



Tijdschrift voor Directieve
Therapie / januari 1983
Jaargang 9 Nummer 2

Jaargang 9, nummer 2, januari 1983

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Dick N.Oudshoorn	De behandeling van een jongen met aanvallen	5
Alfred Lange	Over leertherapie	14
Kees Hoogduin & Willem Hoogduin	Mislukking en succes bij de ambulante behandeling van patiënten met dwangverschijnselen	
Leen Joele	Bis zum Kotzen	30
Alfred Lange	De combinatie van een paradoxale en congruente strategie	34
Kees Hoogduin	Pedagogische omzwervingen	50
Kees van der Velden	Anna Karenina en de plastic zak	52
Kees Hoogduin & Willem Hoogduin	Over heretiketteren en het gebruik ervan bij dwang	58

Redactiesamenstelling: mogelijk ongewijzigd

Omslag: geen

Wij betwijfelen of het gelukt is de heer Van der Hart voor onze redactie te behouden, maar evengoed begroeten Wij U hartelijk en wensen wij U een gelukkig, een gezond en een relatieproblemenvrij 1983! (Eigenlijk mag dat niet meer, Nieuwjaar wensen, maar U vindt het niet erg als Wij dat desniettemin toch doen.)

Men kan natuurlijk zeggen: 'Ja, ho, wacht even, kijk uit, de heer Van der Hart is misschien wel door niemand ingelicht omtrent deadline en datum van samenkomst.' 'Akkoord', zo zouden wij in dat geval willen repliceren, 'akkoord, maar de heer Van der Hart heeft ook helemaal nergens naar gevraagd.'

Het gaat raar en vreemd met de directieve therapie. De wereld is een chaos, of misschien moeten Wij zeggen: de wereld gelijkt wel een chaos, want als Wij zeggen: de wereld is een chaos, dan gelijkt het of Wij weten wat de wereld is, en dat doen Wij niet. Dus: de wereld gelijkt een chaos en wij worden gedreven door duistere krachten. Die toevoeging bevalt Ons wel: wij worden gedreven door duistere krachten, al zijn Wij er niet zeker van of dat wel kan: duistere krachten. Als de krachten duister zijn, hoe kunnen Wij dan weten dat het krachten zijn, en dat het bijvoorbeeld niet om één kracht gaat? Laten We een ogenblik aannemen dat de krachten niet helemaal duister zijn, maar, bijvoorbeeld, halfduister, of driekwart duister. Ook dan komen Wij er niet helemaal uit, want als de krachten voor de helft of voor driekwart duister zijn, dan betekent dat niet alleen dat zij voor de andere helft of voor één kwart licht zijn, maar ook dat Wij ten naaste bij een schatting kunnen geven van de volledige omvang van de krachten, en dat kunnen Wij niet.

'Wie zegt dat de heer Van der Hart ergens naar had moeten vragen?', kan het weerwoord luiden. Tja, dat zegt niemand. De heer Van der Hart móét niets. Inderdaad. Het is hier de Sowjet-Unie niet. Stel je voor. Beeld je in. Nee, de heer Van der Hart is niet verplicht...

'Vindt U dan dat Wij de heer Van der Hart hadden moeten bellen om hem de deadline en de datum van samenkomst door te geven?', zo vragen Wij. De wereld gelijkt een chaos en het gelijkt of wij gedreven worden door onbekende krachten. Dat is beter. Dat wil zeggen: het gelijkt beter. Want als Wij zeggen dat het gelijkt of wij door onbekende krachten gedreven worden, gelijkt het of Wij enig benul of idee zouden hebben van hoe het is om door onbekende krachten gedreven te worden, en dat hebben Wij, gezien de onbekendheid van de krachten, juist niet.

'Ja', zullen sommigen zeggen, 'Als U de heer Van der Hart expliciet had uitgenodigd, dan had U thans geweten hoe of wat. Had hij kopij ingezonden

dan had U geweten dat hij wilde meedoen. Had hij dat niet gedaan dan had U een reden om te zeggen: de heer Van der Hart doet niet mee.'

'O', zo antwoorden Wij, 'is het tegenwoordig zo dat men ook onder vrienden officiële bewijzen moet gaan verzamelen? Mag men niet vertrouwen dat vrienden van elkaar op aan kunnen? Hadden Wij soms ook afluisterapparatuur moeten plaatsen bij Onze telefoon?'

'U overdrijft en U maakt zich belachelijk. U spreekt van vriendschap en U maakt de heer Van der Hart te schande. U spreekt van vertrouwen en U hebt nagelaten de heer Van der Hart een simpele datum door te geven. U moet zich schamen.'

'Nee, nou is 't ie helemaal mooi! Waarom heeft één van U de heer Van der Hart de datum niet doorgegeven? Wij zijn Hoofdredacteur, ja, maar Wij zijn geen loopjongen!'

Of het nu kan of niet: Wij begrijpen weinig van de wereld, wij kunnen weinig voorspellen omtrent 's mensen gedrag, wij kennen doel noch bestemming, wij hebben vrede maar weten niet waarom, wij hebben het minimumjeugdloon en weten niet waarom, wij zijn soms gelukkig en snappen het niet; wij ouwehoeren maar wat af. Sommigen gaan samenwonen, anderen scheiden. De een doet zus, de ander zo. De een gaat een inrichting in, de ander gaat er uit. En zo hebben Wij nog véél meer voorbeelden! En om in deze ongrijpbare, curieuze, eigenaardige, onvoorspelbare wereld een begin van een herinnering van een schaduw van een afspiegeling van iets dat op ordening lijkt aan te brengen besloten U en Wij toe te passen: directieve therapie. Zo en niet anders was het.

'Geen loopjongen. Het op de hoogte brengen van een vriend is het werk van een loopjongen! Een schrijfmachine hebben wij U gegeven, een snijapparaat, wij hebben U bijgestaan in moeilijke tijden, kasten getimmerd, wij hebben met U gegeten, U liefde gegeven, banen voor U geregeld, we hebben Uw naam hooggehouden, met eerbied over U gesproken, wij hebben U als een broer behandeld, en wat doet U? U noemt een dienst van een vriend het werk van een loopjongen.'

'Sorry.'

'Laat dat maar, dat sorry. Gebreken van U hebben wij door de vingers gezien, ernstige gebreken...'

'Ik bel Onno wel.'

'Heel ernstige gebreken.'

'Ik bel nu.'

Een paradox? Leuk. Een metafoor, een ABA-oefening, enige zelfcontrole. Een advies. Een aardige gedachte. Zo was het ongeveer. Nooit gedacht dat het meer was. Het is trouwens al veel.

Nooit aan Punten gedacht, aan dat we het wisten, aan dat we het begrepen. Nooit gedacht dat we het raadsel of de raadsels konden oplossen. Nooit gemeend dat we wisten waarom iemand van zijn kind houdt, of juist niet; of waarom iemand ergens om moet lachen; of waarom iemand ophoudt met eten. Misschien hebben we het ooit weleens heel even gedacht, wat geeft dat, maar echt geloofd hebben we het niet.

Wat gebeurt? Een jonge psycholoog laat op zijn briefpapier drukken: directieve therapie en hypnose. ('Waar komt U voor?' 'Ik kom voor hypnose.')

Een groep jongeren richt een vereniging op. Er worden workshops gehouden. ('Ik ben er volgende week niet, ik ben naar de workshop.') Zeig vraagt Ons en Ons vraagt Zeig en Van Trommel vraagt Van Dyck en Van Dyck vraagt Lange en Lange gaat met Van Trommel in een nieuwe vereniging als Van der Velden ook lid mag worden en Van der Hart kan niet want Van der Hart geeft een training en de training geeft punten en de punten tellen voor de cursus en de cursus telt voor de OEP en de OEP kan alleen met de vereniging want anders wordt het de SPD of het LGV of de preventie ('Ik? Ik ben van de afdeling preventie.') want die zitten in de Riagg samen met het vroegere IMP wat nu de OEP is met een screen, met intervisie, met een team, met life consultatie, met interventies, indicatiestelling, met rogeriaanse therapie, met Gestalt, met gezinstherapie, analytische therapie ...

'Bel maar niet. U bent dankzij ons redacteur geworden, maatschappelijk werkertje! Dankzij ons bijzonder lid van de Vereniging voor hypnotherapie, eindredacteur, supervisor. Nooit hebben we om dank gevraagd. We dachten dat U het wel begreep, maar we hebben ons vergist. U bent pedant, arrogant, zelfgenoegzaam. U profiteert van wat anderen voor U bereikt hebben. U bent lui. Waar zijn de tekeningen op het omslag? Waar is Uw artikel over taxatie?, over tandenknarsen?, over pillen? U bent gaan geloven dat U echt wat bent. U voelt zich te chique om de heer Van der Hart te bellen, om Uw beloftes na te komen. U bent een omhooggevallen sociaal werker met ulo!'

U. en godzijdank nu ook directieve therapie en er zijn jonge krachten die interventies richten op de cognities van het stelsel, en voor wie de wereld bestaat uit een paradox, een metafoor, een ABA-oefening, zelfcontrole en een opdracht.

Wij drinken nog steeds niet. Honderdzesendertig dagen nu. Ervoor honderd-zestien dagen. Ertussen zes weken.

Dit nummer.

Een mysterieuze zaak is de bijdrage van Dick N.Oudshoorn. Bestaat er wederom hystero-epilepsie? Had Johan van Hees ongelijk? Is alle wetenschap dan toch

voor niets geweest? Automatisch schrijven, Wij dachten dat het alleen met pen of potlood kon, maar Dick N. heeft een machine waarmee dat kan, een hypnotische tekstverwerker voor trance typoscript.

Hoewel Wij maar sociaal werkster zijn, hadden Wij toch wel graag enkele meer recente neurologische werken in de literatuuropgave gezien, om meer over deze nieuwe epilepsie te lezen.

Alfred Lange schrijft over leertherapie. Het soort therapie dus waarin men leren kan zijn eigen blinde vlekken en weerstanden te onderkennen, te analyseren en ... te overwinnen. H.R.Wijngaarden raadde ons indertijd in het Tijdschrift voor psychotherapie al iets dergelijks aan. Hij vond dat we op een te botte manier besloten dat het met een bepaalde patiënt nu eenmaal niet zou gaan. Lange neemt dit idee over en werkt het uit.

Kal & Willem vatten samen hetgeen bekend is geworden omtrent de ambulante behandeling van dwangverschijnselen en ondersteunen hun conclusies met onderzoek (wat vermoedelijk toch de enige manier is om uit de sfeer van het ge-o.h. te komen).

Joele vervolgt zijn verslag van de behandeling van een brakende vrouw. Hij maakt haar boos.

Alfred Lange presenteert een (verbeterde?) versie van de eerder in Dth door Rijntjes beschreven combinatie van paradoxale en congruente opdrachten. Lange deed dit eerder dan Rijntjes. Hij beschrijft niet alleen stralende resultaten. Hij appelleert aan de behoefte van mensen elkaar te helpen. Kal geeft aan hoe hij de omgangsvormen in een gezin eleganter maakt. Van der Velden tracht Tolstoj te corrigeren.

Kal & Willem integreren alles wat bekend is over de behandeling van dwang. Ditmaal Kromhout.

Wij worden steeds korter in het aankondigen van de artikelen. Wij twijfelen eraan of Wij eigenlijk wel duidelijk zijn geweest in onze voorgaande beschouwing, en die twijfel maakt onze mond droger, doet ons hart sneller kloppen en doet ons zoeken naar woorden.

Wij groeten U zeer.

De Hoofdredacteur

DE BEHANDELING VAN EEN JONGEN MET AANVALLEN

Dick N. Oudshoorn

Dit artikel stipt het gecompliceerde probleem aan van epileptische en op epilepsie gelijkende aanvallen. In deze gevalsbeschrijving wordt een hypnotische techniek gehanteerd om zelfcontrôle over aanvallen aan te leren. De hypnose is tevens benut om de oorzaak op te sporen.

Inleiding

Verschillende aanvalsgewijze optredende syndromen stellen de neuroloog en de psychiater telkens weer voor een moeilijke opgave. Met name als de aanvallen aan *epilepsie* doen denken. Klassiek is de vraag of de 'insulten' van patiënt X op epilepsie of op 'hysterie' berusten. *Epilepsie* gaat gepaard met plotseling optredende hypersynchrone activiteit van vele hersencircuits. Electroencefalografisch onderzoek (EEG) geeft daarbij lang niet altijd uitsluitsel tenzij er toevallig een aanval kan worden geregistreerd. Spasmen en schokkende bewegingen worden niet als overtuigende aanwijzingen voor 'grand mal epilepsie' beschouwd, maar als de patiënt daarbij op de tong bijt of de urine laat lopen is de diagnose epilepsie waarschijnlijk. Ontbreken laatstgenoemde verschijnselen en plegen de aanvallen in aanwezigheid van anderen op te treden, dan wordt de diagnose 'hysterie' al spoedig overwogen.

Deze overwegingen zijn inmiddels ten dele achterhaald door nieuwe inzichten. Deze komen samengevat op het volgende neer:

- a) Wat tot dusverre met de term 'hysterie' met een zekere minachting werd afgedaan (alsof de patiënt zich zou aanstellen of zou simuleren), heeft eerherstel gekregen door de herontdekking van allerlei psychische processen die onder het begrip *dissociatie* zijn samen te vatten;
- b) Terwijl het klassieke klinische denken veelal op *of-of denken* neerkomt, breekt het besef baan dat zulke klinische problemen talrijke aspecten hebben die elkaar niet per se behoeven uit te sluiten doch elkaar

integendeel kunnen aanvullen. Neurologie en psychiatrie 'bedienen' zich van hetzelfde orgaan: het centraal zenuwstelsel. Beide disciplines bestuderen hersenactiviteit met topografische, cybernetische en informatie-aspecten; bij de psychiatrie staat met name het laatste centraal. De input van informatie verloopt via de zintuigen (zodat ook op het zintuigelijke vlak somatische en psychiatrische factoren een rol kunnen spelen). Alle waarneembare activiteit -zowel de psychische als de neurologische- manifesteert zich over diverse hersencircuits via de zg 'final common pathway' in het lichaam, met motoriek, spraak en ook onwillekeurige orgaanactiviteit. Neurologische en niet-neurologische aanvallen hebben tenminste twee gemeenschappelijke kenmerken:

- Er is sprake van plotseling contröleverlies;
- Ze manifesteren zich voor een groot deel langs dezelfde zenuwbanen.

De onderscheiding is moeilijk, maar wel belangrijk voor de in te stellen behandeling. Men kan alle hier bedoelde aanvallen in drie groepen indelen:

- 1) Aanvallen met uitsluitend epileptische aspecten (zuiver een kwestie van abnormale en zinloze hersenactiviteit), waarvan er weer diverse types bestaan;
- 2) Aanvallen met epileptische en psychiatrische aspecten (bv. een echte epileptische aanval die is uitgelokt door een psychische factor, of een epileptische aanval die zich voortzet in een psychiatrisch syndroom, bv. een schemertoestand, of afwisselend bij een patiënt optredende aanvallen met en zonder epilepsie);
- 3) Aanvallen zonder epileptische aspecten.

(Nota Bene: 'psychogene aanvallen' is een term die zowel op aanvallen zoals bedoeld onder 2) als onder 3) betrekking kan hebben!)

Wil men goede diagnostiek en therapie bedrijven dan is het niet voldoende om epilepsie op grond van neurologisch onderzoek aan te tonen of uit te sluiten, maar dient

APR: Spinal en hinde Nerves ↓
AL: mist afcheques hi fracties case ven: vidi rici
verschillen wana ik dech dch
hypo-reflectieve werke

men tevens naar positieve aanwijzingen te zoeken voor aannemelijke psychiatrische aspecten. (Een soortgelijke opmerking kan gemaakt worden bij syndromen als migraine, astma enz.)

In mijn leerboek zal ik uitvoeriger op deze problematiek ingaan. Hier wil ik eerst een jongen van elf jaar beschrijven en daarna het artikel met een korte discussie afronden.

Gevalsbeschrijving

Koos is elf jaar en zes maanden oud als hij door de neuroloog ter observatie op de kinderafdeling wordt opgenomen. Hij lijdt sinds een jaar aan aanvallen die in frequentie en hevigheid zijn toegenomen. De diagnose is aanvankelijk gesteld op epilepsie; hij gebruikt dan ook 5 x 50 mg Diphantoïne per dag. Omstreeks dezelfde tijd heeft hij moeilijkheden gekregen met het zien; de oogarts heeft soms een gezichtsvermogen van 0,3 gemeten, maar op andere momenten weer een ongeveer normale visus.

Anamnese. De anamnese levert vanuit kinderpsychiatrisch perspectief geen duidelijke aanknopingspunten: Vader is bakker en moeder helpt op zaterdag in een winkel. Er heerst een prettige en redelijk open sfeer in het gezin; er is nog een twee jaar jonger zusje.

Zwangerschap, geboorte en vroege kinderlijke ontwikkeling van Koos zijn zonder problemen verlopen. Hij heeft nimmer driftbuien, gedragsmoeilijkheden of kinderneurotische verschijnselen gehad. De gang naar de kleuterschool en de lagere school heeft al evenmin problemen gegeven. Koos heeft zich tot dusverre ontwikkeld tot een gevoelige en onderdanige jongen, die alles van een ander pleegt aan te nemen.

Ten tijde van het begin van zijn klachten toont hij lichamelijke tekenen van het begin van de puberteit (lengtegroei en beharing) maar hij laat niets van de geijkte gedragsveranderingen zien. De aanvallen treden als tot opname wordt besloten, soms wel twintig maal per dag op.

Onderzoek. Neurologisch onderzoek brengt niets afwijkends aan het licht; het EEG is licht afwijkend, met onder meer

teveel theta links temporaal; de CT-scan is niet afwijkend. De neuroloog twijfelt mede op grond van de klinische observatie van de aanvallen aan de diagnose epilepsie en roept de kinderpsychiater in consult.

Uit de rapportage van de verpleegkundigen blijkt dat een aanval meestal als volgt verloopt: Koos is ergens mee bezig, spert dan plotseling de ogen wijd open en ook de pupillen worden zeer wijd. Hij is dan niet langer aanspreekbaar, transpireert sterk en gromt. Soms treden er spasmen op, gevolgd door ongecoördineerde bewegingen met armen en benen. Na verloop van twee tot vijf minuten is de aanval voorbij en daarna is hij korte tijd verward en klaagt hij vaak over hoofdpijn; hij herinnert zich na afloop niets van het gebeurde. Wanneer een aanval optreedt als hij loopt, valt Koos languit voorover. Aanvallen blijken ook in bed voor te komen en worden dan min of meer bij toeval ontdekt. Na verloop van een week verandert het beloop in zoverre dat Koos als een robot of slaapwandelaar wegloopt; als de verpleegkundigen hem willen tegenhouden verzet hij zich wild. Na veel aandringen wordt hij dan geleidelijk weer aanspreekbaar.

In het eerste gesprek legt Koos gemakkelijk contact met me, maar toont hij zich wel wat angstig. Bewustzijn en oriëntatie zijn normaal en de specifieke psychische functies zijn niet gestoord. Koos kan zich van de aanvallen niets herinneren, antwoordt hij desgevraagd, en hij weet er ook geen aanleiding voor.

Wat opvalt is de gelijkenis van deze aanvallen, zoals ze door de verpleegkundigen worden beschreven, met *hypnotische* verschijnselen. Koos blijkt bij navragen gemakkelijk in een spontane trance te geraken, bij het lezen van een boek of bij een spannende film op de televisie. Op een gestandaardiseerd onderzoek naar de mate van hypnotiseerbaarheid volgens Spiegel & Spiegel (1981) scoort Koos hoog (Te weten 4 à 5, met een 'intact profiel'). Hoewel zulke bevindingen epilepsie ^{niet} ~~per se~~ uitsluiten, leveren ze anderzijds wel argumenten voor de volgende -voorlopige- *werkhypothese*:

1) Er is sprake van aanvalsgewijze optredende pathologische

tranceverschijnselen en er zijn tekenen die erop wijzen dat Koos in die veranderde bewustzijnstoestand *angstige* belevenissen heeft;

2) Het begin van de aanvallen valt samen met de intrede van de puberteit (vroeg adolescentie); dit heeft zich tot dusverre wèl in lichamelijke maar -nog?- niet in gedragsveranderingen gemanifesteerd. De psychodynamische verklaring hiervan is nog duister;

3) De aanvallen worden in het gezin en op school duidelijk bekrachtigd door extra bezorgdheid enz. Ze leveren echter voor Koos het nadeel op dat hij niet mag fietsen en zwemmen - twee activiteiten waar hij dol op is. Een ander nadeel is dat veel kinderen vanwege die aanvallen bang voor hem zijn.

Behandeling. De behandeling heeft drie onderdelen omvat:

- Individuele gesprekken met Koos;
- Begeleiding van verpleegkundigen en spelleidsters van de kinderafdeling;
- Enkele gezinsgesprekken.

Individuele gesprekken

Bij de individuele gesprekken heeft *hypnose* een belangrijke rol gespeeld, zowel voor diepergaande diagnostiek als voor de feitelijke therapie. Allereerst wordt er geoefend met trance-inductie en -exductie. Om in trance te komen wordt de techniek van *oogfixatie* (staren naar een bepaald punt of voorwerp) gebruikt. Om weer uit hypnose te komen leert Koos zelf terug te tellen van tien tot één, op de eigen ademhaling. Dit wordt een aantal malen geoefend.

Koos maakt daarbij telkens een duidelijke overgang door waarbij hij een zwevend gevoel krijgt, sterk vervormde beelden ziet en vage, vreemde gedachten krijgt die hij nog niet onder woorden kan brengen. Als Koos de techniek van inductie en exductie onder de knie heeft wordt hem -terwijl hij in hypnose is - de therapeutische suggestie gegeven dat: *'je zèlf elke keer dat je zomaar in trance bent geraakt, waar dan ook, eruit kan komen, eenvoudig door terug te tellen van tien tot één, op je eigen ademhaling.'*

Deze suggestie wordt na beëindiging van de trance nogeens herhaald.

Resultaat: deze enkelvoudige interventie blijkt voldoende om in het vervolg elke aanval zelf te couperen. Dit draagt natuurlijk in grote mate bij aan ontwikkeling van zijn gevoel van eigenwaarde en zelfbeheersing. In overleg met de neuroloog wordt besloten de anti-epileptische medicatie af te bouwen.

Ik ben echter nog niet tevreden voordat duidelijk is wat de psychodynamische verklaring van de aanvallen is. In de volgende zitting doen we een 'geleide fantasie' waarbij we allereerst trappen afdalen. Koos hallucineert daarbij een klok en wordt angstig terwijl hij mompelt: 'de klok slaat twaalf en dat brengt ongeluk...maar alles komt goed'. Na exductie vertel ik wat er is voorgevallen, maar Koos herinnert zich er zoals altijd, niets van. Ik vraag hem of hem er iets bij te binnen schiet. Hij heeft geen flauw idee.

Ik vertel hem over kinderen die vaak bijgelovig zijn: ze geloven bijvoorbeeld dat het gevaarlijk is om scheel te kijken als de klok slaat... Koos herkent dat wel en moet er wat zuurzoet om lachen. Dan volgt het verhaal dat kinderen ook vaak geloven dat om middernacht, als de klok twaalf slaat, de grafstenen omhoog komen en dat de spoken er dan uit komen.

Plotseling schiet Koos omhoog en roept: 'Nou weet ik het weer! De Efteling! Het spookhuis - de klok sloeg en de graven gingen open!' Hij vertelt dan het hele verhaal: hij was pas zeven jaar en had er eigenlijk niet in gemogen; hij was op een schoolreisje. Koos was er in paniek geraakt maar had dat aan niemand durven zeggen. Daarna had hij het zo snel mogelijk uit zijn gedachten gezet ('verdrongen') en nu pas wist hij het inderdaad weer. Hiermee worden in ieder geval veel van zijn angsten bij die aanvallen verklaard: hij beleeft in zo'n toestand opnieuw deze -en ook andere- voor hem traumatische ervaringen, die hij dan na afloop weer pleegt te zijn vergeten. Koos is blij met deze verklaring en vertelt het trots aan iedereen die het maar wil horen...

Eén probleem rest nog: Koos wil graag fietsen en zwemmen, maar is dat verantwoord? Hieraan wordt een zitting gewijd. Met behulp van geleide fantasie in hypnose gaat hij zwemmen

en duiken. Dan krijgt hij de suggestie dat hij precies weet wat hij moet doen om de oppervlakte altijd weer terug te vinden. Dit wordt een paar maal gerepeteerd. Dan krijgt hij toestemming om te gaan zwemmen.

Fietsen heeft hij dan inmiddels al samen met vader geoefend, toen hij een weekeinde op proef naar huis was geweest.

Begeleiding van verpleegkundigen en spelleidsters

Belangrijk is het leerpunt geweest dat een kind dat eerst voor epilepsie wordt opgenomen maar bij nader inzien geen epilepsie blijkt te hebben, net zo goed serieus moet worden genomen en met andere woorden geen aansteller is. Dit valt in goede aarde en maakt dat de goed behandelingscontext aanwezig is om de klachten zonder vernedering of beschaming aan te pakken.

Een belangrijk advies is ook geweest hoe Koos aan te pakken als hij 'slaapwandelde' (in hypnose-termen wordt inderdaad van 'somnambulistische trance' gesproken). Hij zou dan met zachte hand worden begeleid en niet onmiddellijk tegen worden gehouden. Tegenhouden maakte hem namelijk angstig en deed hem 'voor zijn leven' vechten. Langs een omweg kon men altijd een route terug naar de kinderafdeling kiezen. Onderweg zou men hem dan nadrukkelijk vragen om van tien naar één terug te tellen. Als dat was gelukt en Koos weer uit trance was gekomen, zou hij een complimentje krijgen.

Deze en andere adviezen zijn inderdaad goed opgevolgd en zijn met succes beloond.

Enkele gezinsgesprekken

De gezinsgesprekken hebben gediend om:

- De ouders overeenkomstige adviezen te geven;
- De ouders voor te bereiden op gedragsveranderingen, zoals meer protest en 'eigenwijsheid', nu Koos zelfverzekerder werd.

De ouders hebben er geen moeite mee gehad daarvoor open te staan. De ontwikkeling verloopt na ontslag dan ook in die zin, wat door de ouders als normaal en gunstig wordt ervaren.

Discussie

1) Het is principiëel niet uitgesloten dat Koos' aanvallen als absence beginnen en zich in een schemertoestand voortzetten, maar staking van de medicatie heeft niet tot verergering geleid.

2) Hoe het ook zij, de overeenkomst van zijn aanvallen met hypnotische verschijnselen is duidelijk. De mate van iemands hypnotiseerbaarheid is volgens veel auteurs een persoonlijkheidskenmerk; Koos blijkt volgens de methode van Spiegel & Spiegel (1981) zeer hoog te scoren. Genoemde auteurs wijzen er op (ibid. p.340) dat bij dergelijke personen het probleem niet ligt in het opwekken van trance maar in het *vermijden* ervan; ze moeten leren *niet* in trance te zijn!

Naar mijn mening is dit niet zo gemakkelijk rechtstreeks te bewerkstelligen en kan een tussenstap nuttig zijn door de betrokkene eerst te leren hoe deze een spontane trance zelf kan *beëindigen*. Dit is bij Koos (en bij enkele hier niet beschreven patiënten) goed gelukt. Mogelijk heeft deze nieuwe vaardigheid al vanzelf geleid tot *voorkómen* van zulke toestanden; de frequentie daalt nl in enkele dagen tot nul.

3) Behalve op de formele kenmerken is er de nodige aandacht besteed aan de inhoud van de stoornissen. De wijd opengesperde ogen, de wijde pupillen die bij nadere beschouwing in een langzaam rythme zich verwijden en vernauwen, waren al tekenen van *angst*, maar *angst waarvoor?* Door Koos in hypnose te brengen was het mogelijk daar enig inzicht in te krijgen, maar vanwege de kracht van de verdringingsbarrière was er wel het nodige voor vereist om het in het bewustzijn te brengen en te houden. Het betrof een uitermate angstige -en als de klasgenootjes het hadden gemerkt ook erg *beschamende* - ervaring die Koos toen en bloc had verdrongen. Als deze zaken nu in een veilige sfeer aan het daglicht komen is Koos dolblij, want nu snapt hij zijn aanvallen, dus heeft hij er een aanvaardbare verklaring voor.

4) Een betrekkelijk zwak kritisch vermogen, een hoge mate van suggestibiliteit en de neiging tot dissociatieverschijnselen (o.a. 'fugues' en 'conversies'), alsmede de neiging zich afhankelijk op te stellen, zijn evenzovele eigenschappen van het persoonlijkheidstype, zoals Koos vertoont, waarvoor de verzamelnaam 'hysterie' luidt. Dit begrip belemmert het onderscheidingsvermogen. Bovendien, mag men er bij een jonge adolescent wel van spreken? Het is duidelijk dat dit type persoonlijkheid extra ontvankelijk is voor allerlei vormen van suggesties - zowel negatieve als positieve. Enerzijds is zo iemand daarom *kwetsbaarder* en sneller uit het evenwicht dan een ander, maar anderzijds reageert zo iemand des te positiever op therapeutische suggesties.

Deze feiten zijn al aan het eind van de negentiende eeuw door Breuer en Freud beschreven. Het grootste probleem is niet het opheffen van het symptoom, maar het bewerkstelligen van een persoonlijkheidsverandering in die zin dat de betrokkene zich minder afhankelijk gaat opstellen en niet zonder meer alles gelooft wat een ander zegt. In ontwikkelingspsychologische termen kan het bij Koos als volgt worden uitgedrukt: Als Koos de sprong naar de adolescentie durft te wagen en een stuk autonomie durft op te eisen.

5) Wil zo'n persoonlijkheidsverandering op gang kunnen komen, dan is het ontegenzeggelijk een vereiste dat eerst de hinderpalen uit de weg worden geruimd; in mijn ervaring volgt er dan zeer vaak al een spontane gunstige ontwikkeling, zoals ook bij Koos zichtbaar is.

Bij een follow up van zes maanden is er geen terugval op symptomen te constateren en blijkt dat Koos een ware psychologische en fysieke groeispurt heeft doorgemaakt.

Litteratuur

Breuer, J. & S. Freud (1895) *Studien über Hysterie*. Wien. (Heruitgave zonder de bijdragen van Breuer: Frankfurt am Main, 1970.
Spiegel H. & D. Spiegel (1981) *Therapie en Trance*. Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel.

DICK N. OUDSHOORN
SLINGELANDSEWEG 52
3321 LA GIESSENBUDE

Ik heb me altijd al geërgerd aan het verschijnsel 'leertherapie'. Met 'altijd' bedoel ik: vanaf dat ik ermee in aanraking ben gekomen, bij mijn eerste contacten met de NVP. Ik meende daar lid van te moeten worden. Over de juistheid van deze beslissing kan men van mening verschillen maar dat is hier niet van belang. Gelukkig voor mij had ik in 1971 een 'sensitivity training' van twee weken gevolgd (een mens moet alles eens meegemaakt hebben) waar ik me kostelijk had geamuseerd met het pesten van de twee trainers en het hof maken van de secretaresse van de organisatie. Deze 10 dagen mocht ik rekenkundig opsplitsen in 10 maal 3 sessies (dagdelen) van reflecteren op het eigen functioneren. Daarmee kwam ik net uit boven het minimum wat hiervoor vereist werd. Het NVP lidmaatschap kon men mij - hoewel dat wel getracht werd - niet meer onthouden.

Nu zullen mijn geachte collegae/vrienden mij misschien diep verachten over zoveel opportunisme, maar zij mogen bedenken dat ik nog jong was en het leven wat lichter opvatte dan tegenwoordig het geval is. Dat had ook tot gevolg dat ik mij lange tijd niet meer druk maakte om het feit dat leertherapie in het eisenpakket van de NVP was opgenomen. In deze lucht-hartigheid is echter verandering gekomen. U zult misschien denken, 'waarom maakt die jongen van Lange zich nu opeens zo kwaad?' Dat komt omdat hij, deelnemend aan een vergadering van de Opl.Comm. van de NVP ontdekte dat er tegenwoordig al een minimum is van 45 'leertherapie sessies' die iemand moet ondergaan voordat zijn supervisie en andere nuttige opleidingsonderdelen gehonoreerd worden. Deze eis is niet een stokpaard van de NVP alleen, maar wordt overgenomen door praktisch alle specialistische verenigingen en ook door de minister bij het opstellen van wettelijke regelingen.

Daarbij komt bovendien dat 'leertherapieën' alleen als zodanig worden erkend wanneer de betreffende therapeut 'erkend' is als 'leertherapeut'. En daarvoor heeft iedere specialistische vereniging zijn eigen criteria. Waar komt het dus op neer? Als je echt problemen hebt en je gaat naar een goede, maar niet als leertherapeut erkende therapeut, die je prima van je problemen afhelpt, dan wordt dat niet gehonoreerd als gunstig voor je therapeutische ontwikkeling. Heb je geen problemen, maar je gaat voor de punten twee jaar lang in een groepje zitten waar een 'leertherapeut' voor veel geld naar je wil luisteren - als je tenminste je mond opendoet - dan wordt dat wel als positief voor de therapeutische gaven geschets, althans in punten.

In 'Haley over zichzelf' (vgl. de Haan & Hoogduin, 1981) fulmineert Haley terecht tegen het soort opleidingen waarin aankomende psychotherapeuten eindeloos wordt doorgezaagd over hun eigen problemen en familie. Hij - ik ook niet - kent geen onderzoek waaruit blijkt dat iemand die in therapie

is geweest daardoor een betere therapeut wordt. Hij denkt zelfs dat het andersom is: 'hoe meer therapie iemand gehad heeft, hoe moeilijker het is hem te leren zelf therapieën te doen. Zij zijn zo gericht met zichzelf bezig. Zij zijn zo gericht op wat er met henzelf gebeurt dat je hen niet zo ver krijgt dat ze zien met wat voor patient ze te maken hebben'. Ik ben het niet helemaal met Haley eens. Een 'goede' therapie hoeft natuurlijk helemaal niet zo een egocentrische zekerheid van iemand te maken. Ik kan me zelfs voorstellen dat sommige therapeuten beter gaan functioneren in hun werk wanneer ze bepaalde problemen van zichzelf enigermate hebben opgelost of 'doorgewerkt', wat dat ook moge zijn. Maar ik denk dat dat alleen geldt voor therapeuten die basic al goede therapeuten zijn, die hoog scoren op de benodigde a-specifieke eigenschappen. Want die leer je toch echt niet aan. Dergelijke therapeuten, die er dus met een goede theoretische en technische vorming toch wel komen, kunnen als ze op deel-aspecten moeilijkheden hebben, baat vinden bij gerichte therapie. Dan gaan ze misschien nog beter functioneren. Maar een dergelijke therapie is geen leertherapie. Het is een therapie waarbij iemand geholpen wordt te sleutelen aan dingen waar hij last van heeft. Terwijl de leertherapieën vaak ontaarden in het zoeken naar problemen die in theorie, iemand wel eens in de weg zouden kunnen staan. En als Haley dat bedoelt heeft hij het grootste gelijk van de wereld. Therapeuten, die twee jaar in een leergroep hebben gezeten, hebben geleerd om problemen te maken, niet om ze te onderkennen of te behandelen. Voor therapievormen waarin de positieve context hoog in het vaandel staat - en dat is toch echt niet alleen de directieve therapie - zal het gevolgd hebben van een dergelijke leergroep alleen maar belemmerend zijn. Het benoemen van positieve kanten aan problemen, het zoeken naar sterke punten is afgeleerd ten gunste van het graven naar probleempjes. Degenen die in dat laatste bekwaam zijn geworden zijn niet de beste therapeuten.

Conclusie: weg met leertherapie. In plaats daarvan zouden kursusleiders/supervisors daar waar aanwijsbare en behandelbare 'blokkades' zijn bij 'opleidelingen' kunnen adviseren om een therapie te ondergaan. Voor het beoordelen van de kwaliteit van de opgeleide is dan het aantal sessies van minder belang dan de zoden die het aan de dijk heeft gezet. Er is dan geen leertherapie, maar gewone therapie, waarvan alleen daar waar het zinvol geacht mag worden, gebruik wordt gemaakt.

Tenslotte nog dit: ook het veelgebruikte argument ten gunste van leertherapie, dat je als therapeut ook eens aan de andere kant gezeten moet hebben, is onzinnig. In een leertherapie ondergaat men niet de gevoelens die een patient heeft die met problemen, waar hij echt van af wil, komt bij een al dan niet bekwame therapeut. Daar staat tegenover dat het zeer

wel mogelijk is om in ieder geval iets van patient-ervaringen op te doen tijdens kursussen en supervisie, bijv. door gericht met behulp van huiswerk-opdrachten aan 'probleempjes' te werken. Dat gebeurt in de betere gedrags- en gezinstherapiekursussen. De onverbiddelijke eindconklusie kan niet anders zijn dan dat het verschijnsel leertherapie vooral goed is voor de gevestigde leertherapeut en zijn vrouw, kinderen, vrienden en vriendinnen, indien hij tenminste zo royaal is hen mee te laten delen in de financiële welstand.

CA: dit moet devent = productie waarde
AL: hoe lang je de heren over?

MISLUKKINGEN EN SUCCES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN PATIENTEN MET DWANGVERSCHIJSSELEN

Kees Hoogduin & Willem Hoogduin,
december 1982

1. Inleiding

In het verleden waren de resultaten van psychotherapie bij de behandeling van patienten met dwangverschijnselen bescheiden. Black (1974) komt na een uitgebreid literatuuronderzoek tot een succespercentage van 46 - 60% bij follow-up van 1 - 14 jaar. De laatste jaren zijn er vanuit de gedragstherapeutische richting opmerkelijke resultaten beschreven: Meyer et al. (1974) vermelden een succespercentage van 84%; Marks et al. (1975) van 75%; Boersma et al. (1975) 77%; Foa en Steketee (1979) 85% en ten slotte Emmelkamp en Rabbie (1981) 73% bij een follow-up van drie maanden tot zes jaar. De essentie van deze nieuwe strategie bestaat uit exposure en respons preventie. De behandelingen van Meyer et al. (1974) en Marks et al. (1975) zijn uitsluitend klinisch uitgevoerd. Foa behandelt soms klinisch, soms poliklinisch, maar ook bij de poliklinische behandelingen ligt het accent op behandelingen die in het centrum worden uitgevoerd, dagelijks gedurende twee uur durende zittingen. Emmelkamp (zie Boersma et al., 1976; Emmelkamp & Rabbie, 1981) voert de gehele behandeling poliklinisch uit, waarbij gesuperviseerde zittingen met respons preventie en exposure bij de patient thuis of in het instituut plaatsvinden.

De hier besproken strategie die gebaseerd is op het werk van Meyer (Meyer, 1966; Meyer et al., 1974) en Rachman (Marks et al., 1977; Rachman & Hodgson, 1980) vindt geheel poliklinisch plaats zonder gesuperviseerde exposure en responspreventie. Met behulp van een zelfcontroleprocedure wordt de patient geleidelijk aan tot respons preventie en exposure gebracht.

Na een bespreking van deze strategie wordt over de resultaten van de toepassing van deze behandeling bij 25 patienten met dwangverschijnselen gerapporteerd.

2. Een ambulante behandeling bij patienten met dwangverschijnselen

In 1966 beschrijft Meyer (1966) een nieuwe strategie bij de behandeling van patienten met dwangverschijnselen. Hij gaat uit van de hypothese dat een behandeling erop gericht moet zijn dwangpatienten te laten ervaren dat hun sombere verwachtingen ook zonder rituelen niet uitkomen.

De patient gaat uit van de veronderstelling dat die sombere verwachtingen niet uitkomen omdat bepaalde rituelen uitgevoerd zijn. Dit anticiperen op deze afwikkeling doet een bekrachtigende situatie ontstaan. Wanneer de patient merkt dat zonder dat de rituelen uitgevoerd worden, deze verwachtingen evenmin uitkomen, ontstaat de mogelijkheid voor een gedragsverandering. Meyer heeft vervolgens een strategie ontwikkeld waarbij patienten in een gevreesde situatie gebracht worden en blijven (exposure); bovendien wordt hen verboden dat er rituelen worden uitgevoerd (respons preventie). Meyer (1966; Meyer et al., 1974) streeft een volledige respons preventie na. Dit houdt een klinische behandeling met een voortdurende supervisie in. De patienten worden vooraf op de hoogte gesteld van de procedure dat zij eenmaal in behandeling ook werkelijk tegengehouden worden de rituelen uit te voeren. Wanneer de dwanghandelingen bestaan uit een overmatig repeteren van dagelijkse handelingen, worden normen vastgesteld. Zodra de totale eliminatie van de rituelen bereikt is, wordt de patient in toenemende mate geconfronteerd met bedreigende situaties. De therapeut demonstreert een adequaat gedrag in die bedreigende situatie en moedigt de patient aan het gedrag te imiteren. Wanneer ook in de meer bedreigende situatie geen dwanggedrag meer optreedt, wordt de supervisie geleidelijk verminderd tot de patient zonder supervisie, slechts zo nu en dan geobserveerd, zonder dwanghandelingen functioneert. Vervolgens gaat de patient korte tijd naar huis, waarbij de familieleden instructies krijgen hoe met de patient en met de dwanghandelingen moet worden omgegaan. Ten slotte wordt de patient ontslagen en wordt de behandeling poliklinisch voortgezet, eerst wekelijks, geleidelijk aan met meer gespatieerde contacten.

Rachman et al. (Rachman, Marks & Hodgson, 1973; Marks et al., 1975; Rachman & Hodgson, 1980) behandelen de patienten eveneens klinisch, maar streven geen absolute respons preventie na. Zij laten het tempo van de behandeling bepalen door de hoeveelheid spanning die de patient aan kan. Veel belang wordt gehecht aan de actieve rol die de patient speelt bij de planning en timing van de voortgang van de behandeling. Er wordt in principe geen externe supervisie toegepast.

Foa (Foa et al., 1982) behandelt zowel klinisch als poliklinisch. Ook zij streeft een absolute respons preventie na tijdens de dagelijkse twee uur durende zitting op het instituut en tijdens de dagelijks vier uur durende trainingsperiode thuis (onder supervisie van een familielid of kennis).

Emmelkamp (Emmelkamp & Rabbie, 1982) behandelt na een intensieve klinisch uitgevoerde behandeling met behulp van exposure en respons preventie tweederde deel van de patienten poliklinisch na. Bij deze poliklinische nabehandeling worden naast zittingen met gesuperviseerde exposure in vivo ook assertiviteitstraining, relatietherapie en cognitieve herstructurering toegepast.

Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) heeft voortbouwend op de strategieën zoals toegepast bij de behandeling van dwanghandelingen een benadering van dwanggedachten geformuleerd. Patienten met dwanggedachten leveren een aanhoudende strijd tegen deze gedachten, maar toch ervaren zij een zekere opluchting wanneer zij deze gedachten hebben kunnen afronden. Het bestrijden van dwanggedachten gebeurt meestal op een stereotype wijze. De patient probeert de dwanggedachte te neutraliseren door bepaalde andere gedachten. Soms lukt dit. Deze neutraliserende gedachten worden gevolgd door een gevoel dat het nu weer in orde is en geven opluchting en rust. De inhoud van de neutraliserende gedachte is vaak tegengesteld aan de inhoud van de dwanggedachte. Een patient slaagde er bijv. in de gedachte 'Val dood' te neutraliseren met het vijfmaal denken van 'Lang zal hij leven'. Deze neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen (en de daarop volgende opluchting) kunnen door het anticiperen op die opluchting, opgevat worden als bekrachtiging van de dwanggedachten. De consequentie voor de behandeling is dat voorkomen moet worden dat deze bekrachtiging plaatsvindt: de neutraliserende gedachten of cognitieve rituelen moeten gestaakt worden. Daarnaast dient de patient niet langer te proberen deze gedachten te vermijden, maar zal hij ze op vastgestelde tijden oproepen (habituatie-training).

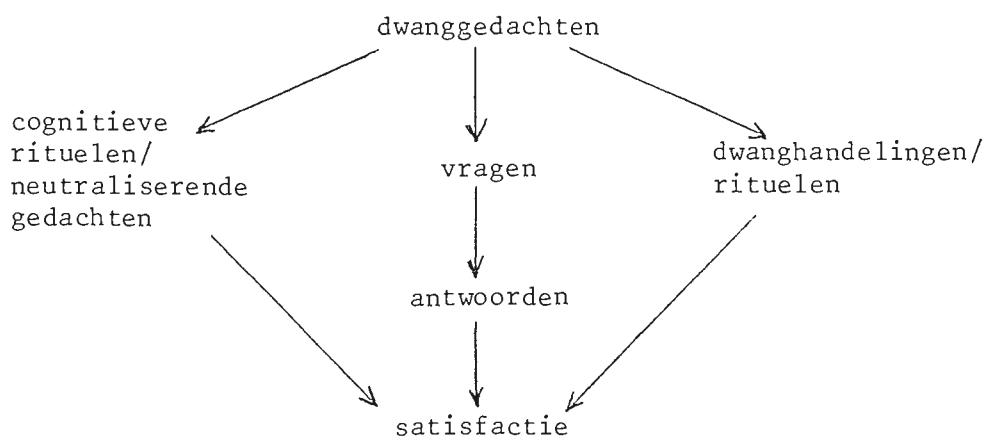
In principe komt Rachmans voorstel voor de behandeling van dwanggedachten hierop neer dat de patient wordt uitgenodigd de dwanggedachten gedurende een bepaalde tijd doelbewust op te roepen zonder dat de patient gebruik mag maken van de neutraliserende gedachten, waarmee hem dus ook de satisfactie onthouden wordt.

De behandeling zelf bestaat uit een periode van zelfobservatie waarin de inhoud, de duur en de neutraliserende activiteiten worden geregistreerd. Daarna volgt de periode waarbij de patient zelf de gedachten oproept zonder ze te neutraliseren. De patient houdt de latentietijd (d.w.z. de tijd die verstrijkt voor de opgeroepen dwanggedachte manifest wordt) en de tijd dat de dwanggedachte vastgehouden kan worden, bij. Om de patienten te motiveren, hanteert hij het zelfcontrole-concept dat de patienten een techniek verschaft waarmee zij kunnen leren beter met hun dwanggedachten om te gaan.

Vanuit het door Meyer et al., Foa et al. en Rachman et al. ontwikkelde model voor de overwegend klinische behandeling van patiënten met dwangverschijnselen, is een strategie ontwikkeld waarbij de behandeling geheel ambulante plaatsvindt.

Bij vrijwel alle dwangverschijnselen blijken dwanggedachten een belangrijke rol te spelen; dwanghandelingen bijv. worden meestal voorafgegaan door dwanggedachten (vgl. Dowson, 1977). Slechts in de door Rachman (1976) beschreven eindstadia van de dwangneurose, de zgn. primaire dwangmatige traagheid - waarbij de patient op een stereotype manier was- en aankleedrituelen uitvoert - lijken deze gedachten van minder betekenis te zijn. Daarnaast zijn er ook patiënten die last hebben van dwanggedachten zonder dat er dwangverschijnselen plaatsvinden. Het feit dat dwanggedachten zich afspelen buiten de waarneming van anderen wil niet zeggen dat mensen uit de omgeving er niets van merken. Het is bijv. voor de gezinsleden vaak maar al te duidelijk wanneer zich deze klachten voordoen. De patient kan proberen de dwanggedachten kwijt te raken door aan de gezinsleden geruststellende antwoorden te ontlokken. De patient wordt vaak gespannen en lijkt niet langer met de gedachten bij de conversatie te zijn. Deze secundaire verschijnselen kunnen net als de meer objectiveerbare klachten (bijv. dwanghandelingen) leiden tot consequenties binnen de natuurlijke omgeving van de patient. Bij het ontwerpen en uitvoeren van een ambulante behandeling van dwanggedachten zal aan deze aspecten zeker aandacht gegeven moeten worden. Zo kunnen dus niet alleen de neutraliserende gedachten, de cognitieve rituelen en de dwangrituelen leiden tot een gevoel van satisfactie, maar ook de antwoorden van personen uit de omgeving op de door dwanggedachten geïnspireerde vragen.

In schema:



Ook wanneer de bekrachtigende functie van de omgeving niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner bij de behandeling te betrekken. Deze weet vaak niet hoe op een verstandige manier op de moeilijkheden van de patient te reageren en in dat geval kan de therapeut voor de nodige richtlijnen zorgen. Soms zijn de adviezen die de therapeut aan de patient geeft voor de partner niet erg duidelijk, terwijl het voor de behandeling belangrijk is dat ook de partner meewerkt aan de uitvoering van de adviezen. Ten slotte komt het regelmatig voor dat vermindering van de klachten gepaard gaat met een toeneming van relationele problemen en het is dan nuttig wanneer de therapeut zowel met de patient als met de partner een band heeft die de oplossing van deze nieuwe moeilijkheden mogelijk maakt. Bij de geïsoleerd levende patient kunnen personen met wie de patient nog wel contact heeft (bijv. de dominee of huisarts) door het geven van geruststelling de symptomen bekrachtigen. In die gevallen zullen ze bij de behandeling betrokken moeten worden.

De ambulante behandeling van patienten met dwangverschijnselen bestaat dus uit de volgende elementen:

1. Zelfobservatie en zelfregistratie.
2. Respons preventie; dit wordt bereikt doordat:
 - de patient geen rituelen meer uitvoert;
 - de omgeving geen reactie meer geeft op het vraaggedrag;
 - de neutraliserende gedachten en cognitieve rituelen beëindigd worden.
3. Exposure: de patient zal
 - zich in toenemende mate bloot stellen aan bedreigende situaties;
 - bepaalde dwanggedachten op vaste tijden oproepen en gedurende enige tijd 'uitdenken';
 - spontaan optredende dwanggedachten beschouwen als aanleidingen om extra te oefenen.

In plaats van zich ertegen te verzetten, wordt de patient gestimuleerd de gedachten uit te denken (habituatie-training). 9

De behandeling bestaat uit programma's die samen met de therapeut worden opgesteld, maar die door de patient zelf uitgevoerd worden zonder externe supervisie.

Bij de ambulante behandeling wordt met behulp van zelfcontrole-procedures de patient geleidelijk ertoe gebracht de respons achterwege te laten en zich vrijwillig bloot te stellen aan bedreigende situaties. Dat gebeurt met behulp van maatregelen die genomen kunnen worden voor

het dwanggedrag optreedt en maatregelen die na het optreden van de respons genomen kunnen worden. De stimulus-controle heeft bij de behandeling van de dwangverschijnselen slechts een beperkte betekenis. De patient heeft weinig mogelijkheden het optreden van zijn ongewenst gedrag te beperken door bepaalde stimuli te verwijderen of te vermijden (Beech & Vaughan, 1978). Wel kan hij de situaties zo arrangeren dat de kans dat dwangverschijnselen optreden, afneemt, maar het zal duidelijk zijn dat deze strategie hooguit in de beginfase van de behandeling enig nut heeft (bijv. wanneer de patient wanhopig is). Het gaat er immers om de patient zich juist bloot te laten stellen aan bedreigende situaties. Het onderbreken van de keten gedachten en gedragingen die leidt tot het uitvoeren van een dwang-respons met behulp van een zgn. "controlling response" is wel zinvol. De patient kan in aansluiting aan dwang-gedachten - wanneer de neiging toe te geven aan een ritueel zeer sterk wordt - zichzelf een activiteit opleggen die de aandacht afleidt. Op deze manier wordt een respons preventie nagestreefd, bovendien worden de dwanggedachten gevolgd door een activiteit die afleidend is, maar bij voorkeur ook een aversieve component heeft (bijv. huishoudelijk werk, een eind fietsen, wandelen of hardlopen, uit huis gaan, iemand bezoeken, etc.). Aan het uitvoeren van de responsen kunnen bepaalde consequenties gekoppeld worden. Weinig toegeven aan de responsen kan gevolgd worden door vormen van zelfbeloning; veel toegeven aan zelfbestraffing. Bij de behandeling van patienten met dwangverschijnselen is de toepassing van de volgende bijzondere vorm van een zelfbestraffings-procedure zeer bruikbaar gebleken: In aansluiting aan het uitvoeren van bepaalde dwangverschijnselen voert de patient een van te voren overeengekomen activiteit uit die nuttig is, maar waar de patient niet meer aan toe komt. Dit kan zijn: goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische en tandheelkundige verzorging, werken, zich inzetten voor de medemens, het volgen van opleidingen en cursussen, muziek maken, sporten, clubs bezoeken, het uitbreiden van sociale contacten, huishoudelijk werk of motorische inspanning).

Deze strategie heeft bovendien het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van wel gewenste activiteiten. Ook kunnen aan het uitvoeren van dwang-handelingen consequenties gekoppeld worden die leiden tot een toenemen van de exposure. Aan een patient die 80 keer de handen wast uit angst bevuild te zijn met hondenfaeces, kan voor iedere keer handen wassen de zelfbestraffing van tien seconden buiten wandelen (wat een zeer bedreigende situatie is) aangeboden worden. Of voor iedere keer dat er

meer dan 60 maal handen gewassen wordt, één minuut wandelen. Deze afspraak kan bij de volgende zitting tot 55 maal handen wassen, etc. uitgebreid worden.

Ten slotte nog iets over de medicatie: Rachman (Rachman & Hodgson, 1980) stopt alle medicatie een week voor de behandeling begint. Binnen een klinische setting kan dat overwogen worden. Bij een poliklinische behandeling is dit ronduit onverstandig. Er wordt een geleidelijke vermindering van de responsen en een geleidelijke blootstelling aan bedreigende situaties nagestreefd; een geleidelijke vermindering van bijv. de anxiolytica past zeer wel in deze strategie. Door geleidelijke medicatievermindering wordt voorkomen dat de patient door het abrupte stoppen van de medicatie in een dusdanig ontredderde toestand komt dat er nauwelijks meer afspraken te maken zijn en poliklinische behandeling niet mogelijk is.

3. Gegevens uit de praktijk

Zonder selectie zijn 25 patienten die zich aangemeld hebben voor poliklinische behandeling van dwangverschijnselen, in behandeling genomen (zie tabel 1).

Geen enkele patient heeft na het verkrijgen van inlichtingen over de behandeling afgezien van behandeling. Geen van de patienten heeft de behandeling voortijdig afgebroken. De partners zijn, indien aanwezig, steeds bij de behandeling betrokken. Voor de behandeling begint, wordt een evaluatie afgesproken op de 10e zitting. Indien er geen verbetering rond de 10e zitting is opgetreden, zal de behandeling afgesloten worden. De patienten wordt verteld dat zij in dat geval voor verdere behandeling - eventueel klinisch - doorverwezen zullen worden.

Mannen	10
Vrouwen	15
Gehuwd & duurzaam samenwonend	20
Ongehuwd	5
Gemiddelde leeftijd bij aanmelding	27.7 jaar (18 - 48 jaar)
Gemiddelde duur van de symptomen	5.5 jaar (1 maand - 21 jaar)

Tabel 1: Patientengegevens.

	Bij ontslag	Bij follow-up (3-24 mnd)
onverbeterd/ minder dan 50% verbeterd	4	3
50 - 70% verbeterd	1	2
70 - 100% verbeterd	20	20

Tabel 2: Behandelingsresultaten.

De resultaten van de behandeling zijn aan de hand van de zelfregistratieformulieren van de patienten vastgesteld. Op deze formulieren heeft de patient gedurende de behandeling de frequentie en de duur van de dwangverschijnselen geregistreerd.

Eén patient van de 20 met succes behandelde heeft een twee maanden durend recidief doorgemaakt, waaraan vier zittingen besteed zijn. De behandeling van één patient is elders voortgezet; bij telefonische follow-up blijkt deze aanmerkelijk verbeterd (zie tabel 2').

Bij de verdere weergave van de gegevens worden de gegevens van de vijf patienten die zonder of met beperkt succes behandeld zijn, gescheiden weergegeven van de 20 met succes behandelde patienten.

	Patienten die onverbeterd of minder dan 70% verbeterd zijn:	Patienten die meer dan 70% verbeterd zijn:
Aantal:	5	20
Gemiddeld leeftijd bij aanmelding:	37 (18 - 49) jaar	32,5 (21 - 48) jaar
Gemiddeld duur van de klachten:	120 (3 - 216) mnd	54 (1 - 252) mnd
Gemiddelde leeftijd bij begin klachten:	27 (18 - 42) jaar	29 (15 - 39) jaar
Gemiddeld aantal zittingen:	20 (9 - 36)	20 (3 - 80)
Minder dan 20 zittingen:	3	12
Meer dan 20 zittingen:	2	8
Gemiddelde duur van behandeling:	12 (5 - 24) mnd	15 (2 - 42) mnd
Follow-up:	14 (4 - 24) mnd	7 (3 - 12) mnd

Tabel 3: Resultaten van de behandeling.

De twintig patienten die met succes behandeld zijn, zijn gemiddeld vijftien maanden in behandeling geweest. De gunstige klinische toestand bij ontslag is bij follow-up van gemiddeld zeven maanden ongewijzigd gunstig gebleven.

In tabel 3 zijn de gegevens van de vijf patienten die zonder succes behandeld zijn, gescheiden van de andere patienten weergegeven.

Er blijkt geen significant verschil in leeftijd bij aanmelding, resp. 37 en 32,5, voor de patienten die zonder en degenen die wel met succes behandeld zijn. De gemiddelde duur van de klachten verschilt aanzienlijk, resp. voor de 5 patienten 120 maanden, tegenover 54 maanden voor de 20 succesvol behandelde. Ook dit verschil is niet significant ($0.10 > P > 0.05$). Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de behandeling geeft geen significante verschillen te zien.

Over de vijf patienten die zonder succes behandeld zijn, valt naast een langer bestaan van de klachten, een hogere leeftijd bij het begin van de behandeling, het volgende op te merken: Twee patienten hadden ernstige depressieve klachten. Bij één patient vertoonde het dwangdenken een dusdanig waanachtig karakter dat door eerdere hulpverleners tweemaal de diagnose 'schizofrenie' werd gesteld. Bij een vierde patient bestonden ernstige relatiestoornissen die ook een rol speelden binnen de dwangproblematiek en bij een vijfde patient ten slotte werd bij een eerdere klinische behandeling de diagnose 'psychopathie' gesteld; deze patient vertoonde naast relatieproblemen ook een agressieve houding naar de therapeut. Bij een van de depressieve patienten was er bovendien sprake van een beperkte intelligentie.

4. Bespreking

4.1 Het ontwikkelen van een ambulante strategie naast een effectief gebleken klinische strategie is ingegeven door de opvatting dat poliklinische behandeling in het algemeen de voorkeur verdient boven klinische behandeling. Deze opvatting steunt niet in de laatste plaats op het verschil in kosten van de behandeling. Los hiervan zal deze voorkeur voor een ambulante behandeling onderschreven worden door therapeuten die een ecologische oriëntatie hebben (het natuurlijk milieu van de patient respecteren) en dus oog hebben voor het belang van systeemfactoren bij de veroorzaking en instandhouding van psychiatrische problemen).

Een tweede belangrijk voordeel van de ambulante behandeling - geen opname - ligt in het vermijden van de nadelen van opnamen.

Het voert te ver daar op deze plaats uitvoerig op in te gaan (zie bijv. Hoogduin & De Haan, 1979).

Een derde argument wordt gevonden in het feit dat bij sommige patienten de dwangverschijnselen vooral in de eigen omgeving plaatsvinden (zie Haayman, 1977).

Bij behandelingen uitgevoerd door Rachman et al. en Foa et al. wordt de patient vóór de behandeling begint, verteld dat de behandeling bestaat uit exposure en een min of meer volledige respons preventie. Het blijkt dat 13% (Foa et al., 1982) tot 25% (Marks et al., 1975) van de patienten vervolgens afziet van de behandeling. Bij de poliklinische behandeling krijgt de patient dusdanige informatie over de behandeling - de behandeling is zwaar, maar nooit zo zwaar dat de patient het niet aan zal kunnen - dat de patient tot nu toe in alle gevallen besloot de behandeling te accepteren.

Bij de hier beschreven benadering kan het gewone leven voortgang hebben. De behandeling interfereert niet met het werk of met de taken in de huishouding. Marks et al. (1975), Haayman (1977), Hoogduin et al. (1977) en Emmelkamp (1982) hebben op de betekenis van het betrekken van de partner bij de behandeling gewezen.

Bij de hier voorgestelde behandeling wordt in principe de partner steeds bij de behandeling betrokken. De behandeling

De behandeling strekt zich over maanden, soms jaren uit en biedt daardoor de patient en het gezin de gelegenheid zich geleidelijk in te stellen op een leven zonder dwang. Ze zijn in staat de 'leegte' die ontstaat door het verminderen van de dwangverschijnselen langzaam met een nieuw gedragsrepertoire op te vullen. Bovendien is de therapeut 'aanwezig' wanneer bijv. dit uitbreiden van het gedragsrepertoire problemen geeft, of wanneer door gewijzigde verhoudingen binnen de relatie huwelijksproblemen ontstaan.

- 4.2 Patienten die wel van de behandeling hebben geprofiteerd, verschillen significant in leeftijd bij aanmelding van patienten die niet profiteerden (resp. 32.5 en 37 jaar); een gegeven dat bij de patienten van Foa et al. (1982-b) significant was.

Bij de vijf patienten die zonder succes behandeld zijn, leken ernstige depressiviteit, waanachtig beleven van de dwang, ernstige relatie-

stoornissen, matige intelligentie en een alloplastische reactievorm mogelijk factoren van betekenis bij het mislukken van de behandeling.

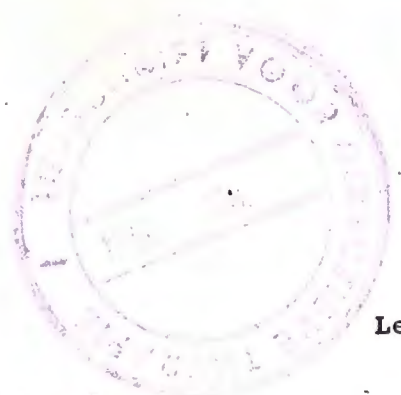
5. Nabeschouwing

Vanuit een succesvolle, overwegend klinische behandeling voor patienten met dwangverschijnselen bestaande uit gesuperviseerde exposure en respons preventie, is een ambulante strategie ontwikkeld. De patient wordt met behulp van zelfcontrole-procedures zo ver gebracht dat tot geleidelijke vrijwillig uitgevoerde respons preventie en exposure overgegaan wordt. De resultaten van deze benadering blijken niet te verschillen van de resultaten van de (klinische) behandelingen bestaande uit gesuperviseerde respons preventie en exposure. Op grond van kostenaspecten en het weinig interfereren van deze ambulante strategie met het dagelijks werk of huishouden (waardoor in tegenstelling tot de klinisch uitgevoerde behandelingen alle aangemelde patienten de behandeling konden accepteren) is het te overwegen eerst dan tot klinische procedures over te gaan wanneer een ambulante behandeling geen succes mocht opleveren.

Referenties

- Black, A. (1974), The Natural History of Obsessional Neurosis.
In: H.R. Beech, Obsessional States. Methuen, London
- Boersma, K., S. den Hengst, J. Dekker & P.M.G. Emmelkamp (1975),
Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: a Comparison
with Obsessive-Compulsive Patients. Behav. Res. & Ther. 14, 19 - 24
- Dowson, J.H. (1977), The Phenomenology of Severe Obsessive-Compulsive
Neurosis. Brit. J. of Psychiat. 131, 75 - 78
- Emmelkamp, P.M.G. & D.M. Rabbie (1981), Psychological Treatment of
Obsessive-Compulsive Disorder: a Follow-up Four Years after Treatment.
In: C. Persis, G. Struwe & B. Jansson (eds.), Biological Psychiatry
(blz. 1095 - 1098), Elsevier, Amsterdam
- Foa, E.B. & G.S. Steketee (1979), Obsessive-Compulsives: Conceptual
Issues and Treatment Interventions.
In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Milles, Progress in Behavior Modification,
Academic Press, New York
- Foa, E.B., G. Steketee, J.B. Grayson & H.J. Doppelt (1982-a), Treatment
of Obsessive-Compulsives: When do we fail?
Ter Perse
- Foa, E.B., J.B. Grayson, G.S. Steketee, H.G. Doppelt, R.M. Turner &
P.R. Latimer (1982-b), Success and Failure in the Behavioral Treatment of
Obsessive-Compulsives. J. of Consulty & Clin. Psychology, ...
- Haayman, W.P. (1977), Dwang, therapeutische ervaring bij 25 patienten.
Krips Repro, Meppel
- Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. Van Dyck, L. Joele & C.P. v.d. Velden
(1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren.
In: K. van der Velden, Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1979), Ambulante behandeling van ernstige
psychiatrische patienten. Maandblad Geestelijke Volksgezondh. 34 (11), 752 -
763
- Marks, I.M., R. Hodgson & S. Rachman (1975), Treatment of Chronic Obsessive-
Compulsive Neurosis by In-vivo Exposure. Brit. J. Psychiat. 127, 349 - 364

- Meyer, V. (1966), Modification of Expectations in Eases with Obsessional Rituals. Behav. Res. & Ther. 4, 273 - 280
- Meyer, V., R. Levy & A. Schnurer (1979), A Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders.
In: H.R. Beech, Obsessional States. Methuen, London
- Rachman, S. (1974), Primary Obsessional Slowness. Behav. Res. & Ther. 12, 9 - 18
- Rachman, S. & R.J. Hodgson (1980), Obsessions and Compulsions. Prentice Hall, New Jersey
- Rachman, S., I.M. Marks & R.J. Hodgson (1973), The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurotics by Modelling and Flooding in vivo. Behav. Res. & Ther. 11, 463 - 471



Bis zum kotzen

of,

Leen Joele

Hoe het verder ging met Joan.

Zoals U zich herinnert had Joan in de vorige aflevering de opdracht gekregen om zich niet meer tegen het braken te verzetten en een qua voedingswaarde equivalente hoeveelheid pap ter vervanging van het uitgebraakte voedsel te nuttigen. De aanvankelijke resultaten leken gunstig. Geleidelijk aan, in de loop van ± 2 maanden is ze zich meer en meer tegen het advies gaan verzetten. Ze maakte steeds meer opmerkingen als: "ik begrijp met mijn verstand dat het zo moet, maar ik vind het zo walgelijk", of, "het helpt wel, maar ik vind het zo abnormaal", of "waarom doe ik het in Godsnaam". Intussen verminderde het braken gestaag en Joan at, met frisse tegenzin, 6x per dag. "Waarom kan ik niet gewoon 3x eten?!" Geleidelijk kwam ze ook iets aan. In deze periode kon de therapeut achterover leunen: het rationele van het advies werd geduldig herhaald; verder werd als een reden voor het braken opgegeven dat ze even slecht tegen de verzadiging met voedsel kon als tegen de verzadiging met vriendelijkheid. Eerder was immers al opgevallen dat Joan slecht tegen positieve commentaren kon. De vergelijking werd gemaakt met gevangenen die lang slecht of niet te eten hebben gehad en voor wie "gewoon eten" of "gewoon aardig gevonden worden" eigenlijk al te veel is. Joan met name was gevangen in het pantser van haar geschonden huid en haar angst voor medeleven. Deze interpretaties leken wel bij te dragen tot een prettige verstandhouding, doch verder weinig effect te hebben. De therapeut bleef Joan te lief, invoelend en behulpzaam vinden; overigens niet masochistisch.

De indruk werd nog versterkt toen Joan een gesprek arrangeerde tussen de therapeut en haar vader! Ze leek het heel gewoon te vinden dat er over haar gepraat zou worden zonder dat ze erbij was.

In dat gesprek met de vader (een soort Molly Geertsema) werd duidelijk dat Joan van jongs af aan heen en weer geslingerd was tussen de wens om haar moeder te beschermen tegen haar vader en tegelijkertijd aandacht en tederheid van hem te verkrijgen.

Vader had Joan altijd beschouwd als een rebels, lastig, niet flink, maar wel zielig meisje. Letterlijk: "een beetje minder dan de andere meiden." Zijn voorkeur ging uit naar niet klagende, sportieve gymnasiastes. Pas zeer recent had hij voor de eerste maal in zijn leven tegen zijn dochter gezegd dat hij van haar hield.

Joan voelde zich vaak niet begrepen, doch ze maakte het haar vader ook niet altijd even gemakkelijk. Soms ging ze naar hem toe met de bedoeling over iets moeilijks te praten, doch ze verzuimde daarbij altijd om dat expliciet duidelijk te maken.

Haar houding was altijd die van iemand die toevallig toch in de buurt was en even aanliep. Wanneer ze dan behandeld werd naar haar gedrag en niet naar haar verlangens voelde ze zich zeer verwaarloosd; niet boos, maar verdrietig.

Na dit gesprek besloot de therapeut om Joan eens boos te maken, omdat de verhouding van Joan tot hem verontrustend veel gelijkenis begon te vertonen met die tot haar vader. De bedoeling was om Joan te laten zien dat een relatie kan blijven bestaan ondanks (voorbijgaand) onbegrip en teleurstelling. De gelegenheid deed zich snel voor; Joan, altijd zeer punctueel, liep een keer een afspraak mis door een toevallige combinatie van omstandigheden: falend openbaar vervoer, iets te laat uit bed, buurvrouw met probleem etc.

De eerstvolgende maal, in de groep, pakte de therapeut uit: hij was ook op tijd, terwijl hij meer te doen had; hij nam toch aan dat zijn cliënten de afspraken minstens éven belangrijk vonden als hij zelf, en hij vond het een beetje jammer om verhalen in de trant van mijn band was lek en de brug stond open te moeten aanhoren!

Opschudding alom: de groep doodstil, Joan de tranen in de ogen, de therapeut streng en ernstig met doorborende blik. (Joan had eens gezegd bang te zijn voor de ogen van de therapeut en keek hem nooit en anderen zelden aan).

Bij het volgende individuele gesprek legde Joan eerst afstandelijk haar huiswerk op tafel (grafieken) en meldde vervolgens (-de therapeut bijna voortdurend aankijkend-) dat ze het gesprek uitsluitend wou laten gaan over het onbegrip van de therapeut. Ze was erg teleurgesteld en voelde zich beledigd. De therapeut kroop geleidelijk in zijn schulp, gaf toe dat hij zich in de ernst van de redenen vergist kon hebben, maar begreep niet dat door een "incident" het kind met het badwater weggegooid moest worden. Het gesprek eindigde prettig, men begreep elkaar weer en de noodzaak om wederzijds goed uit te leggen wat er precies bedoeld wordt, was krachtig benadrukt.

Na deze gebeurtenis gedroeg Joan zich opvallend volwassener en zelfbewuster, zowel in de individuele contacten als in de groep.

Ze zocht zelfstandig contact met een plastisch chirurg en ging praten met een vrouw die ook erg door brandwonden verminkt en met fraai resultaat door deze chirurg geopereerd was.

Na ± 4½ maand in dagtherapie te hebben doorgebracht kondigde ze recent haar vertrek aan. Terloops deelde ze mede al enkele weken niet meer te braken en "gewoon" (dus niet boulinisch) 3x per dag te eten.

In een individueel gesprek lichtte ze toe dat ze zich nog wel heel onzeker, maar "anders dan vroeger" voelde. Ze was zelf verbaasd en vroeg of dit nu een z.g. "vlucht in de gezondheid was!".

Uiteraard heeft de therapeut dit zeer ontkend en haar zo goed mogelijk gestimuleerd. "Volgens mij regel je het nu zelf". Het aanbod is verder dat Joan, als ze wil, nog en-

kele gesprekken kan opnemen.

Over het hoe en waarom van de verandering een volgende maal. Met Hilde Bruch denk ik voorlopig dat het bevorderen van het gevoel van eigenwaarde en zelfredzaamheid een zeer belangrijke factor is geweest.



De combinatie van een paradoxale en congruente strategie

Alfred Lange

1. Inleiding

In 1977 waarschuwden Van Dijck en Van der Velden in hun artikel over valkuilen, voor het gelijktijdig geven van paradoxale en congruente opdrachten. Tenzij een dergelijke combinatie in een bewust gepland kader wordt gebruikt leidt het tot verwarring bij de cliënt waardoor er helemaal niets gebeurt, aldus Van Dijck en Van der Velden. Deze waarschuwing is uiteraard terecht, maar geldt m.i. voor alle combinaties van opdrachten. Ook twee leeropdrachten die tegelijkertijd gegeven worden, zonder dat de planning doordacht is en voor de cliënt inzichtelijk zullen over het algemeen weinig succes opleveren. Van Dijck en Van der Velden laten overigens in het midden of hun waarschuwing het geven van twee opdrachten aan één cliënt betreft of dat men ook voor de gevaren van de combinatie beducht moet zijn wanneer er verschillende cliënten in het geding zijn, waarbij de één paradoxaal en de ander congruent benaderd wordt. Selvini Palazzoli c.s. (1979) zijn daarover wel expliciet. Volgens hun moet het gehele gezin - of zo men wil, het gehele systeem - aan hetzelfde paradoxale juk worden onderworpen.

Zonder het zo te benoemen, geven Hoogduin e.a. (1977) als eersten een aanzet in de combinatie van paradoxale en congruente adviezen. De symptoomdrager krijgt het symptoom voorgeschreven; de omgeving leert hoe toch nog voorkomend symptomatisch gedrag kan worden uitgedoofd. Rijntjes (1982) pakt die draad op voor een speciale populatie, kinderen. Bij zowel Hoogduin als Rijntjes staat de symptoomdrager centraal in het geheel. Hij moet het symptoom opvoeren om er meer greep op te krijgen. De omgeving 'maakt het af' (als een soort co-therapeut) door van nu af aan anders, uitdovend, te reageren.

In dit artikel wordt een combinatie van paradoxaal en congruent interveniëren geïntroduceerd, die op een andere wijze - m.i. nog eleganter - wordt gemotiveerd. De symptoomdrager wordt niet meer als de enige persoon met problemen geëtiketteerd. Integendeel, de omgeving wordt gelabeld als symptomatisch omdat zij opmerkelijk inadequaat op de sympto-

matische gedragingen van de anderen reageert. De omgeving 'moet' derhalve aan zelf-onderzoek gaan doen, om erachter te komen wat daarvan de oorzaak is, zodat zijzelf mogelijkheden krijgt om te veranderen. Dit leidt tot een aantal congruente adviezen die alleen uitvoerbaar zijn wanneer er symptomatisch gedrag van de aangemelde symptoomdrager optreedt. Deze krijgt derhalve het paradoxale advies om de komende periode zijn symptomatisch gedrag flink op te voeren zodat de omgeving goed de gelegenheid krijgt om het huiswerk uit te voeren.

In de volgende paragrafen worden enkele voorbeelden kort geschetst. Uiteraard zal deze combinatie van paradoxaal en congruent niet overal mogelijk zijn. In de discussie zal daarom ook op de indicatiestelling worden ingegaan.

2. De voorbeelden

2.1. Marga en Roel Wehkamp

Meneer en mevrouw Wehkamp zijn dertigers van een hogere sociale klasse. Zij zijn een jaar of zeven bij elkaar, zonder kinderen, die ook niet gewenst zijn. Mevrouw is een opvallend mooie, levendige vrouw. Meneer is eveneens een aangename verschijning, maar wat rustiger. Zij melden zich aan wegens 'relatieproblemen'. Die bestaan vooral in escalerende ruzies, gebaseerd op machtsstrijd. Het patroon is daarbij als volgt. Mevrouw, met haar scherpe tong, maakt sarcastische opmerkingen over meneer. Hij voelt zich diep gekwetst en vernederd, wat hij eerst omzet in een wrokkig stilzwijgen, maar in tweede instantie gaat hij met haar in de clinch met de bedoeling om haar op zijn beurt te treffen. Het escalerende proces gaat dan nog een tijdje door. Affectief zit het wel goed tussen de beiden, al lijkt meneer wat meer op mevrouw gericht dan omgekeerd.

Na twee zittingen is het beeld redelijk duidelijk. De therapeut is in diep gepeins verzonken over de vraag hoe dit bekende, maar zo lastige patroon te doorbreken. Het gehele patroon voorschrijven trekt hem niet aan. Ook niet het gefractioneerde ruzie-advies (vgl. Van Dijck en Hoogduin, 1977). Het feit dat de man zich steeds gekwetst en vernederd voelt weerhoudt hem daarvan. Het ligt misschien het meest voor de hand om het gedrag van mevrouw Wehkamp eens onder de loupe te nemen. Kan zij niet wat aardiger en voorzichtiger met haar echtgenoot omspringen? Voor hetzelfde geld kan men echter ook aan de andere kant beginnen. Zou meneer niet wat minder afhankelijk kunnen worden van het aardig zijn van zijn vrouw; wat minder kwetsbaar? De eerste benadering heeft als

nadeel dat, zelfs al verandert er wat, het patroon niet wezenlijk gewijzigd wordt. De man blijft afhankelijk van de luimen van zijn vrouw, alleen ontziet zij hem wat meer. Daarom wordt voor de tweede strategie gekozen, met de introductie:

"We zouden nu kunnen gaan proberen om jou (mevrouw) te helpen om minder agressief, minder sarcastisch te zijn tegen Roel (haar man). Maar (flinke pauze) ik ben bang dat dat niet het belangrijkste punt is. Ik denk dat het goed is om eerst eens erachter te komen wat maakt dat jij (meneer Wehkamp) zo enorm in de put raakt als Marga (zijn vrouw) rottige dingen zegt; waarom je je niet meteen verweert; hoe komt het dat je dat zo op jezelf betreft, in plaats van te denken 'ach, daar heb je Marga weer met haar rotopmerkingen'. Ik zou daarom het volgende willen voorstellen: de komende twee weken trek je je, zodra Marga een opmerking maakt die jij als kwetsend beleeft, terug. Je verlaat voor 10 minuten de ruimte waar jullie gezamenlijk zijn. In de andere ruimte ga je dat gevoel van gekwetst zijn zo bewust mogelijk beleven. Zoveel mogelijk oproepen. Nadenken over wat voor verschrikkelijks Marga heeft gezegd; hoe klein jij daardoor wordt; hoe dat misschien te maken heeft met de verhoudingen vroeger bij jou thuis. (Dat laatste is als thema in het tweede gesprek aan bod gekomen). Aan het einde van de 10 minuten schrijf je je bevindingen op. Om zoveel mogelijk profijt van de komende twee weken te hebben zou ik jou (mevrouw) willen vragen om voor veel materiaal te zorgen, zodat Roel inderdaad inzicht krijgt wat dat bij hem is. Dat betekent, hoe gek je dat misschien ook vindt, dat ik je zou willen vragen om de komende twee weken extra veel sarcastische rotopmerkingen te maken; je weet wel wat voor soort ik bedoel".

Met de bovenstaande instructie is de eerste combinatie van paradoxale en congruente opdracht in nieuwe stijl gegeven en wordt zonder tegensputteren, wel met wat verbazing, geaccepteerd. Het resultaat is perfect. Twee weken later komen zij giechelend binnen. Meneer heeft eenmaal geprobeerd zich aan de opdracht te houden, in het begin van de twee weken. Hij was weggegaan, maar had na twee minuten gedacht: "ik lijk wel goed gek; ik laat me niet meer kwetsen; het kan me niks schelen wat ze zegt", en was weer de kamer ingestapt. Mevrouw heeft zich nog een aantal malen - met toenemende moeite - geprobeerd aan de opdracht te houden, maar meneer was er niet meer van onder de indruk te krijgen, waarna zij er maar mee was opgehouden. De therapeut complimenteerde mevrouw ermee dat zij het zo goed heeft geprobeerd en vraagt haar om dat de komende weken toch weer te blij-

ven doen aangezien het wel jammer is dat haar man niet vaker van de terugtrek mogelijkheid gebruik heeft gemaakt. De opdracht wordt dus herhaald, met een gelijksoortig resultaat. De man heeft zich nu helemaal nooit teruggetrokken en mevrouw heeft nauwelijks rotopmerkingen gemaakt. Het patroon lijkt aardig doorbroken.

De opdracht aan mevrouw wordt nu ingetrokken en de man krijgt het advies om in de toekomst zichzelf in de gaten te houden en indien nodig gebruik te maken van de terugtrek mogelijkheid. Er zijn nog drie zittingen over een lange periode uitgesmeerd, waarin de veranderingen worden begeleid. Anderhalf jaar later - het laatste contact - is er geen sprake van terugval.

2.2. Meneer en mevrouw Bakker

Meneer en mevrouw Bakker zijn veertigers, met zoons van 13 en 14 jaar. Meneer is chemicus, mevrouw werkt niet. Het huwelijk is in een crisis, aldus meneer tijdens de telefonische aanmelding. De kinderen worden regelmatig in de conflicten betrokken, zodat een taxatiegesprek met het hele gezin niet onverstandig lijkt. Tijdens dat gesprek blijkt dat er nauwelijks sprake is van specifieke probleemgebieden. Elke opmerking kan aanleiding zijn tot een gigantische escalatie, waarbij ze om de beurt schreeuwende monologen tegen elkaar houden. Een paar jaar geleden hebben ze zij al therapeutische contacten gehad, die als 'geen feest' worden betiteld. Daarna is het verder bergafwaarts gegaan. Vooral de man is met luide stem in de weer om zijn vrouw van alles wat lelijk is te beschuldigen, waarop zij een notitieboekje pakt, in mekaar duikt, hem beloert om af en toe nerveus iets op te krabbelen. Dat betreft de minutie die zij even later tegen hem gebruikt. Toch geeft zij aan van hem te houden. Hij is daarover wat onduidelijker. Hij is rancuneus en weet eigenlijk niet of hij nog wel veel moeite wil doen. Voort blijken er nogal wat problemen met de oudste zoon, Dirk, die niet wenst te leren.

Voor het tweede gesprek komen de ouders alleen. De machtsstrijd tussen hen beiden wordt nu wat uitgediept. Weer is het vooral meneer die tekeer gaat. Hij fulmineert ruim een kwartier tegenover zijn vrouw; haar betuttelende manier van doen; hoe ze het altijd met hem oneens is; altijd dwars ligt; alles saboteert en vooral, hoe ze hem in de loop der jaren stelselmatig heeft gekleineerd. Hij laat zichzelf niet langer klein maken. Hoewel hij bepaald geen kleingemaakte indruk maakt besluit de therapeut dit toch - net als bij het echtpaar Wehkamp - als

Marjoteknikke
Marjoteknikke
u-Dink

thema op te pakken. Misschien valt erachter te komen wat maakt dat hij zich klein voelt wanneer zijn vrouw het met hem oneens is ? Om daarmee een begin te maken wordt hem een advies gegeven dat lijkt op datgene wat aan meneer Wehkamp is geadviseerd. Iedere keer als zijn vrouw hem betuttelt of op andere wijze hem het gevoel geeft een kleine jongen te zijn, zal hij zich een kwartier terugtrekken met de gebruikelijke bezinningsopdracht. Aan mevrouw wordt gevraagd om voor materiaal te zorgen door zoveel mogelijk dwars en betuttelend op te treden. Zij zien er wel tegen op, maar willen proberen de opdracht uit te voeren. Twee weken later blijkt dat mevrouw het wel heeft geprobeerd, al vond ze het vreselijk moeilijk, maar meneer in het geheel niet. Hij heeft er geen zin meer in. Hij wil scheiden. Zij vrouw zal toch nooit veranderen. Mevrouw is zeer aangedaan, probeert op een aandoenlijke, wat onbeholpen manier zijn argumenten te ontzenuwen. De therapeut introduceert het idee van een proefscheiding. Uiteraard vindt mevrouw dat beter dan een definitieve^{scheiding}, maar meneer ziet er voorhands niet zoveel in. De therapeut legt de bedoeling ervan nog eens precies uit en er wordt afgesproken dat zij allebei zullen nadenken over hoe zij zich een (proef)scheiding voorstellen en over welke punten er afspraken gemaakt zouden kunnen worden. Drie weken later is de situatie gecompliceerd geworden. Meneer wil weliswaar nog steeds scheiden, maar zij zijn toch weer naar elkaar toegedreven doordat er een crisis met Dirk is geweest. Die was weggelopen, enkele dagen 'ondergedoken' bij een vriendje. In de behandeling van deze crisis hebben zij elkaar niet dwars gezeten. Integendeel, er was goed overleg, steun en warmte. Toch wil meneer Bakker definitief scheiden. In een proefscheiding ziet hij weinig nut. Het aanbod van de therapeut om hen bij de scheiding te helpen neemt hij - na enkele dagen bedenktijd - voorlopig niet aan. Een maand later neemt hij weer contact op. Zij willen weer komen praten, maar nu over Dirk, die onhoudbaar wordt. Het blijkt dat het met hun onderlinge verhouding weer beter gaat. De scheiding is van de baan. Uit hun verhalen over Dirk wordt duidelijk dat de hiërarchie in het gezin ernstig verstoord is. Afgesproken wordt dat zij zich eensgezind zullen opmaken voor een consequente opvoedingsaanpak, inclusief de nodige uitvoerbare sancties (vgl. Haley, 1980). Daarna zal de verhouding tussen de ouders weer aan bod komen. Deze behandeling loopt nu

2.3. De familie Velleman

Meneer Velleman meldt zichzelf aan wegens dwanghandelingen, of misschien liever, dranghandelingen. Hij heeft de schier onbedwingbare impuls om gevaarlijke handelingen te verrichten: vlak voor auto's langssprinten om te kijken of hij het haalt; op randjes van hoge gebouwen te balanceren om te zien of hij niet naar beneden valt; zichzelf de keel dichtknijpen tot hij bijna stikt. Doet hij dat niet, dan denkt hij er voortdurend aan. Deze vorm van zelf-agressie gaat gepaard met flink wat agressie jegens zijn omgeving. Iedereen in huis (zijn vrouw, de twee jonge kinderen en de katten) zijn benauwd voor hem. Op zijn werk -kantoor - gaat het redelijk, al heeft hij daar wel last van dwanggedachten, maar thuis gedraagt hij zich als een agressieve egoïst. Er komt weinig aardigs van hem vandaan. Hij is voornamelijk bezig met zichzelf en zijn hobby, hardlopen. Al wordt dat de laatste tijd ook door het keel dichtknijpen bemoeilijkt. Enig aandeel in huishoudelijke taken is er niet. Hij heeft al aardig wat therapieën achter de rug, waaronder 'primal scream', wat in die tijd nog in zwang was. De behandeling wordt in eerste instantie - in aanwezigheid van zijn vrouw - gericht op zijn individuele klachten. Het contact met de therapeut is goed. Er is veel sprake van positief etiketteren (perfectionisme, goed maken van fouten uit het verleden, etc.), wat geen beletsel geeft voor een gedegen respons preventieprogramma (vgl. Rachman & Hodgson, 1980). Daarover hoeft in dit artikel niet uitgeweid te worden. Na ongeveer tien zittingen begint dat succes op te leveren en zo rond de vijftiende zitting zijn zowel de handelingen als het dwangdenken nagenoeg verdwenen. In het gezin zijn echter nog veel meer problemen. Meneer heeft nog steeds een perifere positie. In het behandelingscontract wordt dat nu ook expliciet opgenomen. De kinderen (acht en twaalf jaar) komen een paar keer mee. Opvoedingsproblemen worden besproken, alsmede de angst van mevrouw Velleman om zich op welk punt dan ook tegen haar man te verzetten. Vroeger was dat wel begrijpelijk. Maar meneer is nu toch al tijden niet meer gevaarlijk agressief, hij laat het bij wat schelden. Hij kan tegenwoordig ook al veel beter met de kinderen opschieten. De katten zijn nog wel bang voor hem. In de 22e zitting, waarbij de kinderen aanwezig zijn, wordt een gedragsherhaling gedaan. Aanleiding is de eerder gemaakte afspraak tussen man

en vrouw dat zij hem 's avonds na zijn hardlopen, als hij in zijn eentje eet, maar een keer mag bedienen, in plaats van te blijven serveren. Tweede en derde porties zou hij zelf uit de keuken halen. Hij houdt zich daar echter niet aan en begint zijn vrouw te sommeren toch weer soep, etc. te halen.

De laatste keer dat dit is gebeurd wordt in scène gebracht. Terwijl de kinderen 'naar de TV kijken' maken man en vrouw zich op voor de strijd. Opvallend is de extreme sub-assertiviteit van mevrouw. Dit was al eerder aan de orde geweest. Zij vindt het in veel omstandigheden, ook waar haar man niet bij is betrokken, moeilijk om iets voor zichzelf te vragen en kiest de gemakkelijkste weg door zichzelf weg te cijferen. Voor haar man is dat overigens alleen maar aversief. Hij heeft de pest aan dat lijdzame gedrag.

De subassertiviteit van de vrouw wordt als ingang gekozen. Aan het gezin wordt meegedeeld dat vader wel gek zou zijn om niet te proberen de dingen voor elkaar te krijgen als hem dat iedere keer lukt; dat het nu van belang is voor moeder om eens te proberen wat meer tegengas te geven. De therapeut speelt de scène voor haar als model na en laat zien hoe hij zich niet door het getier van de man (die prima blijft acteren) van de wijs laat brengen en op een rustige dwingende manier duidelijk maakt dat er echt geen tweede bord soep voor hem wordt opgeschept.

Mevrouw accepteert het voorstel om daar de komende weken mee te gaan oefenen, speciaal op het 'opscheptema', dat elke avond voorkomt, want meneer traint zeer frequent. Aan meneer wordt gevraagd zijn vrouw daarbij te helpen door flink te blijven doordrammen en niet te snel toe te geven: 'anders leert ze er niets van'.

Het resultaat is positief, al is het minder verbluffend dan bij het echtpaar Wehkamp. Het patroon is niet echt doorbroken, maar de scherpe kanten beginnen er wel af te slijten. Mevrouw's sub-assertiviteit en haar positie in haar gezin van herkomst (vgl. Carter & McGoldrick, 1980) blijven nog geruime tijd op de therapie-agenda staan, waarbij ook situaties buitenshuis ingestudeerd worden. Na de 22e zitting zijn er - inclusief enkele halfjaarlijkse follow-ups - nog tien zittingen, waarbij ook nog aandacht wordt besteed aan de sexuele verhouding, die op advies van de therapeut enige tijd was stopgezet.

Bij het afsluiten is er geen terugval m.b.t. de dwanghandelingen en is de situatie in het gezin voor iedereen bevredigend. Meneer neemt een

veel centralere positie in dan voorheen. Mevrouw heeft nog steeds moeite om iets voor zichzelf te regelen, maar zij doet haar best en meneer maakt er minder misbruik van.

2.4. Meneer Reinders

Meneer Reinders is een lange, magere man van 33 jaar die zich aanmeldt voor wat hij zelf dwanghandelingen noemt. Hij woont alleen, maar heeft een vriendin waarbij hij vaak de weekenden doorbrengt. Hij is verwezen via de maatschappelijk werkster van de school waar de kinderen van zijn vriendin les hebben.

In het eerste gesprek, waar de vriendin bij aanwezig is, blijkt dat het eigenlijk niet om dwanghandelingen gaat. Het gaat meer om een verzameling van tics (ogenknipperen, trommelen met de handen, in de vingers klakken) die toenemen naarmate er in een situatie meer aspecten zijn die hem onzeker maken. Zijn onzekerheid en sociale angst verbergt hij achter een flinke portie verbale agressie, die naar voren komt zodra iemand de euvele moed heeft het met hem oneens te zijn of iets te zeggen wat hij dom vindt. Hoewel hij weinig opleiding heeft gehad na de lagere school en een weinig boeiende baan heeft, is hijzelf bepaald niet dom, waardoor hij in de vele conflicten die hij aangaat inhoudelijk vaak gelijk heeft.

Na het eerste gesprek wordt voorgesteld de behandeling in eerste instantie te richten op de agressiviteit en de moeilijkheden die hij daardoor met zijn omgeving heeft. Dat is ook de aanleiding voor de verwijzing geweest aangezien zijn vriendin hem anders niet meer 'in huis wil hebben'. Het contract daarover wordt niet gemakkelijk gesloten. De therapeut krijgt al meteen een serie proeven van zijn achterdocht en snerende opmerkingen. Datzelfde lot was zijn voorganger, een beminlijk psychiater, ook al ten deel gevallen. Het volgen van diens behandeling werd bovendien na de tweede zitting gestaakt. Op grond van dit alles speelt de therapeut het 'cool'. Er is geen haast: "Misschien het beste als meneer Reinders eerst eens rustig nadenkt of hij wel verder wil met deze therapeut en diens visie?" Na enkele weken belt hij op. Hij wil doorgaan, maar dan toch graag alleen, zonder zijn vriendin. Dat wordt geaccepteerd, aangezien uit het eerste gesprek al duidelijk is geworden dat haar bijdrage in de problematiek relatief klein is en dat er voor hem genoeg afzonderlijk werk aan de winkel is.

De behandeling wordt in eerste instantie gericht op het verleden, waarbij omzichtig met zijn weerstanden en diskwalificaties wordt omgesprongen. Bijv. door veelvuldig positief etiketteren (bescheidenheid, eerlijkheid en gewetensvolheid) en door gebruik te maken van het aanbieden van keuzes (vgl. Erickson & Rossi, 1975). Het verleden van meneer Reinders is behoorlijk troosteloos. Hij is enig kind van ouders die een geïsoleerd leven leidden en alle sociale activiteiten van hem de grond in boorden. Omgangsvormen die het aangaan en onderhouden van contacten mogelijk maken heeft hij niet geleerd en dat hij weinig zelfvertrouwen heeft is ook wel begrijpelijk. Via brieven, die geleidelijk opgebouwd worden en gesprekken met zowel zijn vader als moeder komt hij ertoe iets van de rancune daarover te uiten.

Na acht zittingen wordt deze fase van de behandeling afgesloten. Hij is wat rustiger geworden, tijdens de zittingen zijn er weinig tics, en het contact met zijn ouders verloopt wat meer bevredigend dan voorheen toen hij zich nog als een klein kind de les liet lezen. Er zal nu gewerkt worden aan de manier waarop hij zich tegenwoordig in gezelschap opstelt. Hij gaat ermee accoord dat zijn vriendin en de kinderen weer bij de behandeling betrokken worden. Er volgt één gesprek met de kinderen erbij, waarbij de huidige probleemgebieden binnen 'het gezin' geïnventariseerd worden. Het centrale thema is steeds: de overmatige woede die meneer Reinders op voelt komen bij tegenspraak of als er iets anders loopt dan hij had verwacht. Daar dient bij aangetekend te worden dat zijn vriendin dat ook wel kundig weet op te roepen door haar verpleegsterachtig, betuttelend en ietwat betweterig gedrag jegens hem. Dat maakt hem helemaal razend en dan trommelt en klakt hij van jewelste.

In de elfde zitting wordt een respons preventie programma ingezet: als hij woede voelt opkomen, zal hij zich vijftien minuten terugtrekken; hij zal nadenken hoe erg het is om onzeker te zijn op het betreffende punt dat aanleiding heeft gegeven tot de woede, waarbij hij in een handveer (bodybuilding apparaat) zal knijpen zodat hij niet kan trommelen of met zijn vingers kan klakken. De laatste paar minuten zal hij gebruiken om zijn konklusies op te schrijven. Zijn vriendin krijgt de opdracht om - hoe kan het anders - hem te helpen door gelegenheid voor oefening te scheppen. Zij zal het dus vaak en betuttelend met hem oneens zijn. De uitwerking is niet echt succesvol. Zijn vriendin rapporteert dat zij het te druk heeft gehad om ruzie met hem te maken, maar de keren

dat dat wel gebeurde en hij kwaad dreigde te worden heeft hij zich niet teruggetrokken en ook de handveer niet gebruikt. In plaats daarvan heeft hij zichzelf onder controle gehouden, zodat hij geen woedeuitbarsting kreeg en ook niet trommelde en klakte met zijn vingers. De therapeut complimenteerde hem met dat laatste maar spoort hem toch aan om het programma echt uit te voeren. Hij voelt er echter niet zoveel voor, en wil ook niet dat zijn vriendin nog langer bij de behandeling wordt betrokken. Dat zou een nodeloze belasting voor haar zijn. Zij is het daar apert meer oneens en wil graag blijven komen. Er wordt geen beslissing genomen. De therapeut vraagt hem of hij wil nadenken over hoe de behandeling zal worden voortgezet: zijn eigen manier of die van de therapeut. De zitting daarop blijkt dat zijn vriendin hem uit huis heeft gezet. Hij mag voorlopig niet meer komen. Deze kwestie wordt besproken, met name de onzekerheid die de situatie voor meneer Reinders met zich meebrengt. Hij moet a.h.w. steeds examen doen. Hij kan zich nauwelijks fouten veroorloven. De therapeut oppert twee alternatieven. Of er komt een proefscheiding van pakweg een half jaar, waarin vriendin en meneer Reinders geen contact hebben en hij in zijn eentje aan zijn problemen werkt, of zij gaan samen verder maar dan zonder dreiging van het verbreken van de verhouding, voor de tijd van een half jaar. De door vriendin voorgestelde tussenwegen, van af en toe eens langskomen, lijken de therapeut niet bevorderlijk. Zij zullen erover nadenken. In de daarop volgende veertiende zitting blijkt de vriendin gekozen te hebben voor voortzetting van de verhouding. De laatstgeformuleerde oplossing dus. De band met meneer Reinders is te sterk om zomaar te verbreken. De therapeut vraagt haar om aan te geven wat het in meneer Reinders is dat zij zo waardeert. Wanneer zij daarover wat aan de vage kant blijft, vraagt hij haar om te proberen wat concreter te zijn. Op dat moment wordt meneer Reinders furieus, begint te ijsberen, beschuldigt de therapeut ervan het zijn vriendin lastig te maken en kondigt aan dat hij weggaat. Zijn vriendin vindt het gedrag van de therapeut helemaal niet bezwaarlijk, maar de heer Reinders blijft erbij dat de therapeut niet deugt met zijn psychologen trucjes. Na dertien zittingen judo'en en minimale vorderingen reageert de therapeut nu vooral menselijk: als meneer Reinders wil weggaan dan moet hij dat maar doen. Hij heeft dan nog wel twee weken de tijd om contact op te nemen als hij zijn besluit mocht betreuren. Daarna is er geen sprake van een vervolg van de behandeling.

Meneer Reinders stapt op en laat nooit meer iets van zich horen.
Met zijn vriendin wordt nagepraat.

2.5. Het gezin Molenbeek

Mevrouw Molenbeek (50 jaar) meldt zich en haar gezin aan wegens onhandelbaarheid van haar jongste zoon, Bert (14 jaar). Er zijn nog twee andere kinderen in huis (Sandra, 15 en Toos, 17 jaar). Mevrouw is enkele jaren geleden van haar man gescheiden. Zij heeft wel regelmatig contact met hem en met hun zelfstandig wonende zoon, Gijs.

Aan de telefoon wordt afgesproken dat er een eerste gesprek met het gehele gezin (inclusief ex-man en Gijs) zal zijn. De belangrijkste conclusie die uit dat gesprek getrokken kan worden is dat moeder de touwtjes in het nucleaire gezin niet in handen heeft; dat zij heen en weer geslingerd wordt door de neiging om 'vrienden' met haar kinderen te zijn en de neiging als het te gek wordt zeer autoritair en onredelijk uit de slof te schieten. De twee meisjes maken een wat tobberige indruk en er is ook wel sprake van schoolproblemen. Grootste problemen zijn echter te vinden bij Bert, die het gezagsvacuum dreigt te vullen door zich door niemand iets te laten zeggen, overal stennis over te maken en de anderen de wet te willen voorschrijven. Naar zijn vader, een kalme gedecideerde man, luistert hij wel, maar die woont honderd km. van hen vandaan.

De indruk over het gezin wordt aan het einde van het eerste gesprek meegedeeld. Men gaat accoord met een behandelingscontract, waarin herstel van de gezagsverhouding centraal staat. Alleen Bert sputtert wat tegen, maar wordt daarin door de therapeut genegeerd. Deze doet nu zaken met zijn moeder. In de tweede en derde zitting wordt er nog niet expliciet met huiswerk geïntervenieerd. Er wordt vooral aandacht geschonken aan de scheiding; hoe dat in zijn werk is gegaan; hoe de kinderen er tegen aan kijken; de schuldgevoelens van moeder en de moeite die zij daardoor heeft om een 'plek' te hebben in het gezin. Een indirecte suggestie wordt gegeven dat zij misschien eens met Toos zou kunnen gaan wandelen om eens wat over zichzelf kwijt te kunnen. Zij zou dan ook kunnen ervaren dat het delen van intimiteit niet hoeft te betekenen dat je als ouder/gezagsdrager faalt.

De suggestie wordt in dank aanvaard. De sfeer in het gezin lijkt al wat te verbeteren en mevrouw maakt de indruk zeer gemotiveerd te zijn om adviezen van de therapeut ter harte te nemen. Een congruente aanpak ligt wat haar betreft voor de hand.

Tijdens het vierde gesprek komt de onhandelbaarheid van Bert weer ter sprake. Er waren de afgelopen twee weken diverse voorbeelden van verregaande ongehoorzaamheid, hetgeen tot heftige onproductieve erupties bij mevrouw heeft geleid. Zij verzucht dat zij het niet meer aankan en radeloos is. De therapeut vraagt wat door over enkele van de gebeurtenissen totdat het beeld helder en concreet is. Dan wendt hij zich tot mevrouw: "Het probleem ligt m.i. niet bij Bert. Hij zou wel gek zijn als hij de gelegenheid niet greep om te doen en laten wat hij wil. Het probleem ligt bij u. U zult waarschijnlijk een duidelijker en consequenter beleid moeten gaan voeren, zodat Bert weet waaraan hij toe is en wat de gevolgen zijn van dingen die niet door de beugel kunnen. Om een begin te maken lijkt het me verstandig dat u probeert eerst wat meer inzicht te krijgen in uw eigen gedrag.... Ik zou mij bijvoorbeeld het volgende kunnen voorstellen: iedere keer wanneer u het gevoel heeft dat Bert niet luistert of op een andere manier over de schreef gaat zonder zich iets van u aan te trekken, trekt u zich dan onmiddellijk een kwartier terug. U probeert dus niet alsnog invloed op hem uit te oefenen. In plaats daarvan denkt u na wat u eventueel allemaal had kunnen doen, en wat u ervan heeft weerhouden om die dingen te doen".

Vervolgens wendt de therapeut zich tot Bert: "Zoals je hebt gehoord vind ik dat de fout voornamelijk bij je moeder zit. Zij zal een hoop moeten leren en nu vooral inzicht in zichzelf moeten krijgen over waarom ze het steeds verkeerd doet. Nou kan ik me voorstellen dat jij de komende weken al je best gaat doen om aardiger, gehoorzamer en weet ik wat te zijn. Dat zou best begrijpelijk zijn. Maar ik zou je willen vragen om dat juist niet te doen. Het zou je moeder namelijk helemaal niet helpen, omdat ze er dan nog niet achter komt hoe ze moet reageren als het fout gaat. Eigenlijk zou ik jou, en dat is best een beetje raar, het omgekeerde zou willen vragen: de komende weken juist extra dwars te zijn, zodat je moeder veel gelegenheid heeft om te oefenen".

Tijdens deze introductie betreft Bert's gezicht steeds verder. Hij - de slimmerd - begint te sputteren dat hij er op die manier geen zin in heeft; dat hij veel liever de komende weken zijn best zal doen om aardig te zijn. De therapeut vraagt hem echter met klem om het toch te proberen. De afspraak wordt gemaakt en opgeschreven. Moeder is enthousiast.

Twee weken later, bij het volgende gesprek, blijkt dat ze een zeer plezierige periode hebben doorgemaakt. De sfeer in huis begint te veranderen. Bert heeft zich nauwelijks aan de opdracht gehouden, integendeel.

CAZ: is paradox. want
die man zit op WC
te dwepelen ~
dat moet voorgedraan

De therapeut verzoekt hem het toch weer te proberen. Het resultaat blijft gelijk. De paradoxale opdracht aan Bert wordt dan ingetrokken en er wordt overgestapt op het vergroten van het probleem oplossend vermogen in het gezin. Daarbij wordt veelvuldig gebruik gemaakt van monitoring en gedragscontracten, niet allen m.b.t. problemen rondom Bert, maar ook in de verhoudingen tussen de andere gezinsleden.

Na vijftien zittingen wordt de therapie min of meer afgesloten. Moeder is dan zeer wel in staat de ouderrol in het gezin, met name t.o.v. Bert te vervullen. Bert is zelf ook behoorlijk veranderd. Hij heeft er lol in gekregen om oplossingen voor problemen te bedenken en aangezien hij een slim en creatief jongetje is, lukt hem dat vaak wonderwel. De contacten met het gezin worden echter nog niet helemaal stopgezet aangezien Sandra nogal wat problemen heeft met haar positie in het gezin en met de verhouding t.a.v. leeftijdgenoten. Haar angsten en onzekerheden konden vroeger aardig gemaskeerd worden door de ietwat symbiotische verhouding met moeder. Door de veranderingen in moeder is zij er wat dat betreft "op achteruit gegaan". Teneinde de verantwoordelijkheden nu niet teveel weg te halen bij moeder wordt besloten om desalniettemin de therapie in principe te stoppen, maar nog wel een aantal begeleidingssessies te hebben, één keer in de twee maanden. Die zijn er dan vooral op gericht moeder te 'superviseren' bij het helpen van haar dochter. Dit loopt momenteel en de conclusie kan zijn dat de stabiliteit in het gezin al meer dan een jaar bevredigend is zonder terugval in de hiërarchische verhoudingen.

3. Discussie

1. De belangrijkste verschillen tussen de hierbeschreven methode en die van Hoogduin e.a. (1977) en Rijntjes (1982) liggen in de aard van de paradoxale opdracht en de motivering van de gehele combinatie. Bij de twee laatstgenoemden wordt de paradoxale opdracht gegeven binnen het bewustwordingsparadigma (Rijntjes) of binnen een respons preventieprogramma (Hoogduin). Daarbij is geen sprake van symptoom voorschrijven. De methode Hoogduin is misschien zelfs als congruent op te vatten. De patiënten met dwangmatig vragen wordt het vragen immers niet voorgeschreven. Er wordt met hen afgesproken dat zij dit niet meer zullen doen (congruent) maar zich, als zij zich wat afvragen, te begeven naar een afgelegen ruimte (bijv. het toilet). De omgeving krijgt daarbij instructies om "uitdovend" (congruent) te reageren. Het paradoxale komt pas in een later stadium, als de patient door zijn

omgeving naar bijv. het toilet is verwezen dient hij niet te vechten tegen de dwanggedachten, maar deze juist gedurende een extra lange tijd op te roepen waarbij de gebruikelijke geruststellende vragen achterwege blijven. In dat deel van het respons preventie programma schuilt dus een paradoxaal element, maar dat komt pas aan bod wanneer de client zich niet aan zijn congruente opdracht, van niet meer vragen, heeft gehouden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat Hoogduin e.a. zelf hun methode niet als combinatie van paradoxaal en congruent benoemen. Dat gebeurt pas vijf jaar later door Rijntjes, die zowel de methode Hoogduin als die van hemzelf als zodanig omschrijft.

Maar ook bij Rijntjes is het paradoxale eigenlijk niet zo sterk vertegenwoordigd. Er wordt geen symptomatisch functioneren voorgeschreven. Wel is er in het kader van bewustwording en zelfonderzoek een welwillende houding jegens de symptomen die nu in ieder geval niet bevochten moeten worden. In onze methode wordt daarentegen het symptomatisch gedrag voorgeschreven, en wel om de ander te helpen, een advies en motivering, die het systeem grondig op zijn kop zetten. Deze motivering is natuurlijk alleen maar mogelijk wanneer er iets te helpen valt. Daarbij komen we bij een eerste indicatie: Er moet in de omgeving daadwerkelijk iets te vinden zijn van inadequaat gedrag wat voor verandering in aanmerking komt. Onbekwaamheid van ouders in de omgang met kinderen leent zich daarvoor bijv. zeer goed. De eerste twee gevallen van Rijntjes zouden waarschijnlijk dan ook prima op deze manier uitgevoerd hebben kunnen worden. Maar kennelijk kon het ook op de andere manier. Overigens is het derde en laatste door Rijntjes gegeven voorbeeld van een geheel andere orde en past eigenlijk niet in zijn eigen reeks. Ten onrechte besteedt hij in de discussie daaraan geen aandacht.

2. Van de vijf beschreven gevallen heeft de interventie in drie gevallen een duidelijk positieve uitwerking. In één geval (bij de heer Reinders) is het eindresultaat zonder meer negatief. Bij het echtpaar Bakker is het resultaat onduidelijk, al mogen we stellen dat er in eerste instantie niet bepaald van een succes sprake was. Geeft dat nog enig verder inzicht in de indicatiestelling?

De situatie van de heer Reinders verschilde in twee aspecten wezenlijk van die van de drie succesvolle gevallen: de symptoomdrager kreeg niet de paradoxale opdracht, maar juist een congruente (respons preventie), terwijl de omgeving (vriendin) juist wel een paradoxale opdracht kreeg

teneinde hem te helpen. Het systeem is in dit geval dus niet zo op zijn kop gezet. Andersom kwam echter niet in aanmerking daar er geen enkele reden was om zijn vriendin tot onderwerp van de behandeling te maken. M.a.w. aan de onder (1) genoemde indicatie was in dit geval niet voldaan. Zelfs al had de opdracht wel goed uitgewerkt kunnen we toch stellen dat hij van wezenlijk andere aard was dan de andere vier.

De verhouding tussen de heer Reinders en de therapeut was moeizaam. Na tien zittingen was er nog steeds sprake van een regelmatige stroom van diskwalificaties t.a.v. de therapie, de therapeut en therapeuten in het algemeen. Juist onder die omstandigheden is het niet zinvol om hem een betrekkelijk congruent respons preventie programma voor te schotelen, al of niet gelardeerd met een paradoxale opdracht aan een huisgenoot.

3. Bij het echtpaar Bakker heeft de interventie ook niet echt gewerkt, al waren de gevolgen uiteindelijk niet zo negatief. Ook hier was de verhouding tussen de therapeut en de cliënten in de fase waarin de opdracht gegeven werd, te karakteriseren door non-acceptatie. Meneer Bakker, met name, was nog niet echt in voor een behandeling. Hij was zijn vrouw aan het inleveren en niet toe aan het idee dat hij misschien ergens in zou kunnen veranderen. De timing van de opdracht was daardoor fout: te vroeg. Bovendien was in dit geval waarbij in tegenstelling tot het echtpaar Wehkamp, de machtsstrijd voortdurend leidde tot escalaties t.o.v. allerlei verschillende onderwerpen, een gefractioneerd ruzie-advies geschikter geweest dan een constructie waarbij één van de twee tijdelijk tot hoofdprobleemdrager gebombardeerd werd. De motivering voor het advies, berustend op het idee dat meneer Bakker vooral zou moeten nagaan waarom hij zich steeds zo gekwetst voelde bezat een minder grote graad van realiteit dan de gelijksoortige motivering bij meneer Wehkamp.

4. Samenvattend kunnen wij voorlopig concluderen dat deze combinatie van paradoxaal en congruent vooral geïndiceerd is wanneer er sprake is van:

- Een conflictueuze situatie tussen twee partijen, waarin het inzichtelijk is om één van de twee via leeropdrachten aan zijn/haar aandeel in het probleem te laten werken. Dat is dan bij voorkeur degene die niet aangemeld is (bijv. een ouder) terwijl de aangemelde cliënt de paradoxale opdracht krijgt, teneinde de ander te helpen.

- Een goede verhouding tussen de therapeut en de cliënten. Zolang er geen duidelijke aanvaarding is van een behandelingscontract, met name bij degene die het congruente gedeelte moet uitvoeren, heeft de combinatie waarschijnlijk weinig kans van slagen.

Tot slot is het misschien verstandig er nog de nadruk op te leggen dat, als de paradoxale kant van de opdracht leidt tot vermindering van symptomatisch gedrag, de therapeut niet te snel moet juichen. Evenals bij paradoxale opdrachten die niet met congruente zijn gecombineerd, is een bezorgde houding meer op zijn plaats, waarbij de opdracht herhaald kan worden met het dringende verzoek om nog beter te proberen er aan te voldoen. Pas als dan langere tijd achter elkaar het symptoomgedrag achterwege blijft, zoals bij mevrouw Wehkamp en ook bij Bert Molenbeek, dient de paradoxale opdracht ingetrokken te worden en kan op een volkomen congruente strategie worden overgegaan.

Literatuur

- Carter, E.A. & Mc.Goldrick (1980), The family life cycle and family therapy. In Carter & Mc.Goldrick (eds.), The family life cycle. Gardner Press, N. York.
- Dijck, R. van & K. Hoogduin (1977), Ruziemakende paren. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijck, R. van & K. van der Velden (1977), Valkuilen voor directieve therapeuten. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Erickson, M.H. & E.L. Rossi (1975), Varieties of the double bind. Amer.J. Clinical Hypnosis, 17, 143-157.
- Haley, J. (1980), Leaving home. Mc.Graw Hill, N. York.
- Hoogduin, K., O. van der Hart, R. van Dijck, L. Joele & K. van der Velden (1977), De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Rachman, S.J. & R.J. Hodgson (1980), Obsessions and compulsions. Prentice Hall. Englewood Cliffs, N.J.
- Rijntjes, E. (1982), De combinatie van paradoxale opdrachten en leeropdrachten bij de behandeling van kinderen. DtH, 2(2)119-126.
- Selvini Palazzoli, M. e.a. (1979), Paradox en tegenparadox. Samsom, Alphen aan de Rijn.

PEDAGOGISCHE OMZWERVINGEN (III)

Kees Hoogduin.

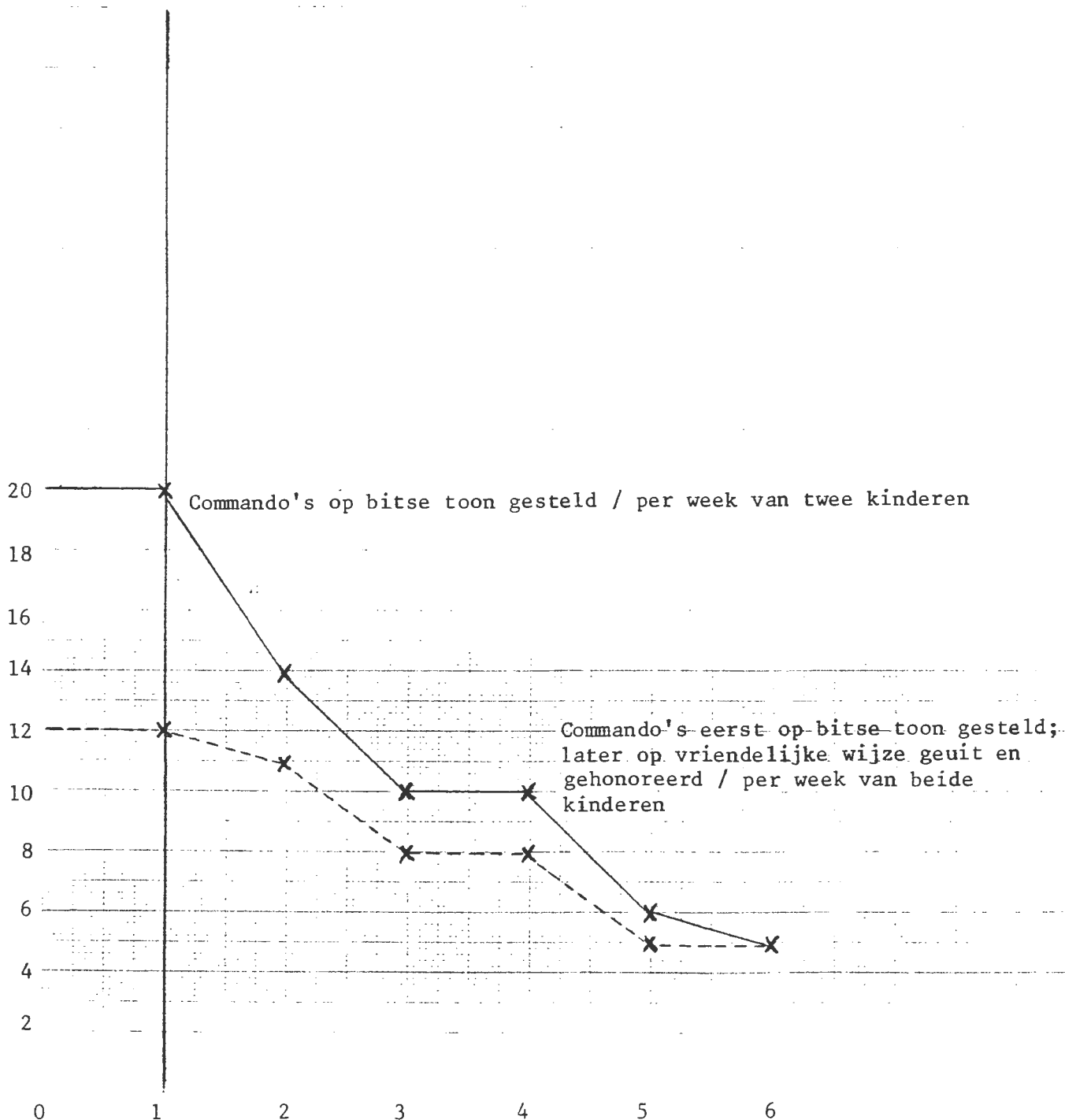
Mevrouw Pieterse, een 32-jarige huisvrouw, gehuwd met een onderwijzer, heeft grote problemen met de opvoeding van haar twee zonen van resp. 7 en 10 jaar. Mevrouw is een vriendelijke, wat onzekere vrouw die voor alles een goed mens en een goede moeder wil zijn. Haar jongens hebben dat echter snel in de gaten gekregen en maken daar nu flink misbruik van. Mevrouw Pieterse vertelt hoe ze de gehele dag door haar jongens gecommandeerd wordt en hoe dezen, wanneer ze niet snel reageert, enorm tekeer gaan. Hierna - zij houdt niet van ruzie - haast ze zich aan de verzoeken gehoor te geven. De 'commando's' slaan op de gewone dingen uit het dagelijks leven, zoals: "Ga jij mijn blokken daar eens halen", "Kom eens hier", "Geef mijn thee eens hier", "Schenk mijn melk in". Desgevraagd vertelt zij dat ze best bereid is al die dingen voor haar kinderen te doen, maar dat ze de manier waarop deze verzoeken worden gedaan verschrikkelijk vindt. Bovendien maakt ze zich zorgen over haar kinderen die ze liever als goede, vriendelijke mensen zag opgroeien.

De eerste stap voor de aanpak van dit probleem bestaat uit een uitleg over de manier waarop kinderen zich ontwikkelen. Benadrukt wordt dat kinderen experimenteren en afhankelijk van de gevolgen daaruit voortvloeiende, leren ze een bepaald gedrag. Toen ze dus een keer een commando aan hun moeder gaven, bleek tot hun verbazing dat hun moeder gehoorzaamde; zo leerde ze dat moeder gehoorzaamt op commando's. Nu is dit uit de hand gelopen, maar de zaak terugdraaien is niet gemakkelijk, omdat de kinderen nu gewend zijn een soort dienstbode te hebben. De verandering zal dus geleidelijk moeten plaatsvinden. De volgende oplossing wordt gevonden:

Eerst zal mevrouw met de kinderen bespreken dat de toon niet in orde is; dat ze graag veel voor de kinderen wil doen; graag de kinderen een fijne jeugd wil bezorgen, maar dat de kinderen dingen ook op een aardige manier moeten vragen. Vervolgens zal ze geen dingen meer doen die op een onaardige manier gevraagd worden. Wel zal ze na een 'commando' het kind aan het gesprek herinneren en hem vragen het verzoek op een vriendelijke manier te herhalen. Wanneer hij dat doet, zal ze het verzoek alsnog honoreren. Wanneer hij dit echter niet doet, zal zij dat onder geen beding meer doen, hoeveel kabaal de jongen ook maakt. Zij krijgt vervolgens wat suggesties om deze vervelende periode door te komen, zoals: gaan stofzuigen, huishoudelijk werk in een andere kamer gaan doen, etc. Ze zal de commando's registreren en ook of deze wel of niet ten slotte uitgevoerd zijn geworden (d.w.z. of de kinderen het in tweede instantie vriendelijk gevraagd hebben).

Mevrouw houdt zich consequent aan de afspraak: aansluitend nemen de commando's af. Wanneer de kinderen zich soms nog eens vergissen, corrigeren ze snel en herhalen ze op vriendelijke wijze het verzoek (zie figuur 1).

De laatste fase van de behandeling heeft bestaan uit het bespreken met de kinderen dat sommige dingen door moeder met plezier gedaan worden en dat andere dingen geleidelijk aan door de kinderen zelf gedaan moeten worden. Ook deze fase kan op een bevredigende wijze afgesloten worden.



Kees van der Velden

In Tolstojs roman Anna Karenina wordt veel geleden en met de hoofdpersoon loopt het niet goed af.

De vraag is of dit lijden eigenlijk wel nodig was, althans in deze mate, en of de hoofdpersoon niet toch gelukkig of gezond had kunnen worden. Tolstoj schreef het boek ruim honderd jaar geleden, en we kunnen hem moeilijk aanrekenen dat hij niet op de hoogte was van de therapeutische technieken van onze tijd. Bovendien: hij was romanschrijver en geen therapeut. Het kan dus niet onze bedoeling zijn het beeld van Tolstoj als roman- crier op welke wijze dan ook aan te tasten. Ons enig oogmerk is om aan de hand van een aantal voorbeelden zichtbaar te maken hoe ook in het geval van Anna Karenina met de pragmatische directieve therapie veel te bereiken was geweest.

De ademhaling

Voor Tolstoj ligt de oorzaak van de ondergang van Anna in een tekort aan morele discipline bij een overmaat aan aanvechtingen van libidineuze aard. Hoewel ze weet dat ze fout is heeft ze niet de kracht of de moed om tegen haar verlangens in te gaan of deze te overwinnen. Van Tolstoj zelf is bekend dat hij het mogelijke deed om zich van zijn eigen 'slechte' (wij zouden zeggen: ongewenste) neigingen te ontdoen, en het ligt voor de hand om aan te nemen dat hij voor Anna, voor Wronski, voor Lewin, voor Stephan Arkadjewtsj en voor al die anderen een dergelijke remedie in gedachten had.

Tolstojs oplossing komt in zoverre met de directieve therapie overeen dat zij eenvoudig is, maar men kan er niet van zeggen dat zij aansluit bij de concrete belevingswereld van de cliënt, noch dat zij pragmatisch is en evenmin dat bij deze oplossing de problemen in een positieve kontekst geplaatst worden (vgl. Van der Velden & Van Dyck, 1977).

Wat zou de directieve therapeut aan de moeilijkheden van de romanfiguren doen?

Ik zie er vanaf deze problemen hier in den brede op te sommen en te analyseren, en sluit me aan bij de Ericksoniaanse traditie, volgens welke de moeizame diagnostische werkzaamheden slechts dienen om de angst van de behandelaar te reduceren en afleiden van datgene waarvoor de patiënt komt: de doelgerichte en werkzame interventie. (vgl. Zeig, 1982).

Trouwens, wie geïnteresseerd is in de door Tolstoj beschreven personen en hun wederwaardigheden kan de uitgave van Van Oorschot uit 1965 raadplegen (Russische bibliotheek, Verzamelde werken van Tolstoj, deel 5; vertaling: Wils Huisman). Ik deed dat ook.

De manier waarop men in Anna Karenina ademhaalt is iets bijzonders. Dit valt speciaal op in de eerste twee delen (tot p. 275), de delen dus waarin de latere problemen gemaakt worden.

Enkele voorbeelden:

- Hij hoorde haar zware, moeilijke ademhaling (...); p. 19.
- Stephan Arkadjewitsj zuchtte (...) slaakte een zucht (...) zette zijn borst uit (...); p. 20.
- Maar hoe meer hij zich inspande om kalm te zijn, hoe moeilijker hij ademhaalde; p. 37.

Op zeker moment voelt Lewin de behoefte zijn onrust en verwardheid middels motorische inspanning ('een krachtige beweging') op te heffen (p. 41/42). Naast ademhalingsmoeilijkheden (waarvan hieronder meer voorbeelden volgen), onrust en verwardheid worden ook beschreven: bleek worden, een strak gevoel in het gezicht (p.48), de behoefte in iets te bijten (p. 214), koude handen (p. 218), beven (p. 219), soms over het hele lichaam (p. 225), de neiging impulsief te handelen (mogelijk bij iets verlaagd bewustzijn; p. 246).

De problemen met de ademhaling worden ongetwijfeld gefaciliteerd doordat buik noch flank eraan te pas komen. Wronski voelt de spieren in zijn borst wanneer hij ademhaalt (p. 365); voor hij zijn tentamen suïcidii onderneemt zet hij zijn hemd open om beter (!) te kunnen ademen; met grote regelmaat gaan de borsten van de dames op en neer en zetten de heren (gelijk Stephan Arkadjewitsj in het citaat hierboven) hun borst uit.

De lezer begrijpt intussen dat Tolstojs hoofdpersonen hyperventileren en dat zij niet bij machte zijn hierop iets anders te verzinnen dan zich maar lichamelijk in te spannen of zich door de borst te schieten. In de nu eenmaal bij het hyperventilatiesyndroom behorende verwardheid ontwikkelen zij voornemens en nemen zij besluiten die in een aantal gevallen noodlottig zullen blijken.

Het lijkt mij dat in het licht van onze huidige kennis Tolstoj zijn personages beter een plastic zak dan morele discipline had kunnen voorschrijven. Met enige ontroering realiseer ik mij dat Anna met dit eenvoudige hulpmiddel gewoon bij haar man en zoon was gebleven.

Of zij als aanvulling ontspanningsoefeningen had moeten doen is op grond van de door Tolstoj verstrekte informatie niet goed te beoordelen, en ook valt niet uit te maken of zij bereid zou zijn geweest de plastic zak altijd bij zich te dragen (vgl. Oudshoorn et al., 1980), maar deze onzekerheden tasten de grote lijn van dit verhaal niet aan.

Het uiten van irritaties

Hierboven werd de verwachting uitgesproken dat Anna 'gewoon' bij man en kind had kunnen blijven. 'Gewoon' is op deze plaats misschien toch niet het juiste woord. Hoogduin (1977) wijst erop dat na de behandeling van de hyperventilatieproblematiek in veel gevallen aandacht gegeven moet worden aan (bijv.) moeilijkheden van relationele aard. Welnu, van relatieproblemen is bij Anna en haar man Aleksej wel degelijk sprake! Het lijkt of deze mensen trachten alle communicatieregels volgens Lange & Van der Hart (1979) met voeten te treden!

Kort samengevat is de voorgeschiedenis aldus.

Anna is getrouwd met Aleksej, een intelligente, hooggeplaatste en saaie man. Zij heeft een verhouding met de playboy graaf Wronski. Uit deze verhouding is een dochter geboren. Anna lijkt te zullen overlijden aan kraamvrouwenkoorts, Aleksej vergeeft Anna haar ontrouw en maakt een royaal gebaar naar Wronski, Wronski vertrekt en schiet zich een kogel door de borst (net mis), Anna herstelt, de ontroering verdwijnt en de oude ergernissen tussen haar en Aleksej keren terug.

We lezen op p. 491/492 het volgende:

'- Ik ben je erg dankbaar voor vertrouwen, zei hij vriendelijk in het Russisch (...). Als hij Russisch sprak en haar tutoyeerde, irriteerde dit haar altijd bovenmate. En ik ben je heel dankbaar voor je besluit. Ik vind ook, dat er, als graaf Wronski op reis gaat, geen enkele reden is, waarom hij eerst nog hier zou komen. Trouwens...

- Dat heb ik al gezegd, waarom begin je er dan nog over? viel Anna hem plotse-
ling geprikkeld in de rede, daar zij zich niet meer wist te beheersen. "Er is geen enkele reden", dacht zij, "waarom iemand afscheid zou komen nemen van de vrouw die hij liefheeft, voor wie hij zijn leven te gronde heeft willen richten en dat ook heeft gedaan en die ook zelf zonder hem niet leven kan. Nee, er is geen enkele reden." Zij klemde haar lippen opeen, sloeg haar schitterende ogen neer en keek naar zijn handen met de gezwollen aderen, die hij langzaam tegen elkaar wreef.

- Laten wij er nooit meer over spreken, voegde zij er wat rustiger aan toe.

- Ik heb het aan jou overgelaten om te beslissen en het doet me genoegen te

zien..., begon Aleksej Aleksandrowitsj opnieuw.

- Dat mijn wens en de jouwe overeenkomen, voltooid zij snel, zich ergerend dat hij zo langzaam sprak, terwijl zij van te voren wist wat hij zeggen wilde.
(...)

Zij speelde nerveus met de kwasten van haar ochtendjapon en keek naar hem met dat kwellende gevoel van fysieke afkeer, waarover zij zich telkens weer verwijten maakte, maar dat zij niet kon overwinnen.

(...)

- Ik verwijt je niets...

- Jawel, je verwijt het me wel! God, waarom ben ik toch niet gestorven!

(...)

"Nee, dit kan zo niet blijven", zei Aleksej Alexandrowitsj vastbesloten bij zichzelf, terwijl hij zijn vrouw verliet.'

Nee, zo kan het inderdaad niet blijven, maar zouden deze mensen er niet beter aan gedaan hebben (gesteld dat dat gekund had) zich aan te melden voor relatietherapie?

Laten we aan de hand van dit fragment eens zien wat er zoal te verbeteren zou zijn geweest voor de doelgerichte therapeut.

1. De irritaties. In plaats van zich zomaar te ergeren, had Anna haar irritaties kunnen opschrijven (Lange & Van der Hart, 1979, p. 291) of rechtstreeks kunnen uiten (ibid., p. 52). Anna en Aleksej hadden ze ook op een speciaal tijdstip in rondes kunnen bespreken (zg. ABA-oefening).
2. Het luisteren. Anna luistert niet werkelijk naar Aleksejs boodschap. Ze zit voor zichzelf zo'n beetje te fantaseren over de redenen waarom Wronski haar niet bezoekt - gedachten lezen!; ibid., p. 51 - in plaats van Aleksejs woorden tot zich door te laten dringen.
3. De 'waarom'-vraag. 'Waarom begin je er dan nog over?', vraagt Anna. Terecht wijzen Lange & Van der Hart erop dat deze vraag vaak gebruikt wordt om te 'scoren' en de ander in de verdediging te drukken (p. 48). Dit lijkt bij Anna duidelijk het geval. Het lijkt onwaarschijnlijk dat het hier om een vraag om feitelijke informatie gaat. Dit zou haar confronterend - zij het in een kontekst van steun - duidelijk hebben kunnen worden gemaakt.

Men zou kunnen verwachten dat met monitoring, ABA-oefeningen en het daarbij inachtnemen van de communicatieregels belangrijke verbetering op relationeel gebied tot de mogelijkheden zou zijn gaan behoren, vooropgesteld natuurlijk dat het paar bereid was een voorlopig behandelingscontract

af te sluiten.

Wanneer Aleksej zijn 'zielige', opofferende houding zou hebben laten varen zou hij het Anna mogelijk hebben gemaakt om haar kritiek op een positieve manier te formuleren. Door zijn meer assertieve houding zou hij vermoedelijk ook in staat geweest zijn voor zijn eigen wensen op te komen, waarna met behulp van een gezinsritueel - bijv. het verbranden of begraven van Wronski's brieven aan Anna samen met Aleksejs scheidingsaanvraag - het paar een nieuwe fase had kunnen ingaan.

Het zou misplaatst zijn te suggereren dat Tolstoj er schuld aan heeft dat het zijn personages zo gaat. We willen slechts tonen hoe het had kunnen gaan wanneer de behandeling van het hyperventileren een adequaat vervolg had gekregen.

De ontbrekende tegenparadox

Anna maakt een eind aan haar leven. We hebben gezien welke factoren dit slot bevorderden, of beter: welke factoren aanwezig hadden moeten zijn om dit slot te voorkomen.

De tweede vrouwelijke hoofdpersoon is Kitty, de jongste dochter van vorst Sjtsjerbatski. Kitty is mooi en lief en zij is huwbaar. Lewin dingt naar haar hand, maar zij versmaadt zijn jongensachtige, heftige affectie, omdat ze erop rekent dat graaf Wronski haar het hof zal maken. De graaf richt zijn hartstocht evenwel op Anna - zoals we zagen -, en

Kitty wordt ziek. Op grond van de beschrijving krijgt men de indruk dat het om een anorectisch beeld gaat. De wederwaardigheden van Kitty geven aanleiding tot woorden tussen de ouders: vorst Sjtsjerbatski verwijt zijn vrouw dat zij Kitty aan Wronski heeft willen koppelen en daarmee een solide verbintenis met de betrouwbare Lewin heeft voorkomen. Kitty voelt zich gemanipuleerd en in de steek gelaten door beide ouders en straft hen en zichzelf met het verlies van haar schoonheid. Er is weinig fantasie voor nodig om de ziekte als een paradoxale manoeuvre te zien. Ook de visie van de Palazzoli-groep op een dergelijke ontwikkeling lijkt van toepassing; zeker wanneer men zich realiseert dat zich in het gezin van haar zuster Dolly recentelijk ernstige spanningen hebben voorgedaan. Kitty offert zich op terwille van de eenheid van het gezin.

Hoe gaat het verder?

Kitty gaat naar een kuuroord, raakt bevriend met een Florence Nightingale-achtige jonge vrouw met wie zij zich vergaand identificeert, ze herstelt en trouwt met Lewin.

Ik ben zo vrij dit een onwaarschijnlijke voortzetting te noemen. Gezien het gezinspatroon had Kitty niet aan zg. 'individuatie' kunnen toekomen, had zij thuis moeten blijven wonen om het huwelijk van haar ouders te redden en had zij al helemaal niet aan een volwassen seksualiteitsbeleving kunnen toekomen.

Een tegenparadox waarin haar werd voorgeschreven om door te gaan op de ingeslagen anorectische weg had meer voor de hand gelegen, al of niet in combinatie met het advies om bijv. op even dagen met haar vader samen te zijn en op oneven dagen samen met haar moeder.

Mogelijk heeft Tolstojs behoefte om het met Kitty goed te laten aflopen hem hier parten gespeeld.

Samenvattend zien we dat de in Anna Karenina beschreven problematiek thans adequaat opgelost zou kunnen worden. Tolstojs openingszin 'Alle gelukkige gezinnen lijken op elkaar, elk ongelukkig gezin is ongelukkig op zijn eigen wijze' is dankzij de tegenwoordige psychotherapie niet meer van toepassing.

Referenties

- Hoogduin, C.A.L. (1977), De behandeling van cliënten met hyperventilatieaanvallen. In: K.van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Lange, A. & O.van der Hart (1979), Gedragsverandering in gezinnen. Vierde druk. Wolters-Noordhoff, Groningen
- Oudshoorn, D.N., F.Moene & P.du Jour (1980), De behandeling van cliënten met veel voorkomende lichamelijke klachten en syndromen. In: K.van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Velden, K.van der & R.Van Dyck (1977), Wat is directieve therapie? In: K.van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Zeig, J.K. (Ed.) (1982), Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy. Brunner/Mazel, New York

OVER HERETIKETTEREN EN HET GEBRUIK ERVAN BIJ DWANG

Kees Hoogduin & Willem Hoogduin.

Inleiding

Tot het moment dat Elly Jansen dwanggedachten kreeg, hield zij zichzelf voor een vrouw die goed en gewetensvol leefde. Na een voorspoedige geboorte van haar tweede kind werd zij plots overspoeld door de gedachten haar kind met een schaar of mes te doorsteken. Het hebben van deze gedachten brachten haar in verwarring, maar veranderde ook haar zelfbeeld. Zij zag zich plotseling als een vrouw die dit soort vreselijke dingen dacht en concludeerde dat zij helemaal niet zo goed was als zij altijd gemeend had. Zij zag zichzelf nu als immoreel door in staat te zijn tot het hebben van die vreselijke gedachten; een verschrikkelijk slechte vrouw. Toen zij zich voor behandeling meldde, speelden er twee problemen: de dwanggedachten en de daaraan gekoppelde negatieve verandering in het zelfbeeld. Dit laatste deprimeerde haar zeer, waardoor ze nauwelijks in staat was activiteiten - zoals een therapeutisch programma - te ondernemen.

Erickson (1980) gaat bij zijn beschouwing van symptomen ervan uit dat deze symptomen opgevat kunnen worden als pogingen om een voor de cliënt vervelende toestand te veranderen. Alleen zou het een niet adequate poging zijn. Deze positieve benadering van symptoomgedrag is, zodra deze aan de cliënt wordt meegedeeld, als een zeer belangrijk en basaal cognitief herstructureren op te vatten. Op deze wijze immers wordt een nieuwe betekenis aan het symptoomgedrag gegeven: een signaal dat er iets moet veranderen.

Heretiketteren heeft tot doel de opvattingen van de cliënt ten aanzien van symptoomgedrag dusdanig te wijzigen dat er veranderingen kunnen optreden.

De gevolgen van heretiketteren kunnen drieërlei zijn (zie ook Van der Velden et al., 1980; Lange et al., 1980).

1. Opheffen van radeloosheid en wanhoop: heretiketteren benadert explicatie; de cliënt had geen verklaring voor symptoomgedrag; de (her)interpretatie voorziet in een behoefte.
2. Verandering van het zelfbeeld: de cliënt waardeert zichzelf ten gevolge van symptoomgedrag vaak in negatieve zin; hij voelt zich slap, gek, een slecht mens e.d. De herinterpretatie kan tot gevolg hebben dat deze negatieve zelfbeschouwingen verminderen of ophouden.

3. Verhogen van de motivatie om te veranderen.

Het in positieve zin wijzigen van het zelfbeeld en het opheffen van de wanhoop hebben als gemeenschappelijk gevolg dat de cliënt meer gemotiveerd raakt mee te werken aan de behandeling.

Daarnaast is het soms mogelijk een moeilijk beïnvloedbaar symptoom te herinterpreteren tot een snel beïnvloedbaar probleem. Bijv.: bij de behandeling van een depressieve onderwijzeres (Hoogduin, 1977) worden preoccupaties met verschrikkelijke zaken uit het verleden geherformuleerd tot een verminderde integratie en afgenomen levenskracht ten gevolge van een te fors alcoholgebruik. Hierdoor zouden deze negatief gekleurde ervaringen hun kans gekregen hebben: vermindering van de alcoholconsumptie is een binnen bereik liggend doel dat een vermindering van de klachten tot gevolg zal hebben.

Met opzet wordt hier steeds gesproken van 'heretiketteren' waarbij in het midden gelaten wordt of het nieuwe etiket positief, dan wel negatief of neutraal beleefd wordt.

Door een positief etiket, d.w.z. een dusdanige explicatie dat symptoomgedrag een bijzondere betekenis krijgt (bijv.: het dwangmatig tobben over leven en dood en een daarmee gepaard gaand dwangmatig vragen aan de ouders wordt geherinterpreteerd als een blijk van een diepzinnig wijsgerig denkpatroon), kan soms snel een aanmerkelijke verbetering bereikt worden.

Het zal lang niet altijd mogelijk zijn een positief getinte herinterpretatie te vinden. Wel lukt het meestal een interpretatie te geven die de negatieve aspecten van de interpretatie van de cliënt opheft. De man met de dwanggedachte steeds de veroorzaker te zijn van verschrikkelijke ongelukken, kan verteld worden dat zijn klachten ontstaan zijn door de ernstige overbelasting waaronder hij gebukt is gegaan; of dat hij een zo gevoelig iemand is dat ellende op de wereld bij hem tot dergelijke symptomen aanleiding geeft.

Voor een negatief etiket bestaat eigenlijk nooit een indicatie.

Soms is het mogelijk de symptomen van een etiket te voorzien waardoor de cliënt zeer gemotiveerd wordt niet langer dit symptoomgedrag uit te voeren. Kromhout (1981) geeft hiervan een fraai voorbeeld:

Hij behandelt een vrouw met een 13 jaar durende wasdwang. Zij ontwikkelde deze klacht in aansluiting aan haar weglopen uit huis, weg van een door haar als verschrikkelijk beleefde moeder. Kromhout herinterpreteert haar dwang als volgt: "Sinds haar breuk met moeder is het leven geenszins prettiger en gemakkelijker geworden. Het weglopen bij moeder heeft de band ogenschijnlijk

wel verbroken, maar moeders welhaast diabolische invloed op het leven van mevrouw Jaspers is buitengewoon krachtig werkzaam gebleven. Iedere keer dat mevrouw Jaspers zich overgeeft aan de wasdwang is het eigenlijk moeder die haar dat oplegt". "Ze verhindert telkens dat mevrouw Jaspers een gewoon sufficiënt en zelfstandig leven als echtgenoot en vrouw kan leiden". Tijdens de volgende zitting heeft zij niet eenmaal meer aan haar wasdwang toegegeven. "Zij heeft haar moeder uit haar leven kunnen houden".

Vanzelfsprekend mag een herinterpretatie niet in strijd zijn met de werkelijkheid. Het belicht de werkelijkheid echter op een andere manier. Hulp zoeken bij een therapeut is dan geen teken van zwakte, maar een actie van iemand die zich niet neerlegt bij een ellendig leven.

Duidelijk wordt dat Ericksons opvatting "Symptomen zijn pogingen om een vervelend leven te veranderen, maar op een niet juiste manier uitgevoerde pogingen" de basis geeft voor een positieve context van die symptomatologie. Wanneer door de herinterpretatie wanhoop bestreden kan worden, een negatief zelfbeeld in positieve zin veranderd kan worden en de cliënt gemotiveerd raakt de afspraken te gaan uitvoeren, ontstaat een goed perspectief op een succesvolle behandeling.

Uit het voorafgaande is duidelijk dat bij iedere behandeling een herinterpretatie van de problematiek een goede aanvang van de behandeling kan betekenen.

Bij de ambulante behandeling van cliënten met dwangproblematiek zijn behandeling met behulp van exposure en respons-preventie succesvol gebleken. Uit de volgende voorbeelden zal duidelijk worden dat heretiketteren een goede aanvulling op dit behandelplan kan betekenen. Er wordt een tweetal voorbeelden gegeven, waarbij geprobeerd wordt een dusdanige interpretatie te geven aan de dwangproblematiek dat niet alleen de wanhoop bestreden wordt, een negatief zelfbeeld wordt veranderd of de cliënt extra gemotiveerd aan het behandelplan gaat werken, maar ook dat de cliënt extra weerstand tegen de symptomatologie ontwikkelt waardoor verbeteringen mogelijk snel bereikt worden.(zie Kromhout, 1981).

Mevrouw Westwijk, een 43-jarige huisvrouw met een kind van één jaar, wordt door de huisarts naar de polikliniek psychiatrie verwezen wegens huilbuien in verband met schuldgevoelens, faalangst en dwanggedachten.

Tijdens het eerste gesprek zegt mevrouw Westwijk al 22 jaar last te hebben van de angst "iets" met jongetjes te zullen gaan doen. Vaak heeft ze plotseling de gedachte sexueel niet normaal te zijn. Als er neefjes of kinderen uit de buurt op bezoek zijn krijgt ze de gedachte om een sexuele handeling te gaan verrichten met een van de jongetjes. Hierdoor wordt ze zeer angstig en gaat (nerveus en gespannen) maar snel iets anders doen. Echter nog nimmer heeft ze een dergelijke gevreesde handeling gepleegd.

Vanuit haar voorgeschiedenis blijkt, dat ze een streng katholieke opvoeding gehad heeft. Op haar 16e jaar ging ze naar een kweekschool en ging intern in een klooster wonen, dat naast de kweekschool gelegen was. Op 20-jarige leeftijd ging ze als onderwijzeres werken op een lagere school. Twee jaar heeft ze zonder problemen gewerkt. Maar op een dag is haar hoofdonderwijzer haar klas binnengestormd en heeft alle kinderen de klas uitgestuurd. Dit "om>zijn kinderen niet weer in de handen van een onderwijzeres te laten vallen", aldus mevrouw Westwijk. Achtergrond van dit gedrag van de hoofdonderwijzer waren twee zaken. Ten eerste had een vrouwelijke collega van mevrouw Westwijk sexueel contact gehad met enkele jongens van ongeveer 15 jaar. Ten tweede was de hoofdonderwijzer al enkele maanden overwerkt en door deze kennis over het gedrag van de collega van mevrouw Westwijk sloegen bij hem de stoppen door, resulterend in het uit de klas jagen van de kinderen. Hierna heeft mevrouw Westwijk de idee gekregen, dat ze een sexueel gevaar moest zijn voor jongetjes. Deze gedachte heeft haar niet meer losgelaten. Toen ze 35 jaar oud was heeft ze enkele gesprekken gehad met een psychiater. Haar klachten bleven echter. Vanuit de idee dat een huwelijk misschien haar redding zou kunnen zijn, trouwde ze toen ze 40 jaar was. Omdat haar klachten bleven, ook na de geboorte van haar kind, heeft ze zich onder behandeling laten stellen. Bij de behandeling van mevrouw Westwijk wordt uitgeoaan van een ambulante behandeling met exposure en respons-preventie (Rachman & Hodgson, 1980; Hoogduin, 1981). Na het registreren van haar gedachten dient ze elke avond de beangstigende gedachten door te werken en neutraliserende gedachten of handelingen te staken. Tevens mag ze niet meer met haar man over haar dwang

praten. Na enkele weken blijken haar dwanggedachten aanzienlijk verminderd te zijn. Echter, hoewel ze zich ontspannen voelt en in kontakten met jongetjes zich nu beter opstelt, voelt ze zich nog steeds niet zuiver. Nadat ze de opdracht heeft gekregen om 's avonds langer de gedachten op te roepen (een half uur in plaats van een kwartier) zijn na enkele dagen de dwanggedachten verdwenen. Gedurende een dag of vijf is zij totaal klachtenvrij. Dan begint ze zich af te vragen of ze niet in staat zou kunnen zijn tot seksuele handelingen met kleine meisjes. Mevrouw Westwijk vertelt weer precies dezelfde angst te hebben, alleen de inhoud van de gedachten is anders. Door de therapeut en de cliënt wordt uitvoerig gepraat over de reden van deze verandering. Het gesprek komt wèer op het gedrag van de overspannen hoofdonderwijzer. De conclusie wordt getrokken dat als de hoofdonderwijzer er niet geweest was, deze dwanggedachten er nooit geweest zouden zijn. Vandaaruit oppert de therapeut de idee, dat mevrouw Westwijk eigenlijk het gedrag van de hoofdonderwijzer nooit verwerkt heeft. Zij heeft bewezen goed af te kunnen rekenen met haar dwanggedachten. Echter, nog steeds na al die jaren, schreeuwt de hoofdonderwijzer als het ware in haar oor dat zij een perverse vrouw is. Om de situatie van vroeger goed te kunnen verwerken, teneinde er definitief mee af te kunnen rekenen, dient ze die situatie van vroeger terug te halen. Dit houdt in dat ze, zodra ze een dwanggedachte krijgt, ze direct het gezicht van de hoofdonderwijzer voor zich moet halen, wetend, dat haar hoofdonderwijzer overspannen was toen hij zich woedend in de klas begaf. Een drietal dagen na het koppelen van de dwanggedachten aan de hoofdonderwijzer zijn haar dwanggedachten over.

Bij follow-up 18 maanden na de behandeling is cliënte nog steeds vrij van dwanggedachten.

Mevrouw De Graaf, een 36-jarige moeder van 2 kinderen, die naast het huis houden sinds enige maanden halve dagen op een kantoor werkt, wordt door de huisarts naar de polikliniek psychiatrie verwezen wegens dwanghandelingen en depressie. Tijdens het intakegesprek geven zowel mevrouw als meneer de Graaf aan, dat de

klachten ongeveer vier maanden voor de verwijzing begonnen zijn. Mevrouw de Graaf heeft toen twijfels gekregen over het schoon zijn van de pas gewassen witte en bonte was. In eerste instantie heeft zij zich afgevraagd of er wel waspoeder in de wasmachine gezeten had tijdens het wasprogramma. Dit ontwikkelde zich tot het hebben van twijfels, die opkomen vanaf het moment dat zij het waspoederbakje gesloten had tot het einde van het wasprogramma. Daarnaast is zij eraan beginnen te twifelen of de wasmachine wel zijn werk deed op de vooringestelde temperatuur. Ze voelt tijdens het wasprogramma frequent of de wasmachine wel op temperatuur gekomen is. Het is duidelijk, dat mevrouw de Graaf weinig nodig heeft om reden te hebben de was over te doen. Immers, als er geen waspoeder in de wasmachine gezeten heeft of als de wasmachine niet op temperatuur gekomen is, is de was nog vuil. Het is gebruikelijk dat de was eenmaal overgewassen wordt, zelfs is het een keer voorgekomen, dat een en dezelfde was viermaal overgedaan is. Behalve dat mevrouw de angst heeft dat haar was niet schoon is door het ontbreken van waspoeder of het niet goed functioneren van haar wasmachine, spelen nog meer ansten mee. Het hele traject van wasmachine tot en met klerenkast kan bevuild zijn. Dit houdt het volgende in:

- De badkamer, waar de wasmachine staat, moet schoon zijn;
- De wasmand, waarin de gecentrifugeerde was komt, moet smetteloos zijn;
- Als de was in de linnenkamer te drogen hangt, mag er niemand in: de deur wordt gebaricadeerd;
- De linnenkast wordt frequent schoongemaakt.

Al deze bovengenoemde potentiële vervuilers worden zeer vaak schoongemaakt: de totale badkamer elke dag, de wasmand verscheidene malen per dag, etc.

De angst voor vuil zorgt er voor, dat mevrouw de Graaf twintig tot dertig maal per dag haar handen wast. Incidenteel stofzuigt ze een vierkante meter vloerbedekking een half uur lang; doet ze over de afwas tweemaal zo lang als normaal; brengt ze een pas gestoomde broek weer terug naar de stomerij om opnieuw te laten stomen, omdat ze eraan twijfelt of de broek wel schoon is.

Ze vraagt haar echtgenoot voorts tientallen malen per dag of bepaalde zaken wel schoon zijn.

De behandeling bestaat eruit de echtgenoot te laten stoppen met het beantwoorden van de vragen. Voorts wordt met behulp van een zelfcontrole-procedure cliënte zover gebracht zich geleidelijk aan meer aan de onzekerheid of zaken wel of niet schoon zijn i.c. wel of niet goed gedaan zijn, bloot te stellen. Controle-handelingen worden geleidelijk aan beperkt. Tijdens de derde zitting komt haar jeugd ter sprake. Vanuit haar opmerking dat al haar zeven broers minimaal middelbare school hebben en zij zelf huishoudschool, vraagt de therapeut hoe dat komt. Mevrouw De Graaf vertelt dan geëmotioneerd dat de jongens allemaal mochten leren en de meisjes (ze had nog een oudere zuster) het huishouden moesten doen. Vaak is zij 's zondagsmorgens om zeven uur opgestaan om het huis aan kant te krijgen voordat haar verloofde (haar huidige man) om twaalf uur kwam om met haar ter kerke te gaan. Op de opmerking van de therapeut dat het logisch lijkt dat zij op het moment dat ze in een nieuw verworven situatie, nl. het kantoorwerk, overspannen geraakt, op een oude routine terugvalt - poetsen en schoonmaken, het huishouden doen - reageert mevrouw De Graaf opgelucht. Immers, er is een verband tussen haar dwang en haar opvoeding. Ze heeft nu het gevoel dat haar dwang niet zo maar gekomen is. Het gevolg van de explicatie is dat poetsen, wassen en controleren activiteiten zijn waarop zij weliswaar terugvalt, maar tegen het uitvoeren heeft ze eigenlijk altijd grote bezwaren gehad. Tijdens de volgende zitting blijkt zij deze bezigheden gestopt te hebben. Haar angst krankzinnig te worden, verdwijnt. Er volgen nog drie zittingen waarbij de gunstige ontwikkeling zich voortzet. Cliënte wordt klachtenvrij ontslagen.

Bij follow-up na 36 maanden blijkt ze nog steeds tevreden en dwangvrij te functioneren.

Nabeschouwing

De beide voorbeelden illustreren op nogal spectaculaire wijze de betekenis die een heretikettering kan hebben bij het beloop van de behandeling van cliënten met dwangproblematiek. Natuurlijk gebeurde er hier meer dan de heretikettering. De behandeling bestond uit een zelf uitgevoerd programma van geleidelijk toegenomen exposure met een respons-preventie. Toch zorgde in beide gevallen heretikettering voor een dramatische verbetering. In lang niet alle gevallen is het mogelijk zulk een fraai etiket te vinden. In het eerste voorbeeld wordt de dwanggedachte uitgebreid met het voorstellen van een voor haar onsympatieke hoofdonderwijzer. In het tweede voorbeeld wordt weliswaar een explicatie gegeven dat cliënte terugvalt op een

takenpakket - poetsen en wassen - dat ze goed beheerst, maar dat ze altijd contre-coeur heeft uitgevoerd thuis; haar broers mochten immers wel doorleren. Ze accepteert de explicatie van de therapeut waardoor de gedachte dat haar getob een begin van krankzinnigheid zou zijn, verdwijnt. Maar ze besluit bovendien op te houden met al dat gepoets en gewas. Ze vond dat ze dat in haar jeugd al teveel had moeten doen om dat nu nog als oplossing voor haar overbelasting te kunnen aanvaarden.

Cliënten met dwangverschijnselen hebben nogal eens magische, bovennatuurlijke verklaringen voor de dwangklachten. Het zal niet altijd gemakkelijk zijn deze cliënten een herinterpretatie te 'verkopen'.

Referenties

Erickson, M.H. (1980), Collected Papers.

E.L. Rossi (ed.) (blz. 348) etc.

Hoogduin, C.A.L. (1977), Het verleden en directieve therapie: de behandeling van een depressieve onderwijzeres. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer

Hoogduin, C.A.L. (1981), Over de behandeling van cliënten met dwanggedachten. Dth 1 (.), 124 - 135

Lange, A. (1980), Positief etiketteren; een aanvulling. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Rachman, S.J. & R.J. Hodgson (1980), Obsessions & Compulsions. Prentice Hall, Englewood Cliffs

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