

Tijdschrift voor Directieve
therapie! juni 1983
Jaargang 10 Nummer 1



Engelsen, Australiërs, Territoriale troepen en een plaatselijke schone in Tunesië/62

Jaargang 10, Nummer 1, Juni 1983

Omslagen: Daniël van der Velden

Redactie: Kal, Joele, Lange, DNO, Velden.

De Hoofdredacteur	0	Ten Geleide
Tineke Beishuizen	1	Interview met Kal over kleptomanie
Kal & Else de Haan	8	Directieve therapie en agorafobie
Kal	13	Opleiding in deugdzaamheid
DNO	15	Een man met aanvallen
Lange	24	Een suggestie voor het 'verkopen' van de systemische paradox
Velden	32	Behandelingen bij de SPD
Kal	38	Enige behandelprogramma's
Velden	46	In de schaduw van Don Giovanni

NB: KAL = Kees Hoogduin

Vriendelijk welkom, lezer van dit eerste nummer van de tiende jaargang!

Het nummer is beknopt, Wij zullen dit ook zijn.

Waarom moest U zo lang wachten op Uw Tijdschrift? Omdat redacteur Van der Velden te laat was. Zijn bijdrage eindigt met de woorden 'Wordt vervolgd'. Als hij die nu wat eerder geplaatst had, had U Uw fijne Blad drie dagen eerder in de bus gehad. (Die zit.)

Nee, dan Joele! Die laat niemand wachten. Die is niet te laat. Die is niet te vroeg. Die is. Die is niet. Men weet het niet precies. Joele leeft in een andere tijd, lijkt het. Hij staat erboven, boven de tijd dan. 'Duizend jaar is bij Hem als een dag, en een dag als duizend jaar', staat er in de Schrift, en het lijkt waarachtig wel of dit niet op de Schepper maar op Joele slaat.

Kal opent met Directieve therapie en agorafobie. Co-auteur: Else de Haan. Vergissen Wij Ons niet, dan is dit de eerste maal dat directieve therapeuten een behandelingsstrategie voor deze, Ons zo bekend voorkomende, angst beschrijven. Een grap hierover wil Ons niet te binnen schieten. Wij vinden dit nuttig.

De tweede bijdrage van Kal, Opleiding in deugdzaamheid geheten, is op zichzelf al grappig. Een grap Onzerzijds zou de grappigheid van het stuk kunnen aantasten. Beter: zou aan de indruk kunnen bijdragen dat Wij grappiger willen zijn dan de auteur.

Een man met aanvallen, heet de bijdrage van DNO. Tijdens een Onzer supervisies ten behoeve van een onzer Universiteiten bestond een Onzer leerlingen het om gewag te maken van DNO's 'prachtige metaforen' (nadat een ander Ons enthousiast had uitgelegd om welke redenen precies de door hem gevolgde supervisie van Kal zo... zo..., ja, zo 'bijzonder' was geweest). 'Inderdaad wel aardig', mompelden Wij met de pest in, 'aardige beelden gebruikt Dick (Wij zeiden 'Dick' om een zekere mate van familiariteit te suggereren, DH), maar... eh... eh, een mooie manier van tikken heeft hij niet!' Dit hadden Wij niet moeten zeggen, want niet alleen werd het niet begrepen, het werd ook nog kwalijk genomen. (Die zat dus niet.)

Lange noemt de 'zwei kleine Italiener' van wie U en Wij een workshop mochten bijwonen, 'deze giganten'. Vervolgens leest hij ze een lesje. (Lange is de enige uit Onze redactie die ooit tegen debatteertrucs schreef!)

Van der Velden zond een concept-bijdrage voor een beleidsnotitie voor zijn SPD in. Omdat Wij niet werkelijk macht hebben over U plaatsten Wij haar. Wat wil hij? Commentaar, vermoedelijk. Merk op dat referenties ontbreken en dat de regelafstand niet deugt. Als U al mocht besluiten hem commentaar te geven, aarzel dan niet hem vooraf te doen blijken dat U van zulk een ver-

zorging niet gediend bent.

In Enige behandelprogramma's geeft Kal (derde bijdrage intussen van Kal!) hypnose de plaats die haar toekomt: hypnose is een hulpmiddel.

Wat de redactie van het zusterschrift Dth bezielt heeft haar periodiek Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose te noemen is Ons een raadsel.

Vergelijk:*

Kwartaalschrift voor directieve therapie en ontspanningsoefeningen
of

Kwartaalschrift voor directieve therapie en psychofarmaca
of

Kwartaalschrift voor directieve therapie en het assisteren bij het krijgen van een woonvergunning
of

Kwartaalschrift voor directieve therapie en exposure.

Nee, geef Ons Onze naam maar!

In de schaduw van Don Giovanni, luidt de titel van het artikel van Van der Velden. Goede titel, want wanneer onze vriend zich ergens bevindt in de buurt van Don Giovanni, dan is het in diens schaduw. Merkt U dat deze redacteur U nu al enkele jaargangen lang met zijn privébesognes lastigvalt? Ach, laat hem maar... Het komt wel goed.

Meteen achter dit Ten Geleide, lezer, vindt U een kopie uit Libelle nr. 22, 3 juni 1983. U vindt daarin uitspraken van Uw collega Kal over kleptomanie, gedaan tegenover Libelle-collega Tineke Beishuizen.

Het is nacht. De natuur rust. Alleen Wij schrijven nog voor U. Komen Wij te zeer op Ons stokpaard terug wanneer Wij het vermoeden uitspreken dat hieruit genegenheid, ja Liefde spreekt?

De Hoofdredacteur

* Met dank aan Kal voor zijn suggesties.

Mary (41) vertelt:

Die hand op mijn schouder was een soort vakker schudden. Toen pas zag ik dat ik iets in mijntas had gestopt



Kleptoo

...n dan zeg ik: „Maar als ik écht wilde stelen zou ik h niet van die nutteloze dingen pakken?” Maar obeer mensen dat maar eens duidelijk te maken. t je dingen weg neemt, zonder het te willen.” Mary (41) had het niet beter kunnen zeggen. Want ptomanie heeft niets met „echt stelen” te maken, is een „dwangmatige handeling”. Hoe het is om t dit probleem te kampen, vertelde Mary aan neke Beishuizen. En psychiater Kees Hoogduin, -bonden aan het Sint Hyppolitusziekenhuis Delft, legt uit wát kleptomanie is.

Mary (41)

„Op de kleuterschool deed je het al,” zeiden ze, „je bent altijd een oneerlijk kind geweest.” Ik was twaalf toen dat gezegd werd. Dan denk je: Ze zullen wel gelijk hebben. Pas veel later, toen ik zelf kinderen had, begreep ik dat het dingetjes wegnemen dat een klein kind soms doet, niets met kleptomanie te maken heeft. Maar het komt ontzettend

hard aan, zo'n opmerking, en ik ben jarenlang bezig geweest uit te zoeken hoe het met mij zat. Was het erfelijk bepaald, dat ik dingen wegnam? En als dat niet zo was, hoe kwam het dan? De levensgeschiedenis van zo'n beetje alle familieleden heb ik uitgeplozen, maar ik heb er geen „dieverij” bij kunnen vinden. Zoals het bij ons thuis was, heb ik het nooit ergens meege- maakt. Mijn ouders waren gek

op elkaar, maar om kinderen gaven ze niet veel. En ze hadden er vijf, waarvan er één he lievelingetje was, en de andere ren overbodig waren. Ik zie ons nog tegen vijf uur bij de trap staan wachten. Dan kwam mijn vader thuis van zijn wer en wij stonden daar te hunkeren naar een zoen. Maar hij liep ons dan gewoon voorbij, want „de eerste zoen is voor moeder”. Dan verdween hij (keuken in, waar al onze wanddaden van



Psychiater Kees Hoogduin verklaart:

"Tegen kleptomanie kun je je niet verzetten. Je móet iets wegnemen. Ook al wil je het niet"

manie

le dag werden besproken. In vijf voor zes gingen we aan tafel, dan was er net tijd om te bidden voordat het nieuws van zes uur begon. Dat nieuws was een heilig moment. Iedereen mond dicht, want vader luistert. Om kwart over zes, tegelijk met het einde van het nieuws, was het eten afgesloten. Ik kan me niet herinneren dat er ooit ergens over epraat werd, en zeker niet aan tafel. Na het eten ging vader in zijn hobby: sigarebandjes

verzamelen. Daar was hij elk vrij moment mee bezig. Ordenen en ordenen en nog eens ordenen. Het was zo'n grijs leven dat we hadden. Alles wat leuk was, was verboden; en wat verveelend was, móest. Voordat ik naar school ging, had ik het halve huis al schoongemaakt. Dat vond ik niet eens erg, maar dan kwam moeder kijken of ik wel goed gewerkt had, en op die eindeloze steile trap die ik zo ijverig geboend had,

vond ze feilloos een plekje waar nog wat vuil zat. En dan slofte ik weer verslagen naar school, waar ik de malle Eppie van het schoolplein was, omdat ik er zo belachelijk uitzag. Mijn moeder knipte van oude broeken van vader de pijpen af en het kruis, en maakte van de rest een héél kort rokje. Daaronder had ik lange degelijke wollen onderbroeken tot vlak boven m'n knieën, en vanaf vlak onder m'n knieën saaiere wollen kousen. Zodra ik de

hoek om was begon ik al te frummelen. Pijpen van de onderbroek oprollen, maar dan zat er een dikke bobbel onder m'n rok. En dan de kousen naar beneden rollen, zodat het sokjes leken. Ik voelde me zo als ik er uitzag: belachelijk. En toch had ik vriendinnen en vooral vriendjes, want ik was een halve jongen. Dol op voetballen en wilde spelletjes. Dat mocht niet meer toen ik boven de tien jaar was. Zonder verklaring werd het verboden,

maar je voelde zoals bij elke maatregel, dat het te maken had met iets groezeligs en onbegrijpelijk. Iets dat je met het woord Zonde kon samenvatten. Ik werd een probleemkind, ook al was ik me daar zelf helemaal niet zo van bewust. Maar ik werd meegesleept naar Medisch Opvoedkundig Bureaus. Daar werd dan gezegd dat het „aan de opvoeding lag”, waarna mijn vader ontzettend kwaad werd. Ach, het was ook geen toestand.

is. We zaten te dicht op el-
 -ur, dag en nacht. Het was
 n klein bovenhuis dat je el-
 -ur niet kon ontlopen. En sla-
 -1 deden we met z'n allen in
 1 slaapkamer, vader, moeder
 vijf kinderen. Er kwam een
 zinsvoogdes omdat mijn
 -eder de toestand niet meer
 1 kon en op haar aanraden
 -gen mijn broer en ik het is
 uit. Hij naar een gewoon
 -ktertehuis en ik naar een
 -eshuis.

**De belden naar mijn
 -ders dat ik was opgepakt
 -dat ze me konden halen.
 -aar mijn vader liet me
 n week zitten"**

was toen twaalf en het weg-
 -men dat ik als kleuter had
 -daan, was veranderd in heel
 -wurven. Dat begon met
 -ke-up spulletjes. Ik had een
 -endin die zich op mocht
 -iken van haar moeder en dat
 -de ik ook zo dolgraag.
 -was ijdel, ben ik altijd ge-
 -est, en er was niets, nooit,
 1 blij mee te zijn of trots op
 -zijn. Ik had alleen mezelf. Ik
 -st dat ik er goed uitzag en ik
 -kde mezelf zo graag mooi
 -iken. Maar natuurlijk was
 -t ondenkbaar dat ik thuis om
 -iets zou vragen. Dus pikte ik
 -t. Een groot warenhuis in,
 -op de cosmetica-afdeling
 -kken wat ik graag wilde heb-
 -n. Doosje poeder, mascara,
 -penstift. Als ik de deur uit
 -is, maakte ik me gelijk op.
 1 op weg naar huis liep ik
 -n over mijn gezicht te poet-
 -n en te boenen. Maar ze zag
 -t vaak tóch, mijn moeder.
 -roec je gezicht", zei ze
 -n. Dan moest m'n tas open,
 -ze vond de spulletjes. „Ge-
 -egen", zei ik. En zag ze ver-
 -lgens in de vuilnisbak ver-
 -vijnen. Dat betekende dan
 -n nieuwe rit naar het waren-
 -uis.

atuurlijk werd ik een keer
 -snaapt. De hand op mijn
 -houder, die ik later nog zo
 -ak zou voelen. De schrik, het
 -voel dat je hart stil staat, dat
 -benen verlamd zijn. Het po-
 -iebureau. Ze belden naar
 -ijn ouders, dat ik was opge-
 -ikt en dat ze me konden han-
 -n. Die eerste keer heeft mijn
 -der me een week laten zit-
 -n. Een wéék. Overdag zat ik
 -het bureau in de ene straat
 -'s nachts werd ik naar een
 -l in een ander bureau ge-
 -acht. Ik heb daar die vrese-
 -ke angst voor kleine ruimtes



Kleptomanie

Mary:

**„De kinderen zeiden:
 zullen we voortaan
 mee gaan bood-
 schappen doen?
 Ze kregen iets
 beschermends”**

en voor opgesloten zitten op-
 -gedaan.
 Die rechercheurs hadden wel
 -medelijden met me. Ze gaven
 -me af en toe een gevulde koek
 -en verder zat ik maar zo'n
 -beetje voor me uit te kijken.
 -Maar het stelen liet ik er niet
 -om. Het gebeurde een paar
 -keer dat mijn vader iets vond
 -dat ik weggenomen had. Hij
 -sleurde me mee naar het bu-
 -reau en gaf het aan. Dat zijn
 -dingen die je niet meer ver-
 -geet. Je eigen vader, het is ten-
 -slotte je eigen vader, die zoiets
 -doet.
 -Om al die dingen vond ik het
 -niet eens erg om naar het
 -weeshuis te gaan. En het was
 -ook best een gezellige tijd, de
 -drie jaar die ik daar was. Ach,
 -eigenlijk was alles leuker dan
 -thuis. Maar na drie jaar moest
 -ik toch weer thuis komen. Ze

zochten een baantje voor me:
 -„Er is niemand die jou hebben
 -wil”, zeiden ze en brachten me
 -onder bij een broeder van de
 -kerk die een manufacturenzaak
 -had. Het was er niet eens zo
 -slecht.
 -Ondertussen had ik Wim ont-
 -moet. En Wim had alles te bie-
 -den dat er bij ons thuis niet
 -was en waar ik al die jaren zo
 -verschrikkelijk naar verlangd
 -had: aandacht, liefde, warmte.
 -En ik had zo'n angst dat hij me
 -niet zou willen hebben als hij
 -het hoorde van dat stelen.
 -Maar ik móest het vertellen,
 -want anders zou hij het van
 -iemand anders horen en dan
 -zou het nog harder aankomen.
 -Dus ik vertelde het. Van de
 -lippenstiften, het geld uit de
 -portemonnee van m'n moeder
 -en uit de jaszak van de meester
 -op school. Van de zijden kou-

sen uit het warenhuis, die ik
 -beneden in het portaal ver-
 -stopte in de meterkast voordat
 -ik naar boven ging. Van die
 -lange lange reeks van dingetjes
 -die ik pikte, omdat ik ze zo
 -verschrikkelijk graag wilde
 -hebben en waarvan ik niet wist
 -hoe ik er anders aan zou moe-
 -ten komen.

**„Later merkte ik dat het
 -stelen anders werd, dat ik
 -het vooral deed na een ru-
 -zie thuis of met Wim. Als ik
 -me naar en alleen voelde”**

Maar ik vertelde niet dat er
 -iets heel belangrijks aan het
 -veranderen was, omdat ik het
 -toen zelf nog niet in de gaten
 -had. Pas later heb ik begrepen
 -dat in die periode dat pikken
 -van mij anders begon te wor-
 -den. Dat ik het vooral deed na
 -een ruzie thuis, of met Wim.
 -Op momenten dat ik me rot
 -voelde en alleen. Maar ik dacht
 -in die tijd zo weinig over me-
 -zelf na, dat het me toen niet
 -opviel. En Wim, ja, die was
 -natuurlijk verdrietig om wat ik
 -vertelde.
 -Na één bezoek aan mijn fami-
 -lie had hij al door wat een
 -puinhoop het was en daarom
 -kon hij wel begrijpen dat er
 -met mij iets mis was gegaan.
 -Maar hij vond dat het nu maar
 -eens over moest zijn. Dat vond
 -ik zelf ook en een hele tijd ging
 -het goed. Ik had een baantje -
 -in de weekends zag ik Wim.
 -We wilden trouwen en de toe-
 -komst zag er zo heerlijk uit dat
 -ik niet aan stelen toe kwam.
 -We trouwden helemaal in de
 -stijl van „thuis”. Geen recep-
 -tie. Een tien jaar oude stofzui-
 -ger mochten we voor twintig
 -gulden overnemen en het bed
 -waarin ik van kind af in gesla-
 -pen had, kreeg ik voor niks
 -mee. Als huwelijkscadeau.
 -Mijn moeder zei op mijn
 -trouwdag: „Ik hoop dat jullie
 -net zo gelukkig worden als va-
 -der en ik” en ik keek haar aan,
 -want ze waren al lang niet
 -meer gelukkig samen. Maar
 -wij werden het wel, in ons op-
 -gelapte zolderkamerkje tussen
 -de gekregen spulletjes van fa-
 -milieleiden die medelijden met
 -ons hadden. Ik ben nooit zo
 -vrolijk en onbezorgd geweest
 -als daár en toen na twee jaar.
 -Ben geboren werd, had ik al
 -een jaar of vier niets meer
 -weggenomen.
 -Toen gingen we verhuizen.
 -Van hartje Amsterdam naar
 -een huis midden in het land.

Geen lantarens 's nachts, gee-
 -verkeer overdag, geen winkel
 -drukte, lichtjes, gezelligheid.
 -Wim werkte zich daar kapot
 -zijn nieuwe bedrijfje en ik w-
 -alleen. „De stadse” noemden
 -ze mij, want ik had korte rok-
 -ken en lippenstift. Ik ging zo
 -vaak mogelijk naar de dichtst-
 -bijzijnde grote stad. Half uur
 -in de bus, genieten van al die
 -drukte om me heen, winkels
 -kijken, en dan weer naar huis.
 -En daar, in een warenhuis, w-
 -meens weer die hand op mijn
 -schouder. De stem die zei:
 -„Gaat u even mee”. En de w-
 -reld stortte in.
 -Onder m'n jas had ik een rok
 -gestopt. Maar 46, terwijl ik
 -zelf maat 38 heb. En een kle-
 -die ik nog niet cadeau zou wi-
 -len hebben. Ik keek naar die
 -rok en dacht: „Hoe is dit ge-
 -beurd?” Politiebureau Wim
 -die opgebeld werd. Het is een
 -soort nachtmerrie waarin je
 -dan zit - en de hele tijd was
 -dat onwerkelijke gevoel. Als
 -ik het niet zélf was, die het al
 -lemaal meemaakte. Maar ik
 -was het wel en dit was de eer-
 -ste keer van een reeks keren.
 -Steeds weer werd ik gepakt.
 -En de hand op mijn schoude-
 -was dan een soort wakker
 -schudden. Dan stond ik weer
 -in zo'n bedrijfsleiderskan-
 -toortje te kijken naar wat er
 -mijn handtas gehaald werd. I
 -krankzinnigste dingen. Derti
 -pakjes kipkruiden, dingen
 -waar ik totaal geen belangste
 -ling voor had, geen begeerte
 -naar had. En toch had ik ze
 -weggenomen. Dan zei ik:
 -„Maar als het toch écht steke
 -zou zijn, dan zou ik het toch
 -handiger aanpakken! Dan zo
 -ik er toch voor zorgen dat ik
 -niet steeds betrapt werd. Dan
 -zou ik toch andere dingen pe-
 -ken!” Maar probeer mensen
 -een winkel maar eens aan te
 -praten dat je dingen wegne-
 -zonder het te willen. Klepto-
 -manie, dat zeggen ze allemaal.
 -Daar hoeft je echt niet mee a-
 -te komen.

**„Wim had geen rustig me-
 -ment meer als ik bood-
 -schappen ging doen. Als i
 -ook maar iets later thuis
 -was, werd hij al nerveus”**

Ondertussen durfde ik eigen-
 -lijk geen winkel meer in. En
 -Wim had ook geen rustig me-
 -ment meer, als ik boodschap-
 -pen ging doen. Als ik ook m-
 -iets later thuis kwam dan no-
 -dig was, liep hij al ongerust

over het erf heen en weer. Het gebeurde ook wel dat de politie dan het erf op kwam rijden: „Mogen we even binnen kijken?” en als ze dan twee stukken ingepakte kaas in de ijskast zagen liggen: „Hoe komt u daar-aan?” En daarna mocht ik dan weer naar huis, als de politie klaar was met kijken. Ja, dat begreep ik wel. Als ik Wim zou mogen bellen vanaf het bureau en hij zou „in het complot zitten”, dan zou hij dingen kunnen verstoppen voordat de politie er was. Maar Wim zat niet in het complot. Wim werd stiller en een beetje vader en een beetje verdrietiger en soms waren er ook ruzies, vind je het gek...? Ik lach vlees: „Op een dag...” en niet meer tegenop, dan laat hij me alleen.” Er waren trouwens perioden, soms wel een paar jaar, dat er niets gebeurde. En als ik dan wel voorzichtig dacht: „Misschien is het wel voorgoed voorbij”, was het ineens weer zover. We hadden nog twee kinderen gekregen en mijn grote angst was dat zij het van iemand zouden horen. De schrik, toen ik ontdekte dat een rechercheur die me had gepakt, een zoonje had in de klas van mijn zoon. Wat vertelt zo'n man thuis? Wat vertelt zo'n gezin van mij? Maar er is op dat gebied nooit iets gebeurd. Toch waren er mensen in het korp die het wisten. Zoiets voel je. Je merkt dat er over je wordt. En toen heb ik het besluit genomen om het vertel ik te vertellen aan onze vrienden en familie. „Jongens, het is heel rot, maar dat is dat is er met me aan de hand.” Je lacht: „Nu raak ik iedereen wijf”, maar het onvoorstelbare gebeurde: het werd gewoon geaccepteerd. Ze vonden het afschuwelijk voor me. Ze roberden me zo goed en zo waard als het ging raad te geven. Maar het belangrijkste was dat ze lieten merken dat ze mij aardig vonden. Mij om mezelf, kleptomane of niet. Dat is iets waarvan ik ontzettend ben opgeknap. Want je wilt niet echt goed met mensen omgaan als je iets belangrijks verbergt. En ik was altijd o bang geweest voor ontdekking, zo op m'n hoede en in eens hoefde dat niet meer. Ik heb het, een half jaar geleden, ook aan de kinderen verteld. Ze waren erg geschokt.

Politiebureaus, de rechter, dat zijn natuurlijk ontzettend griezelige dingen om te horen als het over je moeder gaat. Ze zeiden: „We gaan voortaan altijd met jou mee als je boodschappen doet” en „zullen wij de boodschappen doen voor je?” Ze kregen iets beschermends, want ik was ineens iemand die hulp nodig had. Maar ik wil niet de boodschappen door iemand anders laten doen. Ik wil m'n leven niet laten leiden door zoiets „toevals”. Ik wil het zelf aan kunnen, alleen lukt me dat niet erg.

„Het is iets dat m'n leven bepaalt, iets dat veel verknoeid heeft tussen Wim en mij. En iets dat ieder moment opnieuw kon gebeuren”

Toen mijn oudste zoon met ruzie het huis uitging, heb ik m'n jas aangetrokken en ben ik de deur uitgerend. Toen ik opgepakt werd had ik niet alleen in die winkel gestolen, maar ook nog in een andere waarvan ik me niet eens kon herinneren dat ik er geweest ben. Die zaak moet nu nog voorkomen, want dat is ook zoiets ellendig: dat duurt en dat duurt maar. Personeelgebrek, tijdgebrek en ondertussen hangt het boven je hoofd: voor de rechter moeten komen en wie weet wat er dan gebeurt. Ik ben onderzocht door een psychiater, dat moest van de rechter, en die heeft een rapport geschreven waarin staat dat ik kleptomane ben en niets aan dat stelen kan doen. Het briefje waarin dat staat, heb ik altijd in mijn handtas. Als het weer mis gaat kan ik het laten zien: „Zie je wel, die vijftien rotbalpenen van jullie wou ik niet écht hebben!” Maar of het helpen zal? En ondertussen ben ik veertig geworden en het is nog steeds niet opgelost. Het is iets dat mijn hele leven bepaalt, iets waaraan ik denk als ik wakker word en nog steeds denk als ik weer ga slapen. Iets dat heel veel verknoeid heeft tussen Wim en mij. En iets dat elk ogenblik opnieuw kan gebeuren.” ●

Psychiater Kees Hoogduin:

„Ik denk dat veel kinderen, misschien wel de meesten, dingen wegnemen als ze zich ongelukkig voelen. Als ze liefde

te kort komen in het ouderlijk gezin, dan zie je vaak dat ze wat gaan meenemen van de plekken waar ze gelukkig zijn. Ik denk dat Mary gelukkig is geweest op die kleuterschool, in elk geval gelukkiger dan thuis en dat ze dingetjes van school mee naar huis heeft genomen om die sfeer van school een beetje mee naar binnen te brengen.

In elk geval kun je stellen dat het wegnemen van Mary als kleuter niets te maken heeft gehad met oneerlijk zijn. Met stelen om er beter van te worden. Je moet het zien als een poging om de ongelukkige situatie thuis wat dragelijker te maken.

Maar ja, als ze dan wat ouder is, wordt haar verteld dat ze altijd al een oneerlijk kind is geweest. En dat soort opmerkingen kan een grote invloed hebben op iemands gedrag.

Uit onderzoeken is gebleken dat het invloed heeft als mensen een kind als „dom”, „slim”, „slecht” of „goed” beschouwen en dat ook duidelijk laten merken. Zo'n houding werkt op twee manieren: als een kind dat nieuw is op school aan z'n onderwijzer wordt gepresenteerd als „dat intelligente kind”, zal die onderwijzer het ook als een intelligent kind benaderen. En iedereen kan bedenken dat zoiets een betere invloed heeft dan wanneer diezelfde onderwijzer datzelfde kind behandelt als „dat domme kind dat toch nergens iets van begrijpt”.

Tegelijkertijd zal een kind dat weet dat het intelligent wordt gevonden, zich anders gedragen dan een kind dat weet dat z'n omgeving hem dom vindt. En zoiets gebeurt er dus ook met Mary, die hoort dat ze een „oneerlijk kind” is en altijd gewéést is zelfs. Ze zit er ook mee, probeert uit te zoeken waar dat dan wel vandaan komt, of het erfelijk is. Die opmerking brengt haar toch duidelijk in de problemen.

In elk geval wordt ze een stielend kind – hoe groot de invloed van die opmerkingen daarop geweest is, valt moeilijk te beoordelen. Maar ze groeit op tot een kind dat dingen wegneemt ten eigen bate. En dat heeft niets met kleptomanie te maken. Want kleptomanie wil zeggen dat je je niet kunt verzetten tegen de aandrang om dingen weg te ne-

men en dat het bovendien vaak dingen zijn die weinig of geen betekenis voor je hebben, die je niet nodig hebt, die geen waarde voor je hebben. Dat is trouwens iets heel merkwaardigs van kleptomanie. Dat kleptomanen altijd nutteloze zaken pikken. Sieraden die ze nooit zouden dragen, maar die ze pakken omdat ze op dat moment opvallen. En dan komt die sterke aandrang van „neem het mee”.

Kijk, je hebt rooftochten waarbij mensen de ene winkel na de andere proberen leeg te stropen, maar dat is toch iets heel anders dan kleptomanie. Bij kleptomanie is er tevoren die spanning. Een soort stemmingsstoornis, wat betekent dat je stemming afwijkt van je normale stemming. Een depressie is bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, of een bui van prikkelbaarheid en onbehagen. En die hele keten van gebeurtenissen die bij een kleptomane uiteindelijk zal leiden tot het wegnemen van dingen, begint met zo'n stemmingsstoornis.

„Je bent onrustig, voelt je onbehaaglijk en het dwangmatig wegnemen van iets geeft dan een geweldige opluchting”

Zo'n stoornis kan ontstaan zijn doordat er bijvoorbeeld in het gezin iets vervelends is gebeurd. Een kleine teleurstelling, doordat de kinderen vervelend zijn, er wat onenigheid met de partner is geweest. Het hoeven helemaal geen belangrijke zaken geweest te zijn, maar om de een of andere reden veroorzaakt het een bepaalde onrust, die blijft hangen, zo'n beetje door blijft zeuren. De volgende ochtend word je wakker en die onrust, die stemmingsstoornis, is er nog steeds. En op een gegeven moment dwaalt iemand dan door de stad, door winkels en het dwangmatig wegnemen van iets geeft dan een geweldige opluchting.

Maar goed, bij Mary is het nog niet zover dat ze kleptomane is in haar puberteit. Ze neemt dingen weg die ze graag wil hebben en die ze op geen enkele andere manier kan verwerven. En als ze betrapt wordt, reageren haar ouders daar niet geweldig verstandig op, maar dat valt ook nauwelijks te verwachten als je de

voorgeschiedenis leest. De derde aanpak van een kind voor de eerste keer iets pik praten, uitleggen wat er aan hand is. En als het goed zit tussen de ouders en het kind zal het meestal wel bij die keer blijven. Maar in Mary geval gebeurt dat niet. Ze wordt eens te meer met haars op de keiharde aanpak van haar ouders gedrukt er misschien wordt ze daardo alleen maar wat slimmer. I ze zich wat minder makkelijk betrappen. Dat zou heel mogelijk zijn.

Dan trouwt ze en het stelen houdt op. Dat vind ik ook voor de hand liggen. Ze woont ouder en ze is natuurlijk een aantal keren gepakt, en de gevolgen van het stelen gaan steeds zwaarder tellen. Bovendien valt de betekenis die het in het begin misschien heel gehad – namelijk dat het een manier was om haar ouders dwars te zitten – ook weg omdat ze nu niet meer thuis woont. Haar man werkt, dat waarschijnlijk kan ze wat nkelijker dingen kopen. En l vendien is ze gelukkig en z lang ze gelukkig is steelt ze.

Dan komt de verhuizing. Ze zit in een vreemde plaats, en een man die weinig aandacht kan geven, omdat hij een beetje uit de grond moet strepen. En het uit winkels wegnemen dat dan volgt is niet in het stelen omdat ze iets graag wil hebben, maar een dwangmatig wegnemen. Het is die periode waarin ze voor de eerste kleptomane is. En ze schrijft het zelf als iets dat een soort droomtoestand geeft. Iets waarvan ze zich bewust is als ze gepakt wordt. Maar in feite is het zo dat mensen die kleptomane zijn het wegnemen weliswaar in een bijzondere toestand vereren, maar dat er niets mank aan hun handen, en niets in keert aan hun verstand.

Als een kleptomane iets wegneemt weet ze dat heel goed weet ze precies waarmee ze bezig is. Een heel andere kwestie is, dat ze zich minder goed tegen die drang kan verzetten denk dat als Mary zegt: „Ik doe het onbewust”, ze daar bedoelt: „Ik doe het niet bewust. Niet expres. Niet om ik iets stelen wil”. Ze is op zo'n moment in een toestand waarin ze erg opgewonden gejaagd, gespannen. En in die toestand ziet ze een voorwa-

haar opvalt, ze pakt het en het moment dat ze het pakt, liseert ze zich niet dat ze wegneemt. Maar dat is hetzelfde als „onbewust frag”, of als „slaapwandel”. Ik heb wel patiënten gehad die zeiden dat ze allerlei dingen hadden gedaan die ze eigenlijk niet hadden behoren doen en dat ze die deden in 1 toestand van „onbewust n”. Maar als je dan met die mensen gaat praten en ze ken- nen je wat beter, dan blijkt dat er eigenlijk nog alles van ten.

Is ze zich ongelukkig elkt, komt die situatie van oeger weer terug. Die pe- rde waarin ze het thuis oeil had en zichzelf wostte door dingetjes weg nemen”

at Mary duidelijk probeert maken is: „Je denkt toch t dat ik helemaal gek bent it ik een winkel binnen stap troep pik die ik helemaal t nodig heb, en dat dan ook g op zo'n stomme manier t ik onmiddellijk gepakt rd met alle ellende van- ni!” En dat is ook heel dui- lijk. Ze is geen dief, ze is een ptomane. ar hoe zit het dan met die ergang van „gewoon stelen” ar „kleptomane”? Daar kan omdat ik haar niet persoon- ken, alleen maar naar gis- t. En dan denk ik dat op de omenten dat ze zich gespan- n voel en ongelukkig en rdrie die situatie van oeger weer terug komt. Die uterschoolperiode waarin ze h thuis ook gespannen en gelukkig en verdrietig elde en zichzelf probeerde te wosten door dingetjes van ool mee naar huis te nemen. zou dus het kleptomane ge- ag kunnen afleiden uit die re situatie in haar jeugd. Erg ak heb ik als psychiater niet t mensen met kleptomane maken gehad, maar de men- a die met die klacht bij mij ramen, hadden allemaal zo'n igd gehad. Dat had niets te ken met een rijke of een me afkomst, maar met de fde die ze als kind gekregen of in hun geval niet gekregen hadden. ant het is de hoeveelheid fde die een kind krijgt die paalt of er de behoefte gaat istaan om iets op te vullen: is om te nemen wat je thuis



Kleptomanie

Psychiater Kees Hoogduin :

”Kleptomanie is een gedrag dat je je hebt aangeleerd en dat je, met veel moeite, ook weer af kunt leren ”

niet krijgt aan liefde en warmte en aandacht, in de vorm van dingen. Maar ik vind het gevaarlijk om een hele theorie op te hangen aan de paar gegevens die ik over kleptomanie heb en voor de behan- deling maakt het trouwens niet uit, wat precies de oorzaak van dat gedrag is. Want de me- thode die het meeste succes bij dit soort dingen heeft, een „zelfcontroleprocedure”, heeft als uitgangspunt dat iets als kleptomanie een gedrag is dat je in de loop van je leven hebt aangeleerd, en dat je daarom ook weer kan afleren. Zonder dat er verder op de oorzaken wordt ingegaan. Zelfcontrole wil dan zeggen dat iemand er zelf voor zorgt dat een bepaald ongewenst ge- drag dat vaak voor kwam, niet meer voorkomt. Tijdens de

zittingen bespreekt de thera- peut met de cliënt hoe het pro- bleem aangepakt moet worden en als dan het moment aan- breekt dat de cliënt in zo'n probleemsituatie zit, heeft hij of zij een programma waarmee voorkomen kan worden dat, bijvoorbeeld bij kleptomane, iets weggenomen wordt. Dat programma vertelt dan: „Als je dit bij jezelf merkt, moet je dat doen” en „als je dan in zo'n si- tuatie bent, kun je er op deze manier voor zorgen dat het nog goed afloopt”. Neem nu bijvoorbeeld Mary, je kunt er vanuit gaan dat er een hele keten van gebeurte- nissen plaats vindt met als be- ginpunt dat ongenoegen waar- door die stemmingsstoornis ontstaat en met als eindpunt het moment dat ze in een win- kel iets wegpakt. Daar tussen

zijn talloze momenten die alle- maal bijna onafwendbaar naar dat einddoel leiden: ze is on- rustig, trekt haar jas aan, stapt in de bus, gaat naar een win- kelcentrum, gaat een winkel binnen. Dat zijn allemaal mo- menten waarbij je nog: „Stop, en nu niet verder!” zou kunnen zeggen. En in zo'n zelfcontro- leplan heb je met zo iemand besproken wat ze bij elke scha- kel van die keten kan doen om de boel een andere richting uit te sturen. Je spreekt bijvoorbeeld af: na elke ruzie ga je de ontspan- ningsoefeningen doen die ik je geleerd heb. Als je dan nog steeds gespannen bent, pak je de fiets en je zoekt een vrien- din op. Of je gaat zomaar een eind fietsen. Dan kom je weer thuis en je gaat lekker onder de douche. En als die spanning dan nog steeds niet weg is, ga je jezelf verwennen met koffie en wat lekkers erbij. Nou ja, zo zijn er een aantal dingen mo- gelijk om al bij fase één, de stemmingsstoornis, in te grij- pen. Maar het is heel goed mo- gelijk dat het gewoon niet lukt. De spanning blijft, en ze stapt toch in die bus, en gaat toch naar dat winkelcentrum en nog steeds is er dan dat programma met wat afleidingsmogelijkhe- den. Die mogelijkheden zijn er zelfs nog als ze al in die winkel is, die zijn er zelfs nog als ze al iets gepakt heeft. Ik heb een man in behandeling gehad voor kleptomanie en die pikte altijd glazen potjes met jam of iets dergelijks, als hij zo'n „bui” had. Met hem had ik afgesproken dat wanneer alle afleidingsmogelijkheden niet gewerkt hadden, en hij daar in die winkel met zo'n glazen potje in z'n handen zou staan, hij het gewoon zou laten vallen. Deed hij dat niet, dan zou hij het bij de kassa uit z'n zak halen en alsnog betalen. Deed hij dat niet, dat zou hij thuis het vijfvoudige bedrag overmaken aan de winkel van wat het waard was, en het potje in de vuilnisbak gooien. „Hoe vaker je het wint van de aandrang om iets weg te nemen, hoe langer je het volhoudt, hoe minder vaak je die aandrang krijgt” Zo iets als ik net noemde is dan bedoeld als een soort straf voor het succes van de onderne- ming. Want dat wegnemen mag nooit meer zomaar een

succes zijn, dat moet altijd g straft worden. Bovendien he de straf je van het schuldge- voel af. Het probleem met zo'n ther- pie is natuurlijk dat het zo moeilijk is om het vol te blij- ven houden. Kijk, de mense- willen er wel heel graag van komen, maar die impulsen z zo sterk dat er eigenlijk een tra druk nodig is om ze te he- pen er iets tegen te doen. Bij kleptomanie is zo'n druk bij voorbeeld een voorwaardelij gevangenisstraf die iemand ge- leegd heeft gekregen. Die k mensen net dat duwtje geven om zo'n therapie vol te hou- den. Want het gaat er maar dat je het een tijd lang wint van die impuls. Hoe vaker je het wint en hoe langer je het volhoudt, hoe zekerder je wordt en hoe minder vaak je zo'n impuls krijgt. De moeilijkheid van een the- peut is ook niet het bedenke van een mooi behandelings- plan, maar het voorkomen d een cliënt halverwege de be- handeling uit de therapie we- loopt. Wat je dus aan het do- bent bij zo'n zelfcontrole is mensen er steeds opnieuw v doordringen waarom ze in t handeling zijn gekomen. Waarom ze van bijvoorbeeld kleptomanie af willen: omde de rechter achter hun voderde aan zit, of omdat hun omge- ving er schande van spreekt. Dat hou je ze steeds opnieuw voor. Maar het kan heel goe zijn, dat komt ook regelmat- voor, dat mensen zonder he weten een hele goede reden hebben om juist niet van da gedrag af te willen. Ze denk dat ze er graag vanaf willen, maar in werkelijkheid genie ze van de aandacht en het m delevan dat ze krijgen omde ze met zo'n akelig probleem worstelen. En het is nu een- maal zo dat elk gedrag dat v iswaar vervelend is, maar waarmee je toch ook dingen krijgt die veel waard zijn vo je, zoals aandacht en liefde, heel moeilijk te behandelen zijn. Maar goed, laten we ervan t gaan dat er bij de meeste m- sen zulke motieven niet me- spelen. Dan kom je toch bij een aardig hoog percentage door middel van een „zelfc- troleprocedure” van de klac- ten afkomt.”

Tekst: Tineke Beishuizen foto: Theo Noort

DIRECTIEVE THERAPIE EN AGORAFOBIE

Kees Hoogduin & Else de Haan

1. Inleiding

Er zijn diverse onderzoeken die aantonen dat bij de behandeling van agorafobie exposure in vivo zeer effectief is (Emmelkamp, 1979; Emmelkamp & Van der Hout, 1983). Deze exposure in vivo kan op twee manieren plaatsvinden: òf langdurige exposure in vivo òf een door de cliënt zelf uitgevoerde exposure in vivo.

Emmelkamp en Van der Hout (1983) komen na een uitvoerig literatuuronderzoek tot de conclusie dat hoewel behoorlijke verbeteringen bereikt worden, er relatief zeer weinig cliënten zijn die geheel klachtenvrij zijn na de behandeling.

Mc Pherson et al. (1980) rapporteren dat slechts 18% geheel klachtenvrij is aan het eind van de behandeling.

De hier voorgestelde behandeling kan gezien worden als een strategie waarbij de cliënt ertoe gebracht wordt ten slotte zichzelf bloot te stellen aan de bedreigende situaties. Met behulp van de mogelijkheden van directieve therapie wordt de cliënt zover gebracht dit ook te doen. Dat betekent dat bij de behandeling ook aandacht gegeven wordt aan de betekenis die relevante gezinsleden hebben bij de klachten, er is aandacht voor de aanpak van een eventueel aanwezig hyperventilatiesyndroom (zie Kraft et al., 1982), daarnaast wordt de behandeling uitgevoerd binnen het kader van een directieve therapie. Dit betekent: werken naar concrete doelen, kleine stapjes, positieve etikettering, de cliënt credit geven voor verbetering, zelfregistratie, een op de cliënt toegesneden behandeling, een systematisch gebruik van non-specifieke therapie-variabelen (zoals snel een eerste resultaat zien te bereiken, een voor de cliënt aanvaardbare explicatie en behandelingsrationale, e.d.).

2. De behandeling

Wanneer mensen met een agorafobie zich aanmelden voor behandeling staat de klacht 'niet op straat durven' zelden alleen (Emmelkamp et al., 1983): angsten, hyperventilatie-aanvallen, depressieve klachten, maar ook relatieproblemen, problemen bij de opvoeding van de kinderen e.d. worden vaak aangetroffen.

alle fb. part. luyt bi d'negl
exponere

lange behalft eent HVs

Hooplic mer HVs + mer wthp + alhoef

Een vierendertigjarige vrouwelijke cliënt vertoonde naast de agorafobie bijv. een angst voor doktersbezoek en ziekenhuizen, hyperventilatie-aanvallen, voortdurende ruzies met haar partner, een secundaire anorgasmie, een ernstig carieus gebit (doordat ze niet naar de tandarts durfde), een adipositas (ik eet al mijn spanning weg), slaapstoornissen en problemen met een kind dat heftige driftbuien had. Van de bestrijding van de agorafobie alleen kan geen definitieve oplossing verwacht worden.

De bespreking van deze diverse begeleidende klachten valt buiten het kader van dit artikel. Wel zij gezegd dat het noodzakelijk is deze klachten naast de agorafobische klachten eveneens te behandelen. Het is een kwestie van timing of eerst de agorafobie, dan wel een andere klacht in behandeling genomen wordt. Met timing wordt bedoeld een juiste timing, d.w.z. dat de timing van de cliënt als leidraad genomen wordt. Wanneer aangenomen wordt dat de cliënt moeilijk tot een keuze kan komen, kunnen de problemen op een dusdanige manier met de cliënt besproken worden dat deze (de cliënt) er alsnog in slaagt een keuze te maken.

Aan de behandeling van de agorafobie zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

1. Zelf bewerkstelligde exposure aan bedreigende situaties.
2. Een keuze-mogelijkheid op welk moment men zich aan welke bedreigende situatie zal blootstellen.
3. Een zelfregistratie met een codering van de resultaten, zodat grafische weergave mogelijk wordt.
4. Toepassing van de bij de behandeling van dwangneurose bijzonder bruikbaar gebleken zelfbestraffingsprocedure: het zgn. te veel en te weinig principe.

Ad 1

De gehele behandeling is erop gericht de cliënt zo ver te krijgen dat hij/zij zelf zich gaat blootstellen aan voorheen door hem of haar als bedreigend beleefde situaties. De cliënt met agorafobie is niet alleen maar bang om zich op straat te begeven; er bestaat vaak angst om op bezoek te gaan, de telefoon te beantwoorden, de buitendeur te openen nadat er gebeld is, boodschappen te doen, bepaalde winkels te betreden, zelf te fietsen, auto te rijden, ziekenhuizen te bezoeken, bezoek te ontvangen, kerkdiensten te bezoeken, brieven te schrijven of alleen thuis te zijn. Deze activiteiten gaan de cliënt

soms beter af wanneer hij/zij daarbij vergezeld of geholpen wordt door partner, kinderen, ouders, kennissen of burens. Het zich blootstellen aan al deze situaties maakt het behandeldoel uit.

Ad 2

De keuze om zich aan een bepaalde bedreigende situatie bloot te stellen, wordt aan de cliënt overgelaten. Soms voelt hij/zij zich goed om een winkel te bezoeken of een wandeling van bijv. twee minuten te maken. Op een andere dag bevalt het beter een korte autorit te maken of zich zelfs met de auto op de grote weg te begeven. Vermeden wordt met de cliënt afspraken te maken die als knellend of dwingend beleefd kunnen worden. De cliënt bepaalt zelf op welke manier de behandeling voortgang vindt binnen een kader dat tevoren is aangebracht. Iedere activiteit die de cliënt eigenlijk niet durft, krijgt een bepaalde puntenwaardering. De afspraken tijdens de zittingen beperken zich tot afspraken over bijv. het wekelijks te behalen aantal punten. Deze puntenwaardering kan er voor bepaalde cliënten als volgt uitzien:

- | | |
|---|----------------|
| - 1 minuut buiten wandelen (alleen) | 5 punten; |
| - 5 minuten buiten wandelen (met partner) | 1 punt; |
| - 15 minuten autorijden met de partner
aan het stuur | 1 punt; |
| - 5 minuten autorijden (zelf aan het
stuur) | 3 punten; |
| - samen met partner een bezoek afleggen
van 30 minuten | 10 punten; |
| - samen met partner een winkel bezoeken | 7 punten; |
| - met een kind 10 minuten wandelen | 3 punten; etc. |

Het aantal punten dat gegeven wordt voor een bepaalde activiteit is afhankelijk van de angst die de cliënt bij een dergelijke activiteit beleeft.

Ad 3

De zelfregistratie bestaat uit het dagelijks registreren van de activiteiten met daarachter de verdiende punten. Deze punten worden opgeteld over een week en als weeggemiddelde weergegeven in een grafiek. Met behulp van deze grafiek worden tijdens de zitting afspraken gemaakt over het tempo van de behandeling (zie Hoogduin, 1980); bovendien vergemakkelijkt de grafiek het maken van nieuwe afspraken over het aantal punten dat gedurende de op de zitting volgende periode gemaakt worden.

Ad 4

Bij de behandeling van dwangneurose is een bijzondere vorm van self-punishment-procedure zeer bruikbaar gebleken (Hoogduin, 1981). Hierbij werd in aansluiting aan het uitvoeren van dwangverschijnselen door de cliënt een bepaalde activiteit uitgevoerd die niet alleen competitief was met de dwanghandelingen, maar die op zich een nuttige of zelfs een plezierige kant heeft, maar waar de cliënt door al zijn klachten niet meer aan toe kwam. Deze activiteiten kunnen zijn: goede lichamelijke verzorging, zich inzetten voor de medemens, het verrichten van sportieve activiteiten, het opruimen van zolders, het verrichten van achterstallige klusjes in huis, huishoudelijke taken (bij man en vrouw), het uitbreiden van sociale contacten, studeren, het volgen van cursussen of het doen van ontspanningsoefeningen. Bij de agorafobische cliënt kunnen dit soort consequenties zeer goed gekoppeld worden aan het puntentotaal; bijv. wanneer een bepaalde dag het door de cliënt gewenste aantal punten niet gehaald wordt, dan volgen in een vantevoren vastgestelde volgorde bepaalde van de hierboven genoemde activiteiten. Hierdoor wordt voorkomen dat de cliënt door de teleurstelling, opgedaan door het niet kunnen volgen van een bepaalde planning, opnieuw gedemoraliseerd wordt. Door het doen van de daarop staande consequenties immers voldoet de cliënt opnieuw aan de richtlijnen voor de behandeling. Doordat de cliënt zich actief bezighoudt met gewenste activiteiten waar niet meer aan toegekomen werd, wordt voorkomen dat alleen ongewenst gedrag bestreden wordt. Een nieuw gedragsrepertoire wordt opgebouwd en staat de cliënt tot diens beschikking zo gauw zijn klachten verder afnemen.

3. Slotopmerking

De behandelingsstrategie zoals hier beschreven verkeert nog in een experimentele fase. Op dit moment wordt een tiental cliënten op deze manier behandeld. De eerste indrukken zijn veelbelovend; hierover zal in een later stadium uitvoerig gerapporteerd worden.

Referenties

Emmelkamp, P.M.G. (1979), The Behavioral Study of Clinical Phobias.
In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.), Progress in
Behavior Modification, Vol. 8. , Academic Press, New York

Emmelkamp, P.M.G. & A. v.d. Hout (1983), Failure in Treating Agoraphobia.
In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (eds.), Failures in Behavior Therapy.
Wiley, New York (In press)

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

Hoogduin, C.A.L. (1981), Zelfcontrole en dwang. Kwartaalschrift voor
Directieve Therapie en Hypnose 1 (1), 28 - 41

Kraft, A., C.A.L. Hoogduin & F. Bekker (1982), Een onderzoek naar de effectiviteit van vier behandelingsmethoden bij cliënten met hyperventilatie-aanvallen; een pilot-study. Tijdschrift voor Psychother. 8 (5), 269 - 279

Mc Pherson, F.M., L. Broughan & S. Mc Laren (1980), Maintenance of Improvement in Agoraphobia Patients Treated by Behavioral Methods; a Four Year Follow-up. Behav. Res. & Ther. 18, 150 - 152

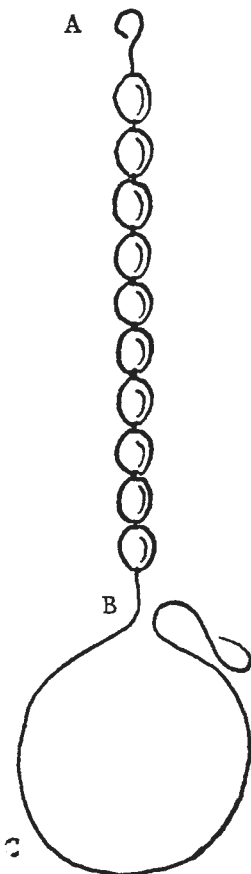
Frank hoeneprakt leet iend
dijje knifen dt r yotte bavel
en knijft eette r witten e
krupde

OPLEIDING IN DEUGDZAAMHEID: DE BETEKENIS VAN HET "TREKKERTJE" BIJ DE ORDE VAN DE PATERS JEZUÏTEN

Kees Hoogduin.

De betekenis van zelfregistratie en zelfobservatie voor het veranderen van gedrag is groot. Binnen de directieve therapie is zelfregistratie niet meer weg te denken. Het gaat er hierbij vooral om bepaalde klachten kwijt te raken; soms gaat het er ook om een bepaalde vaardigheid, bijv. studeren, te verbeteren.

Los van de betekenis bij de gedragstherapie en de directieve therapie blijkt de zelfregistratie een belangrijke functie gehad te hebben binnen de Gemeenschap van de Paters Jezuiten. Naast het zich verdiepen in de theologie en het uitdragen van die kennis, dient te Pater Jezuit in woord en gedrag een voorbeeld te zijn voor de mensheid. Wel, het bleek de Generaal en zijn assistenten dat dit hier en daar verbeterd kon worden. Hiertoe werd het zgn. "trekkertje" ontwikkeld.



Dit "trekkertje" (zie fig. 1) bestaat uit een gebogen ijzerdraadje met daaraan geregen een tiental rozenkrans-kralen. De kralen zijn langs de vernauwing B te verplaatsen, waarna ze in de lus (C) gevangen zitten. Dit gebogen gedeelte geeft ruimte aan eveneens tien kralen. Dit trekkertje nu wordt gebruikt voor de registratie van gedachten (bijv. zondige gedachten) of gedrag dat als ongewenst beschouwd wordt en voor registratie van gedrag dat te weinig voorkomt (bijv. goede daden).

Met behulp van een veiligheidsspeld door oog A kan het trekkertje aan de binnenkant van de kleding vastgehecht worden.

Fig. 1: het "Trekertje".

Een Pater Jezuït die jarenlang gebruik had gemaakt van het trekkertje, vertelde dat vele collega-paters zich op deze manier ontwikkeld hadden tot een hoge graad van heiligheid.

Een man met aanvallen

Dick N. Oudshoorn

1. Inleiding

In het vorige TDT heb ik 'een jongen met aanvallen' beschreven. Na verwerking van jullie commentaar is het inmiddels verschenen in *Kind & Adolescent* 4,2 (mei 1983). Omdat sommigen van onze TDT-redactieleden zich leken te verwonderen over zo'n *simpele* techniek om een spontane dissociatietoestand zelf te beëindigen, volgt hier een toepassing van deze techniek bij een volwassen man met vergelijkbare klachten.

2. Gevalsbeschrijving

De heer Blauw is dertig jaar als hij bij ons wordt aangemeld. Hij was voordien door niet minder dan vijf neurologische centra onderzocht wegens aanvallen van nachtelijke onrust, waarbij het hele lichaam begint te bewegen, de patiënt mompelt, uit bed komt, over problemen begint te praten, en waarvan hij zich later niets herinnert. Men heeft nooit organisch-cerebrale afwijkingen kunnen vaststellen en heeft de diagnose 'focale' of 'psychomotorische epilepsie' nooit kunnen waarmaken, maar men heeft die diagnose anderzijds ook nooit met 100% zekerheid kunnen verwerpen. Kortom: epilepsie is onwaarschijnlijk. Omdat de aanvallen zowel volgens patiënt als volgens zijn echtgenote door psychische spanningen worden beïnvloed is psychiatrisch onderzoek aangeraden.

In het aanmeldingsgesprek vertelt patiënt twee types aanvallen te hebben: "grote" en "kleine wegrakingen". De grote gaan gepaard met wild kijken, slijmvorming in de mond, kreunen, spiertrekkingen en bewustzijnsverlies dat daarna nog voortduurt terwijl hij dan allerlei handelingen verricht. Deze aanvallen komen in die periode eenmaal per maand voor; de "kleine" aanvallen komen vaker voor. Hij vertelt deze klachten al vanaf zijn achttiende jaar te hebben gehad, en gebruikt er al die jaren slaaptabletten voor(!). De aanvallen zijn na het trouwen een jaar weggeweest, maar waren prompt weer

begonnen nadat zijn vrouw hem hierop opmerkzaam had gemaakt. Beiden kunnen er 'de klok op gelijk zetten' wanneer er weer een 'wegraking' zal komen. Dan staat de heer Blauw namelijk onder spanning.

Hij is inderdaad een zeer gespannen man; eerzuchtig, perfectionistisch en geen man die zijn emoties (prettige noch onaangename) pleegt uit te spreken. Hij is geluidstechnicus en heeft met succes *tien* avondcursussen gevolgd om computertechnicus te worden. De diagnose en de eerste werkhypothese komen neer op: 'psychogene aanvallen (onder meer schemertoestanden) bij een subassertieve man met een hoog streefniveau; als hij leert zich wat zelfverzekerder op te stellen en reële eisen aan zichzelf te stellen, zal zijn opgekropte spanning verminderen en zullen de aanvallen verminderen c.q. verdwijnen!'.* Op grond hiervan is er met modelleren en rollenspel aan gewerkt dat hij leerde te protesteren indien zaken op zijn werk niet naar zijn zin waren geregeld, en meer in het algemeen irritaties uit te spreken. Voorts werden sollicitatiegesprekken geëfend. Gevolg was dat zijn optreden aanzienlijk minder gespannen was en dat hij na vier zittingen geen aanvallen meer kreeg. Leve de stoommachine!

Tien maanden later wordt de heer Blauw door de huisarts opnieuw naar onze polikliniek verwezen. De directe aanleiding was een bijna-autoöngeval, maar hij was ook al een keer in een winkelcentrum van de trap gevallen, was af en toe in een bus op een heel verkeerde bestemming 'wakker geworden', geraakte regelmatig in een schemertoestand waarin hij Engels sprak, en van al die voorvallen placht hij zich niets te herinneren. Hij komt dan bij mij terecht en blijkt nog steeds twee soorten wegrakingen te hebben: *grote* die gepaard gaan met wilde spiertrekkingen, kreunen, spekselvloed, soms met tongbeet en incontinentie, naar hij aangeeft. Deze aanvallen plegen vijf minuten te duren en worden dan door een langdurige schemertoestand gevolgd. De *kleine* wegrakingen wor-

Deze -psychodynamische- visie is duidelijk Freudiaans van origine. Russelman (1983) heeft in zijn boek: 'Van James Watt tot Sigmund Freud' aangetoond dat Freuds theorie, een 'stuwmodel van de zelfexpressie', is ontwikkeld naar analogie van de *stoommachine*.

den gekenmerkt door automatische bewegingen, Engels praten en reageren als 'lulletje rozenwater' zoals zijn echtgenote het fijntjes typeert. Afgezien van de aanvallen is hij nog steeds een hardwerkende, consciëntieuze geluidstechnicus, en heeft hij nog steeds geen baan als computertechneus gevonden.

De huisarts had -misschien op instigatie van patiënt zelf- om *assertiviteitstraining* gevraagd, maar daarvoor zag ik hoe-genaamd geen indicatie. Binnen het ruime kader van *dissociatie-verschijnselen* dacht ik -gelet op het verregaande karakter ervan, het plotselinge optreden en de amnesie- zelfs aan de mogelijkheid van een *multipele persoonlijkheids-stoornis*. Ik stel hem dan ook hypnotherapie voor en daarmee gaat hij accoord.

Op de volgende afspraak heeft hij een lijstje van grote en kleine aanvallen bij zich (hij spreekt soms van 'black-outs' soms van 'eruit klappen' (wat als ik het goed heb een term in de geluidselectronica is). Interessanter is dat hij mededeelt 'nu in zo'n toestand te zijn'. Inderdaad valt een wat verstrooide gelaatsuitdrukking en wazige oogopslag op. Ik vraag hem toestemming zijn trance te toetsen en ook te doen verdiepen en pas daarvoor de methode van Spiegel² toe. Het Hypnotisch Inductieprofiel (HIP) is 3 à 4 intact. Levitatie lukt vlot en er treedt sterke dissociatie op. Als ik hem hieruit haal keert de wazige toestand van binnenkomst terug. Er volgt een tweede inductie, nu met oogfixatie en als verdiepingstechniek het afdalen van een trap. Hij hallucineert prompt de marmeren trap van het muziekcentrum waar hij werkt. Hij is te angstig om een bepaalde deur binnen te gaan, zodat we dan maar met de lift weer omhoog gaan. De suggestie dat hij dan uit trance is slaat niet aan: hij zit te staren en te mompelen en is aanvankelijk onbereikbaar. Als hij tenslotte toch reageert spreekt hij de verwachting uit dat hij vanavond in dat gebouw 'uitklapt'. Ik doe reïnductie en wandel met hem door het hele gebouw heen. Ik geef hem daarbij herhaaldelijk de suggestie dat hij op elke plaats waar hij in deze toestand komt en bang wordt, eruit kan komen door eenvoudigweg terug te tellen van tien naar één;

dan zal hij weer fris en helder zijn. Ook wordt hem gesuggereerd dat hij de rest van de dag helder zal zijn en geen problemen op zijn werk zal krijgen.

De volgende afspraak is tien dagen later. Hij vertelt dan dat hij diezelfde avond prettig heeft gewerkt en dat er negen dagen geen problemen zijn geweest. Maar de afgelopen nacht heeft hij *twee* grote aanvallen gehad, 'dus vinden mijn vrouw en ik dat het *slechter* gaat'. Hij wil graag dat de therapeut met zijn onderbewuste praat om erachter te komen wat er aan de hand is. Bij een eerste inductie lukt dat echter niet: hij zit alleen maar met een rood hoofd te zuchten en te kreunen en onderbreekt de procedure om te zeggen dat hij angstig wordt. Ik merk op dat hij er kennelijk tegenop ziet met zijn onderbewuste te praten. Ik stel hem voor te proberen een *goede* oplossing uit het onderbewuste te halen. Dan gaat hij met een informele procedure vlot in trance. Iets concreets komt dan niet naar voren, maar in ieder geval voelt hij zich rustig en helder daarbij. Ik geef de suggestie dat deze helderheid de komende dagen zal aanhouden; dan volgt uitleiding. Als afsluiting van deze zitting vraag ik hem zijn vrouw het volgende te verzoeken: als hij s'nachts zo'n aanval krijgt moet ze niet op problemen ingaan, maar alleen maar rustig zeggen dat hij terug moet tellen.

Ruim drie weken later is de derde sessie. Hij is dan samen met zijn echtgenote veertien dagen op vakantie geweest, en wel in het vakantiehuisje dat vroeger van zijn ouders is geweest. Slappend in het bed waarin zijn moeder twee jaar geleden na een dramatisch ziekbed is overleden (sic!) heeft hij één aanval gehad, waar hij zonder veel moeite uit kwam toen zijn vrouw hem had aangespoord van tien naar één terug te tellen. Hij hield alleen een naar gevoel in zijn maag over, maar was verder zeer tevreden en voelde zich weer een stuk meer zijn eigen baas. Verder is er niets voorgevallen. Van sondage naar verdrongen/gedissocieerde angsten of wat dies meer zij komt wederom niets terecht - de afweer functioneert goed. Wel blijkt hij er 'een puinhoop van te maken'

als hij zo'n aanval heeft. De therapeut legt hem het beeld van Beahrs voor van de Dirigent en zijn Orkest: 'als de dirigent afwezig is maakt het orkest er een puinhoop van'. De echtgenote (die niet bij de zittingen aanwezig is) krijgt via hem het advies de eerstvolgende aanval heel concrete adviezen over terugtellen aan hem te geven, en de daarop volgende aanvallen steeds minder concreet te zijn, bv te zeggen: "je weet zèlf wat je nu doen moet".

Drie weken later, tijdens de vierde zitting, rapporteert hij één aanval. Zijn vrouw had geprobeerd hem terug te laten tellen, maar het had vijftien minuten geduurd voor hij er gehoor aan gaf. Ik complimenteer hem: 'prima, u gaf al te kennen dat u het zèlf wilt doen, okay'. Hij is wel tevreden, maar vraagt zich toch af wat hij moet doen als het in de bus gebeurt, zoals vroeger. 'Terugtellen, natuurlijk!' luidt de instructie. Hij wil dan weten of er onbewust toch een bepaalde oorzaak speelt. Ik zie voor mezelf niet zoveel meer in hernieuwde pogingen bij meneer Blauw om alleen maar opnieuw af te ketsen op zijn barrières, en bagatelliseer het actuele belang van onbewuste processen: 'het kan wel zijn dat ze vroeger de oorzaak zijn geweest, maar momenteel lijkt het me het belangrijkste dat u - "de Dirigent" - de contrôle zo nu en dan kwijt raakt, en dat u onzeker en bang bent dat het u opnieuw zal overkomen. Daarom is het zo belangrijk dat u het zelf leert te stoppen'. Hij toont zich tevreden met deze uitleg.

Er wordt een nieuwe afspraak gemaakt voor over acht weken, maar na zeven weken belt zijn vrouw op om me te vertellen dat het een hele tijd uitstekend ging maar dat het nu weer achteruit gaat. Een week later -op de afgesproken dag- deelt hij zelf mee dat hij de laatste maand tweemaal s'nachts een kleine aanval heeft gehad - hij is er erg teleurgesteld over. Ik leg hem uit dat het goed is om met een aanzienlijke verbetering tevreden te zijn, maar dat dit niet helemaal strookt met zijn karakter - alles moet immers *volmaakt* zijn! Kort en goed is volledig verdwijnen van de klachten voor u geen zinnig behandeldoel'. De instructies worden herhaald.

De therapie is hiermede beëindigd en er wordt een follow up afspraak gemaakt voor over zes maanden. Hij komt dan welvarend als een goudhaantje, ontspannen en zelfverzekerd binnen. In het afgelopen half jaar heeft hij geen enkele grote aanval meer gehad, en slechts één kleine toen hij op vakantie was in Oostenrijk. Hij had toen de avond vooraf bier gedronken -tegen zijn gewoonte. Hij had het aanvalletje zelf in de kiem kunnen smoren. Ik ben uiteraard nieuwsgierig waaraan dit herstel te wijten is en vraag hem dat. Hij antwoordt ' Ik was altijd iemand die zijn taak zeer serieus neemt en het werk dat ik doe moet altijd *in de puntjes* zijn. Als er iets fout gaat bij een collega nam ik het ook op me - en dat doe ik niet meer. En ik zeg tegenwoordig tegen iedereen wat ik er van vind en krop het niet meer op.' Hij beschrijft hoe iedereen op zijn werk ineens heel anders en nerveus wordt als er buitenlandse ministers of leden van het koninklijk huis op bezoek komen - maar *hij* blijft zich precies zo gedragen als anders... Hij is in ieder geval sterk van zichzelf overtuigd.

Over de hypnotherapie rept hij met geen woord!

3. Discussie

Wat is er met de heer Blauw aan de hand?

Over zijn voorgeschiedenis is hij niet zo mededeelzaam; we weten dat hij de jongste van drie kinderen is van een meubelmaker; het huwelijk van de ouders wordt als 'goed' gekwalificeerd. Hij ging naar een ouderwetse jongensschool; een onrechtvaardige draai om zijn oren van de juf, toen hij zes jaar oud was, was een ingrijpende gebeurtenis die hij nog niet is vergeten. Op zijn twaalfde kwam hij door een verhuizing op een moderne, gemengde school terecht. Daarna ging hij naar de LTS, electrotechniek. Op zeventienjarige leeftijd ging hij werken, terwijl hij in de daaropvolgende twaalf jaar s'avonds tien kursussen en opleidingen volgde. Op zijn achttiende krijgt hij zijn eerste aanval. Dan begint ook een lange reeks neurologische onderzoeken.

kingen. Een bijzondere gebeurtenis of situatie kan hij zich niet herinneren. Drie dagen voor hij op onze polikliniek zijn eerste gesprek had kwam plotseling de gedachte bij hem op dat 'onbewuste spanningsopbouw' de oorzaak is. Hij zat op dat moment niet zozeer in de rats voor dit gesprek alswel voor een psychologisch onderzoek in het kader van een sollicitatieprocedure waar voor hem veel van af hing.

Wat zijn huwelijk betreft geven beiden aan dat dit zeer goed is, met name op de punten: 'praten met elkaar, kinderen, vrije tijd, huishoudelijke taken en vrienden'. 'Geld, sex en kennissen scoren 'goed' en (schoon)familie scoort 'gaat wel'. Ze hebben een dochtertje van anderhalf jaar oud. Zijn echtgenote heeft tot de geboorte als lerares gewerkt.

Zijn persoon lijkt gekenmerkt door eigenschappen als ambitieus, egocentrisch en narcistisch. Hij is niet openhartig of innemend in het contact. Al met al dus een persoonlijkheid die wel als hysterisch wordt aangeduid hoewel hij niet bepaald een 'Dionysiër' is: hij is veel te gespannen om zich te durven laten gaan. Het is ook denkbaar dat *deze* meneer Blauw zo krampachtig een 'Apolloniër' probeert te zijn, om een *andere* roesachtige 'Dionysische' kant van zijn persoonlijkheid onder de duim te houden, wat af en toe niet lukt. Wat er dan gebeurt staat niet onder controle van 'onze' meneer Blauw, die er zelfs niets van wil of mag weten. Of het nu om 'rollen' gaat, of 'ego-states' of 'andere persoonlijkheden', ik pleeg ze te nummeren. Zo hebben we dan te maken met 'meneer Blauw I', meneer Blauw II' en -met een buiging naar Hilgard- een kritische toeschouwer die evt met 'meneer Blauw III' wordt aangeduid, en die *altijd* opmerkt wat er gebeurt.

Ik heb niet de kans gekregen met Blauw-III te communiceren, laat staan met Blauw-II. Blauw-I was daarvoor te angstig en hield dat tegen. Als ik hem frequenter

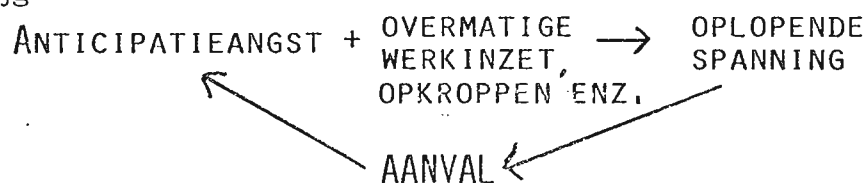
had gezien had ik tenslotte misschien wel om het hoekje mogen kijken.

Bij sommige patiënten kan ik goed met zo'n constructie uit de voeten en kan ik het ook *aannemelijk* maken; bij meneer Blauw blijft het een speculatieve theorie.

Ik heb verkozen 'Blauw-I' een methode te geven om de dominantie terug te krijgen als hij in een 'ego state' is waarin Blauw-II aan bod is. 'Blauw-I' valt samen met 'de Dirigent'. Dat de 'muziek' die hij maakt niet mijn smaak is, doet niet ter zake; deugdelijke contrôle over het 'Orkest' en het hele repertoire lijkt me in principe een redelijk therapeutisch doel, zonder reconstructie van de persoonlijkheid te beogen. Dat laatste doe ik ook wel bij enkele patiënten, maar dan kost het veel meer tijd en dan moet er wel een stringente reden voor zijn, zoals herhaalde psychotische of manische of depressieve periodes. Het model van Beahrs kan daarbij uitstekend van dienst zijn.

Hoe moeten we zijn verklaring voor zijn herstel zien?

Hij rept met geen woord over de hypnose. Dat kan betekenen dat hij alles wat daarmee, met 'Blauw-II' enz. te maken heeft *dissocieert*. Maar hij geeft wel een andere verklaring, volgens het 'stoomketelmodel'. Hij komt met allerlei zaken op de proppen die in *mijn* behandeling hoegenaamd niet aan de orde zijn geweest, maar die wèl in de eerste behandelingsronde van circa een jaar geleden, aan de orde zijn geweest. Betreft dit een 'sleeper effect', ofwel is hetgeen toen gezaaid is pas in het geschikte seizoen door hem geogst? Volgens het stoomketelmodel zou schematisch het volgende aan de hand kunnen zijn in periodes waarin hij aanvallen krijgt:



De overmatige inzet op zijn werk, zijn 'subassertiviteit' en wat dies meer zij zijn in de eerste ronde door mijn collega behandeld, en daarvan heeft meneer Blauw voldoende opgestoken. De druk ging van de ketel, aanvallen bleven uit, anticipatieangst trad daardoor terug naar de achtergrond. Totdat op een bepaald moment weer een aanval optrad (om wat voor reden dan ook). Dan is de anticipatieangst weer levensgroot en kan die -zelfs als de werkinzet en opkropperij binnen de perken blijft (maar die bleken ook weer geleidelijk opgelopen te zijn, niet in de laatste plaats door de sollicitaties) - de druk boven zijn kritische waarde brengen waarop de 'noodklep' weer open gaat en dan treedt de vicieuze cirkel weer in werking. Goed, als dit simpele modelletje klopt, dan heeft het stukje hypnotherapie ertoe bijgedragen dat de anticipatieangst sterk verminderde; de patiënt kreeg immers een effectieve methode om aanvallen te couperen. Dan is er weer een situatie waarin hij het geleerde voor wat betreft het uiten van irritaties en het zich beschermen tegen extra werk dat eigenlijk door een ander moest worden gedaan, kortom het zich in zijn eentje verantwoordelijk voor het hele muziekgebeuren voelen, in praktijk kan brengen.

Is hij nu genezen?

Ik betwijfel het. Hij loopt toch met een soort tijdbom rond die op een gegeven moment weer af kan gaan. Hetzij doordat hij zich weer tot extra werkinspanningen laat verleiden, of wat dies meer zij, hetzij doordat zijn angst voor contrôleverlies weer opspeelt. We mogen immers fantaseren dat die onderdrukte tendensen niet per se *onaangenaam* hoeven te zijn, en misschien wel degelijk *verleidelijk*, maar dan zoals een monnik die door de duivel wordt verleid.

Litteratuur:

Beahrs, John, O.: Unity and Multiplicity. Brunner/Mazel Nw York 1982
Russelman, G. H. E.: Van James Watt tot Sigmund Freud. vLSL Deventer 1983
Spiegel H & D Spiegel: Therapie en Trance. Stafleu Alphen, 1981

Alfred Lange

Inleiding

De door Selvini Palazzoli e.a. (1979) gepropageerde aanpak van homeostatische gezinnen - het voorschrijven van het gebruikelijke patroon aan het gehele gezin met als motivering dat de opoffering van de aangemelde patiënt nog zeker enige tijd noodzakelijk lijkt - heeft een tijd lang flink wat navolging gekregen in Nederland.

Ik heb er geen cijfers over, maar ik heb de indruk dat het enthousiasme voor dit paradigma weer enigszins aan het tanen is. Dat is niet zo verbazingwekkend als men in beschouwing neemt dat de methode in vele gevallen, waar men hem wel gebruikte, niet geïndiceerd was. Bijv. als er weliswaar sprake was van ernstige individuele symptomen maar niet van een homeostatisch gezinpatroon. In veel gevallen is de methode daardoor ten onrechte gebruikt waardoor de resultaten er natuurlijk niet gunstiger op werden. Maar er is meer waardoor de resultaten niet denderend schijnen te zijn. De 'systemische paradox' is moeilijk aan cliënten te verkopen. Zelfs van ervaren therapeuten die bedreven zijn in het motiveren van cliënten is het veel gevraagd om tegen ouders die zichzelf een prettig stel vinden iets te zeggen als 'uw (apatiësch) kind offert zich op omdat ze haarfijn aanvoelt dat u anders fiks in de problemen zou raken en het huwelijk - en daarmee de gezinssituatie - nog meer in gevaar zou komen'. Ik stel het hier misschien wat cru, maar ook als het wat aardiger gezegd wordt komt het meestal toch op iets dergelijks neer. Je moet als gezin - met weerstanden - toch wel geschift zijn om dat van welke therapeut dan ook te accepteren. Terecht waarschuwt Haley (1980, pag.246/7) er dan ook voor dat men bij de beoordeling van de interventies van de 'Milanese groep' niet moet vergeten dat zij een gigantisch 'therapist-support-system' hebben. De cliënten komen vaak van 1000 km. ver, alsof zij een pelgrimage naar Lourdes ondernemen en worden dan door enkele zeer gehaaide vaklieden, die

ook nog in en uit lopen vanachter de spiegel, in de tang genomen. Maar zelfs bij deze giganten hebben wij in verschillende workshops kunnen zien dat het - toch echt niet zo - gemakkelijk gaat als in de boekjes staat geschreven. Nu zult u misschien tegenwerpen dat het juist gunstig is als cliënten zich tegen deze interventie verzetten; dat de benadering daardoor juist het beoogde effect sorteert. Deze gedachte lijkt mij echter niet zo sterk. Enige weerstand tegen de interventie kan wel verandering tot gevolg hebben, maar alleen als de cliënten de therapeut wel serieus nemen met zijn zienswijze. Als dat niet het geval is gebeurt er gewoon niets of raken de cliënten hooguit beleedigd en gefrustreerd, waardoor er ook nauwelijks meer mogelijkheden zijn om de behandeling een zinvol vervolg te geven.

In die gevallen waarin een 'Palazzoli' aanpak echt geïndiceerd lijkt zal men dus moeten zoeken naar een manier om de benadering te verkopen. Een m.i. elegante oplossing daarvoor is de 'indirecte suggestie' (vgl. van Dijck, e.a., 1980). In de volgende par. worden twee voorbeelden daarvan kort beschreven. Daarbij gaat het niet om het uiteindelijke resultaat van de behandeling, maar om de manier waarop de benadering wordt ingeleid.

De apathie van Gerry B.

Gerry wordt als 17-jarige aangemeld, na verwijzing via een MOB waar het gezin in behandeling was. Gerry gaat niet meer naar school, doet niets in huis, slaapt 's nachts nauwelijks, ligt overdag voornamelijk in bed en eet zeer slecht. Tijdens het taxatiegesprek toont Gerry een beeld van 'agerende apathie' waarmee zij haar ouders flink in de tang heeft. Wanneer de therapeut haar 'spelletje' niet meespeelt en met humor tracht te doorbreken blijkt zij dit wel te kunnen appreciëren al wil zij dat niet toegeven. Lachen tegen wil en dank verraadt haar wat dat betreft.

Gerry heeft een tweelingzuster (Marja) die oogt als een wolk en het verder ook goed doet. De ouders rapporteren in het gezinsleven geen andere problemen dan rond Gerry. Al is het

moeilijk hard te maken, toch heeft de therapeut wel redenen om te twijfelen aan deze rapportage van de ouders. Met name de moeder maakt de indruk alles wat verder problematisch zou kunnen zijn weg te willen praten. Hoewel de situatie en het probleemgedrag van Gerry zeker doen denken aan een 'Leaving Home' achtige aanpak (vgl. Haley, 1980) lijken er ook indicaties te zijn voor een Palazzoli-achtige benadering, uitgaande van de gedachte dat de symptomen van Gerry inderdaad functioneel zouden kunnen zijn voor dit echtpaar, waarvan één kind al uit huis is, en nummer twee (Marja) die kant ook opgaat terwijl het echtpaar zelf ogenschijnlijk weinig vreugde beleeft aan het samenzijn.

De cliënten maken echter niet de indruk een dergelijke visie van de therapeut in dank af te zullen nemen. In de tweede zitting lost de therapeut dit als volgt op. Hij stelt de ouders voor om de volgende keer alleen te komen, met de volgende motivering: 'Ik heb wel eens meegemaakt dat kinderen vergelijkbare problemen hebben als Gerry, doordat zij onbewust de aandacht willen afleiden van spanningen tussen de ouders. In zulke gevallen is het gevaarlijk om te proberen veranderingen in de situatie aan te brengen en kan het soms het beste zijn om de oude situatie te handhaven. Ik heb in uw geval niet het idee dat dat zo is, maar ik zou het graag met zekerheid willen uitsluiten. Vandaar dat het me verstandig lijkt om één gesprek met u beiden (tegen man en vrouw) te hebben waarin we kunnen bespreken wat er in uw verhouding wel of niet van belang is. Dan weten we tenminste met zekerheid dat het hem daar niet in zit'. Vader reageerde onmiddellijk, en 'positief': het was helemaal niet zo zeker dat er tussen hun niets aan de hand was. Vorige hulpverleners hadden hun ook al hierop gewezen, maar daar waren zij toen niet op ingegaan. Hij wilde er nu echter graag gebruik van maken. Mevrouw reageerde gelaten. Er volgden drie gesprekken waarin een aantal onvolkomenheden in de verhouding tussen man en vrouw aan bod kwamen en ook de onvrede van vader met zijn eigen functioneren. Daarna werd besloten om ten aanzien van Gerry toch een 'hardere' koers te gaan varen. De ouders werd geleerd om niet meer aan Gerry te trekken maar haar te confronteren met duidelijke

eisen en consequenties.

De behandeling (inmiddels 12 zittingen) verloopt moeizaam, kleine stapjes, maar er zijn vorderingen. Gerry staat nu om 10.30 uur op, luncht met haar moeder, voert drie uur per dag werkzaamheden uit, gaat weer het huis uit (bijv. om boodschappen te doen), gaat af en toe uit met haar vader, wil mee op vakantie, eet beter en slaapt weer redelijk. De therapie zal er verder op gericht zijn haar ouders te coachen om de verworvenheden verder uit te bouwen zonder weer in de vele trucs die Gerry ter beschikking staan te tuinen.

Bespreking: De indirecte suggestie voor de systeem paradox heeft hier wel succes gehad, maar niet op de gepropageerde wijze. Het heeft geen omkering in het systeem tot gevolg gehad. Het heeft Gerry niet aangezet tot het opgeven van haar symptomatisch gedrag en ook de ouders zijn niet opeens een ander stel geworden. Wél heeft het ertoe geleid dat een aantal 'hidden agendas' tussen de ouders besproken konden worden waarna de ouders op congruente wijze gecoached konden worden om een systematische strategie ten aanzien van Gerry uit te voeren.

De dwanghandelingen van de heer London

De heer London is een ernstige dwangpatiënt. Hij heeft vele jaren in een inrichting doorgebracht. Zijn vrouw heeft hij daar als verpleegster leren kennen. Hij is door haar de inrichting uitgekomen en werkt sindsdien (8 jaar) in een sociale werkplaats. Al de jaren na het verlaten van de inrichting is hij in psychotherapeutische behandeling geweest waar zijn vrouw ook bij was betrokken, zonder veel resultaat. Zij krijgen nu een behandelingscontract voor 10 zittingen waarin een respons preventie programma getracht zal worden uit te voeren. Dat mislukt grandioos. De man voert geen der opdrachten uit, zelfs geen 'simpele monitoring'. Maar ook de vrouw saboteert de behandeling op een grondige wijze en tekent voortdurend verzet aan jegens alles wat de therapeut voorstelt, terwijl zij toch de situ-

atie thuis als 'onmogelijk' kenschetst.

Na zes zittingen besluit de therapeut - na consultatie van collega Van der Velden - het over een andere boeg te gooien. De winst van het voortbestaan van het oude systeem is kennelijk voor beiden zo groot dat geen enkel therapieprogramma veel zin kan hebben. Zij - de verpleegster - heeft geen baat bij een gezonde man. Waarom is zij anders met hem getrouwd ? Hij heeft het met haar prima voor elkaar. Hij hoeft eigenlijk niets en alles wordt voor hem geregeld. Deze visie aan hen meedelen zou echter geen zin hebben, vandaar de volgende indirecte formulering: 'ik heb nog eens goed over de situatie nagedacht, en ook met enkele collega's gesproken. Waar ik nu een beetje bang voor ben is dat we misschien op de verkeerde weg zitten met al die plannen die we gemaakt hebben. Ik heb wel eens meegemaakt dat bij mensen in vergelijkbare positie als bij jullie veranderingen optraden die er later toe leidden dat er nog meer spanningen kwamen dan voorheen, zozeer zelfs dat het samen zijn niet meer mogelijk was. Hoewel ik echt niet denk dat dat bij jullie ook zo is, zou het misschien toch wel een beetje zo kunnen zijn. Dat jullie allebei onbewust aanvoelen dat het nog beter is dat jij dwanghandelingen hebt dan dat na het verdwijnen daarvan allerlei conflicten tussen jullie zouden gaan spelen. Nogmaals, ik weet helemaal niet of het zo is, maar als het wel zo is dan zou het gevaarlijk zijn om het oude programma verder uit te voeren. In dat geval zou het beter zijn om daarmee op te houden en de situatie te laten zoals die is'.

Het zal geen verbazing wekken dat de cliënten hierop niet positief reageerden. De therapeut vroeg desalniettemin of zij er enkele weken over wilden denken. Tijdens deze periode was er een lichte verbetering die de cliënten ertoe bracht om aan te dringen op voortzetting van het vroegere programma. De therapeut ging daarin mee maar nu met de aantekening dat hij er ernstig rekening mee hield dat het totaal geen succes zou hebben. Hoewel zijn positie door de manoeuvre aanmerkelijk was verbeterd, had de verdere behandeling toch weinig succes. Na 10 zittingen werd het behandelings-

contract dan ook niet verlengd en werden de cliënten terug verwezen naar hun oorspronkelijke therapeut.

Bespreking: Zoals in het algemeen geldt met betrekking tot een paradoxale strategie geldt ook bij de 'systemische paradox' dat het niet geïndiceerd is om daar gebruik van te maken als congruente strategieën hebben gefaald. Het 'verkopen' ervan wordt dan nog moeilijker. Qua timing is het te prefereren om de noodzaak van de benadering in een vroeg stadium in te schatten en toe te passen, waarna een congruente strategie eventueel nog mogelijk is (vgl. Lange, 1980). In de behandeling van Gerry zagen we daar een voorbeeld van. Bij het echtpaar van London was door diverse omstandigheden - waaronder het feit dat de behandeling in het kader van een onderzoeksproject werd uitgevoerd - niet voldaan. Zonder te suggereren dat met een andere timing de aanpak bij deze cliënten meer succes had gehad, kan wel gesteld worden dat de volgorde in de behandelingsstrategieën een bemoeilijkende factor is geweest.

Discussie

Het gaat in dit artikeltje niet zozeer om de resultaten en het preciese verloop van de twee gepresenteerde behandelingen, vandaar dat de gegevens daarover slechts summier zijn en misschien nog vragen overlaten. De gevallen dienen slechts als illustratie voor de manier waarop de anders vaak onaanvaardbare systeemparadox aan cliënten overgebracht kan worden. De formulering sluit aan bij de notities die Van Dijck et al. (1980) plaatsen bij indirecte suggesties in het algemeen. Die zijn immers geïndiceerd bij cliënten met weerstanden (vgl. ook Lange, 1981). Homeostatische systemen vertonen per definitie weerstand tegen therapeutische interventie. Vandaar dat het mij eigenlijk verbaast dat er in de literatuur zo weinig aandacht wordt geschonken aan de manier waarop dit soort weerstand oproepende interventies bij weerbarstige cliënten verkocht moet worden. Selvini Palazzoli e.a. (1979) bevelen alleen maar aan om de systemische paradox op het einde van de sessie - mondeling of d.m.v. een brief - te geven op een

manier die zo min mogelijk tegenspraak duldt, dan zo snel mogelijk te vertrekken en de cliënten een lange tijd niet te zien. Het is buiten twijfel dat dit een voortreffelijke methode is om met weerstanden van cliënten niet geconfronteerd te worden. Of die weerstanden er inderdaad niet zijn, en wat voor gevolgen ze eventueel hebben blijft een vraag waar de 'Palazzoli-therapeut' vaak geen antwoord op zal krijgen.

Literatuur:

- Dijck, R. van, K. van der Velden & O. van der Hart (1980),
Een indeling van directieve interventies. In: K.
van der Velden(red.), Directieve therapie 2. Van Loghum
Slaterus, Deventer.
- Haley, J. (1980), Leaving Home. McGraw Hill, N. York.
- Lange, A. (1980), Timing. In: K. van der Velden (red.),
Directieve therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1981), Het motiveren van cliënten in directieve
(gezins)therapie. Kwartaalschrift directieve therapie
en hypnose, 1, (1), 57-74.
- Selvini Palazzoli, M. (red. 1979), Paradox en tegenparadox.
Samsom, Alphen a/d Rijn.

Moet er bij een S.P.D. eigenlijk behandeld worden?

Het is merkwaardig om te zien hoe de in de omgang met psychiatrische patiënten ontwikkelde strategieën en technieken steeds weer toegepast worden op andere patiënten of cliëntengroepen.

De in communicatie theoretische termen geformuleerde hypothese van Bateson et.al. (1956!) over het ontstaan van schizofrenie, leidde aanvankelijk tot pogingen schizofrenen te "genezen" met behulp van (o.a.) paradoxale interventies, en later tot strategieën waarmee bijv. geheel niet-psychotische mensen met onderlinge conflicten geholpen werden. Een dergelijke ontwikkeling is er ook in de psychoanalytische praktijk. Vertoonden de patiënten van Freud en zijn leerlingen nog duidelijke psychiatrische klachten - de Wolvenman, Anna O. -, de tegenwoordige analysepatiënt is meer als ongelukkig en ontevreden te typeren dan dat hem in psychiatrische zin iets zou mankeren.

Het doel is ook niet meer om iemand te "genezen" of i.d., maar bijv. om hem in staat te stellen "meer bewuste keuzen" te maken.

De reden van deze verschuiving van doelgroep en doelstelling is niet dat er voor de oorspronkelijke patiëntengroep een afdoende oplossing is gevonden. Die heeft gewoon z'n eigenwaardigheden gehouden.

Het zijn de "behandelaars" die zich tot een andere cliëntèle wenden.

Dit kan heel praktische redenen hebben. De Joodse leken-analytici bijv., die bij Hitlers opkomst naar Amerika vluchtten, konden daar geen aanstellingen bij medische faculteiten krijgen, maar wel bij de zg. Schools of Social Work. Dus doceerden zij hun vak aan vertegenwoordigers van een andere discipline, die dit op hun beurt weer op een andere groep gingen overdragen (Aptekar, 1955). Maar ook is het mogelijk dat de omgang met de zg. moeilijke patiënten zelf op den duur ietwat frusterend wordt. Het is niet ongewoon dat oudere psychiaters maar gaan "geloven" dat de aandoeningen waarmee ze geconfronteerd worden "toch organisch" zijn, of dat ze een beleidsfunctie trachten te beredderen die hen goedgeels van de omgang met niet-herstelden vrijwaart, of dat ze zich eenvoudig tot een ander publiek wenden.

Het zal geen toeval zijn dat jongere therapeuten betere resultaten hebben dan oudere (Shapiro & Shapiro, 1982). (In plaats van over deze tendens te moraliseren, zou het beter zijn er rekening mee te houden in het beleid.) Er is blijkbaar de neiging om de moeilijkste of minst aantrekkelijke patiëntengroep te ontlopen. In de medische sociologie is uitgebreid gedocumenteerd dat patiënten uit de lagere maatschappelijke klassen aanzienlijk meer kans hebben op medicamenteuze behandeling, gedwongen opnames en hospitalisering dan mensen van betere komaf, die eerder in aanmerking komen voor o.a. gesprekken, ja zelfs gesprekken met een goed gekwalificeerde psychotherapeut (zie o.m. Hollinghead & Redlich, 1957, en Myers & Bean, 1968 aan te vullen met recente literatuur).

Een SPD zonder behandeltaak is een gedemoraliseerde "medische op-haaldienst".

De toestand van de chronische patiënt in de V.S. (zoals geschetst door Gersons, 1982) geeft aan wat er gebeurt wanneer de "brain"-drain

van de "zware problemen" naar de "lichtere gevallen" niet op een of andere manier wordt tegengegaan.

De behandelfunctie, in het bijzonder de gesprekstherapeutische functie, is natuurlijk in de eerste plaats bedoeld om patiënten ervan te laten profiteren, maar daarnaast is de aanwezigheid van deze mogelijkheid ook nodig voor de medewerkers van de SPD.

Het is waarschijnlijk niet goed mogelijk dat iemand met zorgvuldigheid en enthousiasme kan blijven werken wanneer zijn dag gevuld is met het zien van mensen wier problematiek althans zo op het oog gelijk blijft. Het boeken van resultaat in de omgang met "lichtere problematiek" stimuleert vermoedelijk de animo waarmee ook het minder bevredigende werk gedaan wordt.

Het is jammer dat sociaal-psychiaters als Schudel (o.a. 1981), die terecht pleiten voor de zorg voor en belangenbehartiging van de psychiatrische patiënt, weinig oog lijken te hebben voor de "motivationale" voorwaarden waaronder die zorg en belangenbehartiging plaats kunnen vinden.

De vraag of de SPD een behandeltaak, in het bijzonder een gesprekstherapeutische taak heeft, moet dus met "ja" beantwoord worden.

Het betrekkelijke belang van gesprekstherapie

Het psychotherapeutisch enthousiasme taant.

De psychotherapeutische salariseisen mogen dan wel gehonoreerd zijn, de door psychotherapeuten gewekte verwachtingen niet. Ondanks het indrukwekkende verbale geweld waarmee zich de laatste decennia psychotherapiescholen hebben gepresenteerd, blijft anorexia nervosa een mysterieuze aandoening, en hetzelfde geldt voor de meeste andere toestanden die in de DSM III gerangschikt zijn.

Hoewel onderzoek naar de effecten van psychotherapie al jaren tot bescheidenheid aanleiding geeft, lijkt het of de klinische sector dit onderzoek eenvoudig negeert.

Het komt bij mijn weten niet voor dat geconcludeerd wordt: die-en-die benadering helpt niet en dus passen we haar niet meer toe.

Alleen bij excessen die de moraal raken is er soms enig protest tegen een werkwijze (zie de discussie rond Pakhuis Amerika in MGV en VN).

Psychotherapeuten stichtten verenigingen, beginnen clubs, verzamelen volgelingen, en proberen met veel reclame een markt voor hun produkt te vinden.

De reclame van de psychotherapie leidt tot wat De Swaan (1979) "proto-professionalisering" noemt. Het psychotherapeutisch jargon wordt, bijv. middels publikaties in damesbladen, gemeengoed. Mensen constateren bij zichzelf tekorten die met behulp van psychotherapie aangevuld zouden kunnen worden, wenden zich tot een behandelaar, die hen meestal maar matig tevreden kan stellen, of het bezoeken van behandelaars wordt evt. op zichzelf een kick: na de Gestalt de encounter, na de encounter de bio-energetica - enz. Gesprekstherapie heeft eigenlijk alle kenmerken van kwakzalverij. De procedures hebben enige verwantschap met de echte geneeskunde,

maar dat is ook alles.

Moet, als de zaken er zo voorstaan, de gesprekstherapie dus gestaakt worden?

Nee, want het is bekend dat zij, gemiddeld gesproken, enigszins helpt (Luborsky et.al., 1975; Shapiro & Shapiro 1982, samengevat door Wagenaar, 1983). Er kan ook wel iets gezegd worden over wat helpt. Gedocumenteerd is dat therapieën die een cognitieve verheldering geven, die m.a.w. iets onbegrijpelijks tot iets begrijpelijk en iets hanteerbaars maken, een beter resultaat geven dan therapieën die voor de patiënt onbegrijpelijk blijven (de rogeriaanse werkwijze is hier een voorbeeld van). Het lijkt verder aannemelijk dat cognitieve verheldering die met actie gecombineerd wordt, de kans op succes groter maakt. Vervolgens lijkt waarschijnlijk dat de successen die door uiteenlopende therapie-scholen bereikt worden niet zozeer te danken zijn aan hun verschillende, specifieke referentiekaders of technieken, maar veel-
eer aan wat zij gemeenschappelijk hebben, de zg. specifieke factoren: bestrijding van demoralisering, bevordering van een positieve verwachting, het aanbieden van een zg. "verklaring" voor de klachten, het aanbieden van een nieuwe manier om met de klachten om te gaan (zie Frank et.al., 1978; Van Dijck et.al., 1980). De patiënt zoekt volgens Frank doorgaans geen behandeling voor zijn klachten of symptomen - die vinden wij, de zg. behandel-
laars, belangrijk -, maar hij komt omdat hij zijn "sense of mastery" kwijt is en hoopt die terug te krijgen. (In zoverre vermindering van klachten tot een sterker besef van "mastery" leidt, is het natuurlijk belangrijk daar aandacht aan te geven.)

Wie een patiënt hoop wil geven, een geloofwaardige "verklaringsmythe" kan verschaffen en hem een manier aan de hand doet met behulp waarvan hij zijn "sense of mastery" kan vergroten, die staat voor de opgave om te geloven in wat hij zegt, terwijl hij even later - bij een andere patiënt - juist iets anders moet geloven, en terwijl hij weer later noch het een noch het ander moet geloven, want zulk geloof staat reflectie en correctie van inadequate behandelingen in de weg.

Wagenaar (1983), die zelf zintuig-psycholoog is, vindt dat het onderzoek naar psychotherapie nu verder wel gestaakt kan worden. "Er zijn nu genoeg breedspectrum psychotherapieën die niet berusten op een gedegen theoretische ondergrond; het heeft geen zin om meer van hetzelfde te ontwikkelen. (...) Laten we maar tevreden zijn met de constatering dat psychotherapieën een bescheiden effect hebben, en ons vervolgens met verdubbelde ijver werpen op de psychologie als wetenschap."

Dat is mooi, zeker die "verdubbelde ijver", men kan het er ook mee eens zijn, maar het lijkt toch niet verstandig om de psychotherapie zonder enige verdere ordening te laten voortwoekeren. Wanneer het niet lukt darmkanker te voorkomen of adequaat te bestrijden, zegt men ook niet dat nu de chirurg die een a.p. aanbrengt dit nu maar naar eigen inzichten verder moet aanpakken,

terwijl diens resultaat toch ook meestal bescheiden genoemd moet worden, althans in het ervaren van de patiënt.

Resultaat is trouwens niet het enige dat telt bij het praten met mensen met problemen. De meeste gesprekken hebben in zekere zin geen nut of resultaat, en toch is dat geen reden om met spreken op te houden. Klaarblijkelijk is de poging om door middel van spreken problemen op te lossen een waarde in de cultuur, en praten met een gebrekkig resultaat lijkt toch te prefereren boven bijv. door middel van neurochirurgie geforceerde oplossingen voor psychiatrische problemen.

M.a.w. er zijn soms effectiever oplossingen dan die welke we gebruiken, maar waarden van de cultuur doen ons toch de minder effectieve prefereren.

Pretenties van de (sociale) psychiatrie

Veel patiënten willen vooral gelukkig worden, en de SPD kan daar niet voor zorgen. Nog maar kort geleden werd gedacht dat de psychiatrie daar wél voor kon zorgen. Sociaal-psychiaters zouden hand-in-hand met agogen en trainers in menselijke relaties zorgen voor "welzijn", d.i. geluk, datgene wat aan de orde komt als je genoeg geld hebt. Een man als Weijel ("De mensen hebben geen leven") geloofde dit serieus.

Ademen publicaties tot + 1970 nog de geest van "gezamenlijk in de delinquent de zieke medemens willen herkennen", "begrip kweken voor de psychisch gestoorde", "de geesteszieke de kans geven aan het arbeidsproces deel te nemen" (kortom: "Nederland herrijst", met Speijer als sociaal-psychiatrisch representant), later breidt de psychiatrische pretentie zich uit tot de samenleving zelf, en ontwikkelt zij utopisch aandoende ideeën over hoe mooi de wereld kan worden als... (crèches, gelijkheid man en vrouw, democratisering, de middenschol, gelijkwaardigheid van de homoseksueel enz. enz.). "Morgen brengen" heet een bundel van Trimbos over dit onderwerp uit 1972. (Goed gekozen titel.)

De sociale psychiatrie heeft een actieve bijdrage geleverd aan de slachtofferisering en patiëntisering van alles en iedereen. Elkeen was wel de dupe ergens van en kon daarmee niet meer geheel serieus genomen worden, wat in de praktijk niet betekende: en wordt dus zo geholpen dat hij weer wel serieus genomen kan worden, maar: en komt dus voor een financiële vergoeding in aanmerking.

Het zou misschien wel wonderlijk geweest zijn wanneer de psychiatrie zich van dit type de hele maatschappij doortrekkende trends had weten te distantiëren, maar dat zij tot de leegverkoop van haar eigen vak zou overgaan (anti-psychiatrie!) blijft vreemd, vooral gezien de anti-wetenschappelijkheid van de modebeweging.

In een paar jaar tijd (of nog korter) is alles weer veranderd. Cliënten heten weer patiënten. De psycholoog test weer. De debiel heet weliswaar zwak of matig begaafd, maar hij is toch niet meer

een genie dat na een VOS-cursus de wereld versteld zal doen staan. Er is werkloosheid. Er wordt gekankerd op eindeloze democratische procedures. De agologie wordt min of meer afgeschaft. De SPD heeft geen "coördinator" meer en de vergaderingen worden niet meer bij toerbeurt door alle teamleden voorgezeten, maar er is een hoofd, en dat hoofd zit de vergaderingen voor (en gelukkig zegt hij niet dat hij "best wel zenuwachtig" is voor hij de moed heeft de aanwezigen welkom te heten).

De overspannen pretenties van de jaren zestig en zeventig zijn niet meer aan de orde. De sociale psychiatrie houdt zich weer bezig met patiënten. Over het "medisch model" en het "sociaal model" hoort men niet meer, gelukkig.

Het is ook altijd onzin geweest.

De aanhanger van het "medisch model" verwachtte dat op een goede dag zou blijken dat de aandoeningen van zijn patiënten door biologische factoren veroorzaakt werden. Hij verwachtte het, hij geloofde het, hij hoopte het evt. - maar hij wist het niet.

Ook de aanhanger van het "sociaal model" geloofde, maar weten deed hij niet.

Wie gelooft dat anorexia nervosa uiteindelijk zal blijken te berusten op intrapsychische conflicten, op interactionele problemen, of op endocrinologische ellende, voelt zich misschien prettig en zeker, maar praktisch brengt al dit geloof ons niet verder, en vermoedelijk brengt het ons zelfs achterop.

Onder het aanroepen van het "medisch model" zijn patiëntengroepen verwaarloosd, onder het aanroepen van het "sociaal model" zijn o.a. schizofrenen geïdealiseerd, als illustratie van de denkbeelden van de Meester gebruikt, en vergeten.

Men mag bij de SPD van alles geloven en onderzoeken, als bij de behandelingen maar uitgegaan wordt van doelstellingen die voor deze patiënt te bereiken zijn binnen afzienbare tijd. Emancipatoire en andere soorten normatieve doelstellingen horen de patiënt niet te worden opgelegd.

Psychiatrie, psychotherapie, directieve therapie

Is er "fundamenteel" weinig bekend over psychiatrische toestanden en over de effectiviteit van gesprekstherapie - in de praktijk is er een aanzienlijke hoeveelheid inzichten, gedachten en ideeën waarmee te werken valt.

Zolang Wagenaar zijn wetenschappelijke psychologie nog niet van de grond heeft, moeten we voorlopig maar aannemen dat de Schep- per niet slechts één model gebruikte bij de creatie van de menselijke psyche, maar drie: het psychodynamisch model, het leertheoretisch model, het model van de communicatie- en systeemtheorie. Verder gaf Hij de mens een lichaam waarvan de processen voortdurend op een storende manier interveniëren met de psychische constellaties die in die drie modellen beschreven kunnen worden: het biologisch model. Vervolgens zorgde Hij ervoor dat de narigheid die zich bij mensen voordoet niet zomaar ongericht geuit wordt, maar dat zulks in bepaalde patronen geschiedt. De mens

heeft die patronen voorlopig vastgelegd in de DSM III. Ten slotte heeft Hij ons ook enige kennis gegeven van de wijze waarop zodanige veranderingen in het lichamelijk functioneren tot stand gebracht kunnen worden, dat een vergroting van het geestelijk welbevinden daarvan het gevolg is: de klinische farmacologie.

En ten slotte heeft Hij ons een aantal manieren gegeven om de uit zijn evenwicht gebrachte mens zich met behulp van gesprekken beter te doen gevoelen. Wij hebben deze manieren bij elkaar maar "directieve therapie" genoemd.

De directieve therapie is een open systeem, men kan ook zeggen: een zootje. Zij omvat praktisch alle ingrediënten waarvan verwacht mag worden dat ze "iets doen", maar er zijn geen precieze richtlijnen omtrent het gebruik van die ingrediënten in de keuken. Het is dus mogelijk er zeer vieze gerechten mee samen te stellen. Kijk maar:

Flooding bij een verse reactieve depressie; paradoxale intentie bij een kind met faalangst aan wie veel te hoge eisen worden gesteld; positief etiketteren bij een crimineel ingestelde figuur; in metaforen spreken bij een debiele patiënt; hypnose bij een vitale depressie; streeloefeningen bij mensen die elkaar haten; een plastic zakje bij een geagiteerde depressie. Enz., enz.

Niettemin: er zijn ook smakelijke gerechten te bereiden. Niet alleen in twee dikke boeken en een omvangrijk tijdschrift zijn enkele van die recepten weergegeven, maar ze worden dagelijks samengesteld met behulp van kennis, gezond verstand, intuïtie, ervaring, overleg en enkele vuistregels.

Directieve therapie is niet een nieuwe school, niet het laatste woord, niet een doctrine, maar een strategische manier van denken.

De tot op heden geformuleerde kenmerken (zie Van der Velden & Van Dijck, 1977, en Van Dijck et.al., 1980) worden hieronder voor de volledigheid opgesomd:

1. De therapeut geeft aanwijzingen.
2. De behandeling is beperkt in tijd.
3. De doelen zijn concreet.
4. De problemen worden in een zo gunstig mogelijke context geplaatst.
5. De therapeut is pragmatisch.
6. De therapeut stimuleert de patiënt iets concreets te doen.
7. De therapeut bevordert de aanwezigheid van zg. "aspecifieke factoren", d.w.z. hij sluit aan bij verwachtingen van de patiënt, geeft hoop en bestrijdt demoralisering.

Met dit combinatiepreparaat moet een SPD kunnen werken.

ENIGE BEHANDELPROGRAMMA'S

Kees Hoogduin

1. Inleiding

Natuurlijk is het onzin zo maar een verzoek tot behandeling van een klacht met een kant en klaar behandelprogramma aan te vatten.

Een zorgvuldige taxatie, een afwegen van het belang van factoren die mogelijk hebben bijgedragen tot het ontstaan van de klacht of die de klacht in stand houden, spreekt vanzelf.

De behandeling zal vooral aandacht schenken aan deze factoren. Daarnaast is het prettig wanneer de therapeut beschikt over strategieën die effectief gebleken zijn bij de behandeling van dergelijke klachten. In het hiernavolgende worden enkele van deze behandelprogramma's beschreven:

- De behandeling van ~~dwang-~~ en drangmatig masturberen.
- De behandeling van de Torticollis Spasticus.
- De behandeling van frequente defaecatie-aandrang, het zgn. Severe Toilet Training Program (S.T.T.P.).

2. Over dwang- en drangmatig masturberen

Klaarkomen - ejaculeren - is te zien als het slot van het mannelijk sexueel gebeuren; een reeks op elkaar volgende gedachten en handelingen. Zoiets kan beginnen met:

- de bron van liefde, begeerte, verliefdheid;
- het zien van een sexueel prikkelend voorwerp;
- een te nauwe broek;
- plassen - het voelen, zien van het genitaal;
- het doen van het avondgebed in bed, waarbij vergiffenis gevraagd wordt voor het plegen van 'ontuchtige' handeling;
- jeuk, pijn aan het genitaal
- soms gebruikt de patient masturberen volgens het principe van de reciproke inhibitie: ondraaglijke gevoelens als angst, eenzaamheid, nare gedachten worden (tijdelijk) door de sterke sexuele gevoelens weggemasturbeerd.

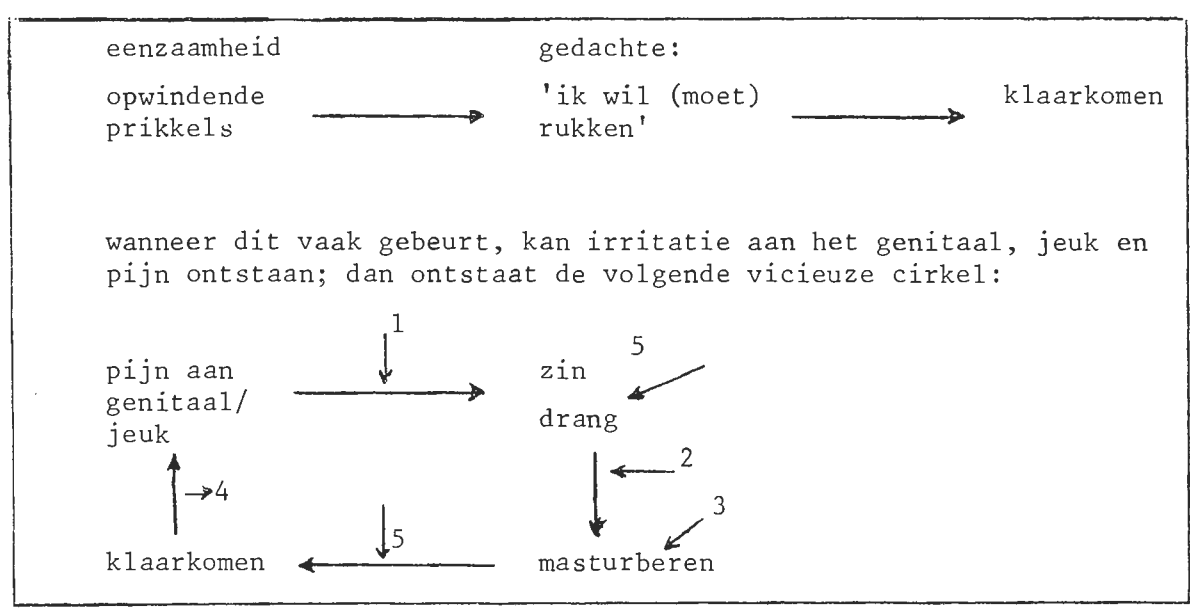
(Zo krijg ik bijv. altijd ontzettende paringsdrang als ik met een geliefde door eenzame bos en heide wandel; ieder mens heeft zo zijn specifiek prikkels).

Het gaat in dit geval over een man met dwangmatig masturberen.

De behandeling kan er als volgt uitzien:

- Stimulus controle,
- S-R interventies (gedragstherapeutisch gezien een ouderwetse term, maar voor directieve therapie nog heel bruikbaar);
- Respons-consequenties (als het weer gebeurd is volgens het 'te veel en te weinig' principe, d.w.z. de consequenties die hij moet doen na bijv. drie keer masturberen moeten als zinvol, maar ook als met een voldoende aversieve inhoud - geïnterpreteerd kunnen worden en tegelijkertijd een masturberen onmogelijk maken, bijv. een bezoek aan zijn oude moeder in het bejaardentehuis van een uur, met een verbod in die tijd het toilet of ander geschikt spermatoir (vgl. Hermans) op te zoeken.

Stimulus controle houdt in dat die situaties en gedachten die aan het begin van de keten staan, al beïnvloed worden (zie schema).



Oplossingen binnen dit gegeven schema:

1. Zalf op genitaal (door huisarts voorgeschreven), anaesthetisch voor gevoelige slijmvliezen geschikte zalf, die pijn en jeuk verminderen.
2. Als toch weer de drang of zin komt, onmiddellijk bij de eerste gedachte een actie in gang zetten die als zelfbestrafing te zien is

van dit verlangen, maar opnieuw als nuttig te interpreteren is (bijv. hardlopen, fietsen, sporten, zware lichamelijke inspanning; vgl. de 'pater-adviezen' vroeger op school: veel sporten als remedie bij zelfbevlekking).

Hoewel de zware lichamelijke inspanning weliswaar het sexueel enthousiasme vermindert, wordt bij veel sporten de lichamelijke conditie beter. Dit betekent weer meer sexuele mogelijkheden (vgl. het toenemen van jogging en het gelijktijdig toenemen van porno-videobanden-verhuur). Zodra hij thuiskomt en de zin komt weer op, moet opnieuw een motorische inspanning uitgevoerd worden.

- 3. Mocht hij toch gaan masturberen, dan moet hij het anders doen: bijv. wanneer hij rechtshandig is, moet hij het voortaan linkshandig doen, of éénmaal per dag masturberen is de norm, of éénmaal per week, of driemaal per week; dat mag dan rechtshandig gebeuren en de rest linkshandig (of omgekeerd bij linkshandigheid).

Als hij toch besluit te masturberen, kan hem gevraagd worden dit nog vijf minuten uit te stellen (volgende maal tien minuten, etc.).

Ook kan een plaats gezocht worden voor het masturberen. Dit om het minder gezellig te maken, bijv. alleen nog maar staande op zolder, altijd volledig uitgekleeft of juist indien hij dat wil, etc.

- 4. Heeft hij gemasturbeerd, dan moet er een negatieve self-punishment uitgevoerd worden: boodschappen doen, oude vrouwtjes helpen oversteken, geld overmaken en wegbrengen naar de brievenbus, de fiets weer pakken, etc.

- 5. Mocht dit allemaal niet lukken, dan blijft een mogelijkheid over van medicamenteuze behandeling. De meeste neuroleptica, bijv. Melleril, hebben een verstoring van de sexualiteit tot gevolg (niemand vraagt hiernaar; dat is maar goed ook, anders zou voor de patiënten duidelijk worden wat er aan de hand is; nu denken ze dat hun ziekte zich ook op sexueel niveau uitgebreid heeft).

Frenactil nu heeft deze bijwerking uitgesproken in een dosering van 3 x 8 of 3 x 10 druppels per dag (resp. 1,2 en 1,5 mg per dag). Frenactil dus als niets anders helpt en de behandeling mislukt is en de therapeut te beroerd is om een andere therapeut te zoeken voor consultatie of verwijzing.

3. Over de Torticollis Spasticus

De Torticollis Spasticus (meestal een combinatie van een ticachtige beweging en een daaropvolgend dystorsie spasme) begint òf als een neiging het hoofd naar een bepaalde kant te bewegen, òf als een tic van het hoofd naar één kant.

Een patient vertelde dat bij het afscheid nemen van zijn (ten gevolge van een ongeval) overleden zoontje zijn hoofd zich naar links verdraaide: hij kon het dode kind niet aanzien. Sindsdien (drie jaar geleden) had hij last van een torticollis.

De torticollis is niet bij iedere patient van eenzelfde ernst. Sommigen hebben een totaal gefixeerde scheefhals; anderen alleen in bijzondere omstandigheden. Over de oorzaak van de scheefhals hoeft niet al te lang gepraat te worden. Het meest aannemelijk is op dit moment - net als bij tics - een biologische genese (zie Hoogduin & De Haan, 1983). Met een biologische genese wordt bedoeld dat op grond van hersenafwijkingen (anatomisch, neurofysiologisch of biochemisch) de basis voor dit symptoom aanwezig is; onder invloed van allerlei omstandigheden komt deze klacht naar voren.

De hier voorgestelde behandeling van de torticollis bestaat uit twee belangrijke elementen:

- a. Een oefenprogramma gebaseerd op het werk van Azrin & Nunn.
 - b. Een diepe spierontspanning met behulp van hypnose en autohypnose.
- Het programma van Azrin en Nunn heeft vooral tot doel met behulp van isometrische contracties de contra-laterale nekspieren te versterken om aldus de scheefgegroeide spiervershouding in de nek te compenseren. Door de voortdurende contracties van de spieren die de scheefhals verzorgen, ontstaat er hypertrofie van de spieren die daarbij betrokken zijn. Door de oefeningen van de contra-laterale spieren ontstaat een herstel van het evenwicht.

ad A:

Dit programma bestaat uit:

1. Oefenen van het hoofd in middenstand; in het begin kan dit soms niet, dan wordt een stand in de richting van de middenstand geaccepteerd. Soms kan de patient dit maar één seconde volhouden. Hoog-frequente oefenperioden worden ingebouwd.
2. Wanneer de torticollis nog niet zo gefixeed is en de patient steeds het hoofd zelf even in de middenstand brengt, moet in aansluiting aan

iedere beweging in de richting van de torticolliskant enige seconden tot minuten het hoofd naar de andere kant gebracht worden en de spieren worden in die uiterste stand gedurende enige seconden tot 30 seconden maximaal, aangespannen zonder dat het hoofd nog beweegt (isometrische contractie).

3. Wanneer de patient vanuit de middenstand de neiging voelt het hoofd naar de torticollisstand te bewegen, zal hij eerste een beweging naar de andere kant maken en de hiervoor beschreven oefening doen.
4. Bij taxatie blijkt vaak dat de patient met een torticollis in bepaalde situaties minder last heeft. Inventarisatie van deze situaties en inventarisatie van situaties met veel last, geven mogelijkheden de patient (evt. tijdelijk) meer situaties te laten opzoeken waarin hij minder last heeft en omgekeerd. Ook kan gekeken worden of de situaties met veel klachten dusdanig veranderd kunnen worden dat ook hier minder torticollis-neiging optreedt.

Ad B:

Vooraf wanneer de torticollis nogal onrustig is (bedoeld wordt: bestaat uit een tic en correcties) is hypnose niet eenvoudig. Een mogelijkheid is de patient te vragen op een bank de houding - vaak met behulp van kussens - in te nemen waarin hij 's avonds gaat slapen (De Haan, 1982). Wanneer de torticollis vrijwel voortdurend aanwezig is, kan in deze stand de eerste inductie plaatsvinden. In eerste instantie gaat het er vooral om de patient een goede algemene relaxatie te leren. Met behulp van een cassettebandje kan dit thuis verder geoefend worden.

Vervolgens kan de hypnose gebruikt worden om de patient goed te motiveren de gemaakte afspraken zoals die in het eerste gedeelte genoemd zijn, uit te voeren.

Ten slotte kan met behulp van indirecte suggesties geprobeerd worden het hoofd naar de middenstand te krijgen, zoets als: "Het kan zijn dat u nadat u de trancetoestand goed onder de knie heeft, vanuit het onbewuste steeds wanneer de neiging komt het hoofd naar één kant te bewegen, een impuls - in het begin vaak onmerkbaar - krijgt om het hoofd onwrikbaar in de middenstand te houden" o.i.d.

4. Over de behandeling van frequente defaecatie-aandrang met of zonder defaecatie met behulp van het zgn. 'Severe Toilet Training Program'

Het gaat bij deze patienten om het volgende probleem: zodra zij op weg gaan naar het werk, of naar een winkel gaan - vaak ook al bij de gedachte dat dit weldra zal moeten gebeuren -, ontstaat er een aandrang om te defaeceren. Vaak vindt er ook een defaecatie plaats. In plaats dat hierna echter opluchting ontstaat, herhaalt zich dit probleem.

Het is probleem zoals vele mensen wel kennen van bijv. een examensituatie of een huwelijksluiting; vele sportmensen hebben dit probleem vlak voor belangrijke wedstrijden. Vlak voor de start van een marathon is het vrijwel onmogelijk een toilet te bereiken; indien dit toch lukt, wordt door een ondraaglijke stank in de toiletruimte duidelijk dat in kort tijdsbestek vele sporters nog even defaeceerden.

Voor sommige mensen is het zich aan het werk begeven of een winkel bezoeken een stressvolle gebeurtenis die het darmkanaal opjaagt tot een verhoogd motiliteit met versnelde faecesproductie en een daaruit voortvloeiende verhoogde aandrang en ook frequente defaecatie. Bij sommige mensen dan weer neemt deze aandrang hervige vormen aan. Zij zijn bang het niet langer op te kunnen houden en durven pas te vertrekken als de rust wat weergekeerd is - wat soms pas 's avonds gebeurt - of ze vliegen na een derde of vierde toiletbezoek naar het toilet op het werk om daar nog enige uren met dit probleem verder te worstelen.

Dit programma is ontwikkeld voor een man die op werkdagen onmiddellijk na het opstaan last kreeg van deze klacht ('s morgens rond 7 uur) en die pas rond 11 uur de rust in zijn darmen terug kreeg. De eerste uren van zijn werk moest hij vaak voor kleine beetjes het toilet bezoeken.

Het programma is gericht op bestrijding van het symptoom en de aanpak van de stress. De patient krijgt te horen dat de mogelijkheid bestaat de defaecatie weer onder controle te krijgen. Verteld wordt dat mensen voor slapen, plassen en ontlasting een soort biologische klok hebben die ervoor zorgt dat deze functies op bepaalde tijden plaatsvinden. Door stress, spanning, nervositeit, e.d. kan dit biologisch gebeuren verstoord raken. De defaecatie geschiedt niet meer volgens de biologische klok, maar als gevolg van stress.

De behandeling zal uit twee componenten bestaan:

1. Opnieuw controle krijgen over de defaecatie - het opnieuw instellen van de klok.

2. Vermijding van stress - analyse en aanpak van de stressgevende factoren;
- ontspanningsoefeningen.

Bij dit behandelprogramma is het een voordeel wanneer het gewone leven - werk, huishouden, boodschappen doen - voortgang kan vinden. Wanneer de klachten (d.i. verhoogde defaecatie en frequentie van defaecatie) 's ochtends twee uur of drie uur duren, zal deze tijd nodig zijn voor het behandelprogramma. Dat betekent dus dat dit aantal uren eerder opgestaan zal moeten worden. Deze tijd wordt besteed om de defaecatie weer onder controle te krijgen. Ieder kwartier c.q. half uur zal de cliënt naar het toilet gaan en proberen (niet te hard persen: pas op voor aambeienontwikkeling) te defaeceren. De rest van de tijd zal gebruikt worden voor ontspanningsoefeningen, nuttige huishoudelijke karweitjes, de krant lezen, enz. Na deze periode gaat de cliënt naar zijn of haar werk of gaat boodschappen doen. Meestal wordt verwacht vervolgens minder last te hebben. Deze hoopvolle verwachting kan beter voorkomen worden (een nieuwe teleurstelling dreigt immers) met de mededeling dat de eerste tijd waarschijnlijk geen verbetering waarneembaar zal zijn. De verandering van dagindeling is waarschijnlijk van groot belang bij de uitvoering van het programma. In plaats van gehaast en gespannen naar het werk gaan, ontstaat een sfeer van rust en ontspanning. Naarmate de klachten op het werk afnemen, kan het opstaan geleidelijk aan ook minder vroeg geschieden.

Het tweede deel van de behandeling - de aanpak van de stressgevende factoren - zal bij iedere cliënt verschillend zijn. Dit kan zijn het besteden van aandacht voor de onvrede met de werksituatie, te veel willen presteren, conflicten op het werk, etc.

Een behandeling van die cliënten die de klacht slechts kortdurend hebben, bijv. op weg naar een winkel of in een winkel, kan zijn: het aanbieden van een programma met behulp van een campingtoilet in de auto. Het programma is dan een stap-voor-stap-programma waarbij de auto als rijdend toilet functioneert. Mocht het de cliënt te machtig worden, dan kan het toilet in de auto een sneldrukje mogelijk maken. De praktijk wijst uit dat deze zekerheid cliënten helpt een eerste stap te wagen.

In de praktijk blijken deze cliënten van de mogelijkheid van defaecatie in de besloten ruimte, evt. in gezelschap van de partner, weinig gebruik te hoeven maken.

Sommige cliënten hebben niet de defaecatiedrang als klacht, doch slechts een angst plots betrapt te worden op het laten van een luide wind.

Een vrouwelijke cliënt kampte met dit probleem wanneer zij in de rij wachtenden voor de kassa in een supermarkt. Nadat met haar doorgenomen was dat de wereld door zou draaien wanneer dit gebeurde, werd aan haar en haar partner - die haar vergezelde - een oefenprogramma voorgesteld om haar wat te harden voor de reacties van andere mensen. Zij en haar man zouden om beurten in velerlei situaties waar ook vreemde mensen in de buurt waren, met de mond geluiden van volwassen winden nabootsen en vervolgens de reacties van de anderen observeren. De zitting werd afgesloten met het met veel gelach oefenen in de productie van deze namaak-winden.

De volgende zitting verliep eveneens met luide lachsalvo's. De zitting werd besloten met de afspraak dat mevrouw in de supermarkt alleen dit experiment nog eens zou herhalen.

Cliënte vertelde de volgende en laatste zitting dit experiment niet meer gedaan te hebben, Van de aandrang tot het laten van winden had zij de laatste maand geen last meer gehad.

Een andere cliënte, een kapster, had gedurende haar werk een dusdanig verhoogde aandrang tot defaeceren dat zij haar werk moest beëindigen omdat zij geen klant meer kon helpen zonder een bezoek aan het toilet.

Vanuit haar ziekteverlof werd een programma ingesteld met toiletbezoek om de vijftien minuten; dit werd vervolgens uitgebreid tot één uur waarna zij in overleg met haar bazin toestemming kreeg deze oefeningen op haar werk te doen, eerst nog zonder kappen, geleidelijk aan met kappen.

Na twee maanden was zij goed in staat het toiletbezoek tot voor en na haar werk - tot tweemaal per dag - te beperken.

Kees van der Velden

Inleiding

'Luxe!, luxe!', roept zenuwarts Hoogduin. 'Geen tijd voor! Kom ik alleen in vakanties aan toe!', verzucht psychiater/seksuoloog/psychotherapeut Vandereycken. Denkt U dat dit hun reactie is wanneer ik hun vertel dat ik graag mag hardlopen of met plezier redactievergaderingen bijwoon? Nee, zo reageren zij wanneer hun ter ore komt dat de schrijver van dit artikel weleens een leesboek leest, naar een grammofoonplaat luistert, een museum binnengaat.

Beide vrienden zullen wel bedoelen dat ik mijn tijd verdoe, of, minder paranoïed, dat zij hun tijd beter gebruiken. Terwijl zij Lazarus' The Practice of Multi-Modal Therapy doornemen, diens BASICID-systeem van buiten trachten te leren, en dusdoende almaar deskundiger worden, zit ik zo'n beetje te ginnegappen om de avonturen van Oblomow, en blijf dom. Deze bijdrage wil een verantwoording van mijn vrijetijdsbesteding zijn. Wat ik ermee hoop te bereiken is niet slechts dat de lezer besluit mij mijn liefhebberij te gunnen, nee, de ambitie gaat verder. Ik hoop dat de lezer zover komt dat hij naar zijn bureau gaat en de stapel daar in ogen-schouw neemt. Dus niet alleen de nieuwe Meichenbaum, maar ook de nieuwe Rossi, de nieuwe Zeig, de nieuwe Selvini Palazzoli, de nieuwe Minuchin, de nieuwe Garfield, de nieuwe Barber, de nieuwe Haaijman, de nieuwe Flomenhaft, de nieuwe Holroyd en de nieuwe Frank Bockus. En dat hij dan besluit om de nieuwe Meichenbaum, de nieuwe Rossi, de nieuwe Zeig, de nieuwe Selvini Palazzoli, de nieuwe Minuchin, de nieuwe Garfield, de nieuwe Barber, de nieuwe Haaijman, de nieuwe Flomenhaft, de nieuwe Holroyd en de nieuwe Frank Bockus nu maar eens niet te lezen. En dat hij op zijn gemak gaat zitten, de grammofoon aanzet en zich bedenkt wat Simeons woorden 'Ich habe genug' (J.S.Bach, Cantate nr. 82) voor hem te betekenen hebben.

Om dit doel te bereiken wil ik proberen een brug te slaan tussen de kunst en de psychiatrie. (Toe maar!) Ik wil nogeens terugkomen op de betekenis van psychoanalytische inzichten. Ik wil een onderschatte figuur uit de opera Don Giovanni bespreken. Ik wil zoveel.

.....

Don Giovanni in de psychiatrie

Don Giovanni is in de psychiatrie geen onbekende. Hij is het prototype van de fallisch-narcistische man. Wanneer hij zijn capaciteiten niet primair op seksueel gebied ontplooit, maar bijv. in de wetenschap of in bestuurlijke functies, dan wordt hij de Don Giovanni-van-het-succes genoemd.

Wie op het idee kwam dit type uit de Spaanse vertelkunst in de psychiatrie te introduceren weet ik niet. Noch Kuiper (1967), noch Hinsie & Campbell (1970), noch enig ander door mij geraadpleegd auteur noemt een bron.

(Stelt U zich hier alstublieft niet teveel van voor! Ik keek in de registers van Munroe's Psychoanalytic Thought en Mullahy's Oedipus - Myth and Complex en nog wat van dergelijke overzichtswerken, maar niet in de meest voor de hand liggende bron: Freuds Gesammelte Werke. Die heb ik namelijk niet en om een mij niet bekende reden ben ik daar ook erg blij om.)

Hoewel de typeringen Don Giovanni en Don Giovanni-van-het-succes vaak gebruikt worden, bijv. ter aanduiding van de premorbide persoonlijkheid van mannen met een involutiedepressie, leerde een volgens eigen regels uitgevoerde mondelinge enquête bij analytisch opgeleide supervisanten mij dat het verhaal van Don Giovanni slechts fragmentarisch bekend is bij de gebruikers van deze typeringen.

't Is iemand die achter de vrouwen aanzit', zo weet men te vertellen. 'Hij heeft een gebrekkige gewetensfunctie', heet het. Zo weinig als men van Don Giovanni's wederwaardigheden weet, zo veel weet men van zijn drijfveren: hij weert passief-feminiene tendenzen af, hij moet zich ervan overtuigen dat hij niet gecastreerd is, hij is gefixeerd in de rivaliteit met de vaderfiguur. 't Komt er dus op neer dat de Don Giovanni 'eigenlijk' een Jan Hen is die iets aan zijn ogen mankeert.

Maar als hij 'eigenlijk' zo is, waarom laat hij zich dan niet verwennen door een potige verpleegster? Nou, dat zou-ie wel willen, maar dat durft hij niet! Bang dat-ie homoseksueel zal blijken!

Deze verklaring geeft de doorgaans niet overdreven viriel uitgevoerde werker in de geestelijke gezondheidszorg een geweldige voldoening. Niet hij is een bleekscheet, maar de Don Giovanni-figuur, althans 'eigenlijk'. 'Tja, dat komt ervan', denkt de hulpverlener die een gedecompenseerde man in handen krijgt, 'Had-ie z'n passieve verlangens maar niet moeten afweren!' De involutiedepressie, de laaiende paranoia, het infarct - ze vormen de straf voor de held die teveel riskeerde.

De opera :

Op 29 oktober 1787 ging de opera Don Giovanni in Praag in première.

Muziek: W.A.Mozart. Tekst: Lorenzo da Ponte. Da Ponte's libretto was geïnspireerd door een of meer van de vele versies van het in 1630 door Tirso de Molina gedramatiseerde *El Burlador de Sevilla y Convidado de Piedra*, wat schijnt te betekenen: De Losbol van Sevilla en de Gast van Steen (als ik fout ben, excuses, ik vertaal gedeeltelijk uit het Engels). Het is het verhaal van Don Juan, de verleider, die niet alleen vrouwen ongelukkig maakt maar ook de vader van een van zijn slachtoffers vermoordt. Deze vader, 'de commandant', verschijnt aan het eind van het verhaal als tot leven gekomen standbeeld, die of dat Don Juan ten slotte naar de hel brengt waar hij voor zijn zonden kan boeten.

Het drama van Tirso schijnt enorm populair geweest te zijn. Het inspireerde onder anderen Molière, Goldoni, Byron, Balzac, Musset en Bernard Shaw tot het maken van eigen varianten (Sauls, z.j.). Ik vermeld dit niet alleen om aan te geven dat we waarachtig niet van de straat zijn als we ons met dit onderwerp bezighouden, maar ook om iets van de inspirerende kracht van het Don-Juanverhaal aan te geven.

De versie van Mozart en Da Ponte.

Hoofdpersonen:

Don Giovanni, uiteraard. Vrouwenjager. Niet monogaam. Meester van het positief etiketteren ('Hij noemt lange vrouwen majesteitelijk, de kleine zijn altijd charmant'). Van hypochondrische neigingen, angstequivalenten of dwangmatige preoccupaties geen spoor. Wanneer hij aan het eind van de opera de gelegenheid krijgt berouw te tonen over zijn wandaden maakt hij daar geen gebruik van. Het feit dat duivelen hem aansluitend naar de hel zullen afvoeren lijkt geen belangrijke invloed te hebben op zijn humeur. Leporello, knecht van Don Giovanni. Clowneske assistent. Houdt een lijst bij met de veroveringen van zijn meester ('In Italië zeshonderdveertig; in Duitsland tweehonderdeenendertig; honderd in Frankrijk; in Turkije een en negentig, in Spanje reeds duizenddrie'). Schudt aanhoudend het hoofd over het gedrag van zijn baas, maar verlaat hem pas wanneer Don Giovanni dood is. Is Don Giovanni meer toegenege dan Don Giovanni hem. Donna Anna. Wordt verleid door degeen naar wie het drama genoemd is. Ze weet zich los te rukken. Wanneer haar vader, de commandant, haar te hulp wil komen wordt hij gedood door Don Giovanni. Donna Anna rouwt gedurende de gehele opera uitbundig om het verlies van haar vader. Dit tot verdriet van haar verloofde,

Don Ottavio. Op dit stel komen we nog terug. Don Ottavio zullen we hier als een sterk meevoelende man omschrijven, iemand die het beste met zijn verloofde voor heeft.

Donna Elvira. Is bedrogen door Don Giovanni. Iets in haar verhindert haar te geloven dat hij niet te vertrouwen is en iets anders in haar faciliteert het geloof dat hij het ditmaal goed met haar meent. Zij wordt aldus vaak teleurgesteld en is daar aanhoudend ontzet over. Men kan haar volgen wanneer zij ten langen leste - na Don Giovanni's dood - besluit het klooster in te gaan.

Masetto. Jonge boerenknecht. Vurig, hartstochtelijk, sterk tegen onrecht gekant, jaloers. Een soort pummel zou je zeggen, maar Hildesheimer (1977) geeft hem een belangrijke plaats in de geschiedenis van het sociale drama. Hij tracht het op te nemen tegen Don Giovanni, die hem zijn liefde wil afnemen. Dit liefje is

Zerlina. Misschien wordt Masetto wel een pummel gevonden omdat wij diep in ons hart vinden dat Zerlina niet zo heel goed bij hem past, niet zo goed als zij bijv. bij ... ons zou passen. Zerlina is een schat. Tegen Don Giovanni blijkt zij opgewassen. Wanneer Masetto haar ervan verdenkt dat ze voor de charmes van de held gezwicht is, zingt ze: 'Sla mij, sla mij, mijn Masetto. Sla je arme Zerlina. Ik zal hier wachten als een lam, en elke klap van je verdragen. Ik zal je mijn haar uit laten trekken, ik zal je mijn ogen laten uitrukken, en dan zal ik je heerlijke lieve handen gelukkig kussen.' (Er is veel geprobeerd tegen pathologische jaloezie, maar dit middel, toegediend door een heerlijk zingende sopraan, lijkt mij superieur.) Helaas kunnen wij over deze Zerlina nu niet doorgaan.

De commandant. Vader van Donna Anna. Wordt reeds in de eerste akte door Don Giovanni om zeep gebracht. Bij zijn graf wordt een standbeeld geplaatst: de commandant te paard. Aan het eind van het stuk komt hij wederom tot leven en is dan de 'stenen gast' die Don Giovanni zijn einde aanzegt.

De vrouwen zijn allen sopranen. Don Giovanni is een bariton, net als Leporello en Masetto. De commandant is uiteraard een bas. Don Ottavio is tenor. Het verhaal speelt zich af in steeds wisselende decors. Er vinden verkleedpartijen plaats, waardoor niet duidelijk wie wie is, en soms wordt de verkeerde op zijn gezicht geslagen. Alle hoofdpersonen, met uitzondering van Leporello, kunnen als vijanden van Don Giovanni worden gezien, althans in zekeren zin. Laten we zeggen dat ieder op haar of zijn eigen wijze bezworen tegen Don Giovanni heeft.

De opera bestaat uit de presentatie van Don Giovanni's schaamteloosheid en de weinig succesvolle pogingen van de anderen om hem te grazen te nemen. Wij zullen ons nu niet verder aan het verhaal wijden. Men moet dit zelf lezen, horen, zien.

De dynamiek van de partnerkeus

Analytici proberen mensen vooral te begrijpen vanuit hun eigen motieven of vanuit een theorie over hun eigen motieven. Mozes wordt aldus begrepen vanuit zijn schuldgevoel jegens zijn vader, Leonardo vanuit zijn polymorf-perverse instelling en Don Giovanni vanuit zijn gevecht tegen zijn zg. passief-feminiene tendenzen.

Zouden echter miljoenen mensen naar het theater gaan om daar een man in zijn strijd tegen zijn homoseksuele inslag waar te kunnen nemen? Het is niet waarschijnlijk. Men kan een dergelijk duel ook dichterbij huis zien als men dat wil, desnoods door het eigen gevoelsleven nader te inspecteren. Nee, de fascinatie door de Don Giovanni-figuur moet niet verklaard worden uit de motieven van Don Giovanni, maar uit de motieven van degenen die door Don Giovanni gefascineerd zijn: dat zijn niet alleen de theaterbezoekers, maar vooral de dames die zich zo tot Don Giovanni aangetrokken voelen dat zij zich met graagte aan Leporello's lijst laten toevoegen.

Wat zien vrouwen in hem?

Omdat ik mij niet met een Jantje van Leiden van deze vraag wilde afmaken, verdiepte ik mij in de literatuur. Ik las over masochisme, vadermoord en moederbinding, narcisme en zelfdestructie, projectie, overdracht, wellust en vernedering, almacht en intrusie. Ik las ook: Die Zweierbeziehung; Spannungsursachen; Störungsmuster; Klärungsprozesse; Lösungsmodelle; Analyse des unbewussten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollusions-Konzept, door Jürg Willi (1930). Die Willi! Wist U dat de ene mens de andere niet zomaar kiest? Wist U dat het niet alleen liefde is die de ene mens aan de andere bindt? Nee, daar komt een heleboel bij kijken! Ik zal maar eens wat noemen, alleen om een indruk te geven. Das Thema 'Liebe als Einssein' in der narzisstischen Kollusion. (U dacht misschien dat het een sterk punt was dat U het altijd met Uw levenspartner eens bent? Nu, dat is het dus niet.) Das Thema 'Liebe als Einander-Umsorgen' in der oralen Kollusion. (Voor elkaar zorgen is dus niet goed.) Das Thema 'Liebe als Einander-ganz-Gehören' in der anal-sadistische Kollusion. (Nooit meer 'O! Als ik toch eens de jouwe mocht zijn...' zeggen.) Das Thema 'Liebe als männliche Bestätigung' in der phallisch-ödipalen Kollusion. (Deugt ~~ook~~ ook niet.) Das gemeinsame Unbewusste der Partner. Psychosomatische Paar-Erkrankungen. Die Dialektik von Schuld und Verdienst bei psychosomatischen Paar-Erkrankungen. Die hysterische Ehe. Autonome Herrschaft. Passive Abhängigkeit. Trennungssängste. Emanzipationswünsche. Enzovoort.

Enzovoort.

En wist U hoeveel van de door Willi gepresenteerde theorieën gesteund worden door empirisch onderzoek? Geen. Nu zegt U misschien: 'Ja hoor, daar hebben we Van der Velden weer! Eerst proberen iemand belachelijk te maken door hem na te praten, alsof Willi het helpen kan dat hij zich in het Duits uitdrukt, en dan zeggen dat wat Willi beweert ook nog niet eens door de feiten gesteund wordt. Makkelijk is dat. Wordt, om maar eens wat te noemen, datgene wat onder de naam directieve therapie gepresenteerd wordt, wordt dat dan wèl door feiten gesteund? Is daar wèl zg. objectief onderzoek naar gedaan?'

Nee, daar is inderdaad geen objectief onderzoek naar gedaan, zo zou ik willen antwoorden, maar directieve therapie is iets dat bedoeld is om mensen gerust te stellen, te kalmeren, tevreden te maken, en hoort als zodanig bij de drank, bij rookgerei, bij de schone kunsten; maar Willi, althans zijn boek, hoort bij de dingen van het leven die bang maken, verontrusten, twijfel teweegbrengen, en voor je iemand uit zijn evenwicht brengt mag je wel degelijk eerst eens nagaan of het ook nog waar is wat je zegt. Bovendien, van de boeken over directieve therapie zijn hooguit tienduizend exemplaren verkocht, en van Willi, althans van zijn boek, meer dan honderdduizend exemplaren.

Ik hoop dat dit duidelijk is.

Willi beschrijft in zijn eigen taaltje wat de hysterische vrouw van haar partner verlangt en hoe die partner eruitziet. Als 't U interesseert kunt U het zelf nalezen. Wat mij er aan opvalt is het volgende. Hij geeft uitputtende beschrijvingen die vermengd worden met interpretaties in analytisch jargon. De beschrijvingen blijven steeds ver achter bij de typeringen die prozaschrijvers geven - ik hoop dat U zich niet ergert wanneer ik hier andermaal Tolstoj noem -, de interpretaties zijn, misschien mag ik het zo zeggen, speculatief, arbitrair, dragen een voorlopig karakter. De conclusie moet zijn dat waar de beschrijvingen van Willi inferieur zijn aan die van kunstenaars, en kunstenaars ons niet opzadelen met simili-wetenschappelijke verklaringen, de beschrijvingen van kunstenaars de voorkeur verdienen.

Terug naar de partnerkeuze. Hoogduin, die een aanzienlijke hoeveelheid literatuur over de partnerkeuze verzamelde, vat de keus van een zeker type vrouw aldus samen: 'Beest of Jan Doedel' (Hoogduin, 1983). Het Beest, dat zal duidelijk zijn, is Don Giovanni. Vernederingen wachten de vrouw die Don Giovanni kiest. Ellende, bedrog, verlating. Ze krijgt niet eens de kans het tot een 'Kollusion' te laten komen, zo snel is onze Don Giovanni

weer verdwenen.

Waarom valt een vrouw op een Beest? Moeilijk te zeggen. Wij zijn Willi niet ('unbewussten anal-phallischer Oralabwehr der narzistischen Trennungs-ängste im Bezug zur Sexualtrieb'). Maar: sommige vrouwen doen dit nu eenmaal. En: het loopt slecht af. Anna Karenina raakt gefascineerd door Wronski, een Don Giovanni-achtige figuur, ze verlaat haar saaie Karenin en wordt ongelukkig.

WORDT VERVOLGD