

Ruimte-
VLIEG



Tijdschrift voor Directieve
Therapie/OktobeR 1984
Jaargang 10 Nummer 6

Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
R. Van Dyck	Zo is het allemaal begonnen...	4
Kees Hoogduin	Coschap Kindergeneeskunde	5
Dick Nikolaas Oudshoorn	Generalisatie van effecten. Wel?	6
	Niet? En: hoezo dan?	
Kees Hoogduin, Else de Haan & Berend Terluin	Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten	15
Alfred Lange	Een hoofdstuk uit Gedragsverandering in gezinnen	28
J.L. Joele, directeur	Van pot tot scherven of van scherven tot pot: de Rigg	88
Kees van der Velden	Een tekort aan liefde	94
Kees Hoogduin et al.	Een gedragstherapeutisch model ter behandeling van torticollis (spasticus) en torsiedystonie	102
Kees Hoogduin	Coschap Keel-, neus en oorheelkunde	115

Omslagen: Hein & Klaas Hoogduin

Redactie:

R. van Dyck, Oegstgeest
 C.A.L. Hoogduin, Leiden
 L.J. Joele, Rijswijk
 A. Lange, Amstelveen
 D.N. Oudshoorn, Giessenburg
 C.P. van der Velden, Rotterdam

Op Hoogduin na hebben alle redacteuren hun krachten gespaard, ongetwijfeld met het doel om in het volgend nummer - het Groot Jubileum Nummer - te tonen waartoe tien jaar intensieve schrijftraining leiden kan.

Van Dyck opent met een tien jaar oude bijdrage, die ons herinnert aan hoe het was toen wij elkaar nog niet kenden en die ons doet verwijlen bij gebeurtenissen en ontwikkelingen welke zozeer hun stempel hebben gedrukt op Uw en onze loopbanen.

Hoogduins gedicht Coschap Kindergeneeskunde kan beschouwd worden als een navrante opening van de aanstaande feestelijkheden. Wij zijn, met Uw permissie, Hoogduin steeds meer gaan zien als een tekstverwerker, iemand die al zijn klinische ervaringen onderbrengt in rapporten en artikelen, en het doet goed om te zien dat in zo een efficiënt iemand zich een warm kloppend hart bevindt...

Dick N.Oudshoorn gaat in op nogal apodiktische uitspraken van Van Engeland. (Waarom gaan psychiaters die professor geworden zijn ineens overall verstand van hebben? Waarom gaat iemand die Tryptizol van Haldol kan onderscheiden opeens de uomo universale uithangen?) Wij dachten bij het lezen van Oudshoorns bijdrage: Zou nadere diagnostiek van geval 2 niet veel raadselen althans voorlopig oplossen?

't Is jammer dat wij de naam hebben steeds ironisch te (willen) zijn, want daardoor ontgaat U wellicht dat wij zeer oprechte bewondering hebben voor het fraaie onderzoek van Hoogduin et al. naar somatische stoornissen bij psychiatrische patiënten. Grappen willen ons naar aanleiding van dit stuk niet te binnen schieten. Dan doen we het maar een keer zonder grappen.

A.Lange zorgde ervoor dat deze aflevering iets substantieels heeft gekregen. Hij stuurde een zeer uitgebreid hoofdstuk uit de nieuwe druk van Gedragsverandering in gezinnen in. Hierin staat alles over paradoxen. Zelf hebben wij in geen jaren iemand meer een paradoxaal advies gegeven. Doet U het nog wel eens? Natuurlijk, wij zeggen vrijwel altijd dat iemand het goed doet zoals hij het doet - omdat wij dit ook menen -, maar iemand aanraden een klacht op te voeren, nee. Ook houden wij eigenlijk nooit meer rekening met het begrip 'winst'. De mensen zitten in nood en doen een appel op anderen, zo zien wij het ongeveer. En als die anderen op een teleurstellende manier op dat appel ingaan wordt de nood slechts groter, dat staat wel vast. Maar 'winst' zien wij hier niet in. Ook een begrip als machtsstrijd

gebruiken wij niet meer. Wel begrippen als: 'verdriet', 'wanhoop', 'ook eens gehoord willen worden', 'je bent ook maar mens', 'slechtheid'. Of dit alles ook maar enigszins valide is? Wij weten het niet, maar vinden het vreemd dat je zonder begrippen als winst en machtsstrijd ook aardig kan werken. Zou het zijn omdat wij ouder worden?

L.J.Joele geeft een beschouwing over de schandalige werkwijze van zg. Riaggs en de humane bejegening van patiënten door psychiatrische ziekenhuizen. Maar Joele, wanneer het zo goed en fijn is in het psychiatrisch ziekenhuis, waarom horen wij in de Riagg daarover dan zo weinig? Waarom krijgt mevrouw X van haar dokter in het APZ het advies haar nood over het afschuwelijk gegeven dat ze haar kind van het leven beroofd heeft 'in de groep te bespreken'? Waarom worden zwakbegaafde hypochondrische psychopathen binnen no time door het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen en houdt men de adolescent met identiteitsproblemen graag in de teegee? Zou 't nou niet zijn omdat mensen in en buiten de Riaggs niet heel graag omgaan met mensen die zij niet als attractief kunnen ervaren? Of misschien hebben mensen in de geestelijke-gezondheidszorg wel 'een tekort aan liefde', het onderwerp waaraan Van der Velden een niet zeer afgewogen beschouwing wijdt. Het nummer eindigt met twee Hoogduin-stukken. Het eerste is wederom van zeer goede kwaliteit, zo willen wij opmerken. Mooi onderzoek waarop wij jaloers zijn. (Waren wij maar arts geworden...) Het tweede stuk is een gedicht over Hoogduins coschap keel-, neus- en oorheelkunde.

Wij hebben nog een stapel Hoogduingedichten thuis liggen. Wie weet worden die in de Jubileumuitgave geplaatst.

Wij zouden nog veel willen zeggen, maar daartoe ontbreekt ons de gelegenheid.

Geniet U maar van het omslag.

Op de volgende bladzijde vindt U nog een ingezonden reactie op 'Een dagje naar de dierentuin' van prof.dr.E.Hondo. Deze brief is getikt op onze machine, maar wij waren niet de auteur.

De Hoofdredacteur

EL HONDO: COMMANDANT VAN HET NEDERLANDSCH HONDEN LEGIOEN
 ERELID VAN HET FONDS VOOR HONDENBESCHERMING
 VOORZITTER VAN HET FRONT VAN HONDEN
 ERELID VAN HET PRO-HONDEN COMITE
 PRESIDENT DIRECTEUR VAN HET KATTENINTERNAAT "ZON EN ZEE"

El Hondo heeft om verdere publiciteit verzocht.
 Wij willigen deze wens graag in.

De verhoudingen

door prof. dr. E. Hondo (speciaal verzoek aan drs. C. P. van der Velden
 dit in een van zijn vele tijdschriften, periodieken en humorcouranten over psychiatrie
 te plaatsen)

In zijn onlangs verschenen stuk "Een dagje naar de dierentuin" schetst de heer
 doctorandus C. P. van der Velden de verhoudingen bij de Chimpanseekolonie van
 Burgers' Dierenpark. Aldus schets ik de verhoudingen in de dierenwereld in het
 algemeen. Om U eindeloze lijsten te besparen, vermeld ik alleen de dieren, die het
 hoogste en het laagste op de ranglijst van intelligentie, macht en paraatheid staan.

INTELLIGENTIE

hoogst: Hond
 laagst: kat

MACHT

hoogst: Hond
 laagst: kat

PARAATHEID

hoogst: Hond
 laagst: kat

19/7/804

Zo is het allemaal begonnen!

PSYCHIATRISCHE KLINIEK

Rijksuniversiteit Leiden
„Jelgersma-Kliniek“
Hoofd: Prof. Dr. J. Bastiaans
Telefoon Leiden 01710 - 4 83 33

Oegstgeest,
Rijngeesterstraatweg 13

4.6.74

Geachte Uen Lange,

Wierbij en vriendschappelijk van
en artikel waarin en werkwijze
woude beproeven die, naar ik uit
aan publicaties in T.M.W. gemaak, een
verant is van de uwe. Behalve
dat ik een grintereus en
in een eventueel commentaar
mog ik me ook af of en om
een kant belangst elling betrouwt
van mijn contact. wa dit
zou overwegen.

Mit vriendelijke groeten,

R. Van Dyck

COSCHAP KINDERGENEESKUNDE

Jantje is jarig op de ziekenzaal
zeven is hij geworden,
grote bolle leucocyten
zwemmen in zijn bloed,
zwerwend en dodend
wat zij tegenkomen.

Lang zal die leven
zingen
zijn mede-patientjes,
ook ziek, maar
minder erg,
vrolijk.

Ik kijk naar de plegen
die van leukaemie weten,
terwijl zij vrolijk
meezingen
Lang zal die leven,
in de gloria,
hiep, hiep,
hieppiep hoera.

augustus 1969.

generalisatie van effecten
wel? niet? en hoezo dan.
dick n. oudshoorn

1. Inleiding

Op de (geslaagde) conferentie van VKJP en NVH in Amersfoort besprak H. van Engeland, hoogleraar kinderpsychiatrie in Utrecht, "gefocuste psychotherapie" van het kind. Kenmerkend daarvoor is zijns inziens dat deze meestal kortdurend is en gebruik maakt van gedragstherapie of bv. hypnose. Hij acht gefocuste therapie zowel bij volwassenen (waar dat ook uit onderzoek bevestigd is) als bij kinderen zinvol en effectief, maar stelt dat geen generalisatie van effecten optreedt als men zich tot de "gefocuste therapie" beperkt en therapeutische bemoeienis met gezin en/of school achterwege laat.

Helaas heeft hij niet aangegeven op grond waarvan hij tot deze stelling is gekomen, maar de uitspraak is interessant genoeg. De gevalsbeschrijving die ik op diezelfde conferentie in een workshop heb gepresenteerd is er een aardige illustratie van. Een casus waar ik enkele dagen later in supervisie mee werd geconfronteerd lijkt er zo op het oog haaks op te staan. Ik denk dat er betere casus te geven zijn om tegen van Engelands stelling in te brengen, maar de tijd heeft me ontbroken, zodat het op dit moment bij deze vluchtige versie moet blijven. Het gaat me er meer om wat discussie over dit thema op gang te brengen.

2. Ronaldo

Hij is in 1967 geboren uit een gedwongen huwelijk van een Zuidamerikaanse zeeman en een struise Amsterdamse en heeft zich aldaar als een driftig kereltje ontpopt. Op vijfjarige leeftijd houdt hij aan een autoongeval spierschokken en een epileptisch EEG over, maar recentelijk is het EEG weer genormaliseerd. Ondanks een normaal IQ gaat de Lagere School moeizaam; vermoedelijk vooral op grond van leer- (concentratie-?) en gedragsproblemen. Hij komt al vroeg in het psychiatrische circuit terecht, aanvankelijk door een observatie in "Meer en Bosch", dan in het kinderpsychiatrische centrum "Curium" en dan drie jaar lang opgenomen in "Fornhese", kinderpsychiatrische afdeling van "Zon en Schild" in Amersfoort. Daar past men een overwegend psychodynamische en/of Rogeriaanse behandeling toe, met alle geduld en toewijding

maar zonder zichtbare resultaten op enig gebied. Tenslotte wordt hij -na consultatie van een rondreizende Amerikaan, handelend in workshops (we kennen dat fenomeen!)- ontslagen en terug naar zijn oude school gestuurd terwijl moeder, volgens het advies, voor haar depressie psychotherapie krijgt aangeboden. Noch deze therapie noch dat schoolgaan leidt tot verbetering en wordt respectievelijk door haar en door Ronaldo afgebroken. De jongen wordt dan opgenomen op Amstelland voor een therapeutisch programma dat niet essentiëel verschilt van Fornhese, omdat men in Amstelland net zo min over mogelijkheden voor gedrags- c.q. directieve c.q. hypnotherapie beschikt. Het voornaamste verschil zit vermoedelijk in de leeftijdsgroep.

Ook daar zit men na enige maanden met de handen in het haar en dan komt men tot de conclusie dat er inderdaad een ander type behandeling, strikt op het symptomatische gedrag (zie verder) van Ronaldo gericht, moet worden gegeven. Na enige telefoontjes met KAL en vervolgens met DNO wordt deze jongen dan in Augustus 1984 naar de PAAZ van het Gemeenteziekenhuis in Dordrecht overgeplaatst voor een driemaanden-durende gedrags- c.q. hypnotherapie. In principe zou hij daarna naar Amstelland terug kunnen.

Psychiatrisch onderzoek bij opname levert de volgende waslijst op:

- 1) De symptomen van de ziekte van Gilles de la Tourette, zoals multipale (uiteraard onwillekeurige) tics, vergezeld van kreten als "shit". In het lijvige dossier van voorafgaande opnames komt deze diagnose merkwaardigerwijs niet voor.
- 2) Heftige woedeuitbarstingen waarover hij de contrôle al snel verliest, waarbij hij zichzelf keiharde stompen uitdeelt en met zijn kop letterlijk tegen de muur loopt. Dit gedrag is voor een toeschouwer schokkend. Het kan direct volgen op het onder 1) genoemde, waarbij hij zijn lichaam straft voor de onwillekeurige tic. Dezelfde uitbarstingen volgen echter ook op de hierna onder 3) en 4) te noemen symptomatologie.
- 3) Dwanghandelingen die hem uren per dag in beslag nemen. Het gaat men name om uitpakken en in een kast leggen van kleding, om aan- en uitkleden en douchen of in bad gaan.

Als er bij zo'n ritueel iets mis gaat volgt een woedeuitbarsting zoals onder 2) beschreven. Als deze bui is uitgewoed is hij moe en down en staat hij wederom voor het probleem van het uitkleden (of waar het ook om ging), loopt uiteraard opnieuw vast, explodeert opnieuw etc.

4) Fobie voor vliegende insecten. Ontwaart hij ergens een vlieg, hetzij in de eetkamer, of -erger- op zijn slaapkamer of -allerergste- op de WC, dan reageert hij panisch, en vaak met een uitbarsting. Zelfs als hij een denkbeeldig insect ziet (bv iets wat op zijn oogbol drijft) reageert hij met heftige afweerbewegingen waarover hij soms de contrôle verliest.

5) Fysieke, emotionele en sociale ontwikkelingsachterstand, zodat hij beter als een dertienjarige dan als een zeventiejarige kan worden getypeerd. Zijn houding tegenover ouderen is meestal vriendelijk en behulpzaam, en tegenover met autoriteit beklede mensen bovendien onderworpen, maar op momenten dat hij geladen is is hij verbaal agressief en afwerend en als hij zo'n uitbarsting heeft is hij volstrekt onbenaderbaar.

Behandeling:

Hij komt al gauw op dreef en heeft dan overdag twee of drie en s'nachts ook nog een à twee scènes, waar iedereen nogal van onder de indruk geraakt. De vraag is uiteraard hoe wij tussen beide moeten komen. Ook al had hij al elke (on)denkbare medicatie gehad tijdens vorige behandelingen, en zonder noemenswaard resultaat, toch leek het mij niet het meest gunstige moment om alle pillen die hij bij overplaatsing gebruikte te stoppen (Melleril, Akineton en Valium) en heb ik hem daarom overgezet op Haldol en -wat later- Lithium (op grond van twee publicaties die dat aanprijzen bij oncorrigeerbare agressieve gedragsstoornissen). Het enige merkbare verschil is dat de tics vrijwel verdwijnen. Daarop heb ik zelf tweemaal fysiek ingegrepen op momenten dat hij zichzelf op gevaarlijke wijze geweld aan deed. De eerste maal capituleert hij na vijf minuten worstelen, de tweede maal moet ik een half uur (!) bovenop het ventje zitten terwijl hij allerlei trucs uitprobeert en, als die niet gelukken, zijn hart uitstort over al die waardeloze instituten waar hij gezeten heeft en over al die klootzakken van psychiaters die je weer

naar de volgende inrichting doorsturen. Hij werpt me nu al voor de voeten dat ik dat ook wel weer zal doen en hij bezweert me dat hij vandaag of morgen wegloopt. Ik zeg dat ik dat zeker zal verhinderen omdat hij daar niets mee zou opschieten. Maar, verzeker ik hem, ik kan er goed inkomen dat je op dit moment niet in verbetering gelooft en dat je nu geen zin meer in al die behandelingen hebt. Wat mij betreft had je ook geen drie jaar lang in Fornheze hoeven te blijven. "Dan zijn we het tenminste over één ding eens!" is zijn verzuchting. Ik leg uit dat hij, als hij eraan mee wil werken, binnen de gestelde termijn van drie maanden van zijn klachten af kan komen. Hij kan het nauwelijks geloven maar kalmeert in zoverre dat hij zijn handen mag bevrijden zonder nieuwe geintjes uit te halen. Dan bezweert hij me dat hij in ieder geval na deze behandeling naar huis wil, of hij nu beter is of niet. Daar worden we het dan over eens. Zo sluiten we ons behandelcontract af; geen alledaagse start van hypnotherapie...

Zijn hypnotiseerbaarheid blijkt uitstekend (o.a. met de HIP) en de oogrol blijft nadien zijn favoriete inductiemethode. Twee zittingen later ga ik de hypnose voor de behandeling toepassen. De eerste van die sessies laat ik hem een situatie naar voren halen en beleven waarin hij zich heel goed voelt, en dan wordt dat zo'n computer-TV-spel, waarin hij inderdaad zeer bedreven is. Dat goede gevoel laat ik hem dan naar een situatie overbrengen waarin het niet goed gaat. Hij komt dan op de proppen met het uitpakken van gewassen kleren uit zijn koffer. Hij oefent bijna juichend met het vlot opstapelen in zijn kast, zonder dwangpatronen.

De volgende maal rapporteert hij dat zowel het uitpakken als het aan- en uitkleden nu uitstekend gaat. Overigens is er niets in de andere problematische gedragingen en symptomen veranderd.

Deze maal wordt dezelfde techniek gebruikt om onder de douche te gaan, met hetzelfde prompte effect. Nadien is het onder de douche of in bad gaan geen probleem meer.

Het toeval wilde dat ik na deze zitting, net als Ronaldo, naar de kliniek-afdeling moest, welke helemaal aan de andere kant

van het ziekenhuis ligt. Hij vraagt of hij met me mee mag lopen, kennelijk omdat hij zich in dat ziekenhuis zogoal onveilig voelt; ik stem er mee in. Al na korte tijd begint hij gebaren te maken alsof hij op zijn eigen lichaam insecten afweert. Dit gedrag neemt toe naarmate hij nerveuzer wordt, en als we midden op de neurologische afdeling staan (de route gaat daar dwars doorheen) verliest hij de beheersing over dit gedrag, wordt panisch en begint zichzelf ongecontroleerd af te tuigen.

Dit zijn situaties die ik niet kan waarderen. Alle ogen zijn gericht op deze krankzinnige jongen en dan voel je je als psychiater wel staan ! Ik bedenk dat er twee mogelijkheden zijn: twee stevige verpleegkundigen optrommelen om de jongen spartelend door het hele ziekenhuis mee te slepen, of ik moet nu iets verzinnen waarmee hij zijn gedrag kan stoppen. Ik roep hem toe: "Ronaldo, doe die oogrol". Hij gehoorzaamt en bedaart in een oogwenk!

Het behoeft geen betoog dat we allebei opgetogen zijn over de nu gevonden zelfcontrôle-mogelijkheid. De dagen nadien hoeft een medewerker maar 'oogrol!' te roepen en een woedeuitbarsting is weer onder bedwang en dan is Ronaldo zover dat hij er zelf alleen maar aan hoeft te denken om zichzelf weer in tomen. Dit is na ongeveer veertien dagen opname; hij kan op zo'n manier met het weekeinde naar huis en dat verloopt probleemloos, zodat hij nadien elk weekeinde naar huis gaat. Hij bezoekt op eigen houtje Amstelland, om zijn fiets op te halen (want we hadden toch afgesproken dat hij er niet meer naartoe terug zou gaan) en doet daar iedereen versted van zijn snelle verbetering. Dit is, denk ik, een belangrijke bekrachtiging voor hem.

Overigens is hij ~~Over~~verminderd fobisch voor insecten, die hem in ouderwetse paniek brengen, ook al weet hij erop volgende woedebuien dan nu tijdig af te stoppen. Die insectenfobie verhindert ook deelname aan het trimprogramma ('running therapy'), want buiten zijn er veel meer insecten dan binnen. Er is een afzonderlijke hypnosezitting nodig waarin het goede gevoel wordt gerecruteerd om daarmee eerst op een vlieg, vervolgens op twee, dan op drie vliegen die tegelijk om hem heen zoemen, jacht te maken en daar zelfs een sport van te maken waar je lol aan kan

beleven.

Ik bedenk nog een extraatje door hem -in hypnose- uit te leggen dat alle dieren aanvoelen wanneer je angstig bent, en dat ook insecten dat merken, bv. omdat je extra zweet. Nu je niet langer bang bent voor insecten komen ze niet meer op je af. Hij beschrijft prompt hoe er een wolk insecten op hem af komt en onmiddellijk terugdeinst als hij daar maar aan denkt!

Nu, na successievelijk elk problematische stukje gedrag te hebben afgehandeld, waarvoor circa vijf weken nodig zijn geweest, is Ronaldo een totaal andere jongen geworden. Zijn Haldol wordt afgebouwd en mocht de tic dan terugkeren, dan wil ik die met de gebalde vuist methode leren opvangen. Tijdens een proefje in één van de allereerste zittingen was dit ook al gelukt.

3. Mevrouw Sloten van Velden

Ze is 55 jaar en lijdt zo lang als ze zich kan herinneren aan hoofdpijn. Voorts heeft ze sinds twintig jaar klachten van vrijwel alle tractūs, het meeste van de dikke darm en de urinewegen. Ook is ze vaak hees (afonie). Ze ziet er uit als een kankerpatiënte in het terminale stadium. Daarnaast heeft ze ook nog forse **dwangklachten**, voornamelijk een poetsdwang en een eindeloze wasdwang van haar handen onder de kraan; ze denkt daarbij dat overal poep aan zit.

Ze is al in de jelgersmakliniek opgenomen geweest, onder meer om van allerlei **pijnstillers** af te kicken, en krijgt daar ook Tryptizol omdat aan een depressie wordt gedacht. Gedurende de opname worden geen dwanghandelingen waargenomen (een bekend verschijnsel). Hoewel ze over haar lijf blijft klagen wordt ze toch ontslagen en gaat de behandeling poliklinisch verder.

Ze vervalt volledig in haar oude patroon en wast zo fervent haar handen dat de huid vol kloven zit. Ze blijkt haar **echtgenoot** dwangmatig te vragen of het nu goed is en deze man wordt daar "gek" van en tuigt haar -vermoedelijk- af en toe af, als het hem te gortig wordt. In ieder geval heeft ze blauwe plekken waarvoor ze geen zinnige verklaring kan geven. Haar man is sinds een hartinfarct in 1983 hele dagen thuis.

Haar dwangklachten nemen haar opnieuw de ganse dag in beslag, zodat ze zich ook niet meer aankleedt. Haar echtgenoot doet het huishouden en de boodschappen. Alle adviezen die de behandelaar geeft omtrent dagindeling, huishoudelijke taken en registratie van de dwangklachten ketsen af, want daar wordt ze "gek" van.

Op een dag dreigt ze uit het raam te springen. De therapeut, die dat daarna te horen krijgt, voelt zich nogal ongemakkelijk en begint over een mogelijke heropname te praten die hij overigens beslist niet zegt wenselijk te vinden. Hij herhaalt daarom de zelfde opdrachten.

De volgende maal zijn deze wederom niet uitgevoerd; daarna brengt hij deze behandeling in supervisie en hoor ik er voor het eerst van. We stippelen een bepaald beleid uit, dat hier nu niet ter zake doet. Patiënte komt namelijk op de volgende afspraak opgewekt binnen, goed opgemaakt en met een fraai kapsel, leuk gekleed en overal in geïnteresseerd. Van dwangklachten is sinds de vorige keer geen sprake meer; alles gaat nu voor de wind.

4. Discussie

Waarom moet bij Ronaldo elke klacht afzonderlijk worden benaderd terwijl bij mevrouw Sloten van der Velden alle symptomen in een klap verdwijnen? Trouwens, waarom geeft deze dame in een klap al haar symptomen op? Een zware last was de dreiging van een tweede opname niet of nauwelijks, omdat het min of meer door haar zelf werd gesuggereerd, terwijl de behandelaar er, naar het me voorkwam, méér tegen opzag dat patiënte. Waarom zag hij er zo tegenop? Omdat hij het als een fiasco van zijn therapie opvatte. Zou dat de verklaring zijn, dat zij er behagen in schepte hem een tijdlang in het nauw te drijven? Dit lijkt me ook nogal vergezocht. Kortom, haar plotselinge genezing kan ik, met de weinige gegevens die me over haar en haar man bekend zijn, niet verklaren.

Noch van Ronaldo, noch van deze mevrouw weten we trouwens hoe **duurzaam** het bonte klachtenpatroon verdwenen is. Bij Ronaldo weet ik wèl, dat hij nu een verrekt lastig ventje is, schromelijk verwend, aardig als hij zijn zin krijgt en in zijn wiek geschoten en dwars als hij dat niet krijgt, maar zijn symptomatische gedrag

blijft -vooralnog- achterwege.

Beide behandelingen lopen nog, zodat het hier puur gaat om een tussentijdse mededeling waaraan een vraag is verbonden naar het hoe en waarom van generalisatie van therapie-effecten.

Ik hoop dat jullie enig theoretisch licht op deze zaak kunnen werpen.

--||--

SOMATISCHE AANDOENINGEN BIJ OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

C.A.L. Hoogduin, E. de Haan & B. Terluin

C.A.L. Hoogduin, zenuwarts

Hoofd van de P.A.A.Z. van het St Hippolytusziekenhuis te Delft

E. de Haan, psycholoog

Werkzaam op de P.A.A.Z. van het St Hippolytusziekenhuis te Delft

B. Terluin, arts

Huisarts te Almere, destijds als arts werkzaam op de P.A.A.Z. van het St Hippolytusziekenhuis te Delft

SOMATISCHE AANDOENINGEN BIJ OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

1. Inleiding

Vele psychiatrische patienten ¹⁾ hebben naast de psychiatrische symptomatologie ook lichamelijk klachten: bijv. hoofdpijn, maagpijn en benauwdheid. Deze lichamelijke klachten worden veelal gezien als een gevolg van spanningen: de therapie wordt gericht op het elimineren van of beter leren omgaan met die spanningen. Minder bekend is dat een aantal psychiatrische patienten klachten heeft die hun oorsprong hebben in lichamelijk lijden. Uit Engelse en Amerikaanse onderzoeken blijkt dat een groot aantal psychiatrische patienten somatische aandoeningen heeft - er worden percentages genoemd variërend van 33% tot 80% -, waarbij in veel gevallen deze aandoeningen niet eerder bekend waren (zie o.a. Rooymans, 1979-a en -b).

De somatische aandoeningen zijn vaak ernstig en soms blijken ze de oorzaak van de psychiatrische klachten te zijn. Uit een onderzoek bij 100 patienten van een psychiatrische polikliniek bleek dat 49 van hen in totaal 72 aandoeningen hadden, waarvan er 30 bekend waren (Koranyi, 1972). In een onderzoek bij 209 opgenomen psychiatrische patienten werden in 50% van de gevallen somatische aandoeningen gevonden. Bij 11 patienten (5%) bleek de somatische aandoening verantwoordelijk voor de psychiatrische klachten. De lichamelijke klachten waren door de verwijzer functioneel genoemd (Herridge, 1960). Bij 200 patienten van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis werd in 33,5% van de gevallen somatische aandoeningen gevonden. Van de onderzochte patienten had 17% aandoeningen die niet eerder bekend waren (Maguire et al., 1968). Hall vond bij 80 van de 100 opgenomen psychiatrische patienten een niet eerder bekende somatische aandoening (Hall et al., 1981). Op grond van deze onderzoekingen zou geconcludeerd kunnen worden dat bij de behandeling van psychiatrische patienten een uitvoerig onderzoek naar de lichamelijke afwijkingen geïndiceerd is. Hall doet dan ook aanbevelingen voor een zeer uitvoerig routine-somatisch onderzoek. Hij adviseert: algemeen lichamelijk onderzoek, specialistisch neurologisch onderzoek, bloed SMA 34, urine-onderzoek, E.C.G., E.E.G. en slaap E.E.G.

¹⁾ Onder psychiatrische patient wordt verstaan: een patient opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of op een P.A.A.Z. (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis); een patient in behandeling bij een psychiatrische polikliniek of een R.I.A.G.G. (Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheid).

Met een dergelijk arsenaal aan onderzoeken wordt in ieder geval het zekere voor het onzekere genomen en zal weinig nog aan de aandacht van de onderzoeker kunnen ontsnappen. Zo'n screening is echter duur, tijdrovend, vervelend voor de patienten en in een aantal gevallen anti-therapeutisch.

In ons land bestaat weinig of geen overeenstemming over de omvang en inhoud van het somatisch onderzoek bij psychiatrische patienten. Naast de vraag naar de omvang van het somatisch lijden bij (opgenomen) psychiatrische patienten vormt de vraag naar de inhoud van het somatisch onderzoek de aanleiding voor het hier beschreven onderzoek. Het onderzoek is verricht bij patienten die op de P.A.A.Z. van het St. Hippolytus Ziekenhuis in Delft zijn opgenomen. Het aantal eerder bekende en het aantal niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen wordt vastgesteld. Aan de hand van deze bevindingen wordt de relevantie van de verschillende onderdelen van het somatisch onderzoek besproken. Tot slot volgen enige voorlopige conclusies en aanbevelingen.

2. Methode

- De patienten

Alle patienten die in de periode van 1 augustus 1980 tot 1 augustus 1981 op de P.A.A.Z. van het St. Hippolytus Ziekenhuis zijn opgenomen, zijn in het onderzoek betrokken. Bij een heropname binnen deze periode zijn de patienten niet opnieuw in het onderzoek opgenomen.

Patienten met de diagnose 'alcoholisme' zijn van het onderzoek uitgesloten. Op grond van deze diagnose zijn immers ernstige lichamelijke aandoeningen te verwachten.

- De procedure

Het routine-onderzoek naar somatische aandoeningen bestaat uit:

- algeheel lichamelijk onderzoek, anamnese en eventueel hetero-anamnese;
- electro encefalogram (E.E.G.);
- electro cardiogram (E.C.G.);
- röntgenonderzoek van schedel en thorax;
- laboratoriumonderzoek van urine (SG, albumen, reductie, urobiline, bilirubine, sediment) en bloed (BSE, Hb, erythrocytengetal, MCV, MCH, MCHC, leucocytengetal, differentiatie, Na, K, Cl, CO₂, ureum, kreatine, totaal bilirubine, alk. fosfatase, SGOT, SGTP, LDH, YGT, totaal

eiwit, albumine, T4, T3-harsopname, Ft4-inc., T3-RIA, TSH, Ca, P., urinezuur, glucose, cholesterol en serum ijzer ¹⁾).

In die gevallen waarbij E.E.G., E.C.G. en röntgenfoto van thorax en schedel is gemaakt in het jaar voorafgaande aan de opname, wordt het verrichte onderzoek niet opnieuw uitgevoerd. De uitslagen worden wel opnieuw bekeken.

Het algemeen lichamelijk onderzoek, het bloed- (minus de schildklierfuncties) en urine-onderzoek worden onafhankelijk van eerdere onderzoeken opnieuw uitgevoerd.

- Definitie somatische aandoeningen

Alleen belangrijke somatische aandoeningen zijn als aandoeningen in het onderzoek opgenomen. Criteria hiervoor zijn:

- de aandoening bedreigt de gezondheid of kan het leven bekorten;
- de aandoening vereist behandeling volgens gangbare medische inzichten;
- de aandoening heeft consequenties voor het therapeutisch beleid.

3. Resultaten

- Patienten

In het onderzochte jaar zijn 200 patienten opgenomen. Hiervan zijn 125 vrouwen (62%) en 75 mannen (38%). Niet alle patienten hebben het volledige lichamelijke onderzoek ondergaan. Een zeer korte opname (overplaatsing, een crisisopname die na één nacht overgaat in een poliklinische behandeling of het weglopen van een patient) is hiervan veelal de oorzaak. In een aantal gevallen mist slechts één onderdeel, zoals E.E.G. of E.C.G. In enkele gevallen is alleen bloed- en urine-onderzoek gedaan. Drie patienten zijn in het geheel niet onderzocht. Bij verdere berekeningen zijn alleen die patienten betrokken die het volledige lichamelijke onderzoek hebben ondergaan. Bij de beoordeling van de relevantie van de verschillende onderdelen van het lichamelijk onderzoek, worden wel alle patienten betrokken, met dien verstande dat per onderzoek slechts die patienten worden meegeteld bij wie dat bepaalde onderzoek verricht is. Het aantal patienten bij wie alle onderzoeken zijn verricht, is 132. Hiervan zijn 87 vrouwen (66%) en 45 mannen (34%).

¹⁾ De luesreactie is niet in het onderzoek opgenomen; dit is gezien het aantal voorkomende gevallen een omissie (vgl. gegevens Stichting Medische Registratie, 1980).

- Somatische aandoeningen

Bij 43 patienten (32% van 132 patienten) is een niet eerder bekende lichamelijke aandoening gevonden (zie tabel 1).

Tabel 1: De resultaten van het somatisch onderzoek bij 132 patienten.

	vrouwen		mannen		totaal	
	n	%	n	%	n	%
patienten zonder lichamelijke aandoeningen	45	52	26	58	71	54
patienten met alleen bekende lichamelijke aandoeningen	11	13	7	15	18	14
patienten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen	31	35	12	27	43	32
totaal	87	100	45	100	132	100

De niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen blijken vooral voor te komen bij patienten van 60 jaar of ouder. Van de patienten ouder dan 60 jaar heeft 75% (21 van de 28 patienten) niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen (zie tabel 2).

Tabel 2: Alle patiënten en patiënten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen, ingedeeld naar leeftijd.

leeftijd	totaal aantal patiënten	patiënten met eerder niet bekende lichamelijke aandoeningen	
10 - 20 jaar	11	1	9%
20 - 30 jaar	22	7	32%
30 - 40 jaar	25	3	12%
40 - 50 jaar	21	3	14%
50 - 60 jaar	25	8	32%
60 jaar en ouder	28	21	75%
totaal	132	43	32%

Bij de groep patiënten van 60 jaar en ouder komen significant meer patiënten met niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen voor dan bij de groep patiënten die jonger is dan 60 jaar ($\chi^2 = 24,53$ $P < 0,001$). Afgezien van dementie hebben de grove diagnostische categorieën - met name de diagnoses neurose en psychose - geen voorspellende waarde voor niet eerder bekende lichamelijke aandoeningen. (Dit wil niet zeggen dat bij een nadere precisering van de diagnose dit nog steeds het geval is).

Zoals eerder vermeld, zijn de gegevens van 68 patiënten niet bij de berekeningen opgenomen omdat van hen het onderzoek onvolledig is. Bij 11 (5 vrouwen en 6 mannen) van deze 68 patiënten werden desondanks lichamelijke aandoeningen gevonden die niet eerder bekend waren. Ook hier waren de meesten ouder dan 60 jaar (7 van de 11 patiënten).

- Relevantie van de verschillende onderzoeken

Bij de beoordeling van de relevantie van de verschillende onderzoeken is gebruik gemaakt van de gegevens van alle 200 patienten. Omdat bij een aantal patienten sommige onderzoeken wel en andere niet zijn verricht, zijn per onderzoek alleen die patienten, bij wie dat bepaalde onderzoek ook is verricht, betrokken. Tabel 3 laat zien hoeveel niet eerder bekende somatische aandoeningen door elk afzonderlijk onderdeel van het routine-somatische onderzoek zijn opgespoord.

Tabel 3: Aantal niet eerder bekende somatische aandoeningen naar het onderzoek waarmee ze zijn opgespoord.

	aantal patienten bij wie het onderzoek verricht is	aantal niet eerder bekende som. aand. dat door betr. onderz. is opgespoord
- anamnese + hetero-anamn. + alg. lich. onderzoek	168	44
- bloedonderzoek S.M.A.-20 + haematologie	193	14
- urine-onderzoek (routine)	189	9
- schildklierfuncties	177	2
- röntgen-onderzoek schedel	172	1
- röntgen-onderzoek thorax	178	1
- E.C.G.	165	5
- E.E.G.	179	3

In totaal zijn 79 niet eerder bekende somatische aandoeningen gevonden bij 54 patienten. Door anamnese, hetero-anamnese en uitvoerig lichamelijk onderzoek in combinatie met routine-bloed (SMA-20 + haematologie) en urine-onderzoek worden 67 van de 79 (85%) nog niet bekende somatische aandoeningen opgespoord. Wanneer alleen deze onderzoeken zouden zijn uitgevoerd, zou 16% (12 aandoeningen bij 11 patienten) van de eerder niet bekende lichamelijke aandoeningen onontdekt zijn gebleven.

Van deze 11 patienten is nagegaan of op grond van bevindingen bij het algemeen lichamelijk onderzoek (waaronder anamnese en hetero-anamnese) en het bloed- en urine-onderzoek of het psychiatrisch beeld verder onderzoek als E.C.G., E.E.G. of röntgenonderzoek geïndiceerd zou zijn geweest. (Nu hebben immers deze onderzoekingen als onderdeel van het routine-onderzoek plaatsgevonden). (Zie tabel 4)

Tabel 4: Overzicht van de gevonden afwijkingen bij schildklier-, röntgen-, E.C.G.- en E.E.G.-onderzoek; daarnaast de symptomen die op zich voldoende reden gaven voor nader onderzoek.

onderzoek	gevonden aandoening	aanwijzingen voor nader onderzoek
schildklier- functies	1. hyperthyreoïdie 2. hypothyreoïdie	manisch beeld depressie
röntgen- onderzoek van de schedel	3. otitis media	doofheid
röntgen- onderzoek van de thorax	4. pneumonie	lichamelijk ziek (koorts, ver- hoogde BSE)
E.C.G.	5. oud onderwand infarct	-
	6. oud onderwand infarct	-
	7. coronair sclerose	hypertensie
	8/	
	9. 1e gr. AV-block met L.B.T.B.	-
E.E.G.	10. status na C.V.A. (zonder parese)	Parkinsonisme
	11. encephalopathie	mutisme
	12. status na C.V.A. (zonder parese)	-

Uit tabel 4 blijkt dat een oud onderwand infarct (tweemaal), cardiale geleidingsstoornissen (eenmaal) en een vasculaire haard in cerebro (eenmaal) zijn gevonden zonder dat er uit anamnese en hetero-anamnese, lichamelijk onderzoek, bloed- en urine-onderzoek of uit het psychia- trisch beeld aanwijzingen gevonden zijn voor verder onderzoek. Anders

gezegd: als deze onderzoeken niet routinegewijs verricht waren, zouden enkele E.C.G.-afwijkingen en een verdenking op een kleine vasculaire haard op het E.E.G. niet zijn gevonden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verdenking op de kleine vasculaire haard van dusdanig weinig betekenis was dat geen verder onderzoek geïndiceerd was.

De E.C.G.-afwijkingen werden gevonden bij patienten die ouder waren dan 50 jaar. Een routine E.C.G.-onderzoek bij patienten ouder dan 50 jaar zou alle E.C.G.-afwijkingen aan het licht gebracht hebben.

4. Discussie

Vergelijken we de resultaten van het hiervoor beschreven onderzoek met de resultaten van eerder gepubliceerd onderzoek, dan vallen de grote verschillen in percentages 'niet eerder bekende somatische aandoeningen' op (zie tabel 5).

Tabel 5: Overzicht van het gevonden percentage niet eerder bekende aandoeningen bij de verschillende onderzoekers.

auteur	aantal patienten	patienten met niet eerder bekende aand. in %
Onderzoek S.H.Z.	132	32
Koranyi (1972)	100	34
Maguire & Granville-Grossman (1968)	200	17
Hall et al. (1981)	100	80

Verschillen in patientenpopulatie en ook in de definiëring van somatische aandoeningen maken een vergelijking van deze getallen niet goed mogelijk. Hall bijv. onderzocht patienten die in een inrichting zouden worden opgenomen. 87% van deze patienten was psychotisch bij opname (Hall et al., 1981).

Het is niet onwaarschijnlijk dat de populatie die Hall onderzocht een andere is dan de populatie van dit onderzoek. Het percentage patiënten met de diagnose 'psychose' is in het hier beschreven onderzoek 26%. Bij de genoemde onderzoeken zijn verschillende criteria gebruikt voor de diagnose 'ziekte' of 'somatische aandoening'. In een onderzoek bijv. werd onder ziekte verstaan: "al die condities waarbij de pathologie een aanzienlijke hoeveelheid disfunctioneren en symptomatologie veroorzaakt". Afwijkingen als functionele hartsouffle, lichte microcytaire anaemie, etc. werden niet meegeteld (Koranyi, 1972). Bij een ander onderzoek werd iedere somatische ziekte opgenomen, terwijl daarbij onderscheid gemaakt werd in ernstig en minder ernstig. Een ziekte werd ernstig genoemd als deze "ten minste van gelijk gewicht is als de psychiatrische ziekte, de patient aanzienlijk hindert bij zijn functioneren en onderzoek en behandeling vereist" (Maguire et al., 1968). In het hier beschreven onderzoek is onderscheid gemaakt tussen belangrijke en onbelangrijke somatische aandoeningen. De bij dit onderzoek gevonden niet eerder bekende belangrijke somatische aandoeningen zijn in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6: De niet eerder bekende belangrijke somatische aandoeningen.

Aandoeningen:

Anaemie, vers hartinfarct, oud hartinfarct, coronair sclerose, L.B.T.B., le gr. A.V. Block, decompensatio cordis, hypertensie, cara, pneumonie, gastroenteritis, alcohol-hepatitis, geringe nierinsufficiëntie, hyperthyreoïdie, hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie, pseudo-hyoparathyreoïdie, Vit. D.-deficiëntie, oude lues, geneesmiddelen exantheem, nefrogene diabetes door Lithium-gebruik, status na C.V.A., encephalopathie, status myelitis met restverschijnselen, congenitale L5-S1 anomalie met rugklachten, arthrose kaakgewricht, bursitis schouder, conjunctivitis, blepharitis, otitis media, perceptie doofheid e.c.i. (40 dB verlies), sinusitis, urineweg-infectie, prostaat-hypertrofie (met urine-retentie), dyshydrotisch eczeem, seborrhoïsch eczeem, huidmycose.

Hoewel in geen van de onderzoeken psychiatrische patienten vergeleken worden met een controlegroep van niet-psychiatrische patienten, wordt nogal eens de conclusie getrokken dat psychiatrische patienten meer somatische aandoeningen hebben dan niet-psychiatrische patienten. Het is duidelijk dat op grond van het tot nu toe verrichte onderzoek deze conclusie niet getrokken kan worden.

Van een aantal somatische ziekten is bekend dat zij psychiatrische symptomatologie kunnen veroorzaken, zoals hyper- en hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie, koortsende ziekten, deficiënties, etc. (Celesia et al., 1972; Ganz et al., 1972; Hoogduin et al., 1982; Raas et al., 1981; Smith et al., 1972). In de meeste gevallen kunnen we echter niet van een causale relatie spreken. Het belang van het vinden en behandelen van somatische aandoeningen ligt niet in het daarmee genezen van een psychiatrische stoornis, maar in het verbeteren van de algemene lichamelijke toestand van de patient of het op de hoogte zijn van zijn lichamelijke beperkingen. Een belangrijke bevinding van het hier beschreven onderzoek is dat bij patienten boven de 60 jaar de kans op een niet eerder bekende lichamelijke aandoening groot is (75%). Ook uit andere onderzoeken blijkt dit (Maguire et al., 1968; Johnson, 1968).

5. Conclusies en aanbevelingen

Met enige voorzichtigheid kan uit de hier verzamelde gegevens de volgende voorlopige conclusie voor de Nederlandse situatie getrokken worden:

Bij patienten die op een P.A.A.Z. opgenomen worden, zal het routine-somatisch onderzoek beperkt kunnen worden tot:

- lichamenlijk onderzoek + anamnese en eventueel hetero-anamnese;
- routine bloedonderzoek (SMA-20 + volledig bloedbeeld);
- lues-reactie in bloed (V.D.R.L. + T.P.H.A.);
- urine-onderzoek;
- schildklierfuncties zouden op indicatie bepaald kunnen worden.

Indicaties zijn: manische en depressieve beelden, nervositeit, hyperventilatieklachten, vermagering, onduidelijk psychiatrisch beeld en psychosen. Omdat met deze indicaties de schildklierfuncties bij vrijwel iedere patient bepaald zullen worden, is het wellicht beter ook de bepaling van de schildklierfuncties in de routine op te nemen, met dien verstande dat in eerste instantie alleen de T4 wordt bepaald.

- op indicatie zal verder (specialistisch) onderzoek plaatsvinden. Voor röntgenonderzoek van de schedel bestaat geen indicatie. Locale afwijkingen kunnen een dergelijk onderzoek noodzakelijk maken. Voor routine-thorax ontbreekt eveneens de indicatie. Er bestaat voor een routine-E.C.G. tenminste een indicatie voor patiënten boven de 50 jaar. Bij patiënten met bepaalde psychiatrische klachten, bijv. het hyperventilatiesyndroom, zou in alle gevallen een E.C.G.-onderzoek verricht moeten worden.

Tot slot blijkt er geen enkele aanwijzing gevonden te zijn dat routine-E.C.G.-onderzoek zinvol is. De patiënten met belangrijke E.E.G.-afwijkingen vertoonden allen afwijkingen die een specialistisch neurologisch onderzoek noodzakelijk maakten. In plaats van routine-E.E.G.-onderzoek lijkt het meer zinvol psychiatrische patiënten bij wie een verdenking op cerebrale pathologie bestaat of die bij het algemeen lichamelijk onderzoek neurologische afwijkingen blijken te hebben, aan een specialistisch neurologisch onderzoek te onderwerpen.

Tot slot iets over de arts die het lichamelijk onderzoek verricht. Het is niet ongebruikelijk dat psychiaters deze taak op zich nemen. Het is echter de vraag of de psychiater hiervoor de aangewezen persoon is. Een dergelijke taak vereist bijscholing, op de hoogte blijven van relevante literatuur, regelmatig zien van pathologie en routine. Dit is voor iemand die hooguit een paar patiënten per week onderzoekt en de hoofdmoot van zijn of naar werk op een ander gebied heeft liggen, meestal moeilijk op te brengen. Waarschijnlijk verdient het de voorkeur het lichamelijk onderzoek door een ervaren huisarts of algemeen arts te doen verrichten.

Referenties

Celesia G.C. & W.M. Wanamaker (1972), Psychiatric Disturbances in Parkinson's Disease. Diseases of the Nervous System 33, 577 - 583

Ganz, V.H., B.J. Gurland, W. Edwards Deming & B. Fisher (1972), The Study of the Psychiatric Symptoms of Systemic Lupus Erythematosus. Psychosomatic Medicine 34, 207 - 220

Hall, R.C.W., E.R. Gardner, M.K. Popkin, A.F. Lecann & S.K. Stickney (1981), Unrecognized Physical Illness Prompting Psychiatric Admission: a Prospective Study. Am. J. Psychiatry 138, 629 - 635

Herridge, C.F. (1960), Physical Disorders in Psychiatric Illness: a Study of 209 Consecutive Admissions. The Lancet 2, 949 - 951

Hoogduin, C.A.L. & A.H. Mulder (1982), Manische psychose als enige klinische manifestatie van hyperparathyreoïdie. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 126, 2011 - 2014

Johnson, D.A.W. (1968), The Evaluation of Routine Physical Examination in Psychiatric Cases. The Practitioner 200, 686 - 691

Koranyi, E.K. (1972), Physical Health and Illness in a Psychiatric Out-patient Department Population. Can. Psychiat. Ass. J. 17, 109 - 116

Maguire, G.P. & K.L. Granville-Grossman (1968), Physical Illness in Psychiatric Patients. Br. J. Psychiatry 115, 1365 - 1369

Raes, B.C.M. & H.C. Schoonderwaldt (1981), De neurologisch-psychiatrische verschijnselen bij hypothyreoïdie. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 125, 493 - 498

Rooymans, H.G.M. (1979), Psychiatrie als medisch specialisme I. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 123, 380 - 383

Rooymans, H.G.M. (1979), Psychiatrie als medisch specialisme II. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 123, 411 - 416.

Smith, C.K., J. Barish, J. Correa & R.H. Williams (1972), Psychiatric Disturbance in Endocrinologic Disease 34, 69 - 86

Een hoofdstuk uit 'Gedragsverandering in Gezinnen'. over paradoxale opdrachten

Alfred Lange

Ik maak bij deze gebruik van de 'nieuwe regeling' waardoor het toegestaan is om delen van nieuwe publicaties elders als voorpublicatie in TDT te plaatsen, mits er een inleiding van minimaal een halve pagina aan vooraf gaat.

Het betreft hoofdstuk 9 uit de sterk gewijzigde nieuwe druk van 'Gedragsverandering in Gezinnen', dat door mij alleen wordt geproduceerd. Onno van der Hart is er dus niet meer bij. Onze wegen zijn een beetje gescheiden sinds hij steeds meer aandacht aan hypnose is begonnen te schenken. Ik voel me een beetje als Orlemans zonder De Moor.

Hoewel het herschrijven van een boek een gigantische klus is, geeft het ook veel voldoening om alles, wat je nu anders ziet en doet dan vroeger, in de tekst te veranderen en hele stukken te kunnen toevoegen. Ik schiet ook al lekker op en mag constateren al dik over de helft te zijn. Om de lezers hiervan een indruk te geven begint deze bijdrage met een inhoudsopgave van de eerste negen hoofdstukken. Daarna volgt de tekst van het negende hoofdstuk. Ik heb voor dat hoofdstuk gekozen omdat het een bijna nieuw hoofdstuk betreft. In het oude boek was er alleen een paragraaf van vijf bladzijden aan dit onderwerp gewijd. Bovendien gaat het over een onderwerp dat ons allen zeer ter harte gaat en waar wij weleens onderling over van mening hebben verschild.

Ik vraag excuses voor de ruwe vorm waarin de bijdrage is gepresenteerd, met doorhalingen en verbeteringen met de pen. Door omstandigheden was het mij niet meer gegund de tekst netjes uit te laten typen. Ik hoop dat dit niet zal leiden tot een verharding met betrekking tot het oordeel over het manuscript.

1. HET GEZIN ALS SYSTEEM

- 1.1.1*
1.1.2
1.1.3
1.1.4
1.1.5
- 1 ↓ Het gezin als systeem
- 1.1 Systeembenadering
- 1.2 Systeembenadering: een praktijkvoorbeeld
- 1.3 Niveaus van systemen
- 1.3.1 Het individuele gezinslid als eenheid
- 1.3.2 Dyadische subsystemen
- 1.3.3 Het gehele gezin als systeem
- 1.3.4 Het gezin en zijn omgeving als systeem
- 1.3.5 Conclusie
- 1.4 De rol van de zondebok in het gezin: een signaalfunctie
- 1.5 Het gezin als communicatief systeem
- 1.5.1 Regelproblematiek en definiëren van de betrekking
- 1.5.1.1 Inhoud en betrekking
- 1.5.1.2 ^uInterpunctieproblematiek
- 1.5.2 Symmetrische, complementaire en parallele interacties
- 1.5.3 Inconsistente communicatie
- 1.5.3.1 De paradoxale boodschap
- 1.5.3.2 Tegenstrijdigheden in verschillende communicatiekanalen
- 1.5.3.3 Tegenstrijdigheden binnen één communicatiekanaal
- 1.5.4 Symptomatisch gedrag
- 1.6 De levenscyclus van het gezin en symptomatisch gedrag
- 1.6.1 De levenscyclus van het gezin
- 1.6.2 Psychiatrische symptomen en de levenscyclus van het gezin
- 1.7 Het gezin als hiërarchisch systeem
- 1.7.1 Coalities binnen het gezin: de perverse triade
- 1.7.2*
1.7.3
1.7.4
1.7.5

2 HET BEHANDELINGSMODEL

2.1 Inleiding

2.2 De basisstrategieën

2.2.1 Basisstrategie: doen toenemen van probleemoplossend gedrag

2.2.2 Basisstrategie: doen toenemen van (wederzijdse) assertiviteit

2.2.3 Basisstrategie: toepassen van communicatieregels

2.2.3.1 Kritiek op positieve wijze

2.2.3.2 Concreet in plaats van vaag praten

2.2.3.3 Achterwege laten van de 'waarom'-vraag

2.2.3.4 Beweringen in plaats van vragen

2.2.3.5 Niet over het verleden praten

2.2.3.6 Voor jezelf en niet voor de ander praten

2.2.3.7 Geen gedachten lezen

2.2.3.8 Rechtstreeks versus niet-rechtstreeks taalgebruik

2.2.3.9 Geen debatteertrucs... Ingaan op de 'boodschap'

2.2.4 Basisstrategie: herstructureren en heretiketteren

2.2.4.1 Verandering in gezinsstructuur

2.2.4.2 Cognitieve herstructurering gebaseerd op attributie- en zelfperceptietheorie

2.2.4.3 Herstructureren en taal

2.2.4.4 Heretikettering en interacties

2.2.4.5 Herstructurering door interactionele opdrachten

2.2.5 Basisstrategie: het toepassen van leerprincipes

2.2.6 Basisstrategie: integratie van individuele, interactionele en structurele niveau van behandeling

2.2.7 Basisstrategie: Bewust toepassen van motiveringstechnieken

2.2.7.1 Congruente manieren van motiveren

2.2.7.2 Judo-achtige manieren van motiveren

2.2.7.3 Conclusie

2.2.8 Basisstrategie: het bewust 'timen' van interventies

2.3 Fasen in de therapie

2.3.1 De eerste fase: taxatie

2.3.2 De tweede fase: uitkiezen van werkpunten

2.3.3 De derde fase: consolidering en (eventueel) nieuwe werkpunten

2.3.4 De vierde fase: 'transfer of change', generalisatie

2.4 Schema en beschouwing van het behandelingsmodel

3 Aanmelding en taxatie

- 3.1 Het motiveren voor gezinsgesprekken
- 3.2 Uitzonderlingen op de regel Eerste gesprek=Gezinsgesprek
- 3.3 Hoe verloopt een aanmeldingsgesprek?
- 3.4 Informatie vooraf
 - 3.4.1 Halo effecten
 - 3.4.2 Partij worden
- 3.5 Samenwerking met de verwijzer
- 3.6 Een mogelijk model voor aanmelding, intake en taxatie
- 3.7 Enkele voorbeelden
 - 3.7.1 Het gezin Rosen
 - 3.7.2 Het gezin Steensma
 - 3.7.3 Het gezin Speyer
 - 3.7.4 Karen Erkens
 - 3.7.5 Voorlopige conclusies

4 NADERE ANALYSE VAN EEN TAXATIEZITTING

~~4.1~~ Inleiding

- 4.1.1 Het gezin Spits
- 4.1.2 Overzicht van aandachtsbunten in een taxatiezitting
- 4.1.1 Individuele versus interactionele problemen: heretiketteren
- 4.1.2 Sterke kanten
- 4.1.3 (Coalitie)structuur
- 4.1.4 Symptomatisch gedrag, secundaire winst en in stand houden van het systeem
- 4.1.5 Relatie gezin en omgeving
- 4.1.6 Aspecten van communicatie
- 4.1.7 Omgaan met kinderen, gebruik van geld en autonomie
- 4.1.8 Seksualiteit, affectieve expressie en affectieve betrokkenheid
- 4.1.9 Probleem oplossend vermogen
- 4.1.10 Contra-indicatoren
- 4.1.3 Concretiseren en structureren van een taxatiezitting
- 4.1.4 Andere dan taxatiedoelen tijdens het taxeren
- 4.1.1 Heretiketteren (relabeling)
- 4.1.2 'Modeling'
- 4.1.3 Nieuwe ervaringen
- 4.1.4 Vertrouwen winnen ('coupling')
- 4.1.5 Strijd om de macht beslissen
- 4.1.6 Voorlopig behandelingscontract
- 4.1.5 Dilemma: interveniëren of taxeren

5 REGISTRATIE

- 5.1 Turven van gedrag
- 5.2 Registreren van en bezinning op de klachten
- 5.3 Observatie van specifieke relationeel gerichte klachten
- 5.4 Registratie van algemene relationele klachten
- 5.5 Vagere registratie van wederzijdse klachten en stemming:
de stemmingsmeter
- 5.6 Zelf-registratie versus registratie door anderen
- 5.7 Het kenbaar maken van gegevens die verkregen zijn door
registratie
 - 5.7.1 ABA-gesprekken
 - 5.7.2 Het interview
 - 5.7.3 Het verborgen signaal

- 6 CONGRUENTE TECHNIEKEN EN INTERVENTIES TIJDENS DE THERAPIEZITTING
 - 6.1 Rechtstreeks tegen elkaar praten
 - 6.2 Onmiddellijke feedback versus analyse van het gesproken woord
 - 6.3 Modeling
 - 6.3.1 De therapeut als model
 - 6.3.2 Andere modellen
 - 6.4 Gedragsherhaling en modeling
 - 6.4.1 Analyse van een gedragsherhaling
 - 6.4.2 Schema en beschouwing van gedragsherhalingen
 - 6.5 Gedragsoefening
 - 6.5.1 Gedragsoefening en individuele therapie
 - 6.5.2 Gedragsoefening en rolomdraaien
 - 6.6 Confrontatie en steun
 - 6.6.1 Confrontatie en individuele versus interactionele feedback
 - 6.7 Bekrachtigen: belonen en straffen door de therapeut
 - 6.8 Topografische interventies

7 HET GEDRAGSCONTRACT ALS VOORBEELD VAN EEN CONGRUENTE OPDRACHT

- 7.1 Inleiding
- 7.2 Van destructieve interacties naar gedragscontracten
- 7.3 Wat is belangrijk bij het sluiten van gedragscontracten?
- 7.4 Toepassingsmogelijkheden
- 7.5 Enkele contra-indicaties voor gedragscontracten
- 7.6 Andere congruente opdrachten
 - ~~7.6.1---Opdrachten-die-toename-van-zelfcontrole-beogen~~
 - ~~7.6.2---Stapsgewijs-opvoeren-van-gedrag-dat-voorheen-vermeden-werd-~~
 - 7.6.1 Inleiding
 - 7.6.2 Opdrachten die toename van zelfcontrole beogen
 - 7.6.3 Stapsgewijs opvoeren van gedrag dat voorheen werd vermeden
 - 7.6.4 Ontspanningsoefeningen
 - 7.6.5 Leesopdrachten
 - 7.6.6 Opdrachten waardoor bekrachtigingspatronen worden gewijzigd
 - 7.6.7 Zelfverbalisaties
 - 7.6.8 Schrijfopdrachten
- 7.7 Conclusie

3 HET VERLEDEN EN GERITUALISEERDE OPDRACHTEN

- 8.1 Inleiding
- 8.2 Een brief schrijven aan de persoon in kwestie
- 8.3 De afscheidsbrief
- 8.4 Gesprekken met de persoon in kwestie
- 8.5 Rituelen
 - 8.5.1 Afscheidsrituelen
 - 8.5.2 Overgangsrituelen
- 8.6 Discussie

Voorlopige indeling van de hoofdstukken 10 t/m 16

- 10 Seksuele problemen
- 11 Generalisatie: 'transfer of change'
- 12 Gedetailleerde analyse van het gezin van de Buck
- 13 Scheiding en scheiding op proef
- 14 Gesprekken bij de therapeut of bij de cliënt
- 15 Co- versus solotherapie
- 16 Training in Gezinstherapie

9 PARADOXALE OPDRACHTEN

9.1 Soorten van paradoxale opdrachten

9.1.1 Het voorschrijven van ~~het~~ symptomatisch gedrag

9.1.2 Het aanmoedigen van ~~het~~ symptomatisch gedrag

9.1.3 Het tolereren van ~~het~~ symptomatisch gedrag

9.2 De combinatie van congruent~~e~~ en paradoxale opdrachten

9.3 Indicaties voor paradoxale opdrachten

9.3.1 Verwachtingsangst

9.3.2 Machtsstrijd tussen cliënten

9.3.3 De symptomen leveren winst op

9.4 Het motiveren voor paradoxale opdrachten

9.4.1 'Eerlijke' uitleg

~~9.4.2 ---Het-bewustwordingsparadigma~~

9.4.2 Positief etiketteren

9.4.3 Het bewustwordingsparadigma

9.4.4 De ander helpen

9.4.5 De indirecte suggestie

9.5 De timing van paradoxale opdrachten

9.6 Discussie

9 PARADOXALE OPDRACHTEN

Tot nog toe is de aandacht vooral gericht geweest op het soort opdrachten waarvan men de bedoeling volledig met cliënten kan doorspreken en die rechtstreeks tot doel hebben om symptomatisch gedrag te reduceren. In dit hoofdstuk worden opdrachten besproken die gekarakteriseerd worden door het feit dat ze-aan-aanmoedig--meestal, de cliënten - tijdelijk - worden aangemoedigd om met het symptomatisch gedrag door te gaan. De achterliggende gedachte, die dan meestal niet met de cliënten wordt besproken, is dat deze - paradoxale - opdracht juist leidt tot blokkering van het symptomatisch gedrag.

In par. 9.1 en 9.2 worden de verschillende soorten van paradoxale opdrachten besproken, terwijl in par. 9.3 enkele indicatie-gebieden worden onderscheiden. In par. 9.4 worden de verschillende manieren geschetst waarop men cliënten kan motiveren voor het aanvaarden van paradoxale opdrachten. In par. 9.5 wordt de timing van paradoxale en congruente strategieën besproken en in par. 9.6 worden ~~er~~ ten slotte een aantal discussiepunten aan de orde gesteld.

9.1 Soorten van paradoxale opdrachten

9.1.1 Het voorschrijven van het symptomatisch gedrag

In de meest klassieke vorm ~~bestonden~~ bestaan paradoxale opdrachten uit het voorschrijven van het symptomatisch gedrag, waarover men geen controle heeft, gedurende een bepaalde periode bewust uit te oefenen of zelfs te overdrijven. In deze vorm ~~hebben~~ paradoxale-opdrachten- komen paradoxale opdrachten in de gedragstherapie al vele jaren voor onder de naam 'symptom prescription' en met het doel om 'satiatie' te bewerkstelligen waardoor het symptomatisch gedrag uitdooft. Het voorschrijven van het symptoom zien wij ~~ook~~ in de eerste werken van de Palo Alto groep (bijv. -Watslawick, et al. -1970) -en- Haley-(1963--Haley-(1963-

te blijven uitvoeren, zo niet ^{te}vermeerderen. Zij gingen er daarbij vanuit dat de cliënten weerbarstig tegen de therapeut zouden zijn en dus juist hun symptomatisch gedrag zouden opgeven. Ook Frankl (1960) vraagt bij het toepassen van de door hem gepropageerde techniek van de 'paradoxe intentie' aan zijn cliënten om het symptomatisch gedrag bewust te versterken. Een voorbeeld van een dergelijke paradoxale opdracht zien wij in hoofdstuk 11.1.1. wanneer ~~xxxxxxxx~~ ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ de faalangstige mijnheer van de Buck wordt gevraagd om gedurende twee weken zoveel mogelijk te stuntelen als hij reageert op zijn vrouw.

9.1.2 Het aanmoedigen van het symptomatisch gedrag therapeutisch

~~Na~~ Naarmate men meer ervaring kreeg met het ~~xxx~~ gebruiken van paradoxale opdrachten ~~ten-behoefte-van-verandering-xxx~~ werd duidelijker dat men ook ~~xxx~~ zonder het symptoom echt voor te schrijven iemand voor een therapeutische paradox kan plaatsen, bijv. door ~~xxx~~ de symptomen ~~symptoom~~ alleen maar aan te moedigen. De cliënt ~~heeft-niet--~~ cliënten ~~xxxxxxxxxxxx~~ krijgen niet de opdracht om het symptomatisch symptomatisch gedrag optreedt gedrag uit te voeren, maar als het ~~gebeurt~~ wordt het gezien als een nuttig en positief verschijnsel. ~~xxxxxx~~ Een voorbeeld daarvan zien we bij de heer Katz die ~~met-zijn-gezin~~ wegens 'oorlogsproblematiek' met zijn gezin in behandeling was (vgl. Lange, 1981). Nadat de behandeling succesvol was verlopen wat betreft ~~zijnxxx~~ de spanningen ~~xxxxxxx~~ in het gezin en op het werk resteerde nog het ~~xxx~~ feit dat de heer Katz regelmatig last had van nachtmerries die betrekking hadden op zijn ~~waarbij hij afschuwe-~~ ervaringen in lijke ~~dromen had van~~ het kamp waar hij in de oorlog drie jaar had doorgebracht. Hij was daar iedere nacht bang voor. Tijdens het gesprek daarover suggereerde de therapeut mijnheer Katz dat ^{aan} de nachtmerries waarschijnlijk een positieve functie kon worden toegeschreven.)

Zonder de nachtmerries zou hij mogelijk vierentwintig uur per etmaal met zijn ervaringen uit de concentratiekampen bezig zijn. De therapeut gaf hem derhalve het advies om de nachtmerries minder krampachtig te bestrijden. In plaats daarvan zou hij ~~ze~~ deze dromen, nachtmerries, die nu opgevat werden als een geconcentreerde verwerking van traumatische herinneringen, meteen na het wakker worden ~~noteren~~ noteren. Ook associaties in verband met de droom dromen dienen beschreven te worden om optimaal van deze wijze van verwerking te profiteren. We zien hier ~~missen~~ een voorbeeld van een paradoxale opdracht die gekoppeld is aan een congruente opdracht (namelijk het opschrijven)--- (het opschrijven). Daarop--kom-ik-verderop in-deze-paragraaf-nog-terug. We zien dat ook bij het echtpaar Wehkamp (vgl. Lange, 1983) als ~~mevrouw~~-mevrouw-woordt-aangemoedigd-om-deer-te-gaan-met-het-maken-van-sarcastische-opmerkingen-waar-mijnheer- die elkaar in hun machtsstrijd het leven aardig zuur weten te maken. Daarbij is het voorai-mevrouw-die-er-met-haar-scherpe-tong-en-snelle-intelligentie-steeds-in-slaagt-om-haar-man de man die zich steeds gekwetst voelt ^{door} de sarcastische en scherpe opmerkingen van de vrouw. Hij voelt zich dan een 'kleine jongen', zoals hij het uitdrukt, en gaat terugmeppen. De therapeut neemt zijn gekwetst zijn als uitgangspunt. Het lijkt hem zinvol dat mijnheer Wehkamp onderzoekt wat het maakt dat hij zo gemakkelijk is te reken; hoe komt het kwetsen dat hij zich dan zo klein ~~voelt~~ voelt. Hij-zal-zieh-derhalve Iedere keer als hij zich gekwetst voelt zal hij zich derhalve terug trekken gekleineerd zijn en zich goed op het gevoel van ~~gekwetst~~ zijn ~~concentreren~~, zal hij te onderzoeken en proberen wat het in hemzelf is dat het mogelijk is om hem zo 'klein te maken' te kwetsen. ~~Mevrouw~~ Mevrouw ~~wordt~~ wordt aangemoedigd om zich niet in te houden. Anders zou haar man weinig leerstof hebben. Op deze en andere combinaties van paradoxale en congruente opdrachten

kom ik later nog terug. Hier is van belang om te constateren dat er een reden was om het symptomatisch gedrag van mevrouw Wehkamp aan te moedigen, zonder het nadrukkelijk voor te schrijven. Aanmoedigen, zonder het voorschrift het gedrag ook uit te voeren, ziet men ook in de paradoxale aanpak zoals gepropageerd door Selvini Palazzoli et al. (1979). Daarbij wordt aan gezinnen ^{- homeostatische -} gesuggereerd dat het onverstandig is om iets aan de ~~status~~ status quo te veranderen aangezien dat - aldus delen de therapeuten mee - gevaren op zou leveren voor de stabiliteit van het gezin. De aanmoediging berust dan op het feit dat het symptomatische gedrag van één of meer gezinsleden een positieve functie zou hebben. In ^{9.3.3} par. [✓] kom ik op deze controversiële aanpak nog terug. Vaak wordt symptomatisch gedrag tijdelijk aangemoedigd terwille

Hier is van belang om te constateren dat de reden was om het symptomatisch gedrag van mevrouw Wehkan aan te moedigen zonder het noodzakelijk voor te schrijven. Het gaat om een aanpak die wordt symptomatisch gedrag tijdelijk aangemoedigd terwille van de registratie-opdrachten.

We zagen dat al besproken in hoofdstuk 5. Daarmee heeft bijna elk begin van een behandeling wel een paradoxale kant. Wanneer men vraagt om het symptomatische gedrag precies bij te houden en derhalve waarschuwt tegen ~~een~~ de neiging om het nu (al) te veranderen dan kan men ~~dit~~ dat als paradoxaal beschouwen. Een voorbeeld zien we ~~in~~ in hoofdstuk 4.1.3 wanneer de therapeut ~~aan~~ aan mijnheer van de Buck vraagt of hij wil turven wanneer zijn vrouw tegen hem schreeuwt. Aan-mevrouw-werd-gevraagd-~~haar-gedrag-in-dit-opzicht~~ Mevrouw van de Buck wordt aangemoedigd haar gedrag in dit opzicht ~~niet-in-de-komende-weken~~ in deze periode niet te wijzigen aangezien er anders nog geen duidelijkheid zou zijn over hoe het bij hen toeging.

9.1.3 Niet tolereren van het symptomatisch gedrag
 Soms is de paradoxale aanpak ~~opdracht~~ niet uit een voorschrift om het symptomatisch gedrag uit te voeren, en ook niet uit ~~aan~~ ^{het} aanmoedigen ^{eraan} maar uit suggesties ~~waaruit~~ waaruit blijkt dat de therapeut vindt dat het ~~symptomatisch~~ symptomatisch gedrag ^{kan} dient te worden, bijv. omdat de cliënt er nog niet aan toe is om het nu te veranderen. ~~Voorbeelden~~ Voorbeelden daarvan vinden we bij Hoogduin et al. (1977). De dwangpatiënten ^{die zij beschrijven} die zij beschrijven krijgen De patiënten met dwanggedachten

hoefden hun ~~zwakte~~ neiging tot het dwangmatig stellen van vragen ^{andere gezinsled} ~~aan de~~ niet te bestrijden. ~~Hijzelf~~ Wel ~~zorgde~~ zorgde de therapeut er middels opdrachten voor dat als zij hun ~~symptomatisch~~ symptomatisch gedrag ~~bestreedt uit het stellen van vragen aan hun gezinsleden,~~ vertoonden het ~~n~~ nieuwe consequenties kreeg. De gezinsleden mochten geen 'geruststellende' antwoorden geven en de geïdentificeerde patiënt zou naar een lege ruimte (bijv. het toilet) gaan om daar ~~gedurende~~ gedurende een vast afgesproken tijd over de vraag na te denken. Een ander voorbeeld zien wij bij Leira & Lange (1981). --
Mevrouw Harp was in een psychiatrisch ver-terroriseerde de-
~~staf~~ staf, de medepatiënten van het ~~psychiatrisch verpleeghuis~~ psychiatrisch verpleeghuis waar zij was opgenomen met haar klusgedrag. De weekends die zij thuis doorbracht gebeurde dat met haar man en de kinderen.
Een ander voorbeeld ~~zagen~~ ^tzagen we in par. 2.2.7.2 bij Robert en Daniëlle. De eerstgenoemde terroriseerde de laatstgenoemde met zijn 'buien van lusteloosheid en apathie'. In plaats van hem te suggereren te proberen zijn gedrag te wijzigen en iets aan zijn klachten te doen, ~~hiel hij zich (tolereren van symptomatisch gedrag)~~ zorgde de therapeut ervoor dat ~~hij~~ ~~zijn~~ zijn gedrag andere consequenties kreeg. Door de nieuwe reacties die hij Daniëlle leerde verloor het symptomatisch gedrag voor Robert een hoop aan aantrekkelijkheid. Hij kon haar niet langer manipuleren.

9.2 De combinatie van congruente en paradoxale opdrachten

Selvini Palazzoli (1979) benadrukken dat het van belang is dat het ~~soort~~ soort paradoxale opdrachten dat zij verstrekken aan homeostatische gezinnen (vgl. par. 1.4) aan het gehele gezin wordt gegeven. Niemand moet veranderen. Van Dijk & van der Velde (1977) waarschuwen in hun ~~artikel~~ artikel over 'valkuilen in directieve therapie' voor het gelijktijdig geven van paradoxale en congruente opdrachten. Tenzij een dergelijke combinatie in een bewust gepland kader wordt gebruikt volgens deze eisen leidt het tot verwarring bij de cliënten waardoor er helemaal niets gebeurt. Deze waarschuwing is natuurlijk terecht, maar geldt ~~ook~~ voor alle combinaties van opdrachten. Ook twee leeropdrachten die gelijktijdig gegeven worden, zonder dat de planning doordacht is en voor de cliënt begrijpelijk, zullen ~~weinig~~ weinig succes opleveren. Van Dijk (1980) komt daar dan ook terecht op terug. In zijn bespreking van het gefractioneerd ruzie-advies laat hij zien hoe binnen die ene opdracht een paradoxaal en een congruent advies schuilt. Een ruziemakend echtpaar krijgt de opdracht om door te gaan met ruzie maken, maar nu op een iets andere manier. Zij zullen elke dag op een vast tijdstip hun ~~irritaties~~ irritaties zo ~~scherp~~ scherp mogelijk uitspreken, bijv. van 20.30 uur tot 21.30 uur. Zij mogen elkaar daarbij niet sparen. De rest van de dag mogen zij echter geen enkele irritatie uiten. Zij kunnen ~~hun~~ hun onvredes dan verzamelen om s'avonds zo goed mogelijk voor de dag te komen. Het paradoxale element schuilt uiteraard in de opdracht om in ieder geval door te gaan met ruzie maken, eventueel zelfs ~~op een nog intensere wijze~~ dan voorheen. Het congruente deel bestaat uit het feit dat er regulering optreedt. De rest van het etmaal moeten zij 'hun mond houden'.

Het voordeel van een opdracht als deze, boven bijv. het voorschrijven van onbeperkt ruziegedrag is dat het symptomatisch gedrag wordt gekanaliseerd naar een relatief korte tijdsperiode. Als men weet dat men het daarin onbeperkt kan uitvoeren, wordt het gemakkelijker om er gedurende de rest van de ^{dag} ~~week~~ van af te zien.

Iets dergelijks gebeurde bij mevrouw Boomkens. Zij was, volgens haar eigen zeggen, overmatig jaloers en achterdochtig met betrekking tot vermeende vriendschapsrelaties van haar echtgenoot. Zij kreeg het advies om zich elke dag een uur lang te concentreren op haar jaloezie-gevoelens jaloerziegevoel en zich voor te stellen ^{dan} ~~het voor~~ ~~xxx te stellen~~ wat voor verschrikkelijks er zou kunnen gebeuren als het allemaal waar was. Het laatste kwartier van het uur zou zij gebruiken om alles op te schrijven. Na drie dagen stopte zij ermee, aangezien ze haar jaloezie nu te gek vond: 'Van die onzin ben ik genezen'.

In-bovenstaande- Paradoxaal en congruente opdrachten kunnen ~~xxx~~ op vruchtbare wijze gecombineerd worden als ze aan twee ~~xxxxxxx~~ of meer verschillende personen tegelijkertijd worden verstrekt. ~~xxx~~ ~~xxxxxxx~~ Bij het echtpaar Boomkens was het bijv. voorstelbaar geweest dat de therapeut ook had besproken hoe mijnheer Boomkens zijn gebruikelijke reacties ~~xxxxxxx~~ op ~~xxx~~ het jaloerse gedrag van zijn vrouw zou ^{kunnen wijzigen.} ~~hebben besproken~~. Hij had hem kunnen adviseren niet meer te proberen haar gerust te stellen, wat immers toch niet kon lukken en haar ~~er~~ alleen maar ~~toe bracht om nog~~ meer munitie ^{verschelde} ~~te verzamelen~~. ~~xxxxxxx~~ Hoogduin & Troost (1984) adviseren bij pathologische jaloezie dan ook ^{dat} ~~aan~~ de partner een standaard reactie gaat geven in de trant van: 'Ik kan hierop geen antwoord geven'.

Een combinatie ~~xxxxxxx~~ van paradoxaal en congruent zien wij ook

bij ~~xxxxxxx~~ soort opdrachten dat Hoogduin et al. (1977)
 ^{Daarbij worden de}
 verstrekt aan ~~de~~ dwangpatiënten en hun omgeving. ^{Waarbij de} ~~xxxxx~~
 gezinsleden ~~worden~~ geïnstrueerd om niet meer bekrachtigend op
 het symptomatisch gedrag van de geïdentificeerde patiënt te
 reageren. ~~xxxxxxx~~ Rijntjes (1982) beschrijft
 een vergelijkbare strategie ~~van~~ bij gezinnen met kinderen die
 via hun symptomatisch gedrag hun ouders weten te manipuleren.
 ~~tets-----dok-let~~ Dat deze aanpak niet aan leeftijd is gebonden.
 ^{Door Helen S. Lange (1981) beschreven}
~~xxxxxx~~ blijkt tenslotte uit ^{een} ~~behandeling~~ ~~van~~ ~~een~~ ~~xxxxxxx~~
 wat oudere vrouw die in een psychiatrisch verpleeghuis was opgenomen ^{te won}
^{en de neiging om haar bed niet ui}
 waar zij iedereen terroriseerde met haar klaggedrag. De therapeut
 wist te bewerkstelligen dat mevrouw gedurende langere periodes haar
 huis mocht ~~na~~ zij het met preciese instructies. Haar klachten werden
 in verband gebracht met het ~~xxxxxxx~~ overgaan naar een nieuwe
 ~~xxxxxxx~~ levensfase, die van ~~echtbaar-met-uit-huis-zijnde-kinderen~~.
 Daarvoor had zij tijd nodig om na te denken. ~~xxxxxxx~~
^{elke ochtend}
~~xxxxxx~~ Die tijd zou zij vinden door in bed te blijven om zodoende
 zelf goed na te kunnen denken over haar nieuwe leven. Haar man
 mocht haar daarbij niet helpen, omdat dat geen echte hulp zou
 kunnen zijn. Als zij zou klagen, dan mocht haar man haar niet
 geruststellen, evenmin als de kinderen wanneer die op bezoek
 waren. Zij zouden ~~xxxxxxx~~ refereren aan het gezinsgesprek en
 iets zeggen in de trant van: ^{'Ik} ~~xxx~~ ~~xxx~~ vindt het vreselijk rot
 voor je maar je schiet er niets mee op als ik probeer je te
 helpen'.

Ook bij het echtpaar Wehkamp dat in de vorige paragraaf werd

beschreven zien we de combinatie. De man krijgt een leeropdracht. Als hij zich gekwetst voelt trekt hij zich terug ~~om~~ in plaats van te reageren, met het doel inzicht over zichzelf te krijgen. Mevrouw krijgt ~~de~~ daarbij de paradoxale ~~xxxxxxxix~~ instructie door te gaan nem te kwetsen. ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ in tegenstelling tot de andere voorbeelden. Maar steeds één geïdentificeerde symptoomdrager was, die ook de paradoxale instructie kreeg, was er niet een iudiciale geïdentificeerde patiënt. Het betrof een ~~xxxxx~~ ruziemakend echtpaar waarbij twee ~~va~~ ongelijke rollen te vinden waren zodat ieder een andere instructie kon krijgen. In een dierop nog terug in par. 3.4.4, ~~waar~~ ^{weer deze manier van} ~~het~~ motiveren voor paradoxale opdrachten. Voorloepig kunnen we echter concluderen, dat een ~~va~~ op elkaar afgestemde combinatie van paradoxaal en congruent extra mogelijkheden geeft. Enerzijds wordt het symptoma-tisch gedrag van de één al onaantrekkelijk doordat het nu op bevel moet geceuren, anderzijds leert de omgeving om ~~er~~ - als het toch gebeurt - ^{er} niet meer bekrachtigend op te reageren.

9.3 Indicaties voor paradoxale opdrachten

Globaal kan men drie gebieden onderscheiden waarin het geven van paradoxale instructies aan één of meer cliënten zinvol kan zijn.

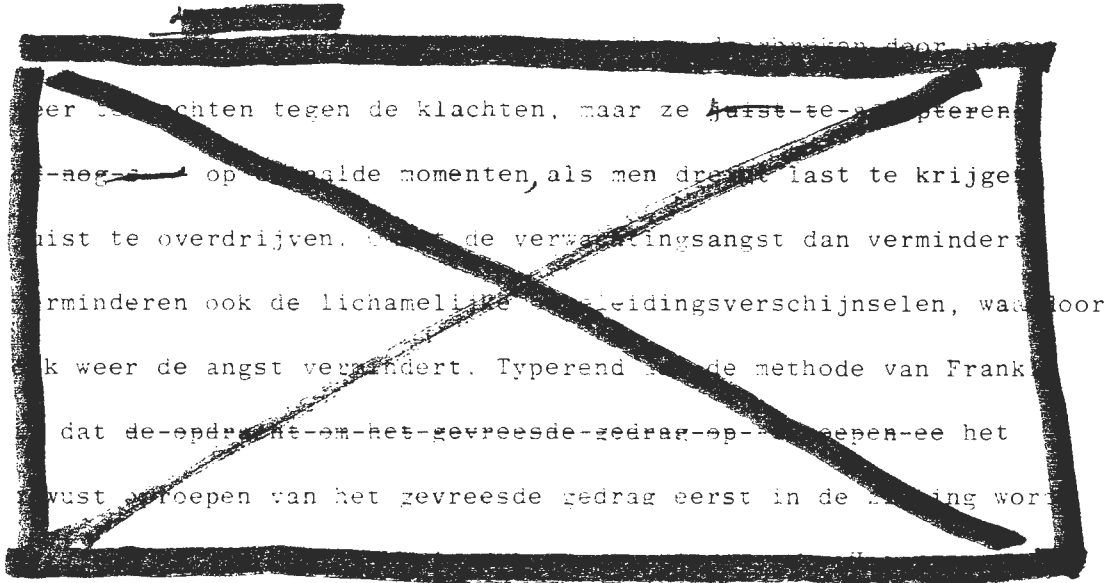
9.3.1 Verwachtingsangst

Veel klachten worden voornamelijk in stand gehouden doordat men bang-is--verwacht- verwacht dat ze zullen optreden. De angst die dat met zich meebrengt maakt dat ze ook optreden. We zien dat ~~xxxx~~ bij uiteenlopende symptomen als ~~xxxx~~ blozen, sexele problemen, sloepeloosheid, trillen, ~~stotteren, stutelen, spreken,~~ stotteren en stutelen bij of faalangst in het algemeen, spreekangst. Vaak gaat het gepaard aan lichamelijke verschijnselen als versnelde ~~xxx~~ polsslag, transpireren, ~~xxxx~~ benauwdheid en het gevoel flauw te vallen, die te beschouwen zijn als hyperventilatie-verschijnselen (vgl. ~~xxxx~~ Hoogduin et al. 1977 en Kraft et al. , 1982). ~~De-angst-voor-deze-lichamelijke-ongemakken-xxxx-is-op-zich-nee-~~ Het aantal voorbeelden van klachten die gebaseerd zijn op verwachtingsangst zou moeiteloos uitgebreid kunnen worden. Hier volstaat het ~~xxxx~~ signaleren van de grootste gemene deler: Het gaat ~~xxxx~~ erom dat men verwacht op een bepaalde situatie ~~xxx~~ niet anders te kunnen reageren dan op de gevreesde onplezierige manier. Deze angst roept ~~xxx~~ spanning op waardoor men enigszins op de gevreesde wijze begint te reageren. Dat bevestigt de spanning en de klachten nemen toe, etc. Veel fobische verschijnselen berusten ook op deze intrapsychische kringloop. ~~xxxx~~-Hoogduin-(

Eén manier waarop men dit kan aanpakken is de 'paradoxale intentie' (vgl. Frankl, 1960). Van Dijck (1977) vat de belangrijkste kenmerken hiervan samen. Het is een ~~xxx~~ aanpak die thuis hoort in de eerste van de in par. 9.1 behandelde soorten van paradoxale opdrachten. Het komt

erop neer dat men tracht de vicieuze cirkel te doorbreken door niet meer te vechten tegen de klachten, maar ze op bepaalde momenten, als men dreigt last te krijgen, juist te overdrijven. Omdat de verwachtingsangst dan vermindert, verminderen ook de lichamelijke begeleidingsverschijnselen, waardoor ook weer de angst vermindert. In dit soort gevallen kan symptoomvoorschrijving ^{tevens} opgevat worden als een etiketveranderende opdracht (vgl. Lange, 1972). Door-het-faalangstige-gedrag-opzettelijk-te-vertonen-af-bijv-bij---slaapstoornissen juist-niet-te-proberen-in-slaap-te-vallen--geeft-men-een-nieuw-etiket-aan-het-gedrag Door bijv. juist niet te proberen in slaap te vallen, geeft men een nieuw etiket aan het niet slapen, waardoor men minder 'arousal' ervaart, en daardoor slaapt men juist gemakkelijker in (vgl. Storms & Nisbett, 1970).

Typerend aan de methode van Frankl is dat het bewust oproepen van het gevreesde gedrag eerst in de zitting wordt geoefend en dan pas als huiswerk wordt meegegeven. De



~~xxxxx~~ hyperventilatie provocatie zoals beschreven door Hoogduin
 et al. (1977) berust ^{eveneens} ~~xxx~~ op dit principe. Cliënten die ~~xxxxxx~~
~~xxxxxxxx~~ zijn beland in de vicieuze cirkel, 'toevallige aanval
 van hyperventilatie ----> angst het in vergelijkbare situatie weer
 te krijgen ----> spanning in vergelijkbare situaties ---> nieuwe
 hyperventilatie aanvallen ^{en/} of toenemend vermijdingsgedrag', krijgen
 uitleg over de somatische kant van het hyperventileren. Men wordt
 verteld hoe door verkeerd ademen een ~~xxxxxxxxx~~ te grote hoeveelheid
 koolzuur wordt uitgeademd hetgeen de zuurtegraad van het bloed te
 veel doet dalen. Dit heeft de ~~xxxx~~ lichamelijke ongemakken tot gevolg
 waar men zo bang voor is. In principe is dit gemakkelijk te corrigeren
 door ademhalingsoefeningen (vgl. Kraft et al., 1982) of door in een
 plastic zakje of in de handpalmen te ademen, waardoor men relatief
 veel koolzuur terug krijgt bij het inademen. Cliënten die last hebben
 van hyperventilatie-aanvallen zijn echter dermate gespannen dat
 deze wetenschap niet genoeg is. Zij blijven er tegen ~~xxxxx~~ vechten met
 een toename van spanning en te diep ademen tot gevolg. Met behulp
 van provocaties kan dit doorbroken worden. ~~xxxxxxx~~ Door diep te
 ademen ^(hijgen) roept de cliënt onder leiding van de therapeut een aanval
 op. Als de gevreesde symptomen er zijn dan ademt hij verder in een
 plastic zakje of blaast dat de symptomen vrijwel weer verdwijnen.

Dit wordt ~~in~~ ^{meerdere malen} thuis geïoefend. ~~En~~ totdat ~~de~~ het gevoel van controle zo groot is geworden dat de vicieuze cirkel is doorbroken. ~~De~~ Deze, ~~is~~ specifiek op hyperventilatie symptomen gerichte aanpak verschilt echter wel enigszins van ~~de~~ de paradoxale intentie van Frankl. Bij Frankl is er alleen sprake van de paradoxale opdracht, die bovendien spontaan zonder hulpmiddelen moet uitgevoerd worden. Bij de hyperventilatie-provocatie kan men het oproepen een handje helpen door te hijgen en bovendien krijgt men een middel om daarna de symptomen de kop in te drukken. ~~Daarmee~~ Daarmee wordt het ^{een} een combinatie van een paradoxale en congruente opdracht.

Bij veel fobische klachten speelt hyperventilatie-angst voor hyperventilatie-aanvallen een rol (vgl. ^{De Moor,} ~~De Moor,~~ 1983). Het is dan verstandig om in de eerste fase, parallel aan eventuele gezinsinterventies, in ieder geval een programma van hyperventilatie-provocatie of ademhalingsoefeningen uit te voeren. Gedurende die periode ~~de~~ dient men de geïdentificeerde patiënt niet te stimuleren om al te beginnen met het verminderen van zijn vermijdingsgedrag. Daar is hij immers nog niet aan toe. Pas als hij ~~zijn~~ zijn ademhalingsproblemen heeft overwonnen en niet meer in de daarmee samenhangende vicieuze cirkel is, kan daarmee een begin worden gemaakt. Ook daarbij is een paradoxale strategie dan niet onverstandig. ~~Zij~~ Dat gebeurde bijv. bij mevr. Krekels (vgl. par. 2.2.6). Zij had al vele jaren last van straatfobie. Nadat zij ~~in~~ ongeveer 6 weken had-geïoefend- een aantal malen ^{thuis} had geïoefend met het oproepen van hyperventilatie-aanvallen en het couperen daarvan, rapporteerde zij een ~~afname~~ afname van angst en een toename van gevoelens van controle. Het moment om de straat op te gaan leek aangebroken. Afgesproken werd dat zij de komende week naar een bepaalde winkel zou gaan en

daar, zonder ^{opzettelijk} te hijgen, ~~haar puur op eventuele angst~~ zou proberen een aanval te krijgen. ~~xxxxxxx~~ Dat zou haar de gelegenheid geven om het onderdrukken met behulp van een plastic zak ~~xxx~~ nu ook buiten te oefenen. De bedoeling moge duidelijk zijn. Door deze opdracht was eventuele angst van mevrouw Krekels om nu toch te falen bij voorbaat weggenomen. Wat er ook gebeurde, het was altijd goed. De kans op een aanval en dus een succesvolle eerste stap op straat werd daardoor veel groter. Mocht zij inderdaad de aanval krijgen dan was er nog niets aan de hand. Dan kon zij ^{er} inderdaad op de geleerde manier ~~dat~~ ^{ter plekke} een einde aan maken. Dat was bij mevrouw Krekels overigens niet nodig.

In de hier gegeven voorbeelden is er steeds sprake geweest van een intrapsychische keten. ~~Toch kan er~~ ^{er kan} bij verwachtingsangst ^{echter} ook sprake zijn van een relationele context. We zien dat in hoofdstuk ... bij mijnheer van de Buck. Hij is speciaal bang voor kritiek van zijn vrouw. Hij verwacht dan te gaan hakkelen en weet dat zij dan nog bozer wordt. De paradoxale opdracht aan hem was dan ook daarop toegesneden.

Verwachtingsangst hoeft overigens niet altijd met paradoxale intentie te worden bestreden. ~~Soms-zijn-paradoxale-opdrachten-die-van-hem--~~ Het is niet altijd nodig om de symptomen te overdrijven. Soms is het genoeg om ze niet te bestrijden (de andere twee soorten die in ~~xxxxx~~ par. 9.1 zijn behandeld). ~~-Men-kan-ook-van-strategieën-uitgaan-die-helemaal-niet-uitgaan-v-~~ Zo beschrijft Lange (1980) een vrouw die last had van trillende handen als zij in sociale situaties een glas moest vasthouden. Zij was gevangen in de ~~xx~~ vicieuze cirkel die hierboven is geschetst. ~~xxxxxxx~~ Zij is daaruit gekomen door het advies van de therapeut op te volgen om ^{de} ~~xxxxxxx~~ omgeving van haar symptomen op de hoogte te stellen, m.a.w. haar symptomen te etaleren. De achtergrond van deze aanpak school in

het feit dat ~~xi~~ de cliënte niet zozeer bang was voor het trillen als voor wat andere mensen ervan zouden zeggen. Zij vermeed ~~du~~ daarom bijna alle sociale situaties en behalve haar echtgenoot wist ~~nijn~~ niemand ervan af. Door het 'etaleren in plaats van bestrijden' was er geen angst meer. Interessant was bovendien dat bleek dat zij in haar familie niet de enige was. ~~xi~~ Zowel haar moeder als een zuster hadden er ook last van, maar niemand wist het van de ander ~~en~~. Cliënte werd geproven voor haar moeder om ermee voor de dag te komen en was van haar klachten af.

Weer-een-andere-aanpak-voord-gebesluidt-door-Lange-&-Van-der-Velden-(1980)--~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ Lange & Van der Velden (1980) beschrijven weer-een-andere-aanpak-bij-een-aantal-~~XXXXXXXXXX~~ een op afleiding gebaseerde aanpak bij bepaalde klachten waarbij verwachtingsangst een rol speelt. Zo schetsen zij de behandeling van een meisje dat school-~~xxxxxx~~ problemen heeft, o.m. doordat zij steeds bang is om niet populair gevonden te worden. Haar wordt gevraagd gedurende een bepaalde periode niet na te streven om wel populair te worden en in plaats daarvan gerichte observatie-opdrachten uit te voeren ten aanzien van ~~XXXXXXXXXX~~ ~~xx~~ het gedrag van bepaalde klasgenoten.

9.3.2 Machtsstrijd tussen cliënten

Haley (1963) noemt therapeutische paradoxen als een middel dat de therapeut ten dienste staat ~~nijx~~ wanneer hij te maken heeft met cliënten die met ~~hem~~ de therapeut in een strijd zijn gewikkeld over wie de baas is. Volgens Haley ~~ixxdxxxxxxxXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ ~~in-die-tijd--~~ - in die periode - was dat met de meeste cliënten het geval, zodat zijn ~~therapieën~~ aanpak indertijd gekenschetst kon worden als 'het zoeken naar de ideale paradoxale opdracht'. Ik ben het echter niet ~~met Haley eens.~~ ~~ixxx~~

met de opvattingen van Haley uit die tijd eens. Om te beginnen is het ~~wn~~ niet waar dat de meeste cliënten in een machtsstrijd met de therapeut gewikkeld wensen te worden. Er zijn veel cliënten die niets liever willen dan de autoriteit van de therapeut aanvaarden. Ze gaan daarin soms zelfs wat tever. ~~Een-tweede-zijn-er---als-er--wel-sprake-is-van-weerstand-bij-de-therapeut~~ Als er echter wel sprake is van ~~weerstand-bij-de-ther~~ 'weerstand' bij cliënten dan is een paradoxale opdracht ~~grijs~~ juist niet geïndiceerd. ~~xxxxxx~~ de opdracht Cliënten zullen ~~hem~~ natuurlijk niet opvolgen, maar zij zullen ook niet het tegendeel bewijzen. Zij zullen eerder denken: 'zie je wel die man is gek'. Terecht wijst Van Dijk (1980) erop dat het geven van paradoxale opdrachten niet op zijn plaats is wanneer een goede ~~xxxxxhouding-~~ verhouding tussen cliënt en therapeut ontbreekt. Waar dit bij congruente leer-opdrachten ook al geldt, ~~is-dit-extra-xxxx-van-belang-wanneer-het-het-bij-congruente--opdrach-~~ is het bij paradoxale opdrachten extra belangrijk dat er een goede motivering is, die door de cliënten ook wordt aanvaard, zelfs al pakt het later ander uit. Hierop komen wij in par. 9.4. nog terug.

Machtsstrijd met de therapeut is dus geen indicator, maar machtsstrijd tussen cliënten wel degelijk. Het echtpaar Van der Sanden kon getypeerd worden als een 'ruziemakend echtpaar'. Er waren wel positieve gevoelens over en ~~xxxxxx~~ weer maar die gingen schuil achter de escalerende ruzies, die gevoed werden door de bij beiden heersende gedachte dat de ander veel te veel de dienst uitmaakte. Elk klein voorval gaf

daardoor aanleiding tot eindeloze inhoudelijke discussies (vgl. par. 1.5...)

Een congruente aanpak leek onmogelijk, waarop de Therapeut hen allebei vroeg de therapeut vroeg hen ~~xxxx~~ allebei om de komende weken zich extra

in te spannen om zich het kaas niet van het brood te laten eten. Het was 'noodzakelijk' om veel bewuster dan anders de partner te laten

ervaren dat ~~hijzelf~~ deze niet het laatste woord zou ~~krijgen~~ ^{hebben,} laat staan dat hij zijn zin zou krijgen. Op de motivering voor dergelijke paradoxale opdrachten komen wij in par. 9.4. terug. De bedoeling van de therapeut was echter tweeledig. Ten eerste had de etiket---opdracht een etiket-verandering tot gevolg ten aanzien van het eigen gedrag. Wanneer je je partner de mond snoert op eigen initiatief, dan win je een strijd. Maar wanneer dat gebeurt op bevel van een derde, dan win je geen strijd maar vertoon je gehoorzaamheidsgedrag aan die derde. Dat is een stuk minder aantrekkelijk voor ~~de~~ ^{dergelijke} partners. Ten tweede is er sprake van etiket-verandering ten aanzien van het gedrag van de ander. Als mijnheer inderdaad zijn vrouw de loef probeert af te steken, zal zij denken dat hij zijn huiswerk serieus opvat en zich goed houdt aan het advies van de therapeut. Het zal haar minder raken en zij zal zich minder geroepen voelen er tegen in te gaan.

Bij een dergelijke symmetrische paradoxale opdracht waarbij alle partijen ~~dezelfde-instructie-krijgen~~ in de strijd dezelfde instructie krijgen, is kort samengevat, de etiketverandering het meest essentieel. Je kunt geen strijd meer winnen als die je van bovenaf wordt opgelegd. Dit is althans de filosofie achter dergelijke paradoxale opdrachten. In de praktijk blijkt dat sommige cliënten - net als soldaten in het leger - wel degelijk bereid zijn uit gehoorzaamheid ~~te~~ vechten. Hun motivatie ervoor kan er zelfs door toenemen, wat ~~er~~ ertoe leidt dat de paradoxale opdracht ~~is~~ wordt opgevolgd. ~~Dat-hoeft-nog-geen~~ ~~ramp-te-zijn~~ en de cliënten enkele beroerde weken hebben. Dat hoeft geen ramp te zijn. Men kan de opdracht zelfs nog eens herhalen en dan over gaan op congruente technieken. In par. 9.5. kom ik daarop terug.

Desalniettemin zou ik er voor willen pleiten de kans op negatieve ervaringen met paradoxale opdrachten te verkleinen door ze in a-symmetrische vorm te verstrekken. Dwz. een ~~xxxx~~ combinatie van paradoxaal en congruent, zoals ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ⁱⁿ par. 9.2 is beschreven. ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ Zo zou bij het echtpaar Van der Sanden het 'gefractioneerde ruzie advies' mogelijk zijn geweest, of een advies zoals aan het echtpaar Wehkamp, waarbij de één een leeropdracht krijgt en de ander, om ~~na~~ de eerste te helpen, een paradoxale opdracht. Dergelijke combinaties geven ~~xxxxxxxxxxxx~~ meer uitzicht op het doorbreken van het patroon dan de symmetrische paradoxale opdracht.

De symptomen leveren

9.3.3 Secundaire-winst Het symptoom levert winst op

In par. ~~9.2~~^{9.2} bespraken we mevrouw Harp die met depressieve klachten en klaaggedrag haar omgeving wist te controleren. Haar symptomen leverden haar winst op in de vorm van aandacht. Datzelfde zagen wij bij de ~~xxxx~~ cliënten die door Hoogduin et al. (1977) in dezelfde paragraaf werden beschreven. In dergelijke situaties is een stap-voor-stap congruente benadering weinig zinvol aangezien de cliënten ~~manieren~~^{dan} ~~kun~~ door te falen hun 'eigen belang' ~~dan~~ kunnen veilig stellen. De therapeut komt in een positie dat hij het spel zou moeten maken en de ~~xxxxxxxx~~ cliënten kunnen steeds laten weten dat ze hun best wel doen maar het is te moeilijk. Het lukt nu eenmaal niet. In zo een situatie is een paradoxale opdracht aan de symptoomdrager op zijn plaats mits deze is gekoppeld aan een leeropdracht voor de omgeving, teneinde ongewenst gedrag niet langer te bekrachtigen. Bij mevrouw Harp zagen we dat zij werd aangemoedigd meer tijd te nemen voor haar depressieve gevoelens en zich te bezinnen op haar moeilijke situatie en toekomst, door lange perioden in bed te blijven. De gezins-

9.4 Het motiveren voor paradoxale opdrachten

Het is een misvatting dat men een paradoxale opdracht kan geven

~~XXXXXXXXXX~~ zonder dat cliënten een goede reden krijgen om hem te aanvaarden. ~~Dat zij hem dan juist niet uitvoeren is vers-twee- Weliswaar niet uitvoeren, maar zij zullen en ook niet in positieve Aangezien-de-werkelijke-bedeeling-met-de-opdracht-vaak-anders-zin door veranderen. Er gebeurt gewoon niets.~~
~~XXXXXXXXXX en in positieve zin veranderen is vers twee. XXXXXXXXXX~~

~~XXXXXXXXXXXXXXX~~ In de volgende paragrafen worden vijf manieren (paradigma's) onderscheiden waarop men paradoxale instructies kan introduceren bij cliënten.

9.4.1 'Eerlijke' uitleg

~~Bij-paradoxale-intentie---~~ Frankl (1960) is er een voorstander van om bij paradoxale intentie de cliënt precies uit te leggen hoe het werkelijk zit ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ (de verwachtingsangst en de daarop volgende vicieuze cirkel) en hem ook duidelijk te maken dat overdrijven van het symptoom leidt tot doorbreking. Ik heb nooit begrepen hoe ~~xx~~ dat ~~aan~~ werkt. Cliënten gaan dan overdrijven, met in hun achterhoofd dat de symptomen dan niet optreden. Zij zijn met andere woorden even prestatie-gericht bezig ~~xx~~ de symptomen te vermijden als voorheen, en de spanning zal dus niet minder zijn. Frankl laat zich hierover echter niet uit. Van Dijck (1977) geeft wat meer suggesties. Behalve de uitleg is het volgens hem belangrijk dat de ~~xxx~~ therapeut veel begrip toont voor de cliënt in deze situatie en dat er consensus bereikt wordt met de cliënt over wat er aan de hand is. Het is daarbij van belang dat de therapeut moeilijke termen als 'anticipatie-angst' of 'verwachtings-angst' vermijdt. Beter is het te spreken over 'angst voor de angst', ~~xxx~~ en 'vicieuze cirkel' hetgeen ~~een~~ algemeen gangbare beschrijven zijn. ~~gangbaar~~ begrip is. Als de cliënt niet van harte instemt met de interpretatie van de therapeut is het niet verstandig om toch door te gaan met het spoor van paradoxale intentie. Van Dijck voegt dan nog een aantal elementen toe. Hij laat de cliënten

kiezen tussen twee therapeutische procedures: één die kort duurt en relatief veel inspanning vraagt (de paradoxale intentie) en één waarbij de inspanningen en resultaten meer uitgesmeerd zijn over de tijd. Daarbij worden dan meestal desensitizatie technieken besproken (vgl. Craighead et al. 1976). ~~De Verrijzenissen~~ De meeste cliënten, aldus Van Dijk, kiezen dan voor de 'korte pijn'. Als ze dat niet doen, dan wordt hun keuze uiteraard gerespecteerd. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Het-laten-kiezen-als- Het extra motiverend effect van het kunnen kiezen heeft natuurlijk niet speciaal een functie bij paradoxale opdrachten. ~~Het~~ Het leidt voor iedere opdracht die men verstrekt. De inspraak die men heeft leidt ertoe dat men zich extra zal inzetten voor de zelf gekozen methode. Als de keuze valt op paradoxale intentie gaat Van Dijk over tot de demonstratie, waarbij hij de cliënt vraagt het gevreesde voor te stellen, en de reacties op te roepen en zo nodig te overdrijven. Na afloop daarvan volgt een uitgebreide explicatie, waarbij de therapeut aan de hand van metaforen tracht duidelijk te maken waarom het zelf oproepen niet is gelukt en waarom dat in de toekomst ook niet zal lukken. Bekende metaforen daarbij zijn: 'judo' ~~xxxx~~ (vaak kun je beter meegaan met je tegenstander dan hem aan hem te trekken) en 'koppige ezel' (als je die vooruit duwt-gaat-hij wil hebben moet je juist aan hem gaan trekken). Na afloop van deze explicatie volgen zeer precie^{ze} gedragsinstructies voor thuis. De cliënt moet de paradoxale intentie altijd toepassen als hij de klachten voelt aankomen. ~~de~~ Doet hij dat niet dan moet hij de klachten voor lief nemen, ~~maar~~ ^{meer} dan mag hij het dat er geen verbetering opbreedt niet de therapie aanrekenen. Hij moet bereid zijn om de klachten werkelijk te hebben en niet ~~stiekem~~ ^{stiekem} hopen dat ze niet zullen voorkomen. Van Dijk wijst zelf al op het 'double bind' karakter van deze instructie, hetgeen overeenkomt met mijn bovengenoemd bezwaar. Het is raar om te stellen dat de opdracht leidt tot reductie van de klachten, maar de cliënt mag

9.4.² ~~3~~ Positief etiketteren

In par. 1.1.2. zagen we hoe de therapeut ~~de situatie~~ een positief aspect bloot legde aan de nachtmerries van de heer Katz en hem in aansluiting daarop adviseerde de nachtmerries niet te bestrijden.)

(Hij had ze immers nog nodig. Daarmee ~~de situatie~~-werd-- werd de ~~de situatie~~ vicieuze cirkel van angst voor de angst doorbroken. Van der Velden et al. (1980) geven een aantal voorbeelden waarin het positief etiketteren van bepaalde symptomen leidt tot het-voersehrif- de paradoxale suggestie om er ~~er~~ (voorlopig) maar niet mee op te houden. Ook de 'systemische paradox' van Selvini Palazzoli et al. (1979) is op een positieve connotatie gebaseerd. De symptomen zijn vooralsnog nodig om het gezin bij elkaar te houden. De symptoomdrager is 'de redder van het gezin'. Ik heb in par. 1.4. al onderstreept dat ~~deze manier~~ ^{dit} van-- vaak moeilijk te verkopen is aan een gezin in nood en dat voorzichtigheid op zijn plaats is. Dat geldt ook voor de andere manieren van positief etiketteren. Het moet geen goedkope truc zijn, maar een aspect aan de ~~situatie~~ ^{dat} situatie, ~~dat~~ voor de therapeut een reële waarde heeft, waardoor het de moeite waard wordt om het extra te belichten. ~~Als dat mogelijk is~~ Alleen in dat soort gevallen is positief etiketteren te overwegen als manier van motiveren voor paradoxale ~~opdrachten~~ instructies. Overigens mag nog worden opgemerkt dat positief etiketteren ook motiverend is voor congruente opdrachten. Men ziet de positieve kanten van het symptomatisch gedrag maar maakt aannemelijk dat het toch zinnig is voor de cliënt om er 'iets' aan te veranderen. (vgl. Lange, 1980).

9.4.³~~4~~ Het bewustwordingsparadigma

Mijnheer van de Buck (hoofdstuk) werd gevraagd extra te stuntelen. teneinde-eens-bewust-te-ervaren Door ~~na~~ dat opzettelijk te doen zou hij zich beter bewust worden wat hij precies deed en wat er dan gebeurde. Aldus zou hij er meer 'grip' op krijgen, een voorwaarde om het later te kunnen veranderen. Aan een dergelijke ~~xxxxxxx~~ motivering wordt wel eens ^{iets} toegevoegd in de brand van: ~~xxxxxxx~~ 'om iets-wat-krom-is-vecht-te-buigen-meet-je-het-soms-eerst-de-andere-kant-op-buigen'-- 'Als je een pendule ~~xxxxxxx~~ van de ~~na~~ ene stand naar de andere wilt laten gaan moet je hem soms eerst nog verder in de eerste stand trekken'. Bewustwording was ook het thema bij mevrouw Harp (par. 9:2..), die zich ~~na~~ op bed zou terugtrekken teneinde haar-nieuwe-levensfase de-tijd-te-vinden-om een manier te vinden om terdege na te denken over de nieuwe fase in het leven waar zij voor stond. Ook de paradoxale adviezen van Hoogduin (et al. ~~na~~ 1977) en Rijntjes (1982) gaan van het bewustwordingsparadigma uit. ~~De~~ Het is onveranderlijk zo dat de symptoomdrager gevraagd wordt zich terug te trekken teneinde-zichzelf-bewust-te-waarden-~~worden-van-wat-er--~~ ~~p~~ zonder de klachten te bestrijden, zodat hij zich-goed-rekenschap-- kan- de gelegenheid krijgt de klachten in allen ~~na~~ hevigheid te ervaren en te verwerken. Dat zal dan in een later stadium tot verandering leiden, aldus de therapeut.

9.4.4 De ander helpen

~~Mevrouw Wehkamp~~ (par. 9.2.) kreeg de opdracht ~~zich~~^{om}, als hij zich gekwetst voelde, ~~terug~~^{zich} te trekken teneinde na te denken wat het precies was waardoor hij zich zo klein voelde. ~~een e congruente opdracht een ander~~ een leer-opdracht. Aan mevrouw werd ~~gevraagd hem~~^{er} uitgelegd dat haar man ~~nu~~^{bij} niet ~~gebaat~~ zou zijn wanneer zij ~~zich~~ zich zou inhouden met ~~het maken~~ het maken van ~~scherp~~ scherpe opmerkingen. Hij zou dan immers geen gelegenheid krijgen iets over zichzelf aan de weet te komen. Zij zou ~~hem~~ hem juist helpen als zij doorging met haar gebruikelijke manier van ~~praten~~ praten tegen hem. Een ander voorbeeld ~~wordt~~^{er} ~~eveneens~~^{bij} ~~beschreven~~ door Lange (1983) betreft het gezin Dijkstra. Mevrouw (vijftig jaar) meldt zich en haar gezin aan wegens ~~onhandelbaarheid~~ onhandelbaarheid van haar jongste zoon, Tom (veertien jaar). (Sandra, vijftien en Toos, zeventien jaar) Er zijn nog twee andere kinderen in huis. Mevrouw is enkele jaren geleden van haar man gescheiden. Zij heeft wel regelmatig contact ~~met~~^{met} hem en met hun zelfstandig wonende zoon Gijs.

In het eerste gesprek blijkt dat moeder de touwtjes in het 'nucleaire gezin' niet in handen heeft. Zij wordt heen en weer geslingerd door de neiging om 'vrienden' met haar kinderen te zijn en de neiging om als het te gek wordt zeer autoritair en onredelijk uit haar slof te schieten. De twee meisjes maken een wat topperige indruk en er zijn ook schoolproblemen. De meeste problemen hebben echter te maken met Tom, die het gedragsvacuüm dreigt op te vullen door zich door niemand iets te laten zeggen, overal stennis over te maken en anderen de wet te willen voorschrijven.

Het gebrek aan 'hierarchie in het gezin (vgl. par. 1.7) wordt aan het einde van het eerste gesprek met ~~de gezinsleden~~ de gezinsleden besproken.

Men gaat accoord met een behandelingscontract waarin herstel van de gezagsverhouding centraal staat. Alleen Tom sputtert wat tegen, maar wordt daarin door de therapeut genegeerd. Deze doet nu zaken met zijn moeder. In de tweede en derde zitting wordt er nog geen-expliciete--aandacht-geschonken-aan-de-scheiding niet expliciet met huiswerk geïntervenieerd. Er wordt vooral aandacht geschonken aan de ~~scheiding~~ scheiding; hoe ~~de scheiding~~ die is verlopen, hoe de kinderen er tegen aan kijken, de schuldgevoelens van moeder en de moeite die zij daardoor heeft om een 'plek' te hebben in het gezin. De therapeut geeft wat dat betreft wat indirecte suggesties, bijv. dat zij eens zou kunnen gaan wandelen met Toos om wat over zichzelf te vertellen. Zij zou ~~dit~~ dan ervaren dat het delen van intimiteit met kinderen niet hoeft te betekenen dat je als ouder gezagsdrager faalt. Deze suggesties worden in dank aanvaard. De sfeer in het gezin lijkt al wat te verbeteren en mevrouw maakt een gemotiveerde indruk. Een congruente aanpak ligt wat haar betreft voor de hand.

Tijdens her vierde gesprek komt de onhandelbaarheid van Tom weer ter sprake. Er waren de afgelopen twee weken diverse voorbeelden van verregaande ongehoorzaamheid, die tot heftige onproductieve erupties bij mevrouw hebben geleid. Zij verzucht dat zij het niet meer aankan en radeloos is. De therapeut vraagt wat door over enkele van de gebeurtenissen totdat het beeld helder en concreet is. Dan wendt hij zich tot mevrouw:)

~~De combinatie van een paradoxale en congruente strategie 139~~

kele van de gebeurtenissen totdat het beeld helder en concreet is. Dan wendt hij zich tot mevrouw: 'Het probleem ligt m.i. niet bij Tom. Hij zou wel gek zijn als hij de gelegenheid niet greep om te doen en laten wat hij wil. Het probleem ligt bij u. U zult waarschijnlijk een duidelijker en consequenter beleid moeten gaan voeren, zodat Tom weet waaraan hij toe is en wat de gevolgen zijn van dingen die niet door de heugel kunnen. Om een begin te maken lijkt het me verstandig dat u probeert eerst wat meer inzicht te krijgen in uw eigen gedrag... Ik zou mij bijvoorbeeld het volgende kunnen voorstellen: iedere keer wanneer u het gevoel heeft dat Tom niet luistert of op een andere manier over de schreef gaat zonder zich iets van u aan te trekken, trekt u zich dan onmiddellijk een kwartier terug. U probeert dus met alsnog invloed op hem uit te oefenen. In plaats daarvan denkt u na wat u eventueel allemaal had kunnen doen, en wat u ervan heeft weerhouden om die dingen te doen'.

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

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

Twee weken later, bij het volgende gesprek, blijkt dat ze een zeer plezierige periode hebben doorgemaakt. De sfeer in huis begint te veranderen. Tom heeft zich nauwelijks aan de opdracht gehouden, integendeel. De therapeut verzoekt hem het toch weer te proberen. Het resultaat blijft gelijk. De paradoxale opdracht aan Tom wordt dan ingetrokken en er wordt overgestapt op het vergroten van het probleem oplossend vermogen in het gezin. Daarbij wordt veelvuldig gebruik gemaakt van monitoring en gedragscontracten, niet alleen m.b.t. problemen rondom Tom, maar ook in de verhoudingen tussen de andere gezinsleden.

Na vijftien zittingen wordt de therapie min of meer afgesloten. Moeder is dan zeer wel in staat de ouderrol in het gezin, met name

t.o.v. Tom te vervullen. Tom is zelf ook veranderd. Hij heeft er plezier in gekregen om oplossingen voor problemen te bedenken en aangezien hij een slimme en creatieve jongen is, lukt hem dat vaak wonderwel. De contacten met het gezin worden echter nog niet helemaal stopgezet aangezien Sandra nogal wat problemen heeft met haar positie in het gezin en met de verhouding t.a.v. leeftijdgenoten. Haar angsten en onzekerheden konden vroeger aardig gemaskeerd worden door de ietwat symbiotische verhouding met moeder. Door de veranderingen in moeder is zij er wat dat betreft 'op achteruit gegaan'. Teineinde de verantwoordelijkheden nu niet teveel weg te halen bij moeder wordt besloten om desalniettemin de therapie in principe te stoppen, maar nog wel een aantal begeleidingssessies te hebben, één keer in de twee maanden. Die zijn er dan vooral op gericht moeder te 'superviseren' bij het helpen van haar dochter. Dit verloopt bevredigend, waarna de therapie kan worden afgesloten met de conclusie dat de positieve veranderingen in het gezin al meer dan een jaar hebben standgehouden.

reel wit

Er bestaat een formele overeenkomst tussen de ~~xxxxxxx~~ beschreven situaties door Hoogduin et al. (1977) en Rijntjes (1982) enerzijds en de hier geschetste situatie van het gezin Dijkstra anderzijds. In beide situaties is ~~xxx~~ sprake van een geïdentificeerde patiënt met wie de omgeving geen raad weet. In de benadering van Hoogduin en van Rijntjes waarbij het 'bewustwordingsparadigma' als motivering wordt gebruikt, blijft de geïdentificeerde patiënt ook als zodanig geëtiketteerd. Zijn gedrag wordt weliswaar getolereerd, maar het systeem blijft zoals het was, alleen de omgeving wordt geholpen bij een set van maatregelen om anders op de patiënt te reageren. De omgeving wordt een soort co-therapeut. In de hier ~~xxxxx~~ beschreven aanpak, waarvan het gezin Dijkstra en het echtpaar Wehkamp ~~xxxxxxxxxxxx~~

moeder en de therapeut helpen. Dat ^{was} wel het laatste wat hij vooralsnog wilde.

9.4.5 De indirecte suggestie

Er zijn situaties die 'vragen' om een paradoxale benadering maar ~~xxxxxxx~~ géén van de motiveringsparadigma's lijken gebruikt te kunnen worden. ~~xxxxxx~~ ^{Het} homeostatische gezinnen waarbij alle aandacht gericht is op één afwijkend ~~in~~ gezinslid en alle andere bronnen van spanning worden ontkend ~~is~~ daarvan een voorbeeld. ~~De-xxxxxxx~~ 'systemische-paradoxale-benadering'-van-Selvini-Palazzoli-et-al--(1979)-is-~~xxxxxxx~~ ~~xxxxxxx~~ --moeilijk-~~xxxxxxx~~ motiveren. De door Selvini-Palazzoli-et-al--voorgestelde-positieve-etikettering--Zelfs van ervaren-therapeuten-die-bedreven-zijn-in-het-motiveren-van-eliënten is-het-veel-gevraagd-om-tegen-ouders-die-vooralsnog-tevreden-zijn met-zichzelf-iets-te-zeggen

Selvini Palazzoli et al. (1979) propageren in dergelijke situatie de 'systemisch paradoxale benadering' die gemotiveerd wordt met een positieve etikettering van het symptoomgedrag van de aangemelde patiënt. Op papier lijkt dat ~~xxxxx~~ misschien simpel. In werkelijkheid blijkt dit ~~xx~~ nauwelijks te gebruiken. Zelfs van ervaren therapeuten die bedreven zijn in het motiveren van cliënten is het veel gevraagd om tegen ouders, die vooralsnog tevreden zijn met zichzelf, iets te zeggen als: 'Uw apathische kind offert zich op omdat ze haarfijn aanvoelt dat U anders fiks in de problemen zou geraken en het huwelijk - en daarmee de gezinssituatie - nog meer in gevaar zou komen'. Een gezin met weerstand, en daar gaat het in deze gevallen juist om, accepteert dit niet. Terecht waarschuwt Haley (1980, pag. 246/7) er dan ook voor dat men bij

de beoordeling van de interventies van de 'Milanese groep' niet moet vergeten dat zij een gigantisch 'therapist-support-system' hebben. Cliënten komen vaak van 1000 km. ver, alsof zij een pelgrimage naar Lourdes ondernemen. Nu zal men misschien tegenwerpen dat het juist de bedoeling is dat cliënten zich tegen deze interventie verzetten. Deze gedachte zou echter niet juist zijn. Enige weerstand tegen de interventies kan wel verandering tot gevolg hebben, maar alleen als de cliënten de therapeut wel serieus nemen met zijn zienswijze. Als dat niet het geval is gebeurt er gewoon niets of raken de cliënten beledigd en gefrustreerd, waardoor er nauwelijks meer mogelijkheden zijn om de behandeling een zinvol vervolg te geven. In die gevallen, waarin een 'Palazzoli-aanpak' echt ~~ix~~ geïndiceerd lijkt te zijn, zal men dus moeten zoeken naar een manier om de benadering te introduceren. ~~Eén~~ Eén zo een mogelijkheid is de 'indirecte suggestie' (vgl. Van Dijck et al. 1980). Een voorbeeld zien we bij het gezin Schipper. De dochter Loes ~~xxx~~ wordt als 17-jarige aangemeld na verwijzing van de huisarts. Zij gaat niet meer naar school, doet niets in huis, slaapt s'nachts nauwelijks, ligt overdag voornamelijk in bed en eet zeer slecht. Tijdens het taxatiegesprek toont Loes dat zij met haar 'apathie' de ouders flink in de tang heeft. Wanneer de therapeut haar 'spelletje' niet meespeelt en met humor tracht te doorbreken, blijkt zij dit wel te kunnen appreciëren al wil zij dat niet toegeven. Lachen tegen wil en dank verraadt haar. Met de andere drie kinderen - allen ouder - gaat het goed. De ouders rapporteren in het gezinsleven geen andere problemen dan rondom Loes. Al is het

Waarlijk de ouders leren om het kind in het proces te brengen

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

— Casus

De cliënten maken echter niet de indruk een dergelijke visie van de therapeut in dank af te zullen nemen. In de tweede zitting lost de therapeut dit als volgt op. Hij stelt de ouders voor om de volgende keer alleen te komen, met de volgende motivering: 'Ik heb wel eens meegemaakt dat kinderen vergelijkbare problemen hebben als ^{Loes}Gerry, door dat zij onbewust de aandacht willen afleiden van spanningen tussen de ouders. In zulke gevallen is het gevaarlijk om te proberen veranderingen in de situatie aan te brengen en kan het soms het beste zijn om de oude situatie te handhaven. Ik heb in uw geval niet het idee dat dat zo is, maar ik zou het graag met zekerheid willen uitsluiten. Vandaar dat het me verstandig lijkt om één gesprek met u beiden (tegen man en vrouw) te hebben waarin we kunnen bespreken wat er in uw verhouding wel of niet van belang is. Dan weten we tenminste met zekerheid dat het hem daar niet in zit'.

Vader reageerde onmiddellijk, en 'positief': het was helemaal niet zo zeker dat er tussen hun niets aan de hand was. Vorige hulpverleners hadden ^{hem} ~~hem~~ ook al hierop gewezen, maar daar waren zij toen niet op ingegaan. Hij wilde er nu echter graag gebruik van maken. Mevrouw reageerde gelaten. Er volgden drie gesprekken waarin een aantal onvolkomenheden in de verhouding tussen man en vrouw aan bod kwamen en ook de onvrede van vader met zijn eigen functioneren. Daarna werd besloten om ten aanzien van ^{Loes} ~~Gerry~~ toch een 'hardere' koers te gaan varen. De ouders werd geleerd om niet meer aan ^{Loes} ~~Gerry~~ te trekken maar haar te confronteren met duidelijke

eisen en consequenties.

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

waarin

Er zijn situaties ~~xxxxxxx~~ een paradoxale opdracht ~~en~~ nuttig
' waarin
zou kunnen zijn, maar ~~het-gevaar-te-groot-is-dat-de-eliënt~~
~~hem-letterlijk-neemt~~ de instructie, als de cliënt hem letterlijk
neemt, ~~xxx~~ een onverantwoorde indruk maakt. Een voorbeeld daarvan
speelt in de behandeling van mijnheer Wijtenburg. Deze ~~xxxxxxx~~ is
~~xxxxx~~ aangemeld omdat zijn faalangst hem op zijn werk, een
bouwmaatschappij, ^{hem} steeds meer ^{begint} ~~xxxx~~ te belemmeren en promotie
in de weg ~~xxxx~~ staat. ~~xxxxxxx~~ Zijn echtgenote is
op de hoogte en is de drijvende kracht achter de aanmelding. De
kinderen weten nergens van. Dat laatste is de reden dat hij hen
liever niet bij de behandeling betreft. De therapeut gaat ^{dear mee} ~~me~~
acoord maar vraagt wel of ~~xxxxxxx~~ mevrouw Wijtenburg wil meekomen.)

(Daartegen ~~ix~~ worden geen bezwaren gemaakt. De eerste drie gesprekken
staan vooral in het licht van taxatie. Mijnheer Wijtenburg heeft
een vrij probleemloze schooltijd gehad. De moeilijkheden begonnen
pas toen hij in Delft bouwkunde studeerde. In die tijd ^{begon} ~~gaf~~ het
idee post te vatten dat hij minder begaafd was dan hij behoorde te
zijn. Toch maakte hij zijn studie vrij snel af, waarna hij trouwde
met zijn huidige echtgenote. ^{De} ~~xxxxxxx~~ verhouding tussen de

echtgenoten maakt een alleszins redelijke indruk. Zij scoren in deciel 5 van de IPOV (vgl. Lange, 1984) wat voor een klinische populatie niet laag is.

Na het eerste gesprek wordt afgesproken dat de therapie vooral gericht zal worden op de problemen van mijnheer maar dat mevrouw erbij aanwezig zal zijn. In de volgende zittingen-- daaropvolgende gesprekken probeert de therapeut inzicht te krijgen in de ~~xxx~~ werksituatie van mijnheer Wijtenburg en de preciese problemen aldaar. Op grond daarvan wordt de therapie voorlopig toegespitst op zijn ⁹ angst ~~en~~ dat hij in werkbesprekingen met collega's ~~nixx~~ geen inbreng heeft en dat hij geen creatieve gedachten op papier kan krijgen als hij een rapport ~~xxxxxx~~ moet schrijven. Dat laatste leidt ertoe dat hij soms dagenlang nauwelijks iets produceert en soms op het allerlaatst nachten moet ~~xxxxxxx~~ doorwerken om een betrekkelijk simpel rapport op te leveren.

De therapeut besluit zich niet in te laten met de vraag in hoeverre mijnheer Wijtenburg misschien terecht denkt dat hij het niet zo goed kan, een vaak over het hoofd gezien ~~xxxxxx~~ verklaring. Hij blijft vooralsnog uitgaan van de hypothese dat de capaciteiten van mijnheer Wijtenburg wel toereikend zijn, maar dat hij geremd wordt door faalangst. Deze hypothese wordt gesteund door de positieve geluiden die kennelijk ~~xxxxxxx~~ al jaren door collega's zijn geuit.

~~zagen als hij een rapport moet schrijven. Dat laatste leidt tot een
 in het laatste dagenlang wettelijk productie heeft en spreekt op het
 allerlaatste moment moet worden werken om een betrekkelijk simpel
 rapport op te leveren.
 De therapeut besluit zich te richten op vragen met de vraag in hoeverre
 mijnheer van der Kort misschien niet denkt dat hij het niet zou goed
 kan, een vaak over het hoofd gezien verklaard blijft vooraf nog
 te gaan van de behoefte, dat de capaciteiten van mijnheer van der Kort
 niet toereikend zijn, maar dat hij geremd is door zijn faalangst.
 Het is belangrijk te weten dat de verbetering van de kwaliteit van
 de informatie over de taken van de heer van der Kort interessanter
 wordt vervolgens congruent benaderd. Het schrift-probleem
 in de trant van: eerst brainstormend te werk gaan en alleen notities
 in klad maken; niet teveel uren achter elkaar werken; regelmatig te
 eigen notities uitwerken tot tussentijds nota's en deze nota's be-
 spreken met de betreffende superiorieur in plaats van te wachten tot
 het definitieve rapport klaar is.
 De angst voor 'het gesprek' wordt met behulp van een afleidingsopdracht
 (vgl. par. 9.3.1) benaderd. De heer van der Kort wordt
 gevraagd om tijdens het gesprek een zo minnig mogelijke inbreng te
 hebben en vooral goed te observeren hoe zijn superiorieur zich gedraagt.
 In de vierde therapie-sessie blijkt dat de laatste opdracht niet geheel
 uitgevoerd kon worden. Het interimrapport, dat de heer van der Kort
 had ingeleverd, was wat mager uitgevallen doordat hij met vacantie was
 geweest. De superiorieur had dan ook volstaan met het leveren van kritiek.
 Hij wilde een uitgebreider stuk met meer casus etc.~~

In de derde zitting doet zich een goede gelegenheid voor om een daad-
 werkelijke start te gaan maken. Mijnheer ^{Wijtenburg} ~~van der Kort~~ is 'op een ^{Project} ~~Project~~
 seker gezet' waarover hij volgende week een schriftelijk rapport moet
 uitbrengen en hij moet dat bespreken met een hem goed gezinde superiorieur.
 Hij is daar knap benauwd voor al praat hij nog redelijk rustig. De
 therapeut laat zich terzete voorlichten over de preciese aard van het
 onderzoek en de taak die ^{de heer van Wijtenburg} ~~de heer van der Kort~~ is opgedragen. ~~afgezien~~
~~van de noodzaak de lever van de behoefte van de therapeutische strategie~~
~~zocht de informatie over de taken van de heer van der Kort interessanter~~
~~wordt vervolgens congruent benaderd. Het schrift-probleem~~
 wordt vervolgens congruent benaderd. De therapeut geeft een aantal tips
 in de trant van: eerst brainstormend te werk gaan en alleen notities
 in klad maken; niet teveel uren achter elkaar werken; regelmatig te
 eigen notities uitwerken tot tussentijds nota's en deze nota's be-
 spreken met de betreffende superiorieur in plaats van te wachten tot
 het definitieve rapport klaar is.

De angst voor 'het gesprek' wordt met behulp van een ^{paradoxaal gedinke} ~~afleidingsopdracht~~
 (vgl. ^{par. 9.3.1} ~~par. 9.3.1~~) ^{Wijtenburg} ~~van der Kort~~ benaderd. De heer ~~van der Kort~~ wordt
 gevraagd om tijdens het gesprek een zo minnig mogelijke inbreng te
 hebben en vooral goed te observeren hoe zijn superiorieur zich gedraagt.
 In de vierde therapie-sessie blijkt dat de laatste opdracht niet geheel
 uitgevoerd kon worden. Het interimrapport, dat de heer ^{Wijtenburg} ~~van der Kort~~
 had ingeleverd, was wat mager uitgevallen doordat hij met vacantie was
 geweest. De superiorieur had dan ook volstaan met het leveren van kritiek.
 Hij wilde een uitgebreider stuk met meer casus etc.

~~terug~~ ^{moeten} komen van vakantie. Tijdens het gesprek heeft de heer ~~van~~
~~Wijkburg~~ weliswaar geen bijdrage van enige betekenis geleverd, maar
dat is geen bewuste keuze geweest. Hij kreeg gewoon de kans niet aan-
gezien er niet inhoudelijk is gesproken. De therapeut complimenteert
hem voorzichtig met het feit dat hij dan nu voor het eerst eens een
werkelijke 'afgang' heeft meegemaakt, terwijl hij daar tot nog toe
alleen maar bang voor was geweest. Dat zou weleens therapeutisch
kunnen werken. Dit commentaar is niet geheel uit de lucht gegrepen als
men in aanmerking neemt dat ~~de heer van der Kerk~~ ^{hij} bepaald niet ontgaan
zijn relaas zit te vertellen. In aansluiting hierop wordt voor het
volgende gesprek met de superieur opnieuw de afleidingsopdracht ge-
geven. Daarbij wordt echter de gedachte geuit dat het misschien wel
goed zou zijn als dit gesprek echt mislukt; dat hij dan datgene waar
hij zo bang voor is echt zal meemaken. Het vorige gesprek is wat dat
betreft toch niet helemaal een goede ervaring aangezien dat geen vol-
ledig gesprek is geweest. De therapeut pinst hierop hardop door, en
voert wat gelachen en zegt: "eigenlijk zou ik ~~het~~ je moeten opdragen,
of dit gesprek te laten mislukken, maar dat gaat misschien wat te ver
als dat doe ik niet, maar het zou echt niet gek zijn als het wel
gebeurde."

Twee weken later blijkt het onderhoud met de superieur niet mislukt te
zijn. Hoewel ~~mijnheer van der Kerk~~ ^{mijnheer Wijkburg} nog een andere klus heeft gekregen
en daardoor weinig tijd voor de opdracht heeft gehad, is het rapport op
tijd klaar gekomen. Daarvoor heeft hij wel twee maal in het weekend
tot diep in de nacht gewerkt. Daarbij heeft hij zich niet gehouden aan
de adviezen van de therapeut. Deze vindt dat niet zo een ramp.)

Waarschijnlijk is het onverstandig voor mijnheer ~~van der Kerk~~ ^{Wijkburg} om te
proberen zijn wijze van werken te veranderen. Er zijn nu eenmaal
mensen die beter onder druk produceren. Voorbeelden legio.
~~Mijnheer van der Kerk~~ ^{mijnheer Wijkburg} heeft zich wel bewust gehouden aan het tweede
deel van de opdracht: weinig bijdragen aan het gesprek. Dat is hem goed
bevallen. Hij voelde zich relaxter dan anders. Op doorvragen geeft hij
niet aan dat het gesprek daardoor ook beter verliep. In ieder geval niet
slechter. Aan de suggestie om het gesprek te laten mislukken refereert
hij niet. ~~Mijnheer van der Kerk~~ ^{hij} krijgt hetzelfde pakket aan opdrachten
en suggesties als tijdens de vorige sessie. Voor het eerst krijgt

Wijenburg

Mevrouw ~~van der Kooij~~ nu achter ook huiswerk. Dit heeft te maken met de manier waarop tijdens de zitting en ook door de verhalen blijkt welk een bekrachtigende invloed zij uitoefent op het symptomatisch gedrag van haar man. Zo vertelt zij hoe kwaad zij was toen haar man maandag na het gesprek niet echt enthousiast was geweest over zijn nota en de reactie. Hij heeft iets gemompeld van "het ging wel redelijk, maar ik weet natuurlijk niet hoe een ander het had gedaan". De therapeut grijpt de reactie van mevrouw aan om met haar te bespreken in hoeverre het gedrag van haar echtgenoot misschien een gewoonte is geworden die door haar versterkt wordt. In lijn daarmee wordt haar gevraagd om van nu af aan anders te reageren op zijn zelfdepreciërende manier van doen. Om te beginnen zal zij hem tijdens zijn schrijfklassen niet meer in de gaten houden. Wanneer hij een nota of rapport met zijn superieur heeft besproken zal zij belangstellend maar niet met zorg vragen hoe het gegaan is. Bij een reactie zijnerzijds als "ik weet natuurlijk nooit hoe goed een ander het zou doen" zal zij reageren met een opmerking in de trant van dat dat juist is en er verder niet over praten en ook geen non-verbale signalen eraan wijden. Mevrouw ^{Wijenburg} ~~van der Kooij~~ ziet de zin van deze (uitdoof)opdracht in, en vraagt of zij er dan ook vanaf moet zien om hem te herinneren aan de 'niet-inbreng' opdracht. Dit heeft ze vorige keer kennelijk wel gedaan. ^{De therapeut} ~~therapeut~~ vindt ^{het} ~~inderdaad~~ beter als zij dat niet doet.

wolke
regel

~~De klachten van mijzelf~~ ^{Wijenburg} zijn verminderd, al zijn ze De behandeling is nog niet afgelopen, over het uiteindelijke resultaat niet helemaal duidelijk. De vraag is welke van de werkzaam bestanden zijn geweest. ~~eventueel succes mogelijk worden de werkzaam bestanden te scheiden.~~ ^{was} Wat ~~is~~ belangrijker geweest, de afleidingsopdracht, de indirecte paradoxale suggestie of verandering van het bekrachtigingspatroon tussen vrouw en man? Voor dit ^{hoofdstuk} ~~artikel~~ is beantwoording van deze vraag ~~gelukkig~~ niet relevant. Misschien was de combinatie wel gelukkig. ^{Hier gaat} ~~Hij ging~~ het in de beschrijving vooral om de afwijking van de gebruikelijke paradoxale benadering. Men zou immers kunnen verdedigen dat ^{aan mijn heer Wijenburg} ~~mevrouw van der Kooij~~ een directe paradoxale opdracht gegeven had moeten worden. Er ^{was} ~~is~~ sprake van ^{verwachtings angst} ~~anticipatie angst~~ en een dergelijke interventie zou ^{de vicieuze cirkel} ~~de vicieuze cirkel~~ kunnen doorbreken. ^{Luft per 2.5.1} ~~de vicieuze cirkel~~

^{De therapeut was} ~~de therapeut was~~ daar om twee redenen niet toe geneigd. Ten eerste, ~~was in een~~ ^{wist 45}

niet ~~zeker~~ zeker of het nou alleen ^{de} faalangst ^{was} die de twijfel van mijnheer ^{Wijlen Grog} aan eigen kunnen ^{opriep.} Misschien ^{was} er toch ook enig gebrek aan competentie. Ten tweede, ^{Leek} een opdracht om te falen moeilijk te verkopen aan iemand in een situatie die daarvan direct praktische nadelige gevolgen ^{kon} ondervinden. Een indirecte benadering, meer een suggestie, ^{Leek derhalve} beter. Als de faalangst groot is heeft deze indirecte paradoxale suggestie misschien toch ook al een genoegzame herstructureerende werking doordat hij wat er ook ~~gebeurt~~ ^{faals. zou gebeuren niet zou falen.}

~~en directieve interventies. In: K. van der Velden, Directieve Therapie 2, Van Loghum Slaterus, Groninger
 Lenge, A., 1983, Een suggestie voor het verkopen van de 'systemische paradox. Tijdschrift voor Directieve Therapie, 10, (1), 24-3
 Lenge, A., 1984, De directe en indirecte Probleemblossings Vragenlijst: IPOV van Loghum Slaterus, Groninger.
 Lenge, A. en K. van der Velden, 1980, Aandring. In: K. van der Velden, Directieve therapie 2, van Loghum Slaterus, Groninger~~

9.5 De timing van paradoxale opdrachten

Wanneer paradoxale instructies ertoe leiden dat ~~het~~ symptomatisch gedrag afneemt dan is de behandeling daarmee meestal nog niet voltooid. Over het algemeen is er dan in eerste instantie sprake van een doorbraak waarvan de positieve consequenties geconsolideerd dienen te worden met een congruente aanpak. We zagen dat in par. 9.4.4 in het gezin Dijkstra. Nadat Tom onder invloed van de opdracht om zijn moeder te ~~hijlen~~ helpen ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ door lastig te wezen, was begonnen een positieve houding aan te nemen, waren er nog heel wat ~~geen~~ wrijvingspunten over die zij niet zonder hulp van de therapeut konden oplossen. Het was nu echter mogelijk om daaraan met congruente feedback en congruente opdrachten aan beiden (o.a. luisteroefeningen en gedragscontracten) verder te werken. Toen de behandeling werd afgesloten hadden zij a.h.w. gereedschap om nieuwe conflicten en problemen aan te pakken. Dit betekent overigens niet dat de therapeut bij de eerste positieve reacties na een paradoxale opdracht moet gaan juichen en de opdracht kan laten vervallen. Dat zou ongeloofwaardig zijn en bovendien is het meestal ook beter dat de blokkerende ervaring die de paradoxale instructie met zich meebrengt wat langer duurt. De eerste keer of keren is het ~~xxxxxxx~~ derhalve raadzaam om wat somber te reageren als blijkt dat de paradoxale instructie niet is opgevolgd en men het symptomatisch luist gedrag heeft gereduceerd. Men kan zeggen dat men begrijpt dat de cliënten blij zijn met de verandering, maar dat het toch jammer is dat zij de ervaring die met de ~~de~~ opdracht was beoogd (de formulering daarvan) niet hebben gehad, Vervolgens kan hij hen ~~en nu dan~~ verzoeken de komende weken toch extra ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ moeite te doen om te zorgen dat ~~ze~~ het wel gebeurt. Gebeurt het dan weer niet - en gaat het nog steeds goed met de cliënten - dan wordt het tijd om daarvan de consequenties te bespreken en over te gaan op congruente

technieken.

~~Dit-is-echter-niet-wat-er-altijd-gebe-~~ Het gaat echter niet altijd op bovenstaande wijze. Wanneer men het symptomatisch gedrag van cliënten aanmoedigt dient ~~men~~ men er rekening mee te houden dat cliënten daarmee inderdaad doorgaan of zelfs versterken. We zagen dat in par. 9.3.2 bij het echtpaar Van der Sanden, die de opdracht, om ~~zich~~ ^{zich} ~~zich~~ de komende week vooral - door de ander - de kaas niet van het brood te laten eten, serieus hadden opgevolgd en een rot week hadden gehad. De therapeut hoeft dan niet in paniek te geraken. Hij kan hen complimenteren met het feit dat zij deze moeilijke opdracht zo conscientieus hebben uitgevoerd en vragen om het nog eens te doen teneinde de ~~xx~~ ^{gewenste} ~~beoogde therapeutische~~ ^{beoogde therapeutische} ~~van de motivering afhankelijk~~ ervaring ~~in~~ iets langer te hebben.

~~Men~~ In sommige gevallen komt dan alsnog de gewenste doorbraak. Gebeurt dat niet dan ~~kan~~ is er 'nog geen man overboord' en is het zeer wel mogelijk om over te gaan op een congruente strategie. Bij het echtpaar Van der Sanden gebeurde dat doordat de therapeut met hen besprak wat zij ervaren hadden aan het bewust uitvoeren van hun strijddrag en dat als 'input' gebruikte voor congruente communicatie-oefeningen en gedragscontracten. ~~Dat-zou-echter-onmogelijk~~

~~Men~~ 'Eerst paradoxaal dan congruent' is dus een bruikbare volgorde. Het omgekeerde is veel minder voor de hand liggend. Stel dat ~~het echtpaar Van der Sanden~~ ^{een echtpaar ~~onder begeleiding~~} eerst, zonder succes, ^{probeer} ~~het~~ ^{geprobeerd} om door middel van kleine contracten hun problemen op te lossen. De therapeut zou dan de neiging kunnen krijgen om te denken: 'Dan maar met een paradoxale opdracht'. Dat zou echter onterecht zijn. Ten eerste omdat ~~het moeilijk wordt~~

het dan moeilijk is om een geschikte motivering te vinden en het aanmoedigen van het symptomatisch gedrag dan door de cliënten als een noodsprong wordt gezien. Ten tweede omdat er na de ~~symptomen~~ paradoxale opdracht dan niet zo een logisch vervolg meer is. Het congruente programma heeft men immers al gehad. Als vuistregel zou ik dan ook willen stellen, dat paradoxale instructies vooral in het begin van een behandeling geïndiceerd zijn in gevallen zoals in de vorige paragraaf beschreven, waar bijv. sprake is van verwachtingsangst, verregaande machtsstrijd of veel secundaire winst van symptomatisch gedrag. Dit impliceert natuurlijk niet dat de therapeut al in de allereerste zittingen ~~en~~ tot paradoxale opdrachten moet overgaan. Het is in tegendeel, een pleidooi voor een gedegen taxatie in de beginfase, waarin geen al te sturende opdrachten worden gegeven, hooguit registratie-opdrachten. Van daaruit kan men dan op verantwoorde wijze de keuze ~~en~~ voor een paradoxale ~~aanpak~~ of congruente strategie maken.

9.6 Discussie

1. Bij de in par 9.3 genoemde indicaties voor paradoxale opdrachten ~~aan-men-vergeeft~~ heeft men misschien vergeefs gezocht naar ~~'indicaties waarin'~~ cliënten ^{die} zelf paradoxale communicatiepatronen hanteren. In de gezinstherapeutische literatuur wordt dat nog wel eens als een reden opgevat ^{voor} ~~dat~~ ~~de therapeut met~~ 'counter-paradoxale' opdrachten dient ^{aan te} ~~te~~ werken (vgl. Selvini Palazzoli et al.). Nu wil ik hier niet uitvoerig in ^{of} gaan ^{of} wat men theoretisch onder paradoxale communicatiepatronen dient te verstaan. ~~Ikxxx~~ De literatuur is daarover bepaald niet eenduidig te noemen, ^{hetgeen in} in par. 1.5... ~~is~~ ^{al aan bod is gekomen. We} ~~zijn we daar al op in gegaan en~~ hebben daar geconstateerd dat ~~in ieder geval~~ boodschappen, die in zichzelf strijdig ^{het} zijn zoals ~~de~~ 'wees spontaan' ~~xxx~~ ^{in ieder geval,} bevel als paradoxaal ^{kunnen,} ~~kan~~ worden beschouwd. ~~xxx~~ ^{daarvan} ~~Wanneer dit soort boodschappen~~ ^{zijn} ~~hebben~~ in een gezin ~~als het dacht~~ echter geen indicatie om met therapeutische tegenparadoxen aan te komen. Het is in tegendeel dan juist geïndiceerd om daarover congruente feedback te geven en cliënten op congruente wijze te helpen om datgene wat zij van de ander willen op een andere, niet paradoxale, wijze te formuleren. In hoofdstuk ... zien wij hoe ~~xxxxxxx~~ drie van de vier ~~xxxx~~ leden van het gezin van de Buck de vader ^{bestoken} ~~bestookten~~ met 'opdrachten' als 'je moet wat actiever zijn', 'je moet meer het initiatief nemen', 'je moet ^{eens} ~~me~~ meegaan maar je moet het zelf ook leuk vinden'. Dit ^{'wees spontaan achtige' paradoxe eisen,} zijn stuk voor stuk ~~voorbeelden van de 'wees spontaan' paradox,~~ die mijnheer van de Buck volledig in verwarring brachten. Het

belangrijkste element in de beginfase van de behandeling bestond eruit dat ~~moeder en de kinderen hun vage en paradoxale~~ verwijten om moeder en de kinderen te helpen hun vage en paradoxale 'verlangens' te helpen vertalen in concrete termen waar vader 'ja of nee' tegen kon zeggen. Inzicht is in dergelijke gevallen een noodzakelijke voorwaarde voor ~~verandering~~ blijvende verandering. ~~Een~~ Een paradoxale opdracht draagt daaraan vaak niet genoeg bij.

2. Een hoofdstuk over paradoxale opdrachten ^{dat is} ~~en~~ afgegrensd van enkele hoofdstukken over congruente opdrachten, doet vermoeden dat ~~het de auteur gemakkelijk valt~~ paradoxale en congruente interventies uit elkaar te houden. Dat valt echter tegen. Zeker, er zijn interventies waarbij niemand kan twijfelen aan de congruente aard. ~~Daarom~~ Dat geldt bijv. bij gedragscontracten ^{en} bij bepaalde communicatie-oefeningen zoals ABA-gesprekken of de stemmingsmeter. Het geldt ook voor een typische leeropdracht, zoals gegeven aan mevrouw Dijkstra, die erop gericht is haar potentieel aan opvoedkundig verantwoorde reacties ^{i.a.v.} ~~op~~ haar zoon Tom te vergroten. Omgekeerd zijn er opdrachten die door iedereen als paradoxaal zullen worden beschouwd. Dat geldt bijv. voor de opdracht aan mevrouw Wehkamp om vooral door te gaan met het ~~maken van~~ 'kleinerende opmerkingen'. ~~Of de opdracht aan het echtpaar Van der Sanden om extra veel ruzie te maken~~ en de opdracht aan Tom Dijkstra om het zijn moeder vooral niet gemakkelijk te maken. ~~Ook~~ Ook de opdracht aan het echtpaar Van der Sanden valt moeiteloos ~~bij de~~ ~~op~~ paradoxale interventies in te delen. ~~Er~~ Er zijn echter ook interventies die zowel congruente als paradoxale ~~en~~ elementen

in zich verenigen. We zagen dat in hoofdstuk 5 bij sommige registratie-opdrachten. ~~XXXXXXXXXXXXXXXX~~ Het wordt ook gesignaleerd door Van Dijck (1980) bij zijn bespreking van het 'gefractioneerd ruzie advies' en bij de bespreking van een 'bezinningsopdracht'.

Van Dijck beschrijft daarbij hoe verschillende cliënten op verschillende ~~manier~~ ^{manieren} op dergelijke opdrachten reageren. De één vat het congruent op en maakt er een leeropdracht van. Deze-gaan-bijv.

~~echt-proberen-ruzie-te-maken-in-de-vastgestelde-tijd-en-houden-zich-aan-het-beperken-daarvan-in-de-andere-tijd--De-andere-n-gaan~~
~~juist-geen-ruzie-maken-in-die-tijd--geven-het-ruzie-maken-De-~~

Zo beschrijft hij een cliënte, die ~~xxxx~~ het advies om zich

hele dagdelen terug te trekken ~~xxxxx~~ om na te denken, ~~xxx~~ opvolgde

en later vertelde er veel aan gehad te hebben. ^{Zij had nu} eindelijk de tijd gehad

~~te nemen~~ voor haar problemen. Anderen voelen niets voor het

~~xxxxxxxxxxxxxxxx~~ bewust opvoeren van de symptomen en houden

er gewoon mee op. Van Dijck concludeert derhalve dat ^{op de vraag} de-kwestie

of ~~xxxxxxxxxx~~ een opdracht als paradoxaal beschouwt dient te worden,

geen objectief antwoord mogelijk is. Het hangt af van de beleving

en interpretatie van de cliënten. Hoewel ik het eens ben dat

er ~~xxxx~~ niet altijd objectieve criteria zijn aan te wijzen, ben ik

het op logische gronden ^{er} niet eens ^{meer} met ~~Van Dijck~~ ^{dat de beleving van de cliënt de doorslag geeft}. Op het moment

dat de opdracht gegeven wordt, ~~xxxxxx~~ ^{hij} moet ~~xx~~ in principe ingedeeld

ingedeeld kunnen worden. De uitkomst ~~xxxxx~~ hoort daarin ~~xxxx~~

~~xxxxx~~ geen rol te spelen. Een opdracht ~~xxxxxxxx~~ zou zelfs ook

geclassificeerd moeten kunnen worden als hij niet gegeven maar ^{is}

als de therapeut alleen het plan ^{daarvoor} had. Een pijnstillert wordt

ook niet opeens een ander middel als de cliënt er ^{na gebruik} juist meer

pijn door ~~xxxx~~

~~denkt gekruis te hebben.~~

~~Dit-alles-neemt-niet-weg-dat-eenduidige-criteria-soms-De-indeling-~~

- Mijns inziens hangt het ^{af} van de ~~bedoeling-van-de-therapeut-af~~ therapeutische bedoeling of men een opdracht paradoxaal of congruent dient te noemen.
- Wat ⁶ ~~geooft~~ ^{de therapeut} met ~~xxxxxxxxxxxxxxxx~~ de opdracht om een half uur per dag flink ruzie te maken? Vindt hij het aspect van kanaliseren daarin het meest belangrijk, dan is het vooral een congruente opdracht. Ziet hij het blokkerende van de opdracht als meest essentieel, dan ~~xxxxx~~ heeft het meer weg van een paradoxale opdracht. Iets dergelijks geldt voor een registratie-opdracht. Gaat het in eerste instantie om het verzamelen van gegevens dan is de congruente kant sterk vertegenwoordigd. Gaat het vooral om de ~~x-toevoeging--niets-veranderen-terwille-van-~~ verwachting, dat de toevoeging van 'niets veranderen terwille van een zuivere registratie' zal leiden tot reductie in het symptomatisch gedrag, dan is de ~~xxxxx~~ paradoxale kant sterker vertegenwoordigd. ~~Ook-in-de-terugtrek-opdracht-aan-mijnheer-Wehkamp-~~ ~~Ook-de-terugtrek-opdracht-aan-mijnheer-Wehkamp-is-poly-interpretabel-~~ ~~Er-zit-iets-paradoxaals-in--Hij-hoeft-zijn-gevoelens-van-'klein-zijn'~~ ~~niet-te-bestrijden--Toch-xxxxxxxxxxx-beschouwde-de-therapeut-de--~~ ~~opdracht-vooral-congruent~~
- Ook het soort opdrachten dat Hoogduin et al. (1977) verstrekt is poly-interpretabel. Hun cliënt, mijnheer Donkers, krijgt weliswaar 'toestemming' om zijn dwangmatig vraaggedrag te blijven voortzetten. De ~~xxx~~ auteurs noemen dit paradoxaal. Dat is wel begrijpelijk, maar men zou het ook anders kunnen zien. Zijn symptomatisch gedrag wordt immers niet meer getolereerd. Zodra het gebeurt wordt er op een voor hem aversieve wijze gereageerd en moet hij zich bovendien nog een ^{portie} ~~portie~~ zelf-straf toedienen door op het toilet plaats te nemen. Dit pakket zou in zijn ~~totaliteit~~

best als congruent opgevat kunnen worden.

Het bovenstaande samenvattend. bij sommige interventies kan zowel verdedigd worden dat ze paradoxaal genoemd worden als congruent.

~~Maar~~ De keuze daarin kan afhangen van de intentie die de therapeut met de opdracht heeft en de nuances in de manier waarop de interventie gebracht wordt. ~~Sommige-interventies-tenzel~~ Er zijn ook interventies die beide elementen naast elkaar herbergen en waar een begripsmatige scheiding onmogelijk is.

3. Selvini Palazzoli et al. (1979) betogen dat paradoxale opdrachten altijd aan het gehele gezin moeten worden gegeven. Iedereen krijgt zijn rol. Uit de in dit hoofdstuk gegeven voorbeelden moge blijken dat ik het daarmee niet eens ben. ~~Maar-Bij-bepaalde~~ Er zijn vaak situaties in gezinstherapieën waarbij - tijdelijk - de aandacht wordt gericht op de problemen van één-~~of-enkele-leden~~ van één gezinslid of enkele gezinsleden. Het is volstrekt niet inzichtelijk waarom 'iedereen in het gezin' dan per definitie aan het werk zou moeten. ^{Voor} een paradoxale opdracht aan de fobicus in het gezin is het echt niet noodzakelijk dat de anderen ook met iets dergelijks worden opgepadeld. Het is natuurlijk wel van belang, dat men met de rest van het gezin bespreekt wat de consequenties zijn van de paradoxale opdracht aan één of meerdere van hen.

Dit kan ~~er~~ mogelijk tot instructies voor de anderen leiden zoals bijv. bij Hoogduin et al. (1977). Maar dit afstemmen van opdrachten aan sub-systemen op de situatie in het gehele gezin speelt ook bij congruente opdrachten een belangrijke rol. Men zou zelfs kunnen stellen dat de mogelijkheid die gezinstherapie daartoe geeft één van de bestaansgronden voor gezinstherapie vormt.

4. We hebben in dit hoofdstuk ~~xxxxxxx~~ drie relatief duidelijk omschreven indicatiegebieden gezien voor paradoxale opdrachten. ~~Ik zou er voor willen pleiten dat~~ Bij het bedrijven van gezins-therapie zal er dus zeker regelmatig gelegenheid zijn voor ~~het toepassen van deze techniek~~, gebruik er van. Toch zou ik voor een overmatig ~~geen xxxxxxxxxxxxxxx~~ hanteren van paradoxale technieken ~~xxxx~~ willen waarschuwen. Onervaren therapeuten ~~xxxxxxx~~ zijn die er van geharmerd zijn denken ~~al gauw~~ zijn vaak wat al te snel geneigd om te denken aan ~~paradoxale~~ de problemen waar gezinsleden mee zitten, en zij misschien ook geen raad mee weten, aan te pakken met behulp van paradoxale instructies, terwijl congruente technieken misschien evenzeer of betere resultaten zouden hebben gehad. De paradoxale opdrachten krijgen dan iets truc-actigs⁵, waar de cliënten, ~~xxxx~~ zelfs al verandert er iets, niet veel van 'leren', vooral niet als er geen congruent vervolg is. Paradoxale opdrachten⁶ horen evenals congruente opdrachten deel uit te maken van een behandelingsplan dat gebaseerd is op een zo volledig mogelijke taxatie en waarin ook een plaats is ingeruimd voor wat er dient te gebeuren na de fase van de paradoxale instructie.

In dit hoofdstuk is al enkele malen ingestemd met de door Van Dijck (1980) gegeven waarschuwing dat ~~xxxx~~ paradoxale gedragsinstructies slechts ~~xxxxxxx~~ zin hebben wanneer er sprake is van een goede verhouding tussen cliënten en therapeut. Ik zou nog verder willen gaan. De therapeut die paradoxale opdrachten geeft ~~xxxxxx~~ dient ^{sva} ~~xxxx~~ een

gedegen repertoire aan therapeutische ~~xxx~~ (congruente) vaardigheden te beschikken. Hij moet in staat zijn vertrouwen te wekken door zijn manier van het gesprek te leiden (doorvragen, feedback, ~~xxx~~ en interpretaties geven). Hij moet ook op de hoogte zijn van genoeg congruente technieken om eventuele ~~wixixxxxxxxx~~ vooruitgang ~~xxx~~ door paradoxale technieken daarna te kunnen consolideren. Met het oog hierop zou ik ervoor willen pleiten dat ~~ix~~ ~~opleidingxxx~~ therapeuten in opleiding eerst terdege in congruente technieken worden geschoold en pas in tweede instantie in paradoxale technieken. In hoofdstuk dat volledig is gewijd aan aspecten van opleiding kom ik daarop terug.

"Van pot tot scherven of van scherven tot pot: de RIGG"

Dames en heren,

Wanneer ik de pogingen van de Overheid om te komen tot reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg tracht te overzien, dringen zich de laatste tijd vergelijkingen aan mij op die ik u aan het begin van mijn bijdrage niet wil onthouden. Het is alsof een milieudeskundige met een hobby in oesterkweken, in een poging om goedkopere en toch nog smakelijke oesters te kweken, de natuur of de voorzienigheid een handje wil helpen door zelf met grote moeite en ten koste van veel geld schelpen te maken, deze vervolgens uit te zetten in zijn favoriete zeearm en dan te wachten tot zich in de kunstmatige schelp een levende oester wil vormen. Ja, zelfs lijkt de goedwillende doch wel naïeve oesterkweker blij te wachten tot deze abstracte weekdieren concreet parels willen vormen !

Ik moet soms ook denken aan de danslessen die ik in mijn puberteit volgde; ik weet nog dat ik mijn gebrek aan 'savoir vivre' trachtte te maskeren achter mijn eerste echte volwassen colbert en ik meen dat reeds op deze leeftijd ik de droeve les geleerd heb dat hofmakerij die meer wil zijn dan een rituele dans door meer dan magische verwachting gedragen dient te worden.

Dames en heren, ik sta hier als vertegenwoordiger van een A.P.Z. en wil vanuit die optiek enkele gedachten over de RIGG-formatie aan u voorleggen. Het kan zijn dat men van een A.P.Z.-funktionaris een voornamelijk negatief klinkend verhaal over de RIGG-vorming verwacht. Wie dit verwacht, zal teleurgesteld worden. Ik wil wat bedenkingen noemen, enige gevaren en toch positief eindigen met mogelijk gunstige effecten van de RIGG-formatie. Het zal u niet verbazen dat mijn ingang niet zal zijn bestuurlijke overzichtelijkheid, de noodzaak tot bezuinigen of een utopistische bespiegeling over de mogelijkheden menselijk gedrag te veranderen. De achtergrond van mijn praatje wordt gevormd door de waarneming van noodzakelijkheden voor de behandeling van patienten die trachten te profiteren van de functies van een A.P.Z.

De bedenkingen

Welke doelen streeft de Overheid na bij de RIGG-formatie?

1. Integratie van zorg; wie is daar niet voor. Ik denk dat op de polikliniek dikwijls blijkt, op het grensvlak van intra- naar extramuraal, hoe het schort aan deze integratie en de daarmee samenhangende continuïteit van de zorg. Vele patienten die in de intramurale psychiatrie belanden hebben een ontmoedigende odyssee achter de rug door verschillende keurig geoutilleerde hulpverlenerskanalen en zijn erger ontredder dan voorheen door het gebrek aan een integrale en gekoördineerde aanpak. Wat ook kan gebeuren is dat ze afgeschrikt zijn door de impliciete boodschap dat hun kwaal kennelijk te ingewikkeld of althans niet te behandelen is voor al die professionele hulpverleners.

Het volgende voorbeeld ter illustratie: een patiente heeft last van buien van angst en depressie; deze lijken in haar eigen leven samen te hangen met haar angst om te vervallen in de fouten die haar zuster in het leven begaan zou hebben. Daarnaast is patiente altijd erg bezorgd geweest over haar lichamelijk functioneren. Ten tijde van het ontstaan van deze klachten werkt zij gedurende meerdere jaren zonder problemen, en heeft een stabiele relatie. Patiente wordt door de huisarts verwezen naar een instelling voor ambulante zorg, waar zij eerst 6 weken op moet wachten. Nadat zij in deze instelling meerdere gesprekken heeft gevoerd, wordt haar, na weer een wachttijd, medegedeeld dat haar klachten niet goed behandeld kunnen worden in een ambulante instelling en ze wordt verwezen naar een intramurale voorziening in casu een therapeutische gemeenschap. Patiente, die aanvankelijk hoopvol aan haar reis door hulpverlenersland begonnen was, is hiervan danig ontredder, en staakt in deze periode het werk. Na wederom een wachttijd van enkele weken wordt zij twee dagen onderzocht in de intramurale instelling, waarna zij, meer of minder elegant te horen krijgt dat de behandelmethode zoals die in deze instelling wordt aangeboden, voor haar niet geschikt is. Patiente en haar partner zijn na deze ervaringen danig in de war. De gedachte heeft nu post gevat dat het erger met patiente gesteld is dan de hulpverleners haar openlijk willen vertellen. Uiteindelijk belandt patiente

na nog een omzwerving langs een vrijgevestigd zenuwarts, via de polikliniek van een A.P.Z. in een instituut voor dagbehandeling. Patiente knapt hier, na een therapie van + 4 à 5 maanden zodanig op dat gedeeltelijke werkhervatting weer mogelijk is.

Waar het mij in dit voorbeeld om gaat is dat door een beter op elkaar afgestemde zorg een periode van ettelijke maanden van onzekerheid patiente bespaard had kunnen worden. Vrijwel zeker is dat de uiteindelijke therapie door deze vertraging ook langer heeft geduurd. De iatrogene schade, veroorzaakt door het gebrek aan afstemming, wordt in zijn effecten ten aanzien van de cognities van patienten dikwijls schromelijk onderschat. Integratie van zorg is dringend gewenst; de vraag doet zich evenwel voor of deze afstemming tot stand komt als gevolg van de RIGG-formatie: het confectiecolbert maakte van mij geen danser, ik vrees dat de RIGG stimuleringsregeling niet persé zal leiden tot een goede gefintegreerde zorg.

2. Een andere hoofddoelstelling van de RIGG-formatie is gelegen in de wens de explosief gegroeide gezondheidszorg te beheersen; het is bezuinigen geblazen. Op zich zijn dit doelen waarvoor men op z'n minst begrip kan hebben. De bedenkingen richten zich op de methode die de Overheid hanteert. De moratoriumgedachte, gelanceerd door de (ontslagen) patientenbeweging en enkele met de huidige intramurale praktijk, althans niet evident bekende, vakbroeders wordt misschien niet met zoveel woorden, doch in de praktijk hartelijk omhelsd door de staatssecretaris: de heroverweging bouwinitiatieven is weer uitgesteld. Tegelijkertijd wordt de groei van de ambulante sector gestimuleerd vanuit de door geen enkel onderzoek ondersteunde verwachting dat dat zal leiden tot een afname van het aantal opnemingen en de duur van het verblijf in het intramurale circuit. De werkelijkheid is dat de druk op de ziekenhuizen toeneemt. Diezelfde ziekenhuizen zullen binnenkort waarschijnlijk gedwongen worden met minder mogelijkheden meer te doen: de opnameverplichting komt eraan. De Overheid blijkt zich op te maken om geld te onttrekken aan een sector waar de structurele achterstand in behuizing en personeel nog steeds schrijnend is om het ten goede te

laten komen aan een sector waar de minder ernstige problematiek zich aandient en dit alles in de naïeve verwachting dat, heel grof gezegd, de behandeling van de assertiviteitsproblematiek van de één, de manisch-depressieve psychose van de ander zal kunnen voorkomen ! Dit is de situatie: aan het intramurale circuit wordt op grote schaal geld onttrokken, terwijl in deze tijd van bezuinigingen de ambulante sector structureel mag groeien. De Overheid, bij monde van dr. van Londen, zou van de gedachte uitgegaan zijn dat het een goede methode is om twee partners een huwelijk te laten sluiten wanneer men de ene eerst verzwakt ten gunste van de ander. Dit doet mij denken aan het wat wrange verhaal over een feministische dame die haar mannelijke partner op een bergtocht verplichtte tot het dragen van keistenen in zijn rugzak, aangezien zij van oordeel was dat alleen op deze wijze een harmonieuze, gezamenlijke beklimming van de berg kon plaatsvinden. Dat verhaal eindigde overigens in een echtscheiding. Het lijkt inderdaad of de Overheid de ene pot in scherven gooit om van de rommel een fraai nieuw product te vervaardigen.

Naast deze bedenkingen wil ik in samenhang met het voorafgaande ook nog wijzen op enkele duidelijke gevaren.

Ten eerste het gevaar van polarisatie in denken tussen hulpverleners van verschillende origine. Het is algemeen bekend dat in de recent geformeerde RIAGG's een schrijnend tekort bestaat aan sociaal psychiatrische know-how. Er bestaan RIAGG's waarbij de medisch-psychiatrische visie op deviant gedrag bepaald verdacht is en elke cliënt die zich aanbiedt verplicht wordt zijn hele familie mee te nemen. Het gaat mij hierbij niet om de gedachte dat de ene optiek verkieslijker zou zijn dan de andere, het gaat mij erom dat bij de huidige stand van de psychiatrische wetenschap een zienswijze die rekening houdt in de diagnostiek met multiconditionaliteit en in de therapie eclecticisch is, niet een mogelijkheid is doch een absolute noodzaak. Een monomethodische benadering in de A.P.Z.-wereld is onmogelijk, en komt in A.P.Z.-en dan ook niet of nauwelijks voor. Een dergelijk gezichtspunt wordt door de klinische realiteit van het ziekenhuis snel afgestraft. De van boven opgelegde verplichting tot een organisatie te komen,

zou afbreuk kunnen doen aan een proces waardoor beiden door samenwerking van elkaar zouden kunnen leren.

Een tweede bezwaar is inhoudelijk van aard, het lijkt erop dat de Overheid de ernst van een psychische decompensatie die leidt tot opname in een A.P.Z. miskent. Meer hulpverlening bij een proces dat uiteindelijk leidt tot opname in een A.P.Z. kan zelfs negatief zijn, evenals bij een straatongeluk het zicht op de patient dikwijls belemmerd wordt door teveel hulpvaardigen, hetgeen in het algemeen niet leidt tot een snellere genezing. Ontkenning van de ontreddering verergert het beeld. Ook van deze gedachte zouden veel casuïstische verhalen verteld kunnen worden; het komt herhaaldelijk voor dat mensen met bijvoorbeeld een ernstige vitale depressie jarenlang met psychotherapie worden lastig gevallen, net zolang tot een situatie ontstaan is dat het gezin volstrekt ontredderd is.

Tenslotte wil ik in dit verband wijzen op het gevaar van stigmatisering, juist door de goede bedoelingen. In de ambulante sector staat opnamevermijding hoog in het vaandel. Deze op zich te loven doelstelling houdt geen rekening met het feit dat juist het milieu van de patient dikwijls als pathogene factor is aan te merken. Zoals soms het milieu van de patient tegen hem beschermd moet worden, zo moet soms ook de patient tegen zijn milieu beschermd worden. Tevens lijkt er in sommige kringen een overdreven optimisme te heersen ten aanzien van de psycho-hygiënische werking van het zogenaamde normale milieu. Cynisch zou men kunnen stellen dat vele Nederlandse woonwijken niet in staat zijn volstrekt normale buitenlanders in de gemeenschap te dulden; ten aanzien van de deviante Nederlander kan men dan nog somberder verwachtingen hebben. Opnamevermijding als behandeldoelstelling is een onding: patienten melden zich niet om gered te worden van een eventuele opname in een A.P.Z., zij wensen van hun klachten bevrijd te worden. De eerste lijn zou zich ook bezig moeten houden met de waardevrije beantwoording van de vraag door wie en waar dat het beste kan gebeuren. Door een eenzijdige nadruk op opnamevermijdingstechnieken wordt de stigmatisering van de psychiatrische patient bevorderd. Positief einde.

Dames en heren, we hebben het over ons zelf afgeroepen dat de Overheid thans wil ingrijpen. Niet te loochenen is dat er zeer veel geld in de Geestelijke Gezondheidszorg als geheel omgaat. Gesteld moet worden dat de organisatie van een modern A.P.Z. een voorsprong heeft op de recent geformeerde RIAGG. Afbraak van de infrastructuur van de A.P.Z. is a. niet te bekostigen en b. een op niets dan pseudoprogressieve zestiger jaren wazigheid gegrondveste gedachte. Zonder herintegratie draagt een versterking van de ambulante sector alleen bij tot het harder uit de boot vallen van meer mensen. Dit fenomeen treedt nu al op en het is onrechtvaardig om het uitsluitend toe te schrijven aan de zuigkracht van het A.P.Z. Dit is het oplossen van een probleem door het bestaan ervan te loochenen. Integratie dient evenwel op inhoudelijk niveau tot stand te komen. Concrete samenwerking op het niveau van functionarissen kán en moet met instandhouding van bestaande organisatorische verbanden tot stand gebracht worden en zonodig afgedwongen worden. Wie eerst structuur wil bouwen toont aan wel heel ver af te staan van de praktijk in hulpverlenersland. De polikliniek, organisatorisch ingebed in de A.P.Z.-organisatie, kan de middle ground vormen voor een fusie en integratieproces, met z'n verbanden, met acute opname-afdelingen en semimurale voorzieningen enerzijds en zijn intensieve samenwerking met voor- en nazorg RIAGG-functies anderzijds. Instellingen kunnen binnen de erkenningsvoorwaarden ertoe gedwongen worden deze samenwerking op gang te brengen. Een té structurele benadering leidt slechts tot een rituele dans van een blinde reus in een slechtzittend maatpak op lemen voeten. Zo'n structuur is even monstrueus als deze laatste metafoor.

Kees van der Velden

Met regelmaat worden de verrassende gevolgen van eenvoudige interventies gerapporteerd. Hoe secuur of wetenschappelijk dergelijke beschrijvingen ook mogen zijn, het is door hun aard dat zij meer informatie geven over de waarnemingen en mythen van therapeuten dan over de waarnemingen en mythen van de patiënten en degenen die hen omringen.

Ik bedoel niet dat dit verkeerd is of dat we het nog weer eens op een andere manier moeten proberen, ik wil alleen maar zeggen dat het interessant kan zijn om kennis te nemen van de waarnemingen van mensen die het genezingsproces van nabij hebben mogen volgen.

Enkele jaren geleden werd ik geconsulteerd door een man van achter in de dertig, die in zijn privéleven met een moeilijkheid te kampen had. Ik vond het een vreemde man. Zijn houding en manier van spreken intrigeerden mij, en de bijzonderheden die ik tijdens ons eerste gesprek te weten kwam, maakten me nieuwsgierig naar zijn achtergronden. Hij stond echter op het punt om naar het buitenland te vertrekken en er was geen tijd voor biografische anamnese of functionele analyse. Ik schraapte de meest noodzakelijke gegevens bijeen en baseerde daarop het door hem gevraagde advies, in de hoop dat het hem geen ongeluk zou brengen.

Hij bedankte me en zegde toe dat hij de dingen die ik van hem had willen weten nog wel eens voor mij zou opschrijven.

Ik hoorde niets meer en was daarover niet verbaasd: zulke projecten neemt men zich wel voor maar men voert ze niet uit. Bovendien was het nog maar de vraag of hij echt van plan was geweest mij te schrijven. Het was ook denkbaar dat hij maar wat beloofd had om van mijn nieuwsgierigheid af te zijn.

Toen ik eind juni een brief van zevenendertig kantjes van hem kreeg was ik hem al bijna vergeten.

Uit deze brief licht ik het volgende fragment. Het doet misschien niet erg ter zake, maar ik wil toch meegedeeld hebben dat de briefschrijver ingenieur is, hij is gehuwd en vader van drie kinderen. De brief zelf is verzorgd geschreven, verzorgder dan ik op grond van zijn uiterlijk verwacht had.

De brief illustreert hoe met behulp van timing, cognitieve herstructurering en een flinke dosis specifieke factoren het leven van de moeder van de briefschrijver een grote verandering onderging. Ik heb nagelaten de brief van een discussie of nawoord te voorzien. Wat de schrijver zegt is duidelijk genoeg en wij moeten er niet meer uit willen halen dan erin zit.

Het brieffragment

Ik kom uit een eenvoudig milieu. Ik geloof niet dat ik als kind ooit iemand met een universitaire opleiding ontmoet heb, behalve dan de huisarts - die drie keer trouwde -, de apotheker en een reeks predikanten. Alle pogingen om iets van eruditie of intellectuele ontplooiing tot stand te brengen, strandden. Het meest succesvol was mijn nicht uit Voorburg. Zij behaalde een MO-akte en trouwde met een ingenieur. Zij verviel tot alcoholmisbruik en suïcideerde zich.

Toen mijn oudste zuster van de lagere school kwam, kregen mijn ouders het advies haar naar het lyceum te sturen. De spanning die het vooruitzicht op deze sprongmutatie gaf, kan ik niet goed beschrijven. Zij ging naar het lyceum. Toen echter bleek dat het bezoeken van deze school niet alleen uitgaven van ten behoeve van een tas, een passerdoos en boeken nodig maakte, maar ook de aanschaf van een avondjurk, kreeg mijn zuster zo erge hoofdpijnen dat het beëindigen van de studie de meest rationele oplossing leek.

Mijn op een na oudste zuster ging naar een school die officieel tot het Meer Uitgebreid Lager Onderwijs (Mulo) gerekend moest worden, maar die, qua niveau, in feite als een soort Middelbare Meisjes School (MMS) beschouwd kon worden. Dat zeiden althans mijn ouders. Het bleek dat deze chique Mulo vooral bezocht werd door meisjes uit de betere milieus, aan wier intellectuele gaven door de Schepper duidelijke beperkingen waren gesteld, maar die evenwel precies wisten hoe zij penny-shoes, een twinset en een witte katoenen blouse met een Schotse rok moesten dragen.

Plotseling opkomende hoofdpijnen leidden tot een zo omvangrijk ziekteverzuim, dat mijn zuster de opleiding moest verlaten. Zij werd verkoopster op de glasafdeling van het warenhuis Jungerhans.

Kind nummer drie, mijn twee jaar oudere broer, was, zo werd gemeend, 'een geboren zakenman'. Deze kwalificatie rechtvaardigde het besluit hem zonder omwegen naar de Eben-Haëzer-Mulo te zenden: na de Mulo zou hij meteen door kunnen naar een havenkantoor, om vanuit die positie zijn aangeboren capaciteiten te ontplooien. Hij ging naar de Mulo, doubleerde in de derde klas, en behaalde het eindexamen.

Mijn ging het niet anders, ook al was ik geen 'geboren zakenman'.

Mijn jongste zuster kreeg in de tweede klas van de Mulo zo'n hinder van hoofdpijn (en ander fysiek ongemak), dat zij een baan als verzorgster in een zwakzinnigen inrichting - ergens heel ver weg - mocht aanvaarden. Meer kinderen om mee te experimenteren hadden mijn ouders niet.

Vanwaar deze pogingen om hogerop te komen?

Mijn vader was handelsreiziger. Wie in een volle winkel een bezwete man met koffers en dozen ziet staan, die nooit aan de beurt komt

kan er zeker van zijn dat hij met een handelsreiziger te maken heeft. Een handelsreiziger wordt zo vernederd dat hij wel hogerop *moet*. Een man kan wel handelsreiziger *zijn*, maar hij kan het niet *blijven*.

Mijn vader bleef ook geen handelsreiziger. Alleen ging hij niet hogerop maar rechtstreeks naar omlaag.

In een tijd dat dubbelgehandicapten met tantièmes en gratis wagens van de zaak de bedrijven in werden gelokt en iedereen voldoende geld had om alle deuren van gang en woonkamer met hardboard te betimmeren, werd mijn vader bij een snel groeiende handelsfirma ontslagen. 'Reorganisatie', lichtte hij toe.

Hij kwam in dienst van een zaak die in 'scheepsvictualiën' handelde, maar in plaats van zich tot het uiterste in te zetten om deze victualiën desnoods hardhandig kwijt te raken, reed hij op zijn Solex naar een zuster van mijn moeder, nam plaats aan haar keukentafel en bedelde om kusjes. De firma begreep niet goed waaraan de stagnatie in de verkoop van haar victualiën te wijten was en besloot bij wijze van proef een bescheiden auto voor mijn vader te huren. Hij zou hiermee meer aspirantkopers kunnen bezoeken, en bovendien zou het de naam van de firma ten goede komen wanneer haar vertegenwoordiger niet in een regenpak zijn opwachting bij de klanten behoefde te maken.

Wij gingen met het autootje naar de markt, we toonden het mijn grootouders van moeders zijde, en we gingen er een keer mee naar Den Haag, tijdens welke rit ik een asbakje van bakeliet deed breken.

Aansluitend werd mijn vader inpakker in het magazijn van de firma Sportlust, een winkel voor sportartikelen.

Vroegere collega's klommen op. De een werd procuratiehouder, de ander verkoopleider, een derde begon een eigen zaak. Ze hadden auto's en zomerkostuums en hun koppen glommen van de brilliantine. Sommigen gingen naar het buitenland met vakantie.

Zij bleven mijn ouderlijk huis bezoeken toen mijn vader de branche allang had moeten verlaten. Men zou dit als een teken van loyaliteit hebben

kunnen zien als de werkelijke reden niet zo overduidelijk geweest was dat zij mijn moeder een lekker wijf vonden.

De eenvoud van ons milieu was dus niet de eenvoud van de eerlijke ambachtsman, maar een compromis tussen de strevingen van mijn vader, die omlaag wilde, en de strevingen van mijn moeder, die omhoog wou.

Wanneer dit niet een brief was maar een sociologische beschouwing, dan zou ik nu voor kortere of langere tijd stilstaan ^{bij} de kenmerken van dergelijke vlees-noch-vis-milieus, en ik zou aannemelijk maken dat de verhouding tussen een milieu als het onze en de hogere kringen gespannener en ambivalenter is dan de verhouding tussen regelrechte arbeiders en degenen aan wie het gegeven is boven hen te staan. Eventueel zou ik ook wijzen op de positie van de sergeant in het leger, die noch op de solidariteit der manschappen noch op de solidariteit der officieren mag rekenen. En hoe ik verder ook zou redeneren, de conclusie zou zijn dat het volkomen begrijpelijk is dat wij bang waren voor dokters, specialisten, directeuren, ja, voor allen die iets te vertellen hadden in ons maatschappelijk bestel. Want daar wil ik uitkomen, bij ons ontzag voor dokters.

Wij hadden dus ontzag voor dokters. Bevingen, hartkloppingen en andere nerveuze verschijnselen maakten zich van ons meester wanneer onze huisarts ons zou komen bezoeken. Ook werden uitgebreide hygiënische maatregelen getroffen: de bedden werden verschoond, onder de bedden werd gestofzuigd en gedweild, we moesten onze tanden poetsen en kregen een schone pyjama aan. Het doktersbezoek zelf viel altijd mee. De man vroeg om een eetlepel, liet ons 'a' zeggen, schreef een recept uit, en trok zich meer of minder langdurig terug met mijn moeder, naar wij meenden om het ziektegeval goed met haar door te spreken. Wanneer mijn moeder ziek was, volstond hij ermee zich met haar terug te trekken.

Er was dus, welbeschouwd, geen enkele reden om zenuwachtig te zijn, maar we waren het toch.

De angst die het bezoeken van een *specialist* oproep, viel niet met het verschonen van ondergoed te neutraliseren. Gelukkig kwam het zelden voor.

In de tweede helft van de jaren vijftig werd ons land opgeschrikt door een vreemde epidemie: de zg. Planta-ziekte. Mijn moeder was een van de slachtoffers. De aandoening trad op bij personen die de plantaardige Unilever-margarine Planta tot zich genomen hadden, althans, bij een

aantal van hen. Wat was mijn moeder ziek!

Hoge koortsen deden haar ijlen, massa's rode vlekken ontsierden haar anders zo blanke huid. Zij lag op bed in de achterkamer, achter de gesloten schuifdeuren. 'Haal Piet weg!', hoorden we haar gillen wanneer mijn vader zich van haar toestand op de hoogte wilde stellen. 'Haal Piet weg!' Mijn grootmoeder, die tijdelijk het huishouden deed, haalde haar schoonzoon bij zijn zieke vrouw vandaan. 't Was een nare ziekte. De huisarts kwam driemaal langs. Wij vroegen God of Hij mijn moeder beter wilde maken. Na vier dagen zat ze gelukkig weer tussen haar gezinsleden in de voorkamer. Zij moest nog wel aansterken, maar van gevaar was geen sprake meer.

Toen las zij in de krant dat personen die aan de Planta-ziekte geleden hadden, in aanmerking kwamen voor een schadeloosstelling door de firma Unilever.

Hier moet ik de loop van het verhaal een ogenblik onderbreken. Het vervolg zou namelijk de indruk kunnen wekken dat mijn ouders niet geheel eerlijk of niet geheel betrouwbaar waren, maar aangezien ik beslist niet van plan ben om deze mensen, die beiden op eigen wijze getracht hebben zo fatsoenlijk en rechtschapen mogelijk door het leven te gaan, te bekladden of door het slijk te halen, haast ik mij te verklaren dat wat zich voordeed niet zozeer met vraagstukken van goed en kwaad te maken had, alswel met kwesties van veel en weinig. Unilever had veel geld, mijn ouders hadden weinig. Wat zij trachtten was niets anders dan het aanbrengen van een zeker evenwicht in de verhouding tussen Unilever en ons. De lezer zal merken dat de ik-figuur in deze vertelling enige afstand neemt tot de handelwijze van zijn ouders, maar hij moet zich bedenken dat de ik-figuur ten tijde van het beschreven voorval nog slechts dertien jaar oud was, en gereformeerd bovendien.

Mijn moeder bleek niet de enige te zijn die meende voor een uitkering in aanmerking te komen. Zo Unilever, wanneer zij wel de enige geweest was, wellicht graag bereid geweest zou zijn haar van een paar honderd gulden te voorzien, nu men in zo ruime mate aan de door de margarine veroorzaakte ziekte geleden bleek te hebben, reageerde de multinational formeel en terughoudend. Er konden formulieren worden opgevraagd. Die moesten worden ingevuld en teruggezonden, voorzien van de handtekening van de gedupeerde, alsook van die van de huisarts. Daarna zou Unilever wel bepalen wat er verder gebeurde.

In ons geval besloot Unilever vooralsnog *niet* tot betaling over te gaan.

Men vroeg zich af of de ziekteverschijnselen die mijn moeder en onze huisarts op het formulier vermeld hadden wel geheel en al aan het gebruik van Planta geweten konden worden, en ook hoe het mogelijk was dat een zo eenvoudig gezin zich zulke excessieve uitgaven voor het dagelijks levensonderhoud permitteerde.

Waar andere slachtoffers slechts koorts en uitslag hadden vermeld, noemde mijn moeder ook: flauwtes, bloeddrukschommelingen, benauwdheden, angsten, algehele schrikachtigheid, onregelmatige menstruatie, een vreemde verscherping van de reukzin en karakterveranderingen. Ook had mijn moeder de kosten van reusachtige hoeveelheden roborerend voedsel opgevoerd, een fors uurloon voor mijn grootmoeder, gedorven arbeidsuren van mijn vader, uitgaven voor vitamines, nachtgoed, onderkleding, lakens en kussens, wasserij en stomerij, en een vergoeding voor gedurende de ziekteperiode gemiste kansen op levensgeluk.

Ik had me geschaamd toen ik zag hoe mijn moeder haar declaratie opbouwde, maar nu duidelijk was dat het concern ons door had was ik regelrecht wanhopig. Ik wees mijn moeder op de verschrikkelijke gevolgen van verder liegen en bezwoer haar zich bij de afwijzende beschikking neer te leggen, maar dat deed zij niet. Zij besloot in beroep te gaan.

Op die-en-die dag diende zij zich zo-en-zo laat te vervoegen bij de zenuw-specialist A.Klomp. Deze zou gaan uitmaken in welke mate het nuttigen van de plantaardige margarine verantwoordelijk gesteld kon worden voor de gerapporteerde ziekteverschijnselen en de daaruit voortvloeiende kosten.

Op de keuringsdag zag zij er tiptop uit. Zij geurde naar Maja-zeep en eau de cologne. Ze was nerveus, maar niet zonder zelfvertrouwen.

Toen zij terugkwam had zij kennelijk geen behoefte om te vertellen hoe de keuring verlopen was, maar 's avonds nam zij mij, de zoon in wie zij iets van haar eigen gevoelige natuur meende te herkennen, apart, en vertelde het volgende.

Dokter Klomp had haar geruime tijd laten wachten. Meer dan een halfuur. Toen mocht ze binnenkomen in een halfduistere kamer. De zenuw-specialist zat achter een enorm bureau. Hij was ongeschoren. Zijn witte jas hing half-open. Hij rookte aanhoudend en liet de as op zijn bureau of de grond vallen. Hoewel mijn moeder op een lichamenlijk onderzoek had gerekend, was dat er niet van gekomen. Dokter Klomp had haar lang indringend aangekeken en vervolgens enkele vragen gesteld omtrent haar privé-leven. Die had zij beantwoord. En ten slotte had hij opgemerkt: 'Weet U wat het met U is, mevrouw... U heeft een tekort aan liefde.' Mijn moeder was geschrokken. Zij had de zenuwarts een angstaanjagende man gevonden,

maar het feit dat hij in zo korte tijd tot de kern van de zaak had weten door te dringen, vervulde haar met ontzag. Wij discussieerden over de vraag hoe deze man dit had kunnen weten. 't Was een bijzondere man, dat stond wel vast, maar mijn moeder nam aan dat ook zijn studie hem geholpen moest hebben om zo snel de waarheid boven tafel te krijgen.

Bij de verdere afhandeling van de schadeloosstelling bleek dat dokter Klomp mijn moeder het volle pond had gegeven. Van het geld werd wat kleding gekocht alsook een paar stoelen. Binnen enkele weken waren we aan onze nieuwe spullen gewend, maar de woorden van dokter Klomp bleven voor mijn moeder even verrassend als ze waren op het moment dat hij ze uitsprak.

Enkele maanden na het onderhoud met dokter Klomp besloot mijn moeder buitenshuis te gaan werken, aanvankelijk alleen 's ochtends, later kwam ook de middag erbij. Een vroegere collega van mijn vader, de heer Eend, bleek bereid zijn vakantie op te offeren om onze woning gratis van een nieuw verfje te voorzien. Gelukkig had mijn moeder ten tijde van het schilderwerk zelf ook vakantie, zodat zij in de gelegenheid was hem van koffie, thee en koekjes te voorzien. Tussen het schuren en plamuren door werd duidelijk dat de heer Eend aan hetzelfde euvel leed als mijn moeder.

Enkele weken nadat het houtwerk in onze etagewoning van boven tot beneden van een verse crèmekleurige laklaag was voorzien, besloot mijn vader in een zijkamer te gaan slapen. De heer Eend trachtte tot een gesprek met hem te komen, maar mijn vader had daar geen belangstelling voor. Vier jaar na de keuring door dokter Klomp verliet mijn vader zijn huis. Hij stond 's morgens om vier uur op, pakte enkele koffers en dozen in, en ging naar buiten. Hij wandelde in de richting van de Maastunnel. Hij kwam een soldaat tegen, die dezelfde kant uit moest. De soldaat nam wat van zijn bagage over en samen liepen zij naar het Centraal Station, waar zij de eerste trein naar de provincieplaats A. namen. Mijn vader vond daar werk als textielvouwer in een stomerij.

Mevrouw Eend overleed. Omdat de heer Eend weinig liefde van haar had ondervonden - zij was, volgens mijn moeder, een egoïstische vrouw geweest -, verliepen de fasen van ontkenning, woede en verdriet vrijwel ongemerkt. Mijn moeder en de heer Eend besloten te trouwen. .

Mijn moeder, die voortaan mevrouw Eend heette, vond bij haar nieuwe man wat zij bij mijn vader zo gemist had: liefde. Daarnaast gaf hij haar gelukkig ook enig maatschappelijk aanzien.

EEN GEDRAGSTHERAPEUTISCH MODEL TER BEHANDELING VAN TORTICOLLIS
(SPASTICUS) EN TORSIEDYSTONIE.

Kees Hoogduin e.a.

1. Inleiding.

Torticollis(spasticus) en torsiedystonie geven ondanks vele decennia onderzoek nog steeds grote problemen op het gebied van de etiologie ervan, en dientengevolge op het gebied van de behandeling.

In dit artikel wordt aan de hand van vier gevalsbeschrijvingen een gedragstherapeutische behandelmethodede gepresenteerd, die ons inziens zeker de moeite waard is in een groter onderzoek verder geëvalueerd te worden.

Voor de gevalsbeschrijvingen zal eerst de torticollis (spasticus) en torsiedystonie en de tot nu toe bekende behandelmethoden kort besproken worden aan de hand van de literatuur.

2. Torticollis (spasticus).

Torticollis (spasticus) wordt gedefinieerd als een abnormale onwillekeurige contractie van de nekspieren met als resultaat min of meer voortdurende bewegingen of abnormale houdingen van het hoofd (Podivinsky 1968) De oorzaak van een torticollis spasticus is niet bekend. Verfijnde neurologische en neurochirurgische onderzoekstechnieken (vgl. Matthews c.s., 1978, Patterson en Little, 1943, Podivinsky, 1968) maken het echter aannemelijk, dat er sprake is van een organische oorzaak, een neurofysiologische of biochemische afwijking in de basale ganglia in de hersenen. In neurologische handboeken kan men de torticollis spasticus vinden onder stoornissen van het extra-pyramidale systeem, evenals bijvoorbeeld torsiedystonie, de ziekte van Parkinson, essentiële tremor en tics.

De torticollis spasticus openbaart zich meestal tussen het 30e en 50e jaar (zie tabel 1.) en komt iets meer bij mannen voor (Podivinsky, 1968).

Het beloop kan zeer wisselend zijn. Patterson en Little (1943) vermelden van de 103 gevallen in 42% een progressief beloop, 20% een terugkerend, 15% een afnemend, 5% een intermitterend en 13% een statistisch beloop. Bij neurologisch onderzoek vinden Patterson en Little (1943) in maar liefst 48% (n = 83) van de gevallen neurologische afwijkingen. Bij 35% vonden zij afwijkingen aan de craniale zenuwen, bij 33% extrapyramidale stoornissen zoals tremoren en reflex-afwijkingen. Matthews c.s. (1978) kunnen bij slechts 6 van de 30 onderzochte gevallen (20%) neurologische afwijkingen vinden.

Behalve de torticollis spasticus, de idiopathische vorm, komt ook de symptomatische torticollis voor. De oorzaken van deze symptomatische vorm kunnen velerlei zijn. Cerebrale afwijkingen gelokaliseerd in de basale ganglia door vaatafwijkingen, tumoren, degeneratieve aandoeningen, maar ook skeletafwijkingen in de cervicale wervelkolom en medicijngebruik, waaronder in het bijzonder neuroleptica, kunnen een torticollis tot gevolg hebben.

De mogelijkheden tot behandeling van een torticollis (spasticus) lijken ondanks een enorme diversiteit beperkt te zijn. Dit met als kanttekening dat vele behandelvormen in de literatuur bij zo weinig patienten zijn toegepast, dat een vergelijking tussen de verschillende behandelvormen niet goed mogelijk blijkt.

Hieronder volgt een indeling van behandelvormen:

1. Medicamenteuze behandeling met o.a. anticholinergica, phenothiazinederivaten, antidepressiva, benzodiazepamderivaten. Volgens Matthews c.s. (1978) zou in enkele gevallen wat verlichting van de symptomen kunnen worden bereikt.

2. Mechanische, lokale en fysio-therapie.

Hieronder vallen zowel lokale infiltraties met novocaïne, als tractie, het dragen van (gips-)kragen, en verschillende fysiotherapeutische technieken. Over het resultaat kan in het algemeen hetzelfde gezegd worden als onder 1. vermeld.

3. Neurochirurgische behandeling.

Voor een uitvoerige beschrijving van de gebruikte techniek wordt verwezen naar de literatuur (Patterson en Little, 1943, Meares 1971). De resultaten van deze behandeling worden nogal verschillend beschreven. Patterson en Little (1943) zijn tamelijk positief over de resultaten van chirurgische behandeling, met name ten aanzien van de intradurale operaties. Van 16 patienten is één volledig hersteld, acht zijn aanmerkelijk verbeterd en drie licht verbeterd. Bij vier patienten is er geen effect bereikt. Meares (1971) is somber over de operatieresultaten. Hij beschrijft dat de geopereerde patienten het bij een follow-up slechter maken dan de niet-geopereerde gevallen. Van de acht patienten, die een bilaterale cervicale rhizotomie ondergingen, was bij zeven het resultaat slecht tot "desastreus". Acht patienten ondergingen een thalamotomie, hetgeen bij vier van hen een goed resultaat opleverde.

4. Psychologische/psychiatrische behandeling.

In vrijwel alle neurologische literatuur over torticollis wordt wel een uitspraak gedaan over de mogelijkheid van psychotherapeutische behandeling. Deze uitspraken variëren van het vermelden van één volledig genezen patient na een hypnose behandeling (Matthews c.s., 1978), tot "uit de literatuur is bekend, dat psychotherapeutische behandeling geen enkele zin heeft" (Zeman en Dijken, 1968), waarbij overigens de literatuurbron van deze uitspraak niet vermeld wordt.

In de psychiatrische literatuur is slechts spaarzaam een artikel over de behandeling van torticollis te vinden.

Patterson (1945) beschrijft de resultaten van psychotherapie bij 21 torticollis patienten. In haar groep is sprake van zowel idiopatische als symptomatische torticollis. De behandeling is inzichtgevend.

Het resultaat is:

5 volledig hersteld (24%)

5 sterk verbeterd (24%)

7 licht verbeterd (32%)

4 geen verandering (20%)

Patterson en Little (1943) beschrijven enkele goede resultaten bij psycho-analyse. Cleeland (1973) beschrijft de resultaten van een gedragstherapeutische benadering bij 10 patienten. Zijn behandeling bestaat uit een combinatie van biofeedback en cutane electroshocks.

Bij acht patienten is er sprake van een verbetering op de spastische activiteit van de nekspieren. Bij een follow-up (gemiddeld 19 maanden) is er bij 6 patienten sprake van een stabiel resultaat.

Azrin e.a. (1980) beschrijven de habit reversal behandeling, die bij tics zeer effectief kan zijn. Voor het gemak hebben zij torticollis ondergebracht bij wat zij noemen nerveuze tics. In hun artikel is echter niet duidelijk, welke van de 22 patienten lijdt aan een torticollis of dystonie.

De eventuele psychogenie van torticollis wordt hier verder niet besproken. Werd vroeger gesproken van hysterische torticollis, zo lijkt nu een neurologische bron het meest waarschijnlijk.

Wel kunnen psychogene momenten (emoties, spanningen) een vermeerdering geven van de abnormale bewegingen en/of een verergering van de scheefstand.

3. Torsiedystonie.

Torsiedystonie wordt gekenmerkt door bizarre abnormale onwillekeurige bewegingen van de spieren van extremiteiten, romp en/of hoofd, en/of door houdingsafwijkingen (Zeman en Dijken, 1968).

Er bestaat een idiopathische vorm, waarvoor evenals voor de torticollis spasticus de oorzaak niet bekend is, maar zeer waarschijnlijk ligt in neurofysiologische of biochemische veranderingen in de basale ganglia van de hersenen. In 30% van de gevallen is er sprake van een autosomaal-recesieve erfelijkheid, in 30% van een autosomaal-dominante erfelijkheid (vgl. Wolfson c.s., 1983).

Het beloop van deze idiopathische vorm kan zeer wisselend zijn, er zijn drie beloopsvormen te onderscheiden (vgl. o.a. Obeso e.a., 1983):

- de generaliseerde vorm. Deze dystonie treft spieren van het hele lichaam, meestal het meest uitgesproken aan de onderste extremiteit en heupgordel. De dystonie begint in het algemeen op de kinderleeftijd, en kenmerkt zich door het meest progressieve beloop, leidend tot forse invalidering en soms zelfs dood.
- de segmentale dystonie, die verspreide spiergroepen in het lichaam treft.
- de focale vorm, die geïsoleerde spiergroepen treft.

Deze laatste manifesteren zich vooral op oudere leeftijd en hebben een aanzienlijk minder progressief beloop, zijn dus minder invaliderend. Waarschijnlijk zijn de segmentale en focale dystonie identiek aan de door Zeman en Dijken (1968) beschreven *formes frustes*: een oligo-symptomatische, niet-progressieve vorm van idiopathische dystonie, die soms compleet in remissie gaan. Opmerkelijk is dat Zeman en Dijken (1968) ook de *writers-crampe* als voorbeeld noemen van *formes frustes*, terwijl ook tics hierbij kunnen horen. Zoals uit bovenstaande indeling duidelijk zal zijn, kan de *torticollis* een onderdeel zijn van de idiopathische dystonie, soms zelfs het enige onderdeel.

Voor zowel de *torticollis* als voor dystonie geldt dat het EMG kenmerkend is voor de aandoening: er is sprake van een simultane innervatie van agonist en antagonist.

Behalve de idiopathische dystonie is er ook de symptomatische dystonie. Volgens Zeman en Dijken (1968) worden er bij de symptomatische dystonie altijd neurlogische afwijkingen gevonden.

Oorzaken van een symptomatische dystonie kunnen zijn bloedvaatafwijkingen, perinatale stoornissen, beide ter plekke van de basale ganglia. Verder natuurlijk tumor, trauma, infecties (syfilis, encephalitis (lethargica tuberculeuze meningitis), degeneratieve aandoeningen (bijv. Z. van Huntington, Parkinson en vele anderen) en het gebruik van bepaalde medicamenten. In de psychiatrie zijn vooral neuroleptica hierom berucht. Voor de behandelmogelijkheden kan hetzelfde rijtje opgesomd worden als bij de *torticollis* reeds genoemd is.

Zeman en Dijken (1968) noemen nog heel expliciet de noodzaak van een genetisch advies bij de idiopathische vorm.

Van de thalamectomie beschrijven zij een succespercentage van 70%, hoewel ze dit weer relativeren door op te merken, dat niet alle neuro-chirurgen even succesvol rapporteren.

4. Het gedragstherapeutisch model.

De hier voorgestelde behandeling van torticollis en/of torsiedystonie bestaat uit twee belangrijke elementen:

- a. een oefenprogramma gebaseerd op het werk van Azrin en Nunn bij tics. Hierbij zal de eerste stap zijn, het bewust worden welke spiergroepen betrokken zijn in de afwijkende beweging. Vervolgens moet gezocht worden naar een met deze beweging onverenigbare respons, die door de patient ge oefend moet worden. Afhankelijk van de frequentie van de spierbeweging kunnen deze oefeningen al of niet gekoppeld worden aan de afwijkende bewegingen.
- b. spierontspannende oefeningen met behulp van hypnose of auto-hypnose.

5. Gevalsbeschrijvingen:

- 1. Anneke Oosterga, 24 jaar, wordt door de neuroloog verwezen naar de polikliniek psychiatrie. Sinds haar 12e jaar heeft zij abnormale onwillekeurige bewegingen van de nekspieren, schoudergordelspiieren en rompspiieren. Bij haar komst op de polikliniek zijn er houdingsafwijkingen in de zin van een scoliose van de wervelkolom en een hoogstand van de linkerschouder. Voor deze klachten is zij jarenlang zonder resultaat, behandeling met Haldol. Neurologisch onderzoek zou geen afwijkingen hebben opgeleverd (EMG?). Sociaal gezien functioneert Anneke goed: zij studeert met succes geneeskunde, heeft goede sociale contacten en doet veel aan sport. Alleen bioscoop- en theaterbezoek is zij gaan vermijden. De behandeling wordt gestart met het registreren van de frequentie van de onwillekeurige bewegingen en het bewust worden van de betrokken spiergroepen. De frequentie blijkt gemiddeld 20 maal per dag te zijn. Als onverenigbare response wordt gegeven: zittend op een stoel, de handen onder de zitting en de wervelkolom van het bekken tot en met de nek in rechte middenstand fixeren. Deze oefening zal zij maximaal 30 seconden uitvoeren iedere keer als zij de dystone beweging voelt aankomen of wanneer er een gewest is. Het aantal onwillekeurige spierbewegingen daalt tot \pm 10 per dag. Pogingen om dit aantal nog verder te doen dalen met het aanpassen van de onverenigbare response lukken niet. Anneke zelf is trouwens tevreden. Een follow-up na een jaar geeft geen veranderingen te zien: gemiddeld 10 maal per dag treedt er een onwillekeurige beweging op.

Anneke vertelt, dat dit mede afhangt van haar bereidheid de oefeningen (onverenigbare response) te doen. Als ze wil, kan ze dagenlang de onwillekeurige bewegingen onderdrukken. Vooral, alleen op haar kamer, "laat ze het nog wel eens gaan".

Inmiddels gaat ze wel eens naar een film of naar het theater.

Bij onderzoek blijkt de lichamelijke asymmetrie verdwenen te zijn.

De behandeling met intake en follow-up heeft in totaal 16 zittingen in beslag genomen.

- 2. Els de Wit, 30 jaar, wordt door de huisarts verwezen naar de RIAGG (toen nog Stichting Geestelijke Gezondheid). Sinds 3 jaar heeft zij last van onwillekeurige schokkende bewegingen in bekken-schoudergordel, in de nek en in de rechter arm. De klachten zijn ontstaan, nadat patiente van haar man gescheiden is. Tijdens het huwelijk werd patiente frequent door haar man mishandeld.

Voor de ontstane spierschokken gaat patiente naar de huisarts. In eerste instantie volgt geruststelling "het zal wel weer overgaan".

Daarna krijgt ze fysiotherapie, onder anderen voor een hyperventilatiesyndroom, dat ze inmiddels ontwikkeld heeft. Als dit niet helpt, wordt ze naar de RIAGG verwezen.

Eengevolg van de onwillekeurige bewegingen is, dat patiente niet alleen boodschappen doet en zich niet in vreemde situaties begeeft. Haar familie en goede vrienden zijn gewend aan haar "geschok". Bij hen heeft ze er trouwens minder last van. Meer last heeft ze bij naar buiten gaan en bij spanningen.

Een lichamenlijk onderzoek, met name neurologisch, heeft niet plaatsgevonden. Patiente heeft korte tijd minor tranquillizers gebruikt zonder resultaat.

De therapeut is onder de indruk van de mate en frequentie van onwillekeurige bewegingen. Hij spreekt zijn twijfel uit over de mogelijkheid tot verdwijnen hiervan. Begonnen wordt met een registratie-opdracht: het aantal onwillekeurige bewegingen per dag en daarnaast het in de spiegel nauwkeurig gaan vastleggen van de volgorde, waarin de beweging plaats vindt.

Beide opdrachten voert zij zeer nauwgezet uit. De frequentie blijkt gemiddeld 445 keer per dag te zijn. De volgorde van de bewegingen blijkt steeds dezelfde te zijn: het begint met een kantelbeweging van

het bekken, waarna de lumbale thoracale en cervicale wervelkolom in draaiing komt, gevolgd door de rechterarm. Door vakantie en ziekte komt patiënte een paar maanden niet meer. De therapeut roept haar op. Deze periode blijkt zij geheel doorgeregistreerd te hebben. De frequentie van de onwillekeurige bewegingen is afgenomen tot + 300 keer per dag.

Patiënte krijgt als onverenigbare response in eerste instantie het fixeren van het bekken in de midstand (buik-, billen- en bekkenbodemspieren aangetrokken).

Dit omdat de eerste beweging altijd met het bekken begint. Er wordt haar gezegd, dat het zou kunnen zijn, dat als zij deze oefening op tijd begint, dus als zij een "tic" aan voelt komen, de andere bewegingen in borst, nek en arm wegblijven. Is dit niet het geval, dan kunnen er als tweede, derde enz. stap onverenigbare responsen voor de andere bewegingen geoefend worden.

Tevens wordt patiënte gevraagd nog even te wachten met de oefening, omdat de therapeut de onwillekeurige bewegingen graag op de video zou willen opnemen. Patiënte stelt voor toch vast te beginnen met de oefeningen omdat zij door het registreren in staat is de bewegingen na te doen voor een videoopname.

Zij zal de oefening bij iedere beweging gedurende 30 seconden uitvoeren. Na twee zittingen (drie weken) is de frequentie gedaald tot gemiddeld tien keer per dag. Met dit resultaat is patiënte meer dan tevreden. Zij voelt zich hiermee zeer goed in staat die dingen te doen, die zij is gaan vermijden.

Een follow-up na twee jaar laat een onveranderd beeld zien.

De behandeling heeft in totaal 6 zittingen in beslag genomen.

3. De heer Veneman is 50 jaar, als hij door de neuroloog naar de psychiatrische polikliniek wordt verwezen voor hypnotherapie.

Sinds twee jaar heeft hij in toenemende mate last van onwillekeurige, draaiende bewegingen in de hals, romp en beide armen. Er bestaat een scheefstand van het hoofd naar links met een duidelijke asymmetrie van de nekspieren. Deze klachten zijn ontstaan tijdens het gebruik van lithiumcarbonaat. Bijna tien jaar terug heeft patiënt voor het eerst een manische periode doorgemaakt, waarvoor hij toen enkele maanden Haldol en Nozinan gebruikte. In die tijd werd begonnen met de

lithiumprohylaxe. Vooral de eerste tijd verergeren de torticollis-klachten zodanig, dat patient niet meer in staat is zijn werk als analist te doen.

Bij zijn komst op de polikliniek kan hij door de klacht niet meer autorijden, nog slechts korte tijd lezen en t.v. kijken. Het bezoeken van schouwburg en bioscoop gebeurt niet meer. Voor deze klachten is hij door de neuroloog onderzocht, waarbij geen afwijkingen zijn gevonden. Aan behandeling heeft hij verschillende soorten medicijnen gekregen.

Met Arlane Sustets is een kleine verbetering bereikt. Het vervangen van de lithiumcarbonaat door Tegretol geeft een tijdelijke verbetering. Ditzelfde geldt voor Tetrabenazine. Lioresal, Inderal en Haldol hebben geen effect op de dystonie.

In het begin van de behandeling blijkt, dat registratie van de dystonie niet mogelijk is, omdat deze voortdurend aanwezig is. Besloten wordt daarom, dat de tijd, dat het hoofd recht gehouden kan worden geregistreerd zal worden.

Daarnaast wordt als oefening de volgende onverenigbare response voorgeschreven:

- het hoofd naar rechts draaien met de kin omhoog en fixeren in deze stand.

- de armen gestrekt naar achter en naar beneden trekken en fixeren.

De tijd, dat deze oefeningen volgehouden kunnen worden, zullen ook geregistreerd worden.

Tot slot wordt afgesproken, dat patient zijn eigen correctie op de dystonie, dit is het hoofd met beide handen vasthouden, achterwege laten. Dit omdat hij in feite hiermee het hoofd in de dystonie stand fixeert en dus de al bestaande spierhypertrofie versterkt.

Naast deze oefeningen wordt uitgebreid aandacht besteed aan relaxatie-oefeningen met behulp van hypnose. De trance-inductie verloopt zeer moeizaam, doordat patient zijn hoofdbewegingen als zeer storend ervaart. Als oplossing zal patient deze oefeningen doen in de houding waarin hij slaapt: dan zijn de dystone bewegingen afwezig.

Deze trance-inductie en ontspanningssuggesties worden op een cassettebandje opgenomen, en thuis door patient dagelijks geoefend. Hiermee is hij in staat goed te ontspannen. Daarna wordt getracht de dystone bewegingen rechtstreeks te beïnvloeden.

Gesuggereerd wordt, dat tijdens het ontspannen de bewegingen van de armen heel geleidelijk af zal nemen, en dat het bewegen van het hoofd naar rechts (dit is de niet-voorkeursstand) mee zal helpen steeds meer en meer te kunnen ontspannen. In 'trancé' leert patiënt zo zijn hoofd gedurende langere tijd stil te houden, en bewegen ook de armen minder, hoewel ze nooit helemaal stil liggen. Tijdens deze behandeling krijgt patient vrij snel meer controle over de dystone bewegingen, hoewel ze niet verdwijnen. Factoren als stress, moeheid e.d. verergeren de intensiteit. Patient blijft zijn hypnotische oefening gebruiken om korte tijd ontspannen te zijn. Het belangrijkste resultaat voor hem is, dat hij weer kan autorijden, langer kan lezen en zich minder uitgeput voelt.

De behandeling heeft 25 zittingen in negen maanden in beslag genomen. Ruim een jaar later blijkt verdere beïnvloeding van de bewegingen niet mogelijk te zijn geweest.

4. Mark van Sloten is 23 jaar, als hij door een maatschappelijk werkster wordt verwezen naar de RIAGG. Sinds een half jaar heeft hij in toenemende mate last van onwillekeurige draaibewegingen van het hoofd naar rechts, later gevolgd door draaiing van schoudergordel en strekbewegingen van beide armen. Bij zijn komst bestaat er een hoogstand van de linkerschouder en is er een torsiestand van de thoracale wervelkolom. Het hoofd staat naar rechts gedraaid en blijkt niet in de middenstand gedraaid te kunnen worden. Tevens is het bekken gekanteld en naar linksvoor gedraaid.

Voor emotionele problemen heeft hij al langere tijd gesprekstherapie bij de verwijzende maatschappelijk werkster. Het bespreken van zijn problemen (relatie- en werk-) verergert echter de dystonie.

Door de dystonie werkt hij al een paar maanden niet meer. Het gaan samenwonen met zijn vriendin heeft tot zijn verdriet de klachten alleen maar verergerd.

Voor de dystonie heeft hij tranquillizers van de huisarts gekregen en ontspanningsoefeningen van de fysiotherapeut. Dit zonder resultaat. Tijdens het eerste gesprek is er sprake van een sombere, wanhopige jonge man, die komt met de verwachting Haldol te zullen krijgen. Als dit niet snel effect heeft, wil hij opgenomen worden. Ook zijn vriendin heeft grote problemen met de gevolgen van zijn klachten: door zijn pijn,

moeheid en somberheid kan hij niet meer alleen thuis zijn.

De therapeut verricht zelf een oriënterend neurologisch onderzoek, waarbij geen afwijkingen worden gevonden.

De therapeut gaat in op patients verwachting Haldol te krijgen, en schrijft hem $3 \times \frac{1}{2}$ mg. daags voor. Tegelijkertijd uit hij echter zijn twijfel over het nut van deze medicatie en geeft een beschrijving van de Azrin-Munn behandeling. Hij vraagt patient alvast thuis drie-maal daags voor de spiegel de bewegingen te observeren, om meer bewust te worden van volgorde en tijdsduur van de spierbewegingen.

Inderdaad blijkt Haldol in deze hoeveelheid geen effect te hebben.

Besloten wordt door te gaan met het Azrin-Munn programma.

Patient wordt gevraagd de dystonie in tijd te registreren. Daarnaast zal hij iedere keer, dat de draaiing van het hoofd begint, als onverenigbare response toepassen: hoofd in middenstand - schouders naar beneden - armen op rug met handen in elkaar en fixeren.

Per dag blijkt patient $2\frac{1}{2}$ á 3 uur last te hebben van de dystonie.

Al vrij snel na het starten met de oefeningen thuis neemt dit af tot + 1 $\frac{1}{2}$ uur per dag. Naast de response-oefeningen leert hij ook relaxatie-oefeningen volgens Schultz.

In de loop van de tijd neemt de dystonie verder af, terwijl hij de Haldol-medicatie zelf afbouwt.

Het gaat zo goed, dat patient weer gaat werken. Dit leidt onmiddellijk tot toename van de dystonie, hetgeen patient echter weer terug kan dringen met behulp van de oefeningen. Na 10 zittingen in ruim drie maanden is de dystonie verdwenen. Ook de houdingsasymmetrie is verdwenen.

Inmiddels blijken er heel andere problemen zowel op het werk als in de relatie, waaraan al de laatste vier zittingen in toenemende mate aandacht is besteed. De behandeling van deze problemen is nog niet afgesloten. Met de dystonie blijkt het ook na ruim een jaar nog prima te gaan.

6. Discussie/Tot slot.

Zoals uit de inleiding is gebleken berusten de torsiedystonie en torticollis grotendeels op nog onbegrepen, waarschijnlijk neurofysiologische/biochemische, gronden.

De klachten kunnen zeer variëren, zoals ook blijkt uit de hierboven beschreven voorbeelden, waardoor invalidering zowel lichamelijk als psychisch gezien eveneens aanzienlijk varieert.

Ook bij een geringe invalidering is dystonie lichamelijk een vermoeiende klacht, terwijl het in het sociale contact toch altijd problemen geeft voor de patient.

De behandelmogelijkheden in strikt medische zin zijn nog steeds erg pover. Het gebruik van verschillende groepen medicijnen heeft slechts soms een tijdelijk positief effect. Daarnaast krijgt men de bijwerkingen van (langdurig) medicijngebruik gratis en voor niets erbij. Met name voor neuroleptica is het gevaar groot, dat na een tijdelijke verbetering de dystonie verergert of er andere extrapyramidale bijwerkingen ontstaan. Ook in de neurochirurgische ingrepen lijkt de oplossing van het dystonie probleem (nog?) niet te vinden te zijn. Behoudens een enkele niet onderlegde opmerking over een 70% succespercentage (Zeman en Dijken, 1968) van thalamectomie, zijn anderen bijv. Meares (1971), over neurochirurgische ingrepen nogal somber.

Uit de hier beschreven behandelingen van vier patienten met dystone bewegingen kan men ook opmerken, dat er in geen van de vier sprake is van een volledig herstel. Bij drie van de vier (nr. 1,2 en 4) is er sprake van een aanzienlijke verbetering. Bij de derde patient is de verbetering veel minder, maar voor hem lijkt toch heel belangrijk te zijn, dat zijn actieradius vergroot is door weer te kunnen autorijden.

De gevalsbeschrijvingen laten ook zien, dat het niet altijd een zeer kortdurende behandeling is. In feite hebben er bij drie van hen toch 10 of meer zittingen plaats gevonden, bij twee zelfs 16 zittingen of meer. Deze lange duur voor een op zich simpel-ogend-programma als ontspanning-via-hypnose en het aanleren van de onverenigbare respons op de dystone beweging hebben te maken met twee problemen bij deze behandeling:

1. Bij de inductie van een hypnotische trance bij patienten met een dystonie, blijkt de dystone beweging erg storend te werken op het

concentratievermogen bij velen. Het probleem begint al bij het kiezen van een inductieprocedure: het kiezen van de oogfixatietest leidt in het algemeen tot een mislukking door het niet kunnen stilhouden van het hoofd.

Het vinden van een juiste inductie- en verdiepingsmethode bij mensen met dystonie kost veelal meer tijd en meer inventiviteit dan bij mensen, die stil kunnen zitten. Bij de derde patient wordt als oplossing van dit probleem gekozen voor een trance-inductie in die houding, waarin de patient slaapt, dat wil zeggen waarin hij zonder dystone bewegingen is.

2. Het programma van Azrin en Munn bij tics houdt in, dat iemand gedurende bijvoorbeeld 30 seconden de onverenigbare response uitvoert, als hij de tic voelt aankomen en deze response drie minuten uitvoert als de tic toch plaatsvindt, gaan lijken op een zware last. De meeste patienten met dystonieën scoren een hoge dagelijkse frequentie als ze registreren. Het is meestal onmogelijk in die gevallen de onverenigbare response consequent bij iedere beweging te laten toepassen. Vaak hebben ze pijnklachten door de eenzijdige spierhypertrofie en zijn mede hierdoor aan het eind van hun latijn. Een programma kan dan gaan inhouden, dat patienten meerdere keren per dag gedurende enkele minuten de onverenigbare response oefenen. Deze tijd en frequentie kunnen dan opgevoerd worden.

Daarnaast kan men er van uitgaan, dat het corrigeren van een al lange bestaande houdingsafwijking tijd en veel oefening kost.

Ten aanzien van de resultaten van de behandeling bij deze vier patienten kan men nog opmerken, dat de follow-up zeker bij de jonge patienten aan de korte kant is. Dit omdat het beloop van een torsiedystonie kan zijn remissie en exacerbatie.

Tevens lijkt het aan te bevelen bij een grotere groep patienten deze behandeling uit te voeren en nauwkeurig te beschrijven en vervolgen.

Ondanks deze beperkingen lijkt het de moeite waard torsiedystonie en torticollis op deze wijze te behandelen, voor men overgaat op medicijngebruik of neuro-chirurgische ingrepen.

COSCHAP KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE II

Voorzichtig open ik
de als een bizarre bloem
aan het hoofd
ontstoken kelk.

Ik gluur naar binnen
en opeens
zie ik
waarom patiënte
zo ruziede.

Een dikke cerumenprop
verklaart
de verminderde reactie
de verminderde respons,
met een cerumenhaak
dring ik binnen,
een zacht kreetje,
dan een berustend wachten.

Vele bevende pogingen,
ten slotte is het daar,
met een zucht
bevrijden we ons van elkaar,
waarna
ik de gevulde cerumenhaak
in de daarvoor bestemde
bak werp.

juli 1968.