen doorgaat, want de andere ouder zal zich nog wel een paar keer bedenken vóórdat hij een dergelijke confrontatie met het kind weer aangaat.
De volgende strategie kan nuttig zijn:
 - De ouders maken om de dag de dienst uit en regelen die dag de problemen die zich rond de opvoeding van de kinderen voordoen.

Dit kan geregistreerd worden en wel als volgt:

- diagnose;
- omschrijving van het probleem;
- evaluatie.

De papieren van deze registratie komen mee naar de volgende zitting en daar worden de zaken besproken. Op de dag dat de ene ouder de pedagogische leiding op zich neemt, zwijgt de andere ouder.

4. Er zijn meerdere kinderen in het gezin en het probleem van de moeder is dat een van de kinderen moeder confronteert met haar aanpak van de opvoeding en wel als volgt: steeds wanneer het kind iets niet bevalt, zegt ze: "Je trekt de andere kinderen voor". Of wanneer ze bijv. een standje krijgt of iets dergelijks, zegt ze: "Tegen de anderen zou je dat nooit zo zeggen en die zou je ook geen standje geven". Of wanneer een jonger kind een prettiger behandeling krijgt, zegt ze: "Dat doe je nooit bij mij en dat heb je vroeger zeker nooit gedaan bij mij". De reactie van de moeder was wisselend; meestal begon het met beargumenteren, maar na enige tijd werd ze kwaad en ontstond er een situatie die voor het kind een nieuwe aanleiding was voor het toepassen van haar strategie. Oplossing: de moeder kreeg het advies niet meer te gaan argumenteren met het kind. Ze zou niet langer proberen de reactie te weerleggen, maar bijv. als het kind zou zeggen: "Je knuffelt Jantje nu, dat deed u bij mij nooit" dan zou de moeder zeggen: "Ach Jantje is nog zo klein en ik ben blij dat ik hem dit nu kan geven". Daarna zou ze zonder verdere discussie haar dochter beetpakken en eveneens uitvoerig knuffelen. Wanneer het meisje zei: "Je geeft mij nu een standje; dat doe je bij de anderen nooit" dan zou de moeder zeggen: "Ik houd dat niet zo bij; het kan wel zijn dat ik jou veel vaker een standje geef dan de anderen." Daarna zou ze het meisje weer uitvoerig knuffelen en aanhalen. Na zes weken was het gedrag van 5 tot 7 keer per dag teruggelopen naar 2 tot 3 keer per drie weken. Ontroerd vertelde de moeder tijdens de volgende zitting dat haar dochttertje plotsklaps een keer tegen haar gezegd had: "Je bent de aller, allerliefste moeder!"

Freddy: (tegen Ws)
verhandelbaar is juist en je anders
of moet het ja of bas te v
dat het kan om juist verhandelbaar
te v is en om recht mogelijk

Kees Hoogduin.

In veel gezinnen is het gebruikelijk een kind dat ongehoorzaam is te straffen. Vaak helpt dat, soms echter leidt het tot ongewenste escalaties. Dit wordt nogal eens gezien bij gezinnen met een pedagogisch zwak klimaat.

Het gezin Jansen bestaat uit mevrouw Jansen en drie jongens van zes, acht en negen jaar. Vader is bij een verkeersongeval om het leven gekomen toen de jongste vier was. Mevrouw Jansen wordt aangemeld omdat ze haar kinderen niet meer aan kan. Ze heeft geprobeerd met veel inzet voor de kinderen het gemis van vader op te vangen. Geleidelijk zijn ze echter een loopje met haar gaan nemen. Wanneer één van de kinderen bijv. voor straf eerder naar bed moet, maakt deze zo'n kabaal dat hij na enige tijd door moeder toch weer eruit wordt genomen "omdat het kind toch al zoveel mist".

De belangrijkste conclusie na de intake is dat er structuur in dit gezin moet komen.

Er wordt met de kinderen gesproken over de noodzaak van meer gezelligheid in huis, van minder ruzie e.d. De kinderen luisteren geduldig, maar blijken daarna thuis - heel begrijpelijk overigens - de afspraken aan hun laars te lappen. Omdat mevrouw Jansen niet in staat is een kind consequenties aan te bieden voor het zich niet houden aan een afspraak, wordt besloten het probleem als een 'gezinsprobleem' aan te pakken. Nadat nogmaals benadrukt is hoe noodzakelijk het is zich aan bepaalde afspraken te houden, wordt de volgende afspraak gemaakt:

"Wanneer er gegeten wordt, zit je aan tafel totdat moeder zegt dat je eraf kunt". Wanneer iemand zich niet houdt aan die afspraak betekent dit dat het gezin zich niet aan de afspraak gehouden heeft. Met als gevolg dat de ongezelligheid in het gezin weer toeneemt.

De bedoeling is nu dat het gezin leert om zich aan afspraken te houden. Dit betekent dat als iemand dat niet doet, het gehele gezin gestraft wordt. Als straf wordt voorgesteld dat de t.v. die dag niet aangaat, geen kinderprogramma's, geen reclame, maar ook geen film voor moeder. Het gezin gaat akkoord. Tijdens de volgende zitting blijkt dat de t.v. twee avonden niet aangezet mocht worden; daarna zijn de kinderen aan tafel blijven zitten. Vervolgens worden de structurerende afspraken uitgebreid.

1. Inleiding

In aflevering 3 van vol.7 van TDT is verslag gedaan van een onderzoek naar de effecten van vooraf-informatie op de waarneming van potentiële cliënten. Om het geheugen een beetje op te frissen: Ervaren psychotherapeuten kregen een montage te zien van therapie-fragmenten met een echtpaar. Er waren drie experimentele condities: negatieve vooraf-informatie over de man/positief over de vrouw, positieve informatie over de man/negatief over de vrouw en een conditie waarin over beide neutrale informatie werd verstrekt. Eén van de bevindingen was dat de vooraf-informatie vooral invloed uitoefende in die situatie waarin de informatie enigszins aansloot bij de 'objectieve' indruk die de persoon in kwestie maakte. De negatieve etikettering van de man had het meeste invloed, doordat deze informatie een soort bevestiging was van een indruk die de man toch al een beetje maakte. In de neutrale conditie werd hij immers aanmerkelijk negatiever waargenomen dan de vrouw. Een ander opmerkelijk resultaat was dat directieve therapeuten zich meer lieten leiden door de vooraf-informatie dan de analytische collegae. Eén van de verklaringen hiervoor was dat de bron van informatie (deze auteur) meer gewicht bij directieve dan bij analytische psychotherapeuten in de schaal werpt.

Teneinde te onderzoeken of de gelijkgestemdheid van bron en ontvanger van de informatie inderdaad een cruciale factor is werd een replicatie-experiment uitgevoerd. Een korte samenvatting van de opzet en de belangrijkste resultaten volgen hieronder.

2. De replicatie

Weer werden een aantal instellingen benaderd. De directie werd van de werkelijke achtergronden op de hoogte gesteld. De deelnemers kregen weer de rationale dat het ging om te onderzoeken hoe therapeuten van verschillende achtergrond patiënten in de beginfase van een behandeling beoordelen. De experimentele procedure was gelijk aan die in het vorig experiment: vóór het kijken naar de video-fragmenten kreeg men enige schriftelijke informatie over de individuele achtergronden van de echtgenoten. Niet ongebruikelijk in de meeste instellingen in Nederland. De 34 proefpersonen waren at random ingedeeld in de drie experimentele condities op grond van de verschillende vooraf-informatie (zie inleiding). Na het kijken naar de video-beelden (ongeveer drie kwartier) werd exact dezelfde vragenlijst ingevuld als in het vorig experiment. Deze had betrekking op objectief

waarneembare aspecten van de manier van praten, kijken, etc. van de stimuluspersonen. Daarna volgde ook dezelfde 'debriefing' procedure als in het vorig onderzoek.

3. De 'bron' als experimentele variabele

Er was één verschil met het vorige experiment. De instellingen en de proefpersonen werden niet door deze auteur benaderd maar door een analytische collega, Abraham van de Jelgersma. Na flink wat overleg was deze bereid gevonden om aan het onderzoek mee te werken. De studenten die het onderzoek in het kader van een doctoraal werkstuk bij mij uitvoerden* werden bij de instellingen geïntroduceerd als studenten psychologie in Leiden die een stage deden in de Jelgersmakliniek. De uitnodigingsbrieven werden zoveel mogelijk op overeenkomstige wijze geconcipieerd als in het vorig onderzoek, maar werden wel enigszins aangepast aan het taalgebruik dat bij analytici past. Vanzelfsprekend werden alle brieven op 'Jelgersma papier' getikt en voorzien van de naam en handtekening van prof.dr. R. Abraham.

4. De belangrijkste resultaten

Bij vergelijking van de proefpersonen uit het nieuwe en uit het vorige experiment viel op dat de analytici door Abraham nauwelijks meer beïnvloed waren dan indertijd door Lange. De door Abraham benaderde directieve therapeuten waren echter wel degelijk beïnvloed, met name in de beoordeling van de man, in de conditie waarin zij over deze positieve vooraf-informatie hadden ontvangen. De richting was echter tegengesteld aan de verwachting. Directieve therapeuten die via Abraham positieve informatie over de man hadden gekregen namen deze significant negatiever waar dan directieve collegae die negatieve of neutrale informatie over hem hadden gehad. Er was kennelijk sprake van 'afzetten tegen de informatie', een soort omgekeerd 'halo-effect'. Bij nadere inspectie bleek dit afzetgedrag ook in andere condities, zij het in lichtere mate en ook enigszins bij de analytici in het vorig experiment die hun informatie van Lange hadden gekregen, te zijn opgetreden. Een drieweg-variantie analyse toonde aan dat men overall van een significant ($p=.05$) afzetgedrag kan spreken in het beoordelen van de man. Ten aanzien van de vrouw was er geen enkele beïnvloeding.

*Martina Weiman en Norbert Wijtenburg

5. Voorlopige beschouwing van de resultaten

De analyse van het onderzoek is nog niet volledig afgerond. Binnenkort zal er echter uitvoerig over worden gerapporteerd door Weiman & Wijtenburg (1982). In afwachting daarvan kunnen alvast wat voorzichtige conclusies getrokken worden. Overeenkomst in discipline tussen de bron van informatie (meestal de verwijzer) en de uitvoerder van de behandeling hoeft niet zonder meer te leiden tot beïnvloeding in de richting die consistent is met de informatie die de therapeut krijgt. Een omgedraaid halo-effect zou echter even destructief door kunnen werken in de behandeling als een 'gewoon' halo-effect. Zowel bij toekomstig onderzoek als bij verwijzingen in de praktijk zou hierbij rekening gehouden moeten worden.

Merkwaardig blijft het dat analytici minder beïnvloed zijn dan directieve therapeuten. Ook het afzetten tegen de 'andere bron' was bij hen minder. Dat kan verschillende oorzaken hebben gehad. Het kan enigszins hebben gelegen aan toch nog opgetreden verschillen in de manier waarop de proefpersonen in het nieuwe onderzoek zijn benaderd en de manier waarop dit in het eerste experiment was gebeurd. In het tweede experiment hadden wij de procedure minder strak in de hand, waardoor er af en toe van werd afgeweken. Met name, bleek achteraf dat er toch enkele proefpersonen waren die zich niet hadden gerealiseerd dat Abraham de bron van informatie was geweest. Bovendien waren er sommige proefpersonen die, in vage contouren op de spiegel, Lange als therapeut hadden herkend. In een eventueel nieuw onderzoek zou dit vermeden kunnen worden en zou het manipuleren van de 'bron' als variabele nog strakker gerealiseerd moeten worden.

Hoewel er aldus wat ruis in het experiment is geslopen blijft het verschil tussen directieven en analytici bevreemdend. Een andere verklaring, ook al gegeven door Lange & Van der Valk (1983), kan gevonden worden in het taalgebruik, van zowel de vooraf-informatie als van de vragenlijsten. Doordat deze misschien meer aansluit bij de werkwijze van directieve therapeuten heeft het misschien meer invloed gehad, of kwam de invloed duidelijker naar voren, in de scores. Om hier meer zicht op te krijgen zou een experiment nodig zijn waarin analytische taal gebezigt wordt.

Interessant blijft ook het punt dat bij het afwegen van de invloed van vooraf-informatie de objectieve waarschijnlijkheid een rol speelt. Vooraf-informatie kan waarschijnlijk leiden tot self fulfilling prophecies, maar waarschijnlijk ook tot self-denying prophecies (Koomen, 1982). Verder onderzoek naar de omstandigheden waar het één, het ander of geen van beiden optreedt is wenselijk en ligt zeker in de mogelijkheden. Daarbij zal dan ook een stap verder gegaan moeten worden. Dwz. dat onderzocht wordt in welke mate een beïnvloedde waarneming ook leidt tot ander gedrag van de psychotherapeuten, hetgeen op zijn beurt tot reacties van de client kan leiden.

Referenties:

- Koomen, W. (1982): 'Self-fulfilling' en 'self-denying prophecies' in interpersoonlijk gedrag. Psychologisch Laboratorium. Vakgroep Groepspsychologie. Universiteit van Amsterdam.
- Lange, A. (1980): Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten; een onderzoek. TDT, 3(7), 28-55
- Lange, A. & F. van der Valk (1983): Labelingsprocessen en het oordeel van psychotherapeuten, een experimenteel onderzoek. Ned. Tijdschrift voor de Psychologie, themanummer over attributie. In druk.
- Weiman, M. & N. Wijtenburg (1982): De invloed van de bron van vooraf-informatie op de beoordeling van cliënten. Doctoraal werkstuk. Vakgroep Groepspsychologie, Universiteit van Amsterdam.

Kees van der Velden

De sociale psychiatrie is een tak van de geneeskunde waarin de dienst wordt uitgemaakt door dokters die na hun specialisatie besloten dat zij toch liever maatschappelijk werker wilden zijn. Geen wonder dat dit specialisme geen enkel min of meer consistent theoretisch gezichtspunt kent. In deze bijdrage wordt de sociale psychiatrie van een theoretisch fundament voorzien dat zijn bruikbaarheid in de praktijk zal bewijzen.

De sociale psychiatrie wijdt zich aan de zorg voor de (nog) niet (of niet meer) opgenomen patiënt, en heeft dus dagelijks te maken met de vraag of, hoe en waar iemand behandeld dient te worden.

De antwoorden op deze vraag zijn vrijwel altijd afkomstig uit het meest primitieve deel van het menselijk brein, nl. de *regio cerebralis ideolata*, eenvoudig gezegd: de regio of het terrein in de hersenen waar ideologische overwegingen aangemaakt worden. (Het is wel tekenend voor de wetenschappelijke status der sociale psychiatrie dat dit simpele neurofysiologische gegeven ook de indertijd neurologisch geschoolde 'werkers in het veld' geheel onbekend is!)

Mensen als Trimbos bijv. menen dat de psychiatrische patiënt het beste af is wanneer hij in 'de wijk' geholpen wordt (tussen sjoelbak en macramé, bij wijze van spreken), terwijl anderen de mening zijn toegedaan dat men zich als geesteszieke het best op zijn gemak voelt in een speciaal ontworpen torenflat. Voorstanders van het eerste standpunt heten het 'sociaal model' aan te hangen, voorstanders van het tweede standpunt het 'medisch model'. Dit is echter allemaal onzin, en het is ook nog hypocriete onzin: Trimbos zou zich voor zijn ontrouwwaan nimmer in het buurthuis van zijn wijk laten behandelen, en als hij een achterlijke broer had, zou hij niet verdragen dat deze werd verwaarloosd op de wijze waarop dit in de zo beschamend verheerlijkte Italiaanse sociale psychiatrie geschiedt (ik heb dit van mijn broer, die in Italië woont en allerminst achterlijk is).

Wat de buitenstaander meteen begrijpt (en de 'werker' in de sociale psychiatrie misschien wel nooit) is dat de psychiatrische patiënt niet bestaat, en dat om die eenvoudige reden alle op het veronderstelde bestaan van deze onbestaanbare figuur gebaseerde redeneringen van geldigheid en belang verstoken zijn.

In plaats van over *de* psychiatrische patiënt de spreken, zou men natuurlijk ook over *soorten* of *typen* patiënten of aandoeningen kunnen spreken, maar wie in de sociale psychiatrie klinisch-psychiatrische indelingen gebruikt - bijv. DSM-classificaties - bemerkt dat hij daar o.a. epidemiologisch wel wat mee kan, maar dat het hem bij de keuze van het type 'zorg' niet verder helpt.

De sociale psychiatrie behoeft dus een eigen classificatiesysteem - zoals iedere discipline -, en dat wordt hier gepresenteerd.

Er bestaan

- a) *Aandoeningen en/of Toestanden waarvoor Men zich Schaamt (of Schamen zal)*, en
- b) *Aandoeningen en/of Toestanden waarvoor Men zich Niet Schaamt (of Schamen zal)*.

Hieraan kunnen worden toegevoegd

- c) *Aandoeningen en/of Toestanden waarvoor Anderen zich Schamen*.

Dit is het fundament ener serieuze sociale psychiatrie.

Ad a. Alle vormen van tijdelijke of chronische gekte of waanzin vallen hieronder, mits men zich maar schaamt of zal gaan schamen. Denk aan seksuele ontremmingen, agressieve ontladingen bij overigens normalen - bijv. op organische bodem, die ontladingen dan -, extreme achterdocht, vergaande kinderachtigheid - al of niet gepaard gaand met dreinen, regressie, agerende zelfmoordpogingen -, zodanig depressiviteit dat men zich bijv. tegenover zijn kinderen geneert.

Behandeling van deze aandoeningen en toestanden dient in de kliniek plaats te vinden - zoals bijv. bij prins Claus geschiedt -, het liefst onder een strikt medische noemer - anders dan bijv. bij prins Claus geschiedt -. De patiënt is 'ziek' en als hij gezond is keert hij terug. Dit is een humane gang van zaken die eenieder tot heil strekt.

Ad b. Hieronder vallen o.m.: angsten, depressies, plaagzucht, veel eten, ongezeglijkheid, ongezelligheid, boosaardigheid, obsessies, goed-aardige psychotische verschijnselen enz., enz., ook zwakzinnigheid natuurlijk, mits men zich er maar niet voor hoeft te schamen. ('t heeft dus eigenlijk geen zin dergelijke opsommingen te maken; het indelingscriterium spreekt voor zichzelf.)

In *principe* zouden deze toestanden wel in 'de wijk' behandeld kunnen

worden. We komen hierop terug.

Ad c. Deze categorie, ontworpen door de psychiater F.H.Koenegracht - waarvoor op deze plaats hartelijk dank! -, omvat in ieder geval de zg. SGA-patiënten - een groep mensen die volgens Trimbos niet bestaan - en alle andere zieken die hun particulier lijden tot uitdrukking brengen in het toevoegen van leed aan derden. Behandeling of verpleging dient plaats te vinden in inrichtingen of speciale wijken.

Het zal de lezer zijn opgevallen dat behandeling in wijken hier slechts met het grootste voorbehoud wordt aanbevolen. Dit moge worden toegelicht. De 'wijk' als 'leefgemeenschap', als 'samenlevingsverband' waarin jong en oud, zieken en gezonden, vrouwen en mannen, begaafden en minder begaafden op harmonieuze wijze samengaan; waar leeuw en lam in liefde samenleven, conflicten beslecht worden in onderling overleg; waar begrip de plaats heeft ingenomen van vooroordeel en acceptatie de plaats van afwijzing; waar de wijkbewoners gezamenlijk hun behoeften inventariseren en evt. tot 'aksie' overgaan tegen de uitbuitende klasse; waar kinderen kaatseballen en ouden van dagen mild schertsen op zonovergoten bankjes op dito pleintjes (of juist in de milde schaduw van een machtige linde); waar men des avonds op hetzelfde plein de vrolijke lach hoort van het jonge meisje dat speels wordt nagezeten door de bakkersknecht; welnu, zo'n wijk bestaat niet. En ook niet iets dat erop lijkt. Het is niet moeilijk om in het zg. wijkconcept de seculiere vertaling te herkennen van het hiernamaals: een toestand van duurzaam evenwicht waar alles goed is. En het is ook niet moeilijk te zien wie de mensen zijn die ons in dit beeld willen doen geloven: neo- of ex-roomse sociologen. Maar bestaan doet zo'n wijk niet en hij heeft ook nooit bestaan. Wat wij weten van gesloten gemeenschappen - bijv. Staphorst - is dat zij harden zijn van vooroordeel en achterklap.

Ten tweede. Sociaal-psychiaters als Schudel en - alweer! - Trimbos menen dat wij onze kantoren dienen te verlaten en op huisbezoek moeten, de wijk in, bij de mensen zelf een kijkje nemen, participeren in allerhande overleg, de psychosen als het ware in hun natuurlijke omgeving opsporen en middels bemiddeling voor meer adequate huisvesting tenietdoen, 'begeleiden' etc. De vraag is: hoe moet dit? Wat moeten wij precies doen wanneer we bij de alcoholist zijn aangeland? Hier laten ons de adepten van het 'sociaal model' in de steek, en dat kan ook moeilijk anders, want *wij kunnen daar vrijwel niets doen.*

D'r naar kijken, dat kunnen we, en dan houdt het op.

Helemaal niet gek natuurlijk als we ons realiseren dat we door blindelings de wijk in de trekken alle aspecifieke therapiefactoren (in de zin van Frank) systematisch om zeep helpen.

Een prikpoli is mooi, en ook een voorziening voor mensen in acute narigheid, en bij patiënten met een basaal-goedwillende familie of omgeving is mooi werk te doen, maar voor het overige is het de wijk intrekken onzin.

In de derde plaats wil men werkelijk dat binnen de wijken een attitudeverandering jegens de psychiatrische patiënt tot stand gebracht wordt. De bewoners moeten toleranter worden, niet alleen tegenover de vriendelijke psychoticus, maar ook tegenover de SGA-patiënt.

Onze mening is deze. Als bewijs voor de tolerantie van de wijk zou een positieve houding tegenover ex-delinquenten en buitenlanders kunnen gelden.

Voorstel: Laat de buurt zijn tolerantie ten opzichte van vriendelijke psychotici uitproberen wanneer hij bewezen heeft dit ten opzichte van ex-delinquenten en buitenlanders te kunnen. Verder: de SGA-patiënt dient niet met tolerantie & begrip doch met gestrengheid tegemoet getreden te worden. Pas wanneer de buurt dat kan lijkt het een goed idee om deze mensen deel te laten uitmaken van het 'wijkgebeuren'.

Zolang dit allemaal niet kan - en dit kan allemaal niet - is het een zegen dat er plaatsen bestaan waar zusters en dokters goed voor geestelijk gestoorde mensen zorgen.

DE BEHANDELING VAN EEN MAN MET OVERMATIG DAGDROMEN

Willem Hoogduin & Kees Hoogduin.

1. Inleiding

Dagdromen is het beleven van fantasieën bij een toestand van verlaagd bewustzijn (van Dale, 1976). Kinderen dagdromen zeer frequent, terwijl volwassenen het ook doen, zij het minder intensief en langdurig (Singer, 1966). Vooral bij jonge kinderen zou het dagdromen een functie hebben bij het assimileren van (complexe, bedreigende) prikkels uit de buitenwereld (Singer, 1974).

Over de betekenis van het dagdromen wordt verschillend gedacht. Het dagdromen kan gezien worden als reactie op frustratie (Abse, 1966) of om tot een verlaging van het spanningsniveau te komen (Tramer, 1945). Het individu zou ook in dagdromen vluchten, omdat hij zijn wensen slechts in dagdromen kan vervullen (Fenichel, 1946). Verveling wordt soms gezien als oorzaak van dagdromen (Antrobus en Singer, 1970). Naast dit dagdromen als reactie wordt ook gesproken over meer creatieve dagdromen. Niet zelden zal het dagdromen de functie hebben de mens voor te bereiden op de te ondernemen actie (Adler, 1950; Singer, 1966, 1970), waarbij tijdens het dagdromen geoefend wordt in het zich adequaat opstellen voor toekomstige situaties (Horrocks en Jackson, 1972). Echter, op het moment dat dagdromen een centrale plaats gaat innemen, wordt het dagdromen sterk maladaptief: een vlucht uit de realiteit, waardoor niet langer adequaat wordt omgegaan met de eisen, die de buitenwereld aan het individu stelt (Horrocks en Jackson, 1972).

Hieronder wordt de behandeling beschreven van een vrijgezelle man, die op het moment van aanmelding vrijwel de gehele dag dagdroomt en daardoor zijn werk als econoom niet meer kan uitvoeren.

2. Casuïstiek

De heer Veldkamp is een 31-jarige vrijgezelle econoom. Hij leeft alleen in een luxe flat in het centrum van een grote stad. Hij heeft geen vrienden of kennissen. Zijn kontakten beperken zich tot zijn ouders en twee broers. De heer Veldkamp heeft vanaf zijn vroegste jeugd altijd weinig sociale kontakten gehad. Hij heeft zelden buiten gespeeld en dan slechts met zijn jongere broertjes. De eerste kontakten, die hij durft aan te gaan, vinden pas plaats als hij 26 jaar is, nadat hij een lange tijd met een zelfde groep mensen omgegaan is. De heer Veldkamp vermijdt kontakten, omdat wanneer er over persoonlijke zaken gepraat wordt, hij emotioneel wordt en snel kan gaan huilen. Hij heeft de kontakten altijd gemist, maar was en is bang voor zijn emotionaliteit. Hoewel hij zijn ouders nogal afstandelijk en koel vindt en er veel echte-lijke ruzies zijn, blijft hij zijn gehele studententijd bij zijn ouders wonen. Pas na zijn promotie gaat hij zelf-standig wonen (hij is dan 30 jaar). Tijdens zijn promo-tie-onderzoek zit de heer Veldkamp in een onderzoeksgroep, die zeer frequent bijeenkomt. Na een jaar functioneren in deze werkgroep wordt hij minder angstig en durft enig kontakt met de leden van de groep aan te gaan en voelt zich voor het eerst in zijn leven veilig bij anderen dan zijn familie. Echter, na zijn promotie verlaat hij de werkgroep en krijgt een baan. Voor hem valt dan een ver-trouwde omgeving weg en voelt hij zich een eenling in de maatschappij. In zijn nieuwe baan wordt hij gedwongen kontakten aan te gaan. Deze noodzaak confronteert hem weer met zijn handicap. Hij begint overmatig te dagdro-men. Het dagdromen is altijd een belangrijke vrijetijds-besteding geweest, maar het gaat hem nu hinderen in het uitoefenen van zijn werk. Een half jaar na het aannemen van zijn baan heeft hij zich zo overgegeven aan het dag-dromen, dat hij niet meer kan werken en vrijwel de ge-hele tijd dat hij niet slaapt, dagdroomt.

Na enige maanden besluit de controlerend geneesheer de heer Veldkamp te verwijzen naar de psychiatrische polikliniek, omdat gedurende die tijd geen afname van het dagdromen te zien is geweest. Vanaf het begin van de behandeling staat de contactstoornis op de voorgrond. De heer Veldkamp is een zeer gesloten man, die emotioneel reageert op vragen die betrekking hebben op zijn persoonlijke leven. Hij geeft aan eigenlijk weinig last te hebben van het dagdromen: voor hem is het een aangename ruil voor de in zijn ogen bedreigende werksituatie. Het wordt snel duidelijk, dat hij zelf nooit behandeling gezocht zou hebben. De controlerend geneesheer blijkt hem daartoe min of meer gedwongen te hebben, door de heer Veldkamp nogal direct te confronteren met afkeuring en daaruit voortvloeiend verlies van zijn baan als er geen behandeling plaats zou vinden. Een eerste strategie wordt, de cliënt zelf voor de behandeling te laten kiezen. Hiertoe wordt hij geconfronteerd met de mogelijkheid dat hij na enige jaren vanzelf zo verbeterd zou zijn, dat hij goed in staat zou zijn zijn huidige baan tot tevredendheid van hemzelf, zijn werkgever en collega's uit te voeren. Wanneer hij echter op dat moment geen baan meer zou hebben, zou hij weliswaar zonder psychische problemen zijn, maar ook zonder baan, hetgeen voor veel mensen ook weer een probleem is. De heer Veldkamp reageert hierop met de mededeling, dat hij met behulp van de therapeut wil proberen zijn werk te behouden.

De heer Veldkamp zegt dat hij zich niet meer kan concentreren: hij kan niet langer dan enkele minuten lezen, zonder door dagdromen gestoord te worden. Als hem gevraagd wordt, waarover hij droomt, wordt hij emotioneel, maar vertelt vrijwel niets over de feitelijke inhoud. Wel laat hij los dat zijn dromen vrijwel altijd een auditief karakter hebben. Daarbij geeft hij een tweedeling aan ten aanzien van zijn dagdromen. Hij vertelt enerzijds fantasiedromen te hebben, die het meest frequent voorkomen, en anderzijds gedachten te hebben over politiek, wetenschap, etc.

Hierop wordt gevraagd of de heer Veldkamp tijdens het dagdromen kan onderscheiden of het een fantasie dagdroom is ofwel een gedachte over politiek etc. Hij noemt deze laatste vorm "intellectuele excursie". Ten aanzien van het auditieve karakter van zijn dagdromen wordt geprobeerd invloed op de inhoud te krijgen. Reagerend op hem aangereikte mogelijkheden, vertelt cliënt dat voornamelijk over hem gesproken wordt in de dagdromen, waarbij hij bij zijn voornaam genpemd wordt. Wanneer met hem overeengekomen is, dat dagdromen op zich prettig is, maar dat het leven van alle dag weer voortgang moet vinden, kunnen afspraken gemaakt worden om te leren invloed te krijgen op zijn gedachtenstroom. Gevraagd wordt, of hij in het vervolg zijn voornaam in zijn dagdromen wil vervangen door "meneer Veldkamp".

De heer Veldkamp kan hiermee akkoord gaan. Tijdens de volgende zitting (de derde) blijkt, dat zijn naam niet meer in zijn dagdromen is voorgekomen. Het verschillende karakter van de dagdromen wordt opnieuw besproken. Desgevraagd blijkt cliënt goed in staat te zijn om tijdens het dagdromen onderscheid te maken tussen de "fantasie" en de "intellectuele excursie". De therapeut licht het belang van dit onderscheid toe: de fantasie houdt hem af van werken, terwijl de intellectuele excursie hem weer kan verdiepen in zijn werk. Daarom dient er in eerste instantie een acceptatie te zijn met betrekking tot de intellectuele excursie, terwijl de fantasie gereserveerd moet worden tot na de werktijd. Voorgesteld wordt, dat de heer Veldkamp een kaartje maakt waarop staat: "Deze dagdroom hoort niet tussen 9 en 5, wel 's avonds en 's nachts". Dit kaartje zal hij pakken en lezen, zodra hij overdag signaleert dat hij een "fantasie"-dagdroom heeft. Het kaartje dient gebruikt te worden in het volgende programma. De heer Veldkamp begint met "droogzwemmen" ten aanzien van zijn werk: hij gaat thuis werken, langzaam oplopend van één tot vijf ochtenden. Dit werken houdt in, dat hij bijvoorbeeld de krant gaat lezen (wat hij tot nu toe niet ongestoord door dagdromen kon)

of wetenschappelijke tijdschriften doorkijken. De achtergronden van dit programma worden uitgelegd, namelijk dat hij hierdoor allereerst weer in een regelmaat zal gaan functioneren en dat hij daarnaast een training krijgt in het blokkeren van zijn fantasiedromen, terwijl hij niet het gevoel kan krijgen, dat hij zijn dagdromen kwijt raakt ("wel 's avonds en 's nachts). Na twee maanden werkt hij thuis bijna 40 uur en is in staat om zijn fantasiedromen te blokkeren. Wel heeft cliënt er vaak last van, dat er, na een dag intensief werken, de volgende dag meer opkomende fantasiedromen zijn. Gedacht wordt aan de mogelijkheid, dat vanuit een gemis aan voldoende dagdromen, de volgende dag meer dagdromen komen. Voorgesteld wordt om de avond van de dag, dat het slechter is gegaan, het dagdromen te intensiveren. De heer Veldkamp zal dan alle aandacht aan het dagdromen geven: de radio en televisie blijven uit en er wordt niet gelezen. Hij zal dit doen zolang hij denkt dat hij het nodig heeft. Nu wordt besloten tot de feitelijke werkhervatting over te gaan. Via een langzame uitbreiding van de werktijd, lukt het de heer Veldkamp om na twee maanden weer volledige dagen te werken. Een half jaar later blijkt er nog geen verandering gekomen te zijn in deze gunstige werksituatie.

De behandeling heeft achttien zittingen in beslag genomen, verspreid over een termijn van acht maanden.

Tijdens het follow-up-gesprek wordt de wenselijkheid van een groepstherapeutische behandeling met hem doorgesproken. Hij blijkt geïnteresseerd. Afspraken worden gemaakt en hij wordt geaccepteerd voor een groepstherapeutische behandeling.

3. Discussie

Mensen die dagdromen, trekken zich terug in een wereld waar zij het zelf voor het zeggen hebben. Een buitenwereld, die wordt afgewezen of als bedreigend wordt ervaren, wordt aldus buitengesloten (vgl. Singer, 1974).

Het dagdromen neemt bij de hier beschreven cliënt een dwangmatige vorm aan, dat het uiteindelijk een goed sociaal functioneren gaat hinderen. Hoewel de heer Veldkamp als dwangmatig (precies, nauwgezet, oog voor details) omschreven kan worden, bestaat zijn klacht uit dwangmatig dag-

dromen. Dit kan van dwangmatig denken onderscheiden worden door het lustvolle karakter van het dagdromen. Volgens DSM III moet dit symptoomgedrag beschouwd worden als een stoornis van de impulscontrole (Webb e.a., 1981 blz 95). Het overmatig dagdromen kan aldus in sommige gevallen overeenkomst vertonen met andere stoornissen in de impulscontrole, zoals bijvoorbeeld pathologisch gokken (vgl. Van Ree e.a., 1982). Ook hierbij is de cliënt tenslotte niet in staat de neiging om toe te geven aan het lustvolle spelen te weerstaan: de drang om te spelen kan zo sterk worden dat sociaal functioneren gehinderd wordt. Behandeling van dergelijke drangactiviteiten wordt vaak slechts hulp gezocht onder druk van de omgeving, wanneer het sociaal functioneren al ernstig verstoord is.

De heer Veldkamp komt pas in behandeling als door het terugtrekken uit zijn sociale omgeving door het dagdromen, afkeuring dreigt. Deze verklaring is natuurlijk een simplificatie. Immers, zijn contactsoornis maakt zijn sociaal functioneren al gebrekkig, terwijl dagdromen en contactproblemen al vanaf zijn vroegste jeugd een bepalende rol hebben gespeeld. Anders gezegd, door zijn contactstoornis is hij gaan dagdromen of door zijn dagdromen is hij geïsoleerd geraakt en heeft hij weinig sociale vaardigheden geleerd. Arbitrair wordt het overmatig dagdromen als eerste behandelingsdoel gekozen. Door dit overmatig dagdromen ontstaat namelijk het gevaar van verder sociaal afglijden door een eventuele afkeuring. Vanaf het begin van de behandeling staat vast dat tenslotte de problemen die hij heeft bij het omgaan met andere mensen evenzeer behandeling behoeven.

De hier beschreven strategie bevat de volgende elementen:

- Motivatie van de cliënt

De controlerend arts heeft de cliënt min of meer gedwongen zich onder behandeling te stellen. Met behulp van een indirect paradoxaal concreet advies (vgl. Van Dyck, Van der Velden & Van der Hart, 1980) wordt de cliënt de mogelijkheid geboden zelf tot een eventuele behandeling te besluiten.

In tegenstelling tot de controlerend arts bespreekt de therapeut de sombere toekomstverwachting (nl. een toekomst zonder baan) op een empathische manier, daarbij de cliënt de mogelijkheid biedend deze vervelende toekomst af te wentelen (vgl. Hoogduin & Druiff, 1980). Cliënt besluit zich voor zijn drang tot dagdromen te laten behandelen.

- Het veranderen van de inhoud van de dagdromen

Het wordt al snel duidelijk, dat de heer Veldkamp wel behandeld wil worden voor zijn dagdromen, maar ook dat hij niet werkelijk bereid is op korte termijn te willen of kunnen stoppen met deze fantasieën. In zijn dagdromen speelt hij zelf de hoofdrol. Hij is daar waarschijnlijk succesvol op velerlei gebied. Ook blijkt hij in deze dromen zich zelf bij zijn voornaam aan te moedigen en te complimenteren. Door met hem af te spreken voortaan zijn achternaam daaraan toe te voegen, wordt een eerste verandering bereikt. Bovendien wordt geprobeerd, hem in zijn dagdromen te confronteren met zijn "meneer Veldkamp"-zijn, namelijk een volwassen econoom, die werkt en zelfstandig leeft.

- Een zelfcontrole-procedure met zelfregistratie en stimulus-controle

Nadat de eerste verbeteringen bereikt zijn, worden zijn dagdromen in twee categorieën verdeeld: een fantasie-dag-droom en een dagdroom die bestaat uit overpeinzingen betreffende kunst en wetenschap. Deze laatste wordt geëtiketteerd als een nuttige en soms noodzakelijke denkactiviteit. Alvorens het werk te hervatten, wordt besloten thuis zich weer te oefenen in deze intellectuele arbeid. dit houdt in dat hij zich eerst korte tijd, later gedurende veertig uur per week met deze laatste vorm van dagdromen bezig zal houden. De fantasieën worden verbannen naar de vrije tijd. Wanneer hij zich beklagt over een toegenomen spanning - hij zou zijn fantasieën zo gemist hebben - worden de fantasie-dagdromen 's avonds voorgeschreven op een dusdanige wijze, dat het aantrekkelijke

karakter ervan verder wordt verminderd: radio, televisie en kranten zijn dan verboden. Geleidelijk aan wordt, nadat hij enige weken thuis veertig uur bezig is geweest met denken over konstzinnige en economische problemen, met enige uren werken per dag begonnen. Dit kan zich vervolgens vlot uitbreiden tot een normale werkweek.

Met de hier weergegeven aanpak van een cliënt met overmatig (drangmatig) dagdromen, wordt niet gepretendeerd alle problemen opgelost te hebben. Wel kan aan het eind van de behandeling geconcludeerd worden, dat de cliënt open staat voor een behandeling van zijn contactproblemen. De terugkeer in zijn oude baan voorkomt dat hij maatschappelijk verder geïsoleerd zou raken. Het succes van zijn werkhervatting heeft hem enig vertrouwen in het resultaat van zijn verdere groepstherapeutische behandeling gegeven.

Referenties

Abse, D.W. (1966), Hysteria and Related Mental Disorders. John Wright & Sons Ltd, Bristol.

Adler, A. (1950), De zin van het leven. Erven J. Bijleveld, Utrecht.

Antrobus, J.S. & J.L. Singer (1970), Mindwandering and cognitive structure. Transactions of the New York Academy of Science 1970, 32, 242 - 252.

Dale, van (1976), Groot woordenboek der Nederlandse taal. Martinus Nijhoff, 's Gravenhage.

Dijck, R., van, K. van der Velden & O. van der Hart (1980), Indeling van directieve interventies. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie II. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Fenichel, O. (1946), The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Kegan Paul, London.

Hoogduin, C.A.L. & T. Druiff (1980), Directieve interventies bij psychosen. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie II. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Horrocks, J.E. & D.W. Jackson (1972), Self and Role. Houghton Muffin Company, Boston.

Ree, van, e.a. (1982), Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM III. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Singer, J.L. (1966), Daydreaming. Random House, New York.

Singer, J.L. (1970), Drives, affects and daydreams. In: J.S. Antrobus (ed.), Cognition and affect. Little, Brown, Boston.

Singer, J.L. (1974), Imagery and Daydream Methods in Psychotherapy and Behavior Modification. Academic Press, New York.

Tramer, M. (1945), Lehrbuch der Allgemeinen Kinderpsychiatrie, Benno Schwabe & Co, Verlag, Basel.

Webb, J.L. et al., DSM III Training Guide. Brunner and Mazel, New York.

HYPNOTHERAPIE VOOR HYPERSUGGESTIBILITEIT

Onno van der Hart

In eerste instantie lijkt iemands hypnotiseerbaarheid de mate te zijn waarin hij of zij op hypnotische suggesties reageert. Dus hoe ^{sterke} groter de hypnotiseerbaarheid, ~~des~~ sterker is de responsiviteit op ~~de~~ suggesties.

Hypnotiseerbaarheid wordt gemeten door subjecten gestandaardiseerde series suggesties te geven, zoals de Stanford Susceptibility Scale, de Harvard Susceptibility Scale, en de Hypnotic Induction Profile. De Stanford Susceptibility Scale, bijvoorbeeld, bestaat uit een reeks van 12 suggesties met, naar wordt aangenomen, een toenemende moeilijkheidsgraad. Elke suggestie die wordt opgevolgd, levert een punt op. Wie nul of één punt scoort zou niet of nauwelijks hypnotiseerbaar zijn en wie 12 punten scoort juist zeer hypnotiseerbaar.

Diverse studies hebben aangetoond dat er een positief verband bestaat tussen hypnotische suggestibiliteit en zogenaamde wakende suggestibiliteit - d.w.z. de responsiviteit op suggesties voor motorische en zintuiglijke veranderingen zonder hypnotische inductie vooraf (Evans, 1967; Higgard & Tart, 1966; Bowers, 1977, p. 89/90). Er zijn mensen die niet of nauwelijks op suggesties reageren - of er nu hypnose-inductie plaats vindt of niet, maar niemand die een hoge "wakende" suggestibiliteit heeft is niet ~~is~~ suggestie ⁱⁿ hypnose.

Toch is hypnotiseerbaarheid niet geheel te reduceren tot suggestibiliteit. Het impliceert verder nog het ontstaan van een veranderde bewustzijnstoestand, waarin een niet-kritische receptiviteit bestaat en waarin zich zintuiglijke-perceptuele veranderingen kunnen voordoen. Deze worden ervaren als spontane gebeurtenissen die meer worden ondergaan dan actief gerealiseerd.

Hypersuggestibiliteit

Er zijn mensen die worden gekenmerkt door een zeer hoge hypnotische suggestibiliteit en een eveneens zeer hoge "wakende" suggestibiliteit: mensen die bijzonder gemakkelijk veranderde bewustzijnstoestanden realiseren (vgl. Shor, 1960).

Spiegel (1974; Spiegel & Spiegel, 1978) spreekt bij hen van het ⁰¹ Grade-5 syndroom. ^{Gr} Grade 5 is de hoogste score op het instrument waarmee hij

hypnotiseerbaarheid meet: de Hypnotic Induction Profile. Wie deze score bereikt is volgens hem "a trusty person who easily suspends his critical judgement, readily affiliates with new metaphors, emphasizes the present without too much concern for past-future perspectives; is comfortable with incongruities, has an excellent memory, is capable of intense concentration, and has a hard-core dynamism around a malleable overlay".

Het gaat ons hier om de bereidheid van zeer goed hypnotiseerbare mensen om zich onkritisch open te stellen voor diverse invloeden van buitenaf; mensen die niet alleen uitstekend reageren op hypnotische suggesties, maar ook op allerlei andere suggesties in hun dagelijkse leven; die niet alleen gemakkelijk in een diepe hypnotische trance gaan, maar daarnaast ook regelmatig trance-achtige ervaring opdoen (Shor, 1960). Spiegel (1974, p.311) wijst op de kwalijke kanten van deze hypersuggestibiliteit: deze mensen zijn "likely to be receptive to all kinds of forces, even those antithetical to their best interest. They are uncritical and thus have difficulty in distinguishing between what is and is not good for them".

Spiegel geeft een kenmerkend voorbeeld. Een briljant onderzoeker, een expert in zijn hobby (effecten), scoorde 5 op de HIP. Zijn "achilleshiel" wordt getroffen als hij bijv. een warenhuis binnengaat en daar wordt aangeschoten door een enthousiaste verkoper, die hem ervan overtuigt dat zijn gezin hoognodig een nieuwe koelkast ^{win} ~~nodig heeft~~ ^{er is}: "and he will, without particular thought, order one. Needless to say when the purchase arrives, his wife will be left with the chores of returning it".

Hypnotherapie

Hoe kunnen mensen worden geholpen die tengevolge van die hypersuggestibiliteit teveel gehoor geven aan negatieve invloeden?

Spiegel (1974) is van mening dat zij noch bij inzichtgevende, noch bij hypnotherapie gebaat zijn. In het eerste geval zullen de "waarom"-vragen van de therapeut alleen maar leiden tot een zoeken naar het antwoord op de vraag "wat behoort ik nu te zeggen?". In het tweede geval worden de cliënten in een toestand gebracht die zij nu juist moeten leren vermijden: "the problem is not of putting them into trance states, but of keeping them out of trance. They are victimized by their trance-

proneness, and if anything need to be taught how to be nonhypnotized rather than hypnotized. Thus, with the exception of occasional uses for anxiety control or abreaction, hypnosis has little place in the intensive psychotherapy of the highly hypnotizable patient. It is the identification of this profound hypnotic capacity which is critical to their therapy" (Spiegel & Spiegel, 1978, p. 327).

De laatste conclusie, betreffende de identificatie van de trance-capaciteit, van de Spiegels is correct maar verder mist in hun opvatting het Ericksoniaanse principe van het benutten van de eigenaardigheden van cliënten. Hun uitstekende trance-capaciteit kan worden gebruikt voor het leren controle uit te oefenen op trance-ervaringen. Zij kunnen leren in trance te gaan wanneer het hun uitkomt en er weer uit te komen wanneer zij willen, en zij kunnen leren zich beter af te schermen voor ongewenste invloeden van buitenaf. Erickson en Rossi (1979, p. 384) geven het voorbeeld van een vrouw die vaak spontaan en ongewild in trance ging. Zij werd door Erickson getraind om deze veranderde bewustzijnstoestand op te roepen wanneer zij dat wilde en hem constructief te benutten.

Voor het specifieke probleem om de hypersuggestibiliteit in ongewenste situaties onder controle te krijgen, is hypnotherapie evenzeer op zijn plaats. We kunnen dan een basisstrategie toepassen, die in voorkomende gevallen ook van nut is bij fobische klachten (vgl. Bandler & Grinder, 1979; Hoogduin, 1980) en assertiviteitsproblemen (vgl. Van der Hart, 1977). In de discussie wordt ingegaan op overeenkomsten en verschillen tussen deze problemen en hypersuggestibiliteit.

Cue-conditioning

Na identificatie van de probleemsituaties - waarin ongewenste beïnvloeding van buitenaf plaatsvindt - wordt de client in hypnose gevraagd te zoeken naar het gewenste gedrag, de gewenste houding of geestesgesteldheid in dergelijke situaties. Als de client deze toestand een aantal malen met succes heeft opgeroepen, kan hieraan een bepaald gebaar of een bepaalde lichaamshouding worden gekoppeld. Ontstaat die koppeling, dan wordt met het maken van het gebaar of het aannemen van de lichaamshouding, automatisch de betreffende geestesgesteldheid gerealiseerd. Er is, met andere woorden, sprake van cue-conditioning.

Nadat het bestaan van deze cue-conditioning duidelijk (nog steeds in hypnose) is gedemonstreerd, wordt de client gevraagd zich een problematische situatie voor te stellen en - als dat het geval is - het gebaar te maken. Als het goed is, reageert de client nu in vitro adequater dan voorheen in die situatie en kan de procedure een aantal malen worden herhaald met betrekking tot andere problematische situaties. Hierna kunnen posthypnotische suggesties worden gegeven voor een positieve doorwerking van het geleerde in het leven van alledag.

In deze procedure kan de nadruk worden gelegd op gewenst gedrag of op de gewenste geestesgesteldheid van de client. Met betrekking tot hypersuggestibiliteit lijkt het zinvol om het laatste te accentueren, omdat van daaruit - in onze ervaring - het gewenste gedrag spontaan aan bod komt.

Het is opvallend hoeveel van deze sterk hypnotiseerbare clienten hun situatie in energie-termen beschrijven. Zij "voelen zich machteloos tegen de kracht die anderen op hen uitoefenen" of voelen "zich gehypnotiseerd door de uitstraling van anderen". Zoals de volgende twee praktijkvoorbeelden laten zien, kunnen dergelijke termen prima worden benut bij het realiseren van de gewenste toestand.

In het eerste voorbeeld wordt bovendien aangetoond hoe de procedure van cue-conditioning ook bij specifieke angsten kan worden gebruikt. Het tweede voorbeeld laat zien dat variaties op de beschreven procedure heel wel mogelijk zijn.

Praktijkvoorbeeld 1: het scherm

Willem, 26 jaar, is in psychotherapie gekomen voor de verwerking van een aantal recente traumatische ervaringen, die onder meer aanleiding gaven tot depressieve gevoelens en fobische klachten. Hij blijkt niet alleen in therapie zeer gemakkelijk in een diepe hypnotische trance te gaan, maar verkeert daarbuiten ook regelmatig in een veranderde bewustzijnstoestand. Zijn reactie achteraf na de eerste hypnosezitting, luidde dan ook: "als dit trance is, dan ben ik meer dan de helft van de tijd in trance".

Als de verwerking van de trauma's met succes is afgerond, maakt Willem melding van twee andere problemen. Ook hieraan zou hij in hypnose iets willen doen. Het eerste probleem betreft de angst die ontstaat als hij in een auto (hij rijdt zelf niet) meerijdt; het tweede zijn hypersuggestibiliteit.

De angst in auto's is ontstaan na een aanrijding een paar jaar geleden. Als Willem in hypnose is, wordt hem gevraagd een mentale toestand van kalmte en zelfvertrouwen te realiseren die hij passend vindt voor het autorijden. Als dit het geval is, knikt hij. Hem wordt dan gevraagd een gebaar te kiezen dat aan deze mentale toestand kan worden gekoppeld. Hij kiest voor zijn handen gevouwen in zijn schoot. Als blijkt dat via het aannemen van deze houding de betreffende toestand inderdaad wordt gerealiseerd, laat de therapeut hem een neutrale toestand ervaren. Dan vraagt hij hem zich voor te stellen dat hij in een rijdende auto zit. Willem doet dat en wordt steeds angstiger. De therapeut vraagt hem de betreffende houding aan te nemen en hij gaat zich steeds meer op zijn gemak voelen. Vervolgens wordt deze procedure met een andere scene herhaald.

Tijdens de volgende zitting, drie weken later, rapporteert Willem dat hij de procedure met succes in praktijk heeft kunnen brengen. Hij heeft bijvoorbeeld bij iemand in de auto gezeten die veel te hard reed. Het vouwen van zijn handen gaf hem weer de nodige kalmte. Het feit dat hij de persoon in kwestie niet heeft gevraagd langzamer te rijden, hangt samen met het tweede probleem: hij stelt zich zo zeer open voor de wensen en behoeften van andere mensen, dat wat goed is voor hemzelf er bij inschiet. Hij stelt zich automatisch voor wat anderen willen en wat hij zelf wil verdwijnt dan naar de achtergrond. Zo voelt hij zich weerloos als mensen iets van hem willen wat niet goed voor hem is. Omdat dit nogal vaak voorkomt, begint hij zich hierover wanhopig te voelen.

Het succesvol omgaan met zijn angst tijdens autorijden geeft hem evenwel hoop dat ook hier iets aan kan worden gedaan. Hij zou willen leren mensen, als dat nodig is, meer op een afstand te houden.

Willem heeft al eens eerder aangegeven dat het begrip "energie" een belangrijke rol speelt in zijn ervaringen. Als hij ziek is bijvoorbeeld, gaat hij spontaan in trance en stelt zich voor dat hij "genezende energie" naar de zieke plek in zijn lichaam stuurt. Ook nu gaat hij met die energie aan de gang. Als hij in hypnose is, vraagt de therapeut hem een beroep te doen op zijn creatieve onbewuste (een uitdrukking die hem al eerder zeer aansprak) om voor hem die geestesgesteldheid te realiseren, waarmee hij mensen op een afstand kan houden als hij dat wenst en ongewenste invloeden van buitenaf kan tegenhouden.

Willem begint een energieveld om zich heen te voelen, dat steeds sterker wordt en als een ondoordringbaar schild gaat fungeren. Hij neemt er alle tijd voor om dat schild zo sterk mogelijk te laten worden. Als hij blijk geeft van tevredenheid, vraagt de therapeut hem om deze toestand aan een passend gebaar te koppelen. Willem kiest voor een heen- en weergaande (als het ware afschermende) beweging van zijn gestrekte hand voor zijn gezicht. Als die koppeling (cue-conditioning) naar zijn gevoel is gerealiseerd, wordt hem gevraagd de ervaring van het schild te laten vervagen en een neutraal soort ontspanning te ondergaan. Daarna stelt hij zich een situatie voor, waarin hij die bescherming nodig heeft. Als hij dit zo sterk mogelijk ervaart, maakt hij het afschermende gebaar en het schild verschijnt weer om hem heen. Dit oefent hij nog een paar keer met succes.

De therapeut vraagt hem voorzichtig of het (opvallende) afschermende gebaar met zijn hand in alle mogelijke situaties gepast zou zijn. Willem reageert direkt met "ja", maar na enig nadenken komt hij tot de conclusie dat het soms beter is het betreffende gebaar heel terloops met zijn duim te maken. Als hij met dit gebaar oefent, blijkt het evengoed te werken. De therapeut merkt op dat hij bewust en onbewust kan weten dat hij niet afhankelijk is van bepaalde gebaren voor het realiseren van iets wat voor hem belangrijk is; die gebaren zijn alleen maar hulpmiddelen, die hem ten dienste staan. "Zoals een client mij onomwonden vertelde wat hij dacht toen hij thuis aan het oefenen was: 'Die therapeut kan me nog meer vertellen. Als ik met dit gebaar kan ontspannen, dan kan ik het ook op een andere manier dan kan ik het op wat voor manier dan ook'. Hij ontdekte dat hij via allerlei gebaren en in allerlei lichaamshoudingen kon ontspannen. Maar het in het begin leren van een bepaald gebaar kan wel zorgen voor een goede basis".

De therapeut vraagt Willem ook nog of het goed is zich een situatie voor de geest te halen, waarin hij een goed contact heeft met iemand anders en dat contact wil beschermen voor invloeden van derden in de buurt. Na enige aarzeling stelt hij zich dat ook voor. Hij is blij als het hem in zijn verbeelding lukt een scherm om hen beiden heen te trekken, met daar binnen een opening - een kanaal - tussen hen.

Na deze oefening wordt de zitting vrij snel afgerond. Eenmaal uit trance, denkt Willem tevreden terug aan zijn ervaringen in de afgelopen 40 minuten. Hij voelt zich veel kalmer: "zoals je 's morgens heel vroeg aan de rand van een kalm meer kunt zitten" aldus Willem.

Een maand later, en vier maanden daarna in een follow-up gesprek, vertelt Willem, dat hij deze oefening herhaaldelijk met succes heeft toegepast. Het gebaar dat hij maakte bleek steeds met zijn duim te zijn gemaakt. Hij heeft ook wel eens inadequaat gereageerd, maar dan stelde hij zich die situatie op een later moment voor in zelfhypnose en maakte het passende gebaar alsnog. Door dit soort correcties achteraf leek het adequaat reageren in volgende situaties steeds beter af te gaan.

Praktijkvoorbeeld 2: De zon

Nelleke, 30 jaar, is enige tijd in (hypno)therapie geweest voor rouwverwerking. Zij is een uitstekend hypnotisch subject en ervaart, evenals Willem, haar te grote openheid en meegaandheid ten opzichte van andere mensen als een probleem dat haar steeds meer begint te hinderen. Bepaalde mensen kunnen erg veel van haar gedaan krijgen, ook dingen die haar eigenlijk tegen de borst stuiten. Ze weten precies hoe ze haar moeten bespelen, zegt ze. Een vriend kan haar bijv. midden in de nacht opbellen met een zielig verhaal, waardoor ze zich geroepen voelt naar hem toe te gaan (hij woont aan de andere kant van de stad). Als ze bij hem komt, begint hij ruzie met haar te maken. Een buurman (en ex-vriend) kan dronken aan haar deur rammelen, waarna zij hem - tegen haar zin - binnenlaat. Nelleke zegt dat ze dit doet om burengerucht te voorkomen. Ze lijkt een vorm van hypersuggestibiliteit aan de dag te leggen ten opzichte van haar burens, vrienden en familie.

De therapeut stelt haar voor om in hypnose te zoeken naar de houding die zij in dergelijke situaties het best kan aannemen. Nelleke reageert meteen sceptisch: die zal ze toch niet kunnen vinden. De therapeut vertelt haar het voorbeeld van Willem en Nelleke roept uit, dat ze vroeger eens zo kwaad is geworden op iemand die echt helemaal over de schreef ging dat ze vanuit haar solar plexus "een brandende zon op hem had gericht". De betreffende man zou daarop van haar zijn teruggedeind.

In hypnose kan Nelleke de voorstelling van die zon gemakkelijk oproepen. Ze haalt zich allerlei situaties voor de geest, waarin ze vroeger voor suggesties van anderen door de knieën ging maar hen nu op afstand weet te houden. Ze experimenteert ook met de sterkte van de zon. Er zijn immers ook situaties waarin zij best een stralend zonnetje, aangenaam warm, voor andere mensen mag zijn. De sterkte van de zon

kan door een knop -bewust en onbewust- worden geregeld. Als ze die naar tevredenheid kan bedienen, gaat ze na hoe zij haar stem, oogopslag, gebaren en lichaamshoudingen aan de sterkte van de zon kan aanpassen. Ze ontdekt allerlei variatiemogelijkheden.

Heel tevreden ronds zij haar ervaringen af. Ze neemt zich voor om thuis elke dag in zelfhypnose te gaan oefenen. De therapeut geeft haar ten slotte posthypnotische suggesties voor een goede doorwerking van wat ze nu heeft geleerd. Een afspraak wordt gemaakt voor een zitting over zes weken.

Follow-up:

Een week later schrijft Nelleke de therapeut een uitvoerige brief. Ze schrijft onder meer: "De eerste twee dagen moest ik doorlopend aan het schakelen met de zon denken (...). In de bus of tram of winkels heb ik flink kunnen oefenen. Het "instrument" dat door mij kon worden ingeschakeld gaf mij vaak de moed om verder te gaan in vragen, antwoorden etc. dan tot voor kort mijn gewoonte was. Ik durf ook beter naar buiten. Woensdagochtend om 7 uur belde Pieter (de buurman (en ex-vriend die haar vaak in dronken buiten lastig valt) mij op. Zijn telefoon stoorde zodat ik gewoon ophing. Een kwartier later werd er aan de deur gebeld. Zonder na te denken deed ik open en daar was Pieter. Dronken etc. Ik zette de knop aan en verzocht hem te vertrekken". (Nelleke beschrijft zijn dronkemansverhaal over de wereldpolitiek dat daarop volgde).

"Tot mijn verbazing bleef ik hem vragen weg te gaan en zijn probleem onder ogen te zien in plaats van de politieke wereldconflicten daarvoor de in plaats te stellen".

"Pieter bleef mij dronken en verbaasd aankijken. Hij begon me weer bang te maken met bommen etc. Zijn telefoon was zo ingesteld dat anderen tegen hem konden praten en hij niet kon antwoorden enzovoort. Kortom hij deed of hij psychotisch was. Ik vroeg hem weg te gaan en gaf hem een oud telefoontoestel - dat nog goed is - van mijzelf mee. Hij is weggegaan!

"Die dag heb ik de dingen die ik doen moest gedaan. Het was moeilijk maar het lukte. Zaterdag zou Pieter ook op een feestje komen en hij belde mij 's morgens om elf uur dronken op. Ik moest hem bier komen brengen. Ik heb gezegd dat ik niet kon omdat ik mijn zus verwachtte,

voor voorbereidingen nog voor de avond en ik vroeg hem gewoon te doen en te gaan slapen. Ik heb ook nog gezegd dat als hij 's avonds nog dronken zou zijn hij niet zou worden binnengelaten! 's Avonds om zes uur kwam hij nuchter, vriendelijk en goed gekleed op het feestje! (...)"

(Nadat Nelleke een paar plezierige situaties heeft beschreven waarin ze de zon op zacht had gezet, schrijft ze:)

"Het zonne-instrument heeft bij dit alles een functie. Een kracht in mezelf die ik kan aanwenden als het nodig is laat mij opener zien en denken. Immers, als het nodig is kan ik mij afschermen. De rust waar ik zo naar snakke kan ik soms ook vinden. Ik heb verschillende TV-programma's, die ik wilde zien, bekeken zonder 50 keer op te springen omdat er zo nodig iets moest worden gedaan. Heel vaag begint zich nu ook een toekomst af te tekenen die onafhankelijk van Pieter zal kunnen worden gerealiseerd. Deze toekomst bestaat nog maar uit flarden maar toch denk ik dat ze op een goede dag tot een geheel kunnen worden samengebracht".

latere
follow-up
met mij

bevestigd weten

Discussie

Dit artikel ging over de hypnotische aanpak van hypersuggestibiliteit, waarin cliënten wordt geleerd om hun trance-capaciteit te beheersen en ten gunste van henzelf te gebruiken. De vraag doet zich voor of het niet evenzeer, of nog beter, had kunnen worden geschreven onder de noemer gebrek aan assertiviteit (vgl. Van der Hart, 1977). Immers, in de genoemde voorbeelden betrof de klacht het slecht voor jezelf op kunnen komen, terwijl de behandeling erop gericht was de cliënten dit voor jezelf opkomen alsnog te leren.

Subassertiviteit kan het gevolg zijn van diverse factoren. Een daarvan is het toegeven (Orne, 1966) aan andermans eisen of wensen omdat men bang is voor de consequenties als men er niet op in gaat (Nelleke gaf hier iets van aan, Willem niet). Hoewel ook zeer hypnotiseerbare mensen om deze reden - of bijv. op grond van conformisme of het feit dat ze gemakkelijk te overreden zijn - subassertief gedrag kunnen vertonen, gaat het ons hier om de factor hypersuggestibiliteit. Dit houdt in dat zeer goed hypnotiseerbare personen ook buiten hypnose gehoor geven aan suggesties, omdat hun ervaringen (waaronder hun percepties) zijn veranderd en er sprake is van een trance-toestand. Wat Bowers (1977,

p. 108) opmerkt over hypnose geldt ook voor dit soort situaties: "Hypnotic subjects are not actively trying, in any ordinary sense, to behave purposefully in accordance with role requirements (Sarbin, 1950), demand characteristics, or hypnotic suggestions. Instead, suggested events are experienced as happening to them in ways that would require active effort to resist. Somehow, an altered state of consciousness helps create this effortless involvement in the suggested state of affairs (...). It is this experiential quality of hypnosis that is so easy to neglect while emphasizing the behavioral manifestations of hypnotically suggested behavior".

Referenties:

- Bandler, R. & J. Grinder (1979), Frogs into princes. Real People Press, Moab, Utah. Nederlandse uitgave: De betovering van de taal. De Toorts, Haarlem, 1981.
- Bowers, K.S. (1977), Hypnosis for the serious curious. Jason Aronson, New York.
- Erickson, M.H. (1967), A special inquiry with Aldous Huxley into the nature and character of various states of consciousness. In: J. Haley (ed.), Advances techniques of hypnosis and therapy. Grune & Stratton, New York.
- Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1979), Hypnotherapy: an exploratory case-book. Irvington Publishers, New York. Nederlandse uitgave in voorbereiding bij Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Evans, F.J. (1967), Suggestibility in the normal waking state. Psychological Bulletin, 67, 114-129.
- Hart, O. van der (1977), Ongewone hulpmiddelen ter bevordering van assertiviteit by therapeut en cliënt. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hart, O. van der (1982), ^{Hypnotische en suggestieve therapie} ~~De renaissance van hypnose~~: een interview met Joseph Barber, Ph.D. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, in druk.
- Hilgard, E.R. & C.T. Tart (1966), Responsiveness to suggestions following waking and imagination instructions and following induction of hypnosis. Journal of Abnormal Psychology, 71, 196-208.
- Hoogduin, K. (1980), Hypnotherapie bij een vrouw met angst voor het eten in gezelschap. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Shor, R.E. (1960), The frequency of naturally occurring 'hypnotic-like' experiences in the normal college population. The Intern. Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 8, 151-163.
- Spiegel, H. (1974), The grade-5 syndrome: the highly hypnotizable person. The Intern. Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 22(4), 303-319.
- Spiegel, H. & D. Spiegel (1978), Trance and treatment. Basic Books, New York. Nederlandse uitgave: Therapie en trance. Stafleu, Alphen aan de Rijn, 1981.
- Udolf, R. (1981), Handbook of hypnosis for professionals. Van Nostrand Reinhold Company, New York.

OVER COLITIS ULCEROSA

Kees Hoogduin & Else de Haan

"Colitis ulcerosa is een ernstige ziekte waarbij een deel van het colon bedekt is met een groot aantal zweren. In de zware gevallen kan het aantal defecten zelfs zo groot zijn dat er anuweliks normaal slijmvlies tussen de ulcera overblijft. De klinische verschijnselen zijn zeer ernstig: temperatuursverhoging, diarrheën met bloed, slijm en etter, vermagering, anaemie, vochtverlies en uitputting. De ziekte heeft een acuut begin een chronisch of intermitterend verloop. De therapie is moeilijk en grotendeels symptomatisch. Men moet soms zijn toevlucht nemen tot mutilerende operaties (appendicostomie, anus praeter-naturalis, resectie van een gedeelte van het colon, enz.). Raadselachtige genezingen komen evenzeer voor als onbegrepen verslechtingen. De mortaliteit is vrij hoog" (Groen, 1947).

Omstreeks 1940 ontstond er aandacht voor psychische factoren bij het ontstaan en voortduren van colitis ulcerosa. Een van de bevindingen die deze theorie ondersteunde, was het gedrag van het colon op stress. Bij mensen met een anus praeter-naturalis prolabeerde het colon soms. Aan dit uitgestulpte colon-slijmvlies was de reactie van de darm op emoties en stress af te lezen. Als de patient aan stress werd blootgesteld of geëmotioneerd werd, trok de darm samen, het slijmvlies werd oedemateus en bloedrijk en scheidde slijm af. Soms ontstonden kleine bloedingen (Groen, 1978). Hieraan werd de conclusie verbonden dat de contractiliteit, de bloedvoorziening en slijmafscheiding van het colon beïnvloed konden worden door emoties.

De behandeling van colitis ulcerosa is gebruikelijk een medicamenteuze - Salazopyrine en Corticosteroïden - of een chirurgische behandeling. Dit laatste niet in het minst omdat 2% van de colitis ulcerosa maligne zou ontaarden. Groen (1947, 1978; Groen & Birnbaum, 1968) ontwikkelden een psychotherapeutische strategie voor de behandeling van de colitis ulcerosa.

Deze behandeling bestaat uit een individuele therapie en een milieu-therapie. De patient wordt op een zeer empathische wijze tegemoet getreden; de strategie is erop gericht zoveel mogelijk stress bij de patient te voorkomen. Met behulp van een milieu-therapie wordt geprobeerd een stressvrij therapeutisch klimaat te krijgen (Groen, 1978). Daarnaast krijgt de patient een medicamenteuze behandeling op de interne afdeling van het algemeen ziekenhuis. Groen (1978) vermeldt een

volledige genezing van 60% bij 40 patienten (follow-up van 7 - 20 jaar) en ruim 50% bij 27 patienten bij een tweede onderzoek (Groen & Birnbaum. 1968).

In vergelijking met andere auteurs zijn de resultaten van Groen uitzonderlijk. Hornby (1970) vermeldt dat genezingen door psychotherapie zelden beschreven zijn (maar Hornby heeft - aldus zijn literatuuroverzicht - Groen niet gelezen).

Samengevat zijn er aanwijzingen dat psychotherapie in samenwerking met een internist en chirurg voor colitis-patienten zinvol is. De psychotherapie heeft als uitgangspunt het vermijden van stress; bovendien zal door beïnvloeding van het milieu - eerst in het ziekenhuis en later thuis - de hoeveelheid stress waaraan de patient blootstaat, verder verminderd moeten worden.

In het onderstaande wordt een voorbeeld gegeven van een patiente met colitis ulcerosa. Zij wordt door de internist behandeld; voor psychotherapie wordt zij naar een polikliniek psychiatrie verwezen. Zij wordt behandeld met een strategie die erop gericht is irritaties en stress te verminderen.

Mevrouw IJk is vijfendertig jaar gehuwd met een sinds zeven jaar invalide man. Zij hebben drie kinderen. Sinds twee jaar klaagt patiente over hevige buikpijnen. Zij heeft haar baan als schoonmaakster moeten opgeven. Eén jaar geleden wordt de diagnose colitis ulcerosa gesteld. Mevrouw wordt voor psychotherapie doorverwezen omdat ze zich huilend bij de internist heeft beklagd over haar gezinssituatie. Haar man die zich na een aantal operaties aan de enkelgewrichten buitenshuis alleen op krukken vertoont, zou in huis wel redelijk kunnen lopen. Bovendien is hij de gehele dag bezig met zijn duiven, terwijl hij de kinderen alleen maar afsnauwt. Dit is patiente allemaal teveel geworden. Nadat het echtpaar hun visie op de gezinsproblematiek gegeven heeft, wordt besloten mevrouw een buikpijn-registratie-opdracht te geven waarbij ze datum, tijdstip van het begin van de pijn en vermoedelijke oorzaak daarvan zal registreren.

Op de tweede zitting blijkt dat mevrouw IJks pijnklachten beginnen als haar echtgenoot de kinderen afsnauwt en wanneer hij begint te fluiten (de echtgenoot heeft de gewoonte ontwikkeld op weinig muzikale wijze zijn uitademingslucht fluitend te laten ontsnappen). Mevrouw legt uit dat ze zich aan honderden dingen is gaan ergeren sinds haar man de hele dag thuis is; met het snauwen tegen de kinderen zou het allemaal begonnen zijn.

De man heeft begrip voor de bezwaren van zijn vrouw en stelt verwijtend de vraag waarom ze dat niet eerder heeft gezegd; "dan had ik het allang niet meer gedaan". Aansluitend wordt de afspraak gemaakt dat meneer zijn fluiten en snauwen achterwege laat. Mevrouw IJk zal indien het toch nog voor zal komen, een registratie bijhouden. De mogelijkheid dat het fluiten en snauwen nog wel eens voor zal komen, wordt als 'logisch' aangemerkt omdat het een jaren bestaande gewoonte is geworden. Bovendien wordt voor de echtgenoot een afspraak gemaakt bij een revalidatie-arts om verdere revalidatie nog eens te onderzoeken.

Op de derde zitting zijn de buikpijnklachten niet meer voorgekomen; de echtgenoot heeft zich goed aan de afspraak gehouden. Nu hij het effect ervan ziet, staat hij erop zijn leven drastisch te veranderen.

Gedurende de volgende zittingen slaagt mevrouw erin een aantal middagen per week voor zichzelf vrij te maken - de man past op -. Dankzij de revalidatie die grondig aangepakt wordt - drie halve dagen per week - loopt de man weer zonder krukken. Patiente gebruikt sinds het begin van de colitis acht tabletten Salazopyrine per dag; na de derde zitting halveert de internist de medicatie waarna gedurende veertien dagen een recidief optreedt. Sindsdien gebruikt zij weer acht tabletten Salazopyrine en is klachtenvrij. Bij follow-up na zes maanden is deze toestand ongewijzigd.

De hier beschreven behandeling bestaat uit niet veel meer dan enige praktische adviezen. Deze adviezen worden nogal rechtstreeks aangeboden en ook gewoon door het echtpaar aanvaard en uitgevoerd. Soms kan ook een meer sophisticated strategie nodig zijn.

Wanneer met behulp van een directieve therapie een afname van de hoeveelheid stress waaraan de patient blootstaat, bereikt kan worden, bestaat er een wetenschappelijke basis voor het gebruik van deze therapie voor patienten lijdende aan colitis ulcerosa.

Daarnaast is gebleken dat de combinatie psychotherapie en somatische behandeling bij psychosomatosen in ruimere zin effectiever is dan alleen somatische behandeling (vgl. Luborsky et al., 1975). Analyse van de effecten van de behandeling bij meerdere patienten is noodzakelijk vóór verdere uitspraken over het nut van deze aanpak gedaan kunnen worden.

Referenties

Groen, J. (1947), Psychogenese en psychotherapie van colitis ulcerosa.

Groen, J. (1978), Psychosomatische aspecten van colitis ulcerosa.

In: Hoofdstukken uit de Psychosomatische Geneeskunde, CIBA-GEIGY, Arnhem.

Groen, J. & J. Birnbaum (1968), Conservative (Supportive) Treatment of Severe Ulcerative Colitis. Israël J. Med. Sci. U (1), 130 - 134.

Hornby, L.G. (1970), Ulcerative Colitis: A Contemporary Overview.

Dis. of the Nerv. Syst. 31 (5), 338 - 343.

Luborsky, L.; M. Chandler & L. Luborsky (1975), Comparative Studies of Psychotherapies. Arch. Gen. Psychiat. 32, 995 - 1008.

Alfred Lange

Van Donderdag 28 januari tot en met Zaterdag 6 februari j.l. heb ik een training gegeven aan de staf van de klinische afdeling van de 'fakulta psikologi' in Jakarta. Het lijkt mij een goede gelegenheid om het herleven van TDT aan te grijpen om daarvan aan mijn dierbare collegae (niet ironisch bedoeld) verslag uit te brengen. Juist met zoiets betrekkelijk oninteressants als een reisverslag wil ik demonstreren dat de waarde van TDT voor mij niet hoeft te liggen in de aanzet tot prachtige artikelen in Dth, maar misschien wel meer in het uitwisselen van gedachten over de dingen waarmee we bezig zijn.

Dinsdag 26 jan. kwam ik om 18.00 uur plaatselijke tijd aan in Jakarta, na tweedaags verblijf in Singapore.

Tijdens het wachten op de bagage werd mijn naam omgeroepen. Of dr. Lange naar de information desk wilde komen. Na een opmerkelijk vlotte procedure bij de douane begaf ik mij daarheen, waar ik werd opgewacht door twee deelnemers van de training: Sukiati (man) en Farida Subardjo (Hoofd van de vakgroep Klinische psychologie v.d. Universitas Indonesia). Zij brachten mij naar mijn hotel,

Volgende morgen werd ik om 8.00 uur afgehaald door Sukiati voor een kennismaking met prof. Munandar (Dean of the faculty) en een voorbespreking met een aantal deelnemers van de training. Daarbij werd het programma van de workshop ingedeeld (zie bijlage 1).

Diezelfde middag vergezelde Sukiati - die ook verder een trouwe metgezel zou blijken - mij naar het 'monument'. Door Sukarno neergezet 'imposant' gebouw midden in Jakarta, waarbinnen een museum is, waar men de geschiedenis van Indonesië in drie-dimensionele opstellingen ziet afgebeeld.

Leerzaam voor een aankomend docent.

Hoewel de woensdagochtend gemaakte indeling vooral bedoeld was als uitgangspunt, zijn we erin geslaagd om de lijn ervan vrij nauwkeurig aan te houden. Alle onderdelen zijn aan bod gekomen, al is hier en daar van de volgorde afgeweken. Globaal bestond de training uit de volgende onderdelen:

- a) 'lecture' van ondergetekende over een bepaald onderwerp
- b) discussie over een bepaald onderwerp
- c) demonstraties m.b.v. rollenspel
- d) video-demonstraties
- e) oefenen van cursisten m.b.v. rollenspelen
- f) huiswerk in de vorm van lezen en praktische oefeningen

Getracht werd de verschillende onderdelen te verweven. Zo werd soms een video-demonstratie band stopgezet n.a.v. een bepaald algemeen punt, voor een korte lezing mijnerzijds.

Bij de eerste (openings) lezing, donderdag 28 jan., waren behalve de participanten van de training, ongeveer 30 anderen uitgenodigd, voornamelijk stafleden van de faculteit en collegae van elders. In deze twee uur durende lezing werden de belangrijkste principes van de systeembenadering in psychotherapie uitgelegd. Zoals ook bij latere lezingen werd hierbij gebruik gemaakt van 'overheadsheets', die van te voren waren geprepareerd.

De specifieke onderwerpen die tijdens de training aan bod kwamen, waren in volgorde min of meer gerangschikt naar de fasen in de therapie:

- Aanmeldingsgesprek
- Taxatie
- Monitoringstechnieken
- Contracting-technieken
- Gedragsherhaling / gedragsoefening
- Rituelen / Family life cycle
- Overdracht van verandering

Minder aan fasen gebonden onderwerpen als 'positieve connotatie', 'judo', 'paradoxe benadering', kwamen op verschillende momenten tijdens de training aan bod.

Doordat de training dagelijks was, was er slechts een beperkte mogelijkheid tot huiswerk. Desalniettemin is daarvan - vooral de eerste dagen - gebruik gemaakt.

Per dag werden bepaalde artikelen en vertaalde delen van 'Gedragsverandering in gezinnen' opgegeven, die aansloten bij het onderwerp van die dag. Het totale literatuurpakket had ik van te voren opgestuurd en was inmiddels voor de deelnemers gerepliceerd.

Ook praktische opdrachten, als 'monitoring met partner', 'afsluiten van gedragscontract' werden gegeven en door het merendeel der deelnemers conscientieus uitgevoerd.

Het laatste kwartier van elke dag werd gebruikt voor een korte evaluatie. Besproken werd in hoeverre de onderwerpen en de manier van kennisoverdracht optimaal waren. Op grond daarvan werd dan het precieze programma voor de volgende dag vastgesteld.

De eerste dagen waren voor de deelnemers het meest moeilijk. Ze kregen in korte tijd veel nieuwe begrippen en principes te verwerken. Het enthousiasme en de werklust was echter groot. Over de 11 dagen bleef de lijn van gemotiveerdheid - voorzover mogelijk - stijgen. De inbreng van sommige deelnemers, die in de eerste dagen nog zwijgzaam waren, werd steeds groter. Debet daaraan was ook de beslissing, die halverwege genomen werd, om rollenspelen in het indonesisch te doen. Eén van de deelnemers vertaalde dan voor mij. Voordeel hiervan was dat sommige deelnemers, die minder bedreven waren in het engels, nu actiever participeerden.

De laatste dagen van de training werd ook aandacht gegeven aan het vervolg. Wat te doen om de verworvenheden vast te houden en uit te bouwen? Besloten werd om een 'Center for behavioral and family therapy' op te richten (zie bijlage). Er werd een Steering Committee gevormd van vier leden (drie uit Jakarta, één uit Bandoeng). Verder werd de groep verdeeld in vier sub-groepen, die tweewekelijks een dagdeel bij elkaar zullen komen voor:

- literatuur bespreking (ik had een aantal Engelse boeken voor hen meegebracht en één deelnemer zou hoofdstukken van de Nederlandse literatuur die ik ook had meegebracht, vertalen en multipliceren).
- observatie en discussie n.a.v. de video-demonstratie banden (de vijf banden 'Directive Family therapy' waren inmiddels overgespoeld op Betamax en dus in de toekomst voor hen bruikbaar).
- oefenen van technieken m.b.v. rollenspelen
- inbreng van eigen patiënten m.b.v. audio-tapes en verslagen (intervisie)

De intervisie-groepen rapporteren aan de 'Steering Committee'. Eventuele vragen die daaruit voortvloeien kunnen worden doorgestuurd naar Nederland. Ron Ramsay en ondergetekende hebben zich accoord verklaard dit project te begeleiden. Dit zal o.m. inhouden: beantwoorden van vragen, het geven van suggesties, het sturen van nieuw materiaal waar mogelijk. Overwogen is ook om een afgevaardigde van de groep voor ongeveer een half jaar naar Amsterdam te sturen om verder ervaring met het therapie-model op te doen.

Zaterdag 6 februari was de laatste dag (tot 12.00 uur). Een deel van deze ochtend werd gebruikt voor een algemene evaluatie en voor het indelen van de groepen. Daarna was er een officieel afscheid waarbij genodigden waren onder de rest van de fakulteit. Er werden speeches gehouden met uitreiking van kado's. Ik had een Sumatraans beeld gekocht als symbool van de voortgang van de gezinstherapie voor de groep. Het was goed dat ik niet met lege handen aan deze meeting begonnen was, anders was ik beschaamd geworden door

de enorme hoeveelheid mooie kado's waarmee ik tenslotte werd overstelpt. Tot slot werd mij de aangename taak toebedeeld elk der deelnemers afzonderlijk een certificaat van deelname aan de workshop uit te reiken.

Twee uur later zat ik in het vliegtuig naar Yokjakarta, voor drie dagen sight-seeing. Na vervolgens nog een middag en een nacht in Jakarta doorgebracht te hebben, waarbij ik door twee deelnemers nog mee uit genomen werd naar het Taman-Mini, begaf ik mij nog voor drie dagen naar Sumatra. Weer een andere cultuur. Vandaar via Bangkok naar huis.

Korte terugblik: hoewel de cultuurverschillen tussen Indonesië en West-Europa niet gering zijn, zijn de principes van 'directieve' gezinstherapie zeer wel toepasbaar gebleken. Misschien is een gezinsbenadering in landen, waar het gezin zo centraal staat als in Indonesië, nog wel van meer belang - zo dat mogelijk is - dan hier. Dit neemt niet weg, dat sommige begrippen en technieken in Indonesië wat anders toegepast moeten worden. In de workshop werd aan deze 'vertaling' dan ook steeds veel aandacht gegeven. Zo zal men in veel gevallen ook 'servants' bij gesprekken uitnodigen, of grootouders. Interessant is ook de geringe mogelijkheid van positief-etiketteren als therapeutische techniek in Indonesië. In tegenstelling tot hier mist het daar zijn verrassend effect. Het is daar immers sowieso al de gewoonte. Een duidelijke confrontatie - wel met steun en begrip - is dan meer op zijn plaats.

Al met al lijkt de training succesvol geweest te zijn en bestaat er de kans dat het een verdere stimulans zal zijn - na de eerdere positieve ervaringen met de training van prof. Ramsay - tot uitbouw van deskundigheid van de psychotherapie, met name op basis van leertheorie en systeembenadering.

Kees van der Velden

Men wordt verliefd, en als de verliefdheid voorbij is trachten de partners het voorwerp van hun genegenheid te veranderen: het dient belangstelling te krijgen voor onderwerpen waarvoor het nooit belangstelling had, het moet zich meer temperamentvol uiten (of juist minder), het dient anders te spreken, anders op bezoek te reageren, zich anders te kleden, kortom: het moet anders worden, het voorwerp van verliefdheid wordt het voorwerp van agogische actie (vgl. Van Beugen, 1968).

Het slagen van deze veranderkundige inspanningen is gevaarlijk. Hetzelfde geldt voor het mislukken ervan. Beide ontwikkelingen kunnen tot het beëindigen van de liefdesband leiden.

In deze bijdrage worden de complicaties van slagen en falen besproken en met praktijkvoorbeelden geïllustreerd.

Aan het slot wordt ingegaan op de vraag waarom het niet eenvoudiger is.

Succesvolle actie

Een vrouw met feministische opvattingen valt op een Echte Man. Na genoten te hebben van diens machismo probeert zij hem tot een aan haar normen aangepast wezen te transformeren. Zij wijst hem erop dat hij de realiteit vooral verstandelijk benadert (e.d.), en na enige tijd tobt hij erover dat hij niet 'bij zijn gevoel kan komen' (e.d.), en weer later, als hij geheel blijkt aangepast aan haar wensen, realiseert ze zich dat ze hem saai is gaan vinden en dat hij haar ook libidineus niet meer vermag op te winden. Op een dag zegt ze hem dat hij weliswaar vreselijk zijn best doet om zich androgyn te gedragen, maar dat hij zich teveel naar háár richt, en te weinig naar zichzelf (e.d.). Tenslotte deelt ze hem mee dat ze gemerkt heeft toch beter met vrouwen overweg te kunnen, en dat ze intussen lesbisch is geworden. Sorry!

Sommige vrouwen zijn minder sportief dan de vrouw uit dit voorbeeld, en blijven de man tot in lengte van dagen verwijten dat hij toch nog naar voetballen op tv keek.

Het homoseksueel worden is toch nog een aardige oplossing voor het succes waar men geen raad mee weet. Er zijn vrouwen die dit niet kunnen en zich voor therapie aanmelden met de vraag hoe het toch komt dat zij steeds op de verkeerde mannen vallen.

Ander voorbeeld. Een man wordt verliefd op een ietwat onzelfstandig meisje. Als na de verliefdheid de onzelfstandigheid persisteert ergert hij zich

en dringt erop aan dat zij flinker wordt. Is zij eenmaal zelfstandig, dan heeft hij het idee dat ze hem niet meer nodig heeft en wordt hij wederom verliefd op een onzelfstandig meisje.

Conclusie: Het lijkt gevaarlijk wanneer men bereikt hetgeen men denkt te wensen.

Falende actie

Een goed voorbeeld van falende agogische actie levert mevrouw Willmacher, achtenvijftig jaar, sedert drie jaar bekend bij de SPD en alles bijeen vierentwintig jaar onder psychiatrische behandeling.

Mevrouw heeft een reeks van klachten die hierin overeenkomen dat er een vrees voor straf in tot uitdrukking wordt gebracht: angst om 'gek' te worden, angst voor ziekten, angst voor opname e.d. Bij tijden culmineert een en ander in ernstige geagiteerde depressies met vitale kenmerken, waar hoge doseringen neuroleptica en antidepressiva voor gegeven moeten worden. Ze doet met deze klachten een indringend appel op haar echtgenoot, die haar soms troost maar ook vaak zuchtend naar zijn hart grijpt. Mevrouw blijkt ook bang dat haar man ten gevolge van haar klachten een hartaanval zal krijgen.

Meneer Willmacher is een zestigjarige Joegoslavische kleermaker, die na een hersenbloeding de WAO inging, maar die nog steeds met het maken en repareren van kleding bezig is.

Het paar heeft twee kinderen, een redelijk succesvolle dochter - getrouwd - en een tot alcoholisme neigende zoon - student; wier opvoeding indertijd door mevrouw met voortvarendheid ter hand werd genomen.

Van meneer Willmacher moet het volgende bekend zijn. Hij is een serviele man, dol op wat eens zijn officiële vak was - en daarin ook uiterst competent -, met een geheel perifere positie in het gezin. Hij is afkomstig uit een Joegoslavisch dorp waarin kennelijk een gebrek aan water was. In ieder geval wast hij zich slechts tweemaal per jaar.

Wat het affectieve contact betreft: zeker respecteert mevrouw haar man - 'Mijn man is de beste kleermaker van Nederland!' -, en het lijdt ook geen twijfel of hij apprecieert haar enigermate, maar van toewijding en liefde, nee, daarvan is geen sprake.

De verhouding is symmetrisch: Hij z'n hersenbloeding en vrees voor een dreigend infarct; zij haar depressies. Doel van hem is haar tot iemand te transformeren die hem toestaat kleren te maken en tv te kijken en van tijd tot tijd seksueel contact accepteert. Doel van haar is hem tot iemand te maken die fris gewassen meegaat op bezoek en aan wie je iets hebt.

Middelen in de strijd zijn uiteraard de klachten, het naar het hart grijpen e.d.; om zijn vrouw duidelijk te maken waartoe de gedwongen seksuele onthouding leidt heeft de man de gewoonte om zijn genitaliën te omvatten en zo kreunend van pijn om zijn vrouw heen te lopen.

Pogingen om in dit patroon verandering aan te brengen mislukken. Een voorbeeld: mevrouw zou meneer geen seksueel contact weigeren wanneer deze zich gedoucht had, maar van deze mogelijkheid maakte hij slechts eenmaal gebruik. (Vraag: Had deze man een fobie voor water? Antwoord: Neen.)

Het gaat nu niet verder over wat er allemaal geprobeerd is; we gaan naar de ontknoping.

Op een dag zit mevrouw weer uitgebreid te vertellen hoe slecht het met haar gaat en ook dat haar man niks voor haar doet, maar altijd boven zit te werken of tv kijkt. De therapeut, die de stellige indruk heeft dat de man nu echt eenmaal is zoals hij is, en dat het aanhoudend werken voor hem nuttig is en goed en verstandig - deze man zou niks meer zijn als-ie het werken opgaf -, zegt mevrouw Willmacher dat ze nu echt moet ophouden haar man aan z'n kop te zeuren want dat het voor hem medisch en geestelijk het allerbeste is om te leven zoals hij doet. Punt. Uit haar onmiddellijke reactie en nog meer uit latere telefonische reacties blijkt dat mevrouw kwaad is. Ze verdraait wat de therapeut gezegd heeft ('U zei dat het mijn schuld was als hij weer een hersenbloeding zou krijgen') en beschuldigt hem ervan niet eens begrip op te kunnen brengen voor mensen in nood etc. Maar de therapeut houdt zijn poot stijf: 'Uw man heeft het nodig zo te leven en wat u van hem wil dat kan hij niet en het is bovendien niet goed voor hem.'

Aansluitend houdt mevrouw er inderdaad mee op. Ze vraagt niet meer of hij mee gaat op bezoek, maar gaat alleen. Mensen uit de omgeving reageren verwonderd: 'Wat heb jij een makkelijke man, dat je zomaar overal naartoe mag!' Hoewel ze altijd een bijna dwangmatige poetster was, krijgt ze een zekere nonchalance in de omgang met het huishouden. Haar klachten nemen in hoog tempo af. De man zegt eenmaal 'schoonheid' tegen haar, zucht niet meer, wijst niet meer naar z'n hart, en wijdt zich ongehinderd aan het kleermaken en tv kijken.

Een halfjaar later is het normaal geworden dat beiden langs elkaar heen leven. De klachten keren niet terug. Wel rapporteert mevrouw dat ze op zekere dag beseftte dat ze in het telefoonboek aan het zoeken was naar de naam Bastiaans. Piet Bastiaans was een vriendje uit haar schooltijd. Ze wilde ineens weten waar hij nu zou wonen.

Nog weer een halfjaar later is de toestand onveranderd.

Mevrouw is een flink iemand geworden zonder klachten. Het huwelijk stelt weinig voor. Meneer is blij dat hij onder de druk uit is. 't Enige dat hem nog dwarszit is dat hij niet met haar mag coïteren en daar geeft hij op de hierboven beschreven wijze uiting aan.

Conclusie: Het aanvaarden van de partner zoals ie is kan tot een desillusie leiden.

Waarom niet eenvoudiger?

Omdat men meent dat hetgeen men wil ook werkelijk datgene zal zijn waardoor men in verrukking raken zal, terwijl men datgene waarvan men in verrukking raakt nu eenmaal niet door middel van agogische actie of een ander soort van planning tot stand kan brengen. Dit gegeven verwekt veel woede. Veel mensen zijn woedend omdat alles niet is zoals zij meenden dat het zijn moest, terwijl ook hun pogingen om het te maken zoals zij menen dat het goed is op niets uitlopen. Nogal wat psychiatrische symptomen hebben tot doel datgene wat men verlangt desnoods te forceren.

Een man werkt en werkt, hij is zuinig en hij spaart. Hij is vast van plan om van zijn spaargeld een buitenhuis te laten zetten in het heerlijke Zeeuws-Vlaanderen, en daar zal hij, samen met zijn vrouw, na zijn pensioenering, nu eens echt gaan genieten. Hij gaat met pensioen, het buitenhuis is gebouwd in het heerlijke Zeeuws-Vlaanderen, hij trekt erin met zijn vrouw. En wat hem overvalt als hij daar eenmaal is is niet het machtige geluksgevoel waar hij op rekende maar een nachtige involutiedepressie. Men denkt te weten wat men zoekt maar men weet het niet. 'Als iedereen nu meewerkt en niet alleen maar het negatieve wil zien en als we allemaal iets doen - jij de afwas, jij het bedden opmaken, jij de schoenen poetsen -, dan hebben we allemaal een fijne dag' - dat is de gedachte van een moeder die het zo graag gezellig wil hebben, maar aan wie dat steeds niet lukken wil.

Wie in het voorjaar in Amsterdam naar het Singel gaat om de bloemenmarkt te zien, en precies weet wat hem daar te wachten staat, kan hoogstens constateren dat wat daar te zien is in orde is; wie verrukt terugkeert van de bloemenmarkt aan het Singel in Amsterdam heeft juist iets anders gezien dan hij zich voorstelde.

Er bestaat de neiging om te denken dat datgene wat men verlangt ook inderdaad is wat men verlangt. In nogal wat relatietherapieën wordt deze gedachte serieus genomen. De therapeut inventariseert de wensen van de een, hij inventariseert ze van de ander en hij probeert te kijken of het een een beetje dichterbij het ander gebracht kan worden - agogische actie dus.

Maar wat men verlangt is altijd iets dat in het eigen brein al tamelijk vaste vormen heeft aangenomen - men is ~~is~~ al mee bekend, zou men kunnen zeggen. Maar wat men zoekt is iets waarmee men niet bekend is, wat men niet had kunnen bedenken. Wie krijgt wat hij verlangt krijgt dus niet wat hij zoekt.

Een romantische visie? Nee. Het toch moeilijk romantisch te noemen Zen-boeddhisme accepteert dit als een nuchter feit.

Wel een zienswijze waarin aan zg. piekervaringen een zekere waarde wordt toegekend.

Veel van onze patiënten, en trouwens, ook veel collega's, zoeken piekervaringen en trachten die te bereiken door de partner aan te passen aan het beeld dat zij daarbij voor ogen hebben. Wat deze bijdrage wil aantonen is dat dat niet lukt.

Dat aanvaarding van de gegevens evenmin tot bevrediging van hetgeen men zoekt leidt werd in de paragraaf hierboven geïllustreerd.

Liefdesverhoudingen zullen dus wel altijd een element van oorlog of agogische actie behouden.

Referentie

Beugen, M.van (1968), Sociale technologie. Van Gorcum & Comp., Assen

547

17

OVER DE BEHANDELING VAN MILD AGRESSIEF GEDRAG OP SCHOOL EN
IN HET GEZIN

Kees Hoogduin
Ruud Markveldt

1. Inleiding

Wanneer een kind eens een keer scheldt of op school eens vecht, lukt het meestal wel met strafwerk, een standje, het doorpraten van het gebeurde, een waarschuwing, dit gedrag binnen aanvaardbare grenzen te houden. Soms lukt dit minder goed. Als kinderen met agressief gedrag voor behandeling worden aangemeld is er meestal meer aan de hand. Soms kan de pedagogische aanpak van de ouders hiervoor verantwoordelijk worden gesteld, soms ontstaat het ten gevolge van problemen binnen het gezin, soms ten gevolge van een minder goed functioneren van het kind zelf, bijv. wanneer er sprake is van een lichte hersenbeschadiging. In alle gevallen is het onjuist alleen het kind of alleen het kind en de moeder in behandeling te nemen. Het agressieve gedrag binnen het gezin heeft belangrijke consequenties voor dit gezin. Bovendien, zoals eerder gezegd, kan dit gedrag vaak ontstaan ten gevolge van problemen binnen dit gezin. In dit hoofdstuk worden twee voorbeelden besproken van de aanpak van agressief gedrag dat weliswaar geen rampen tot gevolg had, maar dat toch de ouders en gezinsleden voor problemen stelde.

2. De voorbeelden

Jan van der Meer is dertien jaar oud wanneer hij verwezen wordt voor behandeling van zijn agressief gedrag. Jan is de oudste van vijf kinderen. Zijn vader is hoogleraar en zijn moeder is afgestudeerd in wiskunde. Zij heeft nooit gewerkt na haar afstuderen. Jan is bij diverse hulpverlenende instanties sinds zijn zesde jaar bekend met autistiform gedrag. Hij is vroeger beschreven als contactgestoord met een goede intelligentie, maar met een

autistische psychopathia
v Asperger

ernstige rekenstoornis. Op de kleuterschool ging het nog wel, maar de leerkrachten, die een mislukking op het basis-onderwijs verwachtten, adviseerden een aanmelding bij het Medisch Opvoedkundig Bureau.

Jan heeft LOM-onderwijs gevolgd en is ook een tweetal jaren op een LOM-internaat geweest.

Zijn contactstoornis is in de loop der jaren nauwelijks veranderd. Hij leeft een geïsoleerd bestaan op school en in het gezin. Na het LOM-basisonderwijs volgt hij nu LOM-MAVO. Van de andere kinderen - over wie geen bijzonderheden te vermelden zijn - volgen drie met goed gevolg het lager onderwijs. De jongste zit nog op de kleuterschool.

De problemen, aldus de ouders die de eerste maal samen met Jan zijn gekomen, zijn enige maanden geleden begonnen.

Na zijn verblijf op het LOM-internaat - waar hij destijds wegens onhandelbaar gedrag thuis en op school naar toe gezonden was - is het jaren redelijk gegaan.

Zijn eigenaardigheden als een "specific interest" in antieke uurwerken en de makers van uurwerken - het was vrijwel zijn enige gespreksonderwerp -, zijn neiging zich te isoleren, de bokken die hij schoot in gezelschap en zijn beperkte resultaten op school, waren in het gezin min of meer geaccepteerd en na al die jaren begeleiding zonder veel verandering had men afgezien van verdere hulp.

De laatste maanden is hij echter in toenemende mate agressief geworden. Zonder dat er een aanleiding voor schijnt te zijn, slaat hij er bij zijn jongere zusjes op los, die op hun beurt hem om zijn "houterige" gedrag weer uitlachen. Besloten wordt de taxatie uit te breiden met een onderzoek van het gehele gezin.

Op die zitting wordt met behulp van de andere kinderen geprobeerd er achter te komen hoe de keten van interacties die leidt tot agressief gedrag, is opgebouwd. Al spoedig blijkt een interpunctie-problematiek. Jan stelt te slaan omdat de zusjes hem pesten. De zusjes stellen te pesten omdat hij slaat. Terwijl de ouders stellen dat Jan de laatste tijd het niet goed kan hebben dat zijn jongere zusjes vaak "het hoogste woord" hebben, terwijl hij toch de oudste is.

Zijn rol als oudste blijkt in het gezin verder in het geheel niet - terwijl Jan zelf vindt dat hij daar inderdaad bepaalde rechten aan zou moeten ontlenen, zoals langer opblijven, als hij dat wil, een duidelijk hoger zakgeld, e.d..

De agressiviteit van Jan wordt geïnterpreteerd als gedrag dat vaak gezien wordt bij jongens in de puberteit. Een gedrag dus dat goed te begrijpen is, maar dat natuurlijk gewoon niet moet plaatsvinden. Vermeden wordt de actuele problematiek als een nieuw symptoom van zijn al langer bestaande handicap te interpreteren.

Aan het einde van deze zitting wordt de problematiek samengevat en wordt een tweetal werkdoelen geformuleerd: Jan zal zijn positie als oudste in het gezin krijgen en de strijd tussen Jan en de andere kinderen dient opgelost te worden. De zitting wordt afgesloten met een registratie-opdracht. Na iedere kloppartij van Jan zal door Jan en het eventuele slachtoffer opgeschreven worden - voor de jongere kinderen eventueel met behulp van de ouders - hoe het zover gekomen was.

Tijdens de derde zitting blijkt uit de bilaterale registratie, dat Jan met slaan reageert - het gebeurde achtmaal - op (kleine) pesterijen van de andere kinderen. Tweemaal heeft het betrokken zusje dit weliswaar ontkend, maar de kinderen die er bij waren, vonden dat Jan wel geplaagd was.

De registratie-opdracht heeft ondertussen wel geleid tot een belangrijke vermindering van de botsingen. Nadat de verantwoordelijkheid van de twee partijen voor de agressieve ontlasting vastgesteld is, wordt de kinderen een voorstel gedaan om tot stoppen van de vervelende confrontaties te komen.

Jan krijgt vier gulden zakgeld per week, daar spaart hij van om grammofoonplaten en boeken over klokken te kopen. In overleg met de ouders wordt hem de mogelijkheid geboden - tijdelijk - meer zakgeld te krijgen. Zijn zakgeld wordt verhoogd tot zes gulden. Hij krijgt dit echter alleen in handen wanneer hij geen enkele maal een zusje slaat. Voor iedere keer dat hij dit wel doet, wordt 25 cent van dit bedrag afgetrokken (hij deed het achtmaal gedurende de laatste veertien dagen).

De drie jongere zusjes - zij zijn het vooral die hem plagen - veel minder, respectievelijk één, twee en twee gulden vijftig

zakgeld. Iedere keer dat zij geslagen zouden worden - inhoudend dat zij ook Jan geplaagd hebben - zou er een bedrag (10 cent, 20 cent, 25 cent) van dit zakgeld afgaan.

Tijdens de vierde zitting blijkt Jan nog maar tweemaal agressief geweest te zijn. De sfeer in huis is verder verbeterd. Na deze zitting heeft Jan zijn handen verder thuis gehouden. De volgende drie zittingen zijn gebruikt om Jans positie in huis te wijzigen van de wat "ongelukkige" jongen tot de oudste van het gezin die later opblijft, die met vader alleen bepaalde dingen onderneemt. Voor de ouders die de problemen van Jan verder wel geaccepteerd hebben, bleek het moeilijk de beschermende houding die ze voor hun probleemkind hadden, te laten varen.

Flip de Boer is acht jaar oud en zit in de tweede klas van de lagere school. Zijn ouders hebben een boerderij. Flip is enig kind. Op school zijn er de laatste tijd klachten over zijn agressief gedrag. Hij zou andere kinderen slaan en pesten. Deze vermijden hem nu zoveel mogelijk. Zijn prestaties zouden ook zijn afgenomen; hij zou zich niet goed kunnen concentreren. Hierdoor is hij zover achterop geraakt, dat hij dreigt te blijven zitten als er geen verbetering optreedt. Er zijn bij Flip lichte neurologische afwijkingen bekend: lichte spastische verschijnselen aan armen en benen. Thuis zou Flip agressief zijn. Hij scheldt soms op zijn moeder en maakt haar uit voor alles wat mooi en lelijk is. Daarna is hij angstig en komt 's avonds meermalen zijn bed uit, omdat hij bang is. Moeder neemt hem dan op schoot en brengt hem later weer naar boven. Moeder vertelt dat Flip zo moeilijk is geworden nadat ze vier jaar geleden twee weken opgenomen is geweest voor een operatie. Geleidelijk zijn de problemen toegenomen, de laatste maanden dusdanig dat behandeling gewenst is.

In het eerste gesprek blijken de ouders het weinig met elkaar eens te zijn over Flip:

Vader bagatelliseert de klachten: "Hij is niet zo bang, het treiteren valt wel mee, alle jongens vechten weleens".

Moeder benadrukt dan hoe erg het is. Bovendien: heeft hij een "liftfobie", wat ze heel begrijpelijk vindt want zij is

zelf ook benauwd om in een lift te stappen.

Vader heeft van deze fobie nooit iets gemerkt. Moeder vindt dat vader zich meer met Flip moet bezighouden. Vader antwoordt dat hij altijd kritiek van haar krijgt over de wijze waarop hij dat doet: "Ik geef 'm wel es een tik en dan is het huis te klein". Moeder beaamt dit en zegt dat je moet praten met een kind en dat slaan uit den boze is. Vader is van mening dat zij Flip te lang op laat als hij 's avonds uit bed komt en moeder stelt dat een angstig kind getroost moet worden.

De verwijten worden iets persoonlijker: Flip kan er niets aan doen dat hij zo is. Hij heeft geen echt identificatiefiguur: "m'n man is soms net een verwend kind en op sommige momenten ook een bruto en een hork". Vader zegt dat hij het verhaal wel kent en dat het nooit goed is. Er volgt nu een lange, verwijtende monoloog van moeder die vader, zwijgend, naar buiten kijkend, over zich heen laat gaan.

De voorlopige taxatie is dat er bij de ouders geen overeenstemming is over welk gedrag als ongewenst aangemerkt moet worden en wat de sancties hierop moeten zijn. Het lijkt bovendien niet onwaarschijnlijk dat conflicten tussen de ouders over het hoofd van Flip worden uitgevochten.

De therapeut onderbreekt de monoloog en concludeert dat Flip blijkbaar een zeer actief kind is. Hij benadrukt dat deze actieve kinderen de ouders voor extra opvoedingsproblemen stellen. Wanneer de ouders dan ook nog verschillende opvattingen hebben over de oplossing van deze problemen, ontstaan er nog meer problemen.

Het belang van overeenstemming over welke gedragingen niet aanvaardbaar zijn en hoe dat gedrag aangepakt moet worden, wordt benadrukt.

Vervolgens wordt de zitting beëindigd met het verzoek aan de ouders de volgende keer een lijstje mee te brengen met gedrag van Flip, dat pedagogische maatregelen vraagt.

Bovendien krijgen ze het advies iedere avond de diverse gebeurtenissen van de dag samen door te spreken. Tijdens de volgende zitting blijken de ouders en Flip het eens geworden, dat schelden tegen moeder, vechten op school, het pesten van de kat en de geit, niet meer zou moeten gebeuren. Ook komen de slechte schoolresultaten opnieuw ter sprake.

Het rekenen en vooral het foutloos maken van de tafels gaat hem slecht af.

Aan het gezin wordt het principe van teveel en te weinig uitgelegd. Tekortschieten op het ene gebied wordt "bestraft" met een verplichte activiteit op een ander gebied.

Anders gezegd, in plaats van Flip straf te geven als hij moeder uitscheldt, op school vecht of de kat pest, zal hij voortaan als zoiets is gebeurd, tafels gaan maken.

Flip en zijn ouders gaan hiermee accoord, afspraken worden gemaakt:

- na elk scheldwoord tegen moeder: vijf minuten op zijn kamer tafels maken.
- na elke keer vechten of na één keer kat of geit pesten: vijftien minuten tafels maken.

Moeder gaat registreren hoe vaak het voorkomt. Ze zal bovendien de onderwijzer van Flip vragen het vechten op school te registreren. Vader wordt gevraagd samen met Flip de tafels na te kijken. Tijdens de volgende zitting wordt duidelijk dat Flip iedere dag wel enige tafels heeft moeten maken. Zijn gedrag thuis en op school is echter al flink verbeterd. Moeder vertelt voor het eerst weer hoop hebben "dat het allemaal weer goed komt". Tijdens deze zitting wordt het "uit bed komen van Flip" besproken. Aan Flip wordt duidelijk gemaakt dat hoewel het begrijpelijk is dat hij steeds zijn bed uitkomt als hij bang is, het noodzakelijk is te leren dat bang zijn een gewoon verschijnsel is. Alle mensen kennen dit en leren er mee om te gaan. Aan de ouders wordt uitgelegd hoe moeilijk het voor een kind is bij bang zijn in bed te blijven, wanneer beneden hun ouders, warmte en gezelligheid wachten. Besloten wordt tot de volgende afspraak: Flip zal proberen als hij bang wordt toch in bed te blijven. Als de angst te sterk wordt zal hij naar beneden gaan om geruststelling bij zijn ouders te zoeken. Deze zullen hem zeggen dat er geen reden tot bang zijn is en hem vriendelijk maar wel direct weer naar bed brengen (zie hoofdstuk XX).

Vervolgens wordt besproken hoe vader zich meer met Flip kan bezighouden. Hij zal Flip in het weekend voortaan naar bed brengen. Bovendien zal Flip iedere dag enige tijd met vader op de boerderij gaan werken. Een maand later...

Een maand later blijkt Flip niet meer op school te vechten, het schelden is afgenomen tot een enkele keer per week en het pesten is verdwenen. Aanvankelijk heeft de kat van de boerderij ernaast het even te verduren gehad, maar ook dit pesten is door moeder in het programma opgenomen. De afspraken met vader bevallen zowel Flip als vader goed en worden gehandhaafd.

Drie maanden later komt Flip zijn rapport laten zien. Hij is over en zeer tevreden, evenals zijn ouders. De ouders blijven overigens nog in relatietherapie (15 zittingen).

In follow-up gesprekken na zes maanden en na achttien maanden, blijkt het nog steeds goed te gaan met Flip. Hij is weer over met goede cijfers en zijn moeder vertelt tijdens het laatste gesprek, een jaar na afsluiting van de behandeling van de ouders, dat er vriendjes thuis komen spelen en dat de kat tegenwoordig zelfs bij hem komt zitten.

3. Bespreking

Bij de hier gegeven voorbeelden gaat het steeds om mild-agressief gedrag binnen gezinnen waar een goed affectief klimaat heerst. Het zijn ook zogenaamde "nette" gezinnen waar de relatief kleine ontsparing toch vrij ernstige repercussies hebben. De strategie waarbij afspraken gemaakt worden en waarbij deze afspraken ook nagekomen worden is alleen maar toepasbaar binnen een gezinstructuur waar nog naar elkaar geluisterd wordt.

Bij beide kinderen is meer aan de hand dan alleen wat ontspoord gedrag. Jan is al jaren bekend met autistiform gedrag. Flip heeft een lichte hersenbeschadiging met als gevolg o.a. lichte spastische verschijnselen aan armen en benen. Vaak valt waar te nemen, dat juist deze kinderen binnen een verder "normaal" functionerend gezin ten gevolge van spanningen en problemen binnen het gezin in de problemen komen.

Het gevaar bestaat dat de bestaansbare afwijkingen als belangrijkste oorzaak gezien worden voor bijv. de hier beschreven gevallen van agressief gedrag. Het gevaar van een dergelijke gedachtengang is dat de gewone psychotherapeutische maatregelen nagelaten worden (verg. Schuurman, 1977; Lindeboom, 1980).

De gevolgde strategie bestaat bij de behandeling van Jan uit een herform-lering van de problematiek, een uitvoerige registratie en een beloningsprocedure voor Jan en voor zijn zusjes, alsmede herstructurering van het gezin met nadruk op een verandering van Jans positie in dit gezin.

Bij de behandeling van Flip wordt gebruik gemaakt van het principe van "teveel en te weinig". Deze bijzondere vorm van een (zelf) bestraffingsprocedure is goed bruikbaar bij kinderen met een bepaald ongewenst gedrag. In aansluiting aan het uitvoeren van ongewenst gedrag voert het kind een vantevoren overeengekomen activiteit uit die nuttig of plezierig is, maar waar het kind niet of te weinig aan toe komt. Dit kan zijn, zoals in dit voorbeeld extra tafels maken, ook extra inspanning op het sportieve vlak, maar ook bijv. de eigen kamer opruimen. De uitvoering van deze activiteiten contingent aan het ongewenste gedrag is op te vatten als een vorm van positieve zelfbestrafing. Onder positieve zelfbestrafing (vgl. Thoresen & Mahoney, 1974) moet verstaan worden het zelf verwijderden van vrij tot de beschikking staande reïncers nadat een specifieke ongewenste respons is opgetreden, bijv. het verscheuren van een tientje na iedere ongewenste eetaanval. Response-cost en time-out zijn bijzondere vormen van deze positieve zelfbestrafing en vergelijkbaar met de uitvoering van de zo nuttige, maar inspanning kostende activiteit. Hier worden positieve bekrachtigers als gezelschap, de luie stoel, tv kijken, warm bij de open haard zitten, vrijwillig opgegeven voor overeengekomen activiteiten. De onaangename kant van het uitvoeren van deze nuttige activiteiten kan tenslotte zo belangrijk zijn dat er gesproken moet worden van negatieve zelfbestrafing (verg. een halve kilometer "tijgeren" op bevel van de korporaal omdat er een knoop aan het uniform ontbreekt: deze oefening is goed voor het lichaam, maakt je een meer geoefend soldaat, maar niemand zal deze nuttige aspecten voor ogen hebben: de zware lichamelijke inspanning wordt simpel als een zware straf beleefd).

Zo kan ook een kilometerslange fietstocht consequent in aansluiting aan een ongewenst gedrag uitgevoerd, de eerste

tijd nog als een positieve zelfbestraffing gezien worden - het nuttige overweegt - maar wanneer op die regenachtige dag voor de derde maal het "karretje" gepakt moet worden, overweegt toch het onaangename (negatieve zelfbestraffing). Daarnaast biedt deze strategie het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van wel gewenste activiteiten. Deze combinatie zou de kans op succes bij de behandeling van het ongewenste gedrag groter maken (vgl. Holz et al., 1963). Het principe van "teveel en te weinig" vertoont enige overeenkomst met het benevolent ordeal zoals dit door Haley (1963) is beschreven. Watzlawick (1974, p.171) spreekt van vervlechting van twee problemen. Tekortschieten in de ene sfeer wordt bestraft met een verplicht initiatief in de andere sfeer, bijv. een student heeft moeilijkheden met zijn studie en contactproblemen met meisjes: wanneer hij een bepaalde studietaak niet verricht, zal hij een afspraak moeten proberen te maken met een meisje. Aldus kan een verbetering in beide sferen verkregen worden (vgl. ook Haley, 1977, p.48 en Rabkin, 1977, p. 91-92).

Wanneer een vervelend ongewenst gedrag of symptoom na behandeling verdwijnt, valt het nogal eens waar te nemen dat ook op ander gebied klachten afnemen of een ontwikkeling weer op gang komt en nieuwe vaardigheden verworven worden. Vanuit dit standpunt bezien is het arbitrair welk probleem of klacht in behandeling genomen wordt. De therapeut doet er echter verstandig aan een symptoom te kiezen, waarbij de kans op succesvolle behandeling groot is (zie Hoogduin, 1980). Ouders en kind krijgen daardoor meer vertrouwen in de behandeling en er ontstaat een positieve verwachting. Deze factoren kunnen mogelijk ervoor zorgen, dat moeilijk te behandelen klachten zonder verdere inspanning van de therapeut "spontaan" verdwijnen (zie ook Forehand, 1977).

Temperament and Development
Stella Doss and Thomas & odd.

Cognitively-stimulated study lab

- habitus

- expression

- secondary resp. lab

plaidoni pas je opvoeding
ce temperat va lina

Bruner & Lewis

LITERATUUR

- Forehand, R. (1977), Child Noncompliance to Parental Requests Behavioral Analysis and Treatment. In: M. Hensen, R.M. Eisler & P.M. Miller. Progress in Behavior Modification, Academic Press, New York.
- Haley, J. (1963), Strategies of Psychotherapy Grune & Stratton, New York.
- Haley, J. (1977), Problem Solving Therapy Jossey Bass, San Francisco.
- Holz, W.C., N.H. Azrin & T. Ayllon (1963), Elimination of Behavior of Mental Patients by Response-produced Extinction, J. Exp. Analysis of Behavior 6 (3), 407-412.
- Hoogduin, C.A.L. (1980), Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lindeboom, J. (1980), Begeleiding van patiënten met hersenletsels. In: J.J. Diamat, H.F.A. Wiesfeldt, R. Haaxma, Neuropsychologie in Nederland. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Rabkin, R. (1977), Strategic Psychotherapy, Basic Books, New York.
- Schuurman, J.A. (1977), Revalidatie van gedragsdeviaties bij cerebraal gestoorden. Dissertatie-privédruk, Maastricht.
- Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974), Behavioral Self-Control. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Watzlawick, P., J.H. Weakland & R. Fish (1974), Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer.