



**Tijdschrift voor Directieve
Therapie / april 1983
Jaargang 9 Nummer 3**

Jaargang 9, Nummer 3, April 1983. BEZUINIGINGSNUMMER!

Gesigneerde omslagen: Tamar Lange! Ongesigneerde omslagen: Yasja Lange!

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

Hoofdredacteur	1	Ten Geleide!
Kees van der Velden	3	Volwassenen als kinderen!
Kees Hoogduin	10	Directieve therapie bij een man met een paranoïede schizofrenie!
Alfred Lange	18	Imaginaire confrontatie bij het verwerken van een incestueuze relatie!
Kees Hoogduin	30	Over psychofarmaca!
Dick Oudshoorn	36	Gebruik van hypnose bij de behandeling van depressies!
Leen Joele	50	Bijval aan Lange!

Ten Geleide

Hallo!

Waar Wij in vorige afleveringen de indruk wekten de dingen van de sombere zijde te bezien, willen Wij thans juist een positieve indruk vestigen en houden het dus kort. Hallo!

Heeft U de verkoopcijfers van Directieve therapie 1 + 2 over 1982 gezien? Het gaat goed! Heeft U al opgemerkt hoe vergaand de analogie is tussen directieve therapie en no-nonsensebeleid? Hoe directieve therapie is toegesneden als het ware op de problemen van de jaren tachtig? Wist U dat 'Anders - Tijdschrift voor groei naar welzijn' opgeheven gaat worden? Het gaat misschien wel uitstekend met de directieve gedachte. Geen relatiegeneuzel en halfbakken artiesterigheid, maar een managerachtige wijze van in het leven staan kenmerkt de door-tastende directieve therapeut. Sport, actie, innovatie, creativiteit! Oude therapievormen niet overeind houden met het geld van de belastingbetaler, maar flexibele, nieuwe vormen bedenken, er de markt mee opgaan, feedback krijgen en het produkt aanpassen!

Lange & Hoogduin geven samen met ex-medewerker Dijk - is niet te lang blijven plakken, Dijk; is hup meteen een winkel voor zichzelf begonnen; heeft een goed produkt; kan er wat mee - workshops in Amerika, Oudshoorn schrijft een vernieuwingsscenario voor de kinderpneumatologie, en Leen, Wij kunnen het niet genoeg benadrukken, Leen is praktisch directeur! Hart heeft de weg van Dijk gekozen: eigen produkt ontwikkeld, en meteen de Amerikaanse markt op. Dat almaar rond blijven hangen, die nostalgische inslag, dat sentimentele gedoe van ons kent ons is niks voor Hart. Nee, brainstormen, bijtanken, scenario vaststellen en wegwezen, hoofdpijn of geen hoofdpijn, dat is Hart!

Het gaat erg goed met de directieve therapie. Hoort U nog wel eens over non directieve therapie? Wij niet. Over 'bij je gevoel komen' of 'kwetsbaar opstellen'? U weet niet eens meer wat dit soort taal betekent!

Weer een nummer met snelle, op diverse fronten inzetbare stukken. Mooi voorbeeld van produktvernieuwing! Veel dood hout werd gekapt. Blijf over: dunne aflevering. Makkelijk te vervoeren dus, makkelijk te lezen, makkelijk op te ruimen bij veroudering, niks geen vuilverwerkingsprobleem.

Velden opent met de afschaffing van psychotherapie voor volwassenen. Over bezuinigen gesproken! 't Stuk eindigt open, is niet af als het ware, kan elk moment weer gewijzigd worden.

Hoogduin doet Foudraine vergeten. Gelukkig maar! Een efficiënte aanpak

van de schizofrenie is wat hij presenteert.

Lange biedt de doelmatige behandeling van incestueuze gevoelens - behandelingsduur: een zitting - en treedt voor de allerlaatste maal in debat met Burger, de man die onze vriend Dijk zo smerig behandeld heeft. Burger krijgt als het ware nog één kans. Benut 'm, Aad; hij komt niet weerom!

Kal stelt drastische bezuinigingen bij het voorschrijven van pillen voor.

Dick N. Oudshoorn is vooral: duidelijk, d-u-i-d-e-l-i-j-k,
D - U - I - D - E - L - IJ - K. Groter kunnen Wij niet op onze
machine, maar hij wel op zijn gloednieuwe Olivetti. K N A P S T U K,
D I C K, M A A R D A T J E K I N - D E R - P S Y - C H I -
A T E R B E N T B E - T E - K E N T T O C H N I E T D A T J E
N U O O K A L S E E N K I N D M O E T S C H R I J - V E N
?

Leen pleit voor besnoeiing op de uitgaven voor leertherapie. Het lijkt misschien even of hij helemaal geen kosten meer wil maken, maar wees niet bezorgd. Zijn bijdrage bereikt U via de post.

Hoofdredacteur

Volwassenen als kinderen

Kees van der Velden

Inleiding

Zoals bekend is wat gangbaar is daarom nog niet juist. Het is gangbaar om de psychotherapie van kinderen te onderscheiden van de psychotherapie voor volwassenen, maar of aan dit onderscheid een zinvolle gedachte ten grondslag ligt is de vraag.

Zonder twijfel bestaan er belangrijke verschillen tussen volwassenen en kinderen. Volwassenen zijn bijv. meestal groter, ze hebben andere taken, ze hebben vaak meer macht, en ze kunnen in veel gevallen beter redeneren. Maar wanneer ze in psychiatrische of psychotherapeutische behandeling komen is hun formaat niet van belang, hun taken kunnen ze juist niet aan, machtig voelen ze zich niet, en hun vermogen tot redeneren heeft nou precies niet mogen baten. Voor de behandelaar lijken deze verschillen dus niet uit te maken.

Wie een therapeut heeft horen juichen bij de volwassen patiënt met een conversieverlamming die een eerste stapje zet, of wie een modern behandelaar de anorexiepatiënt hoort prijzen die twee beschuitjes gegeten heeft in plaats van één ('Nou-nou, gaat U niet een beetje tē snel...'), of wie de zg. relatietherapeut hoort uitleggen dat man en vrouw elk vanuit zijn en haar standpunt zeker gelijk lijkt te hebben - die kan zich afvragen waarom er überhaupt over therapie bij volwassenen gesproken wordt.

In deze bijdrage wordt aannemelijk gemaakt dat therapie voor volwassenen min of meer gecamoufleerde kindertherapie is.

Par. 1 is gewijd aan klinische situaties en beelden waarin het kinderlijk karakter van de problematiek van volwassenen pregnant naar voren komt.

In par. 2 wordt geschetst welke kinderpsychotherapeutische benaderingen in de volwassenen psychotherapie reeds gebruikt worden. In de slotparagraaf worden de perspectieven die door de ontvouwde visie zijn ontstaan nader verkend.

Wie constateert dat de in deze bijdrage opgesomde gegevens niet volledig zijn heeft gelijk. Er zijn nog veel meer gegevens waarmee de strekking van het betoog ondersteund zou kunnen worden.

Als besluit van deze inleiding moge opgemerkt worden dat op verschillende van de hieronder beschreven gedragingen en gevoelens niet het woord kinderlijk maar het predikaat kinderachtig van toepassing is. Kinderachtigheid is een aandoening die ook bij kinderen detoneert.

Situaties en beelden

Een drieënveertigjarige man wordt verwezen wegens 'agressieve ontla-dingen', alcoholmisbruik en een 'dysfore stemming', die alles bijeen tot het voornemen van vrouw en kinderen om hem nu maar in zijn sop te laten gaarkoken hebben geleid. Ze zijn het zat. Bij het kennis-makingsgesprek moet de man erg huilen, hij beklaagt zich over de tegenwerking die hem ten deel viel en het uitblijven van aanmoediging. Hij benadrukt zijn eigen inzet en oprechte bedoelingen. Hij laat een gunstig getuigschrift van een vroegere werkgever zien. Ten slotte: verklaart hij naar zijn (overleden) moeder te verlangen.

Een zevenendertigjarige gynaecoloog verliest drie ton met speculeren. Hij kan niet meer werken. Hij zegt een onmens te zijn, niet waard om te leven. Hij heeft zijn werk nooit goed gedaan, hij heeft het werk trouwens nooit willen doen en hij heeft nooit gedeugd als echtgenoot en vader en hij kan maar beter worden weggedaan.

Een eveneens zevenendertigjarige man wordt verwezen wegens hardnekkige hyperventilatieklachten, die hem het werken onmogelijk maken. Binnen de tien minuten heeft hij duidelijk gemaakt dat zijn broers allen een uitkering hebben en dat het hyperventileren vooral dient om zijn achter-stand ten opzichte van hen in te lopen.

Speciaal bij de kennismaking wil de patiënt ons tonen hoezeer hij zijn best gedaan heeft en hoe erg het met hem gesteld is. Zo wij geen vader of moeder moeten zijn, dan toch een oom of tante, en het is onze taak hem op schoot te nemen en te troosten, om daarna onvervaard mee te gaan naar de kinderkamer om de pestkoppen daar te straffen en ze te verbieden om ooit nog weer lelijk tegen onze patiënt te doen.

Er zijn natuurlijk ook volwassenen wier kinderlijk appel minder recht-streeks is. De alcoholist die aangeeft vijf biertjes per avond te drinken is kennelijk van mening dat hij als meer volwassen imponeert wanneer de therapeut de andere vijftien er stilzwijgend bijtelt dan wanneer hij zelf maar meteen over twintig halve liters gesproken had. Ook een kind volstaat er soms mee om aan te geven dat het op school met rekenen niet zo goed gaat wanneer het bedoelt dat het op het punt staat van school verwijderd te worden.

Bij mensen met relatieproblemen meent men zich eigenlijk altijd in een kinderkamer te bevinden waar het vadertje en moedertje spelen uit de hand is gelopen. Men ziet hoe de partners hopen dat hun eigen bijdrage aan de moeilijkheden de therapeut zal ontgaan

en dat de andere partij niet alleen de schuld maar ook nog straf zal krijgen. (Het coïtusverbod bij paren van wie de vrouw voor anorgasmie is verwezen wordt regelmatig door beide partijen als straf voor de man ervaren.)

Men zou kunnen zeggen dat deze en dergelijke verschijnselen door analytici reeds uittentreure onder het hoofdstuk 'overdracht' besproken zijn. Dat is juist. Het is daarom niet goed te begrijpen waarom analytici niet de consequenties uit hun inzichten hebben getrokken.

Veroorloven wij ons een theoretische digressie. In de psychiatrie worden globale, niet goed omschreven begrippen gehanteerd, die, ondanks hun diffuus karakter, toch als 'kernachtig' worden ervaren. (Of dit terecht is is natuurlijk niet duidelijk.) Regressie is zo een begrip. Onder regressie wordt officieel ongeveer het volgende verstaan. Onder de druk van innerlijke conflicten (en/of conflicten met de buitenwereld) valt de patiënt terug op de gedragingen die behoren bij het vroegkinderlijk ontwikkelingsstadium waarin hij gefixeerd is. Helaas lijkt het erop dat de theorie van de vroegkinderlijke ontwikkelingsfasen niet tegen empirisch onderzoek bestand is gebleken, en hetzelfde lot lijkt de fixatietheorie ten deel gevallen te zijn. Blijft over dat de patiënt terugvalt, zonder dat duidelijk is waarop. Maar als wij niet weten waarop de patiënt terugvalt, hoe weten wij dan dat hij terugvalt en niet vooruit, voorover of opzij? Ook dat weten we niet, strikt gesproken. Natuurlijk, wanneer een kind van drie een broer of zuster krijgt, zich mogelijk ietwat verwaarloosd voelt, en wederom 'onzindelijk' wordt, kan men zeggen dat het terugvalt, want eerst was het onzindelijk, toen zindelijk en daarna weer onzindelijk. Maar dat de volwassen patiënt die weigert te spreken en weigert zich te wassen terugvalt naar een fase waarin hij weigerde te spreken en weigerde zich te wassen is niet waarschijnlijk; toen hij een baby was weigerde hij niet te spreken, maar hij kon niet spreken, en voor het zich wassen geldt hetzelfde.

Laten we ermee volstaan om de waarneming te noteren dat de emotionele, intellectuele en sociale functies van volwassen patiënten soms drastisch achteruitgaan en dat patiënten zich actief kunnen verzetten tegen pogingen hun mogelijkheden op een hoger plan te brengen.

Nu ik toch bezig ben mag ik in deze uiteenzetting misschien aandacht vragen voor het merkwaardige feit dat regressie als regel meerdere functies tegelijk betreft. Het kind dat een broertje of zusje kreeg zal niet alleen maar weer in de broek plassen, het zal ook hangerig worden, gevoerd willen worden en in zijn spraakgebruik trachten op een jonger kind te lijken.

Hoe dit leertheoretisch verklaard kan worden is mij een raadsel, maar denkelijk weten mijn mederedacteuren Lange en Hoogduin hier wel iets op te vinden.

De ethologie biedt misschien een aardige verklaring voor het regressieverschijnsel. De Waal (1982) beschrijft de wederwaardigheden van Yeroen, een competente en slimme oudere chimpansee, die geleidelijk aan onttroond dreigt te worden door de veelbelovende Luit. Om Luits opmars te keren wendt Yeroen zich tot de vrouwelijke chimpansees, bij wie hij zeer gezien is. Aanvankelijk steunen de vrouwen hem en zijn zij bereid Luit mores te leren, maar naarmate Luits positie sterker wordt gebeurt dit minder snel, minder vaak en minder enthousiast. Yeroen doet dan het volgende. Als Luit zijn leiderschap weer eens betwist heeft, loopt hij naar de vrouwen toe en ontwikkelt op enkele meters voor hen een 'hysterische aanval' (sic.). Hij laat zich languit vallen en zet het op een vreselijk loeien en krijsen. Wanneer de dames hem komen troosten veert hij energiek op en achtervolgt Luit, met de vrouwen in zijn kielzog. echter

De sympathie van de apenkolonie verschuift evenwel richting Luit. Yeroens dramatische aanvallen hebben op den duur weinig effect meer. In dit geval ligt het voor de hand om aan te nemen dat Yeroens regressie tot doel heeft een bedreigde positie te behouden. Het is verleidelijk om aan te nemen dat regressie bij mensen ook begrepen kan worden als in ernst gespeelde hulpeloosheid waarvan het doel is verlies te voorkomen.

(U wilt weten hoe het met Yeroen verdergaat? De apen passen een extinc-tieprocedure toe. Een aantal jonge apen neigen er nog wel een tijdje toe Yeroen bij te staan, maar daarna moet Yeroen het, in de woorden van Hoogduin, 'zelf uitdenken'. Elke reinforcement wordt hem onthouden en hij vervalt in een eenzaam staren. En hoe het daarna gaat vertel ik niet, dat moet U in het boek zelf nalezen.)

Lehembre (1983) geeft een aardig voorbeeld van de manier waarop met regressie verlies (in dit geval: gezichtsverlies) voorkomen wordt. Een niet zo intelligente man wordt geacht de zaak van zijn capabele vader tot bloei te brengen. Hij ontwikkelt een afhankelijk, steunzoekend en extreem kinderachtig gedrag met hypochondrische preoccupaties. Die preoccupaties met zijn lichaam geven hem een managerachtige allure, d.w.z. de allure van een manager in de involutie, wat blijkbaar altijd nog te verkiezen is boven de allure van een man die te hoog grijpt.

Een volledige opsomming van alle kinderlijkheid en kinderachtigheid kan hier niet gepresenteerd worden. Men raadplege de DSM III. Daarnaast kan men zich oriënteren aan de Doornroosjes, Baby's, Prinsessen-op-de-erwt en overige personen van koninklijken bloede die onze klinieken en poliklinieken bevolken.

Bijzondere aandacht mag nog gevraagd worden voor het regressieve gedrag van mensen in een crisis. De alledaagse middelen om omgeving en zichzelf onder controle te houden zijn niet effectief gebleken en onalldaagse moeten uitkomst brengen. Om de partner niet weg te laten lopen, het kind niet te laten trouwen of de kinderen weer eens op bezoek te krijgen is appellerende hulpeloosheid een effectief middel, althans op korte termijn en soms. (Een zeer goede beschrijving en interpretatie van regressief gedrag bij een crisis geeft Renate Rubinstein in Niets te verliezen en toch bang, p. 70-75.)

Kindertherapeutische technieken in de volwassenentherapie

Hierboven werd gezegd dat analytici niet de consequenties trekken uit het optreden van het verschijnsel 'overdracht'. Welke consequenties worden bedoeld? Er is er maar één, nl. dat de therapeut zich ook als ouder gedraagt. Maar gedraagt de analytische therapeut zich dan niet als ouder? Zeker, zeker, dat doet hij wel. In de analytische literatuur wordt de vader- en moederrol van de therapeut tot vervelens toe besproken. Maar het gaat wel om een bepaald soort vader en een bepaald soort moeder. Het gaat om een vader of moeder die véél warmte geeft en daarbij - tijdens het warmte geven als het ware - erg indringend zit te kijken. Niet onvriendelijk, maar een beetje ouwelijk en met een rooms aandoende blijheid. Mee naar het voetballen gaan ze niet, deze ouders. Ze vragen waaróm je naar het voetballen gaat, of voetballen is wat je wilt, of je eigenlijk niet iets anders wilt dan voetballen. Naar bed sturen ze je niet, maar ze informeren òf je naar bed wilt en waarom je niet naar bed wilt - als je niet naar bed wilt; ze informeren niet waarom je wel naar bed wilt -, en of je het een beetje moeilijk vindt om naar bed te gaan, en of je bang bent met het licht uit. Etc. Directieve therapeuten zijn opvoeders van na het Spock-tijdperk. Ze zijn geen liefhebbers van almaar praten. De tijd die je verpraat kun je ook besteden aan voetballen of slapen. Directieve therapeuten gaan er graag eens uit. Je wordt bewonderd als je iets goed doet. Je eergevoel wordt gerespecteerd, maar als je fout bent ben je fout en krijg je straf. Je hoeft niet te weten waarom je precies iets doet, als je het maar vaak doet als het de moeite waard is en als je het

maar minder vaak doet als het niet de moeite waard is.

Laten we eens zien welke kindertherapeutische benaderingen in de directieve therapie voor volwassenen worden toegepast. Als aanknopingspunt nemen we - tamelijk willekeurig - een aantal voor volwassenen ontwikkelde technieken en strategieën uit Directieve therapie 2.

- Positief etiketteren. Zeer geschikt voor kinderen. Het feit dat het met het waarheidsgehalte van de etiketten niet zo nauw genomen wordt, geeft aan dat zij ook bij kinderachtigen werken.
- Paradoxen. Hebben kinderen altijd plezier in.
- Afleiding. Eeuwenoud middel in de omgang met kinderen.
- Humor en overdrijving. Zijn kinderen gek op.
- Metaforen. Guided phantasy is sprookjes doornemen met volwassenen.
- 'Mothering'. Spreekt voor zichzelf.
- Medicatie. Uiteraard, als 't nodig is.
- 'Horror'. Zie onder 'Afleiding'.
- Zelf chaotisch doen. Zie onder 'Humor en overdrijving'.
- Alle zelfcontroleprocedures. Niet bij zeer jonge kinderen.
- Alle operante technieken. Uitnemend geschikt. Hoe kinderachtiger de patiënt des te geschikter.
- Gezinstherapie.
- Cadeautjes en eerherstel. Zie onder 'Humor en overdrijving'.
- Drie brieven. Kind moet kunnen schrijven.
- Rituelen. Altijd goed.
- Vaak en kort. Maakt ook verweerde kinderen acceptabel.
- Proefscheiding. Beproefd middel. Denk aan tijdelijk verblijf in opvoedingsgesticht.
- Complimenteren. Bij kinderen niet zo overdreven doen als bij volwassenen. Vinden kinderen tē. Generen ze zich.
- Quid pro quo. Basis van de opvoeding vanaf het tweede levensjaar.
- Schijnbare keuze. Wordt door kinderen doorzien. Zie verder onder 'Humor en overdrijving'.
- Enz., enz.

Op dit punt aangekomen, lezer, achten wij ons gerechtigd onze schrijfsarbeid te onderbreken. Wat wij wilden bewijzen hebben wij bewezen. U hebt nog tegoed: Deëscalerende Gevolgen, de Theorie van de Gefixeerde

Leeftijd Volgens Donner & Mulisch, de Eenzijdigheid van Haley, en ...
de Beleidsconsequenties!
Daarover een volgende keer!

DIRECTIEVE THERAPIE BIJ EEN MAN MET EEN PARANOÏDE SCHIZOFRENIE

Kees Hoogduin

1. Inleiding

Bergman (1982) geeft enige voorbeelden hoe een ongewenst gedragspatroon bij chronisch psychotische cliënten te doorbreken. Zonder dat de illusie gewekt wordt dat hierdoor dergelijke cliënten genezen worden, slaagt hij erin duidelijk te maken dat directieve interventies een belangrijke bijdrage kunnen leveren bij de behandeling van psychotische patienten.

In dit artikel wordt de behandeling beschreven van een 29-jarige man die na één jaar in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis opgenomen geweest te zijn, dusdanig goed functioneert dat terugkeer naar huis mogelijk zou zijn. Een geïsoleerde waan verhindert hem dit echter. Deze situatie bestaat nu ruim een jaar, ondanks de medicatie van 55 mg Haldol per dag.

Met behulp van een directieve aanpak gelukt het deze waan dusdanig te beïnvloeden dat ontslag plaats kan vinden.

2. Het behandelingsverslag

De heer Goes, een 29-jarige man, heeft als klacht dat zijn gedachten luid worden door zijn neus en dat andere mensen deze gedachten kunnen verstaan, maar hijzelf niet. Hij heeft er alleen last van in de inrichting waarin hij verblijft, in het weekend thuis is hij klachtenvrij. Soms verdwijnen de klachten spontaan en is hij in staat te voorkomen dat ze terugkomen door zijn ogen te sluiten. Het luid worden van zijn gedachten komt dan weer terug zodra iemand hem aankijkt en denkt 'smeerlap'. Hij merkt dat zijn gedachten weer luid worden aan de omgeving doordat de mensen hem beschimpen en uitlachen. Sommige mensen, in de inrichting bijv. de patienten, horen de gedachten niet, maar die zijn gehypnotiseerd. Hijzelf is ook gehypnotiseerd. Op die manier is het allemaal ontstaan: een professor in de anatomie, die nu overleden is, zou hem zonder dat hij het gemerkt heeft, gehypnotiseerd hebben en daardoor zouden zijn gedachten luid worden.

De heer Goes heeft in het verleden geneeskunde gestudeerd. In 1975 heeft hij zijn eerste psychotische periode gehad. Daarna is hij met zijn studie gestopt en heeft hij een baan als brandweerman aangenomen.

Dat heeft hij drie jaar goed gedaan. Hij woont op kamers.

Hij komt uit België en komt juist bij de auteur omdat deze door de behandelend therapeut aanbevolen is in verband met diens belangstelling voor hypnose en psychosen, met de daarachter liggende gedachte dat hij door een Belgische professor in hypnose is gebracht en er mogelijk door een Hollandse expert uitgehaald kan worden.

Aldus werd de verwachting gewekt dat de Hollandse therapeut bij onze Belgische cliënt even de nare, vervelende dingen uit de weg moest ruimen met behulp van hypnose en daar nieuwe, prettige gedachten voor in de plaats moest geven. Desgevraagd zegt de cliënt vlot dat hij niet gelooft dat dat mogelijk is.

De mensen worden door de heer Goes in twee categorieën verdeeld: één categorie - bijv. de patienten in de inrichting - hoort de gedachten niet; zij staan onder invloed van het kwade genius en zijn eveneens hypnotiseerd. De andere categorie bestaat uit mensen die weliswaar niet gehypnotiseerd zijn door de kwade genius, maar zo gauw dezen de gedachten horen, beschimpen en bespotten zij hem.

De eerste zitting verloopt als volgt: In het begin van de zitting is er een volledig psychotische jongeman aan het woord. Naarmate de zitting vordert, begint hij eigenlijk steeds samenhangender en normaler te praten. Aan het einde van de zitting is het gesprek genormaliseerd. Wanneer de cliënt bijv. zegt dat hij door zijn ogen dicht te houden enige tijd 'dat vervelende gedachten-luid-woorden' weg kan houden, is de therapeut verbaasd dat hij dat maximaal slechts tien minuten gedaan heeft. Wanneer de cliënt vertelt dat hij geen enkel verband weet tussen beginnen en ophouden, is de therapeut verrast dat hij (zo'n intelligente man) geen goede analyse gedaan heeft. Terwijl de cliënt dus komt met werkelijk een verschrikkelijke hoeveelheid psychotische symptomatologie, stelt de therapeut voortdurend de, zeg maar, 'luiheid' en beperkte creativiteit van de cliënt met betrekking tot zijn symptomatologie aan de orde.

De cliënt zakt wat in elkaar en heeft grote moeite met de ontwikkeling van het gesprek om ten slotte met een nieuw pathologisch verhaal te triomferen: hij vertelt dat als hij eenmaal besluit een glas bier helemaal leeg te drinken en daarna een mop niet driemaal herhaalt, er nieuwe klachten zullen ontstaan, zoals: de angst om gek te worden of echt krankzinnig worden en dit alles weer omdat hij onder hypnose gebracht is. Zijn huidige klachten zouden zijn ontstaan omdat hij eenmaal een glas bier leeggedronken heeft zonder de mop te herhalen. Over ongeveer één jaar

zullen onafhankelijk van welke therapeutische actie danook, deze nieuwe klachten door hem niet langer vermeden kunnen worden.

De eerste zitting wordt afgerond met een registratie-opdracht, waarbij hij ieder uur éénmaal moet controleren of de neusspraak er is of niet. Hij zal dat doen door een valkuil te bedenken voor iemand in zijn omgeving, d.w.z. dat hijzelf een gedachte gaat verzinnen die, wanneer hij luid zou worden, de ander zeker zou laten reageren (zie tabel 1). Op deze wijze wordt met als rationale een registratie-opdracht 'zijn gedachten-luid-laten-woorden' voorgeschreven.

Hij zal voorts registreren hoelang per dag en op welke tijden de gedachten niet luid worden, door bijv. zijn ogen gesloten te houden (zie tabel 2).

Voorts is het van belang dat de medicatie (hij gebruikt 55 mg Haldol per dag) onveranderd blijft.

De indeling die de heer Goes van de mensheid heeft gemaakt, geldt ook voor de therapeut: immers, zo gauw de therapeut de gedachten hoort, hoort hij bij de groep die hem uitlacht en het slecht met hem meent. Zo gauw de therapeut de gedachten niet hoort, zal hij dus een therapeut zijn die gehypnotiseerd is door het 'kwade genius'. In beide gevallen zal de therapeut geen goed therapeut zijn voor de cliënt.

De therapeut is het aldus onmogelijk de heer Goes te helpen. Op de volgende wijze slaagt de therapeut er echter in om uit deze paradox te geraken:

De paradox bestaat alleen bij een context dat de therapeut gaat behandelen. In dit geval besluit de therapeut dit niet te doen. Tijdens de zitting vertelt de therapeut af te zien van de behandeling en alleen maar bereid te zijn de heer Goes autohypnose te leren, zodat hij niet langer een speelbal hoeft te zijn van gebeurtenissen in zijn onbewuste, maar met behulp van de autohypnose geleidelijk in staat zal zijn invloed uit te oefenen op de processen die zich in zijn onbewuste afspelen. De heer Goes gaat hiermee akkoord en de behandeling kan voortgezet worden.

Om te voorkomen dat de therapeut een volgende keer door de vraag van de cliënt 'Hooft u mijn gedachten, ja of neen?' verrast wordt, breekt de therapeut de paradox open door deze ter discussie te stellen. ')

Hij legt tijdens de tweede zitting het probleem aan de cliënt voor. Dit ging ongeveer als volgt: Als ik je gedachten hoor, dan hoor ik tot de

')

Met dank aan Kees van der Velden voor zijn advies.

tabel I: Registratie van 'Valkuilen'

	20/1	21/1	22/1	23/1	24/1	25/1	26/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	1/2	2/2	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	+	+	+	X	X	X	X
9	+	+	+	X	X	+	+	+	+	-	X	X	+	+	+	+	+	X	-
10	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	X	-	+	+	+	+	+	X	-
11	+	+	+	-	-	+	+	+	?	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-
12	+	?	+	-	-	+	?	+	?	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-
13	+	+	+	-	-	+	+	+	?	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-
14	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	?	-	+	-	+	-
15	+	+	+	-	-	+	?	+	?	-	-	-	+	?	-	+	+	-	-
16	?	+	+	-	-	?	?	?	+	+	-	-	+	?	-	+	+	-	-
17	+	+	+	-	-	?	?	+	+	+	-	-	+	?	+	+	+	-	-
18	?	+	+	-	-	?	+	?	+	+	-	-	+	?	+	+	+	-	-
19	+	+	+	-	-	-	+	?	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-
20	?	?	?	-	-	-	-	-	?	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
21	?	?	?	-	-	-	-	-	?	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
22	+	+	?	-	-	X	X	?	X	X	-	+	+	-	+	+	-	-	-
23	+	X	X	-	+	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

+ = bevestiging
 - = geen reactie
 ? = onduidelijk

groep mensen die je beschimpen; als ik ze niet hoor, sta ik onder invloed van het kwade genius. Mijn probleem is: hoe kan ik je nu helpen? Ik heb daar geen oplossing voor. De heer Goes denkt daar enkele seconden over na en zegt dan lachend: "Ach dokter, u met al uw kennis, staat toch ver boven die kwade genius".

De behandeling heeft zeven zittingen in beslag genomen. Veertien dagen na de eerste zitting vertrekt hij uit de kliniek. Vervolgens gaat hij werken en besluit hij de weekends (rond de vierde zitting) voortaan bij een vriendin (die hij kende uit de inrichting) te gaan doorbrengen. Zoals uit de grafiek blijkt, verloopt de behandeling voorspoedig.

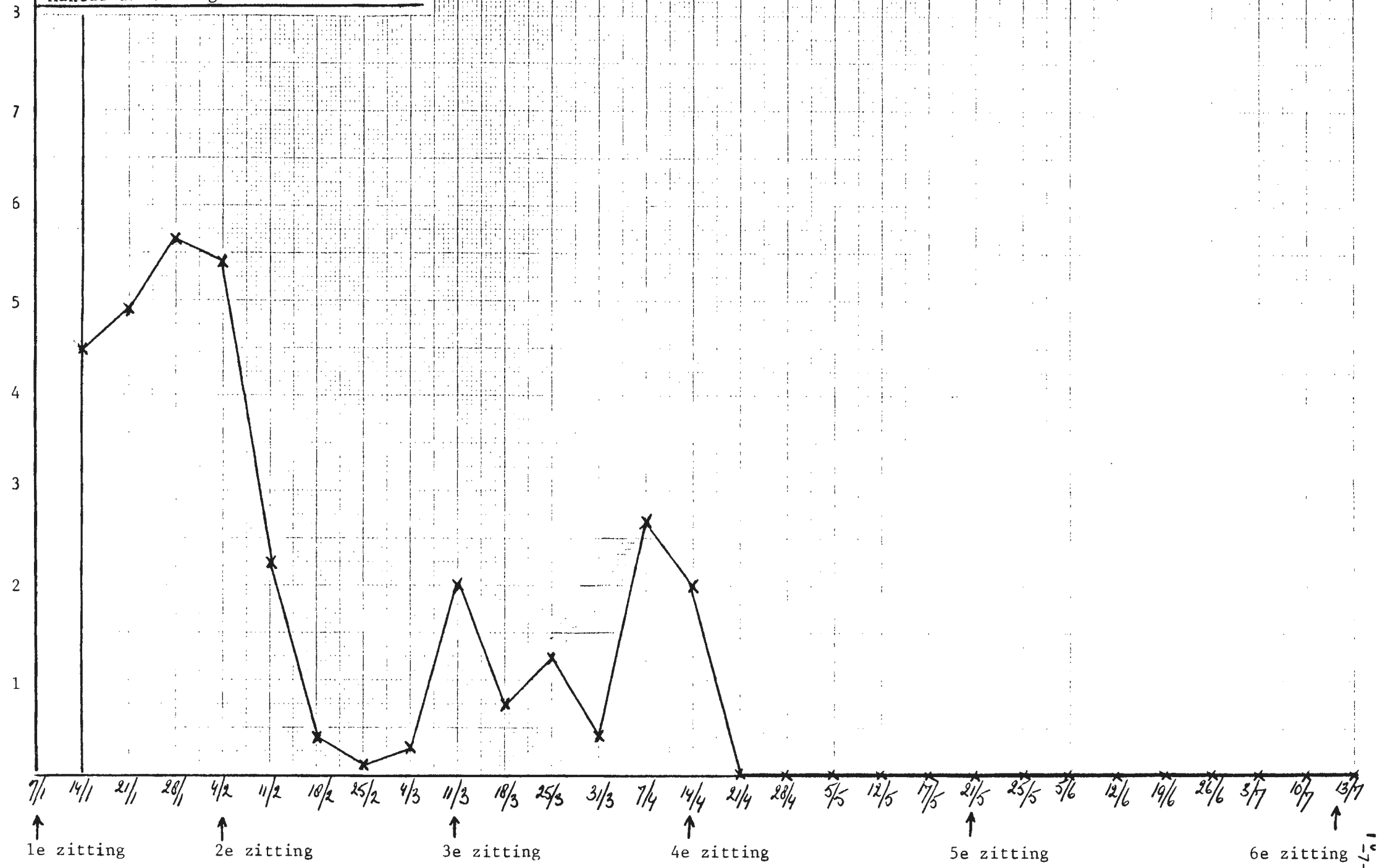
Bij follow-up na vier maanden is deze goede toestand ongewijzigd gebleven.

3. Bespreking

De behandeling heeft bestaan uit:

- Zelfregistratie (van de tijd die zijn gedachten luid werden); alsmede van de gedachten die hij expres dacht - bijv. nare gedachten over iemand in zijn buurt om te zien of de ander deze gedachten waarnam (de zgn. valkuilen);
- Symptoom-voorschrijven: het luid worden van zijn gedachten werd middels de 'valkuilen' voorgeschreven;
- Autohypnose: met behulp van positieve zelfverklaringen werd gewerkt aan een toenemen van zijn zelfvertrouwen; toen hij bijv. vertelde erg gevoelig te zijn voor plagerijen op zijn werk, werd een hypnose-zitting met een posthypnotische suggestie op een audiobandje opgenomen. De suggestie luidde: "Zo gauw je merkt dat je geplaagd wordt, word je kalm en rustig; dit geeft je de gelegenheid een spits antwoord te geven.
- Herinterpretatie van de waan: op het moment dat zijn wanen afnamen, werd de volgende herinterpretatie toegepast: zijn huidige klachten werden vergeleken met die van iemand met een K.Z.-syndroom. Deze mensen worden vaak 's nachts wakker bibberend van angst ten gevolge van afgrijselijke herinneringen aan dertig jaar terug. Toch staan ze niet meer onder de bedreiging van de Duitsers. Zo kan het bij jou ook zijn: dat de invloed van de professor door jouw autohypnose allang verdwenen is, maar dat herinneringen aan deze beïnvloeding je nog kwellen in plaats van een aanwezige echte beïnvloeding.

Aantal uren dat gedachten luid worden:



1e zitting

2e zitting

3e zitting

4e zitting

5e zitting

6e zitting

Referentie

Bergman, J.S. (1982), Paradoxical Interventions with People Who Insist on Acting Crazy. Am. J. of Psychotherapy 36 (2), 214 - 222.

Imaginaire confrontatie bij het verwerken van een incestueuze relatie

Alfred Lange

Inleiding

Bij het verwerken van traumatische ervaringen uit het verleden wordt door de aanhangers van de directieve stroming vaak gebruik gemaakt van het schrijven van brieven of andere schrijfp opdrachten (vgl. Lange & van der Hart, 1979, hfst.7). Ook in de gedragstherapeutische literatuur wordt het steeds meer benadrukt om niet te volstaan met uitdoven van huidige symptomatische gedragingen maar te zoeken naar essentiële traumatische gebeurtenissen die eerst verwerkt dienen te worden (vgl. Rachman, 1980). Daarbij wordt dan vaak gebruik gemaakt van flooding-achtige procedures en/of 'prolongued exposure' (vgl. ook Ramsay, 1979; 1981).

Brieven schrijven heeft het voordeel dat de cliënt in zijn eigen tempo kan werken. Flooding tijdens de sessie heeft als voordeel dat de therapeut kan zorgen dat er minder kans op 'ontsnapping' is voor de cliënt; dat de confrontaties met de angstverwekkende stimuli inderdaad plaatsvinden. De twee methoden sluiten elkaar - gelukkig - helemaal niet uit. Thuis met behulp van schrijfp opdrachten gevoelens dichterbij halen en meer bewust worden kan, wanneer het niet tot een werkelijke doorbraak leidt, gevolgd worden door een fase waarin tijdens de therapie sessies door middel van imaginaire confrontatie (vgl. Burger, 1979), verder aan het probleem gewerkt wordt.

In dit artikel wordt een behandeling beschreven waarin de beide methoden in deze volgorde gebruikt zijn.

In de discussie wordt de gevolgde werkwijze vergeleken met de in de literatuur meer bekende wijze van flooding en imaginaire confrontatie.

De behandeling van Clara Hijmans

Clara Hijmans (lerares) is 32 jaar oud als zij zich aanmeldt vanwege 'moeilijkheden in het omgaan met mannen'. Zij woont alleen na een serie van korte episodes van samenwonen. Zij heeft het idee dat het mislukken van al die relaties vooral aan haar ligt; ze kan zich niet helemaal geven, is geremd en gespannen. Ook in het omgaan met haar mannelijke collega's heeft zij problemen.

Tijdens het eerste gesprek komt de aandacht al gauw bij het ouderlijk gezin. Vanaf haar 13e levensjaar heeft zij problemen gehad in het omgaan met haar vader. Deze heeft herhaaldelijk erotische toenadering gezocht. Zij herinnert zich hoe zij wel eens in het ouderlijk bed lag als haar moeder er niet was en hoe haar vader haar dan streelde op een niet alleen tedere wijze. Tot echte sexuele handelingen is het nooit gekomen. Vanaf die leeftijdsfase is zij haar vader gaan vermijden, niet in het minst omdat hij altijd dubbelzinnige opmerkingen maakte waaruit zij kon concluderen dat zijn belangstelling voor haar als onderwerp van erotiek onverminderd was. Als zij probeerde daar met haar moeder en grootmoeder over te praten kreeg zij de wind van voren. Haar vader werd dan als een bijzondere man afgeschilderd die beschermd diende te worden. Met haar zusters en broers heeft zij er nooit over gepraat. Die hadden allemaal hun eigen problemen. Eén zuster moest zelfs herhaaldelijk in

inrichtingen opgenomen worden. Op de vraag of dit ook met haar vader te maken zou hebben, kan zij geen antwoord geven.

Clara is streng katholiek opgevoed. Over seksualiteit werd thuis nooit gepraat en ook niet op de - eveneens katholieke - middelbare school. Na haar schooltijd heeft zij bovendien enige tijd in een huis met priesters doorgebracht. Zij beschrijft de kontakten daar wel als warm en veilig, maar het heeft haar niet geholpen om zich in mannelijk gezelschap meer op haar gemak te voelen.

In het voorlopig behandelingskontraakt wordt overeengekomen de behandeling in eerste instantie te richten op het verwerken van deze gebeurtenissen uit het verleden. In de tweede zitting wordt een schrijfpodracht afgesproken: om de avond zal zij zich een uur terug trekken teneinde een doorlopende brief te schrijven aan respectievelijk haar vader, haar moeder en haar grootmoeder. Zij zal schrijven wat er in haar opkomt, met name over de voor haar traumatische kwesties. Zij weet dat deze brieven niet verstuurd zullen worden; dat er misschien in een later stadium echte brieven geschreven kunnen worden.

De therapie sessies vinden plaats in een frequentie van eenmaal in de drie weken, zodat er genoeg tijd is voor haar om te schrijven en ervaringen op te doen, en voor de therapeut om de brieven goed te lezen. Tijdens de sessies worden haar ervaringen besproken alsmede punten die uit de brieven naar voren komen.

Opvallend aan de geschriften is de felheid van het handschrift.

Met grote letters op zeer onregelmatige wijze produceert Clara per sessie wel 40 velletjes driftige tekst. Dit levert haar wel wat inzichten, met name over de rol van haar moeder en grootmoeder, maar er is geen sprake van enige extinctie van de emotionele responsen t.a.v. haar vader. Hooguit wat meer woede over de manier waarop zij - en haar broers en zuster - zijn opgevoed. Tijdens de vijfde zitting is er een 'kritiek incident'. Tijdens het vertellen over een bezoek aan haar ouderlijk huis vertelt zij dat ze bang is dat haar moeder dood zal gaan. De therapeut zwijgt, waarop zij verder door gaat haar angst uit te spreken dat zij dan haar vader zal moeten verzorgen en dat zij dan - en dit zegt zij heel zachtjes - met hem naar bed zou gaan. De therapeut vraagt, 'waar zij precies bang voor is'. Het blijkt niet gemakkelijk om Clara op dit punt dichtbij haar eigen gevoelens te laten komen. Haar antwoorden zijn allemaal in de indirecte vorm in de trant van 'ik denk dat ik dan misschien...'. De therapeut laat zich echter niet afschepen. Met name wil hij weten of zij bang is voor haar vader (dat deze haar ergens toe zou dwingen) of voor haar zelf (dat zij zelf met haar vader naar bed zou willen). Zij kan het antwoord niet geven, waarop de therapeut haar vraagt zich voor te stellen dat het nu zo is dat zij voor haar vader zorgt; dat zij alleen met hem is; en dat zij met hem naar bed kan als zij dat zou willen. Hij vraagt Clara hem te beschrijven wat er gebeurt. Langzaam begint Clara te vertellen hoe zij met haar vader tot sexueel contact komt en hoe zij uiteindelijk gemeenschap hebben, op haar eigen instigatie. Na ongeveer 20 minuten is de spanning geweken en heeft Clara niets meer toe te voegen. In de na-

bespreking krijgt zij nog een huilbui maar rapporteert tevens dat zij zich ongelooflijk opgelucht voelt. Zij weet nu wat het is waar ze al die jaren bang voor is geweest.

Er worden geen huiswerkopdrachten gegeven. De gebruikelijke drie weken worden aangehouden, maar nu met de suggestie om het gebeurde te laten bezinken. De gehele zitting duurt niet langer dan drie kwartier.

De volgende zitting komt Clara vrolijk binnen. Sinds het vorige gesprek heeft zij zich 'een ander mens gevoeld'. Zij heeft ook gemerkt dat zij minder angstig was in het omgaan met mannen.

Uiteraard complimenteert de therapeut haar en samen filosoferen zij over de vraag wat nou precies die verandering heeft bewerkstelligd. Volgens Clara is het vooral het feit dat zij nu weet wat zij al die tijd heeft weggestopt, en dat zij dat van zichzelf kan accepteren. Dat laatste wordt het onderwerp van het gesprek, waarbij de culturele kant van het incest taboe aan bod komt. Het kost Clara - naar haar zeggen - weinig moeite om, hoewel zij haar erotische gevoelens t.o.v. haar vader accepteert, afstand te doen van het idee ooit met haar vader sexueel contact te hebben. Zij weet dat de neiging er is maar dat het beter is er niet aan toe te geven. Afgesproken wordt dat zij pas weer over drie maanden zal komen. In de tussentijd zal zij nadenken over een passend ritueel om de nieuwe situatie te bekrachtigen. Dit gesprek zal binnenkort plaatsvinden.

Discussie

1. Burger (1979) beveelt imaginaire confrontatie aan als een techniek die geïndiceerd is wanneer 'zachtere' methoden geen succes hebben, doordat er sprake is van excessief vermijdingsgedrag. De therapeut helpt de cliënt om zichzelf actief te confronteren met de essentiële stimuli die tot dan toe altijd vermijdingsgedragingen hebben opgeroepen. Doordat de bedreigende stimuli nu bewust beleefd worden zonder de gebruikelijke responsen treedt extinctie op. Dit is ook wat er met Clara is gebeurd. Haar angst voor mannen was via klassieke conditionering afgeleid van een dieperliggende angst voor de bedreigende gedachte dat zij sexuele verlangens t.o.v. haar vader koesterde. Toen dit eenmaal duidelijk werd was een confrontatie waarin zij een actieve rol speelde door te beslissen wel of niet met hem naar bed te gaan genoeg om te leiden tot uitdoving van de gebruikelijke angstresponsen. Men zou het bijna kunnen vergelijken met het doorbreken van anticipatie-angst. Nadat zij het gevreesde heeft beleefd is er geen reden meer om bang te zijn.

2. Hoewel datgene wat in de vijfde zitting met Clara gebeurde zeker beschouwd dient te worden als imaginaire confrontatie, zijn er toch opvallende verschillen met de manier waarop Burger erover schrijft. Dat Burger het als een 'harde' manier afschildert tegenover 'zachtere' methodes is niet zo vreemd wanneer men bedenkt dat in zijn model het 'vasthouden' vaak essentieel is. De cliënt wordt letterlijk vastgehouden teneinde te voorkomen dat motoriek leidt tot emotionele vermijdingsmogelijkheden. Dat vast-

houden is soms, bij sterke cliënten, een zware klus waar drie, vier 'vasthouders' zwetend vandaan komen. De theoretische basis van dat lijfelijke gebeuren is mij nooit helemaal duidelijk geworden. Misschien dat Burger daarom aangeeft dat het niet strict noodzakelijk is en dat er ook 'stoel-i.c.'s' (dus niet 'op de mat') mogelijk zijn, al of niet met behulp van riemen om de cliënt vast te binden.

Ook wat de tijdsduur betreft is Burger niet dogmatisch. Het kan een kwartier duren, bij stoel-i.c.'s bijv., maar de meeste i.c.-sessies nemen bij hem eerder een paar uur in beslag. Essentieel is dat de confrontatie met een essentiële stimulus is aangegaan en extinctie is opgetreden. Het vijfde gesprek met Clara illustreert dat zo een korte episode inderdaad cruciaal kan zijn en dat het 'vasthouden' ook op een niet lichamelijke wijze mogelijk is. De confrontatie verliep op een bijna terloopse wijze, in een licht hypnotische sfeer zonder formele inductie.

3. De door Burger geformuleerde indicatie voor imaginaire confrontatie - waar 'zachte methoden' falen - lijkt mij niet zo sterk. De formulering doet wat negatief aan, alsof in principe allerlei andere methoden de voorkeur hebben. Waarschijnlijk heeft dat te maken met de 'strengere setting' die hij er meestal aan koppelt. Als er zoveel bij komt kijken dan bedenk je je wel even voordat je een dergelijke techniek gebruikt. De hier beschreven 'softere' benadering is wat gemakkelijker toe te passen en heeft wat minder contra-indicaties. De methode lijkt mij geïndiceerd wanneer er sprake is van traumatische gebeurtenissen, die door het

vermijden van essentiële stimuli leiden tot negatief functioneren. Het verschil met de door Burger als 'minder hard' genoemde technieken (bijv. assertiviteits-training, S.D.) ligt vooral in het feit dat die technieken vaak gebruikt worden om verandering te brengen in gedrag en emoties die niet afgeleid zijn van vermijdingsgedrag op grond van emotionele traumata. Waar dat wel het geval is hebben die methoden in eerste instantie dan ook niet zoveel nut en is het beter om te starten met de blokkades uit het verleden (vgl. Lange, 1980).

4. Behalve dat in een imaginaire confrontatie de cliënt gecoached wordt om een actieve rol te spelen terwijl bij flooding en prolonged exposure de cliënt passief blijft, is er nog een ander verschil tussen de laatstgenoemde technieken en I.C. Bij flooding en prolonged exposure worden angstwekkende stimuli aangeboden, maar dat hoeven niet noodzakelijkerwijs de essentiële (dieperliggende) angstprikkelers te zijn. Bij Clara zou bijv. sprake zijn geweest van flooding wanneer de therapeut haar gevraagd had zich situaties voor te stellen waarin zij met een man alleen een gesprek had over een intiem onderwerp. Er is dan sprake van een angstprikkel maar niet de essentiële. Essentiëel was bij haar de angst voor haar eigen gevoelens ten opzichte van haar vader. Hoewel Burger aan I.C-sessies meestal een 'praatgesprek' laat voorafgaan om meer inzicht te krijgen in de achtergronden van datgene wat vermeden wordt, noemt hij imaginaire confrontatie ook een exploratieve methode waarmee men op zoek kan gaan naar essentiële stimuli. Als de therapeut

merkt dat een spoor niets oplevert wordt er geswitched. Op zich is deze flexibiliteit natuurlijk loffelijk, maar het verschil tussen flooding en imaginaire confrontatie wordt dan toch wel wat onduidelijk (vgl. Marshall, et al. 1979). Bovendien lijkt het mij aan te bevelen eerst meer energie te steken in 'zachtere' technieken om erachter te komen waar de angsten vandaan komen en het imaginaire kruit niet in een trial en error procedure te verschietsen. Soms zal dat voorwerk al genoeg zijn.

In een iets ander verband beschrijft Averill (1968) hoe rouwrituelen kunnen helpen om geleidelijk de neiging te overwinnen om - na een ernstig verlies - de meest pijnlijke stimuli te blijven vermijden. Bij pathologische rouw lukt dit niet en zijn flooding of prolonged exposure technieken nodig. In de door Ramsay (1979) beschreven procedure zal de therapeut tijdens de eerste sessies de cliënt laten praten over de situatie rondom het verlies ('wat is er precies gebeurd?', 'wat deed je zelf', etc.). Daarmee komen de pijnlijke belevingen geleidelijk dichterbij en krijgt de therapeut hypothesen over datgene wat centraal staat in het vermijdingsgedrag van de cliënt.

Het schrijven van brieven kan gezien worden als een vergelijkbaar middel om pijnlijke belevingen die men liever vermijdt geleidelijk aan dichterbij te laten komen. Soms zelfs zo dichtbij dat verwerking ervan zonder veel andere interventies, via 'prolongued exposure' mogelijk wordt. In Ramsay's model, dat door Rachman (1980) niet alleen op rouw maar op veel meer emotionele traumata van toepassing wordt geacht, komt het schrijven van brieven evenals bij Burger niet voor. Mijns inziens berust dat echter niet op een principiële stelling-

name. Ook Ramsay en Burger zouden in hun aanloopfasen schrijfp opdrachten kunnen gebruiken, met als voordeel dat er meer kans is dat men ten tijde van de imaginaire confrontatie of flooding goed zicht heeft op de essentiële emoties.

Bij Clara werden die in de vijfde zitting duidelijk, door de voorafgaande schrijf-opdrachten of door het praten met de therapeut of door beide. Belangrijk was dat de therapeut niet probeerde iets te forceren. Als men nog niet weet wat het aangrijpingspunt dient te zijn is het wijs om 'niets te doen'. 'Niets doen' is dan overigens niet helemaal niets, maar betekent eerder 'niets nieuws', 'doorgaan met hetzelfde recept', in dit geval schrijven.

Op dezelfde wijze kan in sommige therapieën het monitoren wel eens uitdijen tot een langdurige fase doordat het niet meteen tot zinvolle werkpunten leidt. Geduld is dan een schone zaak.

5. Boeken en artikelen worden meestal 'opgehangen' aan centrale thema's. Dat is begrijpelijk. Toch zou ik wel eens een geschrift willen wijden aan schijnbare kleine nevenzaken. Ik denk daarbij aan een werk waarin van een aantal therapieën de 'critical incidents' worden beschreven, de momenten dat er iets gebeurde dat bepalend was voor de verdere voortgang. In deze therapie was dat het moment dat Clara bijna onverstaanbaar zei 'dat ik dan met hem naar bed ga'. Ik kan me voorstellen dat men daar als therapeut op dat moment niet op ingaat en dan een enorme kans mist. Alertheid en durf, en vooral goed luisteren blijven requisietendie onvervangbaar zijn.

6. De therapie met Clara is nog niet afgelopen. Op dit moment is ook onbekend wat voor soort ritueel zij heeft gekozen om te symboliseren dat zij geen last meer heeft van onduidelijke angsten over haar incestueuze verhouding met haar vader. In de laatste sessie heeft de therapeut wel een indirecte suggestie gedaan door een voorbeeld te geven. Gezien Clara's artistieke aspiraties dacht hij aan de mogelijkheid dat zij haar sexuele verlangens t.o.v. haar vader in een tekening tot uitdrukking zou kunnen brengen, waarna deze tekening in een daarvoor aan te schaffen doos of ander omhulsel opgeborgen kon worden. De doos en de tekening zouden al of niet zichtbaar in haar huis kunnen zijn. Dit als symbool voor iets dat niet meer weggestopt is maar wel een plaats heeft gekregen.

6. Misschien wordt het wat eentonig, want ik eindig daar geloof ik elk geschrift mee, maar ook bij deze behandeling geldt dat het slagen ervan mogelijk was door de inzet, de gemotiveerdheid en het vertrouwen van de cliënt. Juist dit soort - toch wel dramatische - interventies zijn alleen maar verantwoord als er voorwerk is geleverd.

Referenties

- Averill, J.R. (1968), Grief, its nature and significance. Psychological Bulletin, 70, (6), 721-748.
- Burger, A.W. (1979), Imaginaire confrontatie. In J.W.G. Orlemans e.a. (red.), Handboek voor Gedragstherapie, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1980), Timing. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. & O. van der Hart (1979), Gedragsverandering in gezinnen, Wolters Noordhoff, Groningen.
- Marshall, W.L., J. Gauthier en A. Gordon (1979), The current status of flooding therapies. Progress in Behavior Modification, 7, 205-275.
- Rachman, S. (1980), Emotional processing. Behavior Research and Therapy, 18, 51-60.
- Ramsay, R.W. (1979), Rouwtherapie, de gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen. In J.W.G. Orlemans e.a. (red.), Handboek voor Gedragstherapie, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Ramsay, R.W. (1981), Ten Years of Grief: Some reflections on bereavement therapy. Paper presented at the First European Meeting on Cognitive Behavioral Therapies, Lisbon, Portugal.

Kees Hoogduin

1. Inleiding

Onder psychofarmaca worden samengevat die geneesmiddelen die hun werkzaamheid ontleen aan beïnvloeding van psychiatrische symptomatologie. Grofweg zijn deze geneesmiddelen onder te verdelen in de volgende categorieën: de slaapmiddelen (hypnotica), de anti-psychotische middelen (neuroleptica), de kalmeringsmiddelen (ataractica) en de anti-depressiva¹⁾.

Na de ontwikkeling van vooral de laatste drie categorieën - na de vijftiger jaren - ontstond er, mede door positieve berichtgeving over bereikte resultaten en de reclamecampagnes van de farmaceutische industrie, een hausse in de prescriptie van psychofarmaca. Van huisarts tot specialist werd niet alleen bij een psychose, maar weldra ook bij verdriet, armoede of vrolijkheid een psychofarmaca verstrekt. De verstrekking van anti-depressiva na het verlies van een geliefd persoon leidde zelfs tot een nieuwe ziekte: het zgn. syndroom van de pathologische rouw, waarbij de patient door de heilzame werking van het anti-depressivum dusdanig geblokkeerd werd in zijn emoties en activiteiten dat jaren later mogelijkheden ontstonden om deze patient na het stoppen van de anti-depressiva te helpen alsnog dit verlies te verwerken en daarna een nieuw leven op te doen bouwen.

Toen duidelijk werd - mede op grond van gegevens uit Amerika - dat wanneer voortgegaan werd op deze manier psychofarmaca te verstrekken, weldra iedereen gebruiker zou zijn, ontstond er een beweging tegen gebruik van psychofarmaca. Ferme, geitenwollen sokken dragende, biodynamisch duivenvoer etende gezondheidsfanaten spraken de ban uit over de psychofarmaca. De media raakte geïmponeerd - niet ten onrechte - door aangetoond misbruik van bepaalde middelen en begonnen hun waarschuwendende berichten vooral naar de gebruikers - minder naar de verstrekkers - te verzenden.

¹⁾ Middelen als L.S.D., Wekaminen en Lithium blijven buiten deze beschouwing; de eerste omdat er voor deze middelen geen indicatie bestaat, Lithium omdat dit met zijn structuur en werking een geheel eigen plaats inneemt.

De gevolgen lieten zich raden. De ernstig psychotische man besloot die rotpillen maar weer eens te laten staan en werd na weken aarzelen door de R.I.A.G.G. ten slotte weer in een inrichting opgeborgen. De vertwijfelde, depressieve patient staakte de medicatie en hing zich weer eens op. Slechts de angstige mensen - de zgn. Valium-gebruikers - werden nog angstiger, zodat hun dosering wat aangepast moest worden. Zij werden soms zo angstig dat zij ook niet meer naar een eventuele psychotherapeut durfden. Op deze laatste gebeurtenis speelde de farmaceutische industrie in door van tabletten ook samenstellingen te leveren met per tablet een hogere dosering effectieve stof. Enfin, geleidelijk ontstond hiertegen een nieuwe stroming die er toe geleid heeft dat nu huisartsen in het geheel niet meer weten hoe ze met psychofarmaca om moeten gaan. Over het gedrag van de specialisten bestaat op dit moment minder duidelijkheid. Een grote groep leest nooit vakliteratuur en meent altijd alles beter te weten. Dezen schrijven nog steeds de medicamenten voor die in hun opleidingstijd zo goed werkzaam waren. (Tijdens de opleiding werkt een specialist steeds gedurende zes tot twaalf maanden op een bepaalde afdeling om daarna weer naar een andere afdeling overgeplaatst te worden. Dit stelt hem in de gelegenheid trouw te blijven aan zijn medicatie. Immers, steeds een andere werkkring hebben, voorkomt dat hij geconfronteerd wordt met follow-up onderzoek, dat zou kunnen leiden tot revisie van opvattingen over werkzaamheid en nut van een bepaald medicament).

Een andere groep is zeer sophisticated aan het werk: geen medicament wordt meer verstrekt zonder dat deze specialist volledig op de hoogte is van het gedrag van het middel in het corpus van de patient. Wanneer met behulp van een dexamethason-suppressietest is vastgesteld dat het hier om een zieke gaat met een depressie, krijgt deze net zoveel anti-depressiva tot de bloedspiegel aangeeft dat de patient weer genezen is. Een aantal zorgt ervoor deze patienten zo min mogelijk onder ogen te krijgen, omdat dergelijke patienten nog wel eens de onhebbelijke gewoonte hebben zich bij een goede bloedspiegel toch nog zo te gedragen dat iemand die niet beter zou weten, de patient voor nog steeds ernstig depressief zou houden. Het vervelende voor deze groep specialisten is dat de rapportage over welke dosering of bloedspiegel werkzaam is, niet altijd gelijk is. Maar opnieuw blijkt dan dat deze specialisten zelf vaak op grond van grootheidsideeën en vergaande zelfgenoegzaamheid goed in staat zijn uit te maken of zij een kind dat knippert met zijn ogen zullen behandelen met enkele milligrammen

Haldol per dag - geadviseerd door een bepaalde auteur - of enkele honderden milligrammen - geadviseerd door een echte expert. Dat in zo'n geval een gedragstherapeutische behandeling van een paar uur het probleem ook mag verhelpen, is natuurlijk interessant, maar niet relevant omdat gedragstherapie geen geneeskundige behandeling is en daarom niet zinvol is om toe te passen. Duidelijk is dat er nog veel onzekerheid bestaat over de manier waarop psychofarmaca op een verantwoorde wijze voorgeschreven moeten worden.

Dit artikel probeert een bijdrage tot het verkrijgen van enige duidelijkheid te leveren.

2. Over het voorschrijven van psychofarmaca

Geen arts of psychiater zal het gebruik van psychofarmaca geheel afwijzen. Bij de behandeling van psychosen, vitale depressie, bij de preventie van manisch-depressieve psychosen of zeer frequent recidiverende psychosen, staat het nut van het gebruik van psychofarmaca wel vast. Toch kan het geen kwaad dat de therapeut zich bij elk medicijnvoorschrift realiseert dat het aantal opnamen in psychiatrische inrichtingen sinds de ontwikkeling van de anti-psychotische middelen niet verminderd is. Net zo min als het aantal zelfmoorden na de ontdekking van de anti-depressiva gedaald is. Deze constatering zal bij een aantal voorschrijvers gevoelens van bescheidenheid kunnen versterken of doen ontstaan. Het is niet onverstandig dat de therapeut zich tegenover de patient uitspreekt als een tegenstander van medicijnen, ook al bestaan zijn volgende acties alleen maar uit het voorschrijven van medicatie. Het maakt het hem gemakkelijker om de patient weer te motiveren er vanaf te komen. Bovendien sluit een dergelijke visie aan bij de heersende opvattingen dat de psychofarmaca eigenlijk slecht zijn. De behandeling wordt vervolgens beschreven als bestaande uit twee fasen. De eerste fase bestaat uit het snel helpen de patient zijn geestelijke ontredde de baas te laten worden; de tweede fase zal bestaan uit het geleidelijk stoppen van de medicatie en het tegelijkertijd ervoor zorgen dat door allerlei maatregelen - psychotherapie, verandering in werksituatie, verandering van huisvesting, gezinstherapie, uithuisplaatsing van een agressief zwakzinnig kind - de ontredde niet meer terugkeert.

Bij het verstrekken van psychofarmaca is het zelfcontrole-concept bruikbaar; dat betekent dat patienten voorlichting krijgen over de

werking van de medicijnen, indicatiegebieden e.d. en dat zijzelf mogen besluiten wanneer en hoeveel zij innemen. De therapeut geeft de marges aan van een verantwoord gebruik en laat de patient daarbinnen zelf vaststellen hoeveel hij gebruikt. Door dit te laten registreren, ontstaat er bovendien een goede indruk over de toestand van de patient over een bepaalde periode.

Wanneer patienten op grond van populair-wetenschappelijke publicaties bezwaren hebben tegen pillen, kan het nuttig zijn deze informatie op een onderkoelde wijze wat te nuanceren, bijv. door te zeggen dat de informatie vooral bedoeld is voor mensen die geen echte klachten hebben en van onzorgvuldige, geen tijd hebbende artsen en specialisten bakken pillen-voorgescreven krijgen. "In uw geval is er een ernstige crisissituatie die overbrugd moet worden en daarvoor is het nodig dat we met behulp van wat medicatie even rust bewerkstelligen". De therapeut kan op dat moment een diskwalificatietechniek inbouwen, nl. zeggen dat pillen niets oplossen, maar dat ze soms nodig zijn om bijv. een ergere situatie te voorkomen (zoals: geen opname, geen suïcide, geen voortduren van de crisis) of als een interventie bij dreigend agressief gedrag.

Medicamenteuze therapie moet soms verkocht worden aan mensen die er aarzelend tegenover staan, bijv. psychotische mensen. En het is dan een goede zaak om uit de veelheid van werkingen en bijwerkingen die werkingen en bijwerkingen te kiezen waarvan verwacht kan worden dat deze de patient aanspreken; bijv. een slapeloze psychoot kan verleid worden tot het nemen van een tabletje Sordinol of Nozinan om eindelijk weer eens goed te slapen of tot rust te komen, zodat hijzelf zijn problemen weer op kan lossen, wat door het innemen van de medicatie weer gemakkelijker zal gaan. Bij middelen waarvan vastgesteld is dat ze een groot nut hebben en nieuwe depressies of psychosen voorkomen, kan meestal volstaan worden de argumenten die de therapeut doen besluiten het middel te geven, met de patient te bespreken. Meestal verkoopt het middel zichzelf wel.

Psychofarmaca - of liever gezegd: een door een arts gegeven pil - hebben een zgn. placebo-werking. Dit betekent dat het effect van het medicament niet alleen bepaald wordt door de chemische substantie, maar ook door de suggestieve werking die uitgaat van het slikken van een pil waarvan verwacht wordt dat die helpt. Bijv. bleek uit een onderzoek van Frank (1974) dat wanneer tegen de patient gezegd wordt dat een gegeven suikerpilletje Morfine bevatte deze veel effectiever was bij pijn-

bestrijding dan wanneer van dit niet werkzame pilletje gezegd wordt dat het een asperine-tablet was.

Het gevolg van een placebo-werking van medicatie is dus een groter effect dan verwacht kan worden van het effectief farmacon alleen; een effect dat mogelijk van belang is bij pijnbestrijding na een operatie of iets dergelijks.

Bij de behandeling van psychische symptomen is het de vraag of dit effect wel zo gunstig is. Van een psychiater / psychotherapeut moet immers verwacht kunnen worden dat hij in staat is dit suggestieve effect op andere wijze dan aan een medicament gekoppeld, toe te passen. De vraag ontstaat of niet geprobeerd moet worden dit placebo-effect van het psychofarmaca weg te nemen, bijv. door precies de effecten uit te leggen, en wanneer toch tot een medicamenteuze behandeling wordt overgegaan, te streven naar verdere diskwalificatie van het farmaca. Dit kan bijv. door te zeggen "Als de spanning te groot wordt, neem je er nog maar een stuk of wat in, tot bijv. 10 of 15 per dag", waarna de patient de pil beschouwt als een weliswaar effectief middel, maar waardoor ook voorkomen wordt dat een eventueel langs suggestieve weg bereikte verbetering als zelf bewerkstelligd wordt beleefd. Deze verbetering wordt aldus niet langer gekoppeld aan het medicament. Uit hetgeen over de placebo-werking is gezegd, volgt dat er voor het geven van placebo-pillen (d.w.z. een pil zonder werkzaam middel; een suikerpil of een injectie met fysiologisch zout) nooit een indicatie bestaat. Slechts in die gevallen waarin de therapeut tot de conclusie is gekomen dat hij een volledige nul is, kan de placebo-pil overwogen worden, hoewel het juist in die gevallen de vraag is of het nog wel enig effect zal hebben. Deze therapeut zal echter wel een strategie voorhanden moeten hebben hoe hij de behandeling moet voortzetten nadat de patient erachter is gekomen dat hij belazerd is geworden.

3. Tot slot

Een psychotherapeut die niet de mogelijkheid heeft psychofarmaca voor te schrijven, doet er goed aan zijn behandeling te beperken tot patienten met minder ernstige problemen of zich te verzekeren van de vriendschap en intensieve samenwerking met een collega die deze kwalificatie wel bezit. Een principieel niet gebruiken van psychofarmaca kan een patient evenzeer schade berokkenen als een principieel voorschrijven van psychofarmaca bij allerlei kleinere problemen.

Dat neemt niet weg dat het gewenst is dat het voorschrijven van psychofarmaca niet langer zonder meer toegestaan zal mogen worden aan een ieder die toevallig het artsexamen heeft afgelegd. Het zou aan te bevelen zijn dat de psychiater van een R.I.A.G.G. na een huero? training in een goed biologisch-psychiatrisch geörienteerd centrum de mogelijkheid van overheidswege kreeg om eens per maand alle door de huisarts voorgeschreven psychofarmaca in samenhang met de indicaties kritisch door te nemen. Aldus kan de huisarts geleidelijk enig inzicht krijgen in gebruik en misbruik van die middelen. Wanneer de huisarts door te beperkte intelligentie of gewoon door een te sterke zelfgenoegzaamheidskern in cerebro niet in staat zou zijn dit inzicht te verwerven, zou hem de bevoegdheid tot het voorschrijven van deze medicamenten ontnomen moeten worden.

GEBRUIK VAN HYPNOSE BIJ DE BEHANDELING VAN DEPRESSIES

DICK N. OUDSHOORN

"DEPRESSIE" IS EEN BEGRIIP DAT NU EENS EEN SYNDROOM OF ZIEKTE AANGEEFT, DAN WEER EEN KLACHT, DAN WEER EEN PROBLEEM. IN HET EERSTE GEVAL STAAT HET ER ALS ZELFSTANDIG NAAMWOORD, IN DE OVERIGE GEVALLEN DIENT HET ALLEEN ALS BIJVOEGELIJK NAAMWOORD TE WORDEN GEBRUIKT.

EERST IETS OVER "DEPRESSIE" ALS ZIEKTE OF SYNDROOM: HET BETREFT EEN ZEER HETEROGENE VERZAMELING WAARVOOR GEEN MONOLITHISCHE VERKLARING KAN WORDEN GEGEVEN. VANUIT KLINISCH PSYCHIATRISCH STANDPUNT KAN MEN DE VOLGENDE ONDERVERDELING MAKEN:

I- DEPRESSIEVE BEELDEN DIE SECUNDAIR ZIJN AAN EEN LICHAAMELIJKE ZIEKTE OF STOORNIS, DAN WEL AAN EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS;

II-PRIMAIRE DEPRESSIES, NADER ONDER TE VERDELEN IN:

- A) PSYCHOTISCHE DEPRESSIES
& CYCLISCH VERLOPENDE, EVT BIPOLAIRE STOORNISSEN
- B) VITALE SYNDROMEN,
- C) NIET-PSYCHOTISCHE EN NIET-VITALE DEPRESSIES
(PSYCHOGENE, NEUROTISCHE, REACTIEVE DEPRESSIES)

AD A): KANS VAN 3:4 DAT MEDICATIE (OF ECT) HELPT;

AD B): KANS VAN 2:3 DAT MEDICATIE HELPT;

AD C): KANS DAT MEDICATIE HELPT IS MINDER DAN 1:2.

VOOR DE KEUZE VAN DE BEHANDELINGSVORM IS DIE INDELING DAAROM WEL VAN BELANG: IN HET GEVAL VAN EEN PSYCHOTISCHE OF CYCLISCH VERLOPENDE DEPRESSIE DIENEN GESPREKKEN IN EERSTE INSTANTIE OM DE MOTIVATIE OM MEDICATIE TE GEBRUIKEN TE VERHOGEN. ALS DE VERSCHIJNSELEN AFNEMEN KAN ER IN TWEEDE INSTANTIE EEN BEPAALD PSYCHOTHERAPEUTISCH PLAN WORDEN UITGEVOERD. BIJ EEN FORS VITAAL SYNDROOM GELDT HETZELFDE; IN ANDERE GEVALLEN KAN MEN OP TWEE SPOREN TEWERK GAAN DWZ EEN COMBINATIE VAN MEDICATIE EN PSYCHOTHERAPIE. BIJ EEN SECUNDAIR DEPRESSIEF SYNDROOM IS UITERAARD ALLEREERST BEHANDELING VAN DE OORZAAK OF PRIMAIRE STOORNIS AANGEWZEN.

WE HEBBEN HET NU VERDER OVER PSYCHOTHERAPIE BIJ DEPRESSIEVE STOORNISSEN. IN HET ALGEMEEN RICHT DIE ZICH NIET OP EEN KLINISCH-PSYCHIATRISCH BEELD, MAAR OP EEN PROBLEEMSTELLING VOLGENS EEN ANDER REFERENTIEKADER. DE BELANGRIJKSTE SPECIFIEKE KADERS ZIJN DAN:

- EEN OMSCHRIJVING EN BEHANDELING IN PSYCHODYNAMISCHE LIJN;
- IN COGNITIEVE C.Q. LEERTHEORETISCHE/GEDRAGSTHERAPEUTISCHE TERMEN;
- IN TERMEN VAN EEN INTERPERSOONLIJKE C.Q. SYSTEEMTHEORIE.

OVERIGENS IS HET MAAR DE VRAAG IN HOEVERRE DIE SPECIFIEKE THEORIEËN EN TECHNIEKEN (INTERVENTIES) AAN HET RESULTAAT BIJDAGEN. NON-SPECIFIEKE FACTOREN WERPEN EEN GROOT GEWICHT IN DE SCHAAL. RICHARD VAN DIJCK ET AL. (1980) JEROME FRANK EN STEEDS MEER AUTEURS DRAGEN DAAR ARGUMENTEN VOOR AAN. PETER MCLEAN (IN RUSH, 1982) HAALT IN DIT VERBAND ZEISS ET AL AAN, DIE GEEN SPECIFIEKE RESULTATEN VAN SPECIFIEKE BEHANDELINGEN GERICHT OP SOCIALE VAARDIGHEDEN, COGNITIES OF POSITIEVE BEKRACHTIGERS, HEBBEN GEVONDEN, MAAR DESONDANKS EEN SIGNIFICANTE KLINISCHE VERBETERING. NON-SPECIFIEKE FACTOREN DIE EEN ROL LIJKEN TE SPELEN ZIJN:

- AARD EN ERNST VAN DE DEPRESSIE;
- THERAPEUTVARIABELEN
- HET BIEDEN VAN EEN BEVREDIGENDE VERKLARING VOOR DE DEPRESSIE;
- HET AANBIEDEN VAN STRUCTUUR IN DE BEHANDELING;
- HET STELLEN VAN CONCRETE DOELEN, KLACHTENREGISTRATIE ENZOVOORT.

IK WIL NOG TOEVOEGEN:

- DE TENDENS VAN SPONTANE GENEZING VAN EEN DEPRESSIEF SYNDROOM NA VERLOOP VAN TIJD.

MET ER IS NOG GEEN WOORD GEREPT OVER DE OORZAKEN VAN (PRIMAIRE) DEPRESSIEVE STOORNISSEN. ELKE 'SCHOOL' HEEFT ZIJN EIGEN STOKPAARDJES, EN DIE GA IK HIER NIET OPSOMMEN. MET ÉÉN UITZONDERING: ER ZIJN NL VEEL AANWIJZINGEN DAT DE SOCIALE RELATIES EEN CRUCIALE ROL SPELEN BIJ HET VEROORZAKEN, BIJ HET IN STAND HOUDEN EN BIJ HET SUCCESVOL BEHANDELEN VAN EEN DEPRESSIEVE STOORNIS. HET ZOU DUS DOM ZIJN OM HIERMEE BIJ DE OPSTELLING VAN EEN BEHANDELPLAN GEEN REKENING TE HOUDEN.

BROWN ET AL (1978) HEBBEN BV DE NAUWELIJKS VERRASSENDE BEVINDING GEDAAN DAT EEN GOEDE, VERTROUWELIJKE BAND MET EEN PARTNER DE BESTE BESCHERMING IS TEGEN DEPRESSIEVE KLACHTEN.

BOWLBY IS TEGENWOORDIG ERG POPULAIR MET ZIJN GEHECHTHEIDSTHEORIE. VEEL PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN ZIJN IN DIE OPVATTING. HET GEVOLG VAN ONVERMOGEN OM GEVOELSBANDEN AAN TE GAAN EN TE BESTENDIGEN. DAARBIJ GAAT HET NIET LANGER ALLEEN OM DE MOEDERKIND-RELATIE, MAAR NET ZO GOED OM ANDERE VROEGKINDERLIJKE EN LATERE BANDEN MET BELANGRIJKE MENSEN IN DE OMGEVING (RUTTER, O.A. 1980). HIERMEE NAUW SAMENHANGEND IS ER DE ZG "OBJECTRELATIE-THEORIE", DIE OOK IN EEN "SOCIALE ROLTHEORIE" KAN WORDEN UITGEDRUKT, WAT BIJNA OP HETZELFDE NEERKOMT:

GEGEVEN EEN RELATIE MET IEMAND KAN DAARAAN WORDEN ONDERSCHIEDEN: INTERACTIES (DIE BOVENDIEN MET VERLOOP VAN TIJD GESCHIEDENIS KRIJGEN)

- COGNITIES (OVER JEZELF, OVER DE ROL DIE JE VERVULT T.O.V. DE ANDER, OVER DE BETEKENIS ERVAN, OVER DE NORMEN; VOORTS OVER DE ANDER EN DIENS ROL, EN DE BETEKENIS VOOR JOU)

- GEVOELEN (OVER DE RELATIE EN DE INTERACTIES EN COGNITIES).

VOOR DE KEUZE VAN EEN GESCHIKTE DOELSTELLING VOOR EEN BEHANDELPLAN, AL OF NIET MET GEBRUIKMAKING VAN HYPNOSE, IS HET NUTTIG OOK IETS OVER DIE COGNITIES TE ZEGGEN (AL BESEF IK DAT IK IN UW GEZELSHAP WATER NAAR DE ZEE DRAAG). BECK (1967) HEEFT HET BOUD GEZEGD: DEPRESSIE BERUST NIET OP TEGEN ZICHZELF GERICHTE AGRESSIE, HET IS EVENMIN PRIMAIR EEN GEVOELSTOORNIS, MAAR HET IS EEN COGNITIEVE STOORNIS. HET BETREFT NEGATIEVE EN VERWRONGEN IDEEËN OVER ZICHZELF, DE WERELD EN DE EIGEN TOEKOMST. ALLE ANDERE VERSCHIJNSELEN / Zouden daaraan secundair zijn. DEZE UITSpraak IS AANVECHTBAAR OMDAT DEZE PRETENDEERT EEN MONOLITHISCHE VERKLARING VOOR ALLE ASPECTEN VAN ALLE DEPRESSIES TE GEVEN. ALS WE HET OPVATTEN ALS EEN STELLING, DAN BIEDT DIE ONS EEN GESCHIKTE WERKHYPOTHESE VOOR EEN PRAKTISCH BEHANDELPLAN.

(OOK LI-
CHAMELIJKE)

DE BETROKKENE VOELT ZICHZELF INADEQUAAT, WAARDELOOS, BENEDEN DE MAAT. ZIJN WERELD, DAARMEE GAAT HIJ ERG MOEIZAAM OM, DAARIN VOELT HIJ ZICH BUITENGESLOTEN OF OVERBODIG, MET EEN GROTE KANS DAT HIJ GEÏSOLEERD RAAKT. SUCCES MAAKT WEINIG INDRUK OP HEM, FALLEN DES TE MEER. OVER ZIJN TOEKOMST IS DE BETROKKENE NEGATIEF, HIJ VERWACHT ER NIETS VAN EN DAT VERLAMT ZIJN MOTIVATIE OM ER IETS AAN TE VERBETEREN, MAAKT HEM BESLUITELOOS OF AFHANKELIJK VAN DE STEUN EN ZORG EN GERUSTSTELLING VAN ANDEREN. NIET IN DE LAATSTE PLAATS ROEPT DIT HET VERLANGEN OP OM ER NIET MEER TE ZIJN.

DOELSTELLINGEN ZOALS JEROME FRANK (1974) DIE FORMULEERT TENDEREN NAAR:

- VERGROTING VAN HET GEVOEL VAN EIGENWAARDE = ZELF IEMAND TE ZIJN EN EIGEN BAAS TE ZIJN ("SENSE OF MASTERY")
- OPHEFFEN VAN HET SOCIALE ISOLEMENT;
- TERUGKRIJGEN VAN HET GEVOEL ERGENS BIJ TE HOREN;
- OP DE EEN OF ANDERE MANIER HET LEVEN ALS ZINVOL ERVAREN.

EEN ECLECTISCHE THERAPEUT MAAKT VOOR ZIJN BEHANDELPLAN EEN KEUZE UIT DOELSTELLINGEN DIE OP VERSCHILLENDE NIVEAUS KUNNEN LIGGEN:

- SYMPTOMEN - PSYCHOPATHOLOGISCHE
- LICHAMELIJKE
- SOCIALE RELATIES EN BIJBEHORENDE IDEEËN (COGNITIES)
- PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMEN - EMOTIONELE STOORNISSEN
MET ONBEWUSTE ASPECTEN
- PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

NET ZO MIN ALS GEDRAGSTHERAPIE EEN DEPRESSIE ALS ZODANIG BEHANDELT, MAAR ALTIJD GERICHT IS OP EEN OF MEER NADER OMSCHREVEN DOELSTELLING(EN), WORDT EEN DEPRESSIE ALS ZODANIG MET HYPNOTHERAPIE BEHANDELD. IN DE LITERATUUR ZULT U ER OOK VRIJWEL NERGENS EEN VERWIJZING NAAR VINDEN. DE MEESTE DOELSTELLINGEN VOOR HYPNOTHERAPIE KOMEN OVEREEN MET DIE VAN DE GEDRAGSTHERAPIE, EN DE BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN LIGGEN DAN OOK IN DE METHODIEKEN. DAARNAAST KENT DE HYPNOTHERAPIE ECHTER BEPAALDE DOELSTELLINGEN DIE EEN RECHTGEAARDE GEDRAGSTHERAPEUT WEL EEN DOORN IN HET OOG MOETEN ZIJN. MET NAME DAAR WAAR OVER 'ONBEWUSTE ASPECTEN' WORDT GESPROKEN. SOMMIGE STROMINGEN BINNEN DE HYPNOTHERAPIEWERELD HECHTEN DAAR ZELFS VEËL BELANG AAN (O.A. DE SCHOOL VAN ERICKSON). IN PLAATS VAN EEN ZWAARWICHTIGE DISCUSSIE OVER HET NUT OF DE SCHADELIJKHEID VAN HET BEGRIP 'ON(DER)BEWUSTE' WIL IK ER LIEVER WAT CONCRETER OP INGAAN. HET BEGRIP VERRUIMT DE THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN IN DRIE OPZICHTEN:

DAAR

1) HET IS EEN REDELIJK EN GESCHIKT HULPMIDDEL OM DE PATIËNT/CLIËNT EEN AANVAARDBARE VERKLARING TE GEVEN VOOR ZIJN KLACHTEN EN PROBLEMEN. NIET ALLEEN OM REDEN DAT DIEPTEPSYCHOLOGISCHE VERKLARINGEN ONDER HET PUBLIEK POPULAIR ZIJN - DAAROM SPREKEN ZE VELEN AAN; MAAR OOK VANUIT DE DISSOCIATIETHEORIE.

DIE THEORIE MAAKT AANNEMELIJK DAT ER DOOR MIDDEL VAN MECHANISMEN VAN VERDRINGING RESPECTIEVELIJK AFSPLITSING VERSCHILLENDE PSYCHISCHE AGGREGATIES ONTSTAAN, DIE ONDER ALLERLEI TERMEN BEKEND STAAN. ZO WORDT DAN WEL GESPROKEN VAN OPTREDENDE 'PARALLELE PROCESSEN' VAN DIVERSE 'IK-TOESTANDEN' ('EGO STATES') OF 'ROLLEN' OF ZELFS 'MULTIPELE PERSOONLIJKHEDEN'. BEAHR'S (1982) HEEFT HIER EEN UITSTEKEND BOEK OVER GESCHREVEN. DE HYPNOTHERAPEUT MAAKT GEBRUIK VAN DE MOGELIJKHEDEN OM DISSOCIATIE KUNSTMATIG TE VEROORZAKEN, EN OMGEKEERD OM DISSOCIATIE IN HYPNOSE VOOR KORTERE OF LANGERE DUUR OP TE HEFFEN.

2) HET ONBEWUSTE WORDT IN FREUDIAANSE SFEREN EENZIJDIG OPGEVAT ALS EEN POEL VAN ZONDIGE EN VERDERFELIJKE STREVINGEN, WAAROP DAN OOK TERECHT EEN STEVIG PUTDEKSEL RUST. (DE MOTIEVEN OM DIT DEKSEL OP TE LICHTEN KOMEN ZO BESCHOUWD DAN OOK IN EEN DUBIEUS DAGLICHT TE STAAN.) HYPNOTHERAPEUTEN WERKEN DAAR OOK WEL EENS MEE, MAAR DAN BETREFT HET EEN VORM VAN HYPNOANALYSE. EEN VERWANTE MOGELIJKHEID IS HET AAN HET LICHT BRENGEN VAN VERDRONGEN TRAUMATISCHE ERVARINGEN, DIE KENNELIJK NOG SCHADELIJKE INVLOED OP HET HUIDIGE FUNCTIONEREN UITOEFENEN. DAT 'KENNELIJK' BLIJFT OVERIGENS VAAK EEN AANVECHTBARE -SUBJECTIEVE- KWESTIE.

HET ONBEWUSTE ZOALS MET NAME ERICKSONIAANSE HYPNOTHERAPEUTEN (MAAR NIET ALLEEN ZIJ) HET HANTEREN IS DAARENTEGEN BETER OP TE VATTEN ALS EEN VERBORGEN RESERVOIR VAN MOGELIJKHEDEN EN OPL OSSINGEN, ZEER WELKOM WANNEER IEMAND ZICH BLINDSTAART OP ZIJN MOEILIJKHEDEN OF IN EEN IMPASSE VERKEERT. HET BEHOEFT NAUWELIJKS BETOOG DAT DIT BIJ DEPRESSIEVE INDIVIDUEN VAAK HET GEVAL IS.

3) VEEL PATIËNTEN/CLIËNTEN STELLEN ZICH IN DE BEHANDELING OP HET EERSTE GEZICHT ONBEGRIJPELIJK OP. ZE DOEN ZEER TEGENSTRIJDIGE UITSPRAKEN, OF UITSPRAKEN DIE NIET KLOPPEN MET HET OVERIGE GEDRAG, OF ZE

-7-

LIJKEN ER VOORAL OP UIT TE ZIJN DE BEHANDELAAR TEGEN TE SPREKEN OF TEGEN TE WERKEN, TERWIJL ZE TOCH NIET DIRECT OPSTAPPEN. DIE PATIËNTEN/CLIËNTEN WIJZEN HET VOOR DE HAND LIGGENDE AF EN WILLEN ALLEEN HET ONBEREIKBARE OF ONGRIJPBARE. OP SOMMIGE DAGEN LIJKEN DE MEESTE 'HULPVRAGERS' VAN DIT SLAG TE ZIJN - DAT ZIJN DIE DAGEN DAT DE THERAPEUT ZICH VERMOEID EN OUD VOELT EN OVER VAKANTIE MIJMERT.

DE GENOEMDE GROEP, EN EIGENLIJK GAAT HET NIET OM EEN GROEP, MAAR GEDRAAGT IEDERE CLIËNT/PATIËNT ZICH IN ZEKERE ZIN ZO, 'VRAAGT' EENVOUDIG OM DIRECTIEVE THERAPIE (VOLGENS VAN DER VELDEN, 1983 IS DIT ZELFS DE BELANGRIJKSTE INDICATIE VOOR DIRECTIEVE THERAPIE). U DENKT NU MISSCHIEN VERBAASD: 'HIJ ZOU HET TOCH OVER HYPNOTHERAPIE HEBBEN!' JAWEL, MAAR HYPNOTHERAPIE MODERNE STIJL HEEFT VEEL GEMEEN MET DT, ZEKER IN DE TRADITIE VAN ERICKSON, DE 'UITVINDER' VAN DT.

ALS PATIËNTEN/CLIËNTEN ONBEGRIJPELIJK GEDRAG TEN TOON SPREIDEN, BV DOOR IETS GRAAG TE WILLEN MAAR NIET TE KUNNEN, DOOR IETS TE DOEN MAAR DAAR NIETS AAN TE KUNNEN DOEN, DOOR LIEVER ONHANDIGE SYMPTOMEN OF KLACHTEN TE HEBBEN DAN HANTEERBARE PROBLEMEN, DAN HEEFT HET TOTAAL GEEN ZIN HUN OP ZULKE WONDERLIJKE TEGENSPRIJDIGHEDEN TE WIJZEN, DAN VERDIENT EEN MEER STRATEGISCHE BENADERING MET GEPASTE DUBBELZINNIGHEID DE VOORKEUR. IN DIT KADER DAN, KAN HET ONBEWUSTE UITKOMST BIJEN EN EEN ELEGANTE OPLOSSING ZONDER GEZICHTSVERLIES AANREIKEN.

TERUG NAAR DE HOOFDLIJN VAN MIJN BETOOG. HYPNOSE KAN BIJ DE BEHANDELING VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN EN PROBLEMEN OP MEER DAN ÉÉN MANIER VAN PAS KOMEN:

A) DIRECT GERICHT OP BEPAALDE SYMPTOMEN (BV HOOFDPIJN, GESPANNENHEID, SLAPELOOSHEID);

B) GERICHT OP COGNITIEVE PROBLEMEN OF VERKEERDE THEORIEËN DIE DE BETROKKENE ER OP NA HOUDT ('HET LUKT ME TOCH NIET OM...' OF 'IK BEN NU EENMAAL...! ALS IK ...DOE GAAT HET TOCH WEER MIS'). ZG SUBASSERTIVITEITSPROBLEMEN VALLLEN OOK IN DEZE CATEGORIE EN KUNNEN BV MET GELEIDE FANTASIE WORDEN BENADERD.

c) MEER PSYCHODYNAMISCHE TOEPASSING BV GERICHT OP NADERE EXPLORATIE VAN TRAUMATISCHE ERVARINGEN, ONBEWUSTE WEERSTANDEN EN AMBIVALENTIES; ALS DE PATIËNT/CLIËNT MET 'OUD ZEER' WORSTELT OF MET ZIJN EIGEN GEVOELEN IN DE KNOOP ZIT, OF BEPAALDE EMOTIES OF VERWIJTEN NIET KAN UITEN. IN ZULKE GEVALLEN KAN BV IMAGINAIRE CONFRONTATIE AL DAN NIET MET (PSEUDO)RE-ORIËNTATIE IN TIJD WORDEN TOEGEPAST. OOK KAN HET ZINNIG ZIJN OM DELEN VAN DE PERSOON VAN ELKAAR LOS TE MAKEN EN MET ELKAAR TE CONFRONTEREN, ENIGSZINS VERGELIJKBAAR MET EEN GESTALTTECHNIEK.

ZOALS EERDER GESTELD PLEGEN OMGEVINGSFACTOREN BELANGRIJKE INVLOED IN DE HELE DEPRESSIEVE PROBLEMATIEK TE HEBBEN. HET VERDIENT DE VORKEUR DE OMGEVING (BV DE PARTNER) OP DE EEN OF ANDERE MANIER BIJ DE BEHANDELING TE BETREKKEN, ALS DAT LUKT. SOMS IS HET ENIGE ZINNIGE ALTERNATIEF OM DE CLIËNT/PATIËNT IMMUUN TE MAKEN VOOR BEPAALDE ONGUNSTIGE OMGEVINGSFACTOREN, EN DAARBIJ KAN HYPNOSE DAN WEER VAN DIENST ZIJN.

AL DEZE TECHNIEKEN PAKKEN NIET ZOZEER DE DEPRESSIE ZELF AAN, MAAR ZIJN GERICHT OP DIE FACTOREN DIE DE DEPRESSIEVE KLACHTEN VEROORZAKEN OF ER OP ZIJN MINST NADELIGE INVLOED OP UITOEFENEN, EN ZE INSTANDHOUDEN. IS ER ECHT SPRAKE VAN EEN VITALE DEPRESSIEF SYNDROOM OF EEN CYCLISCH VERLOPENDE OF PSYCHOTISCHE DEPRESSIE, DAN KOMEN PSYCHOFARMAKA OP DE EERSTE PLAATS.

TER ILLUSTRATIE EN AFSLUITING WIL IK U EEN CASUS BESCHRIJVEN EN LATEN ZIEN.

LITTERATUUR:

BEAHR, J.O. (1982): UNITY AND MULTIPLICITY. BRUNNER/MAZEL
NEW YORK

BECK, A.T. (1967): DEPRESSION: CLINICAL, EXPERIMENTAL AND THEORETICAL ASPECTS HOEBER, NEW YORK

- BROWN G.W.&T.HARRIS(1978): SOCIAL ORIGINS OF DEPRESSION,
TAVISTOCK,LONDON
- DIJCK,R.VAN ET AL (1980) DIRECTIEVE THERAPIE II ONDER RED.V.K.VAN
DER VELDEN, HOOFDSTUK 1. VAN LOGHUM SLATERUS,DEVENTER
- FRANK,J.D.(1974): PSYCHOTHERAPY: THE RESTORATION OF MORALE,
Am.J.PsYCHIATRY,131,271-274;
- MCLEAN,P.(1982) BEHAVIORAL THERAPY: THEORY AND RESEARCH,
HOOFDSTUK 2 IN: RUSH,A.J,ED SHORT-TERM PSYCHOTHERAPIES FOR
DEPRESSION, JOHN WILEY & SONS,CHICHESTER,NEW YORK,BRISBANE,
TORONTO,SINGAPORE.
- RUTTER,MØ (1980): SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF DEVELOPMENTAL
PSYCHIATRY, W.HEINEMANN MEDICAL BOOKS LTD,LONDON
- VELDEN,K VAN DER(1983) PERSOONLIJKE MEDEDELING.

BIJLAGE

Anneke Directiesecretaresse 35 jr ongehuwd

aangemeld psa poli feb '82. Volgens de huisarts sinds twee maanden een geagiteerd depressief beeld naar aanleiding van spanningen op het werk. (Bovendien kan meespelen dat ze nog enkele maanden eerder heftig geschrokken is toen ze door een paard werd aangevallen, zonder de mogelijkheid te ontsnappen.)

Anamnese: 3/4 kk P fabrieksarbeider. De ouders altijd ruzie, waartussen Anneke moest bemiddelen - ze was van jongsaf de verantwoordelijke, verstandige en flinke persoon in huis. Achteraf zegt ze nu: ik heb nooit een jeugd gehad. Dit altijd flink zijn ziet ze nu als haar kernprobleem.

Op dertienjarige leeftijd loopt ze een schedelbasisfractuur op. Haar werd toen verteld dat je dan later gek kan worden en dat dat begint met hoofdpijn. Dat heeft ze toen geloofd; de angst heeft ze altijd weggeduwd.

Na de MULO heeft ze ~~een~~ ^{via een a-vel} opleiding tot secretaresse gevolgd. Dan krijgt ze een baan; daarin functioneert ze uitstekend totdat er een nieuwe directeur komt - na hoog oplopende geschillen nemen haar klachten zo toe dat ze in de ziektewet komt. Vermoedelijk komt daar wel bij dat ze veel verantwoordelijk werk op zich heeft genomen dat eigenlijk enigszins boven haar kunnen lag, althans grote druk op haar legde. Haar baas uit daar ongenueanceerde kritiek op en dat doet voor haar de deur dicht.

Onderzoek: Depressieve klachten, stemming, gedachten, tevens doorslaapstoornissen en lichamelijke klachten (malaise, pijn op de borst en hoofdpijn). Voor nader onderzoek wordt ze naar de internist verwezen, die geen afwijkingen op zijn terrein vindt. Ze krijgt van ons dan Tryptizol en daarnaast psychotherapie van collega Troost.

De diagnose wordt: 'vitaal syndroom';

De directe aanleiding of oorzaak van de depressie wordt gezocht in de krenking door de directeur. Ze heeft zich groot gehouden, niet teweer gesteld, maar is er diep beledigd en woedend over. Op de achtergrond lijken echter twee andere factoren van belang: a) altijd flink moeten zijn en niet egoïstisch zijn typeert haar, en maakt uitingen van verdriet of agressie moeilijk en beschamend. Wat dat betreft kan van een karakterneurotische ontwikkeling worden gesproken. b) enige spychosexuele ontwikkeling is nooit op gang gekomen en ze is nooit feitelijk door iemand bemind. Ze heeft wel eens een vage en kortstondige

relatie gehad en momenteel heeft ze een platonische verhouding met een celibatair. Ze heeft geen echte vrienden of vriendinnen. Dat wil ze ook niet, zegt ze. Ook zou ze geen homoseksuele gedachten hebben.

De hoofdpijn kan in principe voortkomen uit:

- a) de schedelbasisfractuur
- b) het altijd flink moeten zijn, nooit boos of egoïstisch mogen zijn
- c) de depressie. Wat dit laatste betreft: toen de depressieve klachten ontstonden was de hoofdpijn sterk toegenomen en met de afname van de depressiviteit nam ook de hoofdpijn (aanvankelijk) af.

Verloop: Eerst wordt gepoogd de woede jegens de baas te luxeren, wat prima gelukt. Bij de therapeut en daarna ook bij kennissen kan ze goed haar woede luchten. Ze wil zelfs een gesprek met de directeur hebben, hoewel ze daar doodsbang voor is. Ze wil graag aan een rollenspel meewerken. Bij de voorbereiding wordt ontspanning en concentratie gebruikt en gaat ze gemakkelijk in trance - na betrekkelijk korte tijd is ze in een somnambulistische trance en heeft ze een pittig gesprek met haar baas. Ze is er na afloop tevreden over. (Geen amnesie.)

metterdaad

Voordat het/zover kan komen krijgt ze echter een cru gestelde ontslagbrief in de brievenbus. Ze is dan weer down, en zwaar beledigd. (Ze krijgt het advies bij het GAK haar poot stijf te houden, en die stellen haar dan in zoverre in het gelijk dat het ontslag geen doorgang kan vinden zolang als ze ziek is. Nu heeft ze eindelijk het gevoel dat het haar vergund is de tijd te nemen om te genezen.)

Even lijkt het er daarna op dat er twee Annekes zijn, nr 1 die thuis met rust wil worden gelaten en nr 2 die zich schrap wil zetten en weer ~~aan het werk~~ ^{aan baan wil zoeken} wil. Nr 1 heeft uiteraard haar symptomen als wapen. Als dit doorgesproken is knapt ze zienderogen op en gaat ze op een baan solliciteren. Ze wordt daarvoor ook aangenomen en neemt hem - na toch wel wat aarzeling- aan. De grote triomf is dan wel het bericht dat de directeur die haar zo gekrenkt had op non-actief is gesteld!

Ze krijgt prompt weer veel meer last van hoofdpijn. Waarom?

- (a) Straf op haar triomfgevoel? Wel een fraaie, maar niet zo waarschijnlijke verklaring.)
- b) Spanning die oploopt nu ze binnenkort aan een nieuwe baan begint? Zal zeker wel meespelen.
- c) Manifestatie van de depressie nu de antidepressiva gestaakt zijn? - De (andere) depressieve symptomen komen niet terug.
- d) Haar gebruikelijke (karakterneurotische) symptoom? Flinker moeten zijn dan je bent/je voelt?

Hoe het ook zij - het verlangen om de klachten onder de duim te krijgen lijkt oprecht en daarom wordt er een symptomatische behandeling voorgesteld m.b.v. hypnose.

(voetbal) methode blijkt bij haar effectief te zijn.

Toch - en dit is misschien weer een principiëel verschil met gedragstherapie - lijkt het noch de therapeute, noch patiënte afdoende om alleen symptoomgericht verder te gaan, en wordt besloten daarnaast op het niveau van remmingen ten gevolge van emotionele conflicten met de ouders en later met anderen aan de slag te gaan. Om verschillende redenen wordt besloten dat daartoe een zitting zal worden belegd bij de spreker, welke zitting op de video is opgenomen en waarvan ik u enkele fragmenten wil laten zien.

Voor de overzichtelijkheid vertel ik u eerst in grove lijnen hoe deze sessie verliep:

- x) vooraf was de videosituatie besproken en ook toestemming verkregen om de band vandaag te mogen tonen.
 - a) Inleidend gesprek van ca 10' om kennis te maken en een omschreven doel voor deze zitting te formuleren. De doelstelling die eruit rolt is tweeledig: I imaginair gesprek met de ouders waarin ze hun haar verdriet en verwijten voor het eerst in haar leven duidelijk wil laten zien; II een hoofdpijnoefening met de voetbal.
 - b) inductie dmv oogfixatie en verdieping dmv een trap - ze gaat vlot in trance, de trap die haar wordt gesuggereerd blijkt omlaag te gaan, ze gaat naar beneden en komt in een keldergang met twee deuren. Ze kiest de rechterdeur, kijkt daar rond, het blijkt vaders keldertje te zijn - een hoop troep.

-d-

De gaat weer naar boven en komt in de huiskamer terecht waar ze het hele gezin op één broer na aantreft.

c) Nu komt de moeilijkste fase voor haar waarin ze moet worden aangemoedigd om haar emoties te uiten. Allereerst volgt er een enorme huilbui; pas na 5' of 10' kan ze iets zeggen. Met de nodige emoties komen er -op voor onze smaak nog ingetogen wijze, maar voor haar al héél vergaand- wat verwijten uit. Ze blijkt spontaan een leeftijdsregressie te hebben doorgemaakt, ze is nu adolescent en verwijt haar ouders dat ze niet naar dansles mocht omdat ze op een nakomertje moest passen. Het enige waar haar ouders belangstelling voor hadden was de gymnastiekvereniging; naar de kinderen keken ze niet om.

d) Ze krijgt barstende hoofdpijn en dan stelt de therapeut de voetbaloefening voor, die met succes wordt uitgevoerd. Dan is ze al een heel stuk beter ontspannen.

e) Daarop aansluitend kiest ze een plekje in het gras aan de waterkant uit en kijkt ze naar de zeilboten.

f) In elke fase van deze zitting geeft de therapeut suggesties dat ze zulke dingen mag uitspreken, dat het oneerlijk van haar ouders geweest is, dat ze zich nu vrij mag voelen en zich verder ontplooiën e.d.

g) Ook in het slotgesprek na exductie - ze voelt zich dan héérlijk - worden enkele therapeutische suggesties gegeven die de strekking hebben van een meer harmonieuze vrouw te mogen zijn met haar gevoelsmatige behoeftes en mogelijkheden en met haar overige capaciteiten.

Aan: F.A. Lange
K.A. Hoogduin
K.E. van der Velden
D. Oudshoorn

49

Rijswijk, 7 april 1983.

Beste vrienden,

Ik was weer te laat. Ik zend het dus zelf maar toe..

Graag genuanceerde reacties op mijn hartekreet.

Kunnen we niet iets samen doen? Er zal nog veel hout
gesneden moeten worden en liefst getimmerd aan de weg.

Leen.

P.S. Kees Hoofdredacteur is op de hoogte van de nazending
en heeft begrip (zei hij).

BIJVAL VOOR FREDDY
=====

Leen Joele.

I. Inleiding

Al jaren loop ik met het beklemmende idee rond dat mijn weerzin tegen het idee van leertherapie meer te maken heeft met een tekort in mijn eigen functioneren, opvoeding of karakter dan met mogelijk objectiveerbare bezwaren tegen het begrip zelf. Natuurlijk heeft het feit dat enige weerzin mij beklemt, en dan nog in de ideeënsfeer, wel veel met mijn karakter te maken, maar weerzin tegen leertherapie misschien toch niet, dacht ik, toen ik Freddy's houtsnijdend betoog in TDT las.

Bemoedigd door deze bijdrage luisterde ik ook wat attenter bij een vergadering van het consilium psychiatricum - waarvoor de niet universitaire A-opleiders voor het eerst uitgenodigd waren - toen de bespreking van een nieuw opleidingsprogramma voor de opleiding psychiatrie aan de orde was.

Als hamerstuk werd de verplichting van 50 (vijftig) uur leertherapie doorgedramd. Vergoelijkend sprak Jongerius dat men met 50 uur natuurlijk pas geroken had aan echte therapie! Kennelijk was e.e.a. de neerslag van onderhandelingen tussen het N.V.P. en de psychiatersvereniging: in deze constructie zijn psychiaters na hun opleiding automatisch psychotherapeut.

Weer sloeg de somberheid toe: de trend is toch al dat er een nieuwe legitimering plaatsvindt van het medische model als een moderne no-nonsense-fundering van eenzijdige farmacotherapie (ja, kijk uiteindelijk gaat gedrag toch via het koppetje, hè?!). Ik durf, als voornamelijk psychotherapeutisch geïnteresseerde zenuwarts, die ook over gezwellen en hernia's soms nog iets trachtte te beweren, nu helemaal mijn van "echt wetenschappelijke" congressen over somberheid terugkerende vakbroeders, niet meer recht in de ogen te kijken.

Ik maak mij echt grote zorgen; in het navolgende wil ik kort in aanvulling op wat Freddy heeft geschreven mijn bezwaren als persoon en opleider psychiatrie nog eensvoorleggen aan een forum wat zowel deskundig als nuchter, ervaren, en betrokken genoeg is om mij aan te vullen, te steunen of te corrigeren.

II. Therapie

Therapie is behandelen van klachten. Het begrip impliceert de aanwezigheid van een lijder (patiënt) met alle cognitieve en emotionele implicaties vandien en die van een behandelaar die zich die implicaties realiseert.

Onder andere impliceert therapie een afhankelijkheidsrelatie en een, relatief, doch soms totaal, gebrek aan keuzevrijheid: therapie moet meer dan melk. Sensitivity training voor managers is geen therapie. Deskundigheidsbevordering, persoonlijke groei of supervisie over het werk van psychiaters in spe is geen therapie. Wie deze activiteiten therapie noemt is afgegroeid van de klinische realiteit.

III. Leertherapie

Het begrip leertherapie is een perversie; leren impliceert vrijwilligheid (onderwijzers weten dat al heel lang), therapie is onvrijwilligheid (-heeft u gekozen voor uw longkanker?). Volgens Bastiaans moet je natuurlijk gewoon meer in het openbaar op je nagels bijten om longkanker te voorkomen, maar voor nog niet verlichte mensen geldt dat je je ziekte, deviantie, kwaal, klacht of zelfs verwijzing, niet kiest.

IV. Bezwaren

1. Psychiaters in spé, of ruimer, psychotherapeuten in spé, moeten hun blinde vlekken (dat is de meest gebruikte rechtvaardiging) kennelijk kwijtraken in een proces dat in de praktijk voor een te verwaarlozen groep psychiatrische patiënten bruikbaar wordt geacht: de "indicatiecommissies" rijzen de grond uit en

in 7 jaar praktijk is het mij, werkzaam in de "softe" (karakterneurosen) psychiatrie, nog niet gelukt om één patient (de zachtste, de lichtste) aan het IMP te slijten. Tot zover over de relevantie van non-directieve leertherapie als model voor het dagelijks handelen van de therapeut in spē. Ik laat nu de mensen die zich, reeds in hun opleidingstijd, willen toeleggen op psychologische schoonheidsverzorging, buiten de ziekenfonds en AWBZ-sfeer, buiten beschouwing: cosmetische chirurgie bestaat, cosmetische psychiatrie (nog) niet.

2. Het bezwaar van Freddy: leertherapie leert de deelnemers voornamelijk om problemen te bedenken te genereren en niet om ze op te lossen (-Joh, wat zit je toch meteen weer in de oplossingsfeer, joh-).

Het is pervers -alweer!- om mensen te ontmoedigen die naar oplossingen zoeken.

Oplossingen bedenken zou de lijder maar frustreren in zijn eigen creatieve mogelijkheden. Vergeten wordt dat de lijder zijn eigen blindedarm nu eenmaal niet heeft kunnen verwijderen.

De opvatting dat het verwerpelijk is om te benoemen dat patienten iets niet kunnen lijkt taboe.

Dit zegt m.i. meer over de mensen die ontkennen dat naast menselijke mogelijkheden ook menselijke onmogelijkheden bestaan dan over de betrokken patienten en hun behandelaars.

Het feit dat oplossingen nodig zijn lijkt taboe.

De "echte" therapeuten baseren zich liever op een humanistische utopie van onbegrensde menselijke mogelijkheden dan op de al te aardse realiteit van de noodzaak om ad hoc oplossingen te bedenken; een noodzaak, die, God verhoede! misschien wel voor therapeuten en andere mensen ook geldt!

3. Een persoonlijk bezwaar.

Mensen hebben twee kleine en niet een groot oog, omdat je met twee ogen meer diepte ziet. Los van de teleologie kan gesteld worden dat men in het algemeen meer perspectief ziet

door wezenlijk verschillende visies naast elkaar te leggen dan door het beschouwen van het optisch effect van twee evenwijdige spiegels. Kortom, ik leer van de praktijk, van de patient die het niet met mijn -voortreffelijke!- ideeën eens is meer over mijn vak dan van een collega, die daar alle begrip, of niet, voor heeft.

Ik kan mij vinden in een verplichte supervisie, voor een beperkte tijd, over het persoonlijk functioneren als therapeut -die-het-moet-zien-te-redden-: Daat gaat over jou-en-de-patient.

Ik kan mij niet vinden in een verplicht wederzijds navelstaren dat uitsluitend zal leiden tot een legitimering van besluiteloosheid. (Ik mag u mijn mening niet aandoen, ik wil u niet verkrachten met mijn visie).

De definitieve domper voor patienten (die verre van gek zijn) lijkt me de openbaring en rechtvaardiging van het idee dat hun dokter eerst 5 jaar geopereerd moet worden voor hij in staat is om effectief met hen (-je ziet er niets aan, net gewone mensen-) te praten.

en zo kan ik nog jaren doorgaan.....