



Tijdschrift voor Directieve
Therapie / MaaRt 1984
Jaargang 10 Nummer 4

*Spaanse Burgeroorlog: Republikeinen stappen uit hun gepantserde Hispano-Suiza-busje
in Baskenland*

Hoofdredacteur	1	Ten Geleide
Kees Hoogduin	3	Prins Claus
	6	Over de taakopvatting van een welzijnswerker
K.van der Velden en O.van der Hart	9	Eclectische psychotherapie
Alfred Lange	44	Over beslissen en heretiketteren
Kees Hoogduin	51	Terzijde
C.A.L.Hoogduin	53	Mislukking en Succes bij de Ambulante Behandeling van Dwangneurose
<i>pg. 74 ontbreekt in de nummering</i> Kees Hoogduin	93	Nieuwe ontwikkelingen bij de behandeling van schrijfkramp

Redactie: Geen Wijzigingen

Omslagen: Daniël van der Velden

Oudshoorn had verzuimd de deadline in zijn agenda te noteren en bij Joele leidde de notering van de deadline niet tot actie.

Maar!

Kal is aanwezig met vijf (5) bijdragen, Alfred Lange met een (1) en Van der Velden met een halve (½). Verder vindt U een halve (½) bijdrage van O.van der Hart, eertijds redacteur van dit Tijdschrift, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker te Leiden.

In Prins Claus - de echtgenoot van Koningin Beatrix -, een zieke? een ziener? geeft Kal blijk van een tragisch levensbesef. Dit is verrassend.

Wie had dit gedacht. Wij niet. Bij het artikel is een foto geplaatst waarop wij de Prins kunnen zien lachen. Haha.

De tweede bijdrage van Kal stemt ook niet echt vrolijk. Een menswetenschapper stuurt zijn cliënten een bundel taalfouten. Weken staat de gedragsdeskundige bij een hangmap, maar het lukt hem niet de status in de map te krijgen. Hangmap te klein? Status te groot? Nee, hij heeft nog een taak 'naar zijn cliënten toe'. Hebben wij nu eigenlijk ook niet een taak 'naar deze hulpverlener toe'? Bijv. de taak om hem een enorme klap voor zijn muil te verkopen, of misschien: deze klap 'naar zijn muil toe' te verkopen?

Van der Velden & Van der Hart schreven een notitie voor de Staatssecretaris. Een wijze notitie, zo hoorden Wij zeggen. Zelf menen Wij dat nog moet blijken of dit stuk wijs is. Hebben de auteurs succes, dan is het stuk wijs, hebben ze geen succes, dan niet. In het stuk wordt bij herhaling over 'bijlagen' gesproken. Die zitten er niet bij. U kent ze nl. al. 't Zijn drie artikelen uit Dth. O ja, er zitten nogal wat fouten in het stuk. Vreest niet. De Staatssecretaris heeft een stuk zonder fouten gekregen.

Over beslissen en heretiketteren heet Lange's bijdrage. 't Gaat over een man met twee liefjes, die tot een keuze moet komen, althans, dat vindt een van de liefjes. Een niet ongewoon moment in wat Wij het Spel der Seksen zouden willen noemen. Wij zouden erop willen wijzen dat het door Hoogduin ontwikkelde en door Lange toegepaste model om tot beslissingen te komen, in zaken van Hartstocht niet zo goed wil werken. Het hart heeft redenen die het verstand niet kent, zei deze of gene wijsgeer. Lange doet de lezer intussen een suggestie aan de hand waarvan Wij indertijd wellicht nog voordeel hadden kunnen hebben, maar dit schrijvend betwijfelen Wij of de suggestie iets anders dan uitstel oplevert. Anderzijds: Is niet het hele leven uitstel?

Voor Hoogduins Terzijde moet U nalezen: Dth 4 (1). 't Gaat over de Friese Belg.

De volgende bijdrage van Kal is kennelijk onderdeel van een meer omvattend geschrift. 't Woord 'dwangneurose' blijven wij onfraai vinden, maar de rest

vinden wij wel fraai.

Kal eindigt met de goedkoopste behandeling van schrijfkramp.

Een enkel woord nog.

Wij weten niet of het U opviel, maar oud-redacteur Dijk lijkt onderhevig aan een vervrolijkingsproces. Zou thans het moment aangebroken zijn om hem wederom uit te nodigen om zitting te nemen in de inhoudelijke leiding van dit Tijdschrift? Wij vernamen dat redacteur Van der Velden binnen een maand tijd tweemaal met Dijk uitging: eenmaal naar een concert in de Rotterdamse Doelen, eenmaal naar een tentoonstelling van Japanse prenten in het Rijksmuseum in Amsterdam. De gang naar Uw culturele avonden lijkt nu ook wel binnen zijn bereik te liggen.

Alfred Lange was gezond, liet zich ziek maken en is thans herstellende. Zich verplaatsen kan hij nog niet. Vandaar dat wij op 29 maart a.s. te zijnen huize zullen bijeenkomen. Aanvang der bijeenkomst: 15.- uur.

Wij groeten U hartelijk en houden van U.

De Hoofdredacteur

PRINS CLAUS - DE MAN VAN KONINGIN BEATRIX -; EEN ZIEKE? EEN ZIENER?

Kees Hoogduin



Patienten met depressies zijn soms in staat weer te geven wat hen overkomt wanneer een vitale depressie hen overvalt. Zij verstenen een beetje, het gevoel is weg, het denken staat stil, de darmen functioneren niet meer: een hel dus. Vooral ook omdat je er zelf zo bij blijft; zelfmoord is dan voor de hand liggend.

Prins Claus zou ook depressief geworden zijn. Professor Nijdam en zelfs professor Kielholz hebben met vereende krachten alle antidepressiva - ook de nog niet geregistreerde en vast ook M.A.O.-remmers - op hem losgelaten. Claus werd echter niet beter. Hij schikte zich wat in zijn lot, ging eens naar vrienden en ging opgeduwd door drie lakeien "leuke" dingen doen - paardrijden, vliegen (dat had zijn schoonvader nog geadviseerd), joggen en jagen -. Bovendien ging hij Temesta gebruiken.

Claus was een man die voor hij huwde met Beatrix eruit zag alsof hij zijn hele leven geïmproviseerd had de rol van prins-gemaal op zich te nemen. Zelden zag men een man bij wie de beleefde, professionele glimlach zo goed en steeds maar weer waar te nemen was. Dat is veranderd.

Na al die jaren lijkt Claus te zeggen dat dat geen leven is.

Stoker (1984) schrijft in de Volkskrant over deze professionele onechtheid:

"Komt de Franse president snipverkouden aan in een sneeuwbus, dan schatert het hele gezelschap. Zegt die malle man dat er een Europese ruimtebasis moet komen om Europese bommen uit te gooien, dan gieren alle politici die anders al flauwvallen van een gewerschot. 's Avonds doet de hofhouding kaakoefeningen om de lachgrimas kwijt te raken. Is het u ook opgevallen dat temidden van die histerie een mens staat?

Een mens in het bezit van een blik die zo peilloos is dat je huivert. Een blik die even op ieder rust en lijkt te zeggen: 'Weer zo'n gek'. Camus en Sartre hebben deze blik trachten te beschrijven, maar zij stierven vóór ze prins Claus kenden. Ze zeggen dat hij ziek is. Ik denk dat hij heel erg gezond is" (einde citaat).

Kuiper (1967) schreef over onechtheid: "Hoe cultuurpatronen de onechtheid kunnen bevorderen. Het is de toegangsprijs die men moet betalen om in bepaalde kringen te worden toegelaten". Voor sommigen is de prijs te hoog. Sommigen weigeren nog langer krampen in de kaken te krijgen. Twijfel houdt hen bezig: maakten zij een goede keuze te besluiten zo te leven?. Wat zegt Stoker het mooi: "Een mens in het bezit van een blik die zo peilloos is dat je huivert". Een blik die op jou gericht je de ogen doet wegdraaien: Heb ik een goede keuze gemaakt? Of is het allemaal nog erger en is onechtheid de oplossing voor een onleefbaar leven?

En je ligt 's avonds in bed en denkt aan "Het Dal der Plichten" (Nescio, 1922): "Ik zit op een berg en kijk in het dal der plichten. Dat is dor, er is geen water, het dal is zonder bloemen en boomen. Er loopten veel menschen door elkaar. De meesten zijn wanstaltig en verwelkt en kijken voortdurend naar den grond. Enkelen kijken nu en dan op en dan schreeuwen zij. Na eenigen tijd sterven zij allen, toch zie ik niet dat hun aantal vermindert, het dal ziet er steeds eender uit. Verdienen zij beter?

Ik rek mij uit en kijk op langs mijn armen naar de blauwe lucht. Ik sta in het dal op een pleintje van zwarte sintels, bij een kleine stapel afbraakplanken en een onbruikbare waschketel. En ik kijk en zie mezelf zitten, daar boven, en ik jank als een hond in de nacht".

En je denkt aan Claus en aan jezelf, en je jankt als een hond in de nacht.

Referenties

Kuiper, P.C. (1967), Aanpassing in theorie en praktijk. Bijleveld, Utrecht

Nescio (1922), Het dal der plichten.

In: Boven het dal en andere verhalen, Nescio (red.). Van Oorschot, Amsterdam

Stoker (1984), Volkskrant 9-2-1984

OVER DE TAAKOPVATTING VAN EEN WELZIJNSWERKER

Kees Hoogduin

Recent kregen we mevrouw Vos verwezen met een angst om te braken en obsessies rond het braken: "Help, ik moet misschien braken" of "Ik heb iets gegeten waar ik van moet braken". Patiente gaat sinds ongeveer twintig jaar onder deze klacht gebukt. Zij werd eerder één jaar klinisch behandeld. De klacht bestaat sinds haar achtste jaar.

De interactionele visie op symptomen is uit de hedendaagse therapeutische benaderingen niet meer weg te denken. Een fraai voorbeeld gaf ons mevrouw Vos. Om begrijpelijke redenen wat zij boos op de haar verwijzende therapeut. Niet om de verwijzing - na enige jaren van behandeling was er niet veranderd, een verwijzing lag voor de hand -, maar zij beschouwde de brief die zij na de verwijzing van de therapeut ontving als een trap na:

stichting riagg delft/westland

regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

nieuwe plantage 62-63
2611 xl delft
tel 015-130950

Beste Wil en Fred,

Reeds enkele weken sta ik op het punt jullie dossier op te bergen. Dat lukt me echter niet, omdat ik steeds opnieuw merk, dat ik nog een taak heb naar jullie toe.

Ik voel namelijk de plicht om jullie mijn zienswijze op de braakangst van Wil mee te delen.

Ik merk dat de braakangst een centrale plaats in jullie relatie inneemt. Jullie kozen ervoor om aan deze klacht te werken. Anderzijds merkte ik dat er geen besluit kwam om er echt van af te komen. Ik meen dat de braakangst de deken is, dat de problemen tussen jullie bedekt. Als de klacht weg is, komen deze problemen te voorschijn.

Ik veronderstel dat jullie beiden de keuze maken om de braakangst als deken te laten liggen. Het betekent dat jullie relatie blijft wat ze is.

Waarschijnlijk vinden jullie allebei dat handhaving van de huidige situatie de beste oplossing is.

Ik twijfel aan deze konklusie. Wel besef ik dat het optillen van de deken heel veel pijn en ellende tot gevolg kan hebben.

Tot zover mijn visie.

Veel groeten, Jos K., s.p.v.

Gelukkig waren we in staat patiente gerust te stellen. We legden haar uit dat ook al wordt een patient niet beter bij een therapeut, de therapeut niet ontslagen is van zijn zorg voor de betrokkene. Hij heeft nog een taak. Ook haar therapeut probeerde steeds haar dossier weg te bergen, maar twijfels verstoorden het voltooiën van die activiteit: Had hij niet de plicht na al die jaren van behandeling patiente zijn zienswijze op de braakangst mee te delen? Jarenlang had hij wekelijks een uur daarvoor de tijd gehad. Hij had echter met patiente over andere dingen gepraat: hoe het met haar ging, of ze al beter was enz. Hij was er als het ware niet aan toegekomen. Toen zij eindelijk naar een andere therapeut ging, had hij haar zijn visie als afscheidsgeschenk willen geven, een soort therapeutisch ritueel dus. Patiente begreep het niet allemaal precies, maar vond het zonde van de tijd verder nog aandacht aan de brief te besteden. Toch is het een interessante brief en wel hierom:

1. Het mobiliseren van de agressie van de patiente. Vroeger werd verondersteld dat daardoor mooie dingen gebeurden. Therapeuten die met mensen werken met de D.S.M.-III diagnose "personality disorders" weten wel beter.
2. Het voorkomen dat een volgende therapeut succes heeft. Immers, slaagt die erin de klacht te verhelpen, dan breekt pas echt de pleuris uit: "Heel veel pijn en ellende" (citaat), "de problemen tussen jullie komen te voorschijn".
3. Het benadrukken dat de patient niet beter wil worden: "Er kwam geen besluit om er echt vanaf te komen".
4. Een model wordt aan de patiente gegeven hoe je agressie kwijt kunt raken: schrijf gewoon een klare-brief aan mensen die je niks gedaan hebben.

Nog niet besproken is dat het hier ook nog gaat om de toepassing van een metafoor waardoor de bovengenoemde elementen indirect aangeboden worden.

Bij nalezen ontstaat er toch enige twijfel over de doelstelling van deze brief. Als hij werkzaam zou zijn: hoe dan en waarvoor?

Dat is toch jammer; het zou prettig zijn te weten wat er verwacht wordt na zo'n brief van de patiente en door de therapeut.

Wij kwamen in ons team er niet achter, maar ja, wij werken nog slechts kort met rituelen en metaforen. Een van onze teamleden - Jan P. - die het vaak met alles oneens is, wond zich op over de brief. Hij zei dat het inderdaad een trap na was, verder expliciteerde hij de metafoor. Eerst had hij het nog over een metafoor als een deken, later sprak hij over een metafoor als een natte moltondeken, een soort natte krant dus, hoewel hij met het laatste weer de s.p.v. leek te bedoelen. Nou ja, psychotherapeut zijn is er de laatste jaren ook niet gemakkelijker op geworden.

ECLECTISCHE PSYCHOTHERAPIE EN DE PSYCHIATRIE:
HET VOORBEELD VAN DE DIRECTIEVE THERAPIE

Een korte typering op verzoek van het
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid
en Cultuur

K. van der Velden en O. van der Hart

december 1983

CMJ/SP4/840121

Personalia

K. van der Velden (1944), maatschappelijk werker, is als therapeut en supervisor werkzaam bij de afdeling psychiatrie van de Riagg Noord-Oost Rotterdam. Hij is als docent en supervisor verbonden aan de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, de polikliniek van de Jelgersmakliniek te Oegstgeest en het Psychiatrisch Ziekenhuis Schakenbosch. Hij is redacteur van Directieve Therapie 1 en 2 (Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977 en 1980) en eindredacteur van Dth (Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose).

Dr. O. van der Hart (1941), psycholoog, is werkzaam bij de afdeling sociale psychiatrie van de Riagg - Zuid/Nieuw West in Amsterdam. Hij is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de Rijksuniversiteit Leiden, subfaculteit der pedagogische en andragogische wetenschappen. Hij is opleider voor de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie en redacteur van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid en Dth (Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose). Hij schreef Rituelen in Psychotherapie (Van Loghum Slaterus, Deventer, 1983) en, samen met A. Lange, Van Gedragsverandering in Gezinnen (Wolters-Noordhoff, Groningen, 1979); hij is redacteur van Afscheidsrituelen in Psychotherapie (Ambo, Baarn, 1981).

INHOUD

1. Inleiding
 2. De noodzaak van een eclecticische benadering
 3. Uitgangspunten van directieve therapie
 - 3.1. Klachten. Het belang van psychotherapie in de psychiatrie
 - 3.2. Aansluiten en benutten. De therapeut past zich aan aan de cliënt
 - 3.3. Positieve context. Over de noodzaak van een optimistisch uitgangspunt
 - 3.4. Opdrachten en adviezen. Actie als aanvulling op cognitieve verheldering
 - 3.5. Concrete doelstellingen
 - 3.6. Beperkte tijdsduur
 - 3.7. Voorstellingsvermogen. Over het benutten van het voorstellingsvermogen van de cliënt. Hypnose.
 - 3.8. De "omgeving". Waarom als regel ook de omgeving van de cliënt gehoord en gezien moet worden.
 - 3.9. Eclecticisme en pragmatisme. De gevaren van een eclecticisch uitgangspunt. Een voorstel voor een oplossing.
 4. Relatie- en gezinstherapie
 - 4.1. Inleiding
 - 4.2. Taxatie in gezinstherapie
 - 4.3. Een bimodale visie op gezinstherapie
 - 4.4. Effectonderzoek naar gezinstherapie
 5. Scholing
 6. Slotopmerkingen. Stellingen als samenvatting
- Bijlagen

1. INLEIDING

Wat psychotherapie ook allemaal mag zijn, zij is in elk geval ook een vorm van hulp- of dienstverlening. De een vraagt hulp bij de oplossing van zekere moeilijkheden, een ander tracht die hulp te bieden, en het resultaat kan al dan niet tot tevredenheid leiden.

Onder andere door de vergaande school- en sektevorming, waarin "mensvisies" en andere ideologische noties tot een enorme spraakverwarring hebben geleid, wordt het doel van de psychotherapeutische inspanningen gemakkelijk uit het oog verloren.

Wat ons betreft is dit doel: tevredenheid van de cliënt over het behandelingsresultaat.

Psychotherapie is een ietwat uit haar krachten gegroeide functie. De wetenschappelijke status van de psychotherapeutische theorie en praktijk is niet zo aanzienlijk als de maatschappelijke status die haar beoefenaars zich hebben verworven. De veelheid van scholen, richtingen en specialisaties wijst, vanuit wetenschappelijk oogpunt, niet op een grote bloei, maar juist op het tegendeel: over de meest elementaire uitgangspunten ontbreekt overeenstemming.

Psychotherapie helpt. Maar welke elementen van psychotherapie nu precies wanneer helpen is onduidelijk. Dit gegeven geeft onzes inziens geen aanleiding tot het ideologiseren van standpunten, maar juist tot het in de praktijk benutten van verschillende gezichtspunten, strategieën en methodieken, ten dienste van een voor de cliënten bevredigend resultaat. Er bestaan vooralsnog geen wetenschappelijk gefundeerde standaardoplossingen voor welomschreven categorieën cliënten en problemen. Het komt er dus op aan om met behulp van empirische gegevens, theoretische noties, gezond verstand en enige inventiviteit oplossingen te ontwikkelen die perspectieven bieden bij deze cliënt met dit probleem.

De poging om door middel van het bespreken van moeilijkheden deze moeilijkheden op te lossen of te verminderen, wordt niet alleen ondernomen wanneer men hiervan vrijwel zeker een positief resultaat mag verwachten. Wellicht zouden sommige problemen door middel van dwang of geweld effectiever kunnen worden opgelost, maar de poging om het met praten te doen is een belangrijke waarde van de cultuur. Effectiviteit van psychotherapie is wel een belangrijke maatstaf, maar niet de enige en misschien ook niet altijd de belangrijkste.

Psychotherapie werd en wordt ook toegepast wanneer er slechts een bescheiden resultaat mag worden verwacht, bijvoorbeeld wanneer de toestand van de cliënt uitzichtloos lijkt, of wanneer de klachten van de cliënt bij een ziekte behoren waarvoor vooralsnog geen afdoende therapie bestaat.

Het is schrikwekkend om te zien dat de psychotherapie in toenemende mate wordt toegepast bij mensen die zichzelf redelijk kunnen handhaven, en steeds minder bij cliënten die in het zogenaamde "psychiatrisch circuit" zijn terechtgekomen. Deze ontwikkeling wijst naar onze mening niet zozeer op een verfijning van de indicatiestelling, maar op het onvermogen de psychotherapie aan te passen aan de eisen die deze tweede groep stelt. De risico's van psychotisch decompenseren, zelfmoorddreiging e.d. zouden onzes inziens niet moeten leiden tot het afstoten van deze cliënten, maar tot het aanpassen van de psychotherapeutische middelen aan hun mogelijkheden en het combineren van de psychotherapie met andere vormen van hulp, zoals medicatie en crisisinterventie*. Wanneer de tendens om de psychotherapie te onttrekken aan de klinische en sociale psychiatrie doorzet, zal zich, naar onze verwachting, op die gebieden reeds na korte tijd psychotherapeutische wildgroei voordoen.

De schrijvers van deze bijdrage zijn beiden werkzaam in de (sociale) psychiatrie. De benadering die zij beschrijven is gebaseerd op ervaringen in de psychiatrische praktijk. In eclecticische psychotherapie gaat het niet om het strikt toepassen van de methoden die bij één theoretisch model behoren, maar om het benutten van de mogelijkheden die bij verschillende theoretische modellen behoren. Het is onzes inziens duidelijk dat de praktijk, zeker de psychiatrische praktijk, deze eis stelt. In de zogenaamde directieve therapie, waarover in dit stuk wordt gerapporteerd, is het eclecticisme een belangrijk uitgangspunt.

* Een blik op de inhoudsopgave van het gezaghebbende tijdschrift The American Journal of Psychotherapy leert dat er in de Verenigde Staten kennelijk geen sprake is van een uit elkaar groeien van de psychiatrie en de psychotherapie: bijna alle bijdragen gaan over psychotherapie en psychiatrische syndromen.

Deze bijdrage is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 2 wordt besproken waarom eclecticisme, een benadering vanuit verschillende theoretische modellen, noodzakelijk is. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de diverse uitgangspunten van een benadering waarin eclecticisme een hoofdkenmerk is: de directieve therapie. Deze kenmerken worden in negen paragrafen toegelicht en verantwoord.

Hoofdstuk 4 bevat een uiteenzetting over relatie- en gezinstherapie. Hierin wordt het belang getoond van het betrekken van de omgeving van de cliënt bij taxatie en behandeling.

Het stuk sluit af met enkele opmerkingen over de scholing van directieve therapeuten en een reeks stellingen die men als een samenvatting kan lezen.

Om de lezer een indruk te geven van de praktijk van de directieve therapie, voegden we aan ons betoog een drietal bijlagen toe waarin concrete behandelingen bij uiteenlopende klachten en problemen worden beschreven.

2. DE NOODZAAK VAN EEN ECLECTISCHE BENADERING

Er bestaan in Nederland een aantal verenigingen die ieder tot doel hebben deze of gene vorm van psychotherapie te bevorderen. Deze vorm van psychotherapie is geënt op dít theoretisch model, gene vorm op dát theoretisch model.

Nu zou het handig zijn wanneer gedrag A het beste met behulp van theoretisch model A zou kunnen worden begrepen, en gedrag B met behulp van theoretisch model B. Immers, het zou dan mogelijk zijn om te zeggen: bij gedragsprobleem A gebruiken we model A en bij de op dat model gebaseerde vorm van psychotherapie, en bij gedragsprobleem B model B en de bij model B behorende vorm van psychotherapie.

Maar dit is niet zo.

Men kan gedrag A met behulp van diverse modellen begrijpelijk trachten te maken, en er zijn diverse vormen van psychotherapie waarmee kan worden geprobeerd dit gedrag te beïnvloeden.

Bij een cliënt met psychogene hoofdpijn is het meestal wel mogelijk deze hoofdpijn leertheoretisch te verklaren, alsook psychodynamisch en evenzeer vanuit de systeemtheorie. Geen enkele theorie is op zichzelf meer "waar".

Hoe kan nu beslist worden aan welk model, aan welke vorm van psychotherapie in een bepaald geval de voorkeur moet worden gegeven? Antwoord: dit kan niet worden beslist zolang er vanuit één theoretisch model wordt gedacht. De "aanhanger" van de systeemtheorie, zal, zolang hij vanuit de systeemtheorie redeneert, niet op feiten stuiten die hem doen zeggen: ik moet dit probleem niet vanuit de systeemtheorie, maar bijvoorbeeld vanuit de leertheorie begrijpen.

Toch blijkt men in de praktijk - bijvoorbeeld bij een zogenaamde centrale intake - wel degelijk nu eens tot gezinstherapie, dan tot gedragstherapie en dan weer tot analytische therapie te kunnen besluiten. Dit is mogelijk dankzij het feit dat ook gespecialiseerde psychotherapeuten, tenminste bij de indicatiestelling, eclecticisch denken.

Wie niet eclecticisch denkt, dat wil zeggen wie niet kijkt welk model in een zeker geval zou kunnen worden toegepast, is genoodzaakt alle problemen vanuit één theoretisch model te benaderen: "het model dat alles verklaart". Zulk een model bestaat niet, en wie handelt of het wel bestaat komt niet ver.

Toch wordt het eclecticisme vanuit de officiële psychotherapie ietwat weg-gemoffeld, en het lijkt of men alleen tijdens de fase van de indicatiestelling bereid is verschillende modellen een kans te geven. Dit is onzes inziens onlogisch. Ook nadat tot een of andere benadering is besloten kan blijken dat het gekozen model niet bij de cliënt past. Het is nu eenmaal niet zo dat de cliënten volgens de ene of de andere theorie geconstrueerd zijn; zij houden zich ook zelden aan de voorspellingen die men op grond van de op hen toegepaste theorie zou mogen verwachten. Wij menen dat therapeuten vanzelfsprekend over de mogelijkheid moeten beschikken op een andere benadering over te gaan wanneer zij met een eerdere geen vooruitgang konden bereiken. In de praktijk blijken therapeuten dit, ondanks de officiële standpuntbepalingen, trouwens ook te doen. Garfield (1980) geeft aan dat ervaren therapeuten er geen moeite mee hebben om technieken of ideeën uit andere scholen te gebruiken wanneer ze de verwachting hebben dat hun cliënten hiermee hun voordeel zouden kunnen doen.

Therapeuten die expliciet eclecticisch werken vindt men doorgaans niet bij een instituut voor officiële psychotherapie, maar vaker in de psychiatrie; bij sociaal-psychiatrische diensten, klinieken en poliklinieken. Hun cliënten worden in het algemeen ongeschikt (dat wil bijvoorbeeld zeggen: te suïcidaal, te ik-zwak, te chaotisch) bevonden om in aanmerking te komen voor monomethodische psychotherapie, maar deze cliënten blijken wel degelijk baat bij psychotherapie te kunnen hebben wanneer die is aangepast aan hun mogelijkheden en eigenaardigheden.

Er zijn tal van vormen van eclecticische psychotherapie (zie bijvoorbeeld Thorne, 1973; Garfield, 1980; Beutler, 1983).

In deze bijdrage zal het voornamelijk gaan over een in de psychiatrische praktijk ontwikkelde vorm van eclecticische therapie, die in Nederland bekend is geworden onder de naam directieve therapie en in de Verenigde Staten o.a. onder de naam strategische therapie. Binnen de directieve therapie worden pogingen ondernomen om het belangrijkste bezwaar tegen eclecticisme te ondervangen. Dit bezwaar is natuurlijk dat het belijden van eclecticisme gemakkelijk kan dienen als rechtvaardiging voor een werkwijze, waarin rijpe en onrijpe invallen gelijkelijk als "unieke aanpassingen aan de unieke behoeften" van de cliënt worden gepresenteerd. In par. 3.9 wordt op dit probleem teruggekomen.

3. UITGANGSPUNTEN VAN DIRECTIEVE THERAPIE

In de zogenaamde directieve therapie gelden de volgende uitgangspunten (zie Van der Velden & Van Dijck, 1977; Van Dijck et al., 1980):

1. Directieve therapie is primair bedoeld voor mensen met klachten.
2. Er wordt aangesloten bij de eigenaardigheden en verwachtingen van de cliënt. Waar mogelijk worden deze benut voor de therapie.
3. De klachten worden in een zo positief mogelijke context geplaatst.
4. De therapeut appelleert aan het voorstellingsvermogen van de cliënt.
5. De "omgeving" wordt zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken.
6. De therapeut geeft opdrachten en adviezen.
7. De doelstellingen van de behandeling zijn concreet.
8. De behandeling is in principe beperkt in tijd.
9. De benadering is niet monomethodisch maar eclecticisch.
10. De benadering is pragmatisch.

Punt 5 is zo belangrijk dat wij er een apart hoofdstuk aan wijden. Hierbij komt de betekenis van de gezinstherapie ter sprake.

Punt 9 wordt vrij summier behandeld. Dit onderwerp kwam hierboven al ter sprake.

De opsomming maakt duidelijk dat de directieve therapie heterogeen is samengesteld. Tot de vele bronnen van directieve therapie behoren de psychologische theorieën waarop gedragstherapie, psychoanalyse en diverse vormen van gezinstherapie zijn gebaseerd, en evenzeer klinische ervaring, medische traditie, strategieën uit de hypnose, noties uit de culturele

antropologie en het complexe verschijnsel dat gezond verstand heet. De uitgangspunten hangen niet alleen onderling samen; zij overlappen elkaar ook. Zij vormen niet een sluitend geheel maar een programma. De kracht van directieve therapie ligt niet in de eerste plaats in haar theoretische consistentie maar in haar bruikbaarheid, haar bijdrage aan de praktijk.

Zouden we de uitgangspunten in een slogan moeten samenvatten, dan zouden we zeggen dat directieve therapie marktgericht wil zijn, en per cliënt een antwoord zoekt op de vraag wat bij hem of haar de meeste kans op succes biedt.

De uitgangspunten worden hierna successievelijk toegelicht en besproken.

3.1. Klachten

Voor zover wij weten zijn de belangrijkste therapiesystemen aanvankelijk ontwikkeld voor mensen met (vaak ernstige) psychiatrische aandoeningen, en werden zij vervolgens toegepast bij mensen bij wie de psychiatrische aspecten maar van beperkt belang waren. De reden voor deze verschuiving zal niet een overmaat aan succes geweest zijn. Voorbeeld: de hypothese van Bateson et al. (1956) over de betekenis van paradoxale communicatie bij schizofrenie, leidde aanvankelijk tot pogingen schizofrene patiënten te genezen, en later tot strategieën waarmee ontevreden of ongelukkige maar overigens vrij gewone mensen werden geholpen hun onderlinge contacten te verbeteren. De motivering van deze vernieuwing van doelgroep was niet dat de schizofrene patiënten al opgeknapt waren.

Het overheidsbeleid lijkt bij deze ontwikkeling aan te sluiten: cliënten met "levensmoeilijkheden" gaan naar de Organisatorische Eenheid voor Psychotherapie, cliënten met psychiatrische moeilijkheden naar de afd. sociale psychiatrie. Hierdoor ontstaat de merkwaardige situatie dat de groepen voor wie de psychotherapie was ontwikkeld, van psychotherapie verstoken raken.

Het is niet de bedoeling dat de directieve therapie op eenzelfde wijze van haar doelgroep verwijderd raakt.

Vele directieve therapeuten behandelen en adviseren bij de behandeling van mensen die overigens zijn aangewezen op de mogelijkheden van medicamenteuze therapie en de zorg van artsen, verpleegkundigen en anderen. Het zal, gezien deze positie, begrijpelijk zijn dat directieve therapie in de praktijk niet goed is uit te voeren zonder dat grondige psychiatrische kennis voorhanden is.

Welke klachten worden met directieve therapie behandeld? Er zijn gunstige resultaten beschreven bij de behandeling van zeer uiteenlopende klachten

- van lichte relatieproblemen tot en met chronische hypochondrie - in even diverse situaties.

In de boeken Directieve Therapie 1 en 2 en in Dth (Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose) werden succesvolle behandelingen gerapporteerd bij onder meer: bewustzijnsstoornissen, psychotische toestanden, relatieproblemen bij psychiatrische patiënten, chronische hypochondrie, nerveuze gewoonten, enuresis, frequent urineren, tics, fobieën, hyperventilatie en andere lichamelijke klachten, dwangverschijnselen, rouwproblemen en de verwerking van traumatische ervaringen uit het verleden, seksuele functiestoornissen, kleptomanie. Een veel uitvoeriger opsomming geeft overigens Stanton (1981) in zijn studie over de Engelstalige literatuur over directieve/ strategische benaderingen.

Deze opsomming laat veel ruimte voor relativering. In werkelijkheid is niet precies aan te geven in hoeverre de te boek gestelde casuïstiek representatief is voor de praktijkervaringen met directieve therapie. Het lijkt wel zeker dat over succesvolle behandelingen vaker wordt gerapporteerd dan over mislukkingen.

Vaak worden vanuit de directieve therapie ideeën ontwikkeld om stagnerende behandelingen - dit kunnen bijvoorbeeld gedragstherapieën, gezinstherapieën of klinisch-psychiatrische behandelingen zijn - alsnog een gunstiger beloop te geven. Technieken waarmee opname kan worden voorkomen, het betrekken van de partner bij de behandeling van dwangverschijnselen, het ontwerpen van "rituelen" voor mensen die gefixeerd zijn op traumatische ervaringen, het neutraliseren van machtsstrijd tussen behandelaar en cliënt, het motiveren van de cliënt tot het uitvoeren van een advies: voor dit soort oplossingen wordt vaak de hulp van directieve therapie ingeroepen en hierover gaat het vaak in publikaties van directieve therapeuten.

Beter dan een abstracte aanduiding kan een concrete gevalbeschrijving de werkwijze van de directieve therapie illustreren. Lezing van de drie bijlagen kan duidelijk maken dat per cliënt uiteenlopende procedures, methoden en technieken worden gebruikt, en dat het dus moeilijk is over de effectiviteit van "de" directieve therapie al te definitieve uitspraken te doen.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat notoir moeilijke categorieën cliënten - zoals verslaafden aan hard drugs of mensen die steeds via "acting-out" een oplossing voor hun moeilijkheden trachten te forceren - ook voor directieve therapeuten moeilijk zijn, ook al zijn er aanwijzingen dat een vorm van directieve gezinstherapie bij drugsverslaafden nog tot de beste resultaten lijkt te leiden (vgl. Stanton & Todd, 1979; Stanton et al., 1981).

3.2. Aansluiten en benutten

Wil hij voor monomethodische psychotherapie in aanmerking komen, dan dient de cliënt zich aan te passen aan de eisen die de methode stelt. Wanneer de cliënt deze methode als een geschikt middel ziet om van zijn klachten af te komen, behoeft dit geen probleem te zijn. In zulke gevallen is er sprake van voldoende "protoprofessionalisering" (zie Brinkgreve et al., 1979), d.w.z. dat de wijze waarop de cliënt zijn problemen interpreteert enigermate verwant is aan de wijze waarop de professionele hulpverlener dit doet. Er zijn, niet alleen in de psychiatrie, nogal wat cliënten die hun problemen in andere categorieën onderbrengen dan hun hulpverleners doen.

In de directieve therapie wordt geprobeerd aan te sluiten bij de denkbeelden en verwachtingen die de cliënt zelf al had. Een no-nonsense type, dat niets moet hebben van het bespreken van gevoelens en achtergronden, zal men liever met no-nonsense-adviezen helpen dan met adviezen waarbij de cliënt eerst een tot introspectie neigend mens moet worden voor hij ze kan uitvoeren. Bij een jongeman met autoriteitsproblemen, die meent dat zijn ongeluk te wijten is aan de stand der sterren op het moment van zijn geboorte, zal de directieve therapeut eerder via de bespreking van astrologische bijzonderheden tot een bepaalde strategie komen dan via het advies de astrologische zienswijze in te ruilen voor, bijvoorbeeld, een leertheoretische.

Een cliënte die, om zich zeker te voelen, steeds ongelukkig verlopende verhoudingen aangaat met mannen die zowel geestelijk als lichamelijk hulpbehoevend zijn, zal de directieve therapeut liever aanraden de stap te wagen naar mannen die alléén lichamelijk gehandicapt zijn dan dat hij haar adviseert omgang te zoeken met een partner die helemaal niets mankeert. Enzovoort. (Het uitbreiden van deze lijst zou interessante casuïstiek kunnen opleveren, maar het principe zal ook zonder nadere voorbeelden duidelijk zijn.)

Het is onze indruk dat toepassing van dit principe psychotherapie bereikbaar maakt voor categorieën cliënten die door het feit dat ze nu eenmaal anders denken dan therapeuten niet in aanmerking komen voor officiële psychotherapie.

De gedachte achter dit principe is overigens pragmatisch en nogal "non-directief". De cliënt komt niet voor scholing maar voor hulp. Zijn opvattingen en denkbeelden zijn niet alleen verantwoordelijk voor zijn moeilijkheden maar in principe ook voor de oplossing van die moeilijkheden. Een moeder die haar kind verwent en daardoor bijdraagt aan de gedragsproblemen van

dit kind, zal haar handelwijze als regel motiveren vanuit haar "moederliefde". Het is niet de doelstelling van therapie deze moeder te leren dat haar liefde geen liefde is, of dat zij haar kind "los moet laten", of dat een "echte moeder" anders zou handelen, maar bijvoorbeeld dat zij haar moederliefde zo uit dat haar kind er ook op langere termijn plezier van heeft. Vertegenwoordigers van scholen en richtingen accentueren vaak het belang van de specifieke, aan hun school of richting verbonden therapeutische factoren. Jerome Frank (1973) daarentegen, onderzocht de werkzame factoren die de diverse therapeutische scholen gemeen hebben: de zogenaamde aspecifieke therapiefactoren. X

Het wekken van hoop is zo'n factor, het beantwoorden aan de verwachtingen van de cliënt, en ook het geven van een aanvaardbare "verklaring" voor de klachten.

In directieve therapie wordt deze verklaring geformuleerd in termen die aansluiten bij de beleving van de cliënt, òf in elk geval in termen die voor de cliënt bevredigend zijn.

Een verschil met de gedragstherapie is mogelijk dat de door gedragstherapeuten geopperde hypothesen en adviezen niet altijd tegemoet komen aan de bij veel mensen bestaande neiging de eigen wederwaardigheden niet als een reeks SR-sequenties maar als een drama te zien.

In zijn wijze van optreden en in zijn taalgebruik kan de therapeut tegemoet komen aan de dramatische behoeften van mensen; ditzelfde geldt bijvoorbeeld bij interventies waarbij het doel is een therapeutisch ritueel uit te voeren (vgl. Van der Hart, 1983). (Naar hun "kale" inhoud kunnen veel directieve interventies overigens ook worden gezien als pogingen om te voorkomen dat op dezelfde S maar steeds weer dezelfde R volgt.)

3.3. Positieve context

Directieve therapeuten proberen klachten als regel in een zo gunstig mogelijke context te plaatsen (vgl. Watzlawick et al., 1974; Van der Velden et al., 1980). Het begrip "positieve context" wordt als regel in twee betekenissen gebruikt.

De eerste betekenis ligt voor de hand. Een symptoom als vaginisme kan worden gezien als een teken van seksuele onhandigheid, maar ook als uitdrukking van een welhaast kwaadaardige psychische aandoening. Vanzelfsprekend geeft nadere informatie over de persoonlijkheid van de cliënt, de aard van de relatie met de partner, de klachtenduur, de biografie e.a. aanknopingspunten voor het preciseren van de betekenis van zo'n symptoom, maar toch blijft er meestal een aanzienlijke ruimte om te

speculeren. Deze ruimte wordt in de praktijk nogal eens gevuld met bespiegelingen omtrent affectieve verwaarlozing en een gemis aan identificatie in de vroege jeugd of een ontbrekende of juist te zeer aanwezige vaderfiguur, die doorgaans geen aanleiding geven tot het ontwikkelen van therapeutisch enthousiasme. Wanneer directieve therapeuten een zo gunstig mogelijke context kiezen, betekent dit dat zij, met respectering van de waarneembare klinische gegevens, een zo optimistisch mogelijk uitgangspunt kiezen. Vanzelfsprekend worden zij hierin van tijd tot tijd teleurgesteld, maar deze fout lijkt te verkiezen boven een uitgangspunt dat zo pessimistisch is dat teleurstelling bij voorbaat is uitgesloten.

De tweede betekenis ligt minder voor de hand. Hiermee wordt bedoeld dat het symptoom zelf wordt gezien als een poging om een probleem op te lossen. Een man steekt zich in vrouwenkleren "omdat hij zich ervan wil overtuigen man te zijn", een meisje heeft conversieverschijnselen "omdat zij niet wil dat de ouders met elkaar in conflict komen", een man heeft lichamelijke klachten, "omdat hij zijn gezin niet wil belasten met afschuwelijke oorlogservaringen".

Wanneer deze interpretaties tegenover de cliënt worden geuit, noemt men dit "positief etiketteren". Wanneer de therapeut deze gedachtengang voor zichzelf serieus neemt, volgt hij de notie die speciaal bij de eerste Amerikaanse analytici leefde, namelijk dat het onbewuste "goed" zou zijn, of vervuld van "goede bedoelingen". Of het onbewuste "goed" dan wel "destructief" of nog iets anders is, kan hier buiten beschouwing blijven, maar dat de benadering die hier "positief" wordt genoemd veelal een gunstige uitwerking heeft op het zelfrespect van cliënten staat wel vast.

In deze tweede betekenis is "positief etiketteren" een goed voorbeeld van het "aansluiten en benutten" waarover in de vorige paragraaf werd gesproken. De therapeut biedt een "verklaring" of "therapeutische mythe" (Frank, 1973; Van der Hart, 1981b). Het gaat hierbij minder om het waarheidsgehalte van deze verklaring dan om haar aanvaardbaarheid en het perspectief op verandering dat erdoor ontstaat.

Het aanbieden van een gunstige context bevordert de hoop op verbetering - volgens onderzoekers als Frank een belangrijke specifieke therapeutische factor.

3.4. Opdrachten en adviezen

In de medische, gedragstherapeutische en directieve praktijk is het gebruikelijk om adviezen te geven om de oplossing van een probleem naderbij te brengen. De directieve therapie dankt haar naam zelfs aan dit gebruik.

Tegen het geven van adviezen bestaan tal van bezwaren. Er is zelfs een school in de psychotherapie die haar naam dankt aan het feit dat zij tegen adviezen is: de zogenaamde non-directieve richting. De strekking van deze bezwaren is dat adviezen de "zelfbepaling" van de cliënt in de weg staan. Welnu, wanneer adviezen inderdaad tot gevolg hebben dat de cliënt tot afhankelijkheid vervalt, kan men ze inderdaad beter niet gebruiken. De oplossing van deze moeilijkheid is niet dat men geen adviezen meer geeft, maar dat men adviezen geeft die het de cliënt wel mogelijk maken zijn autonomie te vergroten.

Veel mensen die hulp vragen willen weten wat zij moeten doen. Het geven van adviezen sluit bij deze behoefte aan. Onderzoek maakt aannemelijk dat cognitieve verheldering van een voor de cliënt onbegrijpelijke toestand nuttig is, en ook dat het nuttig is de cliënt te oriënteren omtrent hetgeen hij kan doen om zijn moeilijkheden te verminderen. Agorafobie gaat als regel niet over wanneer men thuis blijft zitten. Een kind met een schoolfobie kan heel coöperatief zijn in therapie, maar als het niet terug gaat naar school, zal de therapie weinig helpen. Activiteiten als piekeren, tobben, rouwen, verliezen hun ongearticuleerde karakter wanneer de cliënt op bepaalde tijden op een bepaalde plaats zal piekeren, tobben of rouwen, en dit effect wordt nog sterker wanneer het depressief zijn een activiteit wordt waarbij op een zeker tijdstip op een vaste plaats moet worden geschreven of getekend.

Er kunnen drie soorten adviezen worden onderscheiden: paradoxale, congruente en adviezen met een symbolische strekking. Het zijn vermoedelijk de zogenaamde paradoxale adviezen waaraan de directieve therapie haar speciale reputatie te danken heeft (vgl. bijv. Haley, 1963; Van Dijk, 1977; Raskin & Klein, 1978). Erg gelukkig kunnen we hier niet mee zijn. Gemakkelijk ontstaan de indruk van toverij en absurdisme, waarmee eerder verwarring en ongewenste imitaties worden aangemoedigd dan een min of meer rationele werkwijze.

Een paradoxaal advies lijkt op z'n plaats wanneer er reden is om aan te nemen dat de klacht dient ter handhaving van een innerlijk en/of interpersoonlijk evenwicht, en wanneer de cliënt geen betere middelen tot zijn beschikking lijkt te hebben. Het paradoxale bestaat eruit dat de cliënt wordt aangemoedigd zijn klacht te handhaven of eventueel te versterken. Het is dan aan de cliënt om uit te maken of hij het advies letterlijk opvat, dan wel of hij er aanleiding in ziet alsnog een ander, "gezonder" middel te kiezen. Ook kunnen paradoxale adviezen worden gebruikt bij mensen met

anticipatie-angst, die er alles aan doen om te voorkomen dat een symptoom zal optreden, en dóór deze inspanning, langs de weg van self-fulfilling prophecy, de klachten bij zichzelf opwekken. We zien dit bij mensen met bloosvrées, dwangverschijnselen, stotteren, e.d. De paradoxale opdracht wordt dan een andere dan de gebruikelijke manier om de klachten alsnog onder controle te krijgen.

Kenmerkend voor de zogenaamde congruente adviezen en de daarmee verband houdende "gedragscontracten" (vgl. Lange, 1972; Lange & Van der Hart, 1979; Vansteenwegen, 1983) is dat in kleine, overzichtelijke stappen wordt toegewerkt naar een bepaald doel. In de toepassing van deze congruente adviezen komt de directieve praktijk in belangrijke mate overeen met de gedragstherapeutische praktijk.

Er zijn ook adviezen of opdrachten om symbolische handelingen uit te voeren. In het kader van bijvoorbeeld een rouwtherapie kan de cliënt door afstand te doen van bepaalde symbolen ook afscheid nemen van datgene wat gesymboliseerd wordt: een verbroken relatie, een overleden geliefde, afschuwelijke herinneringen, e.d.

Er zijn de laatste decennia zeer uiteenlopende suggesties en adviezen voor evenzeer uiteenlopende klachten ontwikkeld (zie ook de bijlagen).

Misschien is een specifieke bijdrage van de directieve therapie dat zij diverse middelen gebruikt om de kans dat deze adviezen ook worden opgevolgd te vergroten.

3.5. Concrete doelstellingen

De doelstellingen van cliënten en/of hun partners zijn vaak niet zeer realistisch. De recent gehoorde en serieus bedoelde uitspraak "Ik wil mijn vrouw accepteren zoals ze is, maar dan zal ze eerst helemaal moeten veranderen" illustreert dat doelen te zeer kunnen afwijken van wat mogelijk is. Voor therapeuten, ook directieve therapeuten, is de verleiding groot om te denken dat wat cliënten willen in de eerste plaats verbetering of vermindering van klachten is. Jerome Frank (1973) wijst erop dat men echter vaak niet in behandeling gaat omdat men klachten heeft, maar omdat men gedemoraliseerd is geraakt, eventueel mede ten gevolge van de klachten. Hetzelfde geldt trouwens bij psychiatrische opnames. Men zou ertoe kunnen neigen om aan te nemen dat patiënten worden opgenomen omdat de ernst van hun klachten of ziekte nu eenmaal opname wettigt. Onderzoek wijst echter uit dat het lang niet altijd de aard van de aandoening is die uitmaakt of er wel of niet wordt opgenomen, maar de tolerantie van de "omgeving". Opname vindt veelal plaats bij demoralisering, uitputting en "sociale crisis" (vgl. Schudel, 1976).

Om in deze moeilijkheid een oriëntatie te vinden zou de volgende vuistregel kunnen worden gebruikt. Wanneer te verwachten is dat vermindering van klachten door de cliënt en zijn omgeving met vreugde zal worden begroet, is het zinvol vermindering van klachten als belangrijkste doelstelling aan te houden. Mag men daarentegen verwachten dat vermindering van klachten hetzij bij de cliënt, hetzij bij de omgeving, hetzij bij beiden, tot belangrijke nieuwe problemen aanleiding zal geven, dan verdient het aanbeveling een doelstelling te formuleren waarbij de psychische en sociale context als het ware "rijp" wordt gemaakt voor verbetering. Dit laatste is het geval bij bijvoorbeeld het zogenaamde "weerhuisjesfenomeen" - wanneer de één geen symptomen meer heeft krijgt de ander ze -, bij de "zondebok" - men heeft blijkbaar iemand nodig aan wie alle narigheid kan worden geweten -, en bij situaties waarin de cliënt door het hebben van klachten van betekenis wordt voor personen uit de omgeving, die hem anders wellicht links zouden laten liggen.

Gedragstherapeuten zouden zich kenmerken door het op face value accepteren van wat de cliënt als klacht presenteert; analytici door het beklemtonen van de mogelijke intrapsychische achtergronden van de klacht, gezinstherapeuten door het beklemtonen van de functie die de klacht voor het "gezinssysteem" heeft. Welke zienswijze in een concreet geval moet worden gevolgd, is zelden meteen duidelijk, en wanneer dit wel duidelijk is, kan alsnog blijken dat men zich vergist heeft.

In de directieve therapie is een werkwijze ontwikkeld waarbij dit probleem niet is opgelost, maar waarbij wel op verschillende mogelijkheden wordt geanticipeerd.

Het doel van directieve therapie is niet: "groei". Wanneer de cliënt in of na (directieve) therapie een verandering in zijn persoonlijkheid realiseert, die met het begrip "groei" zou kunnen worden aangeduid, is dit te danken aan de mogelijkheden van deze cliënt, en niet aan het feit dat de therapeut zulk een verandering beoogde. Een doelstelling als "ontplooiing van de persoonlijkheid" wordt vermoedelijk vaker als een dictaat dan als een realistisch perspectief beleefd. Het respecteren van zogenaamde weerstanden, en het attent zijn op de mogelijkheid dat de klacht zelf een poging is om tot een oplossing te komen, zijn hulpmiddelen om te voorkomen dat de therapeut doelen kiest die niet van de cliënt zijn.

Wat is het doel wel?

Algemeen geformuleerd: het helpen van de cliënt om meer controle over zijn leven te krijgen. (Het hebben van symptomen kan hierbij worden

gezien als een falen van de zelfcontrole.) Na één of meer zogenaamde taxatiegesprekken - waarin een psychiatrisch onderzoek en een onderzoek naar de psychische en sociale context van de klachten plaatsvindt - wordt met de cliënt afgesproken welke de concrete doelstellingen van de behandeling zullen zijn. Dit afspreken gebeurt overigens na vaak uitvoerige "onderhandelingen", waarbij het o.a. de taak van de therapeut is ervoor te zorgen dat de doelen voldoende concreet en realistisch worden geformuleerd.

3.6. Beperkte tijdsduur

Omdat therapeuten niet precies kunnen weten wat de evt. therapeutische effecten van hun optreden precies zullen zijn, doen zij er goed aan beperk-te effecten na te streven. Beperkte effecten kunnen doorgaans ook wel in beperkte tijd tot stand worden gebracht. In veel gevallen blijkt het mogelijk om bijvoorbeeld binnen acht tot twaalf zittingen een resultaat te bereiken dat voor de cliënt bevredigend is.

In directieve therapie is er geen vaste regelmaat in de afspraken. Het is goed mogelijk dat een cliënt aanvankelijk driemaal per week wordt gezien - als hij bijv. in een crisis is - en enkele maanden later eens in de zes weken - bijv. omdat hij doende is met behulp van een zelfcontroleprogramma zijn werkstoornis te overwinnen. Directieve therapie kan zich zo soms over langere tijd uitstrekken, soms zelfs enkele jaren, maar dan wel met een geringer aantal zittingen dan bij meer gangbare psychotherapie het geval is (vgl. Selvini Palazzoli, 1980).

Er is geen direct verband tussen de "hoeveelheid problematiek" en de noodzakelijke duur van een behandeling. Onafhankelijk van de ernst van hun problemen gaan mensen in langer of korter durende therapie. Ook komt het voor, en niet als hoge uitzondering, dat mensen die er slecht aan toe zijn niet eens therapie wensen.

Therapeuten kunnen uiteraard wel kenbaar maken wat zij onder gegeven omstandigheden wenselijk zouden vinden -"een langdurige structurerende therapie waarbij de therapeut een vaderfiguur moet zijn"-, maar cliënten houden hiermee vaak weinig rekening. Onderzoek (bijv. Meltzoff & Kornreich, 1970; Reid & Epstein, 1972) laat zien dat nogal wat mensen na een beperkt aantal zittingen uit zichzelf wegblijven. Wie bijv. een cliënte met anorexia nervosa behandelt, kan er vrijwel zeker van zijn dat zij op een zeker tijdstip niet zal komen opdagen. Onderzoek laat ook zien dat therapeutisch succes doorgaans vroeg in de behandeling zichtbaar wordt, en dat

wachten tot er na de twintigste zitting tekenen van verbetering zullen komen, als regel niet zinvol is (vgl. Melzoff & Kornreich, 1970). Het is ook op grond van onderzoek dat voorlopig kan worden geconcludeerd dat in tijd beperkte therapie geen slechtere resultaten heeft dan therapie die niet beperkt is in tijd (vgl. Luborsky et al., 1975). De reden waarom behandelingen lang duren is meestal niet dat er steeds meer vooruitgang wordt geboekt - dat zou overigens wel een goede reden voor een langdurige behandeling zijn -, maar juist dat er nog steeds geen vooruitgang wordt geboekt.

Het lijkt verstandig om zeker mensen die niet extra kwetsbaar zijn - door ernstige psychiatrische aandoeningen en dergelijke - als regel een korte behandeling aan te bieden voor men de mogelijkheden van een langer durende behandeling beproeft (vgl. Van der Velden & Vreeken, 1977). Maar ook bij mensen met chronische of recidiverende psychiatrische ziektebeelden, lijkt het vaak verstandiger om ze bij herhaling kortdurende, intensieve hulp te bieden dan een vele jaren omvattend contact waarbij na ieder consult als routine een nieuwe afspraak wordt gemaakt.

De cliënt wordt in de tijd tussen de zittingen niet geacht af te wachten wat de volgende zitting brengen zal. Zowel in de directieve therapie als in de gedragstherapie wordt veelvuldig gebruik gemaakt van "huiswerk" (zie par. 3.4.). Het feit dat cliënten zelf doende zijn aan een oplossing van hun moeilijkheden te werken, helpt voorkomen dat zij afhankelijk worden van hun therapeut. In de meer bevredigende contacten tussen cliënt en therapeut kan met enig recht van samenwerking worden gesproken.

3.7. Voorstellingsvermogen

In directieve therapie wordt niet alleen een appèl gedaan op de verstandelijke en emotionele mogelijkheden van de cliënt, maar ook op diens voorstellingsvermogen.

De cliënt kan worden uitgenodigd zich toestanden of gebeurtenissen voor te stellen en zich in die verbeelde situatie op een bepaalde wijze te gedragen. De voorstellingen die de cliënt produceert kunnen een concreet of een symbolisch karakter hebben. In de gedragstherapie ligt de nadruk op concrete voorstellingen (vgl. Wolpe, 1969; Kroger & Fezler, 1976). Iemand met agorafobie kan zich bijv. voorstellen dat hij zich in een angstaanjagende situatie bevindt en de angst die opkomt leren beheersen (vgl. Clarke & Jackson, 1983). Bij de psychoanalytisch geïnspireerde imaginatieprocedures staan metaforische of symbolische voorstellingen centraal (vgl. Leuner, 1969).

In de directieve therapie komen zowel imaginatieprocedures met betrekking tot concrete scènes (Van Dijck, 1981) als met betrekking tot metaforisch/symbolische scènes (Van der Hart, 1982) aan bod. Bij het tweede type voorstellingen wordt vaak een metaforische uitspraak waarmee de cliënt zijn problematische situatie beschrijft, bijvoorbeeld "Ik sta voor een muur" als uitgangspunt genomen. De procedure heeft dan tot doel een positieve transformatie van deze uitspraak te bewerkstelligen (de cliënt ziet zich bijvoorbeeld over de muur klimmen en zijn weg vervolgen). Metaforische procedures hebben als voordeel dat zij vaak minder bedreigend zijn dan concrete voorstellingen; hun risico is echter dat zij weliswaar interessante, maar met betrekking tot de klachten weinig relevante voorstellingen opleveren.

Zoals bekend wordt het voorstellingsvermogen speciaal aangesproken bij het gebruik van hypnose. Klinische hypnose, medische hypnose, of hypnotherapie is een van de oudste psychotherapeutische benaderingen. Rond de eeuwwisseling maakte zij een bloeitijd door, de volgende decennia raakte zij meer en meer op de achtergrond en sedert de jaren vijftig staat zij wederom in de belangstelling, niet in het minst dankzij de inventieve hypnotische procedures die met name M.H. Erickson ontwikkelde, en voorts als gevolg van het toegenomen wetenschappelijke onderzoek naar het verschijnsel hypnose (vgl. Fromm & Shor, 1979).

Onderzoek naar de resultaten van de zogenaamde hypnotherapie laat zien dat zij van zeer bijzondere waarde is bij de behandeling van pijnklachten en psychosomatische aandoeningen zoals astma (vgl. Wadden & Anderson, 1982; Spinhoven, 1982). De ervaring leert overigens dat hypnose over het algemeen het meest effectief en bruikbaar is wanneer zij deel uitmaakt van een meer omvattende behandeling (Udolf, 1981).

3.8. De "omgeving"

Met de "omgeving" van de cliënt wordt meestal ten minste diens partner en ten hoogste diens gezin bedoeld. Deze "omgeving" kan een rol spelen bij het ontstaan van de klachten, zij speelt vrijwel altijd een rol bij het instandhouden van klachten, en zij kan een rol spelen bij het verminderen van klachten. Het is vanuit de directieve therapie niet goed te begrijpen waarom deze bron van moeilijkheden en/of vooruitgang niet als routine bij de taxatie en behandeling wordt betrokken (vgl. Lange, 1981). Bij crisis-interventie, meestal noodzakelijk wanneer een interpersoonlijk conflict uit de hand is gelopen, is het gebruik om de direct betrokkenen te zien. Waarom niet in de psychotherapie? In de leertheoretische termen zullen

gezinsleden vrijwel altijd belangrijke bekrachtigers van symptomen zijn; vanuit de communicatietheorie leiden symptomen in principe altijd tot paradoxale verwickelingen (vgl. Watzlawick et al., 1967); vanuit de systeemtheorie wijzen symptomen vaak op het bestaan van rigide systeemregels of juist op het ontbreken van voldoende consistente regels of op de "noodzaak" voor een "systeem" er iemand met klachten op na te houden (zie bijv. Andolfi, 1979; Lange & Van der Hart, 1979; Selvini Palazzoli et al., 1979; Hoffman, 1980).

Maar nog los van de vraag wat de theoretische gronden zijn om de partner of het gezin bij de taxatie en evt. bij de behandeling te betrekken, praktisch zijn er wel voor- en vrijwel geen nadelen (Lange, 1981). Wanneer het doel niet is om een overdrachtsneurose tot stand te brengen, schiet men er weinig mee op wanneer de therapeut de cliënt stimuleert warme gevoelens jegens hem te ontwikkelen, terwijl in de gevoelens en gedragingen van degenen die de dagelijkse omgeving vormen geen verandering komt. Wanneer de cliënt erin slaagt om in de verstandhouding met de partner, de ouders of de kinderen meer bevrediging te vinden, is hij in principe beter af dan wanneer hij die bevrediging bij zijn hulpverlener vindt.

Gedurende de laatste dertig jaar is de gezins- en relatietherapie uitgegroeid tot een van de voornaamste behandelingsmodaliteiten. Niet alleen in de Verenigde Staten, waar de gezinstherapie ontstond, maar overal ter wereld zijn instituten voor gezinstherapie opgericht en hebben bestaande behandelingscentra gezinstherapie in hun pakket opgenomen. Reden genoeg om er in deze bijdrage een apart hoofdstuk aan te wijden (hoofdstuk 4).

3.9. Eclectisch en pragmatisch

In hoofdstuk 2 werden enkele principiële argumenten genoemd voor een eclectische benadering maar op de bezwaren en nadelen werd niet ingegaan. Dat gebeurt hier.

De relativering van het belang van theoretische consistentie en het vooropstellen van inventiviteit en praktisch resultaat is niet alleen maar positief. Het belangrijkste gevaar is misschien wel dat therapeuten zich erdoor gestimuleerd kunnen voelen wilde oplossingen te bedenken en iedere inval voor een creatief idee te houden, wat meestal niet in het voordeel van de cliënt zal zijn. In de publikaties over directieve therapie zijn diverse middelen genoemd om dit soort ontwikkelingen tegen te gaan, maar op de vraag in hoeverre deze middelen effectief zijn is geen goed antwoord mogelijk (vgl. Van Dijk & Van der Velden, 1977).

Een ander gevaar is dat van (on)wetenschappelijke slordigheid, onzorgvuldigheid. Dat treedt zeker op wanneer verschillende theorieën bijeengevoegd worden onder het motto: "Ze hebben allemaal wel wat" of "Ze komen op hetzelfde neer". Voor de wetenschappelijke vooruitgang lijkt het ook niet verstandig om nu eens het ene en dan weer het andere referentiekader te gebruiken, maar zolang de empirisch getoetste procedures waarmee eenieder - of vrijwel eenieder - opknapt ontbreken, is het in de klinische praktijk belangrijk om te beschikken over verschillende theoretische benaderingen en die met enige flexibiliteit te kunnen gebruiken. Geen ervaren klinicus betwist dit.

Van Dijck (1980) heeft een poging ondernomen om een hiërarchische ordening in deze referentiekaders aan te brengen, die wij kort samenvatten. Hij neemt aan dat een symptoom gezien kan worden als a) een a-specifiek signaal, b) een manier van communiceren, c) een onderdeel van een sequens, en d) als een adaptatie-strategie. Bij moeilijkheden ad a) zou het mogelijk voldoende kunnen zijn om de cliënt gerust te stellen en steun te geven, bij symptomen ad b) zou de communicatietheorie aanknopingspunten voor behandeling bieden, bij symptomen ad c) de leertheorie, en bij symptomen ad d) zouden o.a. gezinsdynamische en psychodynamische gezichtspunten tot hun recht kunnen komen.

Van Dijck gaat ervan uit dat d) alle elementen bevat van a), b) en c), dat c) de elementen a) en b) bevat en dat b) ook a) inhoudt; deze redenering zou in de omgekeerde richting niet gelden. In hoeverre deze indeling perspectieven biedt is niet bekend. Het is ook niet duidelijk in hoeverre de vier mogelijke betekenissen die hij aan symptomen toeschrijft ook in de praktijk ondubbelzinnig herkenbaar zijn. Toch lijkt dit een manier van denken die de moeite waard is om verder ontwikkeld en onderzocht te worden, zeker wanneer men ervan overtuigd is dat de praktijk eclecticisch werken onvermijdelijk en wenselijk maakt.

Niet de vraag of een strategie geheel en al volgens een theorie verantwoord kan worden bepaald ten slotte de toepasbaarheid ervan, maar de kans dat zij zal werken. Toen de dichter Dèr Mouw zich in het begin van deze eeuw ter bestrijding van zijn hoogtevrees boven een steile helling aan een boompje liet vastbinden, was hij zich er niet van bewust dat deze procedure zich zeventig jaar later onder de naam "flooding" een min of meer wetenschappelijke reputatie zou verwerven. Wanneer in een z.g. primitieve samenleving moeders het voorschrift volgen om hardhandig te voorkomen dat hun zonen zich met elkaar afzonderen, om aansluitend, nog steeds vol-

gens voorschrift, dit gevecht te verliezen, weten zij niet dat zij aan "ambivalentie" vormgeven en een constructieve oplossing van het "Oedipus-complex" mogelijk maken.

De meeste directieve procedures zijn in de praktijk ontstaan, de theoretische verklaringen zijn er veelal later bijgezocht. Regelmatig komt het voor dat de effectiviteit van bepaalde oplossingsstrategieën vrij algemeen erkend wordt, zonder dat er eenstemmigheid bestaat over de "juiste" theoretische verklaring.

Verwonderlijk is dit niet. Men hoeft de wet van de zwaartekracht niet te kennen om te weten dat een lamp die niet goed is vastgeschroefd naar beneden komt.

De stelling dat het in de directieve therapie gaat om de vraag "wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt, in deze situatie?" (Van der Velden & Van Dijck, 1977) wijst niet alleen op een pragmatische en wellicht prijzenswaardige instelling, maar ook op een "tekort". Dit "tekort" is dat de wetenschappelijke psychologie en psychopathologie eenvoudig niet ver genoeg ontwikkeld zijn om ondubbelzinnige richtlijnen voor de klinische praktijk te kunnen leveren.

De vraag of deze wetenschappelijke psychologie er ooit zal komen of zelfs denkbaar is behoeft hier niet te worden besproken.

4. RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE

4.1. Inleiding

Hoewel de relatie- en gezinstherapie oorspronkelijk verschillende achtergronden hadden, zijn zij in de jaren zeventig uitgegroeid tot één hoofdstroming in het veld van de psychotherapie (Broderick & Schrader, 1981). Voor beide vormen zal hier de noemer "gezinstherapie" gebruikt worden.

De gezinstherapie-beweging ontstond in de jaren vijftig, toen de geestelijke gezondheidszorg nog werd gedomineerd door psycho-analytische ziens- en werkwijzen (Anderson & Stewart, 1983). Enkele therapeuten, getraind in traditionele therapeutische benaderingen, begonnen hun aandacht te richten op het verband tussen de symptomen en klachten van de "patiënt" en diens actuele relaties met andere gezinsleden - ouders, partners, broers en zusters). Deze pioniers maakten gebruik van ideeën afkomstig uit niet-traditionele bronnen, zoals de algemene systeemtheorie, de communicatietheorie en de cybernetica.

Er ontstonden binnen enkele decennia diverse scholen, die naast hun aandacht voor het gezin verder weinig gemeenschappelijk hadden. Bepaalde

scholen behielden een sterke belangstelling voor intrapsychische processen, andere waren meer geïnteresseerd in observeerbaar gedrag, interactiepatronen en communicatieregels.

Ook in Nederland komen gezinstherapeutische stromingen voor. Het in voorbereiding zijnde Handboek voor Gezinstherapie maakt de volgende indeling:

1. de intergenerationele stroming;
2. de structurele stroming;
3. de strategische stroming;
4. de cybernetische stroming;
5. de experiëntiële stroming en de "non-theoretici";
6. de leertheoretische georiënteerde stroming.

In deze paragraaf wordt overigens niet getracht elk van deze scholen tot zijn recht te laten komen, maar proberen wij een zogenaamde bimodale visie op het functioneren van gezinnen te presenteren. Hiermee krijgt men toch een indruk van de manieren waarop gezinstherapie wordt toegepast.

4.2. Taxatie in gezinstherapie

Evenals in de individuele psychotherapie wordt in de gezinstherapie begonnen met een taxatiefase waarin vooral wordt onderzocht welke processen in het gezin het z.g. symptomatisch gedrag in stand houden, of wellicht zelfs mede veroorzaken (Lange & Van der Hart, 1979). De uit de systeemtheorie afgeleide benadering - die door tal van gezinstherapeutische stromingen gehanteerd wordt - gaat uit van de volgende vooronderstellingen (Epstein & Bishop, 1981):

- a) de delen van het gezin beïnvloeden elkaar wederkerig;
- b) één deel van het gezin kan niet los van de rest van het systeem begrepen worden;
- c) het functioneren van het gezin kan niet goed begrepen worden wanneer men slechts de delen kent;
- d) de structuur en organisatie van het gezin bepalen in sterke mate het gedrag van de gezinsleden;
- e) interactiepatronen in het gezinssysteem geven vorm aan het gedrag van de gezinsleden.

Taxatie in gezinstherapie houdt naar onze mening overigens ook in dat zorgvuldige aandacht besteed wordt aan de individuele - lichamelijke en psychologische/psychiatrische - aspecten van de klachten. Wanneer klachten van een gezinslid een somatische basis hebben, betekent dit niet dat

daardoor de noodzaak van gezinstherapie vervalt. De ernst van de klachten bij bijv. diabetes kan in belangrijke mate beïnvloed worden door de wijze waarop het gezin met deze ziekte omgaat (vgl. Minuchin et al., 1978).

Van der Hart (1980) geeft het voorbeeld van een gezin waarin dat het geval was. Doordat de 25-jarige dochter plotseling in coma kon geraken, omringden haar ouders haar met veel zorg en aandacht. Dit ging zover dat zij praktisch niet meer alleen werd gelaten.

De gezinstherapeut concludeerde dat de ziekte zelf een dergelijke extreme zorg niet nodig maakte, en dat het geen kwaad zou kunnen wanneer de ouders weer eens aandacht zouden geven aan andere zaken. De dochter werd gestimuleerd meer voor zichzelf te ondernemen, de ouders werden aangemoedigd meer plezier met elkaar te hebben. In een latere fase leerde de dochter zelf adequaat te handelen bij het optreden van ziekteverschijnselen. Voor alle gezinsleden was het een volkomen verrassing dat zij hier toe in staat was.

In de taxatie van het gezin als systeem legt elke stroming andere accenten m.b.t. de relevant geachte informatie. Epstein & Bishop (1981) onderzoeken hoe het gezin functioneert op een zestal dimensies: probleem oplossen, communicatie, rollen, affectieve uitingen, affectieve betrokkenheid en gedragscontrole.

Waar de aandacht in de taxatie van het gezinsfunctioneren ook op gericht is, steeds gaat het er om de zogenaamde sociale en culturele orde (zie § 4.3.) van het gezinssysteem in kaart te brengen. De aldus geordende informatie wordt betrokken bij het overleg tussen therapeut en gezin over de doelstellingen van de therapie en de manier waarop getracht zal worden deze te realiseren.

4.3. Een bimodale visie op gezinstherapie

Vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines (zie bijvoorbeeld Geertz, 1973; Crick, 1976; Tennekes, 1979) en recent ook vanuit de gezinstherapie zelf (Van der Hart, 1980; Minuchin & Fishman, 1981; Seltzer & Seltzer, 1983) worden aan gezinnen en vergelijkbare sociale systemen ruwweg twee niveaus van functioneren onderscheiden. Hoewel verschillende terminologieën worden gebruikt, maakt men in feite steeds dezelfde indeling. Hier volgen we het taalgebruik van Geertz (1973), die groepen beschrijft als sociaal-culturele systemen, waarin een sociale orde en een culturele orde onderscheiden kunnen worden.

De sociale orde van het gezin is een geheel van interactiepatronen; hier gaat het om de 'feitelijke' manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan en de regelmaat daarin. De culturele orde van het gezin is het geheel van opvattingen, mythen, symbolen en waarden, in termen waarvan de gezinsleden hun interactie, zichzelf en hun onderlinge betrekkingen definiëren, hun gevoelens uitdrukken en hun meningen geven. Beide ordes impliceren elkaar, zijn verschillende abstracties van dezelfde verschijnselen (Geertz, 1973).

De problemen waarvoor gezinnen in therapie komen doen zich op beide dimensies voor, en therapeutische veranderingen moeten ook op beide plaatsvinden. Bezien vanuit de sociale orde maakt het symptomatisch gedrag van de cliënt deel uit van bepaalde interactiepatronen in het gezin. In het meest eenvoudige geval bestaat zo'n patroon uit het symptomatisch gedrag van de cliënt plus de pogingen van andere gezinsleden om dit gedrag te laten verdwijnen plus het toenemen van dit gedrag. Een bekend voorbeeld geeft de depressieve cliënt: men tracht hem op te beuren, de cliënt voelt zich onbegrepen en wordt depressiever. Of: gezinsleden uiten hun wensen over en weer in de vorm van verwijten, die weer nieuwe verwijten oproepen, zodat stereotype escalerende ruzies ontstaan, die bijv. eindigen in het huilen door één gezinslid en pogingen "het weer goed te maken" door anderen.

Bezien vanuit de culturele orde kan hetzelfde probleem zich voordoen als een verengd en verstard beeld dat de leden van hun realiteit - inclusief de klachten - hebben gevormd. Zij kunnen gewoonten verdedigen die hun nut hebben verloren en zelfs schadelijk zijn, en in hun visie op de werkelijkheid is geen ruimte voor iets anders.

De sociale en de culturele orde van het gezin ondersteunen en rechtvaardigen elkaar. Beide kunnen een aangrijpingspunt voor de behandeling vormen. Elke verandering in de sociale orde - de feitelijke omgang met elkaar - leidt tot veranderingen in de culturele orde - de manier waarop het gezin betekenissen aan de werkelijkheid geeft -, elke verandering in de culturele orde wordt gevolgd door veranderingen in de manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan - dus ook in de interactiepatronen waarvan het symptomatisch gedrag van de cliënt deel uit maakt (vgl. Van der Hart, 1980; Minuchin & Fishman, 1981; Seltzer & Seltzer, 1983).

Al naar gelang hun theoretische uitgangspunt richten gezinstherapeuten hun aandacht in eerste instantie op:

- a) Veranderingen in de sociale orde - het wijzigen van de concrete interacties in het gezin - en hopen zij dat deze door gewenste veranderingen in de culturele orde worden gevolgd.

Het doel van gezinstherapie is hier bijvoorbeeld het doorbreken van de vicieuze cirkel, zodat de symptomen kunnen verminderen of verdwijnen (vgl. Hoffman, 1976). In het voorbeeld van de depressieve uitingen plus pogingen tot opbeuren kunnen de andere gezinsleden bijv. geïnstrueerd worden dat opbeuren te staken, en de cliënt kan gevraagd worden zijn sombere gedachten aan het papier toe te vertrouwen.

Interventies op dit niveau zijn onder meer: het onderbreken van het gezinslid dat steeds het woord voert, stimuleren dat "zwijgers" meer gaan praten, gezinsleden helpen hun verwijten om te zetten in positief geformuleerde verlangens, en het toepassen van een reeks communicatie-principes, als "voor jezelf en niet voor de ander praten" en "concreet in plaats van vaag praten". Complexer is het begeleiden van de gezinsleden in het bereiken van overeenstemming over gewenste situaties en over datgene wat zij daarbij van elkaar in termen van concreet gedrag verlangen (vgl. Lange & Van der Hart, 1979; Epstein & Bishop, 1981; Vansteenwegen, 1983).

- b) Veranderingen in de culturele orde: het wijzigen van opvattingen, gezinsmythen, betekenissen e.d., in de verwachting dat hierdoor gewenste veranderingen in de feitelijke omgang van de gezinsleden gaan optreden.

Op dit niveau wordt getracht de niet meer adequate visie van de gezinsleden op de werkelijkheid - ook op de betekenis van de klachten - te veranderen. Minuchin & Fishman (1981/1983, p.242) geven dit als volgt weer: "... de therapeut biedt het gezin een andere realiteit. Hij maakt alleen gebruik van de feiten die het gezin als waar erkent, maar uit deze feiten construeert hij een nieuwe ordening. Hij beproeft de constructies van het gezin op hun sterkte en hun beperkingen, en gebruikt deze als fundament om een complexere wereldbeschouwing op te bouwen, een wereldbeschouwing die het gemakkelijker maakt en ertoe bijdraagt om tot een nieuwe structuur (d.w.z. sociale orde) te komen."

Een van de zogenaamde intergenerationele gezinstherapeuten, I. Boszormenyi-Nagy, neemt hierbij een moreel standpunt in ten opzichte van het gezin; hij wordt de vertegenwoordiger van wat moreel ver-

antwoord is en gaat in de zittingen na hoe het symptomatisch gedrag van de cliënt samenhangt met ongerechtigheden die gezinsleden in de loop der tijd en in de opeenvolging der generaties jegens elkaar gepleegd hebben (vgl. Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).

Een andere benadering op dit niveau is gericht op de expliciete en impliciete "mythen" van het gezin. Deze mythen bevatten "verklaringen" voor het ontstaan van de persoonlijkheden van de gezinsleden, dus ook van het met symptomen behepte gezinslid. Expliciete gezinsmythen zijn de verhalen die door de gezinsleden beschouwd worden als waarheidsgetrouwe verslagen van wat er in het verleden gebeurd is - waardoor en hoe de symptomen zijn ontstaan bijv. - impliciete mythen zijn betekenisvolle maar niet volledig ontwikkelde elementen van een potentieel verhaal (Waardenburg, 1980). Minuchin & Fishman (1981) merken op dat de therapeut deze gezinsmythen niet openlijk hoeft te bestrijden, maar hij kan ze wel veranderen door er iets aan toe te voegen. In het gezin waar een impliciete mythe heerst dat vader almachtig is, kan de therapeut aan een kind uitleggen dat echt respect voor zo'n vader ook inhoudt dat men met hem van mening moet kunnen verschillen.

- c) Veranderingen op beide niveaus tegelijkertijd: het wijzigen van betekenissen en er tegelijk op aansturen dat ook de feitelijke omgang anders wordt.

Gezinstherapeuten die primair gericht zijn op het wijzigen van de feitelijke interacties in het gezin denken er niet altijd aan dat al bij het noemen van die interacties, beïnvloeding op het niveau van betekenissen - de culturele orde - plaats vindt, en therapeuten die met de gezinsleden de ontstaansmythen van de problemen proberen te reconstrueren vergeten weleens dat er dan ook veranderingen in de feitelijke omgang met elkaar plaats vinden: de gezinsleden gaan in zo'n gesprek waarschijnlijk anders met de problemen om dan zij gewend zijn.

Gezinstherapeuten - m.n. directieve gezinstherapeuten - realiseren zich in toenemende mate dat de sociale en de culturele orde van het gezin beide gelijkwaardige aanknopingspunten voor therapie bieden; zij zijn er op gericht de meest effectieve combinaties van interventies op beide niveaus te zoeken.

Het eerder beschreven positief etiketteren (§ 3.3.), dat vaak aan een paradoxaal advies of een therapeutisch ritueel vooraf gaat, is gericht

op veranderingen in de culturele orde van het gezin. Aan het symptoomgedrag of het pathologisch interactiepatroon wordt een positieve betekenis toegekend; door een ritueel zou deze alleen nog beter tot z'n recht komen. De "nog niet geheel geslaagde poging tot een overgang in de levenscyclus van het gezin", zoals bepaalde klachten soms met recht genoemd kunnen worden, zou door de gecoördineerde activiteiten van het ritueel meer kans van slagen hebben. Zo werd het anorectisch gedrag van een jonge vrouw, opgenomen in een psychiatrische kliniek, vasten genoemd, dat haar in het kader van een door de therapeut geleid overgangsritueel zou kunnen helpen de stap naar de volwassenheid te maken (De Smet, in Van der Hart, 1983).

Een andere combinatie is het omzetten van denkbeelden die de gezinsleden over de aard of oorsprong van klachten hebben in feitelijke interacties. Er wordt mee beoogd dat de gezinsleden gaan inzien dat hun ideeën niet kloppen en dat zij een andere manier van omgaan met elkaar ontwikkelen. Seltzer & Seltzer (1983) geven het voorbeeld van een gezin waarin de klachten volgens de opgroeiende dochters te maken hadden met het "feit" dat hun - alleenstaande moeder - een heks was. Zij kregen in de zitting de opdracht een heksenmasker te maken en dat bij hun moeder op te zetten. Moeder en dochters kregen het huiswerk met elkaar om te gaan alsof moeder dit masker nog steeds op had. Moeder bleek daarop genoeg te krijgen van haar pogingen om zowel vader als moeder in het gezin te zijn en de dochters zagen in dat ze van haar het onmogelijke hadden verlangd.

4.4. Effectonderzoek naar gezinstherapie

In de ruime verscheidenheid aan gezinstherapieën, zijn het vooral de interactioneel/directieve benaderingen die systematisch onderzocht zijn op hun effectiviteit. Effecten van psychodynamisch georiënteerde gezinstherapie zijn helaas niet bekend (Stanton, 1981).

Gurman & Kniskern (1978; vgl. Epstein & Vlok, 1981) geven een overzicht van het bestaande effectonderzoek (200 studies) naar gezins- en relatie-therapieën. Zij concluderen dat, over het geheel genomen, bij 73% van de gezinnen en bij 65% van de partnerrelaties een positief resultaat werd bereikt. (Bij individuele psychotherapie voor relatieproblemen was dat minder dan 50%.) Epstein & Vlok (1981) merken naar aanleiding hiervan op "dat het onderzoeksmateriaal zo duidelijk is dat er geen enkele rechtvaardiging meer bestaat om individuele psychotherapie te gebruiken in de behandeling van relatiestoornissen". Gurman & Kniskern (1981) gaan nog verder: zij

concluderen dat gezinstherapie vaak effectiever is dan individuele psychotherapie, zelfs voor problemen die als typisch persoonlijk worden beleefd. Zij concluderen dat bij psychosomatische stoornissen bij kinderen een Minuchiaanse gezinstherapie de meest aangewezen benadering is.

5. SCHOLING

Directieve therapie wordt doorgaans toegepast door mensen die volgens een bepaalde "hoofdstroming" hebben leren werken. Directieve therapie is gespecialiseerd in het ontwikkelen van "varianten", de vaste thema's moet men elders onder de knie hebben gekregen. Directieve therapie is dus niet een stroming naast de gezinstherapie, de gedragstherapie of een psychodynamisch georiënteerde vorm van therapie, maar een eclectische benadering waarmee ervaren therapeuten kunnen werken. Opleidingen in directieve therapie worden dan ook bij voorkeur in het kader van nascholing gegeven.

Zo bezien is het niet vreemd dat ervaren directieve therapeuten als docent of supervisor worden aangetrokken bij instituten die gedragstherapeutisch, psycho-analytisch of klinisch-psychiatrisch georiënteerd zijn.

Om deze redenen is er, tot nog toe althans, geen vereniging voor directieve therapie of een daarmee verwant genootschap. De toetsing van het handelen van directieve therapeuten geschiedt dan ook niet door directieve collega's, maar volgens de codes van de verenigingen en disciplines waartoe zij behoren.

6. SLOTOPMERKINGEN

Tot slot willen we de hoofdsom van het betoog in de vorm van een aantal stellingen samenvattingen.

- De tendens om de psychotherapie los te maken van de sociale en klinische psychiatrie benadeelt mensen met psychiatrische aandoeningen.
- Het is niet mogelijk iedere cliënt effectief te helpen. Het lijkt wel mogelijk het merendeel der cliënten tot hun tevredenheid te bejegenen. Naast effectonderzoek is vooral satisfactie-onderzoek van belang.

- In de praktijk van de indicatiestelling is het eclecticisch uitgangspunt reeds erkend. Er zijn geen belangrijke theoretische of praktische redenen om dit uitgangspunt niet ook bij de behandeling te hanteren. Gezien de stand van zaken in de wetenschappelijke psychologie moet de psychotherapie vooralsnog eclecticisch blijven.
- Er kunnen verantwoorde procedures ontwikkeld worden om de nadelen van een eclecticische benadering te verminderen.
- Directieve therapie vergroot de bereikbaarheid van de psychotherapie voor cliënten die niet in aanmerking komen voor mono-methodische psychotherapie.
- In de context van de psychotherapie is een zo positief mogelijke benadering van symptomen de meest rationele.
- De effectiviteit van de psychotherapie wordt bevorderd door cognitieve verheldering te combineren met actie.
- Psychotherapeuten, hoe goed ook gekwalificeerd, zijn niet bij machte de persoonlijke "groei" van cliënten te veroorzaken. Het is dus ook niet reëel "persoonlijke groei" als doelstelling van psychotherapie te accepteren.
- Omdat cliënten niet primair wegens klachten maar wegens demoralisering behandeling zoeken, moet een psychotherapeut niet alleen klachten maar ook demoralisering kunnen bestrijden.
- Als regel dient korte therapie uitgevoerd te worden voor tot langer durende therapie wordt besloten. Op deze regel bestaan uitzonderingen.
- Mensen met chronische of recidiverende psychiatrische aandoeningen kunnen beter kort en intensief behandeld worden wanneer dat nodig is, dan dat hun als routine een onbeperkt contact wordt aangeboden.
- Als regel dient de omgeving van de cliënt bij de taxatie betrokken te worden. De vaardigheid om dit te doen dient niet tot officiële gezins-therapeuten beperkt te blijven.

Literatuur

Anderson, C.M. & Stewart, G. Mastering resistance: A practical guide to family therapy. New York: Guilford Press, 1983.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J.H. Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1956, 1 (4), 251-264. Herdrukt in: D.D. Jackson (ed.), Communication, Family and Marriage. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1969.

Beutler, L.E. Eclectic Psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon Press, 1983.

Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D.N. Contextual family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Brinkgreve, C., Onland, J.H. & Swaan, A. de. Sociologie van de psychotherapie 1: De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Utrecht: Het Spectrum: Utrecht, 1979.

Broderick, C.B. & Schrader, S.S. The history of professional marriage and family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Clarke, J.C. & Jackson, J.A. Hypnosis and behavior therapy: The treatment of anxiety and phobias. New York: Springer Publishing Co., 1983.

Dijck, R. Van. Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Dijck, R. Van. Toekomstfantasieën: het gebruik van autohypnose bij een op de toekomst gerichte oplossingsstrategie. Dth: Kwartaalschrift voor Directieve Therapie, 1981, 2, 135-153.

Dijck, R. Van & Hoogduin, K. Het voorkomen van uitzichtloze therapeutische relaties. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Dijck, R. Van & Velden, K. van der. Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Dijck, R. Van & Velden, K. van der. Valkuilen voor directieve therapeuten. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

Dijck, R. Van, Hart, O. van der & Velden, K. van der. Over imaginatie en metaforen. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.

- Dijck, R. Van. Modellen in psychotherapie. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Dijck, R. Van, Hart, O. van der, Velden, K. van der & Oudshoorn, D. Wat is directieve therapie? (2). In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Epstein, N.B. & Vlok, L.A. Research on the results of psychotherapy: A summary of evidence. American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 1027-1035.
- Erickson, M.H. Further clinical techniques of hypnosis: Utilization techniques. American Journal of Clinical Hypnosis, 1959, 2, 3-21. Ook in Haley (1967) en Rossi (1980).
- Erickson, M.H. Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic processes in a case of ejaculatio praecox. American Journal of Clinical Hypnosis, 1973, 17, 143-157.
- Frank, J. Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press, 1972.
- Fromm, E. Values in hypnotherapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1980, 17 (4), 425-430.
- Fromm, E. & Shor, R.E. (eds.). Hypnosis: Developments in research and new perspectives (gew. 2de druk). New York: Aldine Publishing Co., 1979.
- Garfield, S.L. Psychotherapy: An eclectic approach. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- Geertz, C. Ritual and social change: A Javanese example. In: C. Geertz, The interpretation of cultures. New York: Basic Books, 1973.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In: S. Garfield & A. Bergin (eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, sec. ed. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Family therapy outcome research: knowns and unknowns. In: A.S. Gurman & D.S. Kniskern (eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Haley, J. Strategies of psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1963 (Nederlandse uitgave: Utrecht: Bijleveld, 1980.)
- Haley, J. (Ed.), Advanced techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson, M.D. New York: Grune & Stratton, 1967.
- Haley, J. Uncommon therapy. New York: Norton, 1974. (Nederlandse uitgave: Buitengewone therapie. Haarlem: De Toorts, 1975.)

- Hart, O. van der. Problematische gezinssituaties: over de (her)organisatie van gezinnen met psychiatrische moeilijkheden. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1980, 35, 764-786.
- Hart, O. van der. Hypnotherapie voor functionele amenorrhoe; een historisch overzicht met twee eigen voorbeelden van een metaforische benadering. Dth: Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, 1982, 2, 127-151.
- Hart, O. van der (e.a.). Afscheidsrituelen in psychotherapie. Baarn: Ambo, 1981(a).
- Hart, O. van der. Het gebruik van mythen en rituelen in psychotherapie. In: O. van der Hart (e.a.), Afscheidsrituelen in psychotherapie. Baarn: Ambo, 1981(b).
- Hart, O. van der. Rituelen in psychotherapie: Overgang en bestendiging. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- Hoffman, L. Breaking the homeostatic cycle. In: P. Guerin (ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.
- Hoogduin, K. Behandeling met behulp van zelfcontrôle-procedures. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Kroger, W.S. & Fezler, W.O. Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1978.
- Lange, A. Opdrachten in gezins- en huwelijkstherapieën. Tijdschrift Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk, 1972, 26, 387-394. Ook in: A. van der Pas (e.a.), Gezinsfenomenen. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1973.
- Lange, A. Waarom individuele gedragstherapie? Dth: Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, 1981, 1, 223-246.
- Lange, A. & Hart, O van der. Gedragsverandering in gezinnen (4e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff, 1979.
- Leuner, H. Guided affective imagery (G.A.I.): A method of intensive psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 1969, 23, 4-22.
- Luborsky, C., Singer, B. & Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapie. Archives General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. Research in psychotherapy. New York: Atherton Press, 1970.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. Family techniques. Cambridge: Harvard University Press, 1981. (Nederlandse uitgave: Gezinsstructuur en therapeutische technieken. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.)
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in content. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

(Nederlandse uitgave: Psychosomatische ziekten in het gezin: De behandeling van anorexia nervosa.)

- Papp, P. Paradoxical strategies and countertransference. American Journal of Family Therapy, 1979, 7, 11-12.
- Papp, P. Staging reciprocal metaphors in a couples group. Family Process, 1982, 21, 453-467.
- Rabkin, R. Strategic psychotherapy. New York: Basic Books, 1977.
- Raskin, D.E. & Klein, Z.E. Losing a symptom through keeping it; A review of paradoxical treatment techniques and rationale. Archives of General Psychiatry, 1976, 33, 548-555.
- Reid, W.J. & Epstein, L. Task-Centered Casework. New York/London: Columbia University Press, 1972. (Nederlandse uitgave: Taakgericht casework. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
- Rossi, E.L. (ed.). The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis (4 volumes). New York: Irvington Publishers, 1980.
- Schudel, W.J., Opgenomen ... opgegeven? Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F. & Prata, G. The treatment of children through brief treatment of their parents. Family Process, 1974, 13, 429-442.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F. & Prata, G. Paradox en tegenparadox. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1979.
- Selvini Palazzoli, M. Why a long interval between sessions? In: M. Andolfi & I. Zwerling (eds.), Dimensions of family therapy. New York: Guilford Press, 1980.
- Seltzer, W.J. & Seltzer, M.R. Material, myth, and magic: A cultural approach to family therapy. Family Process, 1983, 22, 3-14.
- Shapiro, D.A. & Shapiro, D. Meta-analysis of comparative outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 1982, 92, 581-604.
- Spiegel, H. & Linn, L. The 'ripple effect' following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 1969, 126, 53-58.
- Spinhoven, P. Het therapeutisch belang van hypnotiseerbaarheid. Dth: Kwartaalschrift voor Directieve therapie en Hypnose, 1982, 2 (4), 319-365.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. & Associates. The family therapy of drug addicts. New York: Guilford Press, 1981.

- Stanton, M.D. Strategic approaches to family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Stanton, M.D. & Todd, T.C. Structural family therapy with drug addicts. In: E. Kaufman & P. Kaufman (eds.), The family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardner Press, 1979.
- Thorne, F.C. Eclectic psychotherapy. In: R. Corsini (ed.), Current psychotherapies. Ithaca, Ill.: F.F. Peacock Publishers, 1973.
- Udolf, R. Handbook of hypnosis for professionals. New York: Van Nostrand Reinhold, 1981.
- Vansteenwegen, A. Helpen bij partnerrelatieproblemen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- Velden, K. van der (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
- Velden, K. van der (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Velden, K. van der & Vreeken, A. Recht op hulp. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1977, 32 (12), 760-722.
- Velden, K. van der & Dijck, R. Van. Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
- Velden, K. van der, Hart, O. van der & Dijck, R. Van. Positief etiketteren. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Waardenburg, J. Symbolic aspects of myth. In: A.M. Olson (ed.), Myth, symbol and reality. Notre Dame/London: University of Notre Dame Press, 1980.
- Wadden, T.A. & Anderton, C.H. The clinical use of hypnosis. Psychological Bulletin, 1982, 91, 215-243.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. Pragmatics of human communication. New York: Norton, 1967. (Nederlandse uitgave: De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.)
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fish, R. Change. New York: Norton Publishers, 1974 (Nederlandse uitgave: Het kan anders. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1974.)
- Wolpe, J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press, 1967.

Over beslissen en heretiketteren

Alfred Lange

Inleiding

In het verre verleden heeft Hoogduin zich sterk gemaakt voor een hulpmiddel dat door aarzelaars gebruikt zou kunnen worden om tot een beslissing te komen. Het betrof een ingenieus systeem van weging van voor- en nadelen van diverse opties (vgl. Hoogduin, 1980). Hoewel ik de procedure nimmer op exact deze wijze aan cliënten heb geadviseerd, heb ik het principe meerdere malen laten toepassen. Hoewel het soms wel hielp, had ik de indruk dat dat niet gebeurde via een rationeel mechanisme zoals door Hoogduin verondersteld. Mensen die geen besluit kunnen nemen in een bepaalde kwestie doen mentaal vanzelf al wat Hoogduin m.b.v. het beslisadvies hoopt te bereiken. Het probleem is dat ze nooit blij zijn met de uitkomst van hun afwegingen. Dus gaan ze weer opnieuw beginnen, maar zijn dan natuurlijk weer niet tevreden. Juist bij het pathologisch twijfelen loop het beslissingsproces niet via rationele overwegingen. De ietwat RET-achtige procedure van Hoogduin, hoe fraai ook, helpt dan ook niet op die manier. Toch worden er - zoals hierboven al werd gesteld - af en toe resultaten geboekt. Over preciese getallen daarover beschik ik momenteel niet, maar de positieve resultaten kunnen m.i. verklaard worden doordat de opdracht werkt als een 'zware last'. De cliënt kan de redelijkheid van het afwegingsadvies niet ontkennen. Hij moet nu dus kiezen: De afwegingsprocedure op gang zetten of meteen maar beslissen (beter worden). Meestal wordt

voor het eerste gekozen. Dat houdt in dat de cliënt zich regelmatig opzettelijk gaat blootstellen aan al zijn twijfels, aarzelingen en steeds gedurende lange tijd achter elkaar. Daarvan krijgt hij zo een afkeer dat hij dan maar een knoop doorhakt.

Zo gaat het, dacht ik, als het helpt. Het moge duidelijk zijn dat het er in dit proces niet zo toe doet of men wel of niet gewichten aan de keuzen laat aanbrengen. De technische details zijn van minder belang, mits de motivering maar sterk is en de hoeveelheid zwaar en onontkoombaar. Het moge ook duidelijk zijn dat er voor velen ook een ontsnapping is. Zij kunnen na een aantal pogingen simpelweg aangeven dat zij 'er toch niet uitkomen'. Dat gebeurt dan ook regelmatig. Met andere woorden: voor pathologische aarzelaars bestaat geen echte afdoende interventie. De tijd is meestal nog de grootste vriend. Mijn advies is dan ook vaak in de trant van: "elke dag een uur gecontroleerd de beslissingsprocedure uitvoeren, de rest van de dag je er niet mee bezig houden, maar niet speciaal rekenen op succes. Dat komt pas als je er aan toe bent". Een variant daarvan ontstaat wanneer men de cliënt vraagt om zich, zodra hij merkt dat hij piekert over de te nemen beslissing, gedurende een X aantal minuten terug te trekken teneinde zich te concentreren op alle voor- en nadelen. De beslisprocedure beoogt dan in beide gevallen een soort satiatie m.b.t. het piekeren over de beslissing, vergelijkbaar met responspreventies bij dwangdenken (vgl. Hoogduin, 1981, van der Velden, 1981).

Beslissen door niet te kiezen

Zeer recent kwam ik tot een voor mij nieuwe benadering van het beslis-probleem. Het betrof de zeker niet geringe categorie van 'kiezen tussen twee vrouwen', waar sommigen van ons misschien zelf ook wel eens mee te maken gehad hebben. Het ging om een 50 jaar oude zakenman, heer O., die sinds een half jaar bij zijn vriendin woonde, een dertigjarige secretaresse van hem, waarmee hij al tien jaar een verhouding had. Die verhouding had nooit tot problemen geleid. Zijn vrouw was op de hoogte en accepteerde de situatie. De problemen waren pas begonnen toen zijn vriendin een half jaar geleden een andere betrekking zocht en vond. Hij raakte helemaal in paniek, dat waren althans zijn woorden, en vertrok van huis om bij zijn vriendin te gaan wonen. Maar, zo stelde hij stellig, "ik hou ook veel van mijn vrouw", en "ik ben goed getrouwd". Sinds zijn vertrek van huis heeft hij zijn kinderen niet meer gezien, omdat 'regelingen met kinderen' horen bij de situatie van de gescheiden man en dat was hij niet. Hij had het idee dat hij door afspraken met zijn kinderen te maken de scheiding als het ware zou bestendigen. Afgezien van de (on)juistheid van deze opstelling lag er nu het volgende probleem: Zijn vrouw wilde hem wel terug, maar dan moest hij kappen met de vriendin. Deze was zelf meer meegaand. Als hij bij haar zou blijven zou hij ook met zijn vrouw mogen omgaan, bijv. weekenden of iets dergelijks 'thuis' doorbrengen. Meneer O. kon echter niet beslissen en naar zijn zeggen was hij daar voor het eerst van zijn leven depressief van geworden. Na het eerste gesprek suggereerde de therapeut dat er twee mogelijkheden waren. De

eerste - en waarschijnlijk de beste - was om een tijdje helemaal apart te gaan wonen. Dan kon hij zonder invloeden van buiten af zijn keuze maken. Dat werd afgewezen op grond van het feit dat hij 'nog geen eitje kan bakken'. Na de afwijzing hiervan zag hij wel wat in het "Hoogduinadvies" dat in wat lossere termen werd gegeven: *drie maal per week een uur terugtrekken, concentreren op elk voordeel en elk nadeel van beide opties en het een en ander opschrijven*. De volgende afspraak was drie weken later. Hij had zijn huiswerk niet gedaan. Reden: "ik zag het niet zitten, ik wil eigenlijk helemaal niet kiezen". Na wat doorvragen van de therapeut bleek dat hij het liefst met beide vrouwen 'door zou gaan', bijv. door de ene week bij de één en de andere week bij de ander door te brengen. Zijn vriendin zou daarin wel meegaan maar zijn vrouw zeker niet, dus moest hij kiezen en dat wilde hij niet. De therapeut complimenteerde hem ermee dat hij zo verstandig was geweest het huiswerk niet uit te voeren. aangezien het advies niet goed was geweest. Hij had immers geen beslis-probleem. Hij had al besloten en het was aan de anderen om op zijn besluit te reageren. De therapeut adviseerde hem derhalve het volgende: *Hij zou zijn voorstel op papier zetten, in een plechtige contractuele stijl. Dat zou hij niet bij zijn vriendin doen, maar op zijn kantoor. Twee exemplaren van het voorstel zou hij tegelijkertijd versturen, één naar zijn vrouw en één naar zijn vriendin. Het was dus aan ieder van hen om te beslissen in hoeverre ze mee wilden doen.* Over de mogelijkheid dat beiden het zouden afwijzen werd niet gesproken. Overigens lag dat niet in de lijn der verwachting aangezien zijn vriendin al had laten door-

schemeren mee te willen werken aan dit soort constructies.

Niet rechtstreeks relevant maar voor de volledigheid toch de moeite van het vermelden waard is het gesprek over de kinderen dat door de therapeut werd geëntameerd. Dit leidde ertoe dat de heer O. voordat hij de brieven zou schrijven contact zou hebben met al zijn kinderen, bijv. door een weekend met hen weg te gaan.

Bespreking

De beschreven interventie valt mijns inziens te beschouwen als een *vorm van relabeling*. Doordat de man voorheen anticipeerde op de keuze van zijn vrouw (verbreken van de relatie als hij niet stopte met de vriendin) was het voor hem een realiteit dat zijn voorstel om met beiden door te gaan in feite een keuze voor de vriendin was en niet voor zijn vrouw. En een keuze wilde hij niet maken. Door de herformulering van de therapeut was zijn voorstel opeens geen keuze meer tussen de één of de ander. Overigens is nog niet bekend of de interventie ook voor een blijvende oplossing van het probleem heeft gezorgd. In een volgende aflevering van TDT zal daarover meer informatie worden verstrekt.

Kiezen tussen potentiële partners is een thema waar men vaak mee wordt geconfronteerd in deze tijden. Het is niet mijn bedoeling om met dit artikeltje te suggereren dat de manier waarop deze cliënt de impasse doorbrak in veel van dit soort keuze kwesties mogelijk is. Er waren hier een aantal bijzondere factoren. Ten eerste is het niet

alledaags dat iemand in een dergelijke situatie er zelf vol overtuiging voor kiest om bij beiden te blijven wonen. Met andere woorden, bij de meesten in een vergelijkbare positie moet er echt een keuze gemaakt worden en valt er niet te herformuleren op de manier zoals hier.

Ten tweede was de vriendin van meneer O. bereid om te aanvaarden dat haar vriend gedeeltelijk bij zijn vrouw zou blijven. Als ook van haar duidelijk was geweest dat zij iets dergelijks niet zou accepteren dan had meneer O. bij het schrijven van zijn brief er rekening mee moeten houden dat beiden zijn plannen zouden afwijzen en dat hij alleen zou moeten gaan wonen; op zich natuurlijk ook heel acceptabel, maar niet voor meneer O. en voor vele anderen in zijn situatie. In dat geval zou hij de brieven nooit hebben geschreven.

Bij het beschouwen van deze interventie valt weer eens te constateren dat er voor de meeste problemen geen pas-klaar recept is en dat de therapeutische strategie toegesneden moet worden op de preciese context van het probleem.

Literatuur

Hoogduin, K., 1980. Over het nemen van beslissingen.

In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2.

Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hoogduin, K., 1981. Over de behandeling van cliënten

met dwanggedachten. Kwartaalschrift voor Directieve

Therapie en Hypnose, 1, (2), 124-134.

Lange, A. & O. van der Hart, 1979. Gedragsverandering in

gezinnen, vierde gewijzigde druk, par.5.3.2., Wolters

Noordhoff, Groningen.

Velden, K. van der, 1981. De behandeling van een vrouw

met dwangdenken. Kwartaalschrift voor Directieve

Therapie en Hypnose, 1, (1), 75-86.

TERZIJDE

Kees Hoogduin

We worden beroemd;
spreken op congressen
in het buitenlands;
publiceren zelfs zo
vreemdta-lijk dat we ons
eigen werk niet meer
kunnen lezen.

Kortom, wij zouden te
benijden zijn als niet
twijfels rondspookten
in ons hoofd.

Zijn wij op de goede
weg?

Vergeten wij op de reis
naar roem en aanzien
niet ons gewone werk?

Dat wij wel voor ons-
zelf zorgen, maar geen
oog meer hebben voor de
noden van de patient?

Dit laatste oudjaar
kregen wij een
nieuwjaarswens van
"de psychotische Belg".
Het is alsof hij ons een
halt toe wil roepen.
Luisteren wij?



Gelukkig Nieuwjaar

*Met dank voor de morgen
na een nacht die
negenjaar duurde.
Amars*

MISLUKKING EN SUCCES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN DWANGNEUROSE

C.A.L. HOOGDUIN

MISLUKKING EN SUCCES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN DWANGNEUROSE

Inleiding

Hoofdstuk I Dwangneurose: begripsbepaling en diagnostiek

- Introductie.
- 1.1 Definities.
- 1.2 Dwangverschijnselen.
- 1.3 Differentiaal diagnose.
- 1.4 Etiologie.
- 1.5 Incidentie.
- 1.6 Beloop en prognose.

Hoofdstuk II Over de behandeling

- 2.1 De gedragstherapie en andere behandelingsstrategieën.
- 2.2 Zelfcontrole-procedures.
- 2.3 Een voorkeur voor ambulante behandeling.
- 2.4 Directieve therapie.
- 2.5 Een voorstel tot behandeling.
- 2.6 Voorbeelden van deze strategie.
 - 2.6.1 Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedure.
 - 2.6.2 De behandeling van dwanggedachten.
 - 2.6.3 De behandeling van huishoudwang.
 - 2.6.4 De behandeling van kinderen met een dwangneurose.
 - 2.6.5 De behandeling van dwang met een overwegend interactionele betekenis.

Hoofdstuk III Het vooronderzoek: de behandeling van 25 patienten

- 3.1 Methode
 - 3.1.1 Behandelingsprogramma.
 - 3.1.2 De patienten.
 - 3.1.3 Bepaling van mislukking en succes.
- 3.2 Resultaten
- 3.3 Discussie.

Hoofdstuk IV Het onderzoek

- 4.1 Hypothese en vraagstelling.
- 4.2 Methode.
 - 4.2.1 Procedure
 - 4.2.2 Behandelingsprogramma.
 - 4.2.3 De patienten.
 - 4.2.4 Meetinstrumenten.
- 4.3 Resultaten.
 - 4.3.1 De patienten.
 - 4.3.1.1 De selectie.
 - 4.3.1.2 Demografische gegevens.
 - 4.3.1.3 Gegevens betreffende de dwangneurose.
 - 4.3.1.4 Overzicht van de diverse metingen voor de behandeling
 - 4.3.2 Mislukking en succes (onderscheid op Target-symptoms).
 - 4.3.3 Onderzoek van deze twee groepen met betrekking tot metingen van angst, depressie, dwangmatig vraaggedrag en dwangsymptomen vóór de behandeling en na de behandeling c.q. 10e zitting.
 - 4.3.4 Vergelijking van de groepen met betrekking tot de voor de behandeling gemeten:
 - 4.3.4.1 Dwangmatig gedrag.
 - 4.3.4.2 Motivatie.
 - 4.3.4.3 Depressiviteit.
 - 4.3.4.4 Waanachtig karakter van de dwang.
 - 4.3.4.5 Stress-factoren.
 - 4.3.4.6 Angst.
 - 4.3.4.7 Agressie.
 - 4.3.4.8 Intelligentie.
 - 4.3.4.9 Huwelijksatisfactie.
 - 4.3.5 Vergelijking van de groepen met betrekking tot demografische gegevens.
 - 4.3.6 Vergelijking van de groepen met betrekking tot de therapeutische relatie.
- 4.4 Beantwoording van de vraagstelling.
- 4.5 Discussie.

Hoofdstuk V Slotbeschouwing

- 5.1 Over de mislukkingen.
- 5.2 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de behandelingsstrategie.
- 5.3 Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek.

Aanhangsel.

Literatuur.

HOOFDSTUK 1DWANGNEUROSEN: BEGRIPSBEPALING EN DIAGNOSTIEK

Introductie

Het stellen van de diagnose lijkt bij een dwangneurose met dwanggedachten, angsten, spanningen en dwanghandelingen niet al te veel problemen op te hoeven leveren. Toch zijn er steeds verschillen in opvatting geweest wat wél en wat niet als dwangneurose te beschouwen is. In deze studie wordt slechts over dwangneurose gesproken indien het klinisch beeld voldoet aan de criteria zoals die in D.S.M.-III¹⁾ (A.P.A., 1980) vermeld staan. In dit hoofdstuk wordt speciale aandacht gegeven aan beschrijvingen van de symptomatologie, m.n. aan de onderlinge afhankelijkheid van dwanghandelingen en dwanggedachten. De indeling van Ahktar, Wig, Varma, Pershad en Verna (1975) wordt besproken. De indeling van de diverse dwangverschijnselen lijkt vooral een intellectueel spel en heeft een beperkte waarde voor een beter begrip van de dwangproblematiek (Foa & Steketee, 1979). Na een bespreking van de D.S.M.-III-criteria volgt een bespreking van de problemen die de differentiaal-diagnostiek kan opleveren. Het hoofdstuk wordt afgerond met een bespreking van etiologie, incidentie, beloop en prognose.

1.1 Definitie

De dwangneurose is in D.S.M.-III ondergebracht bij de groep 'Angstsyndromen'. Dit is een groep aandoeningen die als gemeenschappelijk kenmerk het beleven van angst heeft. Grofweg gaat het om een drietal categorieën: de angstneurosen, fobische aandoeningen en de dwangneurosen.

In D.S.M.-III wordt de volgende beschrijving van de dwangneurose gegeven:

- De essentiële kenmerken van de dwangneurose bestaan uit terugkerende dwanggedachten en dwanghandelingen. Dwanggedachten (obsessions) zijn steeds terugkerende persisterende ideeën, gedachten, beelden of impulsen die egodystoon van karakter zijn. Dat wil zeggen dat deze gedachten niet als vrijwillig beleefd worden, maar meer als gedachten die het bewustzijn binnendringen. Ze worden beleefd als zinloos of verwerpelijk. Er worden pogingen ondernomen hen te negeren of te onderdrukken.

¹⁾ D.S.M.-III: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington D.C., A.P.A., 1980

Dwanghandelingen (compulsions) zijn steeds herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen die volgens bepaalde regels op een stereotype wijze worden verricht. Het gedrag is niet een doel op zich, maar is bedoeld om een situatie in de toekomst te doen ontstaan of juist te verhinderen. De activiteit is echter niet op realistische wijze verbonden met datgene dat moet ontstaan of juist voorkomen moet worden, of is overduidelijk excessief. De handeling wordt verricht met een gevoel van subjectieve dwang die gepaard gaat met een wens de dwang te weerstaan (in ieder geval in het begin van de aandoening). De betrokkene herkent de zinloosheid van het gedrag (dit geldt soms niet voor jonge kinderen) en beleeft geen plezier bij het uitvoeren van de handeling, hoewel het een vermindering van spanning geeft.

In D.S.M.-III wordt het beeld samengevat onder de naam "Obsessive Compulsive Disorder" of "Obsessive Compulsive Neurosis".

Van Ree et al. (1982) hebben in een beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de D.S.M.-III dit vertaald als obsessief-compulsieve stoornis of obsessief-compulsieve neurose. Hoewel het aan te bevelen is - ook internationaal - bij het gebruik van diagnostische eenheden zich zo uniform mogelijk op te stellen - Trijsburg (1981) geeft een goed overzicht met betrekking tot de begripsverwarring die over de diagnostiek van de dwangneurose ontstaan is - wordt er hier toch de voorkeur aan gegeven te spreken over dwangneurose. De argumentatie voor deze keuze is bescheiden: obsessief-compulsieve stoornis is gewoon geen mooi Nederlands; daarnaast is de term 'dwangneurose' de term die gebruikelijk was en is in de Nederlandse psychiatrie: helder en duidelijk, zonder gevaar voor misverstanden.

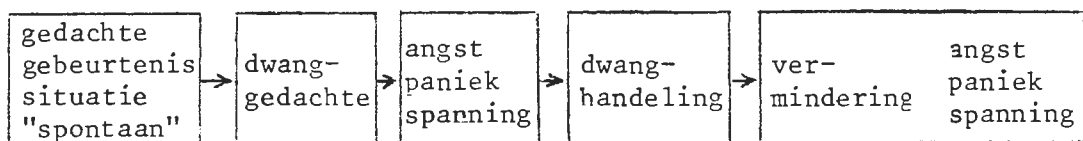
Om de diagnose dwangneurose te kunnen stellen moet het klinisch beeld aan de diagnostische criteria van D.S.M.-III voldoen:

- Er moet sprake zijn van dwanggedachten en/of dwanghandelingen.
- De dwanggedachten en/of dwanghandelingen moeten een ernstige bron van ellende zijn voor de patient of interfereren met normaal sociaal functioneren.
- De dwanggedachten en/of dwanghandelingen mogen niet het gevolg zijn van een andere psychiatrische stoornis, zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, schizofrenie, psychotische of vitale depressie (Major Depressive Episode, vgl. D.S.M.-III) of een organisch bepaalde psychiatrische stoornis.

1.2 De dwangverschijnselen

In D.S.M.-III wordt het voorkomen van dwanggedachten en/of dwanghandelingen (= dwangritueel) essentieel geacht voor het stellen van de diagnose dwangneurose. Hiermee is nochtans niet het gehele klinische beeld gegeven. Naast angst en paniekgevoelens rapporteren patiënten met een dwangneurose perioden met ernstige depressieve klachten, problemen met het doen van de huishouding (vgl. Hoogduin et al., 1981), problemen met het werk en relationele problemen (vgl. Hoogduin et al., 1977).

Dwanghandelingen kunnen niet los gezien worden van dwanggedachten. Dowson (1977) onderzocht 41 dwangpatiënten en vond bij patiënten met dwanghandelingen steeds een relatie van de diverse dwanghandelingen met ten minste één dwanggedachte. Anders gezegd: de dwanghandeling kan gezien worden als een uitdrukking van daaraan voorafgaande psychische activiteit. Daarnaast kunnen dwanggedachten zonder dwanghandelingen voorkomen; bij 2 van de 41 patiënten was dit het geval. De dwanggedachten kunnen plots ontstaan, maar vaak worden ze getriggered door bepaalde gedachten, gebeurtenissen of situaties. Bijv.: een jonge vrouw die als belangrijkste dwanggedachte had de gedachte kaal te worden en die in aansluiting aan deze gedachte haar hoofdharen controleerde of deze nog wel vast in de hoofdhuid zaten. Ze kreeg deze gedachte spontaan, maar ook bij het zien van kammen, een losse haar op kleding, bij kammen van het haar e.d. Bij patiënten met dwanghandelingen kan er een volgende sequentie vastgesteld worden:



Schema 1.2.a: Sequentie bij dwangpatiënten met dwanghandelingen.

Het angstverwekkende van de dwanggedachten en het angstreducerende effect van de dwanghandelingen wordt algemeen aangenomen (vgl. Rachman & Hodgson, 1980; Foa & Tillmans, 1980; Emmelkamp, 1982). Er wordt één uitzondering hierop beschreven die als Primaire Dwang-

matige Traagheid (Primary Obsessional Slowness) bekend is geworden (Rachman, 1974; Rachman & Hodgson, 1980).

Bij de primaire dwangmatige traagheid doet de patient vele uren over de gewone dagelijkse activiteiten: aankleden, tandenpoetsen kunnen dagdelen in beslag nemen. Een opvallend verschijnsel is de rust waarmee de activiteit gepaard gaat (Rachman, 1974). Slechts bij één van de 10 patienten die onderzocht werden, werden de handelingen vooraf gegaan of begeleid door angst of spanning van enige betekenis. In dat ene geval werden de dwanghandelingen eveneens gevolgd door vermindering van die spanning (Rachman & Hodgson, 1974).

Wanneer de patient eenmaal een bepaalde gebeurtenis of situatie geïdentificeerd heeft als trigger voor een sequentie die tot verhoogde spanning en dwanghandelingen leidt, zal hij/zij deze proberen te vermijden. Bijv.: een patient met smetvrees en de daarmee gepaard gaande dwanghandelingen als handen wassen en de kleding wassen, zal proberen zo min mogelijk 'gevaar' te lopen om besmet te raken. Zo kan het gebeuren dat hij zo min mogelijk naar buiten gaat, maar ook kan bijv. de ontlasting en urine lang worden ingehouden als de inhoud van de dwang betrekking heeft op bevuild raken met de eigen uitscheidingsproductie.

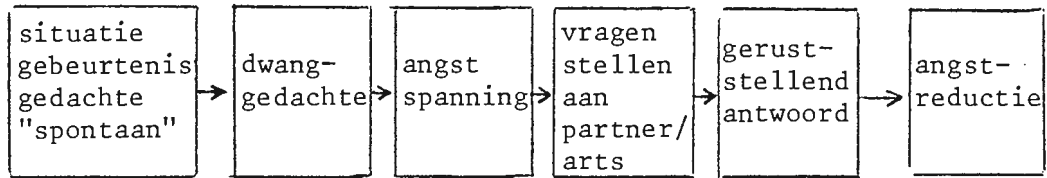
Wanneer de kinderen van buiten komen, moeten zij vaak ook allerlei schoonmaakhandelingen verrichten voordat zij het huis mogen binnengaan. Bezoek wordt als een ramp gezien en dit leidt er nogal eens toe dat na kortere of langere tijd er geen visite meer komt. Duidelijk zal ook zijn dat de dwangneurose een aandoening is die vaak een sociaal isolement tot gevolg heeft. Niet alleen worden veel alledaagse dingen vermeden of met veel moeite en gepaard gaande met veel spanning gedaan, de afhandeling van de dwanghandelingen kan zo veel tijd vragen dat er geen tijd overblijft voor andere zaken. Soms is er gewoon geen tijd genoeg om de dwangpatronen af te wikkelen. Een voorbeeld is de vrouw met een huishouddwang en opgroeiende kinderen. De kinderen laten zich ten slotte niet volledig in controle houden. Dit betekent dat een dergelijke patiente steeds opnieuw huiskamer, hal, gang en kleding moet schoonmaken. Totdat dit tot uitputting leidt en patiente wanhopig tot diep in de nacht aan het poetsen en schoonmaken is (vgl. Hoogduin et al., 1981).

Wanneer de patient niet langer in staat is met behulp van dwanghandelingen de angsten en spanningen weer enigermate te doen afnemen, kan een situatie ontstaan waarbij de patient niets meer durft of kan. Dit zg. amortiseren kan inhouden dat de patient aan hevige onrust ten prooi, geen pas meer durft te zetten. Een vrouwelijke patient met een angst bevuild te raken met hondefaeces had naast een dwang om de handen te wassen, het huis te poetsen in aansluiting aan de dwanggedachten met hondefaeces bevuild te zijn, soms het idee dat wanneer ze iets donkers op de vloerbedekking zag liggen dat er hondefaeces in haar huis lag. Ze geraakte vervolgens in paniek en bleef zonder zich te bewegen op dezelfde plek tot haar echtgenoot thuis kwam. Soms lukte het haar met veel moeite de telefoon te bereiken. Haar echtgenoot, als arts werkzaam in een ziekenhuis, wist dan niets anders te doen dan naar huis te gaan om het ongerief te verwijderen, waarna patiente geleidelijk weer tot rust kwam.

Dit voorbeeld geeft aan dat een patient met een dwangneurose ten gevolge van de dwangverschijnselen bepaalde dingen niet alleen of zelfs in het geheel niet meer durft. De overige gezinsleden worden in de loop der jaren steeds meer ingeschakeld. In het voorbeeld van de vrouw met de angst voor de besmetting met hondefaeces begeleidde de man zijn vrouw op straat. Ook kookte hij en verzorgde hij de maaltijden. Alle boodschappen werden door hem gedaan. Vaak moeten de gezinsleden allerlei regels in acht nemen om te voorkomen dat de patient weer allerlei dwanghandelingen 'moet' doen.

Sommige patienten hebben naast de dwanghandelingen om de angst en spanning te reduceren geleerd dat ook het vragen aan gezinsleden, de huisarts, eventueel de dominee, tot geruststelling en angst- en spanningsvermindering kan leiden. Een man met een dwangneurose waarbij hij zich steeds moest trachten te herinneren wat hij op een bepaalde dag of tijd, soms jaren geleden, had gedaan, schakelde zijn vrouw bij het oplossen van deze twijfel in. Hij stelde de vragen aan haar. Wanneer zij naar zijn inzicht voldoende zeker een antwoord gaf, was hij even, soms maar enkele seconden, vrij van zijn dwangproblematiek. Vaak slaagde zijn vrouw - omdat zij het ook niet meer wist - er niet in hem antwoord te geven. Dit vraaggedrag kan zich evenals de dwanghandelingen zeer bizar ontwikkelen. Deze patient bijv. stelde regelmatig zijn vrouw de vraag: "Wat wilde ik ook alweer vragen?"

De sequentie ziet er in dit geval als volgt uit:



Schema 1.2.b: Sequentie bij dwangpatienten die familie inschakelen.

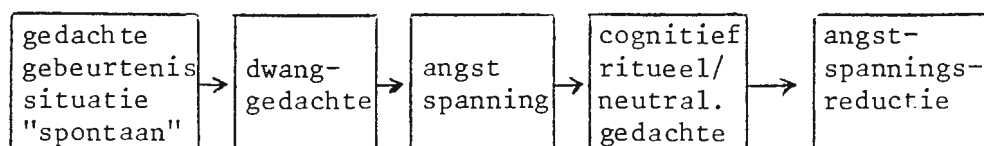
Sommige patienten hebben in het geheel geen dwanghandelingen.

Patienten met dwanggedachten leveren een aanhoudende strijd tegen deze gedachten, maar zij ervaren een vermindering van spanning wanneer zij deze gedachten hebben kunnen afwikkelen. Het bestrijden van de dwanggedachten gebeurt meestal op een stereotype wijze.

De patient probeert de dwanggedachte te neutraliseren door bepaalde andere gedachten. Soms lukt dit. Deze neutraliserende gedachten worden gevolgd door een gevoel dat het nu weer in orde is en geven opluchting en rust. De inhoud van de neutraliserende gedachte is vaak tegengesteld aan de inhoud van de dwanggedachte. Een patient slaagde er bijv. in de gedachte "Val dood" te neutraliseren met het vijfmaal "Lang zal hij leven" te denken.

Een patient had de dwanggedachte iets dat hij aangeraakt had, ongemerkt beschadigd te hebben. Dit had tot gevolg dat hij steeds opnieuw dit voorwerp bekeek en controleerde. Wanneer hij op zijn werk was, overviel hem een dergelijke gedachte - dat hij in zijn huis iets beschadigd had - soms ook. In dat geval ging hij in gedachte nauwgezet na wat hij met het betroffen voorwerp had gedaan. Meermalen lukte het hem op deze manier zijn spanning te reduceren. Het is duidelijk dat deze gedachten een vergelijkbare betekenis hebben als de dwanghandelingen of dwangrituelen. Deze gedachten of cognitieve rituelen hebben eveneens een spannings- en angstreductie tot gevolg. Dit in tegenstelling tot de gedachteflits die de spanning en angst opriep: "Help, ik heb het antieke vaasje beschadigd".

In dit schema ziet deze sequentie er als volgt uit:



Schema 1.2.c: Sequentie bij patienten met alleen dwanggedachten.

De dwanggedachten hebben jaren tot veel misverstanden aanleiding gegeven. Immers, velen beschouwden en beschouwen de cognitieve rituelen als dwanggedachten. Deze rituelen nu geven een spanningsreductie, dit in tegenstelling tot de plots optredende dwanggedachten die angst en spanning geven. Het is Rachman (1976) geweest die de overeenkomsten van de cognitieve rituelen met de dwanghandelingen beschreven heeft. Toch blijven er problemen rond de beschrijving van de dwangverschijnselen bestaan: Foa en Steketee (1979), voortbordurend op Rachman (1976) bijv. doen het voorstel gedachten, beelden en activiteiten die angst opleveren "Obsessions" te noemen; gedrag, gedachten en beelden die angst reduceren "Compulsions" (zie ook Foa & Tillmans, 1980). Deze constructie doet nogal kunstmatig aan. Beter lijkt het Rachman te volgen en daarbij tevens het dwangmatig vragen om geruststelling (zie Hoogduin, 1981-a) als een dwangritueel te beschouwen. Grofweg wordt de sequentie bij dwangneurose: een angstaanjagende dwanggedachte wordt gevolgd door een angst-verminderend ritueel.

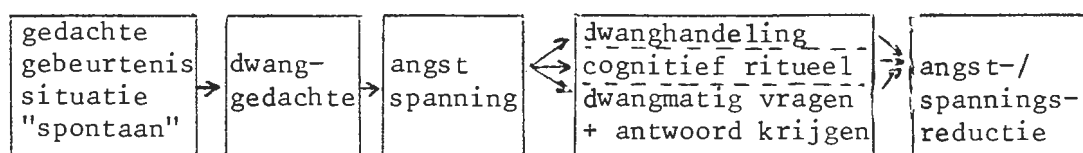
Tot slot nog iets over de dwanggedachte. De angstaanjagende dwanggedachte is meestal een flits, gevolgd door paniek. Patienten leren de gedachte te herkennen en anticiperen op de mogelijkheid dat ze er weer last van krijgen. Dit heeft soms even ernstige anticipatie-angst met vermindering van bepaalde taken of situaties tot gevolg. De angst en spanning volgend op de gedachte is vaak direct en massaal. Paniek en hyperventilatie-aanvallen worden vaak gezien in aansluiting aan de gedachte. De patient krijgt met behulp van rituelen ten slotte enige controle op deze angst en spanning. Een belangrijke factor is dat de dwanggedachten als verwerpelijk beleefd worden; als gevolg hiervan kunnen negatieve zelf-verbalisaties ontstaan.

Een jonge moeder ontwikkelde na de partus de dwanggedachte haar kind, en later ook bezoek en familie, te moeten wurgen. Deze gedachte vond ze naast storend en angstaanjagend, zo verwerpelijk dat ze zichzelf verachtte. De gehele dag werd ze in beslag genomen door dwanggedachten die ze trachtte te neutraliseren met tegen zichzelf te zeggen dat ze niet zo was; dat ze juist heel aardig voor haar kind wilde zijn, afgewisseld met de gedachte dat ze wel een echte slechte vrouw moest zijn om zulke dingen te kunnen denken. Hier komen dus bij de egodystone dwanggedachten: "Als ik mijn kind maar niet plotseling worg" egosynone, morbide preoccupaties: "Ik deug niet, ik ben een slechte moeder".

Bij morbide preoccupaties heeft de gedachte-inhoud meestal te maken met werkelijke problemen of ervaringen die ongelukkig maken. De inhoud is vrijwel steeds consistent met de persoonlijkheid en zijn of haar voorgeschiedenis (Rachman, 1973). Bij dwanggedachten is de inhoud meestal strijdig met de persoonlijkheid, de normen en voorgeschiedenis (egodystoon).

De meeste mensen kennen dwanggedachten. Rachman en Da Silva (1978) onderzochten 124 'normale' personen op het voorkomen van dwanggedachten en vergeleken deze bevindingen met de gegevens over dwanggedachten verzameld bij 8 patiënten met een dwangneurose. Van de 124 onderzochte personen rapporteerden niet minder dan 104 dat ze wel eens kortere of langere tijd last hadden van dwanggedachten (= 84%). Bij vergelijking van deze dwanggedachten met de dwanggedachten zoals die bij de dwangpatiënten voorkwamen, konden met enige voorzichtigheid de volgende conclusies getrokken worden: De vorm en tot bepaalde hoogte ook de inhoud waren gelijk. Ook met betrekking tot de relatie tot de stemming en de betekenis voor de betrokkene waren de gedachten vergelijkbaar. Verschillen werden eveneens gevonden: de dwanggedachten bij dwangpatiënten worden minder snel geaccepteerd. De gedachten blijven langer aanwezig dan bij 'normale' mensen en worden intensiever beleefd. Ze geven meer spanning en komen frequenter voor. De dwangpatiënten verzetten zich meer tegen de gedachten en beleven ze meer als ik-vreemd (egodystoon). De dwangpatiënten hebben meer de neiging ze te neutraliseren. Dwangpatiënten hebben vaak meerdere dwanggedachten en hebben vaak daarbij dwanghandelingen. De neutraliserende activiteiten verminderen bij beide groepen de spanning. Tot slot kon geen verklaring gegeven worden waarom 20 van de 124 proefpersonen nooit dwanggedachten hadden (zie ook Rachman & Hodgson, 1980).

Het voorgaande samenvattend betekent dat het bij dwangneurose gaat om het ontstaan van een angst- en spanninggevend dwanggedachte gevolgd door een angst- en spanning reducerende dwanghandeling, cognitief ritueel of dwangmatig vraaggedrag en het verkrijgen van geruststellende antwoorden van een relevante persoon uit de omgeving. In schema:



Schema 1.2.d: Overzicht van de diverse sequenties bij de dwangneurose.

In de loop der jaren zijn er diverse pogingen ondernomen om tot een indeling te komen van de dwangverschijnselen (zie Ahktar et al., 1975; Rachman, 1975; Dowson, 1977; Haayman 1977; Foa & Tindemans, 1980; Trijsburg, 1981). De diverse indelingen hebben echter zeer beperkte betekenis voor een beter begrip of een betere behandelingsstrategie. Het lijkt vaak meer een intellectuele oefening (zie Foa & Steketee, 1979). De indeling van Ahktar et al. (1975) beperkt zich tot een rubriceren van de diverse verschijnselen. Deze fenomenologische indeling heeft geen pretenties en biedt een goed overzicht van de verscheidenheid van de dwangverschijnselen (zie ook Trijsburg, 1981).

Ahktar et al. (1975) delen de dwang in naar een drietal aspecten: de vorm, de inhoud en het aantal (zie tabel 1.2.e).

<u>VORM</u>	
a. Dwanggedachten	<ul style="list-style-type: none"> - twijfelzucht (obsessive doubt) - rumineren (obsessive thinking) - impuls dwanggedachten (obsessive impulse) - dwangmatige angsten (obsessive fear) - dwangmatige beelden (obsessive images) - restgroep
b. Dwanghandelingen	<ul style="list-style-type: none"> - uit de dwanggedachten voortvloeiende handelingen (yielding compulsions) - de regulerende dwanghandelingen (controlling compulsions)
<u>INHOUD</u>	
Dwanggedachten	<ul style="list-style-type: none"> - vuil en besmetting - agressie - levenloze zaken (getallen bijv.) - godsdienst - sex
<u>AANTAL</u>	
Dwanggedachten	<ul style="list-style-type: none"> - enkelvoudig - meervoudig
Dwanghandelingen	<ul style="list-style-type: none"> - enkelvoudig - meervoudig

Tabel 1.2.e: Indeling dwangverschijnselen volgens Ahktar et al. (1975).

Voor de dwanghandelingen geven Ahktar et al. geen verdere indeling. De indeling van Rachman en Hodgson (1980) kan een goede aanvulling zijn. Rachman en Hodgson onderscheiden een drietal dwanghandelingen:

- poets- en schoonmaakrituelen;
- controle-rituelen;
- de dwanghandelingen zoals die gezien worden bij de primaire dwangmatige traagheid. Het steeds herhalen van op zich gewone dagelijkse handelingen.

De indeling van Ahktar met betrekking tot inhoud en aantal levert geen onduidelijkheden op. Met betrekking tot de vorm geven ze de volgende verduidelijking:

- De twijfelzucht (obsessive doubt):
De neiging niet te geloven dat een afgeronde taak goed is verricht. Hiertoe behoren de dwanggedachten: "Heb ik het gas uitgedaan?" "Heb ik de deur afgesloten?"
- Rumineren:
Een schijnbaar eindeloze gedachtenketen, meestal geassocieerd met de toekomst. Hiertoe behoren de dwanggedachten die meestal gaan over vreselijke dingen die mogelijk met patient of familie zouden kunnen gaan gebeuren.
- Impuls dwanggedachten:
Een sterke aandrang om bepaalde ongewenste daden te doen. Deze acties zijn meestal verwerpelijk. Bijv. de dwanggedachte plotseling een kind te wurgen, plots de rok omhoog te doen, glasscherven in levensmiddelen te doen.
- Dwangmatige angsten:
De vrees de zelfbeheersing te verliezen en daardoor een sociaal verwerpelijke daad te doen. Er is hierbij geen dwang het te doen. Het is meer: "Stel dat ik gek wordt of mezelf niet meer onder controle heb, dan zou ik bijv. zeer persoonlijke dingen kunnen onthullen of me raar, gek kunnen gedragen of schreeuwen in de kerk".
- Dwangbeelden:
Het steeds opduiken van bepaalde herinneringen. Beelden van meestal een recent verleden. Bijv. het steeds zien van een vreselijke ruzie, een auto-ongeluk, een gruwelijk televisiebeeld.

De dwanghandelingen

1. De uit de dwanggedachten voortvloeiende dwanghandelingen (yielding compulsions):

Hiertoe behoren de meeste dwanghandelingen. Op de dwanggedachte besmet te zijn, volgt handen wassen. Op de gedachte iets verkeerd te hebben gedaan, volgt controle-activiteit. Deze handelingen worden vooral gezien in combinatie met twijfelzucht.

2. De regulerende dwanghandelingen (controlling compulsions):

Deze dienen om in de dwanggedachten beleefde vreselijke dreigende gebeurtenissen af te wenden. Bijv. de man met een dwanggedachte dat zijn vrouw zal sterven als hij niet volgens een bepaald patroon op de tegels loopt. Of bepaalde dingen te moeten aanraken om te voorkomen dat patient de controle over zichzelf verliest. Vooral in combinatie met rumineren, impuls dwanggedachten, dwangmatige angsten en dwangbeelden.

Trijsburg (1981) beschrijft hoe de diverse dwanggedachten zouden kunnen zijn als ze over de veiligheid van een kind gaan:

- Twijfelzucht: is er iets verkeerd gegaan?
- Rumineren: als hij buiten speelt, kan hij kou vatten, een longontsteking krijgen; als ze dat dan niet ontdekken, kom ik voor de rechtbank en dan ..
- Impuls dwanggedachten: de aandrang krijgen het kind uit het raam te gooien.
- Dwangmatige angst: er kan iets verkeerd gaan waardoor ik mezelf niet ben en daardoor mijn kind in een te heet bad stop.
- Dwangmatig beeld: het kind steeds zien verdrinken, of als het kind ooit eens een lelijke wond heeft gehad steeds het beeld daarvan voor ogen krijgen.

1.3 Differentiaal diagnose

Introductie

Bij het vaststellen van de diagnose dwangneurose is het noodzakelijk deze van op dwang gelijkende verschijnselen te onderscheiden. Ook is het noodzakelijk, zo er sprake is van een dwangsymptomatologie, vast te stellen of deze verschijnselen inderdaad gezien moeten worden als verschijnselen behorend bij een dwangneurose, of als onderdeel van een ander ziektebeeld. De dwangverschijnselen maken in het laatste geval slechts een onderdeel uit van het klinische beeld.

- Dwanggedachten en morbide preoccupaties

Bij morbide preoccupaties heeft de gedachte-inhoud meestal te maken met werkelijke problemen of ervaringen die mensen ongelukkig kunnen maken. De inhoud is vrijwel steeds consistent met de persoonlijkheid en zijn/haar voorgeschiedenis (Rachman, 1973). Zij worden als egosyntoon beleefd.

Bij dwanggedachten is de inhoud meestal strijdig met de persoonlijkheidsnormen en voorgeschiedenis en ze worden dystoon beleefd. De preoccupaties hebben een rationele achtergrond, patiënten verzetten zich er niet zo tegen als bij dwanggedachten.

In schema (zie Rachman, 1973):

Dwanggedachten	Morbide preoccupaties
verschillen:	
egodystoon irrationeel mobiliseren verzet inhoud: agressief gruwelijk vaak ondenkbare gebeurtenissen	egosyntoon rationeel geen verzet inhoud: gangbaar realistisch bedreigend
overeenkomsten:	
<ul style="list-style-type: none"> - deprimerend - concentratie verstorend - schuldgevoel gevend - als binnendringend beleefd - repeterend 	

Tabel 1.3.a: Dwanggedachten en morbide preoccupaties; overeenkomsten en verschillen (naar Rachman, 1973).

Morbide preoccupaties hebben als inhoud allerlei gangbare onderwerpen, zoals geldzorgen, opvoedkundige problemen en werkproblemen. Morbide preoccupaties kunnen, net als dwanggedachten, patiënten 'de gehele dag bezighouden: "Het maalt maar in mijn hoofd". De egosyntoniteit is het belangrijkste differentiaal diagnostische criterium.

- Dwangneurose en depressie

Alle patiënten, behalve misschien die door Rachman getypeerd worden als primaire dwangmatige traagheid (Rachman, 1974) kennen depressieve verschijnselen. Bij 8 achtereenvolgend aangemelde patiënten met een huishoudwang werden zeven maal ernstige depressieve klachten vastgesteld (Hoogduin et al., 1981). Vier van de acht patiënten werden met de diagnose depressie aangemeld. Bij de differentiaal diagnose gaat het erom of de depressieve verschijnselen gezien worden als behorend tot de "Major Depressive Episode" volgens D.S.M.-III. Anders gezegd: in eerste instantie moet een onderscheid gemaakt worden tussen dwangneurose en depressie I.E.Z. ¹⁾ (eventueel met psychotische of vitale kenmerken). Het voert te ver uitvoerig op de kenmerken van een psychotische of vitale depressie in te gaan. Toch is het van groot belang de dwangneurose van deze groep te scheiden, niet in het minst omdat dit voor het therapeutisch handelen vèrstrekkende consequenties heeft.

Een van de grote problemen bij de diagnostiek is het feit dat dwanggedachten ook bij ernstige depressies vaak voorkomen. Gittleson (1966-a) stelde vast bij onderzoek van 398 patiënten met een ernstige depressie (Psychotic Depression) dat bij 124 (31,2%) dwanggedachten voorkwamen. Daarnaast vond hij dat van de 52 patiënten die al voor de depressie dwanggedachten hadden bij 13 patiënten deze gedachten verdwenen toen zij een psychotische depressie kregen. 85 van de 124 depressieve patiënten met dwanggedachten hadden voor het eerst dwanggedachten ten tijde van de depressieve periode (Gittleson, 1966-b; 1966-d). Anders gezegd: 85 patiënten van de 346 (398 - 52 patiënten die eerder dwanggedachten hadden), = 25%, één van de vier patiënten met een ernstige depressie vertoont dwanggedachten (Gittleson, 1966-c).

¹⁾ Vertaling van Major Depressive Episode door Van Ree et al., 1982.

Vaugham (1976) komt tot de bevinding dat patienten met dwanggedachten gedurende een depressie vaak eerder al dwanggedachten hadden. Bij 168 patienten vond zij 24 patienten met dwanggedachten. Van deze 24 patienten hadden 13 patienten eerder dwanggedachten. Dit betekent dat 11 patienten van de $(168 - 24 =)$ 144 met een depressie voor het eerst dwanggedachten hadden (= 8%). Gittleson (1966-b) vond bij onderzoek van de dwanggedachten van de 52 patienten voor ze depressief waren slechts bij 2 patienten (= 4%) dwanggedachten met een homicidale of suïcidale inhoud. Bij de 124 depressieve patienten met dwanggedachten werd het volgende gevonden:

Inhoud dwanggedachten	n	%
suïcide	14	11.3
homicide	35	28.3
suïcide + homicide	14	11.3
verkrachting	1	0.8
niet agressief	60	48.4
totaal	124	100.1%

Schema 1.3.b: Overzicht depressieve patienten met dwanggedachten.

De agressieve dwanggedachten met moord of zelfmoord als inhoud kwamen twaalf maal zo vaak voor bij patienten met een depressie en dwanggedachten dan bij patienten met alleen een dwangneurose (resp. 51% en 4%).

Bij zijn onderzoek naar het voorkomen van dwanggedachten bij depressieve patienten stelde opnieuw Gittleson (1966-b) vast dat de dwanggedachten overeenkomstige dagschommelingen vertoonden met de depressieve stemming. Dit betekent dat het voorkomen van dwanggedachten 's ochtends vroeg en een afnemen van de dwanggedachten in de loop van de dag een verdenking inhoudt op een depressie. Immers, bij de dwangneurose wordt vaak juist een toename van de dwanggedachten gezien naarmate de dag vordert en vermoeidheid op gaat treden. Bovendien kan gesteld worden dat een agressieve inhoud van dwanggedachten eveneens een verdenking op een depressie betekent.

- Dwangneurose en stoornissen in de impuls controle

Waarschijnlijk ontstaan met betrekking tot de diagnostiek hier de meeste misverstanden. Bij stoornissen van de impuls controle mag de patient nogal eens spreken van een dwang, in feite gaat het steeds om een drang.

Het onderscheid tussen dwang en drang is vooral gelegen in een of andere vorm van lust of voldoening of ontspanning tijdens het bedrijven van de daad.

In D.S.M.-III worden genoemd de paraphilia, de verslavingen en de zg. stoornissen in de impuls controle, zoals pyromanie, kleptomanie, gokken e.d.

- Paraphilia

Eysenck en Rachman (1965) beschrijven een patient met exhibitionisme als een voorbeeld van een dwangneurose. Ze beschrijven een patient waarbij het exhibitioneren voorafgegaan werd door een periode van spanning. Hij kon alleen maar ontspanning krijgen door te exhibitioneren. Onderscheid met de dwangneurose is duidelijk: het gaat om egosyntone gedachten. Het beleven van een paraphilie wordt door de patient niet dystoon beleefd. Bovendien gaat de daad met lust gepaard. Aanhouding en dreigende veroordeling spelen een belangrijke rol bij eventuele schuldgevoelens die ontstaan nadat de activiteit heeft plaatsgevonden.

- Verslavingen

Bij verslavingen veroorzaakt de patient repetitief met behulp van externe middelen verandering in zijn psychofysische status. Onderbreking van dit gedrag leidt tot sterke gevoelens van onlust door ernstige dysregulaties in het psychische en somatische vlak. De behandeling is gericht op de toediening van het tot verandering leidende farmacum (Haayman, 1981). Voor de diagnostiek is het gebruik van een middel vaak voldoende. Toch wordt het drangmatige nastreven van het middel nogal eens als dwangmatig gezien (vgl. de beschrijving van Van der Hart, 1980 van een behandeling voor sigaretten-roken: Kortdurende hypnotherapie voor dwangmatig roken).

- Eetaanvallen en snoepzucht

Ook bij dergelijke eetstoornissen wordt nog wel eens van een dwangmatig symptoom gesproken (vgl. Thorner, 1970: "On Compulsive Eating"). Ook hier gaat het om het wegeten - met lust - van een

onlustvolle spanningstoestand. Ook deze activiteit (ik ben een snoeper) wordt egosyntoon beleefd. Ook al wordt de activiteit door de consequenties - overgewicht, braken - als geheel vaak afgewezen.

- Automutileren

Hieronder zijn samen te vatten het automutileren in engere zin, zichzelf steken, snijden, maar ook trichotillomania (vgl. Ottens, 1981: "Multifaceted Treatment of Compulsive Hair-Pulling") en neurotische excoriaties. In deze gevallen is er opnieuw een lustvol gevoel tijdens de daad zelf, schuld- en spijtgevoel na afloop en met meestal een belangrijke spanningsreductie (antecedent is er vaak een gespannen gevoel). De diagnose wordt meestal gesteld op het egosyntone karakter en de verwondingen.

Combinaties kunnen ook voorkomen: bijv. een patient met hypochonder-gekleurde dwanggedachten en dwangmatig vraaggedrag in combinatie met drangmatig uitgevoerde neurotische excoriaties (zie Hoogduin, 1980).

- De zg. "overige stoornissen in de impuls controle"

Onder deze groep wordt in D.S.M.-III een aantal verwante stoornissen beschreven, zoals pathologisch gokken, kleptomanie, pyromanie en plotselinge agressieve ontladingen. De gemeenschappelijke kenmerken van deze stoornissen zijn:

1. Onvermogen een impulsieve neiging te weerstaan of verleiding iets te doen dat schadelijk is voor zichzelf of voor anderen. Er is soms een bewust verzet tegen de impuls. Ook kan de daad gepland worden.
2. Een verhoogd spanningsgevoel voordat de daad begaan wordt.
3. Een beleving van lust of voldoening of ontspanning tijdens het doen van de daad. Het gebeuren wordt egosyntoon beleefd. Dit betekent dat de daad overeenkomst is met het actuele verlangen van de patient. Direct erna kunnen er gevoelens van spijt, zelfverwijten of schuldgevoelens zijn.

Ook bij deze categorie bestaat er nog wel eens verwarring over de diagnostiek (bijv. Kraft, 1970: "Treatment of Compulsive Shoplifting by Altering Social Contingencies").

- Dwangneurose en schizofrenie

Belangrijk is een onderscheid tussen de inhoud van dwanggedachten en de inhoud van wanen.

De dwanggedachte wordt egodystoon beleefd, overvalt de patient en dat alleen al doet de patient lijden. Bij een waan is de inhoud egosyntoon - de patient gelooft de inhoud meestal en heeft de waan in veel gevallen ook zelf ontwikkeld -. Rudder et al. (1982) maken een onderscheid tussen primaire en secundaire wanen, waarbij de secundaire wanen een poging zijn van de patient de psychotische belevenissen te ordenen. Ook de primaire wanen worden egosyntoon beleefd. Toch kan vooral bij het begin van een schizofrenie de diagnostiek grote problemen geven. Een 12-jarige jongen met ernstige dwangverschijnselen - gedachten aan naderend onheil en dwangmatig herhalen van bepaalde handelingen en cognitieve rituelen, zoals tellen - die in eerste instantie succesvol behandeld werd, bleek bij follow-up na zes jaar een psychotisch beeld ontwikkeld te hebben (zie Hoogduin & De Haan, 1981). De gedachte dat verschrikkelijke dingen hem zouden overkomen "neutraliseerde" hij door 's nachts in de winter over straat te lopen en in portieken te overnachten, ook kneedde hij in de rechterhand steeds een bal faeces, waarmee hij eveneens aan het dreigend noodlot trachtte te ontkomen. De diverse D.S.M.-criteria van schizofrenie zullen op langere termijn meestal uitkomst bieden bij de diagnostische problemen.

- Dwangneurose en het Syndroom van Gilles de la Tourette

Montgomery et al. (1982) vonden bij 10 van de 15 patienten met het syndroom van Gilles de la Tourette een dwangneurose. De combinatie dwangneurose en tics wordt vaker gezien (zie Verhey & Wouters, 1980; Oudshoorn, 1980). Het syndroom van Gilles de la Tourette zal in diagnostisch opzicht geen grote problemen opleveren. De multipele tics, de vocale tics, vaak met uitstoten van obscene woorden, zijn opvallend genoeg. Wanneer het niet gaat om een volledig tot ontwikkeling gekomen syndroom, maar als er sprake is van een voorbijgaand tic-syndroom of van een chronisch motorisch tic-syndroom in combinatie met dwangverschijnselen, zal het afhangen van de ernst van de dwangverschijnselen voor welke diagnose gekozen wordt.

De dwangproblematiek zal naast de tics behandeld kunnen worden met overwegend gedragstherapeutische technieken (zie bijv. Hoogduin & De Haan, 1980; 1984).

Bij het volledige syndroom wordt bij de behandeling nogal eens volstaan met het verstrekken van Haloperidol. Of de dwangverschijnselen, wanneer de tics verdwijnen, vervolgens eveneens verdwijnen is echter onduidelijk (zie bijv. Shapiro, Shapiro, Brunn & Sweet, 1978; Friedhoff & Chase, 1982).

- Dwangneurose en hersenbeschadiging

Dwangverschijnselen kunnen voorkomen na hersenbeschadigingen.

Differentiaal diagnostisch gaat het erom wanneer een patient met dwangverschijnselen zich aanmeldt, dwangverschijnselen in combinatie met hersenpathologie uit te sluiten.

Rachman en Hodgson (1980) komen na een uitvoerige literatuurstudie tot de volgende verschillen tussen de dwangverschijnselen bij de dwangneurose en de dwangverschijnselen bij hersenbeschadiging:

- Er is een voorgeschiedenis van verwonding, ziekte of geboortecomplicatie.
- De dwanggedachte of -handeling heeft geen intellectuele inhoud.
- De dwanggedachte of -handeling mist een intentie.
- Er zijn tegelijk voorkomende defecten zoals geheugenstoornissen, intelligentiedefecten.
- De dwanghandeling heeft een stereotype mechanische kwaliteit.
- De dwanghandelingen zijn primitief.

Zij stellen voor dat wanneer deze kenmerken gevonden worden, er gesproken moet worden van 'een organische dwangneurose'. Deze is psychologisch en fenomenologisch verschillend van de dwangneurose.

4.3.1 De patienten

4.3.1.1 De selectie

Zoals eerder gezegd is besloten het onderzoek uit te strekken over de behandeling van 60 patienten die zouden voldoen aan de criteria:

- De D.S.M.-III diagnostische criteria voor de dwangneurose (Obsessive Compulsive Disorder).
- Score op de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden hoger dan 67 (Kraaymaat & Van Dam-Baggen, 1976).
- Geen hoofddiagnose Depressie D.S.M.-III.
- Geen psychose, organopsychosyndroom of oligofrenie.
- Leeftijd minstens 16 jaar.

Aan 60 patienten die voldeden aan deze criteria werd gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Dezen verklaarden zich akkoord met een informed consent.

Op dat moment hadden zich 62 patienten aangemeld met de diagnose 'dwangneurose'; twee patienten werden niet in het onderzoek betrokken:

- Een 31-jarige vrouw met de dwanggedachte haar kind agressief te bejegenen, scoorde op de I.D.B. 65; zij werd buiten het onderzoek gehouden.
- Een 45-jarige vrouw werd verwezen door haar behandelend zenuwarts. Tijdens de intake begon ze met de mededeling niet te weten of ze wel in behandeling wilde komen. Ze voelde zich afgewezen door haar vorige therapeut. Haar dwang bestond onder meer uit langdurige aankleedrituelen. Het eerste contact beperkte zich tot een bespreking van de te verwachten behandeling. Patiente werd geadviseerd eventueel nog eens met haar therapeut te overleggen. Na een week belde ze op met de mededeling van de behandeling af te zien.

Van de overige 60 patienten waren er drie die zich voor een klinische behandeling aanmeldden. Geprobeerd is hen voor een poliklinische behandeling te motiveren. Bij één patient lukte dit. De andere twee werden voor een korte opname op de P.A.A.Z. opgenomen. Deze opname bestond uit een crisis-interventie, waarbij de dwangproblematiek niet behandeld werd. Na resp. één week en twee weken ontslagen te zijn, werden zij alsnog bij het onderzoek

betrokken. Gemeend werd juist te handelen omdat bij niet opnemen van deze twee patienten in het project het gevaar zou bestaan zeer ernstige dwangpatienten buiten het onderzoek te houden.

Bij twee patienten verschilden de onderzoekers van mening over de ernst van de depressie. De eerste patiente was een vrouw van 71 jaar oud bij aanmelding. Reeds 22 jaar ging zij gebukt onder de dwanggedachten. Zij was eerder - zonder veel succes - behandeld met anti-depressiva. Gemeend werd in dit geval er juist aan te doen patiente in het project op te nemen. Bij twijfel zou anders een behandeling met anti-depressiva overwogen dienen te worden (vgl. Hoogduin, 1982).

De andere patiente was een vrouw van 51 jaar oud die sinds 23 jaar onder de klachten gebukt ging. Naast de uitgebreide dwangproblemen was patiente erg verdrietig over het feit dat een kind waar ze erg aan gehecht was het huis ging verlaten. De depressieve klachten van patiente, die zeker aanwezig waren, moesten in het licht van de dwang en het vertrek van deze zoon - patiente had een grote steun aan deze zoon daar hij haar bijstond bij het doen van huishoudelijke taken (patiente had o.a. herhalen en controleren van huishoudelijke taken als dwangprobleem) - gezien worden. Besloten werd patiente toe te laten tot het onderzoek.

Er werden gedurende de periode waarin de patienten werden geselecteerd ten behoeve van het onderzoek geen patienten aangemeld die jonger waren dan 16 jaar. Ook werden er op grond van psychose, organopsychosyndroom, oligofrenie of hoofddiagnose D.S.M.-III geen patienten van het onderzoek uitgesloten.

4.3.1.2 Demografische gegevens

Van de patienten werden gegevens verzameld over geslacht, gehuwde staat, opleidingsniveau, inkomen, godsdienst en het voorkomen van dwangverschijnselen en andere psychiatrische stoornissen in de familie. Voorts wordt een overzicht gegeven van het psychofarmaca-gebruik op het moment van aanmelding (intake).

Geslacht van de patienten:

	n	%
Mannen	21	35%
Vrouwen	39	65%
Totaal	60	100%

Tabel 4.3.1.2.a: Verdeling naar geslacht (n = 60).

Gehuwde/ongehuwde staat:

	n	%	♀	♂
Gehuwd	34	57%	26	8
Ongehuwd	18	30%	6	12
Samenwonend	7	11%	6	1
Weduwe	1	2%	1	0
Totaal	60	100%	39	21

Tabel 4.3.1.2.b: Gehuwde/ongehuwde staat (n = 60).

Wanneer naar de gehuwde/ongehuwde staat van mannen en vrouwen gekeken wordt, blijkt 67% (26/39) van de vrouwen en 38% (9/21) van de mannen gehuwd.

Opvallend is de ongehuwde staat: 18% (7/39) van de vrouwen is ongehuwd of niet samenwonend, terwijl 57% (12/21) van de mannen ongehuwd of niet samenwonend is.

Opleidingsniveau:

	n	%	♀	♂
Lager onderwijs	9	15%	8	1
Lager Techn. Ond.	10	17%	6	4
MAVO	21	35%	14	7
VWO	9	15%	6	3
HBO	6	10%	3	3
Universiteit	5	8%	2	3
Totaal	60	100%	39	21

Tabel 4.3.1.2.c: Opleidingsniveau (n = 60).

Gezinsinkomen:

Wanneer de vrouw geen eigen inkomen had, werd het inkomen van de man genomen. Hadden beiden een inkomen, dan werd dit bij elkaar opgeteld.

	n	%
0 - 15.000	12	20%
15.000 - 30.000	11	19%
30.000 - 45.000	17	28%
45.000 - 60.000	7	12%
60.000 en hoger	13	21%

Tabel 4.3.1.2.d: Verdeling naar jaarinkomen (n = 60).

Godsdienst:

	n	%
geen godsdienst	24	40%
R.K.	12	20%
N.H.	18	30%
Gereformeerd	5	2%
Islam	1	2%
Totaal	60	100%

Tabel 4.3.1.2.e: Verdeling naar godsdienst (n = 60).

Het voorkomen van psychiatrische aandoeningen en dwangneurosen in de familie (maximaal tot en met de derde lijn):

		aantal patient.
Familieleden met een dwangneurose	17	15
Familieleden met andere psychiatrische aandoeningen	31	20

Tabel 4.3.1.2.f: Psychiatrische aandoeningen bij familieleden tot in de derde lijn bij 60 dwangpatienten.

4.3.1.3 Gegevens betreffende de dwangneurose

Vele typologieën en indelingen van dwangverschijnselen zijn beschreven (zie bijv. Ahktar et al., 1975; Dowson, 1977).

De verschijnselen zoals deze gevonden zijn bij de 60 patienten worden hier bondig weergegeven. Er wordt afgezien van een verdere indeling in verband met de beperkte relevantie hiervan. Gekozen is voor een meer beschrijvend overzicht.

Bij de analyse naar de dwangverschijnselen is er vanuit gegaan dat dwanggedachten bij de dwanghandelingen en het dwangmatig vraaggedrag de hoofdrol spelen (Dowson, 1977). Van de 60 patienten vertoonden er 12 patienten geen dwangrituelen van betekenis. Bij 48 patienten stonden handelingen en rituelen op de voorgrond. Alle 60 patienten bleken last te hebben van dwanggedachten.

In tabel 4.3.1.3.a wordt de inhoud van deze gedachten en het aantal patienten waarbij deze gedachten gevonden zijn, weergegeven.

De dwanggedachte	aantal patienten	dwanggedachten + handel.	alleen dwanggedachten
1. Er kan iets verschrikkelijks gebeuren	5	5	-
2. Ik (het is vuil of besmet	14	14	-
3. Ik heb een lichamelijke of geestelijke ziekte	12	8	4
4. Ik heb het niet goed gedaan	11	11	-
5. Ik heb (ga) iets vreselijks gedaan (doen)	5	5	-
6. Ik doe plots iets vreselijks	8	2	6
7. Beelden uit het verleden	2	1	1
8. Ik moet een beslissing nemen	1	-	1
9. Ik ben iets kwijt	1	1	-
10. Ik hoor lawaai	1	1	-
	n = 60	n = 48	n = 12

Tabel 4.3.1.3.a: De als egodystoon beleefde dwanggedachten en het aantal patienten bij wie een bepaalde gedachte gevonden is.

De concrete inhoud van de gedachte is bij sommige patienten zeer bizar, bijv. een vrouw leefde in doodsangst omdat binnen het dak en buiten de hemel op haar hoofd kon vallen. Andere verschrikkelijke dingen waren meer in het normale leven verankerd, bijv. sterfgevallen in de familie, het krijgen van ziektes.

Van de 60 patienten hadden 12 patienten alleen obsessies. Opvallend is dat vooral de gedachte plots iets vreselijks te doen slechts bij 2 patienten (van de 8) door dwanghandelingen gevolgd werd (zie tabel 4.1.1.3.a)

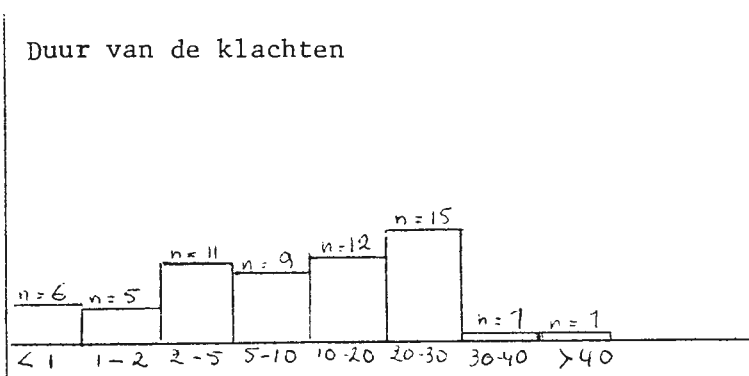
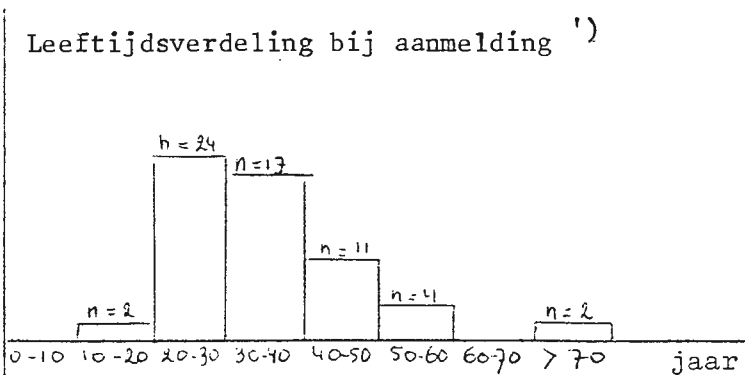
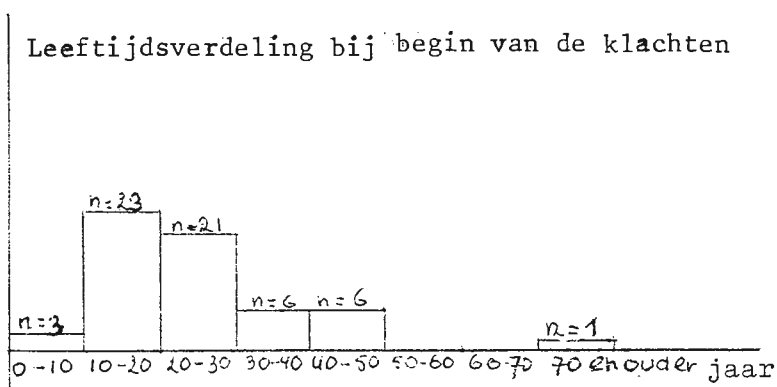
Het beeld van de patient die bang was iets vreselijks gedaan te hebben of mogelijk te gaan doen, kwam vijfmaal voor. Deze patienten vertoonden een grote mate van overeenkomst. De problemen bestonden uit controleren of er bijv. geen glas in het eten was gedaan - door henzelf per ongeluk - en uit controleren van hun gedrag, zodat voorkomen kon worden dat ze moesten tobben dat ze iets vreselijks gedaan hadden. Een patient wilde niet langer over wegen rijden waarnaast een sloot lag uit angst dat iemand in de sloot gereden zou zijn. Zijn grootste bezorgdheid betrof niet het slachtoffer, maar het feit dat deze met fiets en al in de sloot kon liggen waardoor een effectieve controle onmogelijk was geworden.

Bij alle patienten zijn neutraliserende gedachten en/of cognitieve rituelen waar te nemen. Dit varieert van: "Het zal wel niet gebeuren" tot ingewikkelde tel-rituelen. Een patiente bijv. slaagde er in de dwanggedachten te doen verdwijnen wanneer ze ongestoord en zonder gebruik van de getallen 3 en 4 tot 100 on tellen. Het getal 100 werd als een 'goed' getal beschouwd. Bij het onderzoek naar de betekenis van het dwangmatig vragenstellen aan de partner werden de samenwonenden (n = 7) en de gehuwden (n = 34) samengevoegd tot één groep (n = 41). Over deze groep is met betrekking tot het vragenstellen en het proberen een geruststellend antwoord te krijgen het volgende te rapporteren. Bij deze 41 paren bleek vraagzucht om geruststelling te krijgen 29 maal voor te komen (= 71%). De 3 patienten jonger dan 21 jaar en nog thuiswonend vertoonden alle drie dit dwangmatig vraaggedrag aan de ouders.

Overzicht van de leeftijd bij het begin van de klachten, de leeftijd bij aanmelding en de duur van de klachten:

Gemiddelde leeftijd bij begin van de klachten	24 jaar 5 maanden (7.0 - 73.0)
Gemiddelde leeftijd bij aanmelding	36 jaar 0 maanden (16.1 - 74.0)
Gemiddelde duur van de klachten	11 jaar 7 maanden (0.4 - 40.1)

Tabel 4.3.1.3.b: Overzicht van de duur van de klachten.



Tabel 4.3.1.3.c: Overzicht van leeftijdsverdeling bij het begin van de klachten en op het moment van aanmelding en de duur van de klachten.

) Als het moment van aanmelding is het moment van intake genomen.

Overzicht van eerdere behandelingen:

	n	%	♀	♂
Nooit eerder behandeld	13	22%	8	5
Eerder poliklinisch behandeld	46	77%	32	14
Eerder klinische behandeld	17	28%	15	2
Eerder dagbehandeling ondergaan	1	2%	-	1

Tabel 4.3.1.3.d: Overzicht van eerdere behandelingen.

Slechts 10% van de mannen werd eerder klinisch behandeld (2/21) tegenover 38% van de vrouwen (15/39).

Overzicht van de poliklinische behandelingen (n = 60):

46 patienten werden eerder poliklinisch behandeld, meestal meerdere malen door verschillende therapeuten, volgens diverse methodieken.

Aantal poliklinische zittingen	Aantal patienten
geen	14
< 10	8
10 - 25	8
25 - 50	12
50 - 100	8
100 - 200	7
> 200	3
Totaal	n = 60

Tabel 4.3.1.3.e: Overzicht van eerdere poliklinische behandelingen.

Overzicht van de eerdere klinische behandelingen (n = 60):
17 patiënten werden klinisch behandeld voor de dwangverschijnselen, sommigen meermalen.

Opnameduur	Aantal patienten
geen	43
2 weken	1
2 - 5 weken	6
5 - 10 weken	3
10 - 20 weken	2
20 - 50 weken	2
50 weken	3
Totaal	n = 60

Tabel 4.3.1.3.f: Opnameduur van eerdere klinische behandelingen.

Het gebruik van psychofarmaca op het moment van aanmelding:

Medicamenten	Aantal patienten	♀	♂
Geen psychofarmaca	37	16	21
Benzodiazepines	22		
Antidepressiva	3		
Neuroleptica	5		
Lithium	1		
Barbituraten	1		
Stimulantia	1		
Anderszins	3		
Totaal aantal patienten met psychofarmaca	23	23	
Totaal aantal verschillende middelen door de patient gebruikt	36		
		n = 39	n = 21

Tabel 4.3.1.3.g: Overzicht van de gebruikte psychofarmaca.

Geen van de mannelijke patiënten gebruikte psychofarmaca op het moment van aanmelding, tegenover 59% van de vrouwelijke patiënten die één of meer middelen gebruikte.

4.3.1.4 Overzicht van de diverse metingen voor de behandeling

De depressiviteit werd gemeten met behulp van de zelfbeoordelingsschaal voor depressie volgens Zung (1965), bewerkt voor Nederland door Dijkstra (1974) - zie bijlage X -:

Gemiddelde ruwe score	50	(31 - 70)
Gemiddelde S.D.S.-index	63	(39 - 88)

Tabel 4.3.1.4.a: Gemiddelde score op de Zungse vragenlijst.

Op de Zungse zelfbeoordelingslijst zijn op 20 vragen maar 4 punten per vraag, is 80 punten te scoren. Dit geeft de ruwe score weer. Een berekening naar S.D.S.-score verkrijgt men door de ruwe score met 100/80 te vermenigvuldigen. Dit heeft behalve het feit dat 100 misschien een mooier maximum is dan 80 verder geen enkele zin. In dit onderzoek zal alleen de ruwe score gebruikt worden.

Waanachtig karakter van de dwang:

Dit wordt gemeten met behulp van een vragenlijst naar Foa (zie bijlage X). Patiënten hebben met betrekking tot belangrijke dwangproblemen drie score-mogelijkheden: onzin - misschien waar - zeker waar.

	dwang is onzin		dwang is misschien waar		dwang is zeker waar	
	voor 1 hoofd-klacht	voor 2 hoofd-klacht	voor 1 hoofd-klacht	voor 2 hoofd-klacht	voor 1 hoofd-klacht	voor 2 hoofd-klacht
Aantal patiënten	3	1	6	46	3	7

Tabel 4.3.1.4.b: Beoordeling van het waanachtig karakter van de dwang.

Drie patiënten vonden de dwang onzin voor één klacht en misschien waar de andere klacht.

Drie patiënten vonden de dwang misschien waar voor één klacht en zeker waar voor de andere klacht.

Eén patiënt vond de dwang onzin voor de twee hoofdklachten; zeven patiënten vonden de dwang zeker waar voor twee hoofdklachten.

Stress:

De hoeveelheid stress die dit laatste jaar ondergaan was ten gevolge van grote veranderingen in het leven werd bepaald aan de hand van de lijst van Holmes en Rahe (zie bijlage X).

Totale score	< 200	30 patiënten
	> 200	20 patiënten

Tabel 4.3.1.4.c: Score op de vragenlijst volgens Holmes & Rahe.

Angst:

Angst werd gemeten met behulp van de Zelf Beoordelings Vragenlijst (Z.B.V.), een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Van der Ploeg, Defares, Spielberger, 1980; Van der Ploeg, 1981).

	Gemiddelde score	Grenzen
Situatie angst	53	(25 - 75)
Angstdispositie	61	(37 - 77)

Tabel 4.3.1.4.d: Scores op de Z.B.V.

Deciel	Aantal patiënten decielsgewijs State Anxiety	Aantal patiënten decielsgewijs Trait Anxiety
1	4	-
2	4	2
3	9	2
4	2	1
5	4	6
6	7	3
7	3	12
8	12	6
9	7	9
10	8	19
Totaal	60	60

Tabel 4.3.1.4.e: Aantal patiënten per deciel ingedeeld volgens Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory.

Dwang:

Zoals gemeten op de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (Kraaymaat & Van Dam-Baggen, 1976).

	Gemiddelde score	Grenzen
Gemiddelde score I.D.B.	102	75 - 138

Tabel 4.3.1.4.f: Scores gemeten met behulp van I.D.B.

Agressiviteit:

Zoals gemeten met behulp van de Zelf Analyse Vragenlijst (Z.A.V.) (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982). Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anger Scale.

	Gemiddelde score	Grenzen
Toestand agressie	11	10 - 16
Dispositie	23	14 - 40

Tabel 4.3.1.4.g: Scores gemeten met behulp van de Z.A.V.

- 67 -

Aantallen dwangpatienten			
Deciel	met toestand agressie	met agressie dispositie	deciel
1 t/m 6	38	-	1
		-	2
		2	3
		3	4
		1	5
		8	6
7	7	6	7
8	4	15	8
9	9	11	9
10	2	14	10

Tabel 4.3.1.4.h: Aantal patienten decielsgewijs ingedeeld volgens Spielbergers State-Trait Anger Scale (Z.A.V.).

Intelligentie:

Met behulp van de verkorte Groninger Intelligentie Test (G.I.T.).

Gemiddelde	Grenzen
121	76 - 157

Tabel 4.3.4.1.i: Scores gemeten met behulp van de G.I.T.

Motivatie:

Zoals gemeten met behulp van een motivatie vragenlijst (zie bijlage X).

Gemotiveerdheid komt tot uitdrukking in het aantal positief gewaardeerde antwoorden, maximaal 7+ (= zeer goed gemotiveerd).

	Aantal patienten	%
1+	1	2%
2+	-	-
3+	2	3%
4+	2	3%
5+	4	7%
6+	14	23%
7+	37	62%
	n = 60	

Tabel 4.3.1.4.j: Scores gemeten met behulp van een motivatievragenlijst.

OVERZICHT VAN DE METINGENMISLUKKINGEN

nr:	m/v:	geb.:	Zung		I.D.B.		Toestand		Dispositie		Verbetering Target- symptoms:
			pre:	post:	pre:	post:	pre:	post:	pre:	post:	
5	v	1940	0.65	0.70	97	105	64	67	74	73	verslechterd
3	m	1967	0.40	0.49	125	91	25	36	42	41	onveranderd
24	v	1953	0.63	0.59	114	124	52	50	57	50	onveranderd
27	v	1948	0.68	0.66	91	93	71	67	71	71	onveranderd
36	v	1944	0.79	0.76	104	114	63	61	79	76	onveranderd
38	v	1946	0.38	0.40	98	64	40	36	59	51	onveranderd

SUCCESSSEN

12	v	1957	0.63	0.38	85	64	57	31	61	34	100%
1	v	1948	0.68	0.35	83	58	52	27	61	37	100%
6	m	1958	0.48	0.43	86	77	59	37	59	40	100%
2	v	1909	0.58	0.49	93	102	40	33	49	42	90 - 100%
9	v	1927	0.76	0.64	92	66	71	52	65	58	90 - 100%
14	m	1964	0.53	0.38	99	55	57	33	55	42	90 - 100%
4	m	1947	0.40	0.44	90	69	42	45	50	44	90 - 100%
7	m	1944	0.56	0.60	90	92	42	47	54	47	50 - 80%
8	m	1950	0.55	0.54	92	64	56	52	65	58	50 - 80%
9	v	1927	0.76	0.64	92	66	71	52	65	58	90 - 100%
15	v	1941	0.66	0.53	122	92	59	41	65	53	70 - 100%
16	m	1943	0.46	0.34	117	67	43	24	45	24	90 - 100%
21	v	1947	0.59	0.53	91	87	47	42	59	53	30 - 50%
18	m	1956	0.70	0.51	136	84	56	32	77	43	50 - 80%
33	v	1936	0.88	0.68	121	115	74	45	77	64	50 - 80%

OVERZICHT VAN DE METINGEN / 16 DECEMBER 1983 (N = 21)

Per 16 december zijn 21 van de 60 patienten de tweede meting gepasseerd: geen patient heeft zich aan deze meting onttrokken.

Van deze 21 patienten werden op grond van de zelfregistratie-gegevens 15 patienten als een succes beschouwd; 6 als een mislukking.

Over de mislukkingen valt het volgende te berichten:

- Patient 3 liep na 8 zittingen volledig vast thuis. De ouders konden hem niet langer thuis hebben - dit was al eerder gebeurd; hij woonde dan enige tijd bij familie -; nu werd besloten tot een advies voor verdere klinische behandeling. Dit werd gerealiseerd.
- Patient 5: deze patient reisde ongeveer 200 km; zij besloot op de zesde zitting dat ze niet voldoende vooruit ging en staakte de behandeling.
- Patient 24: deze patiente werd op grond van de ongewijzigde zelfregistratie als mislukking gewaardeerd.
- Patient 27: als patient 24.
- Patient 36: deze patient kwam tijdens de behandeling in een relationele crisis. Suïcidale uitingen maakten een advies tot een korte crisis-interventie-opname noodzakelijk. Dit advies werd geëffectueerd na de 8e zitting.
- Patient 38: deze patient had naast de aanmelding voor het project een aanvraag voor relatietherapie lopen bij een I.M.P. Na vijf zittingen besloot zij toen de mogelijkheid zich voordeed, om deze behandeling te kiezen. Het werd noodzakelijk geacht dat zij tot een keuze kwam.

Angst, dwangmatigheid en depressiviteit werden gemeten voor de behandeling en na de behandeling of op de 10e zitting.

	Zung		I.D.B.		Z.B.V.			
					state		trait	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Mislukkingen (N=15)	59	60	105	99	53	53	64	60
Succes (N= 6)	62	50	99	77	55	40	60	45

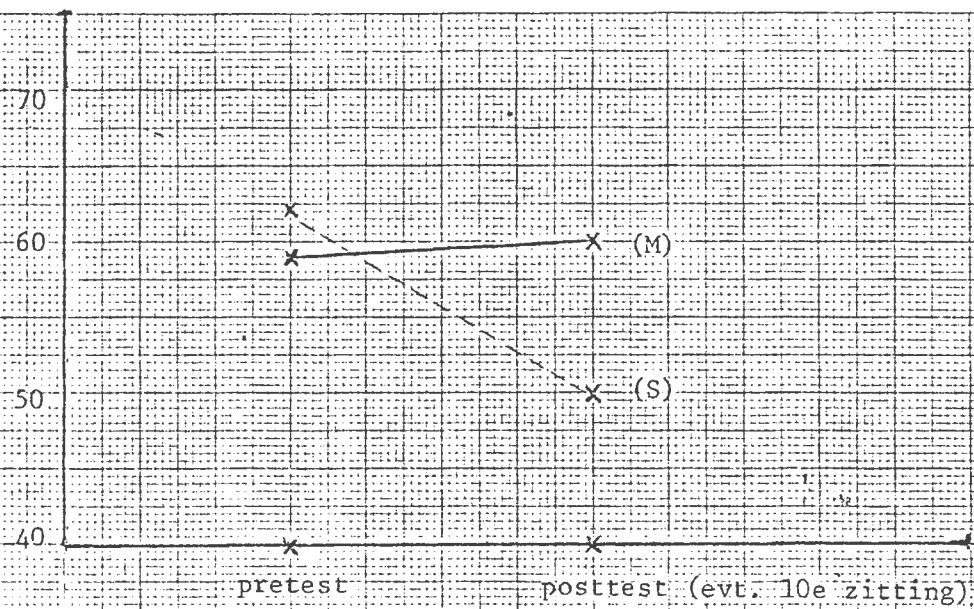


Fig. 1 N = 21 15 successen (S) 6 mislukkingen (M)
 Depressiviteit volgens de Zungse schaal.

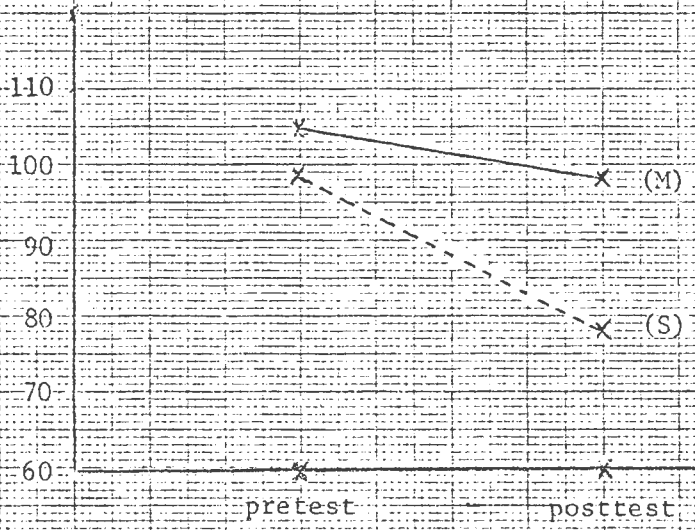


Fig. 2 N = 21 15 successen (S) 6 mislukkingen (M)
 Dwangproblematiek volgens I.D.B.

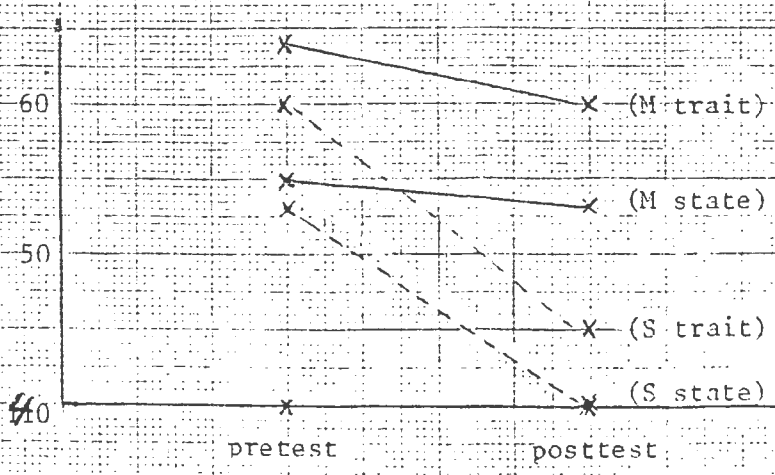


Fig. 3 N = 21 15 successen (S) 6 mislukkingen (M)
 N = 15 N = 6

Angst volgens Z.B.V. (State - Trait).

NIEUWE ONTWIKKELINGEN BIJ DE BEHANDELING VAN SCHRIJFKRAMP

Kees Hoogduin

Recent is er een nogal succesvolle behandelingsstrategie beschreven voor de behandeling van schrijfkrimp (zie Hoogduin & De Haan, 1984). Hoewel het om een beperkt aantal gevallen ging ($n = 2$), lijkt de ingeslagen weg veelbelovend. Het is hier niet de plaats u te vervelen met de manier waarop deze strategie ten slotte tot stand kwam. Dat er vele jaren aan deze strategie geschaafd werd, wordt geïllustreerd door het gegeven dat een eerste versie in 1975 in het T.D.T. verscheen (Hoogduin, 1975). Tien jaar slijpen en polijsten, terwijl tegelijkertijd in de laboratoria van Ballograf hoog gekwalificeerde ergonomen zich goed verwarmd en goed gevoed met dezelfde problematiek bezighielden.

Nieuwe ontwikkelingen vinden nogal eens vrijwel tegelijkertijd plaats in diverse centra. Dit was ook hier het geval. In december 1983, vrijwel op het moment van het verschijnen van Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, kondigde de firma Ballograf de Ballograf-Era aan. Deze balpen combineert niet alleen schrijfkwaliteit en fraaie vormgeving, maar SLUIT bovendien SCHRIJFKRAMP uit. Niet alleen werkzaam als een therapeuticum, maar ook nog een schrijfinstrument dat schrijfkrimp voorkomt en zelfs uitsluit (zie fig. 1).

De firma heeft gemeend in ruimere kring aandacht te moeten schenken aan deze ontdekking. Uit de anonce wordt duidelijk dat de auteurs ten slotte gemeend hebben zeer openhartig te zijn; ze spreken van een primeur van klasse en suggereren om het aan bekenden die lijden aan schrijfkrimp, cadeau te doen. Ook adviseren zij niet te wachten (ja, juist nu).

Bij de behandeling van psychiatrische ziekten en symptomen wordt meestal voorbijgegaan aan een kosten-baten analyse. In dit geval geeft de fabrikant exact de kosten van een behandeling aan, nl.: vanaf f 7,50 is het instrument dat de schrijfkrimp uitsluit, te bemachtigen. Wanneer we dit vergelijken met de relatief kortdurende (aldus de auteurs) behandeling zoals door Hoogduin en De Haan wordt voorgesteld, leert een eenvoudige rekensom dat deze strategie (zij besteedden resp. 4 en 6 zittingen aan de behandeling) 40 tot 50 maal zo kostbaar is.

fig. 1:

Primeur

Eindelijk is hier de pen die schrijfkwaliteit en fraaie vormgeving combineert. Een vorm die niet alleen mooi oogt, maar vooral lekker schrijft. Met de nieuwe Ballograf Era is schrijfkrimp uitgesloten. De Ballograf Era wordt een vriend om altijd bij je te hebben.

Klasse

De Ballograf Era is een nieuw kwaliteitsprodukt uit Zweden voor jarenlang schrijfplezier. Het drukmechanisme gaat gegarandeerd een leven lang mee en met een vulling schrijft u 10.000 meter onberispelijk.

De Ballograf Era is bovendien altijd een graag gezien kado. De beste tip wat dat betreft: een leuk kado-doesje met een Ballograf Era balpen en vulpotlood. En voor slechts

950

heeft u al zo'n nieuwe pen met verchroomd bovenstuk. De Ballograf Era is verkrijgbaar in verschillende prijsklassen, al vanaf f 7,50. En elke goede kantoorboekhandel kan 'm u laten zien.

Da's een eindeloos kado!

Ja, juist nu.

BALLOGRAF ERA

Bovendien laten deze auteurs zich in het geheel niet uit over garanties dat een terugval uitgesloten is. Neen het is duidelijk: Zweden heeft Nederland weer eens verslagen.

Referenties

Hoogduin, C.A.L. (1975), Schrijfkramp. T.D.T. 3 (4), 51 - 61

Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1984), Schrijfkramp.

In: Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (red.), Directieve therapie bij kinderen en adolescenten. Van Loghum Slaterus, Deventer