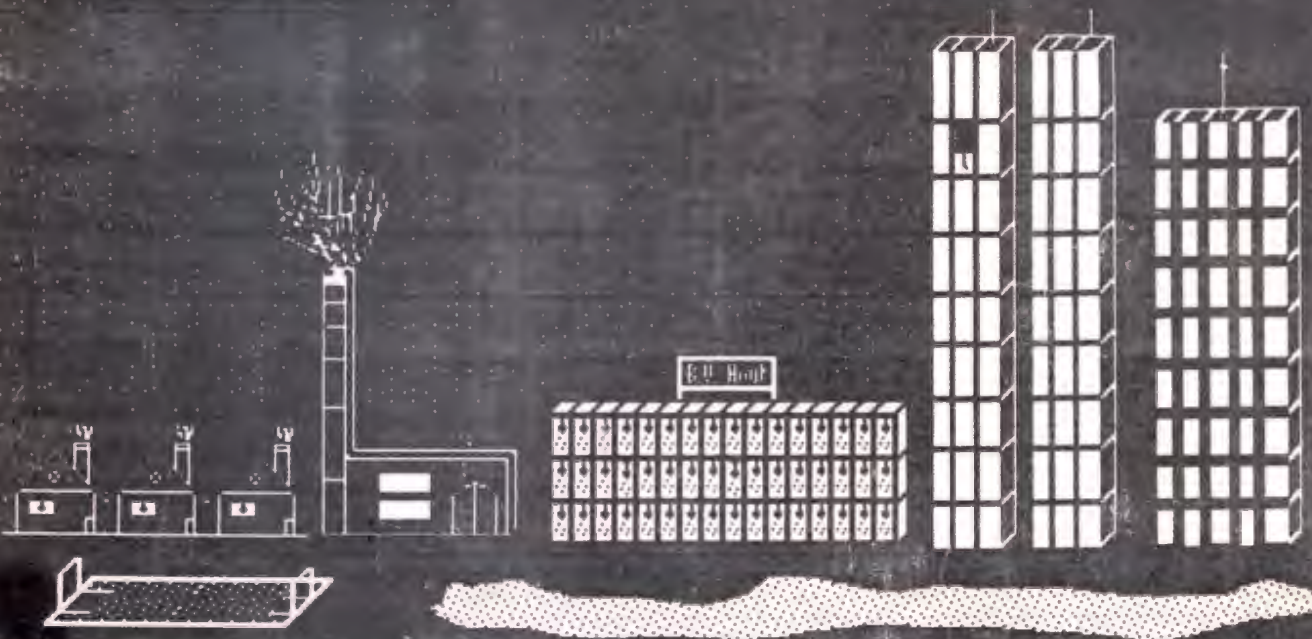
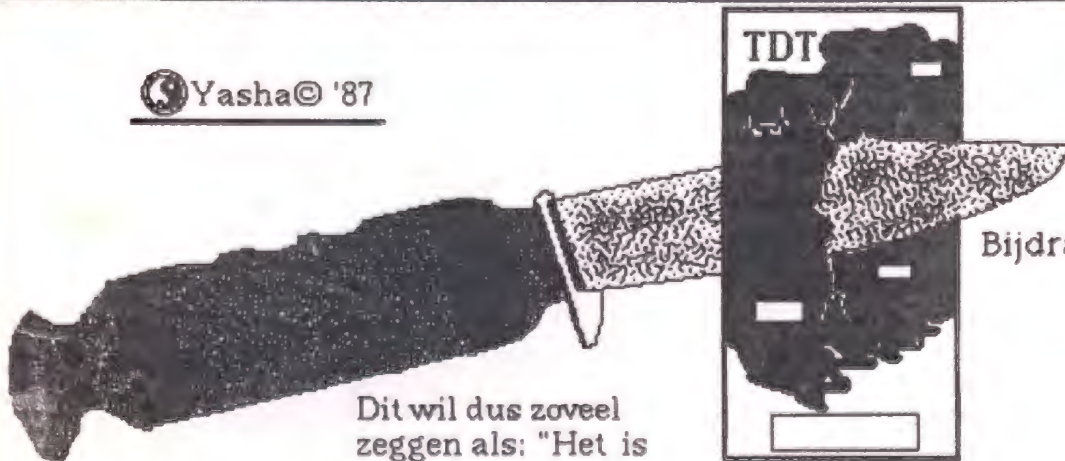


TDT (het echte, stoere mannenblad !!)



YASHA WAS HERE!

Yasha© '87



Dit wil dus zoveel  
zeggen als: "Het is  
afgelopen met het vorige  
nummer



Tijdschrift voor  
Directieve Therapie.  
1987, jaargang 13  
aflevering 1

Bijdragen van: R. van Dijk  
K Hoogduin  
L. Joele  
A. Lange  
D. Oudshoorn  
K. v/d Velden  
(c.p.?)

Eindredactie: K v/d Velden

Januari 1988

DE H.H. REDACTEUREN VAN TDT  
Prof. Dr. R. Van Dyck, psychiater  
Prof. Dr. C.A.L. Hoogduin, zenuwarts  
L.J. Joele, zenuwarts / directeur  
Dr. A. Lange, klinisch & sociaal psycholoog  
D.N. Oudshoorn, psychiater / directeur / hoofd  
Kees van der Velden, *nog niets*

- Ten geleide :*
- Richard Van Dyck & Jannie Keegstra, **Behandeling van een vrouw met eetstoornissen.** 3  
Dick N. Oudshoorn, **Twee seksueel misbruikte jongens.** 18  
Kal, **Over de behandeling van As-II-problematiek; 2, de narcistische persoonlijkheidsstoornis.** 35  
Leen Joele, **Zilver van oud, brons van nu.** Leen Joele, **Notitie ten behoeve van de studiedag Beleid en identiteit; titel: Van Evangelie via identiteit tot professionele zorg - Geen snelweg.** 38  
Kal, **Diagnostiek in de praktijk.** 46  
Kees Hoogduin, **Over de behandeling van de motorische conversiestoornis.** 48  
Alfred Lange, **Voorwoord bij het volgende artikel.** 67  
Alfred Lange en anderen, **Het volgende artikel.** 68  
Kees van der Velden, **Virilitas.** 100



Omslag

YASHA  
LANGE

TEN **GELEIDE!**



Nog *nooit* waren we er zo *snel* bij!  
 Het nieuwe jaar is nog maar net begonnen of daar is  
 weer zo'n tof, dik, vet nummer van *jouw eigen* TDT!  
 Wij van TDT maken dit waanzinnig heftige  
 mannenblad omdat *jij* op die **te gekke** stukken kickt!

**DEZE WEEK** onder andere:

**COOL!**

Heb *jij* Vooroordelen?

**Verlammingen** - Best wel *heavy* ... Wat kan jij ermee?

Heb *jij* een boodschap aan dat **onwijs gave** Evangelie??!

**Jouw Narcisme**, hoe zit het daarmee....?

Wanneer *jij al* te COOL bent...

**Seks** met *jouw* vrienden... Kan dat?

Als *jij* je eten *al* te GAAF vindt...

**POW!**

1

Het eerste artikel is bij vier redacteuren al bekend. Dat schiet dus wel **verdomd** lekker op, zeg!

Het tweede artikel is erg **heavy**, Dick! Twee onwijs misbruikte boys. Wreed zeg! Lijkt wel Oude-Pekela!

Kal schreef een gers stuk over een gigantisch **leugenbeest!** Niet depro te noemen, eerder **vet!** Leen heeft als een waanzinnige zitten printen! Lijkt me geen grof dot-matrix werk, maar zuivere NLQ als het al geen LQ is. Twee te gekke **raps** en een **billen** story over Jesus!!

Een **kicken** stuk van Kal over een vette mafkees! Flippen jongens!

Heftige **lyrics** van Kal over mafketels met **doolie** **poten!** Niet normaal meer!

Lange gaat waanzinnig lekker uit zijn dak in een krankzinnig stuk over ~~waanzinnige ideeën~~ **jou!!**  
**Asociaal!**

Ik zei de gek schreef gewoon te gaaf **wauw** voor **jou!**

Yasha heeft onwijze grafitti gepaint voor de cover van jouw TDT.

Ga maar eens helemaal uit jouw **mind**, jij! En mail eens wat je vindt!

De mazzel! **Billen!**

Jouw Boss!

2

## BEHANDELING VAN EEN VROUW MET EETSTOORNISSEN

Richard Van Dyck & Jannie Keegstra

### INLEIDING

In dit artikel wordt een behandeling van een jonge vrouw met eetstoornissen besproken. Een goed lopende behandeling kan het beste gezien worden als het resultaat van een samenwerking: voor deze bijdrage geldt dit ook voor de verslaglegging. De diverse onderdelen van de therapie worden door de patiënte beschreven en besproken. De gang van zaken was dat de therapeut ter gelegenheid van een follow-up gesprek, ruim een jaar na afsluiting van de therapie, aan de patiënte vroeg om haar ervaringen met de behandeling en haar visie op wat wel en niet had geholpen op schrift te stellen. Dit verslag vormt de kern van het artikel. Het wordt voorafgegaan door gegevens uit de voorgeschiedenis en de taxatie en gevolgd door een beschouwing. Uiteraard is de naam van de patiënte een pseudoniem. Er zijn verder enkele details veranderd die gemakkelijk tot herkenning zouden kunnen leiden. Voor de rest zijn er geen wijzigingen in haar verslag aangebracht.

### DE AANMELDING

Bij haar aanmelding was Jannie 22 jaar en had ruim drie jaar last van vreetaanvallen die in frekwentie fluctueerden tussen dagelijks en twee maal per week. Deze aanvallen die een half tot een heel uur duurden vonden in het geheim plaats; bij die gelegenheden at ze grote hoeveelheden calorierijk voedsel die anders voor haar "verboden" waren, zoals ontbijtkoek en kaas. Tijdens een dergelijke vreetaanval had ze het gevoel dat ze zichzelf niet meer onder controle had. Onmiddellijk na afloop braakte ze het eten weer uit door haar vinger in de keel te steken. De eetaanvallen konden optreden na uiteenlopende aanleidingen: als ze zich ergens schuldig over voelde, bijvoorbeeld over een eerdere eetaanval, als ze moe of gespannen was of als ze zich eenzaam voelde. Buiten de aanvallen hield ze zich aan een strikt diët om zoveel mogelijke gewichtstoename te vermijden. Met haar lengte van 1.69 mtr. was haar gewicht van 52 kg. subnormaal. Zij gebruikte geen laxantie. Alco-

holgebruik kwam slechts sporadisch voor en drugsgebruik helemaal niet. Ten tijde van de aanmelding gebruikte ze de pil als anticonceptie; haar menstruatie was regelmatig. Tijdens het jaar voorafgaande aan het begin van de eetaanvallen was ze drastisch afgevallen als gevolg van diëten en veel lichaamsbeweging: ze vermagerde toen van 60 kg. naar 45 kg. In die tijd bleef ook haar menstruatie achterwege. Zonder de bemoeienis van hulpverleners kwam ze er toe om geleidelijk een hoger gewicht te tolereren. Haar gewicht bij aanmelding was evenwel voor haar een maximum dat ze niet meer wenste te overtreffen, vooral uit angst dat ze een buikje zou kunnen krijgen.

#### Verdere taxatie

Relevante gegevens uit haar voorgeschiedenis zijn dat ze de middelste van drie kinderen en tevens de enige dochter is. Met haar beide broers hebben haar ouders veelvuldige conflicten gehad. Jannie daarentegen deed haar best om met beide ouders een goede relatie te onderhouden, hoewel die onderling veel spanningen hadden over het alcoholmisbruik van vader dat inmiddels tot medische complicaties had geleid.

Na het VWO begon ze aan een studie geschiedenis, die matig vorderde omdat ze vaak te moe en te gespannen was om te studeren. Ze had een vaste vriend die ze kende vanaf de middelbare school. Sinds het laatste jaar woonde ze met hem samen in de universiteitsstad, waar hij eveneens studeerde. Behalve haar vriend had ze in de studentenwereld nauwelijks sociale contacten.

Naar haar eigen zeggen was hun rolverdeling traditioneel: ze hield er van haar vriend te verzorgen en voelde zich te kort schieten als ze dat niet deed. Ze zag tegen hem op en vond dat ze in vergelijking tot hem weinig voorstelde. In sexueel opzicht vond ze zichzelf geremd; ze voelde zich "hoerig" als ze initiatieven zou nemen.

In het bovenstaande komen twee punten naar voren die typerend waren voor haar hele psychologisch functioneren: een lage zelfwaardering en een uitgesproken neiging om zich ten dienste van anderen te stellen. Bovendien was ze veeleisend en perfectionistisch als het om haar verantwoordelijkheden tegenover anderen ging, hetgeen uiteraard schuldgevoelens in de hand werkte. Het uiten van negatieve gevoelens t.o.v. anderen kwam niet voor: zij was zich eigenlijk niet bewust van derge-

lijke gevoelens.

In diagnostisch opzicht was er sprake van anorexia nervosa die is overgegaan in een boulemisch syndroom. Deze samenhang die in de DSM-III in feite wordt ontkend, blijkt in werkelijkheid vaak voor te komen (vgl. Vandereycken & Meerman, 1984). Behalve de typische angst om dikker te worden, waren verschillende bijkomende kenmerken aanwezig die bij deze diagnose passen (vgl. Norré & Vandereycken, 1986): beperkte sociale relaties, geringe seksuele ontplooiing en moeite met het herkennen van negatieve gevoelens. Daarentegen was er geen sprake van een depressieve stemming of van problemen met impulscontrole zoals alcoholmisbruik.

Verdere psychopathologie was niet opvallend, hetgeen bevestigd werd door de scores op enkele vragenlijsten die bij de aanmelding waren afgenomen. Op de SCL-90, een klachtenvragenlijst met o.a. subscores voor angst, depressie en somatisering (vgl. Arrindell & Ettema, 1987) scoorde zij duidelijk lager dan de gemiddelde polikliniekpatiënt; haar scores lagen eerder in de buurt van de gezonde referentiegroep. Ook op de Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst (Luteijn et al. 1985) waren haar scores niet extreem. T.o.v. een gezonde normgroep was er o.a. een hoge inadequatie en een lage zelfwaardering, die beide overigens niets afweken van het gemiddelde voor psychiatrische populaties.

#### De therapie

Recent verscheen in Dth een voortreffelijk overzicht van modellen en behandelingsstrategieën voor bulimia nervosa (zie Norré & Vandereycken 1986). In het door deze auteurs geschetste kader kan de behandeling van Jannie het beste bij de "eclectische benaderingswijzen" ondergebracht worden, wat gezien de persoon van de therapeut geen verrassing kan zijn.

In de behandeling waren twee hoofdlijnen te onderkennen: ten eerste het corrigeren van een aantal verkeerde opvattingen, tegenwoordig dysfunktionele cognities genoemd, waaronder die over gewicht en uiterlijk evenals de verregaande manier waarop eigen behoeften ondergeschikt werden gesteld aan die van anderen. Vooraleer dit laatste punt het onderwerp kon zijn van een gerichte opdracht - bijvoorbeeld om gedurende de komende periode een aantal keren iets te weigeren dat haar gevraagd

werd- was het nodig om Jannie er op attent te maken dat er ook eigen behoeften waren waaraan voorbijgegaan werd. Hiertoe werden dagboeken en registratieopdrachten gebruikt als uitgangspunt voor het gesprek tijdens een sessie.

De tweede hoofdlijn was het onderkennen van de directe aanleidingen tot een boulimie-aanval en het voorbereiden van een meer adequate reactie wanneer een herkenbaar patroon van uitlokkende factoren was geïdentificeerd. In veel gevallen had dit te maken met het eerder geïdentificeerde probleem van het miskennen van behoeften, niet alleen in interpersoonlijke situaties, maar ook wanneer zoiets als vermoeidheid in het spel was. Tegelijk werd gezocht naar manieren om de opkomende neiging tot een aanval tegen te gaan. Behalve relaxatie werd bijvoorbeeld een wandeling of een schrijfopdracht geadviseerd. Een nauwkeurige registratie van de aanvallen, en later ook van de mogelijke uitlokkende factoren vormde uiteraard de basis van deze adviezen.

Al snel werd het punt bereikt dat gedragsverandering van de kant van Jannie ook directe gevolgen voor anderen zou krijgen. Om te voorkomen dat dit tot moeilijkheden zou leiden, werd vanaf de zevende zitting haar vriend mee uitgenodigd.

Henri bleek er in principe geen problemen mee te hebben dat Jannie zich niet meer in de eerste plaats voor zijn welzijn zou inzetten. Eigenlijk had hij haar zorgen soms wel eens als wat benauwend ervaren. Verder werd duidelijk dat hij zelf last had van hypochondere preoccupaties, die hem hinderden bij zijn studie en er toe leidden dat hij bij herhaling geruststelling zocht bij Jannie. Op die manier was zijn onzekerheid een factor die de overmatig zorgzame instelling van zijn vriendin in stand hielp houden. Het streven werd om in de scheve rolverdeling wat meer evenwicht te brengen. Hij zou zijn zorgen, voorzover ze zijn preoccupatie met kanker en andere aandoeningen betroffen, niet meer tot onderwerp van gesprek maken. In plaats daarvan zou hij trachten door hardlopen de morbide gedachten op de achtergrond te krijgen. Daarentegen werd in een later stadium aan haar gevraagd om tenmiste een keer per week steun te zoeken bij Henri in plaats van haar problemen steeds voor zich te houden.

Ook de relatie tot haar ouders werd na verloop van tijd een gesprekstema, vooral toen bleek dat de inmiddels in aantal teruggelopen



boulimie-aanvallen nog regelmatig voorkwamen als zij thuis bij haar ouders logeerde. Er was een begrijpelijke bron van spanning in deze situatie: vader beklagde zich in vertrouwelijke gesprekken met Jannie over allerlei tekortkomingen van zijn vrouw die hij tevens als excuus naar voren bracht voor zijn alcoholgebruik. Jannie kon zich aan deze gesprekken niet onttrekken, maar wilde evenmin haar moeder afvallen, zodat een bezoek aan het ouderlijk huis onvermijdelijk uitliep in gevoelens van onmacht en tekort schieten. Jannie gaf er de voorkeur aan dat haar ouders niet aan de gesprekken op de polikliniek zouden deelnemen. Toen ze er van overtuigd was dat ze de gang van zaken thuis niet kon veranderen en de vertrouwelijkheden van haar vader voor niemand enig positief effect hadden, ging ze er mee akkoord om vader aan te kondigen dat ze naar zijn klachten over moeder voortaan niet meer zou luisteren.

Een laatste thema waar een aantal gesprekken aan werden gewijd was de gewoonte om door "doemdenken" de al bestaande moeilijkheden nog erger te maken. Ook hier waren dagboeken, naast het registreren van succeservaringen, een waardevol hulpmiddel om een meer realistische en dus positievere zelfbeoordeling in de hand te werken.

Het eclecticische van deze behandeling bestond er uit dat naast een ruim aantal cognitieve interventies ook zelfcontroletechnieken en relaxatie werden gebruikt. Bovendien werd veel aandacht besteed aan relationele aspecten van de klacht en van de gewenste veranderingen. De behandeling omvatte 28 sessies over een periode van twee jaar. De eerste zes maanden vond er één zitting per twee weken plaats, het laatste driekwart jaar één per twee maanden.

De frekwentie van de boulimie-aanvallen zakte al snel naar twee per week. In de periode dat Henri aan de gesprekken begon deel te nemen en ook ontspanningsoefeningen waren aangeleerd, daalde het aantal aanvallen tot ongeveer twee per maand. Ten tijde van de gesprekken over de situatie thuis was dit nog één maal per maand.

Op dat moment bestond bij Jannie en bij de therapeut de indruk dat het vooral nog een kwestie van tijd zou zijn om zich met de nieuwe gedragspatronen verder vertrouwd te maken. Ze voelde evenwel nog behoefte aan verdere behandeling met de bedoeling om meer vertrouwen op te bouwen wat betreft haar functioneren in sociale kontakten. Op dat moment be-

stond de mogelijkheid tot aanmelding voor een groepstherapie, en op dit voorstel besloot zij in te gaan.

#### VERSLAG VAN DE PATIËNTE OVER DE THERAPIE

In dit verslag zal ik puntsgewijs weergeven hoe ik de therapie ervaren heb, Daarbij zal ik beschrijven welke methoden er tijdens mijn behandeling werden toegepast en in hoeverre zij een positieve invloed hadden en nog hebben.

Ook zal ik een aantal punten naar voren brengen die niet zo duidelijk vallen onder middelen waarmee ik gericht mijn problemen kon aanpakken maar die, achteraf gezien, toch van grote invloed zijn geweest op mij. Tenslotte geef ik in de conclusie weer welke aspecten van de therapie ik nu, terugkijkend, het meest waardevol acht.

In mei 1982 ben ik op aanraden van een vriend bij Van Dyck in therapie gegaan. Ik wist toen reeds enige tijd dat mijn gedrag in hoge mate overeenstemde met anorexia nervosa. Ik vermagerde echter niet meer, ik was zelfs alweer wat aangekomen, maar wel had ik last van bijna dagelijkse boulimieën. Ik had destijds geen andere verklaring voor dit gedrag dan dat ik bang was om dik te worden. Van de therapie verwachtte ik om mijn angst om aan te komen kwijt te raken en daarmee van mijn boulimie gedrag, zonder dat een toename in gewicht nodig zou zijn.

#### Het ideale gewicht

Een eerste aspect van de therapie dat mij nogal raakte was Van Dyck's mededeling dat ik onder gewicht was en dat ik met mijn lengte (1.69) tussen de 57 en 61 kilo behoorde te wegen. Dat was destijds allerminst wat ik met de behandeling hoopte te bereiken. Toch was deze mededeling van belang in die zin dat ik enerzijds het gevoel kreeg dat mijn gewicht nog in de "veilige zone" lag (+ 6 kilo onder de gevreesde 57 kilo) en dat ik zelfs rustig nog wat kon aankomen. Anderzijds was deze opmerking de aanzet voor een geleidelijk opkomend besef dat mijn ideeën over het ideale gewicht niet overeenkwamen met de realiteit. Zo drong het langzaam maar zeker tot mij door dat mijn eetdrang mede veroorzaakt werd door een puur lichamelijke behoefte.

### Het rooster

Vanaf het begin van de therapie kreeg ik roosters mee naar huis waarin ik precies kon aangeven op welke dag en op welk uur ik een boulimie had gekregen. Het gebruik van deze roosters heb ik steeds als zinvol ervaren omdat ik aan de hand daarvan meer duidelijkheid kon verschaffen zowel aan mijzelf als aan de therapeut, over het verloop van mijn boulimiegedrag. Het rooster maakte het mogelijk bepaalde vaste patronen in dit gedrag te ontdekken waarop dan gemakkelijker ingespeeld kon worden.

Soms vond ik het echter wel pijnlijk om een "vol" rooster aan de therapeut te laten zien en had ik daardoor het idee dat ik geen stap verder was gekomen. Maar in de gesprekken bleek dan juist weer dat aan de hand van het rooster effectief nagegaan kon worden wat er precies was gebeurd en waarom.

Later werd het rooster aangevuld doordat ik op aanraden van de therapeut aangaf of ik een kleine dan wel een grote boulimie had gehad. Zo kwam ik erachter dat de omvang van mijn eetbuien in de loop van de tijd aanzienlijk was afgenomen, iets wat mijn zelfvertrouwen versterkte. Ook werd het rooster uitgebreid door aan te geven of ik bij mijn ouders dan wel bij mijzelf thuis een boulimie had gekregen. Daardoor bleek dat ik bij mijn ouders relatief vaker last had van boulimieën, wat mij de mogelijkheid verschafte er beter bij stil te staan welke factoren daarop van invloed waren.

### De schriftjes

In het eerste jaar van mijn therapie kreeg ik de opdracht om in twee schriftjes te schrijven. Na enige gesprekken was namelijk naar voren gekomen dat er zich in mijzelf een voortdurend conflict afspeelde tussen als het ware twee persoonlijkheden. In elk van de schriftjes zou ik één van die persoonlijkheden beschrijven en aangeven wanneer de ene persoon de overhand had op de andere. Al spoedig bleek dat het ene type, dat ik het best kan omschrijven als een soort overactieve, verzorgende moederspersoon met een overdreven gevoel van verantwoordelijkheid en een a-sexueel gedrag, in mij overheerste. De andere persoon, nonchalant, vrouwelijk en aandachtig voor zichzelf werd meestal onderdrukt en dat gaf, besepte ik, veel spanning. Als ik in de

schriftjes schreef werd ik echter ook gespannen en raakte ik vaak in de war omdat ik het moeilijk vond om mijzelf als een dubbele persoon te beschouwen.

Het schrijven in de schriftjes heb ik daarom niet zolang volgehouden. Toch is het naar mijn mening een onmisbare fase in mijn behandeling geweest. Eigenlijk werd ik me er via deze methode voor het eerst van bewust dat er ook nog een andere kant aan mij was die er vroeger veel duidelijker was geweest. Ik kwam erachter wanneer en onder welke omstandigheden deze naar de achtergrond werd gedreven. Door erover te schrijven en te praten kreeg die kant weer wat meer vorm en schonk ik er ook meer aandacht aan. Geleidelijk aan besepte ik daardoor dat er een relatie bestond tussen vermagering en boulimie enerzijds en de onderdrukking van een aantal diepere verlangens anderzijds.

#### Ontspanningsmethoden

Omdat ik meestal van te voren een boulimie voelde aankomen door een snelle toename van spanning hebben we een aantal methoden bedacht om eerder in te grijpen bij opkomende gevoelens van spanning teneinde die te verminderen en zo een boulimie te voorkomen. Zo heeft de therapeut een bandje voor mij samengesteld met een ontspanningsoefening. Het bandje werd in mijn aanwezigheid gemaakt. Het begint met een oefening om het lichaam te ontspannen en vervolgens wordt er een verhaaltje verteld waarvan ikzelf te kennen had gegeven, dat ik het prettig vond. Dat bandje zou ik elke dag op een vast tijdstip draaien en tevens als ik spanning voelde opkomen.

Het lukte mij vrij goed te ontspannen met behulp van het bandje, maar ik slaagde er vaak niet in er effectief gebruik van te maken. Meestal dacht ik er pas aan als ik reeds erg gespannen was en dan kon ik het niet meer opbrengen het bandje af te draaien of kon ik me er niet goed meer op concentreren. Bovendien was er ook niet altijd de gelegenheid om naar het bandje te luisteren, bijvoorbeeld als ik bij mijn ouders verbleef. Daarom werden er een aantal alternatieve ontspanningsmethoden bedacht waarbij werd ingespeeld op maatregelen waarvan ik al had ondervonden dat zij een ontspannende werking op mij hadden. Dit waren: yoga oefeningen, naar muziek luisteren, naar buiten gaan en wandelen, en een poosje gaan liggen. Bij het laatste trachtte ik me overigens te

ontspannen op de wijze van het bandje. Van al deze middelen heb ik regelmatig gebruik gemaakt en van tijd tot tijd slaagde ik er inderdaad in op die wijze een boulimie te voorkomen. Het bleek echter nog heel moeilijk te zijn om het boulimie gedrag, waar ik zo vertrouwd mee was geraakt en dat min of meer de vorm van een verslaving had aangenomen, te doorbreken. Pas de afgelopen twee jaar is dat goed gelukt mede doordat ik steeds effectiever gebruik ben gaan maken van de ontspannende maatregelen, met name door naar buiten te gaan om te wandelen of te fietsen of door te gaan liggen als ik spanning voel opkomen.

#### Maatregelen op het terrein van mijn relatie

Op een gegeven moment, toen gebleken was dat een aantal van mijn problemen geworteld waren in mijn relatie, heeft de therapeut mij gevraagd of mijn vriend, Henri, mee naar de therapie kon komen. In de gesprekken waaraan mijn vriend deelnam werd de aandacht vooral gericht op twee probleemgebieden, die grote spanningen binnen onze relatie veroorzaakten. In de eerste plaats mijn angst om niet alles op orde te hebben op huishoudelijk terrein met inbegrip van een zo volledig mogelijke verzorging van Henri. In de tweede plaats Henri's angst voor ziekten en zijn slaapproblemen, waarvoor hij ook voortdurend mijn aandacht vroeg.

Zowel Henri als ik kregen een aantal opdrachtjes mee naar huis om deze problemen aan te pakken. Zo kreeg Henri de opdracht één keer per week een huishoudelijke activiteit te verrichten. Voor zijn slaapproblemen en zijn angst voor ziektes kreeg hij een ontspanningsbandje mee en het advies om elke dag in een dagboek te schrijven. Tenslotte werd hem aangeraden om dagelijks een eindje hard te lopen. Ik kreeg de opdracht om op Henri's geklaag over ziektes niet meer geruststellend te reageren maar veeleer te bevestigen dat hem inderdaad iets mankeerde.

Van al deze maatregelen bleek allereerst het advies om dagelijks hard te lopen direct succesvol omdat het lopen Henri's vertrouwen in zijn lichamelijke capaciteiten versterkte en ontspanning met zich meebracht. Met het luisteren naar het bandje en het schrijven in het dagboek had hij veel meer moeite, hij raakte er juist meer gespannen van. Toch maakt Henri nu weer dankbaar gebruik van deze hulpmiddelen om zich te ontspannen. Zelf heb ik indertijd niet zoveel gemerkt van di-

recte resultaten van deze maatregelen in die zin dat Henri er rustiger van werd, maar des te meer van twee indirecte gevolgen. In de eerste plaats verschoof Henri's aandacht voor ziektes naar zaken van spanning en ontspanning. In de tweede plaats ging hij steeds meer zelf naar oplossingen zoeken om zijn spanning of angsten te verminderen in plaats van mij daarnaar te vragen. Deze twee veranderingen hebben het veel gemakkelijker gemaakt om samen over zijn problemen te praten, omdat ik me minder verantwoordelijk en minder machteloos ging voelen.

Mijn opdracht om vragen over ziektes te negeren of bevestigend te beantwoorden vergat ik nogal eens, maar werkte wel indien toegepast in die zin dat het praten over ziektes meestal direct ophield. Ook nu nog bouw ik op het idee voort door Henri te verwijzen naar de dokter als het klagen over een ziekte weer eens de kop op steekt. En dat blijkt een succesvolle methode om er een eind aan te maken.

Ook op huishoudelijk gebied is er verandering opgetreden, niet zozeer door Henri's opdracht die eigenlijk niet zoveel voorstelde, maar veel eerder doordat er nu samen met Henri gesproken werd, zowel in als buiten de therapie, over de problemen die ik had met betrekking tot het huishouden. Zo bleek dat de volledige verzorging van Henri niet alleen mijzelf teveel belastte maar ook Henri dikwijls benauwde en zijn zelfstandigheid ondermijnde. Langzaam groeide het besef dat onze relatie er niet onder leed maar er juist baat bij had als ik me minder bekommerde om huishoudelijke zaken. Bovendien lette ik door gesprekken meer op waar ik in de praktijk mee bezig was en daardoor kwam ik erachter dat een deel van Henri's huishoudelijke inactiviteit gelegen was in het feit dat ik zeer moeilijk iets uit handen gaf.

Tenslotte heeft het feit dat Henri ook een tijdje aan de therapie heeft deelgenomen ertoe geleid dat wij elkaar beter zijn gaan begrijpen. Henri schenkt meer aandacht aan mijn problemen en ik ben sindsdien aanzienlijk opener geworden en ook meer aandacht aan mijzelf gaan vragen in onze relatie.

#### Het dagboek

In 1984 heb ik een tijdje apart gewoond, samen met een vriendin, en in die tijd maakte ik me nogal veel zorgen over allerlei zaken, zoals

mijn woonsituatie, mijn studie, mijn vader en mijn relatie met Henri. Op aanraden van de therapeut ben ik toen in een dagboek gaan schrijven. Ik schreef er 's avonds in, voor het slapen gaan en ik heb daar in die tijd veel steun aan gehad. Door de dingen die mij bezig hielden op te schrijven kon ik er makkelijker afstand van nemen of ze beter relativieren. Temeer daar ik ook de plezierige gebeurtenissen die ik dagelijks meemaakte opschreef. Ik ben vrij abrupt met het schrijven in het dagboek gestopt toen ik verhuisde en onder Henri kwam te wonen. Ik denk dat ik het toen niet meer zo nodig had, omdat een aantal van mijn zorgen van mij afgevallen waren.

#### De gesprekken met de therapeut

Ik denk dat indien al de bovenstaande adviezen en methoden in een boekje voor mij beschikbaar zouden zijn ik iets wezenlijks gemist zou hebben. Ik vond het, vooral in het begin, heel belangrijk om met iemand te kunnen praten over mijn moeilijkheden die naar mijn idee objectief, deskundig en geïnteresseerd was.

Bovendien heb ik meer inzicht gekregen in mijn eigen gedrag, doordat de therapeut naar mijn mening in staat was enige structuur in de door mij geuite gedachten en emoties aan te brengen, de belangrijke punten uit mijn verhalen te halen en ze op zijn wijze weer te geven, waardoor ik er op een andere manier tegen aan kon kijken.

Zo heb ik voor wat betreft mijn relatie tot mijn ouders veel steun gehad aan de gesprekken met Van Dyck. Door zijn vragen en zijn opmerkingen werd mij duidelijk wat voor een rol ik dikwijls ten opzichte van hen speelde en leerde ik erover na te denken of die rol wel de gewenste resultaten opleverde. Ook wees hij mij op de mogelijkheid om een andere houding ten aanzien van hen in te nemen in bepaalde situaties, die zou leiden tot een gezondere relatie. Inmiddels is mijn houding inderdaad veranderd en naar mijn ervaring strekt dat zowel aan mijn ouders als aan mij tot voordeel.

#### Conclusie

In het voorafgaande heb ik aangegeven welke onderdelen uit de therapie ik van belang acht en waarom. Concluderend zou ik echter in de eerste plaats willen stellen dat de toepassing van slechts één van deze on-

derdelen niet veel zou hebben uitgehaald. Het is het totaal van de combinatie van hulpmiddelen en adviezen die tot het uiteindelijk resultaat hebben geleid.

In de tweede plaats was het vertrouwen in de deskundigheid van de therapeut van doorslaggevend belang voor de waarde die ik aan de opdrachten en adviezen hechtte.

In de derde plaats was de "feedback" met de therapeut naar mijn mening onmisbaar voor de effectieve uitvoering van de hulpmiddelen.

Deze drie factoren hebben ertoe geleid dat er een leerproces bij mij op gang is gezet dat in de eerste plaats resulteerde in een groter zelfbewustzijn, een beter besef van eigen identiteit en eigen mogelijkheden. In de tweede plaats stimuleerde het mij om zelf naar oplossingen voor mijn problemen te zoeken en om eigen activiteiten te ontplooiën. Tenslotte heb ik geleerd (mede dankzij de groepstherapie die ik hierna zal bespreken) om op eigen benen te staan en zonder behandeling door het leven te gaan.

Uiteindelijk hebben al deze positieve ontwikkelingen ertoe bijgedragen dat ik vrijwel geheel van het boulimiegedrag ben afgekomen.

#### Groepstherapie

Ik nam nog ruim anderhalf jaar deel aan een inmiddels afgeronde groepstherapie. Daarin heb ik een aantal nuttige inzichten opgedaan. In de eerste plaats heb ik gemerkt dat mijn veel voorkomende verwachting dat ik andermans problemen wel kon oplossen niet overeenstemde met de realiteit. Ik heb meer dan ooit in de groep ervaren dat iemand zelf moet willen en kunnen veranderen en dat ook dan een gedragswijziging zich zeer langzaam voltrekt.

In de tweede plaats functioneerde ik beter in de groep dan ik had verwacht en mede daardoor werd het ook makkelijker om in andere groepen te functioneren.

In de derde plaats heb ik dankzij een nieuwe werkwijze, die later in de groep werd ingevoerd geleerd een bepaald gedragsprobleem stap voor stap aan te pakken. Dit systeem werkt als volgt: er wordt met behulp van de therapeut door elk lid uit de groep een bepaald probleem gedefinieerd. Dit probleem wordt vervolgens uitgesplitst in een aantal



concrete deelprobleempjes. Het is de opzet dat door middel van het ondernemen van kleine stapjes aan de deelprobleempjes wordt tegemoet gekomen, waardoor het oorspronkelijke gedragsprobleem geleidelijk aan vermindert. De bedoeling is dat met elk stapje het zelfvertrouwen groeit en het gemakkelijker wordt een volgende stap te doen. Bij mij is op deze wijze mijn uitstelgedrag aangepakt en tot dusver ben ik heel tevreden over de resultaten. Ik denk dat ik met deze werkwijze ook andere problemen effectiever te lijf kan gaan. Tenslotte wil ik nog opmerken dat evenals bij de individuele therapie gold dat mijn vertrouwen in de deskundigheid en de ervaring van de therapeute van groot belang is voor de waarde die ik aan groepstherapie hecht.

#### BESCHOUWING

Helaas is de hierboven beschreven gang van zaken niet wat men als regel bij de behandeling van eetstoornissen mag verwachten. In meerdere opzichten vormt de therapie van Jannie een gunstige uitzondering op het gebruikelijke verloop. In ongeveer dezelfde periode waren bij dezelfde therapeut nog enkele andere patiëntes met boulimie in behandeling. Elk van deze behandelingen ging met meer moeilijkheden en relatief minder succes gepaard. Zonder die andere therapieën verder te bespreken kunnen niettemin nuttige vergelijkingen gemaakt worden die wellicht het uitstekende behandelresultaat helpen verklaren.

1. Jannie kwam in behandeling op een moment dat zij reeds zelfstandig een belangrijke fase van haar problemen had opgelost. Vaak wordt pas hulp gezocht als men volkomen is vastgelopen vanwege allerlei complicaties of mislukkingen. Dit was allerm minst het geval voor Jannie. Haar motivatie was dat ze meende profijt te kunnen hebben van deskundig advies over een probleem waar ze zelf al vooruitgang in had geboekt.

2. T.o.v. de informatie en de adviezen die haar werden geboden stelde zij zich steeds zeer constructief op. Het kwam regelmatig voor dat zij wat tijd nodig had om een voorstel in de praktijk te kunnen omzetten, maar zij hield zich steeds aan de afspraken die werden gemaakt. Bij patiëntes met boulimie ziet men nogal eens een chaotische levenswijze met weinig planning en veel impulsieve beslissingen. Een systematische

therapeutische aanpak komt dan moeilijk van de grond omdat er steeds weer belangrijke gebeurtenissen zijn geweest waardoor de afspraken de mist in zijn gegaan. Bij Jannie weerspiegelt de continue, overzichtelijke registratie van de aanvallen de goede inzet die zij voor alle onderdelen van de behandeling aan de dag legde. Om deze reden zou de mate waarin aan een registratie-afpraak wordt voldaan wel eens een redelijke voorspeller kunnen zijn van het latere therapiesucces, zelfs los van het feitelijke nut van het verzamelen van gegevens.

3. Jannie kon zich goed vinden in een benadering waarbij gestreefd werd naar het zo veel mogelijk neutraliseren van allerlei spanningsbronnen en het bespreken en systematisch uitproberen van alternatieve gedragingen. In dat opzicht was ze geduldig en bereid om te experimenteren. Het komt nogal eens voor dat overdreven hoop gekoesterd wordt over het effect van een therapie en de snelheid waarmee verandering tot stand kan komen. Dit gaat als regel gepaard met veel teleurstelling en zelfverwijten als men weer eens "zwak" is geweest; vaak volgt men dan maar de neiging om alles op zijn beloop te laten. Op die manier moet veel tijd besteed worden aan het telkens opnieuw op gang brengen van de motivatie tot verandering.

4. Er waren geen onoplosbare problemen in de situatie van Jannie. Haar vriend gaf zijn volledige medewerking, ook nadat wel eens veranderingen in zijn "nadeel" werden voorgesteld. Haar ouders legden zich na enige discussie eveneens bij de nieuwe situatie neer. Ook de andere problemen die aan de orde kwamen, zoals huisvesting, studie en sociale kontakten konden opgelost worden of verminderden tengevolge van verbeterde omstandigheden. Behalve de boulimie waren er verder geen belangrijke psychopathologische verschijnselen zoals verslaving of depressie. Het onder controle brengen van spanningen bleek dus een haalbare en eindige onderneming. Helaas is dit niet altijd het geval. Sommige patiënten - niet alleen boulimiepatiënten- verkeren in een situatie waarin altijd nieuwe ernstige moeilijkheden in ontwikkeling zijn.

Therapeuten geven raad, patiënten doen het werk. Het aanstippen van de gunstige factoren die er waarschijnlijk toe hebben bijgedragen dat de

behandeling voorspoedig verliep, houdt geen relativering in van het belang van de inzet van Jannie. Ook met deze gunstige uitgangssituatie was er toch 2 jaar op de eetaanvallen gerichte begeleiding nodig voor dit probleem goed onder controle was. Pas in de loop van de aansluitende periode van 1½ jaar waarin de groepstherapie plaats vond werd de behoefte tot boulimie geheel overwonnen. Het zou een zinvolle onderneming zijn om per ziektebeeld gegevens te verzamelen over de therapieduur, rekening houdend met gunstige en ongunstige omstandigheden.

#### Referenties

- Arrindell, W.H. & Eetema, J.H.M. (1987) SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Luteijn, F., Starren, J & Van Dijk, H. (1985). Handleiding Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Norre, J. & Vandereycken, W. (1986). Beschrijving en behandeling van bulimia nervosa. Een literatuuroverzicht. Directieve Therapie, 6, 309-349.
- Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). Anorexia Nervosa. A clinician's guide to treatment. W. de Gruyter, Berlin.

RVD5/EETST/JW/260587

§1. Inleiding

Kort na elkaar werden eind 1986 twee jongens naar de auteur doorverwezen die in de zomer van dat jaar door een volwassene waren aangerand en die sindsdien opvallende psychische klachten vertoonden. In het ene geval betrof het een veertienjarige jongen die door een barkeeper dronken was gevoerd en vervolgens gemasturbeerd onder bedreiging met een mes; een poging tot anale coïtus had hij ternauwernood kunnen voorkómen. In het tweede geval ging het om een elfjarige jongen die door een onbekende vrouw onder dwang was gemasturbeerd.

Na bespreking van enige vakliteratuur worden de twee casussen weergegeven. Tot slot volgt een korte discussie.

§2. Literatuurgegevens

Wolters (1982) definiëert sexueel misbruik als die sexuele handelingen tussen ouderen en kinderen waarbij sprake is van:

- a) een ongelijke relatie;
- b) een eenzijdige machtspositie van de oudere;
- c) beperkte vrijheid en keuzemogelijkheid van het kind;
- d) het feit dat de realisatie van de (subjectieve) verlangens van de oudere een belangrijk motief is.

Vormen van sexueel misbruik kunnen zeer uiteen lopen. Het zou meestal gaan om betasten van het kind, zich laten betasten door het kind, zich laten masturberen door het kind, het kind masturberen, coïtus of pogingen daartoe, of exhibitionistische activiteiten met of zonder masturbatie.

De betekenis voor het kind, de ouders en de maatschappij wordt -mede (DNO)- bepaald door de context waarin die handelingen plaats vinden.

Over de frequentie bestaat geen zekerheid; men neemt aan dat veel meer dan de helft van de incidenten niet wordt gemeld. Een schatting van Mrazek (1980) is dat een kwart tot een derde van alle jongens en meisjes ooit een of andere sexuele ervaring met een volwassene heeft gehad. Finkelhor (1980) komt tot een schatting van een vijfde van alle meisjes en een elfde van alle jongens.

Wat de daders betreft kan men onderscheid maken tussen gezins- of familieleden (in welk geval van incest wordt gesproken), bekende ouderen en onbekende ouderen. Geschat wordt dat de dader in 60% tot 80% der gevallen een familielid, vriend of bekende van het gezin is.

Sexueel contact komt in het onderzoek van Wolters et al (1982) dat 106 kinderen van 3-11 jaar betreft:

- in 45% der gevallen onder dwang c.q. dreiging tot stand;
  - in 26% der gevallen door uitlokking;
  - in 29% der gevallen zou het sexuele contact vrijwillig tot stand komen.
- In drie kwart der gevallen betreft het een éénmalig contact.  
30% van de daders is adolescent en 70% is 21 jaar of ouder.

Sexueel misbruik kan bij kinderen lichamelijke gevolgen hebben. Wolters et al (1982) noemen:

- doding (zeldzaam, maar met enorme sociale repercussies)
- hersenletsel (ook zeldzaam)
- kneuzingen en bloeduitstortingen ten gevolge van slaan of wurging
- verwondingen aan genitaal of anus, vaginitis, urineweginfecties en geslachtsziektes
- functionele klachten als buikpijn e.d.

Psychische gevolgen zijn niet zo gemakkelijk nauwkeurig vast te stellen. Men moet bv. overwegen in hoeverre voordien al diverse problemen bij het kind en het gezin hebben gespeeld en in hoeverre het kind op zijn beurt reageert op heftige emotionele reacties van bv. zijn ouders. Hoe het ook zij, men komt hier en daar de opvatting tegen dat veel, en met name jongere kinderen, zeker als het sexuele contact vluchtig was en niet te ver ging, weinig schade behoeven op te lopen, mits de omgeving zijn evenwicht weet te bewaren. De opvattingen lijken zowel in het kamp der voorstanders als bij de tegenstanders van sexueel verkeer met kinderen aprioristisch gekleurd. Bij sexueel misbruik waar **dreiging, dwang of geweld** aan te pas is gekomen, zijn uitgesproken reacties te verwachten zoals algemene angstgevoelens, paniekgedrag, slaapproblemen en nachtmerries, en meer specifieke angsten bv. om naar buiten te gaan of mannen te ontmoeten. Hieraan kan worden toegevoegd: afkeer van alle sex of intimiteit (zie casuïstiek in §3). Wolters noemt het tegenovergestelde: excessieve masturbatie en sexuele spelletjes, alsmede sterk sexueel wervend gedrag jegens volwassenen.

Bij ouders worden reacties gezien van angst, woede, schuldgevoel, overbezorgdheid, excessieve contrôle over het kind en preoccupatie met het vinden van en zich wreken op de dader.

De gevolgen van incest zijn in zekere zin complexer en naar wordt aangenomen ernstiger voor de ontwikkeling van het kind tot ver in zijn volwassenheid. Dit onderwerp staat momenteel volop in de publieke belang-

stelling, maar valt buiten het bestek van dit artikel.

Sexuele mishandeling kan, als andere traumatische situaties waarbij (levens)gevaar een rol heeft gespeeld zoals oorlog, ongevallen, gijzeling, inbraak enz., zoveel stress opleveren dat een klinisch beeld optreedt dat met de klassieke term "**traumatische neurose**" wordt aangeduid. In de DSM-III wordt gesproken van "aanpassingsstoornis met angst". Verhulst (1985) haalt het bekende onderzoek van Terr (1983) aan betreffende 25 scholieren die gedurende meer dan een etmaal onder de grond gevangen waren gehouden en na deze kindnapping allen bepaalde posttraumatische gevolgen ondervonden, welke zelfs nog na vier jaar waren vast te stellen, ondanks therapie na het gebeure. De ernst van de symptomen zou samenhangen met de individuele kwetsbaarheid van het kind, eventuele gezinspathologie en de kwaliteit van de inbedding in de sociale gemeenschap.

Aan Verhulst wordt het volgende ontleend:

- 1) **angsten**, te weten angst voor herhaling van het gebeure, voorts angst voor vele gewone gebeurtenissen, ongelukjes en alledaagse risico's, ook angst om dood te gaan;
- 2) **cognitieve stoornissen**, zoals hallucinaties of illusionaire vervalsingen (bv een ander voor de dader aanzien en dan weer in paniek raken), haarscherpe herinneringen aan het gebeure (kinderen ontwikkelen zelden of nooit amnesie voor traumatische ervaringen), flashbacks;
- 3) **herhaling** in gedrag en spel;
- 4) **dromen**;
- 5) **somatische symptomen** als enuresis, buikklachten, benauwdheid enz.
- 6) **persoonlijkheidsveranderingen**, met name duurzame agressieve, sarcastische, of angstige gedragspatronen.

### §3 Casuïstiek

Charl is bij aanmelding een veertienjarige Mavo-scholier, oudste van drie kinderen uit een traditioneel katholiek middenstandsgezin. Behoudens enige schoolproblemen aan het eind van de lagere school is zijn ontwikkeling tot aan de puberteit vrijwel probleemloos verlopen. Sinds zijn twaalfde jaar is hij opstandiger geworden, vooral tegenover moeder, die het daar niet gemakkelijk mee heeft. Toch houden de ouders zijn drang naar meer zelfstandigheid niet tegen. Wanneer hij dan ook plannen maakt om met twee vrienden naar een zomerkamp te gaan in plaats van met het gezin

in Frankrijk te gaan kamperen, stemmen ze daar mee in.

De vakantie verloopt plezierig, overdag zijn er allerlei activiteiten en 's avonds hangt Charl in de bar (maar drinkt geen alcohol) en gaat hij lekker laat naar bed zonder dat iemand daar iets van zegt. De barkeeper, een man van een jaar of vijftientig, kondigt een feestje op zijn kamer aan en nodigt Charl en zijn vrienden daarvoor uit. De anderen hebben er geen zin in en vinden het blijkbaar ook een beetje vreemd, maar Charl wil weleens een feestje meemaken en gaat er dus 's avonds heen. Hij blijkt de enige gast te zijn - zijn gastheer doet er wat vaag over. Er wordt een fles wijn opengetrokken. Charl drinkt zijn glas leeg maar protesteert als het opnieuw wordt gevuld. De barman dringt sterk aan en Charl drinkt het dus maar op; zo wordt hij dronken gevoerd met het ene glas na het andere. Dan begint de barkeeper hem te betasten en vraagt hij de jongen om zijn kleren uit te doen. Charl sputtert tegen en wil terug naar zijn eigen kamer. De ander haalt dan een dolkmes te voorschijn en dreigt de jongen dood te steken als hij niet mee wil doen. Charl voelt het gevaar en hoewel hij dronken is bedenkt hij dat hij de beste kansen maakt door tijd te rekken tot de ochtend, als het hele huis weer wakker wordt. Schreeuwen durft hij uiteraard niet.

De barkeeper doet zijn uiterste best om Charl sexueel op te winden, maar zonder enig succes. Er komt geen erectie tot stand als hij wordt gemasturbeerd en het staat hem erg tegen. De barkeeper krijgt zelf wel een stijf lid en wil de jongen van achteren benaderen maar als deze erg tegenspartelt worden de pogingen opgegeven. Tegen de ochtend dommelt de barman in slaap en sluipt Charl weg. Het huis is nog in diepe rust als Charl in bed kruipt. Hij voelt zich ziek en ellendig en begint te huilen. Dit trekt na enige tijd de aandacht van een kamergenoot en dan vertelt Charl wat er is gebeurd. Het gebruikelijke politieonderzoek volgt en de man wordt aangehouden; hij blijkt meer van deze zaken op zijn kerfstok te hebben. Charl wordt door zijn ouders opgehaald.

In de hieropvolgende maanden praat Charl er veel over, vooral met zijn moeder en af en toe ook met de huisarts. Bepaalde aspecten blijven hem dwars zitten. Hij doet driemaal een parasuicide. Naast directe preoccupatie met het trauma, dat hij soms als flitsen van een film aan zich ziet voorbijgaan, voelt hij zich minderwaardig en tobt hij over zijn lengte en lichaamskracht. Zijn schoolprestaties, die tot de zomervakantie van redelijk niveau waren, gaan erg achteruit omdat hij zijn aandacht er niet bij kan

houden. Soms zakt hij ineens in elkaar. Leraren die niet van het gebeurde afweten houden hem nu voor een ongeïnteresseerde en luie leerling, volstrekt anders dan een jaar geleden. Een mentor, die Charl op school begeleidt, heeft gesprekken met hem en vindt hem erg gespannen en geïsoleerd. In overleg tussen mentor, ouders en huisarts wordt -vier maanden na het gebeurde- tot verwijzing naar de jeugdpsychiatrische polikliniek in Dordrecht besloten. In een brief zet de huisarts het gebeurde in grote lijnen uiteen.

**In het aanmeldingsgesprek met Charl en zijn ouders** worden de volgende klachten en problemen naar voren gebracht:

- 1) Charl is sinds het zedenmisdrijf erg veranderd: hij reageert heel heftig op elke aanraking, is prikkelbaar en trekt zich terug;
- 2) Hij kan allerlei televisieprogramma's, met name als het iets met homosexualiteit te maken heeft, niet verdragen;
- 3) Hij kan zich niet meer op zijn schoolwerk concentreren.
- 4) Hij interesseert zich nergens meer voor, is gedeprimeerd, maar wil er wel graag van afkomen.

De ouders zijn zeer betrokken, maar wel onzeker over hun houding tegenover Charl. Omdat de knoop toch voornamelijk bij de jongen zelf lijkt te zitten, wordt afgesproken dat hij eerst een aantal malen alleen zal komen praten en dat de ouders op een gegeven moment opnieuw zullen worden uitgenodigd.

**In het eerste gesprek met Charl** wordt de precieze toedracht (zoals hierboven beschreven) doorgesproken. Hij neemt het zichzelf kwalijk dat het zo is gelopen, hoewel de politie en ook de huisarts heeft gezegd dat hij goed heeft gehandeld en niet anders had gekund. Hij weet nog dat hij getalmd heeft om tijd te rekken zodat die man niet kon ontsnappen en dat hij niet heeft geschreeuwd omdat hij met een mes werd bedreigd. Hij is wel tevreden over het feit dat hij geen sexuele opwinding heeft gevoeld hoezeer die man er ook zijn best voor deed. In dit verband worden ook zijn ervaringen en opvattingen over sex doorgesproken. Hij heeft spontane, nachtelijke zaadlozingen maar zegt nog nooit aan zelfbevrediging te hebben gedaan. Hij raakt niet opgewonden als hij naar meisjes kijkt maar begint wel wat voorzichtige belangstelling te krijgen. Deze belangstelling is na het gebeurde omgeslagen in afkeer van alles wat met sexualiteit te maken heeft en in absolute weerzin tegen homosexualiteit.



Het is duidelijk dat Charl zichzelf minderwaardig voelt, meer concreet dat hij zijn gedragingen van die nacht ver beneden de maat vindt. Op de vraag (bij zijn leeftijd passend) wat voor cijfer hij zichzelf geeft, antwoordt hij: "minder dan een nul". De eerste nadrukkelijke interventie van de therapeut is dan de situatie van die nacht als een **gijzeling onder bedreiging** te bestempelen waarbij **niemand** een tien voor zijn reacties kan krijgen, maar hij is van mening dat het gedrag van Charl toch wel op een acht komt. Charl is zichtbaar blij met deze visie en geeft zichzelf dan een vijf. Hij bekent dat hij de afgelopen tijd driemaal een poging tot zelfmoord heeft gedaan, éénmaal door heel onvoorzichtig over te steken waarop hij werd aangereden. De drijfveer is dat hij zijn zelfrespect kwijt is geraakt. Hij schaamt zich voor wat hem is overkomen.

Een tweede interventie volgt op een vraag van Charl of dit vaker voorkomt: de therapeut geeft enkele voorbeelden die Charl erg aanspreken.

In het **tweede gesprek** vertelt hij opgelucht te zijn geweest door het vorige gesprek; hij heeft er nu alle vertrouwen in dat hij er overheen zal komen. Hij heeft er behoefte aan alles nogeens precies door te praten en dat gebeurt dan ook. De therapeut benadrukt hier en daar de sterke aspecten van Charl's reacties in die situatie.

In het **derde gesprek** rapporteert de jongen dat het heel goed met hem gaat. Bij nader doorvragen blijkt echter dat hij problemen heeft met:

- 1) Slapen: hij droomt veel over het trauma en wordt wakker vol weerzin en zelfverwijt. De therapeut duidt dit nare dromen positief: "zo verwerk je het stukje bij beetje".
- 2) Concentratie op het huiswerk. Dit versterkt zijn gevoel van minderwaardigheid omdat hij er niets tegen kan doen. De behandelaar merkt op dat het inderdaad niet nodig is om dag en nacht, bewust en onbewust constant met die nacht in het zomerkamp bezig te zijn en stelt voor om concentratieoefeningen te doen. Charl gaat er graag op in zodat aan het slot van de zitting een oefening wordt gedaan die de therapeut hiervoor sinds jaar en dag gebruikt (zie appendix). Deze wordt ook als 'huiswerk' voor het huiswerk meegegeven.

In het **vierde gesprek** vertelt hij niet meer te dromen over wat er toen is gebeurd, maar vaker overdag door herinneringen te worden afgeleid. Hij heeft nog steeds afkeer van zijn eigen lichaam en van alles wat met het

onderwerp sex te maken heeft.

De concentratieoefening voor het huiswerk heeft twee weken lang goed gewerkt maar de laatste week niet meer zo goed. Het blijkt dat een bepaalde leraar cynische opmerkingen heeft gemaakt toen Charl iets niet wist; hierdoor is zijn zelfvertrouwen weer zoek. Na oogfixatie als **hypnose-inductietechniek** wordt het mentale beeld van de "sterke Charl" naar voren gehaald, met een dienovereenkomstige rustige, sterke houding tegenover de leraren en zijn huiswerk. Deze oefening en de concentratieoefening mag hij doen als hij het nodig vindt. Ook wordt afgesproken dat hij zal registreren wanneer nare herinneringen opduiken.

In het vijfde gesprek vertelt hij dat het huiswerk beter gaat maar dat het op school nog niet zo goed gaat omdat hij merkt dat de leraren denken dat hij er met de pet naar gooit. Hierop wordt een **rollenspel** gedaan waarin Charl successievelijk vier verschillende leraren vraagt of hij hen apart mag spreken. Dat vinden ze goed. Dan zegt Charl hun: "Er is me in de afgelopen zomervakantie iets heel ergs overkomen en daardoor ben ik een paar maanden van slag geweest. Als U wilt weten wat er is gebeurd vraagt U het dan aan meneer X [de mentor] ." Hij zal dit zo gaan aanpakken. Hij rapporteert één droom te weten dat de barman aan zijn lid zat; hij had dit erg vies gevonden.

Hij vertelt ook dat zijn nicht laatst met een homoseksuele vriend thuis op bezoek is geweest en dat hij toen angstig is geworden en bijna was weggegaan. Dan legt de therapeut het volgende uit:

- a) de allermeeste homoseksuele mensen zijn niet als die barman en zullen je niet lastig vallen;
- b) en als iemand je zou lastig vallen dan weet je nu heel goed hoe je je moet verdedigen. **Dit zal je geen tweede keer overkomen!**

Tijdens de zesde zitting rapporteert Charl dat het nu echt goed met hem gaat. Hij heeft met die vier leraren gesproken en ondervond begrip; nu gaat het op school weer goed.

Opmerkelijk is dat hij emotioneel nu wat afstand van het trauma kan nemen: hij kan er zelfs lachend over praten. Hij zegt er weinig meer aan te denken en vermeldt geen dromen meer. Hij heeft als oplossing gekozen veel aan sport te doen en heeft ook leuke vrienden.

plikt i hoes vedtak

høyfjelv og tvinn og digrene utviklet  
hvor i de var mer høyakt

meer over pris betrekking →

In het zoeken van een vriendin is hij nog niet zo geïnteresseerd. Uitvoerig wordt gepraat over wat normale omgang tussen een jongen en een meisje inhoudt. Charl is het er mee eens en ziet het bij zichzelf te zijner tijd ook wel zo gaan.

De behandeling wordt beëindigd met enkele afrondende gesprekken, deels weer in aanwezigheid van de ouders.

Sjoerd is bij aanmelding een elfjarige zesde-klusser, de middelste van drie kinderen, vader is computertechicus. Hij wordt beschreven als een probleemloos kind dat nimmer echte problemen heeft gegeven. Hij is erg prestatiegericht, op school en op vioolles; hij wil later naar het conservatorium. Hij heeft leuke vriendjes. Het enige opmerkelijke is dat hij na een angstige of spannende gebeurtenis wel eens een nachtmerrie krijgt en dat hij daar soms de volgende dag amnesie voor heeft. Hij is ook weleens na schrik zomaar door zijn knieën gezakt.

In de zomer van 1986 treden de nachtmerries veel vaker op en zijn ze ook heviger. Sjoerd droomt in een brandend zwembad of een neerstortend vliegtuig te zitten, komt na wekpogingen in een schemertoestand en bewaart er de volgende dag geen herinneringen aan. In zo'n schemertoestand geeft hij aan aangerand te zijn. De volgende dag voelen de ouders hem daarover aan de tand en dan komt het volgende verhaal eruit: Sjoerd fietst van school naar huis en neemt een omweg over de hei. Daar staat een hem onbekende vrouw in een bikini bij een kampeertent. Ze houdt hem aan en dwingt hem af te stappen. Ze draait zijn hand op zijn rug en sleurt hem mee haar tent in. Ze neemt hem tussen haar knieën en begint keihard over zijn penis te wrijven. Hij krijgt buikpijn, er komt een erectie en hij raakt in paniek. Als die vrouw haar borsten wil ontbloten slaagt hij erin zich los te rukken en te ontvluchten. De vrouw roept hem na dat ze hem zal weten te vinden als hij het thuis vertelt.

Thuisgekomen is moeder er niet. Later ontdekt hij dat zijn onderbroek nat is, maar niet van urine. Hij weet niet wat het is, raakt weer in paniek, onderzoekt zijn penis goed maar kan er niets bijzonders aan zien en blijft niettemin ongerust.

Nadien heeft hij het verhaal aan de politie moeten vertellen en is hij naar een neuroloog doorgestuurd vanwege de schemertoestanden. Deze stuurt de jongen door naar een Academisch Ziekenhuis. Uiteindelijk belanden ouders

en Sjoerd op een universitaire kinderpsychiatrische polikliniek. Psychologisch onderzoek levert het beeld op van een redelijk begaafde jongen, sterk prestatiegericht en faalangstig, concreet en feitelijk denkend, verantwoordelijkheden buiten zich zelf leggende. Er is sprake van agressie-verdringing en depressiviteit op de achtergrond. Hij is na het gebeurde gaan bedplassen. Er komen wekelijkse gesprekken zowel met de ouders als -afzonderlijk- met Sjoerd. Moeder vertelt dan dat Sjoerd in paniek raakt als ze hem in zo'n 'slaapfase' (haar benaming voor een schemertoestand) aanraakt en dat hij zich dan agressief te weer stelt. Sjoerd krijgt een tijdlang 's avonds neuroleptica in een poging dit patroon te laten uitdoven, maar zonder resultaat. Met de jongen zelf valt nauwelijks over het voorval te praten. Na een maand of twee ontstaat er een volgende crisis aansluitend op drie gebeurtenissen:

- a) een sexueel getint spelletje met neefjes die hem bij zijn penis pakken;
- b) het zien van een vrouw die hij voor de mevrouw van de aanranding aanziet; achteraf blijkt ze het niet te zijn;
- c) twee nachtelijke zaadlozingen die hem erg van streek maken, ook door de buikpijn.

Sindsdien zijn er zowel 's avonds als 's ochtends schemertoestanden en gaat hij niet meer naar school. Hij wil zichzelf dan castreren en wil dood. Hij vertelt dan steeds meer bijzonderheden over het gebeurde. Het gezin kan het steeds minder goed aan.

De diagnose wordt gesteld op "hysterische schemertoestanden na een traumatische ervaring". Omdat er een indicatie voor **hypnotherapie** wordt gezien volgt doorverwijzing naar de auteur.

Vijf maanden na het traumatische voorval vindt het intakegesprek in Dordrecht plaats, met ouders en Sjoerd. Een uitgebreid verslag van de bevindingen van de verwijzer is dan reeds aanwezig. Zonder het hierboven vermelde te herhalen worden hier enkel wat aanvullende observaties van de auteur gegeven:

- a) Dat het voorval traumatisch is geweest lijkt buiten kijf te staan;
- b) Het gebeurde moet ook tegen de achtergrond worden gezien van de intredende puberteit, waarvan zowel lichamelijke als psychologische tekenen (bv. opstandigheid) zijn waar te nemen;
- c) Er is sprake van sterke gezinsbekräftiging - iets wat de ouders zelf ook beseffen. Het zijn prettige, moderne mensen die alles voor hun kinderen over hebben maar die nu alle aandacht op Sjoerd (moeten) richten en merken

dat zijn symptomatische gedrag vooral 's avonds alleen maar erger wordt. Een en ander heeft al het karakter van een gezinsritueel aangenomen: Sjoerd moet om negen uur naar bed en valt dan vrij vlot in slaap. Binnen enkele minuten valt hij dan met een luide bons uit bed. De reeds klaar staande ouders beginnen aan hem te sjorren om hem wakker te krijgen. Dit lukt dan niet maar wel volgt een ware worsteling van twee ouders met een angstige en verwoed vechtende jongeman. Als hij spreekt is zijn stem hoger dan normaal en over de hele linie is zijn gedrag niet leeftijdsadequaat doch eerder dat van een kleuter.

De inboekdiagnose komt overeen met die van de verwijzer. De 'hysterische schemertoestand' kan ook worden opgevat als een **spontane trance** zodat het de moeite loont die te leren beëindigen (vgl Oudshoorn, 1983). Daarnaast kan hypnose worden gebruikt ter verdere exploratie en verwerking van het trauma, gelet op de weerstand tegen een 'normaal' gesprek hierover. Afsproken wordt dat er op twee **niveaus** (vgl. Oudshoorn, 1985) zal worden behandeld: 1) psychotherapie met gebruikmaking van hypnose bij Sjoerd en 2) gezinstherapie met ouders en Sjoerd om greep te krijgen op de avondhappenings en om het gezinsevenwicht terug te vinden.

In het **eerste gesprek met Sjoerd** afzonderlijk worden zijn hypnotische vaardigheden onderzocht en geoefend. Volgens de methode van Spiegel & Spiegel (1981) scoort hij zeer hoog: een intact profiel - oogrolscore 4; en een gewone inductiescore van 10 (= maximum). Herhaaldelijk wordt getraind in het zelf goed onderkennen wanneer hij in hypnose is en het zelf beëindigen ervan door middel van een simpele terugteltechniek. Als 'huiswerk' krijgt hij de opdracht mee thuis bij een spontane trance deze techniek toe te passen en de ouders te vragen of ze hem, als dat nodig is, alleen maar willen aansporen om terug te tellen.

De **tweede afspraak** moet op telefonisch en wanhopig verzoek van moeder worden vervroegd en vindt dan een week na de vorige plaats. Aanvankelijk is het precies gegaan zoals beoogd was: bij terugtellen was de schemertoestand ('slaapfase') prompt over. Maar in het weekeinde was het weer het oude liedje: hij hield zijn ouders hele avonden bezig terwijl het terugtellen niet lukte. Met ouders en kind wordt opnieuw gevraagd "niet meer aandacht te schenken aan de aanvallen dan strikt noodzakelijk, dus bv. om verwondingen te voorkomen, en verder te volstaan met één of tweemaal aan te dringen op terugtellen. Als de jongen dat dan niet doet

respecteert U dat; tenslotte is deze behandeling nog maar net gestart."

**Met Sjoerd alleen** wordt de video-opname van de vorige oefening bekeken en wordt vervolgens overgegaan op de **televisietechniek**, waarbij het kind wordt uitgenodigd zich in hypnose een televisietoestel voor te stellen waarop dan allerlei programma's kunnen worden gevolgd c.q. gemaakt. Op een van de kanalen 'ziet' hij zichzelf in zo'n 'slaapfase' uit het raam vallen en zijn ribben breken...

Tot slot van de zitting worden diverse uitdagingstechniekjes uitgetoetst waarbij bij Sjoerd zeer gemakkelijk amnesie is te suggereren en spastische verstrengeling van zijn handen is te induceren. Hij vindt het een beetje vreemd en beangstigend. De therapeut legt uit waarom hij deze proefjes heeft gedaan: nu heb je zelf gemerkt hoe je in een toestand terecht kunt komen waarin je geen contrôle meer hebt over jezelf. Wat je hier kunt leren is nu juist het tegenovergestelde, namelijk méér contrôle aanleren en de baas worden over jezelf. Deze uitleg spreekt hem erg aan.

**Drie dagen later** vertelt moeder dat het één dag goed en twee dagen abominabel slecht is gegaan. Hij heeft twee dagen in een soort regressie-toestand verkeerd waarin hij zich als een vijfjarige kleuter gedroeg. Terugtellen lukte niet en toen hij er tenslotte uit was kon hij zich er niets van herinneren. Eénmaal had het terugtellen wèl resultaat.

In het individuele deel van de sessie voelt Sjoerd zich sterk genoeg om in hypnose terug te gaan naar de plaats des onheils. Na inductie kan hij de hele film laten passeren en alles goed vertellen. Als hij vindt dat het compleet genoeg is wordt hij aangespoord een **ander verloop** te bedenken. (Hij is dan nog steeds in trance). Hij bedenkt een voor hem karakteristieke, maar toch nog leeftijdseigen oplossing: er komt een politieman langs en die komt Sjoerd te hulp! Vervolgens wordt Sjoerd gevraagd deze film te laten aflopen en houdt hij de therapeut precies van de gang van zaken op de hoogte. Hij vindt het geslaagd. De therapeut stelt dan nog een andere afloop voor, waarin hij de jongen aanmoedigt om flink van zich af te slaan. Hij slaagt er inderdaad in haar terug te slaan, in elkaar te slaan zelfs, waarvoor de therapeut successievelijk, en goed beargumenteerd!, toestemming geeft. Tenslotte gaat hij weg en heeft die vrouw haar verdiende loon. Ook deze versie bevalt hem goed. Delen van deze zitting worden op de video nogeens afgespeeld en doorgesproken.

**Veertien dagen later, in de vierde zitting** kan Sjoerd zich weinig herinneren van de vorige keer. Na terugzien van de beeldband is zijn geheugen opgefrist.

Hij vermeldt de afgelopen tijd vrij vaak overdag in een 'slaapfase' (spontane trance) te hebben gezeten waarin hij, zoals zijn moeder hem heeft verteld, als een vijfjarige jongen met een klein nichtje speelde. Pas 's avonds werd hij weer 'wakker' en wist er dan niets van. Desondanks zegt hij zich beslist beter te gaan voelen en ook niet meer bang te zijn die vrouw nog eens tegen te komen. Zijn mogelijke verweer als iemand hem lastig zou vallen wordt nog eens doorgesproken. Zijn eerste keus is: weglopen naar moeder. De therapeut merkt op dat vluchten goed is als het **kan**, maar vechten goed is als het **moet**. Ter afsluiting wordt een hypnose-oefening gedaan waarin hij zich krachtig leert voelen door zijn vuist te ballen.

De therapeut vraagt zich af of herziening c.q. uitbreiding van de diagnose nodig is en overweegt met name de mogelijkheid van **narcolepsie**.

Narcolepsie (Strub & Black, 1981) is een syndroom dat is gekenmerkt door:

1) **plotselinge slaapaanvallen** op willekeurige momenten. Zo'n aanval treedt éénmaal of vaker per dag op en duurt ongeveer een kwartier. Op het EEG treedt stante pede REM-slaap op.

2) **cataplexie** (in 70% der gevallen): plotseling tonusverlies en daardoor vallen, meestal onder invloed van een emotie als lachen of opwinding, zonder bewustzijnsverlies.

3) **voorbijgaande verlamming van de spieren of de ademhaling** (bij 50% der gevallen) **bij inslapen of ontwaken**

4) **Hypnagoge hallucinaties**, auditief of visueel, vaak levendig en beangstigend, optredend bij inslapen of ontwaken

5) **automatisch gedrag** gedurende minuten tot uren, bij verlaagd bewustzijn, met amnesie achteraf.

Narcolepsie begint doorgaans in de adolescentie. Ritaline is de therapie bij uitstek; als ook cataplectische aanvallen optreden wordt bovendien Imipramine gegeven.

Onvoldoende stabiliteit van de serotonine/noradrenaline balans in de hersenstam zou aan narcolepsie ten grondslag liggen.

Een alternatieve hypothese luidt dat er in zekere zin van **symptoomverschuiving** kan worden gesproken nadat het trauma op zichzelf is behandeld, om de aandacht en bezorgdheid van de ouders niet te verliezen.

**Een week later** volgt een gesprek met ouders en Sjoerd om de stand van zaken te bespreken. Tweemaal heeft hij urenlang in die gedissociëerde en geregrediëerde toestand verkeerd. In nachtelijke dromen is hij in gevecht met die vrouw verwickeld geweest; hij denkt dat hij daarvoor de gevangenis in moet!



Een ander thema dat nu doorklinkt in het verhaal is **vermoeidheid**. Hij is al moe bij het opstaan en ploft na thuiskomst uit school in. Deze vermoeidheid kan nog als resulterende uit de aanhoudende stress worden geïnterpreteerd, maar de hypothese van narcolepsie, die met name de plotselinge slaapfasen kan verklaren, is niet te verwerpen. De mogelijkheid om Ritaline voor te schrijven om meer zekerheid te verkrijgen, wordt aan de ouders voorgelegd.

De **volgende week**, wederom met ouders en Sjoerd, is de situatie verder verslechterd en wordt ingestemd met Ritaline bij ontbijt en twaalfuurtje. In een afzonderlijk gesprek met Sjoerd vertelt hij dat dat probleem met die vrouw naar zijn gevoel is opgelost sinds dat in trance 'geoeffend' is. Wederom na een week rapporteert moeder een opvallende verbetering: Sjoerd is overdag fit en helder en is bij het naar bed gaan nog maar een half uur lang 'Sjoerdje', reageert op moeders verzoek terug te tellen en gaat daarna zonder problemen slapen. Sjoerd zegt op school zijn aandacht er beter bij te kunnen houden en 's middags niet meer zo moe te zijn. Zijn zelfvertrouwen groeit; de vuist helpt hem erbij. Er wordt een nieuwe afspraak gemaakt na de Kerstvakantie.

In de **achtste zitting** wordt gerapporteerd dat alles overdag goed gaat. Maar 's avonds is het gezinsritueel weer helemaal in ere hersteld. Als Sjoerd echter als een kleintje ligt te kletsen gaat het over gewone dingen die hij die dag heeft meegemaakt.

De **negende zitting**, na drie weken blijkt Sjoerd griep met koorts te hebben gehad en daarop verder te zijn teruggevallen. Van herbeleving van het traumatische gebeuren is echter geen sprake geweest. Het lijkt er meer op dat Sjoerd het wel lekker vindt om 'Sjoerdje' te zijn, zoals hij in die toestand zelf opmerkt. Dit neemt niet weg dat de ouders ongerust zijn. De therapeut acht van zijn kant klinische observatie van Sjoerd gewenst om meer zekerheid over de diagnose te verkrijgen. De ouders stemmen er mee in.

Tijdens de **klinische observatie** van drie weken wordt de neuroloog ingeschakeld. Tweemaal wordt een EEG gemaakt: eenmaal een slaap-EEG na een nacht opblijven. Bij narcolepsie mag worden verwacht dat de jongen onmiddellijk na inslapen in een REM-slaap komt, doch hij schiet direct door

naar een zeer diepe slaapfase zodat de diagnose niet kan worden bevestigd. Een tweede EEG, overdag geregistreerd, toont subcorticale afwijkingen met enigszins irritatief aspect, rechts veel meer dan links. Dit lijkt geen klinische betekenis te hebben.

Wat de observatie van zijn gedrag en slaap betreft valt weinig bijzonders te vermelden; in ieder geval treden niet die bonte patronen op die de ouders thuis hebben gerapporteerd. Een enkele maal treedt wel eens een 'slaapfase' op met amnesie achteraf, maar deze amnesie is met hypnose op te heffen. Al met al is de eerste hypothese (psychogene schemertoestanden c.q. spontane trance) waarschijnlijker dan de tweede (i.c. narcolepsie).

De lage frequentie en intensiteit van de symptomen gedurende het verblijf op de kinderafdeling kunnen worden verklaard uit het uitblijven van omgevingsbekrachtiging.

De ouders krijgen nauwkeurige adviezen hoe te reageren op symptomatisch gedrag van hun zoon. Tijdens de weekeindes die hij thuis doorbrengt, treden noch overdag noch rondom het naar bed gaan symptomen op en gaat iedereen opgewekt en normaal met elkaar om.

Na ontslag gaat het erg goed. 's Avonds treden hooguit gedurende vijf minuten nog wat symptomen op. De ouders besteden er minimale aandacht aan. Sjoerd groeit als kool, is opgewekt en maakt een steviger indruk al valt het hem niet makkelijk tegen zijn ouders in te gaan als hij het niet met hen eens is. Wat de seksualiteit betreft zegt hij er "nu net zo tegenover te staan als andere jongens".

De ouders zijn tevreden en opgelucht.

De behandeling wordt met enige gesprekken met grotere tussenpozen afgerond.

§4. Discussie

Beide jongens lijden bij aanmelding aan een **traumatische neurose**: volgens de criteria die Verhulst noemt:

	Charl	Sjoerd
angsten en fobische klachten	+	
illusionaire vervalsing	-	+
haarscherpe herinneringen	+	+
storende flash backs	+	?
herhaling in gedrag of spel	-	-
herbeleven in dromen	+	+
somatische symptomen	-	+ +
betr. duurzame gedragsveranderingen	+	+
 Voorts:		
afkeer van seksualiteit	+	+
school/leerproblemen	+	+
depressieve klachten	+	+
dissociatieverschijnselen	?	+
gezinsbekrachtiging	-	+

De voornaamste interventies die bij Charl zijn gedaan zijn:

- 1) nauwkeurig en stap voor stap uitvragen van het gebeurde;
- 2) herlabelen als **gijzeling**; zijn reacties bij het gebeuren met een acht waarden;
- 3) voorbeelden geven van analoge ervaringen van andere jongens;
- 4) sterke aspecten van Charl's reacties beklemtonen;
- 5) dromen positief labelen;
- 6) concentratieoefeningen voor het huiswerk trainen;
- 7) in hypnose de 'sterke Charl' naar voren halen tegenover leraren en huiswerk i.p.v. gevoel van machteloosheid;
- 8) registratieopdracht van nare herinneringen;
- 9) inoefenen verweer tegenover vier leraren die zijn gedrag misverstaan;
- 10) gezond verstand + weerbaarheid tegenover aanvallers benadrukken;
- 11) informatie over normale heterosexuele omgang tussen jongen en meisje.

Omdat het gebeurde niet gedissociëerd is doch pijnlijk duidelijk bewust is en 'normaal' bespreekbaar, is hypnose niet per se aangewezen. Er is zelfs een **relatieve contraïndicatie** tegen hypnose. Charl is immers door een man verleid en toen vernederd. Hypnose kan een sfeertje oproepen dat eerst passiviteit en vervolgens angst tegenover de therapeut mobiliseert. Zo kan een acute, geïnduceerde overdrachtsneurose optreden welke door de auteur niet als heilzaam wordt gezien doch veeleer als een therapeutische complicatie.

Het accent van de behandeling van Charl ligt op herstel van eigenwaarde en verbetering van zelfredzaamheid onder meer door opwaardering van Charl's reacties in die benarde situatie.

Met dit doel strokend is de aanpak van de concentratieproblemen bij het huiswerk. De auteur onderschrijft niet een denktrant die veronderstelt dat secundaire problemen of symptomen gewoonlijk vanzelf verdwijnen als De Oorzaak is opgespoord en aangepakt. Hij verkiest daarentegen een gecombineerde benadering die op **twee niveaus** aangrijpt (i.c. niveau 4: psychodynamiek en niveau 3: gedragsmatige zelfcontrôle e.d.).

Bij **Sjoerd** is aanvankelijk een vooral cognitieve of inzichtgevende therapie gegeven in combinatie met ouderbegeleiding. Er is daardoor geen verbetering opgetreden, ook niet als later neuroleptica worden voorgeschreven. Er treedt zelfs een nieuwe crisis op en daarna zijn de reeds aanwezige dissociatieve symptomen verhevigd. De behandelaar ziet daar een indicatie in voor hypnose en verwijst dan naar de auteur, die met deze indicatie instemt.

De voornaamste interventies die bij Sjoerd zijn gedaan zijn:

- 1) hypnotische test (HIP);
- 2) zelfstandige beëindiging spontane trance aanleren;
- 3) ouders vragen zo min mogelijk aandacht aan symptomen te schenken;
- 4) video-opnames laten zien;
- 5) diverse hypnot. technieken om compliance te verbeteren;
- 6) trauma in hypnose precies uitvragen en laten herbeleven;
- 7) betere afloop laten bedenken en laten gebeuren;
- 8) naast hulp-van-buiten-script ook verdediging-op-eigen-kracht-script aangeboden en laten gebeuren; angst/schuldgevoel reduceren;
- 9) Ritaline-proefmedicatie;
- 10) observatie-opname na terugval; praktisch uitsluiten van narcolepsie;
- 11) zie onder 3).

Door het gedissociëerde trauma middels hypnose naar bewuste sferen 'op te tillen' en vervolgens mentale coping aan te moedigen, lijkt het trauma grotendeels te verbleken of te genezen (de jongen was en is daar heel stellig over) maar verbetert het klinische beeld niet. De therapeut begrijpt de inhoud beter dan de vorm en denkt aan de diagnose narcolepsie. Ritaline wordt als proef op de som gegeven en zo waar treedt opmerkelijke verbetering op. Deze is echter maar tijdelijk: het gezinsritueel sluipt weer in en na een griepje is het weer helemaal het oude liedje. De auteur besluit dan tot klinische observatie die uitsluitsel moet geven. Enerzijds kan de narcolepsie-hypothese worden bevestigd of weerlegd; anderzijds kan de gezinsbekrachtigings-hypothese ook worden weerlegd of bevestigd. De uitkomst van deze ziekenhuisobservatie wijst sterk in de richting van de laatstgenoemde verklaring. Langere follow up kan pas definitief uitsluitsel geven.

#### §5 Literatuur

- Finkelhor, D. (1980) zie Wolters, 1982  
Mrazek, D.A. (1980) zie Wolters, 1982  
Oudshoorn, D.N. (1985) Kinder- en Adolescentenpsychiatrie Van Loghum Slaterus, Deventer  
Spiegel H. & D. Spiegel (1981) Therapie en Trance Stafleu  
Strub, R.L. & F.W. Black (1981) Organic Brain Syndromes, an introduction to neurobehavioral disorders. F.A. Davis Company, Philadelphia  
Verhulst, F.C. in J.A.R. Sanders-Woudstra & H.F.J. de Witte (red) (1985): Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, van Gorcum, Assen  
Wolters, W.H.G. (1982) Sexueel misbruik van kinderen en jonge adolescenten MGV 6/82, 613-629  
Wolters et al (1982) Bij de politie gemelde gevallen van sexueel contact tussen ouderen en kinderen. Resultaten van een onderzoek. MGV 6/82, 630-639

↓  
vrij  
ref. verbeterde afloop = e. effect

Appendix

Concentratieoefening voor het huiswerk

De procedure is als volgt:

- 1) Een ingewikkeld voorwerp ( de auteur gebruikt hiervoor een uitgefreesde koperen kubus) wordt voor de leerling op tafel neergezet;
- 2) De leerling wordt gevraagd dit voorwerp precies te beschrijven, als het ware aan iemand die aan de telefoon is. De therapeut speelt die rol en stelt zo nodig nadere vragen. Als de leerling bv. zegt: 'Dit is een kubus...' dan komt als antwoord: 'Ik weet niet wat een kubus is, beschrijf het eens precies!'
- 3) De leerling wordt aangespoord net zo lang door te gaan tot hij op alle vragen antwoord heeft gegeven zoals: hoe ziet het er uit, hoe groot is het, hoe zwaar, hoe is het gemaakt, waar dient het voor, enz.
- 4) De leerling is dan inmiddels al een minuut of tien intensief bezig en helemaal gefocust op het voorwerp. Dan wordt zijn aandacht verlegd naar een openliggende Franse grammatica of wiskunde-opgaven of wat dies meer zij.
- 5) De instructie die hij mee krijgt is om thuis zijn huiswerk klaar te leggen en dan een voorwerp te zoeken, elke dag een ander ding, en voor zich neer te leggen. Dan beschrijft hij het voor een zg vriendje aan de 'telefoon'.
- 6) Als hij daarmee klaar is gaat hij onmiddellijk door met zijn huiswerk. Hij bekijkt dit geconcentreerd en nieuwsgierig-onderzoekend.

De auteur past deze oefening pas toe nadat hij zich er van heeft overtuigd dat de motivatie voor school of studie voldoende is. Hij heeft deze oefening tenminste vijftig maal toegepast met een succespercentage ruim boven 90%.

Inleiding.

De huwelijkszwendelaars, de kapiteins van Köppenick, de mensen met de diagnose Pseudologia Fantastica dienen binnen het classificatiesysteem van DSM-III op As-II geplaatst worden, waarbij de symptomatologie gezien kan worden als een gevolg van grootheidsfantasieën en preoccupaties met fantasieën, de neiging tot exhibitionisme om voortdurend aandacht en bewondering te krijgen, met een indifferentie voor kritiek van anderen, en tenslotte het exploiteren van anderen t.b.v. eigen wensen tesamen met het ontbreken van gevoelens van empathie (ook met betrekking tot wat de ander aangedaan wordt).

Aan de andere kant kan

de patiënt zoveel last hebben van zijn neiging om verhalen te verzinnen, mensen om de tuin te leiden, bijv. doordat de mensen uit zijn omgeving hem in het geheel niet meer serieus nemen en waarbij de patiënt desondanks steeds weer zijn sprookjes blijft vertellen dat er sprake is van symptoomvorming: pathologisch liegen, een stoornis in de impulscontrole, not else where classified: As-I dus.

Gevalsbeschrijving.

Een 38-jarige man werd aangemeld door zijn bedrijfsarts, omdat er grote problemen op het werk ontstaan waren. Wat was het geval, de patiënt had een vooraanstaande functie op een groot bankbedrijf, waarbij hij verantwoordelijk was voor belangrijke financiële transacties. Het was bekend geraakt op dit bedrijf dat hij in grote financiële moeilijkheden verkeerde. Patiënt zou allerlei smoesjes verteld hebben als verklaring voor de grote schulden die hij had. Deze verhalen waren zeer ongeloofwaardig. Bovendien bleek hij al jaren oncontroleerbare, soms met de feiten in strijd zijnde, sterke verhalen te vertellen. Zo vertelde hij eene dat hij een week-end was gaan diepzee-duiken, terwijl een andere medewerker hem in dat bewuste week-end elders gezien had. Ook bleek hij hier en daar te vertellen dat hij eigenlijk de directeur van de bank was en hij zou over allerlei vertrouwelijke informatie van de clientele praten. Zijn onkreukbaarheid stond op

de tocht. De bank was bereid zijn schulden te saneren, maar dan moest de patiënt zich onder behandeling stellen.

Tijdens het intake-gesprek ontkende de patiënt dat hij leugens en onwaarheden vertelde. Op de vraag waardoor zijn schulden ontstaan waren, deelde hij mee dat zijn grote probleem was dat hij geen nee kon zeggen. Als voorbeeld gaf hij het volgende: Zo gauw hij een kledingzaak binnenkwam - hij ging alleen naar eerste klas zaken - was hij niet in staat weerstand te bieden aan de adviezen van de verkoper. Dit betekende meestal dat hij met zeer kostbare kledingstukken thuiskwam. Bood zijn wijnhandelaar hem twaalf zeer kostbare flessen aan dan maakte hij onmiddellijk gebruik van het aanbod.

Patiënt zag er inderdaad zeer chique uit. Hij was gekleed in een zijden overhemd en een kostuum van fijne Engelse wol.

Nadereanalyse leerde echter dat hij in vrijwel alle situaties nee kon zeggen, alleen die situaties waarin hij aangesproken werd als welgesteld mens, niet. Het doen van kostbare bestellingen maakte hem tot een belangrijk man, tot één van de grote van de aarde.

Hij leefde als vrijgezel in een flat, waarvan hij alleen de slaapkamer had ingericht. In de vijf jaar dat hij er woonde had hij niet de moeite genomen de dozen na de verhuizing uit te pakken. Bovendien bleek hij één- of tweemaal in de week in een zeer chique restaurant in Amsterdam te gaan eten, waarbij hij steeds aan hetzelfde tafeltje zat en zeer luxueus dineerde, met wijn, die tot f. 300,00 per fles kostte. Een kapitein van Köppernick dus. Iemand die zich niet vermomde als dokter of officier, maar als rijke, beschaafde levenskunstenaar.

De behandeling bestond uit een zelfcontrole procedure, waarbij hij geholpen werd financieel weer orde op zaken te stellen en geen onverantwoorde uitgaven te doen. Vervolgens werd hem een zelfcontrole procedure aangeboden voor de behandeling van zijn sterke en onware verhalen. Op dat moment raakte hij geïrriteerd, daar hij immers geen onwaarheden vertelde. Dat maakt behandeling niet goed mogelijk. Volstaan is toen met een uitvoerig exposé over de oorsprong van deze (ontkende) verschijnselen: minderwaardigheidsgevoelens die als het ware gecompenseerd werden door zijn problematische gedragingen. Okdat er geen enkel bezwaar bestond tegen zijn uitzonderlijke dineetjes, vermits het financieel geen problemen zou geven.

Patiënt hoorde het allemaal aan en op het moment dat de financiële problemen echt opgelost waren, beëindigde hij de behandeling een

beetje uit de hoogte dankend voor de gedane moeite.

Bespreking.

De diagnose bij deze patiënt was geen diagnose op de As-I, of misschien toch : pathologisch liegen en zich voorgeven als iemand anders, ondertussen zo lustvol beleefd door de patiënt dat van een stoornis in de impulscontrole, not else where classified, gesproken zou kunnen worden. Op As-II is er sprake van een narcistische persoonlijkheidsstoornis. De behandeling van dit soort klachten wordt pas gezocht als het probleemgedrag geleid heeft tot ernstige maatschappelijke gevolgen. In dit geval hadden de schuldenlast en de problemen binnen de werksituatie tot gevolg dat de patiënt zich gedwongen door de werkgever onder behandeling stelde.

Een zelfcontrole procedure, waarbij het leugengedrag, wanneer de patiënt dit tenminste ook als ongewenst gedrag omschrijft, centraal staat, kan dan mogelijk van nut zijn.

Duidelijk was dat het water deze patiënt niet echt tot aan de lippen stond. Bovendien was hij min of meer gedwongen de behandeling te ondergaan, wat toch de motivatie er iets aan te doen niet bevordert zal hebben.

Elder is betoogd dat de zelfcontrole procedure, hoewel op theoretische gronden misschien zinvol, in de praktijk toch niet lijkt te voldoen. Een groot probleem bij de behandeling blijft dat de patiënt ook in de therapeutische situatie snel bereid is het met de waarheid niet nauw te nemen. Inschakelen van mensen uit zijn naaste omgeving, ouders, partner, kan deze complicatie mogelijk wegnemen. Daarnaast zijn er argumenten om vanuit de communicatieve betekenis van het fantaseren het probleem te benaderen..

Tot slot zal, wanneer de patiënt eenmaal bereid is in behandeling te gaan, onderzocht moeten worden of het mogelijk is de patiënt zijn talent te laten gebruiken om op een andere manier liefde, geld en aanzien te verwerven.



ZILVER VAN OUD, BRONS VAN NU.

LEEN JOELE.

Inleiding.

We worden wat ouder , dus we vinden het niet zo erg meer wanneer onze vrienden ons leren kennen.

Toen ik recent mijn kamer opruimde (voor het eerst in jaren) om ruimte te maken voor de aankomst van mijn nieuwe kind, (een ATARI 1040ST + NL\_10 printer, vader en kind maken het goed) ontdekte ik wat bijna vergeten kinderen uit een eerder levenstijdperk.

Ik heb met verbazing, en herkenning tegelijk, gekeken naar de jongeman die ik op de paginaas van mijn studenten krantje tegenkwam.

Tegelijkertijd moest ik werken aan een lezing zoals ik er in mijn huidige baan wel vaker een moet houden, over Identiteit en Beleid ditmaal, een onderwerp waaraan binnen de koepelorganisatie waar Bloemendaal onder valt bepaald niet licht getild wordt.

Ik heb er geen bezwaar tegen als de vrienden van TDT de 20jarige would be dichter en de lekenprediker van 43 ontmoeten; ik ben het, geloof ik wel alle twee.

De twee "gedichtjes" waren de minst gezwollen voortbrengselen uit die tijd, de bewoordingen van het lezinkje zijn op het gehoor afgestemd, het in de woorden vervatte geloof is wel, nog steeds het mijne.

Lieve

Neem water en zout  
Meng het

Zout en water

Sluit ramen en deuren

maak ons alleen

En leg dan

Een traan in mijn ooghoek

Uit een druppelflesje

Want ik wil je laten zien

Dat ik kan huilen.

Avontuur

T' is nacht, daar doe je weinig aan.  
Een enkele ster, een volle maan.  
Daar bij die bomen even staan?  
T' is nacht, daar doe je weinig aan.

T' wordt dag, wat moet je daaraan doen?  
Een vuilnisman in 't stil plantsoen.  
Een laatste aai, een laatste zoen,  
T, wordt dag, daar is echt niets aan te doen.

Dan maar naar huis, naar bed,  
Een beetje triest, wat stil en moe  
En denken, over wat en hoe.  
Dan ben je thuis, alleen, in bed.

In mijn studententijd typeerde iemand dit soort "poëzie" eens,  
genadeloos en trefzeker, als "nacht en ontij op het Rapenburg".  
Dat klopt, al was het bij mij meestal het van der Werf park.

NOTITIE TEN BEHOEVE VAN DE STUDIEDAG BELEID EN IDENTITEIT

TITEL: "VAN EVANGELIE VIA IDENTITEIT TOT PROFESSIONELE ZORG; GEEN SNEL-  
WEG"

1. Inleiding

Dames en Heren,

Sommige mensen zullen alleen al het feit dat de vraag of het evangelie op betekenisvolle wijze de praktijk van de zorgverlening kan beïnvloeden, gesteld wordt, bezorgd noteren als het zoveelste teken dat de invloed van het christendom betanende is door de erosie van de secularisatie. Zij zullen zich onaangenaam getroffen voelen door de overweging dat de betekenis van het evangelie in verschillende tijden op verschillende manieren tot uiting komt. In het vervolg van mijn bijdrage wil ik proberen om vanuit een, onvermijdelijk, persoonlijke visie iets te zeggen over de relatie tussen evangelie en levensbeschouwelijke identiteit, daarna zal ik kort stilstaan bij 3 kenmerken van het evangelie die mijns inziens relevant zijn voor professionele zorg om daarna te besluiten met enkele aanbevelingen voor de praktijk.

2. Evangelie en identiteit

Dames en heren,

In de herinnering zijn er dikwijls kleine dingen die het begin van een bepaalde ontwikkeling markeren. Ik vrees dat mijn kijk op het evangelie enerzijds en het nut van kerken en andere organisaties op levensbeschouwelijke grondslag anderzijds, sterk bepaald is door mijn persoonlijke ervaringen. Eén voorval blijft mij bij: ik ben gestopt met catechisatie toen de discrepantie tussen het Bijbelwoord: "Al zo lief heeft Hij de wereld gehad dat Hij Zijn eniggeboren Zoon heeft gezonden om ons te redden" en de aansporing om je in je sociale contacten toch liever te beperken tot je eigen geloofsgenoten, mij te machtig werd. Ik vond het als 16-jarige een aanflui-

+41-

ting van de Majesteit van het evangelie en eigenlijk vind ik dat nog. Mijns inziens is het evangelie niet bedoeld om mensen of instituten een gezicht, een identiteit te verschaffen waarbinnen ze zich veilig kunnen voelen; in tegendeel, het christen-zijn is een oproep en een opdracht. De boodschap heeft eeuwigheidswaarde, de identiteit niet. Anders gezegd: identiteit is niet minder, maar ook niet meer dan de tijdelijke bedding en begrenzing waarbinnen het evangelie op menselijke maat gehouden wordt. Identiteit krijgt zo slechts betekenis in een menselijke context en is dus aan verandering onderhevig; stagnatie, onveranderlijkheid van identiteit betekent óf dat de boodschap niet meer kan bezielen óf is een teken van hoogmoed: de bedding stuurt de rivier in plaats van dat de bedding door de rivier wordt uitgeslepen. Vanuit deze opvatting is het noodzakelijk dat instituten met een levensbeschouwelijke grondslag zichzelf bij voorduring kritisch beschouwen, even noodzakelijk als persoonlijk gewetensonderzoek voor individuen. Het gevaar dreigt anders dat aspecten van de identiteit tot evangelie verheven worden in plaats van dat de identiteit evolueert onder de invloed van het evangelie op de menselijke geschiedenis. In de identiteit worden slechts onze voorstellingen beschreven van Datgene wat in principe Onvoorstelbaar en Onbeschrijfelijk is. Het is dan goed om ons het woord van Epicurus te herinneren: "Goddeloos is niet hij die de Goden van de menigte loochent, maar hij die instemt met de voorstelling die de menigte zich van de Goden maakt". Men zou ook kunnen stellen dat het niet onjuist is om voorstellingen van het Onvoorstelbare te koesteren, wel om zich door die voorstellingen het zicht op de Onbeschrijfelijkheid van God te laten ontnemen; the map is not the area, een mercatorprojectie doet geen recht aan de bolvorm van de aarde, onze gesneden beelden zijn nooit God-gelijk.

Stelling. Omschrijvingen van de zogenaamde identiteit van professionele instellingen hebben per definitie een tijdelijk karakter

### 3. Voor de zorg essentiële aspecten van het christelijk geloof

Het spreekt vanzelf dat in het navolgende niet beoogd wordt om een inclusieve opsomming te geven van datgene wat essentieel is in het evangelie; het zijn die punten die mij relevant lijken voor de praktijk van de zorg.

- A. De opdracht tot naastenliefde: "Heb u naaste lief als u zelf". Dat betekent dat je evenveel respect hebt voor de waarden van je naaste, voor de vreemdeling, als voor je eigen waarden; dat je je geroepen voelt om de wereld door de ogen van je naaste te zien. Bekeringsdrang in welke vorm dan ook, is strijdig met dit fundamentele gebod van het christelijk geloof: het gaat er niet om dat iemand ons nader komt, tot ons komt, maar dat hij via ons en onze inspanningen tot zichzelf komt. Dat hij vandaar tot God kan komen, mag een christen hopen. In die zin zou men kunnen stellen dat mensen die de psychiatrie geïnspireerd door de christelijke opdracht tot naastenliefde willen bedrijven, het als een hoofdtak zullen zien om vanuit hun professie een bijdrage te leveren aan een proces waardoor ontredderde mensen in staat gesteld worden weer besef te hebben van een persoonlijk systeem om zin aan het bestaan te geven, om ja te zeggen dwars door de "verneinende" effecten van psychisch dysfunctioneren heen.
- B. Elk menselijk leven is waardevol, uniek en eenmalig, door God gewild: één is één is iets anders dan duizend gedeeld door duizend is één. Wanneer het inderdaad zo is dat voor de Schepper schepselen ieder een eigen waarde hebben, volgt daaruit dat zij door hun medeschepselen beoordeeld zullen moeten worden als wezens die ten diepste niet beschreven kunnen worden in termen van de overeenkomsten die zij vertonen met andere schepselen, maar in termen van hun eeuwigheidswaarde. Mensen mogen in die optiek nooit gemiddelden zijn en algemene procedures zijn op hen slechts beperkt van toepassing. Ten aanzien van hun diepste betekenis verdienen zij maatwerk en geen confectie.
- C. De betekenis van het leven overstijgt de duur en de inhoud van het bestaan als biologische entiteit. Wanneer men uitgaat van de gedachte dat het Leven ook na de biologische dood zich eeuwig voortzet, wordt elk tijdperk van het aardse bestaan niet minder, doch juist meer betekenisvol. Immers geen enkel tijdperk kan dan meer staan in het teken van verval en afsluiting. Dit heeft voor de praktijk van de zorg uiteraard grote consequenties. Voor iemand die het menselijk bestaan op deze wijze ziet, is ziekte en veroudering iets anders dan voor iemand die deze verschijnselen slechts kan beschouwen als stoornissen in de functie van een

organisme. Men zou kunnen zeggen dat de zorg om een lamp brandend te houden niet behoort af te nemen omdat het licht ervan verscho- len kan raken achter een gordijn dat voor onze ogen ondoordring- baar is.

4. Enkele alledaagse consequenties die zouden kunnen voortvloeien uit de hier voor genoemde punten

1. Wanneer christenen met de identiteit van een instelling omgaan als ware het de vlag van het evangelie zelf, wekt dat bij anderen die zich niet op dezelfde wijze geïnspireerd voelen, veel irrita- tie, zeker wanneer de vlag niet altijd de lading dekt. Zowel voor christenen als niet-christenen en zowel voor christelijke als niet-christelijke instellingen is het nodig dat goede voornemens in concreet beleid vertaald worden. Dit betekent dat personeel niet in de eerste plaats geworven behoort te worden op basis van een christelijke achtergrond, doch op instemming met beleidsvoor- nemens die feitelijk genoeg geformuleerd zijn om in concrete termen met sollicitanten besproken te kunnen worden. Overeenstem- ming over concrete zaken is waardevoller dan lippendienst aan vrome intenties.
2. In de ogen van de patiënten dient de identiteit eerst en vooral zichtbaar te zijn in de kwaliteit van de behandeling: geen chris- telijke of onchristelijke waar, doch goede waar! In een kwalita- tief goede zorg kunnen daarnaast nog specifieke accenten gelegd worden:
  - A. Aandacht voor een zo groot mogelijke toegankelijkheid van de voorzieningen van het ziekenhuis. Bij alle vakmatige speciali- satie dient het zorgelement niet uit het gezicht te verdwij- nen.
  - B. Expliciete aandacht dient besteed te worden aan het persoon- lijke en individuele. Iedere patiënt moet een eigen contact- persoon hebben en niet uitsluitend met teamafspraken gecon- fronteerd worden, het gevaar hiervan is immers dat patiënten wier zelfgevoel al ernstig gekrenkt is, zichzelf nog meer gaan zien als een te verwaarlozen onderdeel van het geheel waartoe zij behoren.

- C. Het zelfbeschikkingsrecht van patiënten dient genuanceerd beschouwd te worden; we moeten er voor waken dat respect voor het zelfbeschikkingsrecht niet ontaardt in een mogelijkheid om weg te lopen voor de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de naaste. Het recht op ongeluk of dood is geen recht!
- D. Het ziekenhuis dient expliciet aandacht te tonen voor religieuze c.q. zingevingsvragen van patiënten van alle gezindten. Aandacht voor extra onderwijs in de opleiding van alle beroepsbeoefenaren ten aanzien van deze zaken kan bijdragen tot een verminderen van het taboe dat thans lijkt te rusten op de bespreking van dit soort vragen.

## 5. Tot slot

Men kan zich afvragen wat in de praktijk het verschil is tussen instellingen op humanistische grondslag en instellingen die zich willen blijven baseren op een christelijke grondslag. Vergeten wordt weleens hoezeer waarden uit het evangelie doorgedrongen zijn in onze cultuur. Men kan stellen dat in technische kwaliteit van zorg er geen verschil bestaat tussen instellingen met en zonder levensbeschouwelijke identiteit. De grootste opdracht voor de psychiatrie is het leveren van een bijdrage aan het proces dat ontredderde mensen in staat stelt weer beseft te hebben van een persoonlijk systeem van zingeving. De bijdragen van christenen kan vooral gelegen zijn in het voortdurend in bespreking brengen en houden van de grote waarden. De essentiële geboden uit het evangelie liggen ten grondslag aan het humanisme, het praktisch handelen van christenen en humanisme zal dikwijls volstrekt uitwisselbaar zijn. Het verschil lijkt mij te zijn dat christenen meer dan anderen zich er van bewust zijn dat het licht van sociale rechtvaardigheid, zorg voor de zwakken en respect voor het individuele bestaan niet uit zichzelf kan blijven branden, dat deze waarden nooit vanzelfsprekend of definitief bevochten en verankerd zijn: het goede komt van buiten de mens en hij kan er slechts deel aan hebben door het voortdurend te zoeken, opdat het voortdurend in, met de voortgang der tijden wisselende, gedaanten ontdekt kan worden. Juist in een universum dat, aan zichzelf overgelaten volgens de wetten der fysica de koudedood sterft, zullen christenen zich wellicht bewust zijn dat het nodig is om het vuur van de inspiratie gevoed te laten worden vanuit de bron van het

-45-

goede. Een methode hiervoor kan zijn dat binnen instellingen als de onze permanente werkgroepen worden opgezet die zich met deze vragen bezighouden, die vanuit een levensbeschouwelijke bezinning zich bezighouden met de vraag hoe het evangelie in praktisch professioneel handelen tot uiting gebracht kan worden, op een manier die zowel voor christenen als niet-christelijke consumenten begrijpelijk en heilzaam is. Het spreekt vanzelf dat een dergelijke werkgroep alleen dan functioneel is wanneer personeelsleden van alle gezindten kunnen bijdragen tot de meningsvorming.



Het is gebruikelijk een eerste contact met een patiënt af te sluiten met het stellen van een diagnose. Deze diagnose wordt in de eerste brief naar de verwijzer als conclusie weergegeven. Daar blijft het meestal bij en het is niet geheel duidelijk of we dit erg moeten vinden.

Wanneer er echter onderzoek gedaan wordt en er uitspraken gedaan worden over een bepaalde categorie van patiënten dient vast te staan dat de steekproef ook werkelijk is samengesteld uit patiënten waarover de uitspraken worden gedaan. In het N.R.C. van 21 november 1987 wordt een aardige illustratie gegeven van de problematiek van de diagnostiek.

Een Arnhemmer, Frits (33), kon zijn werk als ziekenverzorger niet meer aan. "Ik sloot me op, werd bang, slikte de raarste dingen om toch maar wat te voelen, van boenwas tot middeltjes tegen houtworm.". Geen alledaags beeld dus. Toch stelde de klinisch psycholoog D. de diagnose pleinvrees (agorafobie). De behandeling mislukte. De Riagg werd vervolgens ingeschakeld en die verwees hem naar een gedragstherapeutische kliniek. De intaker, de psychiater H., spreekt vervolgens van: "Een vlotte geweldenaar, zij het dat het oogcontact iets schuws heeft. Er is een sterke discrepantie tussen de aangegeven klachten (depressie en angsten) en de wijze waarop hij erover praat, lichthartig en geneigd tot grappen en grollen.". H. meent aanwijzingen te zien voor endocrinologische stoornissen. Hij verwees hem naar een academisch ziekenhuis. Dr. V. van het academisch ziekenhuis stelde als diagnose: "Eetproblemen in het kader van recidiverende depressieve perioden bij een 33-jarige man met een karakterneurose met kenmerken van een onrijpe en narcistische persoonlijkheid." Geen neuro-endocriene basis voor de moeilijkheden van Frits blijkbaar.

Achtereenvolgend werden bij Frits de diagnoses gesteld:

- agorafobie,
- depressie en angsten met mogelijk een endocrinologische basis,
- eetproblemen +  
recidiverende depressieve perioden +  
karakterneurose met kenmerken van een onrijpe en narcistische persoonlijkheid.

Wanneer onderzoek gedaan gaat worden, lijkt Frits een ideale patiënt. Hij is geschikt voor onderzoek bij agorafobie, eetstoornis, angststoornis, depressies, karakterneurose en persoonlijkheidsstoornissen. Hij lijkt in alle psychiatrisch onderzoek te passen. Of eigenlijk in niet een, omdat steeds iedere diagnose slechts een bepaald stukje van de gehele problematiek weergeeft.

De diagnostische criteria van D.S.M.-III-R bieden tegenwoordig binnen de psychiatrie de mogelijkheid om tenminste volgens enige gemeenschappelijke uitgangspunten zich met diagnostiek bezig te houden. Wanneer we nu naar dit voorbeeld kijken, hebben we misschien net pech gehad. De klinisch psycholoog gebruikt nog een term die in D.S.M.III-R teruggevonden wordt. De gedragstherapeut, de psychiater H., met zijn depressie, angsten en endocrinologische basis hanteert begrippen die als zodanig niet in D.S.M.-III-R terug te vinden zijn. Evenmin zijn de diagnoses van de biologische psychiater V. (eetproblemen, recidiverende depressieve perioden, karakterneurose met kenmerken van onrijpe (?) en narcistische persoonlijkheid) uit D.S.M.-III-R te halen.

Genoeg erover. Wanneer een onderzoek gedaan wordt naar effecten van een gedragstherapeutische behandeling van agorafobie, zou deze patiënt geaccepteerd kunnen worden, wanneer het hebben van agorafobie het enige selectie criterium zou zijn. Maar hoe staat het met de eerder genoemde depressieve klachten? Gaat het hier om een man met Major Depressive Episode met angsten en fobische klachten? Gaat het om een man met een ernstige dysthyme stoornis? Gaat het om een man met een ernstige Personality Disorder (As II van de D.S.M.-III-R), die ten gevolge van een maatschappelijk vastlopen diverse klachten heeft ontwikkeld, die op de As I van de D.S.M.-III-R weergegeven worden?

Kortom over welke agorafobische patiënten strekt het onderzoek zich uit? Mogen ze recidiverende depressies hebben, mogen ze paniekstoornissen hebben en zo ja, mogen ze daarbij hyperventileren? Met andere woorden, wordt het een onderzoek waarbij een patiënt met agorafobische klachten ten gevolge van hyperthyreoïdie, een patiënt met angsten en agorafobische klachten bij een Major Depressive Episode en een agorafobische patiënt ten gevolge van angst voor het optreden van angina pectorisaanval op straat en een patiënt met een paniekstoornis met vermijding met hyperventilatie en een patiënt met een smetvrees en wasdwang, die een agorafobisch beeld ontwikkelt om contaminatie te vermijden, betrokken worden?

Het wordt al duidelijk: Er zijn inclusiecriteria en er zijn ook exclusiecriteria, die gezamenlijk de steekproef begrenzen. Hoe ruimer de criteria, hoe groter de kans op een allegaartje, zoals boven geschetst. Hoe gedetailleerder de criteria, hoe kleiner de kans dat er nog patiënten zijn die geschikt bevonden worden voor het onderzoek en dat er nog onderzoek kan plaatsvinden.

Inleiding

In D.S.M.-III-R (A.P.A., 1987) wordt over een conversiestoornis gesproken wanneer het klinisch beeld voldoet aan de volgende diagnostische criteria:

- verlies van of verandering in een lichamelijke functie, waarbij een somatische aandoening wordt vermoed;
- psychologische factoren worden beschouwd van etiologische betekenis te zijn, met name de relatie in de tijd tussen psychosociale stressoren - gerelateerd aan een psychologisch conflict of behoeftes - en het ontstaan of sterk verergeren van de klachten;
- de patiënt veroorzaakt de klachten niet opzettelijk, ze staan niet onder invloed van de wil;
- de klacht is niet een cultureel geaccepteerd gedragspatroon en er kan geen lichamelijke oorzaak voor gegeven worden na een adequaat onderzoek;
- de klacht is niet beperkt tot pijn of tot een sexueel probleem.

Bij de diagnostiek levert de onderscheiding van conversiestoornissen met neurologische stoornissen de grootste problemen. Vooral een aandoening als multipele sclerose (M.S.) levert problemen op. Bij patiënten met M.S. wordt nogal eens de diagnose conversie gesteld, terwijl vaak patiënten met conversieve klachten jarenlang als lijdend aan neurologische aandoeningen worden beschouwd.

Factoren die van betekenis zijn bij het ontstaan van de conversiestoornis (A.P.A., 1987), zijn: eerder een bepaalde ziekte doorgemaakt hebben, geconfronteerd zijn met neurologische patiënten en extreme psychosociale stress.

Nadrukkelijk moet de conversiestoornis onderscheiden worden van simulatie en een nagebootste stoornis. Bij deze twee stoornissen gaat het om doelbewust en opzettelijk bepaalde symptomen op te wekken om resp. een bepaald doel of de positie en rol van zieke te verwerven.

Reeds van oudsher is er een overeenkomst gezien tussen verschijnselen die met behulp van hypnose opgewekt kunnen worden en conversieverschijnselen. De diverse conversieverschijnselen kunnen geïnduceerd worden bij proefpersonen die zeer goed hypnotiseerbaar zijn (Bliss, 1980, 1984). Mogelijk zou zelfs hypnose enige betekenis kunnen hebben bij het ontstaan van de klachten, waarbij extreme stress een dergelijk mechanisme in werking zou zetten bij zeer goed hypnotiseerbare mensen. Spiegel (1974) bijvoorbeeld, beschrijft de problemen die mensen met een hoge hypnotiseerbaarheid in het dagelijks leven kunnen ontmoeten. Het zijn mensen met een groot vertrouwen in anderen en ze zijn in staat nieuwe ideeën snel over te nemen en zich goed aan te passen aan veranderde omstandigheden (Van Dyck, 1987; Spiegel, 1974). Tayler (1986) beschreef dat vele diersoorten gedragingen kunnen vertonen die we als conversiestoornis zouden kunnen omschrijven. Wulpen bijvoorbeeld proberen roofvogels van hun jongen weg te lokken door een soort voorgewende hulpbehoefendheid. Een ander voorbeeld is de "Totstellreflex" of "playing possum", waarbij dieren doen alsof ze

dood zijn tijdens momenten van groot gevaar.

Van der Velden (1985) analyseert een door De Waal (1982) gedane observatie bij chimpansees: "De Waal beschrijft de wederwaardigheden van Jeroen, een competente en slimme, oudere chimpansee, die ontroond dreigt te worden door de veelbelovende Luit. Om

Luit's opmars te keren wendt Jeroen zich tot de vrouwelijke chimpansees bij wie hij zeer gezien is. Aanvankelijk steunen ze hem en zijn zij bereid Luit mores te leren. Maar naar mate Luit's positie sterker wordt, gebeurt dit minder snel, minder vaak en minder enthousiast. Jeroen doet dan het volgende: Als Luit zijn leiderschap weer eens betwist heeft, loopt hij naar de vrouwen toe en ontwikkelt op enkele meters voor hen een aanval, die door De Waal hysterisch wordt genoemd. Jeroen laat zich languit vallen en zet het op een vreselijk loeien en krijsen. Wanneer de dames hem komen troosten, veert hij echter energiek op en achtervolgt hij Luit met de dames in zijn kielzog." (Einde citaat.)

Patiënten met een conversiestoornis zijn patiënten die als het ware een dergelijk gedrag zijn blijven handhaven, mogelijk omdat de bedreigingen nog steeds actueel zijn, mogelijk omdat diverse gevolgen een bekrachtigende betekenis hadden, maar vooral misschien omdat door de verschijnselen een eind gemaakt is aan de externe stress. Bij die stress gaat het niet om een eenmalige hachelijke situatie maar om een extreem stressvolle situatie in werk of gezin waarvoor geen oplossing meer voorhanden blijkt te zijn en die geen uitzicht op verandering biedt. Ten gevolge van de symptomen ontstaat er een verandering, bijv. de fysieke onmogelijkheid om naar het werk te gaan. Het is de derde mogelijkheid: niet "fight", niet "flight", maar "fright".

Het model, waarbij nogal gesteund wordt op beschermings- en aanpassingsmechanismen, dat we delen met de dieren, sluit aan bij de inzichten die bestaan ter verklaring van hypnotische fenomenen. Tijdens de hypnose wordt de aandacht gefocussed, waardoor bepaalde sensaties of belevenissen sterk bewust, en andere geheel ongemerkt passeren. Wanneer iemand een spannend boek leest en sterk betrokken is bij het lezen van het verhaal, is het mogelijk dat indien de lezer geroepen wordt, hij dit werkelijk niet hoort. Een situatie die enige gelijkenis vertoont met conversiedoofheid. Bij

patienten met een dergelijke conversiestoornis wordt de geluidsprikkel niet waargenomen. De patiënt beleeft zichzelf als doof. De geluidsprikkel arriveert wel degelijk in de hersenen, maar wordt niet geassocieerd met het geheel van de psychische functies (Janet: in Jelgersma, 1915; Van der Hart, 1986). Er treedt een dissociatie op, dat wil zeggen een verandering in de integratieve functies van bewustzijn, identiteit en motorisch gedrag met als gevolg een perceptiestoornis (Jelgersma, 1903). De patiënt beleeft een been als verlamd.

Nu is het bekend dat het met behulp van hypnose mogelijk is juist op het gebied van de perceptie invloed uit te oefenen, bijv. bij pijnbestrijding, maar ook in zintuigfuncties en motorische activiteiten (zie: McGlasham et al., 1969 en Franekl, 1978). De hier voorgestelde behandeling berust erop dat patiënten op een dusdanige manier beïnvloed worden dat opnieuw de perceptie, maar nu in gunstige zin gewijzigd wordt.

#### De behandeling

Hypnose wordt door de jaren heen genoemd als de behandelmethodode voor conversies. Dit, ondanks het feit dat er geen gecontroleerd onderzoek bestaat (zie: Van Dyck, 1987). De uitspraken die over de be-

handeling bij conversiestoornissen worden gedaan, zijn moeilijk te interpreteren. Vaak worden de patiënten met de somatisatiestoornis, paniekstoornis, conversie en somatoforme pijnstoornissen onder de noemer Hysterie gepresenteerd.

In het overzicht van Van Dyck wordt gerapporteerd over de resultaten van diverse behandelingsstrategieën. Patiënten zouden na follow-up van een jaar nog 45-80% verbeterd zijn. Bij gecontroleerd effectonderzoek van niet-hypnotische, suggestieve interventies bleek dat al deze aan hypnose verwante technieken bij de behandeling van conversie waarde hebben (Van Dyck, 1987). Onderzoek naar de werking en werkzaamheid van dergelijke technieken wordt op dit moment gestart.

In het hierna volgende worden een viertal hypnotische technieken besproken die van nut bleken bij de behandeling van motorische conversieverschijnselen. Achtereenvolgend worden besproken:

- reëvificatie: Bij deze strategie is het uitgangspunt dat de patiënt de conversieverschijnselen gekregen heeft in aansluiting aan een ernstig psychotrauma. De behandeling bestaat uit een herbeleving van de traumatische gebeurtenis;
- de toepassing van het gegeven dat bepaalde motorische bewegingen zoals tremoren, tics en torticollis spasticus 's nachts in de slaap afwezig zijn. Die toestand van gemoed en spieren wordt vervolgens met behulp van hypnose nagestreefd bij een patiënt met multipelle, onvrijwillige contracties;
- de toepassing van directe en indirecte suggesties bij een patiënt met een torticollis spasticus;
- het gebruik van katalepsie bij een patiënte met een tremor van de rechter lichaamshelft.

1. De behandeling van een vrouw met een slappe verlamming van beide benen.

De revivificatie. De behandeling bestaat uit de volgende elementen:

- een rationale die aannemelijk maakt dat de klachten een gevolg zijn van onverwerkte, heftige emoties en dat bij herbeleving van die scene alsnog de emoties verwerkt worden, waarna de klachten mogelijk zullen verminderen. Als illustratie van deze rationale kan genoemd worden: de stem kwijtraken van schrik, verlamd zijn van angst (zie ook Hoogduin, 1987a);
- dan volgt een formele trance-inductie met een revivificatie, waarbij de patiënt aangemoedigd wordt de eventuele emoties vrijelijk te uiten. Het is niet ongevoel dat herstel van gevoel of functie gepaard gaat met pijn of dysaesthesieën. De beleving van dergelijke verschijnselen wordt als een eerste verbetering gesignaleerd: gevoel, weleer pijn, in plaats van geen gevoel en geen functie;
- er worden aan het eind van de zitting posthypnotische suggesties gegeven dat verdere verwerking plaats zou kunnen vinden, wat patiënt zou kunnen merken aan verbetering van de klachten;
- het voorkomen van gezichtsverlies is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Dit kan voorkomen worden door de revivificatie als zwaar en ingrijpend te bespreken, bij voorkeur in aanwezigheid van de partner of ouders. De behandeling zwaar en ingrijpend te noemen sluit aan bij de rationale dat de patiënt in een eerdere fase het niet aankan de hevige emoties te verwerken;
- wanneer na jaren klachten de verbetering op gang is gekomen, is een goede revalidatie en begeleiding noodzakelijk en zinvol. Het beeld van een herstellende, ernstige zieke voorkomt onnodig gezichtsverlies;



- beïnvloeding van de eventuele stresserende factoren die bijgedragen hebben tot het ontstaan van de stoornis;
- beïnvloeding van de eventuele bekrachtiging van de stoornis in de leefsituatie van de patiënt. Dit houdt veelal in: beïnvloeding van de attitude van partner of ouders, die vaak van grote betekenis zijn voor het in stand houden van de opvatting dat het oom een lichamelijke stoornis gaat (Tayler, 1986).

Mevrouw Jansen is een 40-jarige onderwijzeres, die zelf vindt het niet gemakkelijk te hebben gehad in het leven. Ze heeft huwelijk en gezin als een zware taak ervaren. De relatie met haar partner was een tiental jaren geleden slecht. Er was sprake van dat de man haar wilde verlaten. Mevrouw Jansen had in die tijd rugklachten. Ze was geopereerd voor een hernia. Na de operatie bleef ze pijn in de rug houden. Na een heftige ruzie met haar man besloot deze haar te verlaten. In wanhoop liep patiënte hem na, waarbij ze plos aan beide benen verlamd raakte en viel. De man keerde die avond nog terug en over scheiding werd niet langer gesproken. Diverse opnamen en een jaar durende klinische behandeling in een revalidatiekliniek leverden niets op. Patiënte bewoog zich alleen nog maar voort in een rolstoel. Ze kreeg een aangepaste woning. De jaren gingen voorbij. Een maatschappelijk werkster, die hoorde dat soms met hypnose bij dergelijke patiënten nog wel eens een verbetering bereikt kan worden, meldde haar bijna 9 jaar na het begin van de klachten aan.

Bij onderzoek blijken de onderbenen volledig verlamd en er is alleen een minimale kracht in de bovenbenen aanwezig. Diverse neurologische onderzoeken leverden toendertijd geen verklaring op. De diagnose conversiesyndroom werd gesteld overeenkomstig de criteria van D.S.M.-III (A.P.A., 1980). Met patiënte werd doorge<sup>vo</sup>men dat soms onder invloed van extreme

stress, spanningen en emoties in een bepaald orgaansysteem tot uiting kunnen komen. Daarbij werd de suggestie gegeven dat wanneer dergelijke emoties alsnog verwerkt worden het mogelijk zou zijn, dat de functie van dat orgaan terug zou kunnen keren..

Tijdens de tweede zitting bewoog zij, tijdens een heftige emotionele herbeleving van de gebeurtenissen van 9 jaar eerder, haar voet enige centimeters. Aansluitend slaagde ze erin de klacht te overwinnen. Na een zestal maanden was zij vrijwel geheel hersteld. Ook bij follow-up na anderhalf jaar is de toestand onverminderd gunstig gebleven.

## 2. Indirecte en directe suggesties bij een vrouw met een torticollis spasticus.

Bij deze klassieke benadering wordt de patiënt gesuggereerd dat hypnose mogelijk de klachten zal verminderen. Er wordt een diepe spierontspanning bij de patiënt bewerkstelligd. Vervolgens worden diverse hypnotische fenomenen opgeroepen, zoals warmte, koude en bijv. de onmogelijkheid om de ogen te openen. Op grond van deze sensaties wordt de idee versterkt dat met behulp van hypnose belangrijke invloeden zijn uit te oefenen. Dan wordt gesuggereerd dat de klacht zal veranderen of in belangrijkheid zal afnemen (vergl: Hoogduin, 1988a).

Mevrouw Van Dam, een 42-jarige huisvrouw, werd aangemeld met een torticollis spasticus. Ze had, nadat ze een tijd last had van pijn in de rug en in de nek een torticollis spasticus ontwikkeld. De nek stond gefixeerd, maar onder invloed van spanning werd het hoofd tegen de schouder getrokken. De pijn in de spieren van de nek en het hoofd waren voor patiënte niet te dragen.

In het verleden werd patiënte ernstig sexueel misbruikt door haar vader. De klachten ontstonden in aansluiting aan een confronterend gesprek met haar moeder over dit probleem. De moeder wilde haar nooit meer zien.

Patiënte was langere tijd in behandeling voor de klachten.

Voor de torticollis werd hypnose met revivificatie van de traumatische ervaringen rond haar moeder zonder succes toegepast. Na een klein jaar kwam patiënte bij ons in behandeling.

De behandeling was puur symptomatisch: diepe relaxatie en suggesties van pijnvermindering en spontaan optreden van de normale stand van de nek. Reeds in de eerste zitting slaagde patiënte hierin. Ze kreeg een training in autohypnose en ze slaagde erin grote delen van de dag klachtenvrij te functioneren. Tijdens een verblijf van een week bij een vriendin was zij geheel klachtenvrij. Na deze week ontstond er bij thuiskomst een conflict in het gezin, waarna de klachten in enige mate recidiveerden. Patiënte wilde enige tijd uit huis en koos voor dagbehandeling.

### 3. Toepassing van katalepsie bij een meisje met een tremor van de rechterhand en het rechterbeen.

Sacerdote (1970, 1977) beschreef een techniek om katalepsie in de arm te bewerkstelligen. Hij noemde deze techniek 'conducted reversed hand levitation'. De uitvoering beschreef hij als volgt: De patiënt zit met de elleboog gesteund op de stoelleuning. De therapeut neemt de pols tussen duim en wijsvinger en tilt de onderarm op tot deze in een verticale positie is. Door nu de arm wisselend te ondersteunen en weer los te laten, ontstaat geleidelijk een toestand van katalepsie. Het verschijnsel ontstaat waarschijnlijk ten gevolge van een activering van de diverse posturale reflexen

(Sacerdote, 1970). Deze posturale reflexen zorgen ervoor dat bijv. de spieren van de benen door contracties van zowel extensoren als flexoren in een toestand komen dat ze het lichamen kunnen dragen (Bell et al., 1961). Wanneer dit op kunstmatige wijze bewerkstelligd wordt, beleeft de proefpersoon de arm, het been of de romp als verstard of verstijfd.

Deze techniek werd in eerste instantie beschreven voor toepassing bij pijnbestrijding en trance-inductie werd door ons met succes toegepast bij pseudo-ataxia, tremoren en een evenwichtsstoornis (zie Hoogduin & Van der Kraan, 1987).

Een 16-jarig meisje werd acuut aangemeld, nadat zij ontslagen was van de neurologische afdeling, waar zij gedurende een week werd geanalyseerd in verband met een Parkinson-achtige tremor van de rechterarm en het rechterbeen. Ze had de klachten ontwikkeld in aansluiting aan de mededeling dat haar broer ernstig ziek was. De klacht bestond een kleine maand. Patiënte had eerder een drietal perioden doorgemaakt waarbij ze gedurende vier tot zes dagen deze klacht had ontwikkeld. Die keren was de klacht spontaan verdwenen.

Het valt buiten het bestek van dit artikel om uitvoerig de uitzichtloze situatie van dit meisje te schetsen. De vader was alcoholist en er waren grote spanningen binnen het gezin. Van belang is nog dat een familielid op relatief jeugdige leeftijd de ziekte van Parkinson ontwikkelde.

Ook patiënte had het idee aan de ziekte van Parkinson te lijden. Na een inleiding over het voorkomen van de ziekte van Parkinson, het verschil in beven zoals het bij deze ziekte voorkwam en zoals patiënte het vertoonde en het feit dat de klacht al eens eerder was gekomen en gegaan, werd geprobeerd met behulp van de methode van Sacerdote een toestand van katalepsie te bewerkstelligen. Dit lukte na een aantal minuten in de arm. Daarna lukte dit ook in het been. Nadat de relatieve immobiliteit was ontstaan lukte het pa-

tiënte de hand en het been zonder tremor te bewegen. De klacht was verdwenen. Patiënte werd vervolgens in behandeling genomen waarbij vaardigheidstraining, advisering en begeleiding de eerste doelstellingen vormden.

4. Hypnose en utilisatie van het gegeven dat in de slaaptoestand bepaalde motorische stoornissen afwezig zijn.

Bij deze benadering wordt het gegeven gebruikt dat veel neurologische stoornissen (en ook conversiestoornissen) verdwijnen tijdens de slaap. Met behulp van hypnose wordt geprobeerd een vergelijkbare toestand op te wekken om vervolgens deze toestand van gemoed en van spieren ook buiten de slaap te handhaven. Een eerste toepassing van deze experimentele behandeling werd recent beschreven (Hoogduin, 1987b). Kort vatten we deze ziektegeschiedenis hier nog eens samen:

Mevrouw Van Veen, een 32-jarige juriste, zonder kinderen was sinds één jaar werkzaam op één van de ministeries. Zij had een tijdelijk dienstverband. Naast werk en huishouden studeerde zij M.O. Engels. Bovendien was zij actief in o.a. een bestuursfunctie van de plaatselijke afdeling van een politieke partij. Tijdens een gesprek met haar chef werd haar medegedeeld dat het departement zeer tevreden was over haar werkzaamheden. Men had besloten haar een vast dienstverband te geven. Patiënte vertelde dat ze het zo druk had dat er vrijwel geen tijd voor ontspanning overbleef. Doordat haar voorbereiding onvoldoende was, zakte ze tweemaal voor een bepaald tentamen. Een week na het gesprek met de chef kwam deze bij haar langs om te zeggen dat ten gevolge van allerlei bezuinigingen de toegezegde vaste aanstelling niet door kon gaan. Ze was die dag zeer ge-

emotioneerd naar huis gegaan en vertelde dat ze 's avonds woedend werd, zo kwaad als ze nog nooit eerder geweest was. Twee dagen later werd ze verkouden. Ze voelde zich erg ziek. Ze werd 's morgens wakker met een vreemd tintelend gevoel in vooral haar rechter lichaams-helft. Tevens bleken haar benen verlamd te zijn. Ze werd opgenomen op een neurologische afdeling. Na korte tijd kwam de kracht in haar benen terug, maar tegelijkertijd kreeg ze last van van onvrijwillig optredende trekkingen van de armen en benen, rechts erger dan links. De benen werden gebogen in het heupgewricht, waarbij de voet naar voren werd gegooid. De armen werden vooral in het ellebooggewricht gebogen, waardoor ze naar voren en naar boven gegooid werden. Tijdens deze bewegingen wierp ze het hoofd naar achter. Tijdens de opname was de frequentie wisselend, van enige malen tot tientallen keren per minuut. Na twee dagen verdwenen de klachten links vrijwel geheel, rechts daalde de frequentie enigszins.

Bij aanmelding, vier maanden later, bleek zij nog honderden van dergelijke contracties per dag te hebben. Perioden van relatieve rust werden afgewisseld met periode met een hoge frequentie.

Bij de behandeling werd patiënte gevraagd in haar slaaphouding te gaan liggen en te proberen te gaan slapen. Intussen gaf de therapeut steeds suggesties om spierontspanning en rust te bevorderen. De trekkingen namen af en na een tiental minuten trad er vrijwel geen contractie meer op. Vervolgens werd aan patiënte, die in een diepe ontspannen toestand verkeerde maar niet sliep, de uitleg gegeven dat ze de geestestoestand die hoorde bij de diepe spierontspanning, die zij had op het moment dat ze sliep, nu eveneens bereikt had. Haar werd gevraagd weer uit de ontspannen toestand te komen, waarop de contracties, zij het in een lagere frequentie dan voor de inductie, terugkwamen. Patiënte vertelde dat ze altijd insliep door

zich te concentreren op een punt achter haar voorhoofd. De behandeling werd voortgezet door patiënte nu in zittende houding deze oefening te laten doen. Opnieuw slaagde ze erin de contracties te doen ophouden. Vervolgens deed ze de oefeningen door zich voor te stellen dat zij insliep met de ogen geopend, waarbij ze probeerde dat ontspannen gevoel van de spieren vast te houden wat haar opnieuw lukte. Ze kreeg daarna een programma om in die situaties, waarin de contracties veel optraden (in gezelschap, plaatsen waar het lawaaiërig was) de oefeningen uit te voeren. Aansluitend kreeg patiënte controle over haar contracties. Negen maanden na het ontstaan van de klacht kon ze voor halve dagen gaan werken. Ze gebruikte geen geneesmiddelen. Bij follow-up na één jaar maakt ze het goed. Ze heeft geen contracties meer.

### Discussie

- Bij de diagnostische criteria zoals deze nog in D.S.M.-III werden vermeld, werd onder relevante psychologische factoren die van etiologische betekenis geacht werden, naast de relatie in de tijd tussen bepaalde gebeurtenis gerelateerd aan een psychologisch conflict of behoefte en het begin of de verergering van het symptoom, de volgende twee factoren genoemd: Het symptoom helpt het individu een activiteit te vermijden die hem onaangenaam is, of het symptoom stelt hem in staat bepaalde steun van de omgeving te krijgen die hij anders niet zou krijgen. Anders gezegd: secundaire ziekte winst dus. In D.S.M.-III revised (A.P.A., 1987) zijn deze laatste twee criteria weggelaten. De auteurs van D.S.M.III-R waren kennelijk van mening dat deze criteria ten onrechte waren opgevoerd. Hoe komt het

toch, dat wanneer iemand warmte en liefde krijgt nadat hij beide benen heeft gebroken, niemand van secundaire ziekte winst spreekt, maar zodra een patiënt dezelfde warmte en liefde krijgt omdat hij plots verlamd is als gevolg van een conversiestoornis, 'dit met deze nare term omschreven wordt? Wanneer iemand na een been te hebben gebroken bij een verkeersongeval, een zucht van verlichting slaakt, omdat hij hierdoor niet langer zijn door hem als zeer stressvol beleefd werk kan vervullen, sympatiseert men met hem: een geluk bij een ongeluk. Zodra deze zelfde situatie plaatsvindt ten gevolge van een conversiestoornis is er weer de 'ziektewinst', alsof de patiënt het fijn vindt de symptomen te hebben, alsof de patiënt na een balans van lusten en lasten kiest voor een conversiestoornis. De conversiestoornis is een ernstige, psychiatrische ziekte, die plaatsvindt zonder dat de patiënt enige invloed kan uitoefenen. Anders gezegd, de patiënt simuleert niet, aggraveert niet en als belangrijkste: hij gaat ook gebukt onder zijn klachten. Ziekte winst lijkt, gelet op de reacties van de patiënten die van hun klacht verlost worden, meer een onvriendelijke veronderstelling van therapeuten dan van realiteit.

- Wanneer over conversieverschijnselen gesproken wordt, is het van belang zich te realiseren dat er een reële kans is dat het uiteindelijk toch om een patiënt met een ernstige lichamelijke aandoening kan gaan. De diagnose conversiestoornis zal pas in overweging genomen kunnen worden, indien een adequaat somatisch en neurologisch onderzoek geen verklaring voor de klachten kan geven. Maar ook in die gevallen dient de psychotherapeut alert te blijven op veranderingen in ongunstige zin. Bij twijfel doet men er goed aan opnieuw een neurologisch consult te vragen. De patiënt zal uw zorgvuldigheid waarderen en u weet zich gesteund door gegevens uit de literatuur. Niet minder dan 25-



60% van de patiënten met de diagnose conversiestoornis bleken later een ernstige (neurologische) stoornis te hebben (Weintraub, 1983). Als trieste illustratie hierbij een tweetal patiënten. De eerste was een 40-jarige vrouw die op theatrale wijze aangaf een vol gevoel in haar onderbuik te hebben. Ook vertelde ze pijn in de rug en nare sensaties in de benen te voelen. Herhaaldelijk (ook) klinisch neurologisch onderzoek leverde geen verklaring voor de klachten op. Enige maanden na ontslag uit de neurologische kliniek werd patiënte opnieuw opgenomen met een tumor uitgaande van de vliezen van het ruggemerg. Een tweede patiënte die op theatrale wijze vertelde niet goed te kunnen praten en die dat vervolgens ook duidelijk aan probeerde te tonen, weigerde de richtlijnen van haar psychotherapeut op te volgen. Ze vond haar klachten lichamelijk en wilde niets met de psychotherapeut te maken hebben. Ze overleed een jaar later aan de gevolgen van een tumor uitgaande van het cerebellum.

- Bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis zijn de volgende richtlijnen te geven:

1. Uitsluiting van somatische oorzaken.
2. Directe symptoom-gerichte aanpak met behulp van hypnotherapeutische strategieën.
3. Opheffen van eventuele bekrachtigende stimuli.
4. Analyse van de voorgeschiedenis met afhankelijk van deze analyse vaardigheidstraining, richtlijnen om met de eisen van de omgeving om te gaan en langdurige begeleiding om met de patiënt steeds opnieuw strategieën uit te werken om zich aandienende problemen te overwinnen.

Bij de hier beschreven technieken wordt steeds de partner bij de behandeling betrokken in die zin dat hij of zij bij de hypnosezittingen aanwezig zijn en ook ingeschakeld worden bij de oefeningen thuis. De aanwezigheid van de partner tijdens de zittingen maakt het goed mogelijk te voorkomen dat de patiënt gezichtsverlies lijdt. Door zijn/haar aanwezigheid is de partner bovendien op de hoogte van de behandeling. Eventuele vooroordelen ten opzichte van hypnotherapie kunnen op die manier besproken worden.

In dit artikel zijn een viertal patiënten beschreven met uiteenlopende klachten, waar met behulp van hypnose in gunstige zin invloed op uitgeoefend kon worden. De diverse technieken hebben op pragmatische gronden ieder een eigen indicatiegebied. De revivificatietechniek is vooral geschikt om toe te passen bij patiënten die het symptoom kregen direct, of vrijwel direct in aansluiting aan een ernstig psychotrauma, zoals de patiënte die de klachten ontwikkelde op het moment dat haar echtgenoot haar wilde verlaten. Een ander voorbeeld is de man die een torticollis kreeg naar links vlak nadat hij zijn dochttertje rechts van hem had zien dood rijden. De techniek volgt logisch uit de rationale. Het trauma was groot en de emoties waren te sterk.

67-82  
torticollis  
paretisch  
wacht 4

De techniek waarbij katalepsie wordt toegepast, blijkt geschikt bij de behandeling van patiënten met ataxia, een halfzijdige tremor en een paretische tremor. Het gaat hierbij om patiënten wier klachten vooral bestaan uit een stoornis in de controle van de motoriek.

De directe en indirecte suggesties zijn technieken die in al de andere gevallen toegepast kunnen worden. Bijv. de patiënte die hier ter illustratie gegeven is, heeft reeds een behandeling met een revivificatietechniek - zonder succes overigens - achter de rug.

De techniek waarbij de patiënt zich voorstelt te gaan slapen, heeft tot nu toe slechts een drietal toepassingen gehad: een patiënt met

een ernstig motorisch ticsyndroom ten gevolge van waarschijnlijk een neuroleptische medicatie, de patiënte die hier beschreven is en een derde patiënte met de ziekte van Parkinson. De patiënt met de tics verbeterde in enige mate. De patiënt met de Parkinson-tremor bleek tijdens de zitting tremorvrij. Zij was echter niet staat deze toestand buiten de hypnose te handhaven.

De behandeling verkeert nog in een experimentele fase en wordt toegepast bij patiënten bij wie de andere technieken - formele hypnose of katalepsie - door de klacht van de patiënt niet uitvoerbaar zijn.

- De stoornissen zijn nogal verschillend van karakter, zodat meer algemene uitspraken over de hier beschreven technieken niet te doen zijn. Wel is dit mogelijk over de hypnosebehandeling bij patiënten met een motorische verlamming. Op dit moment wordt een follow-up-onderzoek afgesloten van 11 patiënten met een motorische verlamming (Hoogduin, 1988b). Van deze 11 patiënten bleken 3 patiënten alsnog een ernstige neurologische ziekte te hebben (resp.: multipele sclerose, amyotrofische lateraal sclerose en een meningioom). Van de overige 8 patiënten (van wie er zich 5 in een rolstoel en 3 zich met krukken verplaatsten) kan gezegd worden dat de afloop gunstig is. Bij follow-up na 6-72 maanden zijn 3 patiënten klachtenvrij, 3 patiënten vrijwel klachtenvrij en 2 patiënten hebben duidelijke restverschijnselen. Alle 8 patiënten zijn weer in staat zonder rolstoel of krukken hun dagelijkse bezigheden uit te voeren.

Dit relatief gunstige resultaat met behulp van hypnose wordt vaker beschreven. Carter (1947) bijvoorbeeld beschrijft de behandelingsresultaten van 23 patiënten die met hypnose of penthotal-suggestie behandeld zijn. Van de 23 patiënten waren er 13 met een geheel verlamde extremiteit (10 patiënten konden de extremiteiten wel bewegen, terwijl ze in bed lagen, maar waren niet in staat zelfstandig te lopen). De 13 patiënten met de totale verlamming herstelden allen.

Referenties

A.P.A. (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition. Washington, American Psychiatric Association.

A.P.A. (1987), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition, Revised. Washington, American Psychiatric Association.

Bell, G.H., J.N. Davidson & M. Scarborough (1961), Textbook of Physiology and Biochemistry, 5th ed. London, Livingstone.

Bliss, E.L. (1980), Multiple Personalities. Arch. Gen. Psychiat., 37, 1388-1397.

Bliss, E.L. (1984), Hysteria and Hypnosis. J. of Nervous and Mental Diseases, 172 (4) 203-206.

Carter, A.B. (1949), The Prognosis of Certain Hysterical Symptoms. Brit. Med. J., 1, 1076-1079.

Dyck, R. van (1987), Hypnose bij conversieverschijnselen. Directieve Therapie, 7 (3) 192-210.

Frankel, F. (1978), Hypnosis and Altered States of Consciousness in Treatment of Patients with Medical Disorders. In: T.B. Karasu & R.I. Stein Muller (Eds) Psychotherapeutics in Medicine. New York, Grune & Stratton.

Hart, O. van der (1986), Pierre Janet over histerie en hypnose. Directieve Therapie, 6 (3), 223-247.

Hoogduin, C.A.L. (1987a), De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis. Tijdschr. voor Psychother. 13 (1), 15-19.

Hoogduin, C.A.L. (1987b), De behandeling van een vrouw met een (pseudo) hemiballisme. Tijdschr. voor Psychother., 13 (2), 87-91.

Hoogduin, C.A.L. (1988a), Een bijzonder conversieverschijnsel; een hand verkrampst tot een vuist. Directieve Therapie, 8 (1) (Ter perse).

Hoogduin, C.A.L. (1988b), De behandeling van de conversieverlamming; resultaat en follow-up. (in voorbereiding).

Hoogduin, C.A.L. & V. van der Kraan (1987), De toepassing van katalepsie bij conversie. Directieve Therapie, 7 (4) (Ter perse).

Jelgersma, G. (1903), Het hysterisch stigma. Amsterdam, Scheltema & Holkema.

McGlashan, T.H., F.J. Evans & M.T. Orne (1969), The Nature of Hypnotic Analgesia and Placebo Response to Experimental Pain. Psychosomatic Medicine, 31 (3), 227-246.

- Sacerdote, P. (1976), Theory and Practice of Pain Control in Malignancy and Other Protracted or Recurring Painful Illnesses. Internat. J. of Clin. & Exp. Hypnosis, 18 (3), 160-180.
- Sacerdote, P. (1977), Application of Hypnotically Elicited Mystical States to Treatment of Physical and Emotional Pain. Internat. J. of Clin. & Exp. Hypnosis, 25 (4), 309-324.
- Spiegel, H. (1974), The Grade 5 Syndrome: the Highly Hypnotizable Person. Internat. J. of Clin. & Exp. Hypnosis, 22 (4), 303-319.
- Tayler, D.C. (1986), Hysteria, Play-Acting and Courage. Brit. J. of Psychiat., 149, 37-41.
- Velden, K. van der (1985), Volwassenen als kinderen. In: K. van der Velden & C.A.L. Hoogduin (Eds), Anna Karenina en de plastic zak. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Waal, F. de (1982), Chimpanseepolitiek; macht en seks bij mensapen. Amsterdam, Becht.

**Voorwoord bij "The influence of pre-information on perception, attitude and behavior of psychotherapists"**

**Alfred Lange**

Het heeft niet alleen nadelen wanneer een TDT bijeenkomst een aantal malen wordt uitgesteld. Er zitten ook gunstige kanten aan. Zo had ik voor de vorige bijeenkomst een nederlandstalige bijdrage ingeleverd, die nog niet helemaal af was, over een experimenteel onderzoek. Inmiddels is het Nederlands vervangen door Engels en gaat het niet meer over één experiment maar over liefst drie tegelijk. Bovendien is dit de definitieve versie, in ieder geval de versie zoals ik hem gisteren heb weggestuurd. De mederedacteuren worden dus volledig au courant gebracht van mijn wel en wee op het (labelings) gebied.

Ik moet wel constateren dat ik er niet in ben geslaagd mijn wens om iets speciaals voor TDT te schrijven te vervullen. Dat vind ik jammer. Ik beloof dat ik mijn uiterste best zal doen om in de toekomst niet opnieuw in gebreke te blijven. Ideeën en materiaal is er genoeg, maar de automatisering eist dezer dagen wat extra tijd van me op. Al mijn bestanden, zowel van literatuur als van therapieën worden momenteel overgezet in het Macje. Dat eist niet alleen veel van allerlei typistes, assistenten en dergelijken, maar ook van de baas zelf, die niet alleen een toezien oog wil houden, maar ook graag zelf alle ins en outs van de nieuwe mogelijkheden wil begrijpen. Dat kost veel studie. Een diepte-investering heet zoiets in beleidstermen. Ik doe het graag, en ik hoop dat de mederedacteuren en ikzelf er in een niet al te verre toekomst nog ons voordeel mee kunnen doen.

## **The influence of pre-information on perception, attitude and behavior of psychotherapists<sup>1</sup>**

**Alfred Lange<sup>2</sup>, Edwin de Beurs<sup>2</sup> & Leendert Koppelaar<sup>3</sup>**

### **Introduction**

Innovative sociologists, such as Scheff (1966; 1974) and Goffman (1961; 1963), were among the first to describe the dangers of labeling in psychiatry. They did not view deviant behavior as a characteristic of the person in question, but mainly as a consequence of rules and actions in the environment. These rules determine what is considered to be deviant and not deviant. If someone has been labeled as deviant he will - according to Scheff and Goffman - be rewarded for all behavior that is in agreement with it and punished for everything which is contrary to the label and could imply normality. This leads to self fulfilling prophecies (Merton, 1957; Jones, 1977; Jussim, 1986) resulting in real disorder.

Besides sociological theories, also classical social psychological theories, about the halo-effect and the implicit personality (Asch, 1946; Kelley, 1950) apply to labeling and attribution processes. Behavior which would normally not be interpreted as 'disturbed' will be seen as a proof of disturbance with persons who are labeled as patients. Quite a lot of experimental research has confirmed expectation processes in non-psychiatric settings. The famous studies by Rosenthal & Jacobson (1968) about the effects of induced expectations about pupils to teachers have been replicated many times, as shown in a thorough review by Miller & Turnbull (1986) and in studies by Brophy & Good (1974), Brophy (1983) and Eden & Shani (1982), the last one concerning the training of soldiers. Behavioral confirmation of expectancy was also proven to exist in pure laboratory experiments like those of Snyder & Swann (1978), who have demonstrated that being labeled as aggressive may lead to aggressive behavior, and in the classical experiment by Snyder, Tanke & Berscheid, (1977) about behavioral confirmation of expectation of attractiveness. In psychiatry and psychotherapy there have been several uncontrolled field studies on expectancy bias, e.g. Rosenhan (1973), but few experimental studies (Smale, 1977; Murray & Abramson, 1983). Furthermore, experiments like those by Farina & Ring (1965), by Temerlin (1968) and by Gjerde, Sand & Kleiven (1979), suffered from methodological artefacts which made it difficult to evaluate the findings. Much cited is the study by Langer & Abelson (1974). Behavior therapists and psychoanalytic psychotherapists were shown a video-tape of a man who had applied for a job. Prior to that, half of the subjects received the correct information about the nature of the interview. The other half were led to believe that the stimulus person was a psychiatric patient. After

watching the tape, the subjects gave a written description of their impression of the interviewee. The amount of disturbance these descriptions revealed was rated by independent judges. In agreement with the expectation, the stimulus person who had been labeled as a patient was described as significantly more disturbed. The psychoanalytic therapists appeared to be more biased by the pre-information than the behavioral therapists.

The problem with the Langer & Abelson study and its replications (Batson, 1975; Gjerde et al., 1979) was that the experimental manipulation was not quite realistic. Pre-information in clinical practice would surely never occur in the same way. A therapist does not get the information that he is going to see a job-applicant when he is going to have an intake with a depressed patient. Lange & Van der Valk (1983) therefore replicated the Langer & Abelson experiment in a different setting, in which the expectancy of experienced psychotherapists was manipulated in such a way as could easily occur in the practice of any mental health institution. Their study raised questions about mediating conditions under which distortion will occur. Ambiguity of the stimulus person (Darley & Gross, 1983) and a positive relationship between the source of the pre-information and the subjects who received it might enhance the influence of pre-information (Wetzel & Insko, 1982).

Strangely enough, there have been few other experimental studies on this subject. The few experiments about labeling processes in mental health either deal with non-therapeutic situations (Sattin, 1978; Clausen, 1981; Harary & Hosey, 1981; Piner & Kahle, 1984) or do not deal with deviancy as the result of the pre-information (Farkas & Tharp, 1980; Setting & Bramel, 1981; Michelson et al., 1985). In this article we present three experiments. The first two studies investigate the effects of pre-information on the *perception* of the stimulus persons. The emphasis lies on the effects of the source of pre-information and on the effects of the language in which the information is put. The third experiment, which introduces a new measurement, on the *behavioral* level, is described in more detail.

### **Experiment one: Source of pre-information**

Research about the influence of the credibility of the 'source of information' on attitude change (Aronson et al., 1963; Bochner & Insko, 1966; Touhey, 1975; McGinnies & Ward, 1980; McGuire, 1985, page 263-266) and the study by Lange & van der Valk (1983) mentioned above led to the hypothesis that pre-information about patients from a highly respected source leads to more bias with psychotherapists than pre-information from a source which is not highly regarded.

#### *Subjects*

Real-life video-parts of the first psychotherapeutic sessions with a couple, who had applied for marital therapy, were shown - with permission of the couple - to 47



experienced psychotherapists who had co-operated in a study 'about the way in which psychotherapists of different orientation evaluate information which they obtain during the first sessions of therapy.' Contributions of the therapist to the therapeutic session were not included in the tape. Sixteen of the subjects had a psychoanalytic orientation, while there were 31 behavior therapeutic therapists.

*Experimental conditions*

There were four experimental conditions (2x2), to which the subjects were allocated at random. In the condition of *negative information about husband* the subjects were told, prior to observing the tape, that the husband had always had psychological problems while his wife was far more stable. In the other condition, *positive information about husband*, the subjects received the opposite information. Half of each of these conditions was led to believe that the information came from a well known therapist of their own orientation, while the other half thought that the information came from a well known exponent of the opposite therapeutic orientation.

*Dependent variables*

After observing the video-tape the subjects filled out a questionnaire, consisting of 24 statements regarding constructive or destructive aspects of the behavior of husband and wife. An example: "The husband interrupts his wife constantly when she is speaking". By means of five categories the subjects could state to what degree they thought the statement was correct. The reliability of the scale was alpha= .85. Finally, the subjects filled in a funnel questionnaire to measure suspicion (Page, 1973) and were debriefed.

*Results*

For testing the hypothesis, the subjects were divided in two groups: those who had received information from a source of a familiar ('own') orientation and those who thought that the information had come from an unfamiliar ('strange') source. The data (perception scores regarding the husband) were submitted to analysis of covariance for a 2 x2 factorial design with unequal cells (ANOVA, SPSS, Hull & Nie, 1981), whereby the perception of the wife was used as co-variable.

(Insert table 1 about here)

Table 1 shows that there is not a main effect of pre-information, but there is a significant interaction effect between pre-information (positive versus negative) and source of the information (own versus strange). Figure 1 shows the direction of this interaction effect.

(Insert figure 1 about here)

If the pre-information came from a source of the 'own orientation,' the husband was perceived as more negative after negative pre-information than after positive pre-information. However, subjects showed 'reactance' if the pre-information supposedly came from someone who adhered to a different therapeutic orientation. They were then influenced in a direction which was contrary to the content of the pre-information: after positive information the husband was perceived as more negative than after negative information.

### *Discussion*

Although the findings with regard to reactance are intriguing, there remain some questions. The number of subjects was rather small as it had been difficult to round up many experienced psychotherapists who were willing to co-operate. Therefore, a control group without pre-information or with strictly neutral information was not included. We also did not have enough subjects to conduct a separate statistical analysis for the two groups of therapists. Inspection of the data which are fully presented by Lange, Koppelaar & Abraham (1984), however, did reveal a trend in the following direction: behavior therapists were more influenced by the pre-information than analytical therapists. On the one hand, they tended to conform more to the 'own' source. On the other hand, they appeared to show more reactance to the 'strange' source. This is rather unexpected as Langer & Abelson (1974) found the opposite: more bias with the psychoanalytical subjects. The difference between the two findings might be explained by the language which was used. Langer & Abelson used personality traits as labels, while in our experiment the pre-information was given in behavioral terms. Furthermore, the subjects with Langer & Abelson could describe their perceptions of the stimulus person in their own language, while in our experiment they described the behavior of the target by means of a structured inventory consisting of 'behavioral' items. It is conceivable that pre-information might show its influence only if the perceptions of the target by the subjects are stated in a therapeutic language which is familiar to that of the therapist-subject himself. In experiment two, we will deal with these questions.

### **Experiment two: Influence of language**

#### *Subjects*

57 male and 45 female psychotherapists (psychiatrists, psychologists and social workers) from 11 different mental health institutions co-operated in the investigation. The range of experience was from less than a year to more than 16 years, with an average of 10 years of practice. 21 of the subjects could be classified as psychoanalytically oriented, 38 were behavior therapists and 43 could not be classified in one of these orientations.

### *Experimental procedure*

The procedures were similar to those of the previous experiment, with the following differences. In experiment 1, the subjects were initially approached by two Clinical Psychology professors (analytic and behavioral). In this experiment, neutrality of the source of information was established from the beginning by approaching the subjects by a professor of Social Psychology with no clinical connection. The rationale for the study was the same as in experiment 1. Because of the bad technical quality of the video-tape used in experiment one, a new tape of 25 minutes of real parts of the first sessions of a marital therapy was constructed, with permission of the couple. Prior to observing the tape the subjects were given the 'letter of referral' as it was supposedly sent by the general practitioner to the institution where the couple was treated. This procedure is similar to what happens in real practice where psychotherapists often get this kind of information.

### *Experimental conditions*

The pre-information was manipulated in two ways:

*Content of pre-information*. Half of the subjects received information in which the husband was implicated as the 'sick one'. For the other half, the husband was pictured as the 'healthy one'.

*Language of pre-information*. For half of the subjects the pre-information was put in behavioral terms, while for the other the information contained psychoanalytic labels.

### *Dependent variables*

After observing the videotape, the subjects filled out the questionnaires, containing the following dependent variables:

*Communicational skills* of wife and husband, in behavioral terms. This consisted of the same statements as used in the first experiment. An hierarchical cluster analysis (Niemöller, 1980), computed separately for the scores regarding wife and husband, showed that there were two independent clusters: a *relational evaluative* cluster (with items such as 'the wife shows little effort to understand her husband') and *individual social skills* (with items like 'The wife makes an honest impression if she does not agree to something'). Reliability coefficient alpha for both clusters was .80, while the correlations between the clusters were .09 and .08, respectively for the scores regarding husband and wife.

*Personality traits* of wife and husband. This consisted of 20 statements in a language which was familiar for psychoanalytic therapists, such as 'The wife makes a passive aggressive impression'. Cluster analysis revealed one cluster, with a reliability of .74 and .76 (for husband and wife respectively). Half of the subjects received the 'personality list' first, the other half started with the 'communicational skills list'.

*Biographical data and therapeutic orientation*. This was used to distinguish

between behavioral versus psychoanalytical therapists.

Finally, the same *suspicion list* and the same debriefing procedure was used as in experiment 1.

### *Experimental design and hypotheses*

The variables described above formed a 2 x 2 x 2 x 3 factorial design. 'Content of pre-information', 'language' and the 'order of presenting the communication skills list and the personality scale' were all manipulated at two levels. The fourth factor, 'orientation of the subjects', had three levels: behavioral, analytic and a middle group.

Besides a main effect of the content of the pre-information, it was expected that pre-information would lead to more distortion of the perception if it is put in own terms than in 'strange' terms. Furthermore, it was expected that the influence of the pre-information would show more clearly on those measures in which the subjects use their 'own language'.

### *Results*

As in the first experiment the data were tested by means of analyses of co-variance for unequal cells, using the scores of the husband as a co-variate for the data of the wife and the other way round. A full description of this analysis is given by Lange, Kortenbosch & Koppelaar (1987). Here, we present an example in table 2, where a significant main effect is shown for the content of the information on the perception of social skills of the wife: negative pre-information leads to a more negative perception (table 3).

(Insert table 2 about here)

(Insert table 3 about here)

A significant main effect in the same direction was also found for the perception of personality of the wife.  $\{F(1, 79)=6.02, p<.02\}$  and there was a trend in the same direction, regarding the husband  $\{F(1,79)=3.21, p<.07\}$ .

The predicted interaction-effects, however, did not occur, neither regarding the perception of the husband nor the perception of the wife. These interaction effects between content of pre-information, language and orientation of the subjects are not in the expected direction, as we can deduce from table 3: pre-information in behavioral terms leads to more distortion with psychoanalytic therapists, while pre-information in personality labels unexpectedly leads to more bias with the behavioral therapists. This effect was not found on the other measures.

(Insert table 4 about here)

Unexpected, too, was the significant effect of order of measurement: when subjects first gave their perceptions of the wife in behavioral terms, the perception was more negative than when they had first rated her on psychoanalytic labels (table 4). With the husband, this phenomenon did not occur. This order-effect might be caused by the fact that, overall, the social skills of the wife were perceived to be relatively negative (table 5). Stating their view on this apparently influenced the way the subjects judged her personality. This could be interpreted as an illustration of theories about implicit personality (Asch, 1946, Kelley, 1950) and as an illustration of the effects of verbalization on attribution (Bem, 1972; Meichenbaum, 1974). The way in which psychotherapists reframe behavior of clients in a positive or negative way may not only affect their clients directly (Lange & van der Hart, 1983, chapter 2), but also indirectly as it might influence their own perceptions.

(insert tabel 5 about here)

Inspection of table 5 furthermore shows that husband and wife were perceived as quite different: the wife less able in social skills ( $T(1,101)=17.50, p<.0001$ ) but more positive in 'relational qualities' ( $T(1,101)=8.80, p<.0001$ ) and personality traits ( $T(1,101)=5.41, p<.0001$ ). These differences were in agreement with the real clinical picture of the couple. The perceptions were not different for male or female subjects, nor did experience and age affect them.

*Discussion*

Although we have seen that the clinical judgements of the psychotherapists were not out of touch with reality, this second experiment also confirmed the classical findings of Langer & Abelson (1974). The content of pre-information may distort the perception of psychotherapists, even when there is no relationship between the source of the pre-information and the receiver. The experiment did not demonstrate the expected effects of language, which seems to be a less important mediator than was hypothesized.

So far, bias due to pre-information was only demonstrated experimentally on the perceptual level. The next step is to investigate whether psychotherapists tend to *behave* differently to clients, after they have had colored pre-information.

**Experiment 3: Pre-information and behavior**

*Subjects*

15 female and 9 male clinical psychologists of which 17 were in their last phase of education in behavioral family therapy participated in the experiment. Their average age was 32 years, with a range from 21 to 52 years.

### *Experimental procedure*

The subjects were invited to participate in 'an investigation into the manner in which therapists from different orientations react in different phases of the therapeutic situation'. On video they observed six parts, with an average of five minutes, taken from a real-life therapeutic session with a family. Only the contributions of the family members were shown, while the interventions by the therapist were deleted. The eldest son (18 years) was the identified patient, because of his use of soft drugs. A younger son was not involved in this phase of the treatment. Prior to observing the video-parts, the subjects were provided with standardized oral information about the intake procedure with this family; and they received a fictitious letter of referral from the mental institution which had sent the family to the therapist now treating them. They were instructed to identify with the role of the therapist. After each of the video parts, the subjects were asked to write down literally how they would *intervene* if they would be the therapist, e.g. by giving feedback, by asking questions or by giving instructions. After three of the six parts the choice in possible interventions was constricted to giving feedback. For the other parts, they were also requested to describe the motives they had for choosing that particular intervention. Again, they were to write down, *literally*, what they would have said and to whom.

In the last phase of the experimental sessions the subjects answered a questionnaire about their perceptions of each of the the family members. Finally, they received the suspicion-list as described above and they were debriefed by the experimenter.

### *Experimental conditions*

In the *neutral* condition, the letter of referral contained information about the composition of the family. The identified patient (the eldest son) was described as such and problems of drugs and tensions within the family were mentioned. In the *negative parents* condition, it was added that the parents were quite manipulative, and did not show much flexibility. The son was described as striving for independence and showing effort to solve the problems. In the *negative son* condition, to the information of the neutral condition was added that the son was destructive, soft on himself, showing little effort to solve the problems. About the parents it said that they tried to accommodate to their son's need for independence, which he misused by taking even more drugs and going out with 'bad' friends.

### *Dependent variables*

*Perception*. By means of a short version (four statements) of the questionnaire used in the first two experiments, the subjects could state to what extent they perceived each of the family members as being constructive or destructive.

*Attitude*. Two independent judges, who were blind to the experimental conditions and the real goals of the investigation, rated on five-point scales the extent of

positive or negative attitude towards father, mother and son, as revealed by the motives the subjects had given for three of their interventions. In order to prevent any recognition and bias by the judges, all the - handwritten - descriptions of the motives had been typed on separate forms. The judges received the forms in random order. For each of these three motives for intervening, regarding each family member, reliability was established by means of PMC-coefficients, corrected for length because the scores of the judges were combined (Rosenthal, 1982). The nine coefficients varied from .83 to .94. So the ratings were combined and resulted in nine attitude scores: one regarding each family member expressed after each of the three video-parts.

*Behavioral tendency.* The content of the six therapeutic interventions themselves were also transcribed on separate forms and presented to the judges in random order. On five point scales they rated the extent to which the interventions expressed sympathetic or antipathic behavioral tendencies towards each of the family members. The 18 corrected coefficients for interjudge reliability (for each of the six parts of the tape, regarding each of the three family members separately) varied between .81 and .90, with one exception of .73. After combining the ratings of the judges, there were eighteen behavioral scores (six towards each of the family members) expressing the degree of sympathy towards the family members.

*Experimental design and hypotheses*

*Hypothesis 1:* Therapists who had received negative pre-information about the son would perceive the son as more destructive and the parents as more constructive in comparison with the colleagues who had received neutral information or negative pre-information about the parents. *Hypothesis 2 and 3* were based on the same basic expectancy, but were formulated for the other two dependent variables, attitude and behavioral tendency. It was expected that negative information about 'one party' (parents) would lead to a relatively negative attitude and behavioral tendency in comparison to the other 'party' (the son).

The three hypotheses were tested by means of analysis of variance for factorial designs. For hypothesis 1 this was a 3 x 3 factorial design where the first factor consisted of three levels of the 'content of pre-information'. The second factor, 'family member', consisted of a repeated measure regarding father, mother and son. Hypothesis 2 was tested by means of a 3 x 3 x 3 design. The first factors were identical to those above; the third factor consisted of the attitude scores as conveyed in the motives, given after three of the six interventions (repeated measurement). Hypothesis 3 was subjected to a 3 x 3 x 6 design. The first two factors were again identical to those above. The third factor referred to the repeated measurement of behavioral tendency as expressed after each of the six parts of the session. In each of the designs the most important prediction was regarding the interaction between 'content of pre-information' and 'family member', as illustrated in figure 2.

( Insert figure 2 about here)

### *Results*

After establishing that no subjects had been suspicious about the true goals of the investigation, the correlations between the three dependent variables were computed. Initially, the PMC-coefficients were calculated for each of the experimental conditions and each of the parts of the session separately. By means of Fisher-z transformations these coefficients were then combined (Hays, 1973). The correlations were rather low ( $<.40$ ) and gave no reason to combine the scores of the three dependent variables. These relatively low correlations between attitude- and behavioral tendencies are in agreement with findings of Ajzen & Fishbein (1977 and 1980) and Ajzen & Madden (1986), although it should be noticed that our operationalizations do not exactly coincide with those.

*Perception:* Table 6 shows that hypothesis 1 cannot be accepted.

(insert table 6 about here)

The predicted interaction effect is not significant. However, there is a clear trend ( $p=.09$ ). In figure 3 we see that, for father and son, it is in the predicted direction: negative pre-information leads to a negative perception.

(insert figure 3 about here)

Because the parents were not always perceived as one party, the perceptions of the son were compared separately with the perception of father and mother respectively, without using the data of the control condition. These analyses showed that the nearly significant interaction effect was explained mainly by the interaction in the perception of father and son. But even in that contrast analysis, the effect was not significant ( $F(1,15)=3.33, p=.09$ ). With regard to mother, however, there was not even a trend ( $F(1,15)=1.64, p=.22$ ): negative pre-information about the son did result in an impression of her which was as negative as when the subjects had received negative pre-information about her, more negative than when the pre-information was neutral. As we will see later, however, this pattern does not occur in the other measurements.

*Attitude:* Table 7 provides the analyses of the attitude-scores. The significant main-effect of the factor 'family member.' with averages of 4.92 for the son, 7.05 for father and 7.01 for mother (the higher the score the more negative) show that the subjects have a more negative attitude towards the parents, independent of the pre-information.

(insert table 7 about here)

The factor 'parts' is also significant. This means that some parts of the session



provoke more negative (or positive) reactions than other parts. Thus, part 4 (average score:  $M= 5.71$ ) invites less negative attitudes than part 5 (average:  $M=6.86$ ) where there was a long hostile discussion between the family members. A content analysis of the session-parts explains the significant main effect quite well but is not important for our hypothesis. In the discussion we will, however, come back to it. More important here is the significant and predicted interaction effect between 'content of information' and 'family member.' Figure 4 shows that negative pre-information about the parents leads to a negative attitude regarding both father and mother.

(insert figure 4 about here)

Contrast analyses for mother and father apart, without the control condition reveal that the interaction effect is strongest when the attitude towards the son is compared with the attitude towards mother ( $F(1,30)=7.98, p=.01$ ). In the comparison with father there is a not significant trend ( $F(1,30)=3.33, p=.09$ ). This is remarkable, considering that it is mother who is generally seen as the most negative. Apparently, her not being ambiguous is no guarantee for no distortion in the attitude towards her.

(insert table 8 about here)

*Behavioral tendency:* The analysis of variance on the behavioral tendencies (table 8) shows a similar pattern as the analysis of the attitude scores. The main effect of 'family member' implies that the interventions and feedback towards the parents contain generally more negative elements (also in the control condition) than those towards the son. The averages are:  $M=5.88$ , towards both father and mother, and  $M= 5.17$  towards the son (the higher the score the more negative). The main effect of 'parts' shows that some parts of the session provoke relatively more hostile interventions, regardless towards whom. The crucial interaction effect between 'content of information' and 'family member' is again strongly significant.

(insert figure 5 about here)

Figure 5 shows that when the psychotherapists had received negative pre-information about the son there was nearly no difference in the sympathy as revealed in the behavioral tendencies towards father, mother or son. The negative pre-information about the son corrects, as it were, the initial differences in which the parents were perceived more negative. However, after negative pre-information about the parents, the differences became quite big, with considerably more hostile behavior towards the parents than towards the son. Figure 5 furthermore suggests that the experimental manipulation has more influence on the behavior towards

mother than father, which is similar to the pattern of the attitudes. Similar contrast analyses as described above show that the bias in behavior towards mother is stronger ( $F(1,75)=7.95, p=.01$ ) than the bias towards father ( $F(1,75)=4.54, p=.05$ ).

### *Exploratory analyses*

The average scores regarding each of the dependent variables for the different experimental conditions were computed separately for *men and women*. There was no difference between male and female therapists in the frequency of scoring in the predicted direction. This is in agreement with Michelson et al. (1985), who did not find differences in the degree of distortion of male versus female observers. But it is contrary to data of Farina (1982) and Christensen & Rosenthal (1982) who found that men were more influenced by expectations than women, who in turn were more influenced by actual behavior.

Controlling for *age* did not show support for the thought that younger therapists would be more influenced than the older colleagues by false pre-information. There was, however, a trend towards younger therapists showing more extreme attitudes and generally less supportive behavioral tendencies than the older therapists. Somewhat surprisingly, there were no clear differences in the pattern of scores between therapists who had had only a basic course in psychotherapy and those who had followed advanced courses. However, there was a clear trend for therapists with many years of practice being less influenced by pre-information than their less experienced colleagues. This might be interpreted as support for the findings from Farkas & Tharp (1980) who demonstrated that learning systematic observational procedures leads to a reduction of bias. A full description of these exploratory results are given by Lange et al. (1988).

### **Discussion**

Several authors suggest that expectancy processes may only lead to distortion if the behavior of the targets is ambiguous (Darley & Fazio, 1980; Darley & Gross, 1983). Our data suggest that this is not quite true. Although the subjects in experiment 2 did have a rather correct perception of some features of the two targets which were not quite consistent with the pre-information, they were still biased to other aspects of their behavior. In experiment 3 the manipulation of expectancy led to bias in attitude and behavioral tendency towards the mother, although some parts of the session appeared to reveal unambiguous negative behavior on her part resulting in a consistent negative perception.

The literature on persuasion and attitude change (McGuire, 1985, page 262-266) suggests that messages from sources with high status, or sources who are similar to the target and in general attractive, have more influence on their targets than messages from other sources. Our expectation after the first experiment, that perceptions by psychotherapists would only be distorted if pre-information was

attributed to that kind of sources was not supported by the other experiments. Experiment 2 and 3 made clear that pre-information from neutral sources may also elicit expectancies which lead to bias in perception and behavioral tendency. It still remains remarkable that a source (experiment 1) or a 'language' (experiment 2) which is not trusted by the therapist - because they are clearly identified with another orientation - may elicit reactance. This implies that even positive pre-information could have negative effects on the interactional process between client and therapist.

In a remarkable article, Davis (1979) criticises the state of the art in the research on labeling processes in psychotherapy. He argues that pre-information should deliberately be taken into account in the judgment about patients. Although Rosenhan (1973) vividly describes the unfortunate effects which so-called objective psychiatric labels may have on the therapeutic staff of a psychiatric ward, we could still agree with Davis that pre-information should not under all circumstances be considered as entirely un-therapeutic. Our data, however, show that even a subjective and wrong opinion by the person who referred the client may distort the perception of clearly observable behavior of the clients by the therapist and influence the therapist's behavior in a negative way. In our third experiment we could notice how devastating this can be if the negative information conforms to stereotypes which are popular among some therapists, e.g. that in conflicts between parents and children the parents are 'always' at fault. After receiving negative pre-information about the parents the therapists become very biased towards them, while negative information about the son merely neutralizes their initial bias. The implication of all this is not that therapists should not get any pre-information about potential clients, but that caution should be taken on the part of the referring person and the therapist as well. The former should limit himself to facts, and the latter should be trained to observe clients without being influenced by pre-information.

In contrast to most of the experiments about bias in psychotherapy, the results of the experiments presented here can be more easily generalized to real life. Often, the conclusions are exclusively based on performance of college students, even sophomores (Miller & Turnbull, 1986). All subjects in our experiments were psychotherapists, in a range from relatively unexperienced to senior, from young to old, women and men. Two of the three experiments were run in the mental health institution where the subjects worked. The manipulation of expectancy took place by using channels of referral which were actively used by these institutions and by giving pre-information which was not unusual. Furthermore the targets were real patients, and different in the three experiments. We used couple and family therapy, a therapeutic field which is expanded in the last decades but not investigated as to expectancy problems before.

The measurement of behavioral tendency in experiment 3 was new to this area of research. Up till now bias in psychotherapy was experimentally only measured on the perceptual level. It is interesting to note that in our data bias due to pre-

information appears less clear in the perception of the targets than in the attitude and behavioral tendencies. Possibly, the self-report of perception is less valid and more prone to social desirability compared to ratings of the interventions and motives by external judges. Furthermore, measurement of perception took place after observing the whole tape, while the other measures were obtained during observing the video parts. In a future study it might be possible to include a condition in which measurement of perception takes place in an earlier stage of the experimental procedure.

Experimental research as to expectational processes in psychotherapy was till now confined to investigating the effects of pre-information on the perception of the clients by therapists. Our third experiment is the first which proves that colored pre-information to the therapists affects their *behavior* towards the clients. However, it should not be forgotten that there is some discrepancy between the way behavior was measured in the experiment and the behavior in a real therapy. It is no more than an approximation. Writing down the intervention which someone *would* carry out is not necessarily the same as telling it personally to the client. In future experiments we will approach reality stepwise. First, by having the subjects produce their interventions orally and record them on audio- or videotape, in order to analyze paralinguistic and non-verbal aspects. Using confederates as clients during the experimental situation could be a next step, before we will finally investigate how pre-information to the therapist might interactively influence the cognitions, feelings and behavior of both clients and their therapists in the practice of psychotherapy.

## References

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior-Relations; a theoretical analysis and review of emperical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-476.
- Aronson, E., J.A.Turner & J.M.Carlsmith (1963), Communicator credibility and communication discrepancy as determinants of opinion change. *Journal Abnormal and Social Psychology*, 67, 31-36.
- Asch, S.E. (1946), Forming impressions of personality. *Journal Abnormal and Social Psychology*, 41, 258-290.
- Batson, C.D. (1975), Attribution as a mediator of bias in helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 455-456.

- Bem, D.J. (1972), Self-perception theory. In: L.Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 6. New York: Academic Press.
- Beurs, E. de & Oppenheim, H.J. (1986). *De invloed van vooraf-informatie op het oordeel en handelen van psychotherapeuten*. Amsterdam: Vakgroep Sociale, Arbeids en Organisatie Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Bochner, S. & C.A.Insko (1966), Communicator discrepancy, source credibility and opinion change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 614-621.
- Brophy, J. (1983), Research on the self-fulfilling prophecy and teacher expectations. *Journal of Educational Psychology*, 61, 365-374.
- Brophy, J. & T.Good (1974), *Teacher-Student Relationships: Causes and Consequences*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Christensen, D. & R. Rosenthal (1982), Gender and nonverbal decoding skill as determinants of interpersonal expectancy effects. *Journal Personality and Social Psychology*, 42, 75-87.
- Clausen, J.A. (1981), Stigma and mental disorder: phenomena and terminology. *Psychiatry*, 44, 287-296.
- Darley, J.M. & R.H.Fazio (1980), Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35, 867-881.
- Darley, J.M. & P.H.Gross (1983), A hypothesis-confirming bias in labeling effects. *J. Personality and Social Psychology*, 44, 20-33.
- Davis, D.A. (1979), What's in a name? A Bayesian rethinking of attributional biases in clinical judgement. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 47, 1109-1114.
- Eden, D. & A.B.Shani (1982), Pygmalion goes to boot camp: expectancy, leadership, and trainee performance. *Journal of Applied Psychology*, 67, 194-199.
- Farina, A. (1982), The stigma of mental disorders. In: A.G. Miller (ed.): *In the Eye of the Beholder*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Farina, A. & K.Ring (1965), The influence of perceived mental illness on interpersonal relations. *Journal Applied Psychology*, 70-51.
- Farkas, G.M. & Tharp, R.G. (1980). Observation procedure, observer gender and behavior valence as determinants of sampling error in a behavior assessment analogue. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 13, 529-536.
- Gjerde, P., R.Sand & J.Kleiven (1979), An experimental investigation of the labelling effect of psychiatric diagnosis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 20, 187-192.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*. Garden City, NY: Doubleday Anchor.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Harari, O. & Hosey, K.R. (1981). Attributional biases among clinicians and non-clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 445-451.

- Hays, W. L. (1973). *Statistics for the Social Sciences*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Hull, C.H. & N.Nie (1981), *SPSS, Update 7-9, New Procedures and Facilities for Release 7-9*. New York: McGraw-Hill.
- Jones, R.A. (1977), *Self-Fulfilling Prophecies; Social, Psychological and Physiological Effects of Expectancies*. Hillsday NJ: Lawrence Elbaum.
- Jussim, L. (1986), Self-fulfilling prophecies: a theoretical and integrative review. *Psychological Review*, 93, 429-445.
- Kelley, H.H. (1950), The warm-cold variable in experimentally created hierarchies. *Human Relations*, 4, 39-56.
- Lange, A. & O. van der Hart (1983). *Directive Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. & van der Valk, F. (1983). Labelingsprocessen en het oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 286-300.
- Lange, A., Koppelaar, L. & Abraham, R. (1984). De bron van vooraf-informatie en de invloed daarvan op het oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 39, 486-495.
- Lange, A., Kortensbosch, H. & Koppelaar, L. (1987). De invloed van taal op bias bij psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 42, 254-261.
- Lange, A., De Beurs, E., Oppenheim, H.J. & Luijters, C. (1988). De invloed van vooraf-informatie op het gedrag van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*. In press.
- Langer, E. J. & Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name.....; clinical group differences in labeling bias. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 42, 4-9.
- McGinies, E. & C.D. Ward (1980), Better liked than right: Trustworthiness and extertise as factors in credibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 467-472.
- McGuire, W.J. (1985), Attitudes and Attitude Change. In: G.Lindzey & E.Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology*, sec. edition. New York: Random House.
- Meichenbaum, D. (1974), *Cognitive Behavior Modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Merton, R.K. (1957), *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.
- Michelson, L., Mannarino, A., Marchione, K, Kazdin, A.E. & Costello, A. (1985). Expectancy bias in behavioral observations of therapeutic outcome: an experimental analysis of treatment and halo effects. *Behavior, Research and Therapy*, 23, 407-414.
- Miller, D.T. & W.Turnbull (1986), Expectancies and interpersonal processes. *Ann. Rev. Psychology*, 37, 233-256.
- Murray, J. & P.R. Abramson (eds.) (1983), *Bias in Psychotherapy*. New York: Praeger.

- Niemöller, B. (1980), *STAP, Cluster Statistical Appendix User's Manual (2)*, Department of Social Sciences. University of Amsterdam.
- Page, M. M., (1973). On detecting demand awareness by postexperimental questionnaire. *Journal of Social Psychology*, 91, 305-323.
- Piner, K.E. & Kahle, L.R. (1984). Adapting to the stigmatizing label of mental illness: foregone but not forgotten. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 805-811.
- Rosenhan, D.L. (1973), On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rosenthal, R. (1982). Conducting judgement studies. In: K.R. Scherer et al., (red.). *Handbook of Methods in Nonverbal Behaviour Research*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Rosenthal, R. & L. Jacobson (1968), *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Student Intellectual Development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sattin, D.B. (1978). The effects of expectancy, professional identity and behavior upon social rejection. *American Journal of Community Psychology*, 6, 593-598.
- Scheff, T.J. (1966), *Being mentally ill; a sociological theory*. New York: Aldine.
- Scheff, T.J. (1974), The labeling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39, 444-452.
- Settin, J.M. & D. Bramel (1981), Interaction of client class and gender in biasing clinical judgment. *Amer. Journal of Orthopsychiatry*, 51, 510-520.
- Smale, G.G. (1977). *Prophecy Behaviour and Change; an Examination of Self-fulfilling Prophecies in Helping Relations*. London: Routledge Kegan Paul.
- Snyder, M., E.D. Tanke & E. Berscheid (1977), Social perception and interpersonal behavior: on the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 656-666.
- Snyder, M. & W.B. Swann Jr. (1978), Behavioral confirmation in social interaction: from social perception to social reality. *Journal Experimental Social Psychology*, 14, 148-162.
- Temerlin, M.K. (1968). Suggestion-effects in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 349-353.
- Touhey, C.E. (1975), Prior information, credibility and attitude change. *Journal of Social Psychology*, 95, 287-288.
- Wetzel, C.G. & C.A. Insko (1982), The similarity-attraction relationship: is there an ideal one? *Journal Experimental Social Psychology*, 18, 253-276.

### **Abstract**

Three experiments are described in which psychotherapists observe parts of family therapeutic assessment sessions by means of a video-tape. In all three of the experiments the content of the information, which the subjects received before watching the tape, was manipulated. The first experiment showed that the effects of the pre-information on the perception of the subjects was in the predicted direction, if it was attributed to a source who was associated with the same therapeutic orientation as the subjects. If it was attributed to a source of an opposite orientation, the subjects showed reactance, with positive pre-information leading to negative perceptions. In the second experiment it was shown that a neutral source may also elicit perceptual bias in the predicted direction. Contrary to our expectation, subjects who had received pre-information in their 'own therapeutic language' (behavioral versus analytic) were not more biased than subjects who had had information in 'unfamiliar language'. In the third experiment the subjects not only gave their impressions of the targets, but had the possibility to 'intervene' at six fixed points, by writing down exactly what they would say to each of the family members at that moment, and motivate their choice. The 'interventions' (behavioral tendency) and 'motives' (attitude) were rated for amount of sympathy it expressed towards each of the family members. Both attitude and behavior was significantly biased in the predicted direction, while the influence of pre-information on the perceptual level appeared to be less strong. In the discussion, special attention is given to ambiguity of the behavior of targets, the relationship between the source of the pre-information and the targets, and directives for future research.



a.lange et al., labeling processes in psychotherapy

**Footnotes, page 1**

**1** Requests for reprints should be sent to Alfred Lange, Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam, Weesperplein 8, 1018 XA Amsterdam, The Netherlands. We are indebted to Hessel Kortenbosch, Carly Luijters, Hans-Jaap Oppenheim, Frank van der Valk, Martina Weimann, Norbert Wijtenburg and colleagues who contributed as students in different parts of the study and to our colleagues Robert Abraham, Richard Van Dyck, Ger Hanewald, Kees Hoogduin, Wim Koomen, Roel Meertens, Don Mellenbergh and Kees van der Velden.

**2** University of Amsterdam, department of clinical psychology

**3** Free University of Amsterdam, department of social psychology

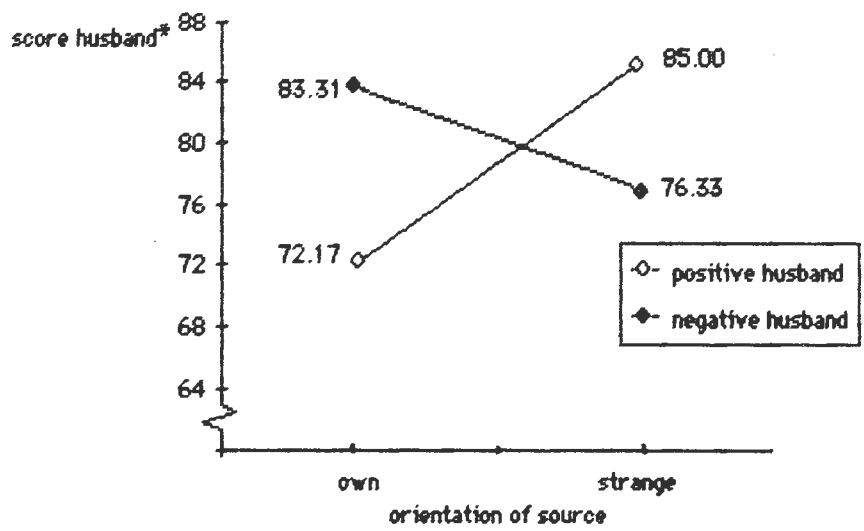
**a.lange et al., labeling processes in psychotherapy**

**Table 1.** Analysis of variance on the perception-scores regarding the husband.

Source	SS	DF	F
Pre-information (A)	176.81	1	1.48
Source (B)	58.55	1	.49
Interaction (A x B)	1018.39	1	8.54*
Covariable	278.94	1	2.34
Error	5006.45	42	

\* p < .01

a.lange et al., labeling processes in psychotherapy



\* The higher the score, the more negative the perception.

**Figure 1.** Mean scores of the perception of the husband, dependent on Source and Type-of-pre-information.

---

## a.lange et al., labeling processes in psychotherapy

**Table 2.** Analysis of variance on the scores of the perception of individual social skills of the wife.

Source	SS	DF	F
Order of rating (A)	286.214	1	6.052 *
Language (B)	.023	1	.000
Type of pre- information (C)	266.245	1	5.630 *
Orientation of therapist (D)	91.863	2	.971
Order x language (A x B)	12.812	1	.899
Order x type (A x C)	3.810	1	.081
Order x orientation (A x D)	32.386	2	.342
Language x type (B x C)	7.279	1	.154
Language x orientation (B x D)	104.838	2	1.108
Type x orientation (C x D)	171.121	2	1.809
Order x language x type (A x B x C)	2.749	1	.058
Order x language x orientation (A x B x D)	351.323	2	3.714 *
Order x type x orientation (A x C x D)	4.672	2	.049
Language x type x orientation (B x C x D)	315.074	2	3.331 *
Co-variable husband	291.597	1	6.166 *
Error	3644.966	79	

\* p &lt; .05

**Table 3.** Mean scores of the perception of social skills of the wife, dependent on orientation of the therapist, pre-information and language.\*

Orientation	Language	Pre-information	
		Negative	Positive
Psychoanalytic	Psychoanalytic	41.60 (n = 5)	38.80 (n = 5)
	Behavior	45.88 (n = 8)	36.33 (n = 3)
Undecided	Psychoanalytic	41.11 (n = 9)	44.00 (n = 9)
	Behavior	43.75 (n = 12)	39.31 (n = 13)
Behavior Therapy	Psychoanalytic	48.10 (n = 10)	39.18 (n = 11)
	Behaviour	44.29 (n = 7)	43.10 (n = 10)

\* The higher the score, the more negative the perception.

**Table 4.** Mean scores of perception of the individual social skills of the wife dependent on the order of presentation and type of pre-information.\*

Order	Pre-information	
	Negative	Positive
Behavior/personality	45.50 (n=28)	42.92 (n=24)
Personality/behavior	42.91 (n=23)	38.92 (n=27)

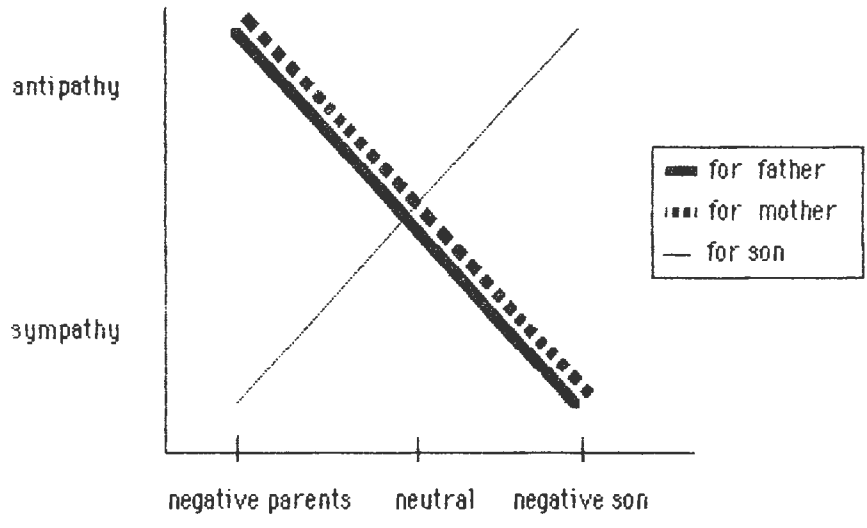
\* The higher the score, the more negative the perception.

**Table 5.** Mean scores of the perception of husband and wife regarding their relational-evaluative and individual social skills and concerning personality-traits (n = 102).\*

	<b>Relational- evaluative</b>	<b>Individual social skills</b>	<b>Personality- traits</b>
Husband	38.45	48.10	39.18
Wife	23.71	42.48	51.95

\* The higher the score, the more negative the perception.

a.lange et al., labelingsprocesses in psychotherapy,



**Figure 2.** Expected pattern of perception, attitude and behavior tendency with respect to the family members in the different experimental conditions.

---

[Redacted text]



Table 6. Analysis of variance on the perception-scores.

Source	SS	DF	F
Content of pre-information (A)	8.64	2	0.04
Error(A/A <sub>1</sub> ) <sup>1</sup>	2484.86	21	
Family-member (B)	199.00	2	0.95
Interaction A/B	887.12	4	2.12
Error (A/B)	4397.88	42	

<sup>1</sup>A<sub>1</sub> is the nested factor 'subject' under the factor 'content of information'.

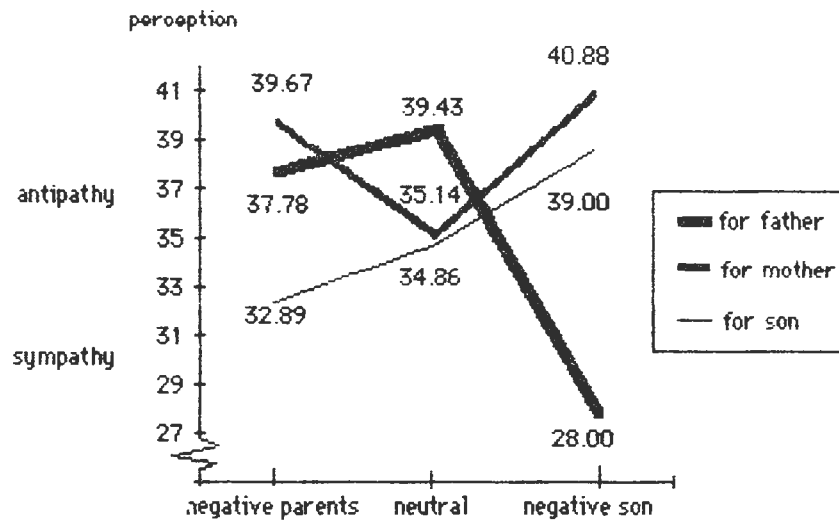


Figure 3. Perception of the family-members in the different experimental conditions.

**Table 7.** Analysis of variance on the attitude-scores.

Source	SS	DF	F
Content of pre-information (A)	13.75	2	3.03
Error(A/A <sub>1</sub> ) <sup>1</sup>	47.96	21	
Family-member (B)	215.40	2	92.76**
Part (C)	19.62	2	3.96*
Interaction A/B	14.06	4	3.03*
Error (A/B)	48.76	42	

\* p < .05; \*\* p < .01

<sup>1</sup> A<sub>1</sub> is the nested factor 'subject' under the factor 'content of information'.

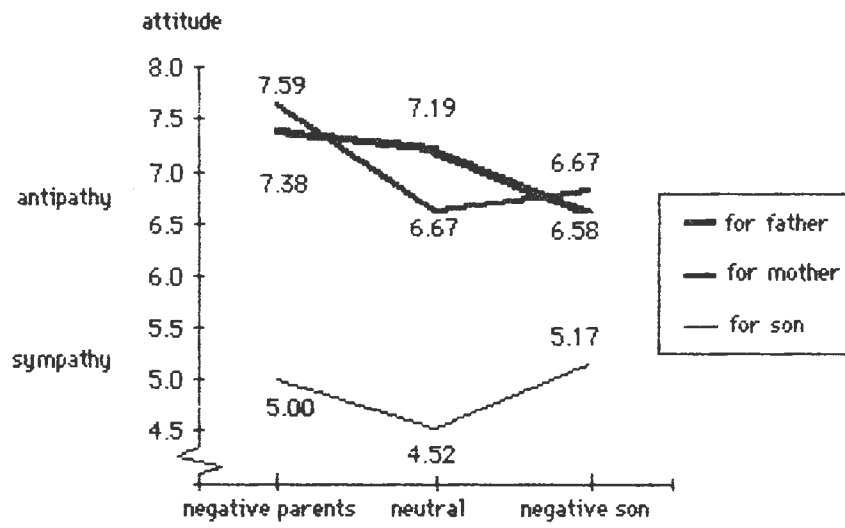


Figure 4. Attitude towards the family-members in the different/distinct conditions.

**Table 8.** Analysis of variance on the behavior tendency.

Source	SS	DF	F	
Content of pre-information (A)	5.00	2	.53	
Error (A/A <sub>1</sub> ) <sup>1</sup>	99.09	21		
Family-member (B)	48.17	2	9.63	**
Part (C)	31.02	5	2.39	*
Interaction A/B	41.68	4	4.17	**
Error A/B	105.04	42		

\* p < .05 ; \*\* p < .01

<sup>1</sup>A<sub>1</sub> is the nested factor 'subject' under the factor 'content of information'.

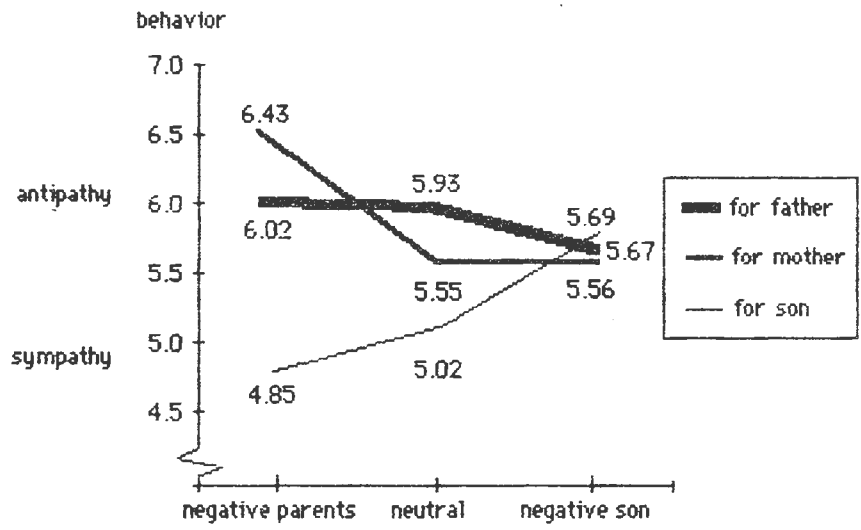


Figure 5. Behavior-tendency for the family-members in the different conditions.

# VIRILITAS

## WAARIN OPGENOMEN DE HONDENKAARTEN, HET AFSPRAKENLIJSTJE EN DE BOERENDE MAN

door Kees van der Velden

Bij de opening van het lustrumcongres op Bloemendaal sprak onder anderen de psycholoog en psychotherapeut H.R. Wijngaarden. Hij moest geen lezing of voordracht houden, hij behoefde slechts deel uit te maken van een forum. Te zamen met enkele anderen gaf hij zijn mening over iets. De directieve beweging werd gerepresenteerd door de glunderende Van Dyck ('We horen er helemaal bij, hè?') en de zelfbewuste Lange ('t Zal me benieuwen wat die knakkers te vertellen hebben, maar dat het niet veel bijzonders kan zijn weet ik nu al').

Ik weet niet meer waar het over ging, maar de directieve beweging kon zich in elk geval handhaven. Net als de openingsspeech van de directeur van Bloemendaal en de daarop volgende rede van de toenmalige directeur-generaal van WVC, de sierlijk gekapte Van Londen, leek het forum vooral bedoeld voor de officiële bezoekers, de bezoekers die in de maatschappij iets te vertellen hebben, de machthebbers eigenlijk, mannen tussen de veertig en de zestig.

Wijngaarden kende ik van het boek *Hoofdproblemen der volwassenheid*. Ik zal het rond 1963 hebben ingezien. 't Stond in het Pilastrerek van mijn verloofde. Het bevatte een opsomming van wat er in grote lijnen fout kan gaan in het leven van de moderne mens. Het boek maakte me zenuwachtig. Hoewel verloofd, voldeed ik vooralsnog aan geen enkel ander criterium voor volwassenheid. Zou ik in een inrichting eindigen?

Ik stelde me de schrijver voor als een wijs man, bij wie het rationele denken en het intuïtief-emotioneel 'Verstehen' gelijkelijk ontwikkeld waren. Ik zag hem zeker niet als een vlotte spreker, maar eerder als een bescheiden zoeker, iemand die tastenderwijs zijn doorleefde inzichten prijsgeeft, een zich christen noemend humanist (of net omgekeerd), die vol begrip is

voor de wanhoop der jongeren, maar die zelf niet wanhoopt. Zo iemand.

Zo iemand leek hij toch niet te zijn.

Ik kon mij deze Wijngaarden, met zijn open overhempje, zijn spichtig nekje, zijn brutale adamsappel, zijn plakhaar en zijn jongenssandalen

wel voorstellen als controleur bij de Vierdaagse, of als défiléleider bij een Oranjevereniging, of desnoods als suppoost in een speeltuin, maar ik kon me niet voorstellen dat een met verstand, gevoel en verbeeldingskracht toegerust medemens deze rusteloze, fanatieke man ooit vrijwillig zou bezoeken om hem waarbij dan ook om raad te vragen.

Deze week zag ik Wijngaarden voor de tv terug.

Hij vertelde hoe hij alles zag.

De regisseur had hem op zijn oudhollandse eikenhouten stoel bij zijn oudhollandse eikenhouten tafel geplaatst. Op deze tafel lag een warm gekleurde wollen loper en op deze loper, precies onder de brede, gelige lampekap, stond een met de hand gemaakte aardewerk pot of vaas, die gevuld was met cysanthen in warme herfsttinten. Achter de hoofdpersoon hing een masker uit Afrika, Nieuw-Guinea of Indonesië. De schoorsteen kon ik niet zien, maar ongetwijfeld hing daaraan een gebatikte lap, waarop een of twee krissen danwel koperen salamanders. De levensaanvaardende bloemetjesjurk en de grijze wrong van mevrouw Wijngaarden bleven de kijker bespaard.

Wijngaarden werd geïnterviewd door een jonge vrouw, die hem na elke vraag toeknikte en na elk antwoord toelachte.

Wijngaarden had het erover hoe druk hij het altijd had gehad. Vertel me wat! Commissies!, vergaderingen!, lezingen!, conferenties!, congressen!, spreekbeurten!, colleges! - overal had men Wijngaarden bij nodig gehad!

'Als het dan te erg werd moest mijn vrouw een vreselijke scène maken' - dit zeggende lachte de bejaarde psycholoog al zijn aan Erik Hoencamp herinnerende tanden bloot - 'en aan het eind van zo'n scène was ik als het ware gedwongen een keuze te maken. Wat heb je over voor je werk? Wat heb je over voor je relatie?' De interviewster glimlachte. Ze kende het probleem.

Je hoorde de trots op zijn bekentenis dat óók, ja zelfs, of misschien



júíst bij de Wijngaardentjes scènes en ruzies voorkwamen, en dat die je dan 'aan het denken zetten', of 'best wel een brok opluchting gaven', of dat die 'aanvankelijk tot verwijdering leken te leiden, maar waarna je juist weer een stuk dichtter bij elkaar gekomen bleek te zijn'.

Je hoorde ook hoe normaal de Wijngaardentjes het vonden dat vader nu eenmaal druk was met belangrijkere dingen dan het gezin.

Een of twee jaar na zijn dood zal Wijngaarden vergeten zijn, zoals de meesten trouwens vrij gauw na hun dood vergeten zijn. (Ik bedoel dus niet dat speciaal Wijngaarden snel vergeten zal zijn.) De kinderen zullen zich hem nog wel kunnen herinneren ('Pappa, dat was toch die man met die paardetanden?'), en ook mevrouw zal nog wel eens aan hem terugdenken wanneer ze met een vriendin een wandeling maakt ('Vader had hier nooit tijd voor. Altijd bezig voor Wetenschap en Verenigingsleven'), maar voor U en mij is Wijngaarden dan toegevoegd aan de talloze strijders voor Wetenschap en Verenigingsleven, wier werken niemand opwinden of ontroeren.

In de *virilitas*, het levenstijdperk van de man dat rond het veertigste jaar begint, moet, volgens Rümke, 'een levensbestemming óf gevonden óf aanvaard worden'. 'Het individualisme moet grotendeels overwonnen zijn', zo vervolgt hij. 'Het louteringsproces, de overgang van het "ichhafte" naar het overwegend "sachliche" handelen, moet voor een belangrijk deel voltrokken zijn.'

Tsjongejonge.

Bange vragen rijzen:

'Heb ik mijn levensbestemming aanvaard of desnoods gevonden?'

'Heeft zich aan mij een louteringsproces voltrokken?'

'Heb ik mijn individualisme overwonnen, althans grotendeels?'

'Denk ik reeds overwegend "sachlich"?''

Nee, juist niet!

't Is alles juist veel erger geworden!

Neem nu het lezen van deze Rümke. In mijn *juventus* volstond ik er mee te denken dat ik wel aanvoelde wat hij wilde zeggen. Voorts

was ik onder de indruk van zijn galm. En verder nam ik aan dat hij, zoveel ervarener en belezener dan ik, wist waarover hij het had. Maar nu!

'Het tijdperk, dat nu begint, de viriliteit dus, is het tijdvak, waarin de mens, die tot dusverre functioneel leefde, niet verder komt', schrijft Rümke. Het tijdperk is het tijdvak. Wie leefde komt niet verder.

Rümke vervolgt: 'Wij bemerken dit alles het duidelijkste bij de neurotische patiënten, die uit deze levensgroep tot ons komen. Wij bemerken in de neurosebehandeling, dat het bij deze mensen niet alleen gaat om betere aanpassing. Met een verbeterd aanpassingsvermogen alleen komen zij er niet.' Knars, krak, knars, krak. Hoe onze vereniging speelt merken we in de competitie. In de competitie zien we dat het niet alleen om aanvallen gaat. Met aanvallen alleen komt onze vereniging er niet.

'Het verlies van tanden wordt dikwijls veel smartelijker ervaren, dan de lachende manier waarop het wordt aanvaard zou kunnen doen vermoeden.'

De smartelijke lach van een tandeloze mond.

Als Wijngaarden zijn tanden tijdens zijn viriliteit is kwijtgeraakt, dan heeft de tandtechniker dit verlies dubbel en dwars gecompenseerd. Emiritus-hoogleraar, en dan toch van die prachtige, grote, witte, lange tanden! Geen spoor van wolf! 'Een nieuwe vorm van leven is begonnen, het functionele leven is verdiept tot een leven voor een bestemming. Na de kritische doorwoelingen is een nieuwe harmonie begonnen', aldus Rümke.

Hoe pijnlijk weinig geldt dit alles voor mij. Bij mij worden de kritische doorwoelingen steeds heviger. Steeds functioneler leef ik. Van een louteringsproces heb ik niets gemerkt.

'Is het niet te gemakkelijk om anderen de schuld te geven van het mislukken van je *viriliteit*? Ligt dit ook niet voor een deel aan jezelf?', zo zou gevraagd kunnen worden.

Neen, het ligt zeker niet aan mijzelf. Ik vind het bovendien helemaal niet gemakkelijk anderen de schuld te geven. Veel gemakkelijker geef ik mezelf de schuld.

Ik zou mijn levensbestemming heus wel gevonden hebben en 'sachlicher' geworden zijn, wanneer de wereld normaler was geweest.

In de wereld waarvan ik deel uitmaak schrijft men:  
'Twee cognitieve benaderingen in de hoofdpijnbehandeling lijken zich grofweg af te tekenen.' Benaderingen in de behandeling.  
Grofweg lijken.

En: 'Zo ligt er weer een nummer voor U met zeer uiteenlopende bijdragen.' Hoe ligt het voor U? Zó! Wéér een nummer met zeer uiteenlopende bijdragen! Worden dat niet wat veel nummers met zeer uiteenlopende bijdragen? Moet er niet weer eens een nummer met allemaal dezelfde bijdragen komen?

En: 'Werkhervatting is een doel dat, naar eerder bleek, zelfs arbeidsongeschikt verklaarden zich vaak stellen.' Vrede is een toestand die, naar duidelijk werd, zelfs oorlogsslachtoffers nastrevenswaard achten.

En: 'Dit verklaart ook waarom het prematuur activeren van agressie in de therapie dan desastreus kan verlopen vanwege de toenemende suicidaliteit, waarop met name Blanck en Blanck (1974) hebben gewezen.'

//k heb de schrijvers van deze en dergelijke regels niet gevraagd hun gedachten op deze wijze te formuleren. //k heb part noch deel gehad aan het ontstaan van deze zinnen. Ze stonden in het Tijdschrift voor psychotherapie 13(2), maart 1987, dat zich bij toeval op mijn tafel bevindt. Het zijn niet eens de ergste zinnen. Ze zijn allemaal zo.

De zinnen in Gedragstherapie zijn niet beter. Ik sla open:

Gedragstherapie 17(2), juni 1984, p. 133, en lees daar: 'Als we aannemen dat een tandartsfobie een signaalfunctie heeft dan kan de aanmelding voor therapeutische behandeling zo opgepakt worden dat de therapie een bijdrage levert in het gehele functioneren van de cliënt.' Niet vragen wat aan deze zin niet deugt.

'Vanuit de zelfinstructie-visie op zelfregulatie stelt men dat het cognitieve probleem bij impulsiviteit een probleem is van cognitieve afwezigheid (vgl. Kendall, 1981)', lezen we op p. 99. Dit betekent: Wie in een opwelling handelt gebruikt zijn verstand niet. Soms houd ik me voor dat dit mijn levensbestemming is en dat hiertoe mijn virilitas dient: het opfleuren van de teksten die ik

steeds weer krijg toegezonden, maar ik kan het niet aanvaarden. Ik heb toch niemand zo'n groot kwaad gedaan dat mijn viriliteit een straf moet zijn?

Misschien zou ik zo'n lotsbeschikking aanvaarden wanneer deze en dergelijke teksten *waar* zouden zijn.

Stel dat 'met name Blanck en Blanck (1974)' gelijk zouden hebben met hun vaststelling dat agressie 'niet te vroeg geactiveerd' moet worden. Het zou dan de moeite lonen om te proberen deze *waarheid* behoorlijk onder woorden te brengen. Maar zij hebben geen gelijk. Agressie dient immers *nooit* geactiveerd te worden?

Ooit meegemaakt dat de angst om naar de tandarts te gaan een 'signaalfunctie' had? Ooit van een psychotherapie gehoord die een bijdrage leverde aan het 'gehele functioneren' (of juist niet)?

Wat heeft het voor zin om 'grofweg twee cognitieve benaderingen' van hoofdpijn te onderscheiden wanneer die hoofdpijn zich van geen van die twee cognitieve benaderingen iets aantrekt?

Zelden ligt er een nummer met 'zeer uiteenlopende bijdragen' voor ons. Meestal zijn alle bijdragen ongeveer hetzelfde.

't Is allemaal haastig neergeschreven. 't Is allemaal lelijk. En 't is allemaal niet waar. (Dit laatste is eigenlijk wel een geluk.)

In het *Verslag van de toestand van het Groninger museum voor stad en ommelanden over het jaar 1955* lezen wij: 'De lekkages hebben intussen duurzame sporen van schade achtergelaten op de vloerbedekking van enkele bovenzalen, hetgeen slechts door een ongewone schikking der tapijten gecamoufleerd kan worden.' En even verder: 'De directeurskamer kreeg een Genemuiders mat, die in de koude winter van 1955-'56 heugelijke diensten zou bewijzen.'

Schrijver van deze regels was W. Jos. de Gruyter, een Haagse kunstcriticus die in 1955, vijfenvijftig jaar oud, directeur van het Groninger museum geworden was. Over het salaris dat hij daar verdiende moet men zich geen illusies maken. (Ook niet over het budget waaruit hij zijn aankopen moest financieren.) Samen met zijn tweede vrouw, Catharina Meijer, woonde hij in een portiekwoning in Helpman, Groningen.

De Gruyter heeft een ontzaglijke hoeveelheid catalogusinleidingen, dagbladkritieken, tijdschriftartikelen en boeken geschreven.

Hij werd op onder meer de volgende terreinen als een belangrijk deskundige beschouwd: de Europese schilderkunst na 1850 (titel van een standaardwerk van zijn hand), de kunst van de Noord-West Indianen, de Haagse School, de betekenis van de Maya-hiërogliefen, Japanse prentkunst, Westeuropese muziekgeschiedenis, ballet, Engelse letterkunde, schelpen, fossielen, de kunst van de Etrusken. Van huis uit was hij etser. Als wetenschapsman was hij autodidact. Hij kreeg in 1964 een eredoctoraat aan de Universiteit van Groningen.

De Gruyter overleed in juli 1979, kort voor zijn tachtigste verjaardag.

De Gruyter was schriel gebouwd, had een hoge rug en een vreemd stemgeluid (dat ik vrij goed kan imiteren) en wat assertief optreden was wist hij niet.

Qua uiterlijk leek hij misschien zelfs wel een heel klein beetje op Wijngaarden! Toch zag hij er niet onaantrekkelijk uit. Zijn huid was gelig, hij had Aziatisch aandoende ogen (wat de harten van zijn vele theosofische, antroposofische en anderszins Haagse bewonderaars sneller deed kloppen), een fraaie rechte bovenlip en een vrolijk wit-grijs kriebelsnorretje. Hij had schitterende benige handen.

Hij droeg dus prettig-ruime vesten, dassen die goed bij zijn haar kleurden, joyeuze hoeden (een strohoed in de zomer) en sportieve schoenen (een enkele maal in twee kleuren).

Doordat tegenwoordig iedereen 'keihard werkt' danwel 'altijd keihard gewerkt heeft' kan de lezer zich misschien niet precies voorstellen wat 'keihard werken' is.

Keihard werken is wat Jos de Gruyter deed.

Een schrijver over kunst verdiende in zijn tijd weinig geld. Zijn eerste vrouw kon absoluut niet met geld omgaan. De Gruyter moest over van alles en nog wat schrijven om al zijn schulden en alimentaties te kunnen betalen.

Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat ik voor deze Jos de Gruyter veel sympathie en respect heb. Dat is ook zo. Ik ontmoette hem en zijn vrouw eind 1959 - ik was toen vijftien - en werd een soort pleegzoon.

*Senectus*, het levenstijdperk van de oude man, zou zo'n beetje na het zeventigste jaar een aanvang nemen. 'Het seizoen is gesloten', zegt Rümke.

Wat zou dit betekenen? 'Het voetbalseizoen is gesloten' betekent: er worden voorlopig geen wedstrijden meer gespeeld. 'Het toneelseizoen is gesloten' betekent: er worden voorlopig geen voorstellingen meer gegeven. Maar welk soort seizoen zou Rümke op het oog hebben?

Hij schrijft: 'Doch volgen wij eerst het beeld van het gesloten seizoen. Het seizoen is gesloten, maar men is nog gebleven.'

Almaar proberen wij het beeld van het gesloten seizoen te volgen. Betekent dit: de voorstelling is afgelopen, maar men staat nog op het toneel? Of: de voorstelling is afgelopen maar men zit nog in de zaal? Of bedoelt hij: men is nog niet dood?

'Het is leeg geworden, vele oppervlakkige kennissen, die men heeft gemaakt, ook goede vrienden, zijn vertrokken', aldus Rümke. Waar zijn ze heen gegaan, deze oppervlakkige kennissen die tevens goede vrienden zijn? Rümke vertelt het niet. 'Met de enkele mensen, die er nog zijn, ontstaat een merkwaardig gemeenschapsgevoel', zo vervolgt Rümke. 'Men is alleen, gelegenheid tot verstrooiing is er niet meer, men kan niet meer in de wereld uitgaan.'

Men blijft achter, men is vertrokken, men is met enkele mensen, men is alleen, men gaat alleen nog buiten de wereld uit. Dronk Rümke?

De *senectus* kent niet slechts nadelen.

'Hij leest meer, geeft zich meer tijd te denken over problemen, die hij slechts vluchtig voorbijging. Nieuwe inzichten dagen in hem op.' De grijsaard ging vroeger niet aan de problemen voorbij, nee, hij ging er *slechts vluchtig* aan voorbij, hij ging er dus *bijna niet* aan voorbij...

De nieuwe inzichten dagen niet, ze komen niet op, ze komen niet opdagen, maar deze nieuwe inzichten 'dagen in hem op'.

Overigens ging Jos de Gruyter na zijn zeventigste niet méér lezen. Hij las altijd al veel. Hij ging wel meer tekenen.

Volgens Rümke worden bij de oude man 'de interessen zuiverder en meer algemeen-menselijk, hij gaat zich interesseren voor de levens van de bevolking om hem heen. In het gewoel van het seizoen (wéér dat seizoen!) was zij bijna onzichtbaar gebleven.'

De levens was onzichtbaar gebleven. Of: de bevolking was onzichtbaar gebleven. Had zeker teveel in De avonturen van Bram Vingerling zitten lezen. Men zou het de patiënt nazeggen: het lijkt of de dokter zelf gek geworden is.

## DE HONDENKAARTEN

Toen Jos de Gruyter vierenzeventig was hield hij zich niet met de bevolking bezig en zijn interessen werden niet meer 'algemeen-menselijk'.

Wel stuurde hij mijn zoon een reeks kaarten.

Op 21 mei 1974 schreef hij:

Beste Daniël,

Omdat ik weet dat je van honden houdt (ook van poezen trouwens en van alle dieren) stuur ik je deze hond toe die ik laatst op straat tegenkwam. Hij mag weleens gekamd worden - vind je niet? Maar toch vind ik het zo'n leuk beest! Echt iets voor Daniël, dacht ik. Zeg je vader maar dat hij binnenkort een brief van me krijgt. Veel liefs voor je ouders en geniet maar veel van de tuin en van alle bloemen en planten. Ook tante Catharina stuurt je haar groeten!

Oom Jos

<sup>over</sup>  
Met de dichter F.H.Koenegracht had het (ik) Rümke's beeldspraak. Hij wees me op een gedicht van G.Reve, waarin hetzelfde beeld gebruikt wordt.

Gedicht voor mijn zoon R.

Nu het seizoen gesloten is, de vrienden zijn vertrokken,  
het water kil geworden, en de lege lucht,

bevochtigd van miljoenen tranen, zwijgt,  
verheft Zich God in eindeloze Majesteit.

(Gerard Reve, Verzamelde Gedichten. Van Oorschot, 1987.)

Zie afb. 1



Afb. 1

Een volgende kaart aan 'de jongeheer Daniël van der Velden' (toen twee jaar oud) gaat zo:

Beste Kerel,

Is dit op de achterzijde geen fijn beest? Hij is zo mooi gevlekt en kijkt zo glunder en zo gelukkig naar zijn baas, je zou hem zó op je knie willen nemen als hij niet zo loodzwaar was!

Ik hoop dat jij het goed maakt.

Ik maak het best, alleen een beetje snif-snif verkouden. Onze tuin ziet er zo mooi uit, volgedwarreld met bladeren, maar het is ook zo winderig en nat geweest!

Nu mijn jongen, groet je moeder Heleen en je Vader (schildert hij nog zo fijn?) en verder alle poezen. Zelf een ferme zoen van

Opa Jos



Zie afb. 2



Afb. 2

Even later kwam de volgende kaart (afb. 3):

Beste Lieve Daniël,

ik heb gehoord dat je zo genoten hebt van van die hondenbriefkaart die ik je stuurde; daarom krijg je nog een hondje van me - een jong beestje, dat zie je wel aan die mollige voorpootjes.

En vind je niet dat hij een prachtige glanzende vacht heeft? Kijk maar hoe mooi dat krullende haar van die ene flapoor is. Ik hoop dat je opperbest tevreden bent, naar je ouders ook schrijven. Groet vader en Moeder maar hartelijk van me, en ook alle alle dieren en de bloemen en planten in de tuin.

Beste groeten van

Opa Jos



Afb. 3

Dan volgt (afb. 4):

Lieve Daniël,

de hond die wij op Borneo hadden was een klein wit hondje. Dit soort buldog leerde ik pas kennen toen ik in Haarlem woonde in 1913. Toen had ik een vriend, Trot Bake, met wie ik een sprookjes-drama schreef, "Der Kobolden Wraak", en die familie Bake, die in Bloemendaal, vlakbij Haarlem, woonde, had zo'n buldog. Die naam is eigenlijk Engels (bull-dog) wat zeggen wil stier-hond. Nu, hij ziet er ook wel een beetje grimmig uit, vind je niet? Maar het zijn heel lieve dieren, heel zacht van aard. Trot Bake en ik gingen altijd wandelen met hem en hadden vaak dol plezier. Hij kan ook enorm goed zwemmen. Hartelijke groeten van huis tot huis,

Jos



Afb. 4

Wanneer Daniël drie wordt krijgt hij de volgende felicitatie (afb. 5):

Beste Lieve Jongeheer Daniël van der Velden,

omdat je overmorgen jarig bent stuur ik je nu drie honden tegelijk. Alle drie hebben ze witte sokken aan en mooie flaporen. Lief zijn ze hè, maar de middelste vind ik toch de liefste van de drie. Misschien komt dat omdat hij zo pienter kijkt en zijn kopje een beetje schuin naar links houdt, maar misschien komt het ook omdat hij de jongste is van de drie en daardoor ook de kleinste. Hij heeft ook nog niet zulke borstelige snorharen als zijn grote broers.

Je vindt het zeker wel fijn om jarig te zijn! Drie jaar dat is me wat, hoor! Je ouders zullen wel trots op je zijn. Enfin, dat hoor ik later allemaal nog wel, als je nog eens naar onze tuin komt kijken.

Heel veel liefs van

Opa Jos en Oma Catharina



Afb. 5

Vervolgens ontving de geadresseerde de volgende aanvulling (afb. 6):

Beste jongeheer Daniël van der Velden,

hierbij nog een hondje voor je verzameling. Een leuk beest hè? Je ziet dat hij plezier heeft in zijn leven; hij kijkt zo glunder naar zijn baas. Als hij praten kon zou hij zeggen: Dág baas, fijne ochtend hè, de zon schijnt weer eens, als het niet begint te regenen en als jij je geschoren hebt gaan we heerlijk wandelen hè. Ik heb me mooi schoongepoetst en schoongelikt met mijn rose tongetje. En kijk maar eens naar mijn donzig-witte vacht en mijn donker-bruin overjasje. Jammer dat het geen kleurenfoto is. Maar de vriend van mijn baas, mijnheer Jos de Gruyter, kent mij wel en daarom weet hij wel de kleuren te beschrijven voor je.

En wat zeg je wel van mijn mooie flaporen en mijn natte neus? Alle gezonde honden hebben een natte neus, weet je. Nu, ik moet eindigen, de kaart is bijna volgeschreven. Ik wens de poezen en de vogels in de tuin en natuurlijk ook de grote mensen een goede dag toe,  
je toegenegen

Hector



Afb. 6

Op 28 januari 1975 wordt de laatste hondentekst verstuurd (afb. 7):

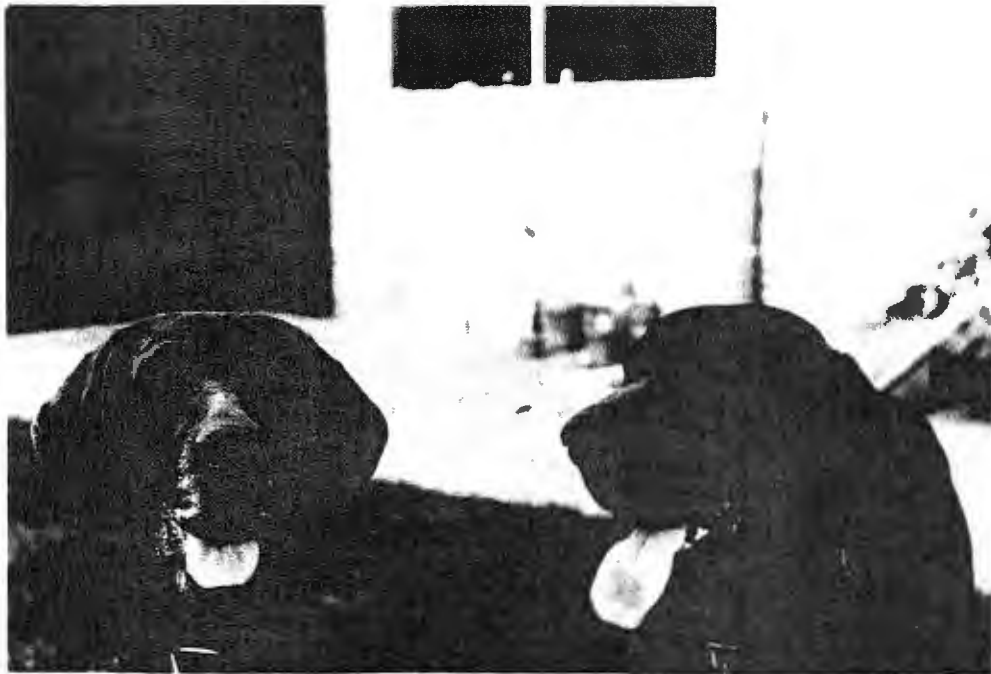
Beste lieve Daniël,

laatst waren we bij vrienden van ons in Leusden en toen zag ik in een fotoboek deze foto van twee honden. Natuurlijk dacht ik meteen aan Daniël en ik vroeg of ik ook zo'n foto kon hebben voor een jongeheer, die in Rotterdam woont en die nu al drie jaren oud is. Wel, vandaag bracht de post mij die foto en ik haast me om hem jou toe te sturen. Het is 'n mooie kleurenfoto hè - echte fijne, gezellige en gezonde 'Staanders', blij dat ze in het zonnetje op het grasveld mogen zitten. Dat de zon schijnt zie je aan het muurtje achter hen, en dat ze gezond zijn zie je aan hun rose tong en hun natte neus. Gezonde honden hebben altijd een natte neus en kijken vrolijk, zoals deze twee. En wat hebben ze een mooie flaporen, hè? Ik zou best zo'n hond willen hebben, maar Oma Catharina zegt dat we daar te oud voor zijn en daar heeft ze gelijk aan. Ook is ons nieuwe huisje in Amsterdam wat klein voor zo'n grote hond.

(...)

Nu, beste jongeheer Daniël, groet je ouders en de poezen van ons,

Van Opa Jos een stevige knuffel  
en van Oma Catharina veel zoentjes!



Afb. 7

Dat men bij Rümke niets over honden kan vinden - ik zal er niet over klagen.

Dat hij niets vermeldt over de verstandhouding tussen de oude mens en diens kleinkinderen lijkt mij niet sterk.

Maar als in een wetenschappelijke verhandeling over de ouderdom *helemaal niets* terug te vinden is van de ouderdom van Uw eigen pleegvader - wat is dat dan voor een wetenschappelijke verhandeling? Of was Uw pleegvader niet wetenschappelijk genoeg?

Op 3 april van dit jaar overleed Catharina de Gruyter, eenentachtig jaar oud.

Aan haar overlijden ging een ziekbed van een vijf maanden vooraf. De operatie die ze onderging zal haar leven misschien met zes weken verlengd hebben.

Als Rümke een 'Levenstijdperken van de vrouw' had geschreven zou

Catharina er vast niet in voorgekomen zijn. Catharina was namelijk een vrouw die van 'doorwoelingen', 'algemeen-menselijke interessen' en 'bevolking' geen last had. Ze was elegant, reislustig, zorgzaam en begiftigd met een uitzonderlijk goede smaak.

Catharina heeft dertien erfgenamen: de zoon en dochter van Jos, de tien kinderen van die zoon en dochter, en Daniël.

Jos' zoon, Bas, is een Belgische gitarist van een jaar of zestig, sinds kort gehuwd met een Fillipijnse van eenentwintig. Zijn kinderen wonen in kraakpanden, hebben een uitkering (of hebben deze zojuist verspeeld), zijn liaisons aangegaan met spuiters en snuivers, doen iets artistieks of zijn van plan iets artistieks te gaan doen als er niet een uithuiszetting of abortus tussenkomt. (Dit geldt niet voor een van de zonen, een vriendelijke ingenieur die in Eindhoven woont.)

Van de kinderen van Marjolein, Jos' dochter, zijn er twee vrij beeldend kunstenaar en de derde is vrij psychopaat.

De oudste, een zoon, komt aan zijn scheppend werk niet toe. Hij is actief voor de Groenen, hij verdient bij als schermleer, hij repareert zijn vierde- of vijfdehands Turkenbusje - hij heeft geen tijd om te scheppen.

De tweede, de psychopaat, is fotomodel, aankomend jurist, heeft net een succesvol bedrijf opgericht, staat op het punt een tweede woning aan te kopen - en is een enorme leugenaar.

De derde, een dochter van tweeëndertig, heeft vroeger veel getekend en geschilderd, maar ze komt er niet meer toe, ze staart voor zich uit, ze kookt niet meer, ze eet niet meer, ze heeft een enorme huurschuld, telefoon en gas zijn afgesneden... Halverwege het jaar moet ze opgenomen worden.

De moeder van deze kinderen, Marjolein, is een vrouw van zevenenvijftig, pianolerares, gehuwd geweest met een arme schilder en sinds haar scheiding in haar eentje in geldnood.

Catharina had me veel verteld over deze kinderen en kleinkinderen. Hun bezoeken eindigden er meestal mee dat Catharina met geld over de brug moest komen...

De enige die goed terecht leek te komen was de psychopaat, meende Catharina (die absoluut geen psychopaat in hem zag).

Catharina had gezegd en geschreven dat zij belangrijke stukken uit de kunstverzameling wilde legateren aan zekere instanties en

musea. Na haar dood zou uit de door haar geschreven codicillen wel blijken welk kunstvoorwerp naar welk museum zou moeten.

Maar waar we ook zoeken, er is geen codicil te vinden.

Verdenkingen worden geuit. Zou...? De notaris weet nergens van...

Niemand weet ergens van... Wat met Jos' werk (tekeningen, etsen, manuscripten, brieven) moet gebeuren is niet duidelijk. Wat met de kostbare voorouderbeelden, de mappen grafiek en de schilderijen moet gebeuren evenmin. Ik stel overzichten van de collectie samen. Ik maak voorstellen voor schenkingen en de verdere verdeling. Ik bel, schrijf, onderhandel.

Zaterdagen en zondagen besteed ik aan de voorlichting over de kunstverzameling aan de kinderen en kleinkinderen.

Er blijkt geld zoek... Het geld komt weer tevoorschijn. De notaris kondigt aan het slot van Catharina's flat te gaan vervangen... Een Belgische erfgenaam neemt het vliegtuig naar Mexico... Er vindt een suïcidepoging plaats... Een erfgenaam wordt psychotisch...<sup>2</sup>

Aan mijn werk ten dienste van de vooruitgang van de psychiatrie en de psychotherapie kom ik bijna niet toe. 'Wat een drukte', zeg ik. En: 'Nee, ik kan er nu niets naast hebben.'

Men beklagt mij. Men bewondert mij. De animo waarmee Kees dit op zich neemt! Geen wonder dat Jos en Catharina zo op hem gesteld waren!

Wat bijna niemand meteen begrijpt, is dat ik het *heerlijk* vind, deze rompslomp.

We ontmoeten elkaar in Catharina's flat. We moeten vergaderen. Ons doel is: inventariseren en verdelen. Maar in plaats daarvan halen we herinneringen op, lezen voor uit de papieren die we tegenkomen, vertellen anekdotes, bekijken foto's die we nog niet kenden. We moeten elkaar toeschreeuwen wanneer de meegebrachte honden en baby's niet meer in toom te houden zijn.

<sup>2</sup> Opname was onvermijdelijk. Aangezien deze erfgename in Amsterdam woonde probeerden we via de Amsterdamse instanties een opname in een geschikt centrum of ziekenhuis tot stand te brengen. Ik dacht bijv. aan de Valeriuskliniek of aan de Jelgersmakliniek... Toen bleek dat wij helemaal niets te denken hadden. In Amsterdam maken de instanties ~~niet~~ wel uit waar iemand opgenomen wordt, ja! Daar is een Centraal Apparaat voor, ja!

Gelukkig trok de Jelgersmakliniek zich van deze instanties geen bal aan en daar werd onze verwarde erfgename liefdevol ontvangen.



Iemand roept dat Catharina een dagboek bijgehouden heeft, een ander stelt vast dat Jos op z'n eigen houtje Chinees gestudeerd heeft. Voor de liefhebbers geef ik een imitatie van de manier waarop Jos een spreekgestoelte beklom en met zijn lezing begon. Daniël vraagt of ik het ermee eens ben wanneer hij een aquarel van Benner probeert te bemachtigen. Een prachtige aquarel! Wat heeft die jongen een kijk op kunst! We lezen brieven, zakelijke en persoonlijke, en steeds vinden we nieuwe redenen om trots of ontroerd te zijn.

Ik ga van deze familie houden.

De vrouwelijke erfgenamen zijn in maatschappelijk opzicht inderdaad niet succesvol, maar met hun glanzende ogen, grote kleurige haarstrikken en zelfgemaakte minirokken zien ze er ontzaglijk lief uit, en bijna allemaal, incestslachtoffer of niet, hebben ze gevoel voor wat belangrijke kunst is en wat niet. Op de psychopaat na lijken de mannen allemaal wel enigszins op Jos. Ze zijn tenger, zachtmoedig en gespeend van iedere zakelijkheid.

Ik moet in hun ogen welhaast een administrateur of accountant lijken!

Waarschijnlijk door de langdurige omgang met in dienstverband werkende artsen had bij mij het idee postgevat dat het bij het menselijk bestaan behoort om in voortdurende bekommernis over zijn materiële welstand rond te tobben.

Dit idee blijkt niet juist te zijn.

Zeker, er zijn soms wel golven van begeerte bij de erven De Gruyter. Twee vrouwen hebben beiden hun zinnen gezet op een sjaaltje van Catharina. Drie mannelijke erfgenamen zouden graag het ijzeren logeerbed verwerven. Maar wanneer de beslissingen bij dit soort kwesties een tijdje worden uitgesteld, gaan de golven weer liggen. Alleen de psychopaat zorgt soms voor moeilijkheden.

'De voorouderbeelden', roept iemand tijdens een bijeenkomst. 'Wie krijgt die?' 'Ik geloof dat Jos en Catharina de voorouderbeelden aan een museum wilden geven', zegt een ander die zojuist zijn huis uit gezet is, 'maar ik weet niet meer welk museum.' Jos' dochter reist naar het Volkenkundig Museum in Leiden. Ze kijkt eens rond. Ze vraagt aan een suppoost of hij meent dat de directie van het

museum snel geneigd zal zijn om tot de expositie van een schenking over te gaan. De suppoost denkt van niet. Zijns inziens zijn de kelders en zolders reeds afgeladen met schenkingen.

Dan gaat ze naar het Tropenmuseum, de twee beelden in twee plastic tassen aan het stuur van haar fiets. De ontvangst is allerhartelijkst. Ze mag de werken meteen achterlaten.<sup>3</sup>

Het Haagse Gemeentemuseum krijgt zo zesentachtig tekeningen en aquarellen alsmede een schilderij, het Gronings Museum een portefeuille met werken van belangrijke Groningse kunstenaars, het Letterkundig Museum krijgt portretten en handschriften, het Stedelijk Museum ...

Met mijn begeerte gaat het als met die van de erven. Ik droomde ervan in het bezit te komen van een klein, abstract schilderij van Willem Hussem, ik wist zeker dat Catharina het mij gegund zou hebben - in de loop van de tijd wist ik dit steeds zekerder - , ik had een plaats waar het prachtig tot zijn recht zou komen, en ik zon op een strategie om het weg te kapen voor een kleindochter die het schilderij ook wilde hebben..., tot mijn begeerte wegebde en ik het haar hielp inpakken.

(Het geeft een geluksgevoel, jezelf te zien als iemand die met een innemende glimlach kostbare voorwerpen wegschenkt. Even voel je je zoals een goed mens zich zou kunnen voelen, als die niet, juist vanwege zijn goedheid, nooit zou stilstaan bij dit geluk.)

Het is natuurlijk mogelijk dat Wijngaarden een moeilijk opvoedbare zoon had, een enge vrouw, een koud huis zonder eigen kamer en helemaal geen familie met mooie jonge vrouwen en aardige mannen. In dat geval zou het meer dan begrijpelijk zijn dat hij zijn heil in congresbezoek en verenigingswerk zocht!

Wie zal ons vertellen onder welke omstandigheden Rümke zijn *Levenstijdperken* schreef. Misschien vluchtte hij 's avonds en in de weekeinden wel naar boven, naar zijn werkkamertje, omdat zijn vrouw een snor had, avond aan avond hetzelfde kookte, altijd vloaide en over de kinderen teemde en nooit ontroerd was door muziek of door een prachtig schilderij.

<sup>3</sup> De beelden worden op dit ogenblik geëxposeerd op de grote tentoonstelling Kunst en cultuur uit Indonesië in het Tropenmuseum.

Maar ik hoef niet te vluchten.

Ik heb wel een zoon, en geen moeilijk opvoedbare.

Mijn zoon speelt gitaar in een thrash metal band en heeft kort geleden *De donkere kamer van Damocles* gelezen.

Toen Jos de Gruyter overleden was schreef mijn zoon Catharina de volgende brief.

1 augustus 1979

lieve oma,

erg jamer dat jos dood is hé. het was toch wel een erg lieve man. er is ook goed nieuws. ik heb een politieboot van playmobil gehat. daarom schrijf (ik) deze brief. en omdat jos dood gegaan is. in ieder geval ben jij niet dood. maar om terug te komen op die boot. er zit een radar bij, en een opblaas boot. niet echt natuurlijk. en drie mensen. jij bent ook erg lief.

de groeten en veel liefs

daniël

Hij was zeveneneenhalfjaar toen hij dit schreef. Zo'n zoon heb ik. Een enge vrouw heb ik ook niet. Ik heb helemaal geen vrouw. Ik heb wel een ex-vrouw, die zeker niet eng is. Zij is juist erg intelligent en aardig en in plaats van dat ik haar ontvlucht zoek ik haar op.

Over mijn huisvesting heb ik evenmin te klagen.

Sinds een halfjaar woon ik in een huis als een zeeschip, een Italiaanse villa, een boerderij in Frankrijk. Ik heb een werkkamer van dertien bij vier meter. De vloer bestaat uit visgraatsgewijs opgebouwd parket van tropisch hardhout. Mijn woonkamer heeft een eiken vloer, ramen met antiek glas-in-lood en een diepe loggia met zuilen van natuursteen. Om met mijn zoon te kunnen

tafeltennissen beschik ik over een witgepleisterde ruimte van acht bij vijf meter. Ik zwijg over de badruimten, het archief, de kamer van mijn zoon, de slaapkamer, de kunst aan de wanden. Ik wil niemand de ogen uitsteken.

Dit huis houd ik heel schoon.

In de werkkamer staan witte lelies in een hoge aardkleurige vaas; in de woonkamer zweeft een wolk roze bouvardia boven een kobaltblauwe vaas. Ik noem maar wat. Heel vaak klinkt Mozarts Grote Mis of het Requiem van Verdi of Verdi's Aïda in mijn huis. Dit huis is onder andere gekocht om er beter te kunnen werken, maar als ik wil gaan werken raak ik bijv. verdiept in oude agenda's van Jos de Gruyter en ik droom weg in een wereld waarin niemand schrijft: 'Zoals wij aan het einde van de eerste paragraaf van dit hoofdstuk hebben gesteld, kan men een model schetsen waarin situaties leiden tot bepaalde reacties.'

(Ja hoor..., jij schetst maar...)

In het omvangrijke oeuvre van C.A.L.Hoogduin komt een vrouw voor, die door traumatische herinneringen aan een mislukte studie werd geplaagd. ('t Kan ook een man geweest zijn die door hoofdpijn werd geplaagd. 't Was in ieder geval iemand die ergens door geplaagd werd.) Zodra de afschuwelijke herinneringen in het bewustzijn van deze vrouw opdoken, had zij de neiging haar stofdoek te laten zakken en de afwas te laten staan; ook voelde zij op zo'n moment geen lust meer om haar man, een harde werker, seksueel ter wille te zijn; zij rapporteerde dat er opstandige gedachten in haar opkwamen.

Door haar falen als huisvrouw dreigden escalerende huwelijksconflicten.

In zijn hypnosebehandeling maakte Hoogduin gebruik van zg. *cue conditioning*. Zodra een glimp van de traumatische herinneringen zich bij mevrouw zou aandienen, zo suggereerde hij haar, zou zij de drang voelen om extra hard te stoffen, extra snel af te wassen en zich aan haar man te geven. 'Je weet dat hij voor je werkt... en je wilt graag iets terugdoen... want je weet dat hij anders een ander neemt... en je voelt je goed en lekker, omdat hij... jouw eigen man... zo tevreden over je is... en terwijl je je zo tevreden voelt... merk je dat je handen werk zoeken... niet je hoofd... dat blijft lekker rustig en leeg... maar je handen zoeken werk... ze willen stoffen, ze willen

afwassen, ze willen... ' Enz.

Dit schijnt enorm geholpen te hebben.

Zoals die vrouw voel ik mij. Zodra ik iets zie dat aan spaanderplaten hulpverlenersteksten doet denken (de *cue*), zeilen mijn gedachten naar genegenheid en kunst (de *conditioning*).

Het zijn niet alleen de hulpverleners die voor krachtige cue's zorgen.

Het zijn ook de *managers*.

Managers in de geestelijke-gezondheidszorg zijn zakenlui die niets verdienen. Zij geven uit.

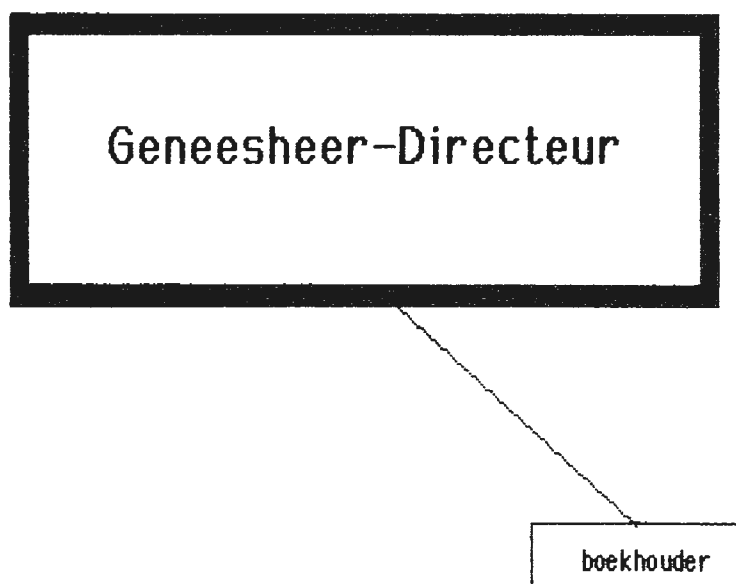
Genemuiden matten kopen zij niet; wel wall-to-wall-tapijt voor hun kantoortuin.

In bedrijven zijn zulke managers niet gezocht.

Uit geen enkel onderzoek en uit geen enkele publikatie blijkt dat Riaggs, Riggs en Roggs economen, sociologen en juristen als directeur nodig hebben.

Met een geneesheer-directeur en een boekhouder zou kunnen worden volstaan. De boekhouder haalt de subsidie op, de geneesheer-directeur zegt waaraan die besteed moet worden.

Gaat de geneesheer-directeur malen, dan zet het bestuur hem af. Zie hier de organisatieschets ener Riagg (afb. 8).



Afb. 8 Organisatiestructuur van een Riagg

Zolang de *managers* verhuizingen voorbereiden en contact met de loodgieter opnemen, zijn de dokters en de boekhouders blij dat hun dit werk uit handen genomen wordt, maar wanneer de verhuizing achter de rug is en de loodgieter klaar, gaat deze blijdschap spoedig voorbij.

De managers gaan zich dan namelijk *vervelen*.

Er is voor hen niets meer te doen.

Zij verhogen hun salaris en kijken uit het raam.

Zij zien mensen hun gebouw binnenkomen, maar die mensen komen niet voor hen.

Wanneer zij door het pand gaan zien zij wachtkamers met zieken, maar die zieken wachten niet op hen.

Secretaresses als gazellen nemen de telefoon aan, maar het is meestal niet voor hen dat er gebeld wordt.

Wat kunnen ze hieraan doen?

Dit: automatiseringsnota's opstellen, fusiepartners zoeken, coups voorbereiden, beslissingen uitstellen, verzoeken weigeren, dokters laten wachten<sup>4</sup>, structuurnota's schrijven, in commissies zitting nemen, medewerkers verplichten zich te melden.

Dit doen zij ook.

Verveling haalt niet het beste in de mens naar boven!

De manager die thuiskomt wil kunnen zeggen: 'Nu niet zeuren tegen Pappie. Pappie is nu heel erg moe. Pappie heeft de hele dag hard gewerkt om voor mamma en jullie centjes te verdienen.'

Men hoeft hen daarover niet hard te vallen.

Managers hebben ook hun viriliteit, ja toch?

Ik meen met deze uiteenzetting begrip getoond te hebben voor de manager in de geestelijke-gezondheidszorg.

Riaggs en Rino's houden deze mensen ook van de straat, dat vergat ik nog te vermelden.

---

<sup>4</sup> Zoals bijna iedereen, moeten ook managers wachten als zij de dokter bezoeken. Dit wachten geeft rancune. Ook het feit dat de dokters meer verdienen dan de managers zelf zorgt voor bittere gedachten. Wat naïef van de dokters in de geestelijke-gezondheidszorg om zich door juristen de kaas van het brood laten eten. Het afschaffen van het somatisch jaar op het moment dat er een bloeiperiode voor de biologische psychiatrie aanbreekt wijst ook niet op een heldere kijk op het eigen- en patiëntenbelang.

Van het aanzitten aan zakenlunches gaat een grote aantrekkingskracht uit. Menig therapeutisch functionaris hoopt zover te komen dat ook hij met de managers bij een glas en een sigaar over 'patiëntenstromen' mag orgelen, en dat hij dat glas en die sigaar dan mag *declareren*.

Nooit heb ik therapeuten die zoiets nastreefden een strobreed in de weg gelegd. Ik heb als een feit aanvaard dat men wat Gorbatsjow kwijt wil, hier wil importeren. Ik heb gedacht: 'Geef de Keizer wat des Keizers is' en: 'De Overheid draagt het Zwaard niet tevergeefs'<sup>5</sup>. Ook dacht ik: Als ik hen met rust laat, laten zij mij met rust.

Verkeerde gedachte.

Neem kennis van het volgende voorbeeld.

## HET AFSPRAKENLIJSTJE

'Hoewel ze niet in staat zijn iets te *doen*, voelen bepaalde mensen zich geroepen om alles *over* te *doen* en zien zij met hun adelaarsblik onmiddellijk wat er aan een werk ontbreekt; ik zag dadelijk dat men, ingevolge deze loffelijke gewoonte, de wijze en gematigde instrumentatie van Paër versterkt had met een Turkse trom, zodat zijn orkestratie, die hier niet op berekend was, volledig verdween, verpletterd door de dreunende slagen van dit vervloekte instrument.'

Hector Berlioz, *Mijn Leven* (p. 187)

Elf jaar geleden wilde ik voor ons *Bureau voor Zware Problemen bij Mensen met Weinig Geld* een paar formulieren en ook een afsprakenkaartje maken.

Ik huurde een IBM-schrijfmachine met een Courier-bolletje, draaide er een blaadje van een memoblok in en na enig nadenken en oefenen wist ik mij de maker van het hierbij afgebeelde ontwerp (zie afb. 9). Ik bracht het, samen met de door mij bedachte formulieren en standaardbrieven naar de offsetdrukker, met wie ik een stevige witte kartonsoort uitzocht en bij wie ik al de volgende dag een pak met 500 kaartjes kon afhalen.

Wij waren er tevreden mee.

De ruimte die ik tussen de regels had gelaten bood mogelijkheden

<sup>5</sup> 1 Rom. 13

aan elk type handschrift.

I.K.S. / S.P.T.K.  
Schiekade 121  
Rotterdam  
Telefoon: 658066 K1/13

---

AFSPRAKENLIJSTJE

---

Naam: \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

Afb. 9 Afsprakenlijstje

Het aantal afspraken waarmee op het kaartje rekening werd gehouden zou patiënten een indruk kunnen geven van de werkwijze van ons *Bureau*. In ieder geval zouden zij niet bij voorbaat bevreesd hoeven zijn voor een langdurige begeleiding. Wat achter 'naam' ingevuld moest worden weet ik niet meer. Misschien de naam van de patiënt, misschien die van de behandelaar.

Jaren gingen voorbij. Nooit gaf het kaartje aanleiding tot schaamte, wrevel, ontevredenheid of hinder. Het was een prettig kaartje. (Achter 'naam' werd meestal de naam van de medewerker ingevuld.) Op een dag werd het *Bureau voor Zware Problemen bij Mensen met Weinig Geld* onderdeel van een Riagg. Het management werd uitgebreid. Nadat dit zich van ruime kamers, diverse hulpkrachten (onder wie een voorlichter), onkostenvergoedingen en sigaren van



de zaak had voorzien, schafte het de gratis koffie voor patiënten af.

Toen moesten de door de Riagg-afdelingen gebruikte papieren gestroomlijnd worden.

In het kader daarvan diende er ook een nieuw afsprakenlijstje te komen.

Ik overhandigde het door mij ontworpen kaartje aan een van de nieuwe functionarissen. De kop zou gewijzigd moeten worden. Logisch. Er zou een nieuwe vormgeving voor het kaartje bedacht moeten worden, maar voor het overige zouden wij ons gewone afsprakenlijstje mogen behouden.

Enkele maanden later was het nieuwe kaartje gereed.  
U ziet de buiten- en binnenzijde hieronder (afb. 10 en 11).

**RNO**

Afsprakenkaart

**Regionaal Centrum voor  
Geestelijke Gezondheidszorg**

---

Deze kaart meebrengen bij elke afspraak.

Wij verzoeken u bij verhindering uiterlijk **twee dagen** tevoren het afdelingssecretariaat op de hoogte te stellen.

Oudedijk 76, 3062 AG Rotterdam  
Telefoon 010 - 400 46 99

Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam  
Telefoon 010 - 465 80 66

Lijstersingel 15,  
2902 JC Capelle aan den IJssel  
Telefoon 010 - 458 59 00

R 05-05

Afb. 10 Buitenzijde van het nieuwe afsprakenkaartje

Uw volgende afspraak met \_\_\_\_\_ is

op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur
op	om	uur	op	om	uur

Afb.11 Binnenzijde van het nieuwe afsprakenkaartje

Zoals U ziet zijn er in het tekstgedeelte toch enkele wijzigingen aangebracht.

De eerste wijziging betreft de naam. Een van de nieuw aangestelde Riagg-functionarissen moet de tijd en moeite hebben willen nemen om tot de slotsom te komen dat het zachtaardige, meisjesachtige woord *lijstje* vervangen moet worden door het mannelijke *kaart*. Die functionaris heeft dit een verbetering gevonden.

De tweede wijziging is dat de patiënt gemaand wordt dit afsprakenoverzicht bij *elke* afspraak mee te brengen. Er staat niet bij wat er gebeurt wanneer de zieke de aanmaning in de wind slaat, maar de toon suggereert dat de straf niet mals zal zijn.

Vervolgens: 'Wij (wie 'wij' zijn weet alleen de ontwerper) verzoeken u om bij verhindering uiterlijk **twee dagen** tevoren het afdelingssecretariaat op de hoogte te stellen.' Wie er dus **één dag** voor zijn afspraak achter komt dat hij verhinderd is mag dit niet meer doorgeven. Die is te laat.

Inspecteren we de binnenzijde van de *kaart*.

Niet minder dan *tweëntwintig* afspraken kunnen hier genoteerd worden. 't Is duidelijk dat de medewerkers van RNO niet al na drie

of vier keer weten wat ze hun patiënten moeten adviseren. De mogelijkheid om zowel de dag als de datum te noteren (dus: 'dinsdag 24 november' in plaats van alleen '24 november') is vervallen. De functionaris vond deze service blijkbaar te ver gaan.

De ontwerper van de tweede versie heeft de kans benut om zijn visie op de verhouding tussen het Riagg en de patiënt tot uitdrukking te brengen. Hij heeft de patiënt als het ware zijn plaats gewezen. De Riagg-functionaris rijdt in een BMW, zo lijkt dit kaartje te willen zeggen, en de patiënt niet.

Het interesseert U misschien te weten waarom het afsprakenlijstje ooit ontworpen is. Patiënten hebben toch een agenda? Nee, die hebben onze patiënten vaak niet. Het lijstje diende om te voorkomen dat afspraken vergeten zouden worden. Dat men het lijstje ook kon benutten om de medemens de les te lezen ontging ons.

## DE BOERENDE MAN

*Wat er vooraf ging.* Wij hebben kennisgemaakt met de fijnbesnaarde hoofdpersoon, die lijdt aan de domheid van zijn collega's en de grofheid van zijn bazen. Wij hebben gezien hoe deze hoofdpersoon op middelbare leeftijd eindelijk rust en geluk vindt in het eenvoudige familieleven en in de kunst. Wij hebben hem deze harmonie gegund, maar wij hebben ons ook de vraag gesteld: Hoe moet hij verder?

Sterven zou misschien het mooiste zijn, maar daarvoor is hij te jong. Hij moet nog voort, de virilitas uit en dan het praesenum in, en daarna nog de hele senectus door.

Moet hij verzamelaar van kunst worden? Hij heeft hier het geld niet voor.

Moet hij raadgever worden van een jonge schilderes met lange benen en veel haar (niet op die benen)?

Nee, nee, lezer!

Onze hoofdpersoon moet werken!

Geluk is voor later!

Hoewel praten misschien niet helpt, moet hij toch praten.

Hoewel niemand tijd heeft om te lezen, moet hij toch schrijven.

Het is zijn werk. Het is het enige dat hij min of meer kan.

Hij zet zich aan de beschrijving van een behandeling. De patiënt is een man die boert. Na enkele minuten al staat hij op en loopt naar het raam. Van links naderen de treinen naar het Noorden; van rechts komen de treinen die naar het Zuiden gaan. Weer gaat hij zitten. Hij denkt aan de schrijver uit de mémoires van Lou Andreas-Salomé, die achter zijn schrijftafel zat te hopen op een vreselijk ongeval buiten, zodat hij een goede reden zou hebben om voor het raam te gaan staan.

Hij noteert de tijd die hij aan het schrijven besteedt.

Hier volgt zijn gevalsbeschrijving.

Het eerste teken van Catharina's ziekte was dat soms het door haar genuttigde voedsel onverrichterzake in de mondholte terugkeerde. Het kon blijkbaar ergens niet door of langs.

De verstandige Catharina dacht dat dit vanzelf wel over zou gaan, zoals zovele lichamelijke ongemakken, tenzij er toch niets meer aan te doen zou zijn. Ze was dus een beetje laat met het raadplegen van de huisarts.

De huisarts meende dat de klachten van deze evenwichtige eenentachtigjarige vrouw aan zenuwen en spanningen toegeschreven moesten worden.

De internist meende..., de chirurg dacht..., en wij hadden ook allemaal een opinie. Maar er was niets meer aan te doen. De kanker stuurde alle voedsel en drank linea recta terug.

In deze tijd kreeg ik zelf slikklachten. Ook begon ik ongenadig te boeren. Ik maakte me ongerust. Op advies van door mij geraadpleegde artsen nam ik vele tabletten Norit tot mij. Maar ik boerde voort. Voor de maaltijd, tijdens de maaltijd, na de maaltijd, in bed, buiten bed, in de woonkamer, buiten de woonkamer, op de fiets, naast de fiets - overal en altijd boerde ik. Ik boerde hard, knallend, en ik boerde beschaafd, achter mijn hand. Zelden boerde ik niet. Mijn zoon ging zich aan me ergeren.

De artsen raadden mij aan om het met méér Norit te proberen. En als dat niet zou helpen, dan misschien... toch... de internist...

Ik werd bang.

Catharina had weliswaar nooit geklaagd over boeren, maar...

(Ik dacht niet logisch.)

Toen dacht ik: Doe nou eens of het aerofagie is. De lucht die ontsnapt is eerst naar binnen gegaan. Hoe krijg je lucht in de maag?

Door te slikken. De therapie is dus: *niet onnodig slikken*.

Dit viel niet mee!

Je slikt voor je er erg in hebt!

Je voelt dat je gaat stikken als je niet slikt!

Je boert, slikt, slikt niet, boert, slikt weer, slikt niet, boert - het zweet komt onder je haar vandaan en je denkt: 't is *maagkanker*.

Ik hield een pen tussen mijn tanden<sup>6</sup>, wat een klein beetje hielp. Ik sperde mijn mond wijd open als ik voelde dat ik *moest* slikken; dit hielp beter. Vervolgens combineerde ik deze maatregel met tellen: eenentwintig, tweeëntwintig... Dit hielp nog beter. Elke keer als het me lukte de drang tot slikken voorbij te laten gaan voelde complimenteerde ik mezelf met mijn wilskracht.

Ik had succes.

Eerst moest ik er steeds op letten. Daarna ging het vanzelf.

Enkele maanden later werd naar onze afdeling een man verwezen wiens klacht *boeren* was.

Of deze klacht een signaalfunctie had wisten we natuurlijk nog niet.

We pakten de aanmelding wel zo op dat we in onze therapeutische behandeling een bijdrage zouden leveren aan het gehele functioneren van de cliënt. Hoe dan ook.

Het ging om een man van negenenveertig jaar, classificeerder, afgekeurd wegens rugklachten, getrouwd, vader van twee kinderen. Ik haalde hem op bij de wachtkamer. Arts-assistente Gonnie zou het gesprek op de video vastleggen.

Voor ik de gelegenheid had hem goed op te nemen, boerde hij midden in mijn gezicht! Op de gang al! En dat niet eenmaal, maar driemaal achtereen! We zaten nog niet eens! Hij probeerde de boeren niet eens met zijn hand van richting te laten veranderen! Ze kwamen recht op mij af! Ze spatten pats! op mijn neus en mond uiteen!

---

<sup>6</sup> Advies uit Cecils *Textbook of Medicine* (vijftiende druk).

Zo beleefd mogelijk wendde ik mijn hoofd af. Ik kneep mijn mond dicht. Ik hield mijn adem in. Ik slikte. Ik voelde hoe ook in mijn binnenste oprispingen werden aangemaakt...

Het onderhoud zou als het aan mij lag niet te lang duren.

De heer Wehkamp was een bewegelijk, schriel kereltje met een grote bril. Hij droeg vrije-tijdsleding. Hij gaf op alle vragen goed antwoord. Ik stelde vast dat de heer Wehkamp tijdens het onderhoud vele malen slikte, hoewel ik hem geenszins een maaltijd had geserveerd.

Hij had de klachten nu twee jaar<sup>7</sup>. Ze waren enige maanden voor het overlijden van zijn schoonvader ontstaan. In de periode na dit overlijden deden zich problemen voor tussen hen die meenden recht op een deel van de bescheiden erfenis te hebben. Patiënt zag veel onrecht. Hij stond evenwel voor een overmacht.

De klachten werden erger. Patiënt werd opgenomen in het ziekenhuis waar zijn schoonvader opgenomen was geweest. Hij belandde op de afdeling waar zijn schoonvader had gelegen. Men leidde hem naar de kamer waarin zijn schoonvader was gestorven. Men wees hem het bed waar zijn schoonvader in was gestorven! Gestorven aan *maagkanker*!

Ontzet vluchtte de heer Wehkamp huiswaarts.

Nooit ging hij terug naar dit ziekenhuis! Hij wilde nog helemaal niet sterven! Hij was nog jong! Hij had niemand kwaad gedaan!

Het boeren werd niet minder.

's Ochtends begon hij ermee en pas 's avonds hield hij ermee op.

Hij wist nu zeker dat hij kanker had, en hij had hier veel verdriet van. Zijn lieve vrouw probeerde hem op te monteren. Een van zijn toegewijde dochters stelde haar huwelijk voor hem uit.

De huisarts verwees hem naar verschillende specialisten, die hem binnenstebuiten keerden, overal in, achter en onder keken, maar niets konden vinden.

Zenuwen waren het, niets dan zenuwen!

Naast de genoemde klacht had de heer Wehkamp ook nog last van een pijnlijk gevoel bij het slikken.

Ik noteerde een en ander in mijn bloknoet.

<sup>7</sup> 't Was in feite ruim drie jaar, maar dit zal de lezer ongeloofwaardig, want te dramatisch vinden. Vandaar: twee jaar.

Ik vroeg hem of hij eigenlijk een zenuwachtige man was. Hij zei ja. Doordat ik de lezer verdere opmerkingen over het geboer van de heer Wehkamp heb willen besparen, zou de indruk kunnen ontstaan dat het met dit boeren intussen wel meeviel. Maar dit boeren was tijdens het opnemen van de anamnese onverminderd doorgedaan. Ik kon er niet goed meer tegen. Ik zocht naar een min of meer natuurlijke manier om het gesprek te beëindigen. Ik dacht er niet over om nog evt. relationele componenten te onderzoeken en de cognitieve aspecten lieten mij verder koud. Ik wilde ervan af. Zeggen: 'Kom dan en dan nog maar eens terug', zonder nadere opgave van redenen, zou als beledigend ervaren kunnen worden. Dan zou ik nog beter kunnen wegrennen, of desnoods braken, zodat hij zou moeten wegrennen.

Zeggen: 'Ik weet nog niet of ik wat voor U kan doen, ik wil daar nog eens over nadenken', zou vragen van zijn kant tot gevolg kunnen hebben ('Denkt U dat het toch kanker kan zijn?', 'Er is zeker niets aan te doen?') en daarmee een verlenging van het gesprek.

Zeggen: 'Ik kan U helaas niet helpen. Ik ben geen arts. Ik begrijp niets van boeren', zou ook een verder gesprek tot gevolg hebben. Dus zei ik hem dat hij zonder twijfel beter zou worden.

Dit was een klacht die zeer goed reageerde op de therapie die ik hem zou gaan voorstellen. Het enige dat hij behoefde te doen, was: mijn opdrachten uitvoeren. Meer niet.

Dat ik aan het woord was deed me goed. Nu nog aan het woord zien te blijven. Ik hoefde hem niet aan te kijken. Mijn blik was op de witgestucte wand rechts achter hem gericht. Ik sprak of op die wand het visioen van zijn genezing zichtbaar werd.

De heer Wehkamp zei dat hij hoopte dat ik gelijk had.

Ik zei dat *hopen* niet nodig was. Hopen was voor stakkers die in het onzekere moesten leven. Voor hem was er geen onzekerheid.

Hij zou *zonder enige twijfel* genezen als hij stipt zou doen wat ik hem opdroeg.

Vervolgens instrueerde ik hem dagelijks van 11.30 uur tot 12.00 uur te noteren hoeveel keren hij slikte en hoeveel maal hem een boer ontsnapte. De heer Wehkamp stelde een vraag om te controleren of hij de opdracht goed begrepen had, en op die vraag zei ik krachtig ja.

Na het gesprek flitste de gedachte 'Wedden dat het toch organisch is?!' door mijn hoofd, maar van dergelijke gedachten schrik ik maar

kort, want ik heb ze te vaak om er lang mee bezig te zijn.

Ik vroeg Gonnie naar haar indruk.

'Ik denk dat het toch wel een persoonlijkheidsstoornis is...' , antwoordde ze. 'En die pijn bij het slikken, dat is toch hoogstwaarschijnlijk wel psychosomatisch... Ik zou daar maar van uitgaan. Je ziet dat heel vaak.'

'Bedoel je dat hij niet echt pijn heeft?', vroeg ik.

'Ja, dat misschien wel.. hoewel..., nou ja, misschien dat hij zich die pijn aanpraat.'

Zes-, zevenentwintig was ze. Ze had grote, droevige bruine ogen. Een onderkin begon zich reeds te vormen. Het was haar eerste psychiatriejaar.

'En de behandeling?', vroeg ik.

'Misschien voorzichtig steunen en structureren, zou ik doen', zei ze. 'Inzichtgevende therapie... daar is hij toch te primitief voor...'

Daar was hij toch te primitief voor...

Op de volgende afspraak verscheen de heer Wehkamp niet.

Ik belde naar zijn huis. Zijn vrouw zei dat hij met een oom mee was, vissen. Ze dacht dat hij de afspraak vergeten zou zijn. Ik herhaalde tegenover haar de opdracht die ik hem gegeven had en gaf een nieuwe afspraak door.

Veertien dagen later kwam hij met keurige lijsten.

Zijn vrouw had hem geholpen zich bewust te worden van het slikken.

dinsdag	20 keer slikken	7 keer boeren
woensdag	22 keer slikken	9 keer boeren
donderdag	18 keer slikken	6 keer boeren
vrijdag	13 keer slikken	3 keer boeren
zaterdag	22 keer slikken	7 keer boeren
enz.		

De methodologisch geschoolde lezer kan nu uitrekenen wat het boergemiddelde was en of de heer Wehkamp in staat was statistisch significant te boeren.

Mij leek het verband tussen slikken en boeren aangetoond.

Ik zei hem dat hij nu tussen 11.30 en 12.00 zou moeten gaan stoppen met slikken. Hij mocht van mij een pen tussen z'n tanden houden, hij



mocht zijn mond wijd opensperren, hij mocht tellen..., dat maakte mij allemaal niet uit, als hij maar *niet* zou slikken. In het begin zou dit heel moeilijk zijn. Het zou een onmogelijke opdracht lijken. Maar het *zou* lukken. Niet meteen, zeker niet meteen, maar op den duur. De heer Wehkamp keek mij sceptisch aan. Dit lijkt mij sterk, zag je hem denken.

Na tien minuten was het onderhoud geëindigd.

Veertien dagen later keerde hij terug. 't Succes was sneller gekomen dan ik verwacht had. Tussen 11.30 en 12 uur boerde hij maximaal nog 2 keer, maar de meeste dagen wist hij het op deze tijden bij 1 of zelfs 0 oprisping te houden. Zijn indruk was dat hij überhaupt minder vaak boerde, behalve 's avonds na de maaltijd. Na zeven minuten verdween de heer Wehkamp weer. Hij had mij niet meer in het gezicht geboerd.

Hoewel hij de komende weken goed vooruitging, bleef het des avonds boeren wel een probleem. Bovendien werden de oprispingen dan afgewisseld met harde winden. De heer Wehkamp bleek te denken dat hij misschien *toch* kanker had, een soort die 's avonds actief werd als het ware, en die dan krachtige windstoten veroorzaakte, zowel opwaarts als naar beneden.

Met zijn moeder had de heer Wehkamp het nooit kunnen vinden. Ze was volkomen onbetrouwbaar. Toen hij klein was stuurde zij hem naar een kinderkuis. Ze kon hem er niet bij hebben.

Zijn vader was een goedwillende figuur, maar bij zijn vrouw had hij weinig in te brengen. (Toen zijn vader doodging, vijftien jaar geleden, verdween moeder voor vijf maanden in een inrichting. Zou ze toch geweten hebben wat liefde was?) Op zijn veertiende, nadat hij de lagere school had doorlopen, was de heer Wehkamp gaan werken. Dat hij van een WAO-uitkering leefde, daaronder leek hij niet te lijden. Hij kon nu naar hartelust vissen en zwemmen.

Ik had zijn vrouw nooit gezien, maar zij moest wel een goed karakter hebben, want hij zag er keurig uit en hij kwam zijn afspraken trouw na. Volgens de vragenlijst die de heer Wehkamp had ingevuld, was zijn huwelijk heel goed. In seksueel opzicht liep het niet helemaal geweldig, maar voor het overige leek het een feest te zijn.

Zijn zoon en dochter waren beiden kerngezond. De zoon was al

getrouwd, de dochter zou gaan trouwen.

Als dat boeren er niet was, misschien was hij dan wel gelukkig!

De heer Wehkamp had er al alles aan gedaan. Hij had zich

toevertrouwd aan zijn huisarts, aan internisten, aan een neuroloog,

aan een iriscopist en aan paranormale genezers en ten slotte aan

mij. Van hem kon niet meer verwacht worden.

't Kwam op mij aan.

Het lag voor de hand om het avondboeren in verband te brengen

met het genuttigde diner. Slikte hij wellicht extra veel lucht naar

binnen, en niet slechts zijn aardappelen, vlees en groente?

Maar waarom deed hij dit dan 's morgens niet en niet bij de lunch?

Ik kon hem geen diner aanbieden.

Wel een bekertje water.

Volgens Oudshoorn herkent men de aërofagiër aan het *klokkende* geluid dat deze tijdens het drinken van water voortbrengt.<sup>8</sup>

Zonder meer zal dit juist zijn, maar ik heb mijzelf er nooit van

kunnen overtuigen dat het geluid van een drinkende aërofagelant

als een *klokkend* geluid gekwalificeerd diende te worden. Het is

met dit klokkende geluid als met Rümke's *præcox-gevoel*. Je

weet nooit of het gevoel dat je hebt nu het beroemde præcox-

gevoel is. Zelfs twijfel je of het eigenlijk wel een gevoel is. Zou het

niet eerder een gedachte zijn?

De heer Wehkamp zou het bekertje leegdrinken.

Hij zette het aan zijn mond en slikte. Toen slikte hij weer. Ik vroeg

hem of hij nog een slok wilde nemen. Andermaal werkte hij de teug

met twee slikbewegingen weg.

Dit was merkwaardig.

Nam hij te grote slokken? Slikte hij de eerste keer water door en

de tweede keer lucht? Ik wist het niet, maar het leek me plotseling

beter wanneer hij in een keer leerde slikken.

Ik zei: 'Ik zie het al.' Ik legde hem uit dat hij niet juist slikte en dat

dit een belangrijke oorzaak van zijn narigheid was. Hij zou moeten

leren in één keer te slikken!

De heer Wehkamp keek mij verbouwereerd aan. Hij herkende de door mij geconstateerde abnormaliteit helemaal niet.

Deze verbouwereerdheid was volkomen op zijn plaats. Hij dronk zijn

koffie, thee, melk en zijn biertje, en hij had nooit gemerkt dat dit

voor hem nadelig was.

<sup>8</sup> Directieve therapie 2, p. 134.

Hij wist niet beter of hij dronk als een gewoon mens.

Na twee van de drie maaltijden had hij geen klachten. Hij had klachten na de *avondmaaltijd*...

Hoewel ik besepte dat het ongerijmd was, drong ik aan op registratie van het aantal genomen happen en het aantal dubbele slikbewegingen per diner. Omdat dit laatste voor hemzelf moeilijk vast te stellen zou zijn, zou hij zijn vrouw vragen hierbij te assisteren.

Ik bezwoor hem dat het misschien moeilijk, zwaar en ondoenlijk zou zijn, maar dat het hem zou lukken deze hele nare, verontrustende, hinderlijke maar in wezen belachelijke kwaal te overwinnen. In één keer leren slikken en alle narigheid zou voorbij zijn! Zelf merkte ik wel dat mijn aplomp niet geheel op kennis van zaken gebaseerd was, maar de heer Wehkamp merkte dit waarschijnlijk niet. Hij was trots op me, zag ik.

De heer Wehkamp deed mij de groeten van zijn vrouw. Ook vroeg hij mij waarom de doktoren hem nooit op deze eenvoudige, nu reeds zoveel baat gebracht hebbende behandelingsmethode hadden gewezen. Zouden zij er dan te weinig aan verdienen?, zo overwoog hij...

De registratie leverde het volgende op.

De verorbering van een warme maaltijd geschiedde in ongeveer 28 happen. De verwerking van acht tot tien van deze happen werd ontsierd door dubbele slikbewegingen.

De instructie om nu op te houden met dubbel slikken leidde tot het volgende resultaat:

maandag	26 happen	1 maal dubbelslikken
dinsdag	28 happen	3 maal dubbelslikken
woensdag	32 happen	3 maal dubbelslikken
donderdag	29 happen	5 maal dubbelslikken
vrijdag	34 happen	8 maal dubbelslikken
zaterdag	28 happen	0 maal dubbelslikken
zondag	23 happen	4 maal dubbelslikken
enz.		

Het avondboeren was navenant afgenomen.

Vier weken later gaf de registratie een inzinking te zien:

dinsdag	31 happen	8 keer dubbelslikken
woensdag	29 happen	2 keer dubbelslikken
donderdag	24 happen	6 keer dubbelslikken
vrijdag	30 happen	9 keer dubbelslikken
zaterdag	--	--
enz.		

De heer Wehkamp weet de achteruitgang aan slordigheid. Hij had het idee gehad dat zijn probleem eigenlijk al was opgelost... Hij schaamde zich. 'Ik moet er harder aan trekken', zei hij.

Het zal de lezer intussen opgevallen zijn dat de heer Wehkamp des zaterdags weinig of geen last had van dubbelslikken. Hij at dan soep en brood. Hield hij daarvan? Nee, niet bijzonder. Wat at hij op de andere dagen? Aardappelen, vlees, groente, en natuurlijk pudding toe.

Dagelijks aten de heer en mevrouw Wehkamp KLOP-KLOP, KLOP-OP of OP-KLOP-pudding. Mijnheer was hier gek op! Elke avond deed zijn vrouw melk in een pan, verhitte ze die pan, strooide ze puddingpoeder in de melk, roerde ze, duwde ze met haar kontwerk haar man naar achteren wanneer deze teveel opdrong, werd de massa warm en dik, temperde ze het vuur, verdeelde ze het mengsel over een klein schaalje - voor haarzelf - en een grote schaal - voor hem-, en spoot ze twee heerlijke flinke bolussen van spuitbusslagroom over beider porties. Verrukkelijk!

Elke avond kolkte het speeksel door mijnheer Wehkamps mond wanneer hij zijn vrouw zo bezig zag... Zij mocht dan in geslachtelijk opzicht terughoudend zijn, als kokkin was zij onovertrefbaar!

Mevrouw Wehkamp verbood haar man om met zijn vinger pudding uit de schaal te nemen. Hij moest eraf blijven tot zij haar schort had afgedaan en zij beiden weer tegenover elkaar gezeten waren. De heer Wehkamp deed hier beslist niet lang over! Als pudding eten zijn beroep was geweest, zou hij vast en zeker nooit in de WAO gekomen zijn! Hij had een speciale grote, diepe toetjeslepel, die hij geheel met pudding en room belaadde. Hij *zoog* het heerlijk van zijn lepel de mondholte in en vandaar liet hij de lauw-zoete weelde kloddergewijs de slokdarm in zakken...

Zou het nu kunnen, zo vroeg ik mijzelf af, dat de heer Wehkamp

vooral tijdens het eten van het toetje onnodig slikte?

Ik stelde hem voor dat hij het dubbelslikken tijdens het eten van de hoofdgang en tijdens het consumeren van het dessert apart zou registreren.

En ja hoor!

Alle gesmak en geslik <sup>Heek</sup> tijdens het laatste deel van het diner plaats! <sup>(Ae vanden)</sup>

Wij wisten nu waar het aan lag. En zo werd de heer Wehkamp op het hoogtepunt van zijn viriliteit beter.

Zijn dochter trouwde.

Het was waarschijnlijk toeval geweest, dat hij tijdens het drinken van een bekertje water op mijn kamer zo vaak had moeten slikken.

## DISCUSSIE

Geen discussie!

## SLOT

Jos de Gruyter had een leermeester, die hij tevens als zijn geestelijke vader beschouwde: de schrijver Just Havelaar. Jos had Havelaar opgevolgd als dagbladcriticus.

Op een of andere wijze gingen Jos, Catharina en ik er een tijdlang van uit dat ik op mijn beurt Jos zou opvolgen.

Het was een prachtig idee. Toch wist ik niet hoe ik dit plan met mijn vierjarige Mulo, mijn kleurenblindheid en mijn angsten moest uitvoeren. Op de liefst denkbare manier heeft Jos mijn desertie geaccepteerd. Hij promoveerde mij tot zijn 'jongste en voornaamste adviseur in alle zaken aangaande mijn geestelijk welzijn en letterkundige activiteiten' <sup>9</sup>.

In zijn beschouwingen over de viriliteit zegt Rümke: 'Doch ook op andere, meer smartelijke wijze, wordt dit definitieve doorleefd. Mogelijkheden in de aanleg, die men 'later' dacht te verwerkelijken, zijn niet werkelijk geworden en men weet nu "zo zal het blijven". Zo doorleeft de daarvoor gevoelige in deze jaren ernstige krenkingen van zijn narcisme.'

<sup>9</sup> Brief 28/29 november 1974

Wie weet zijn dit wijze woorden van Rümke, maar mij, zeker gevoelig in dit opzicht, zijn dergelijke gedachten bespaard gebleven.

Ik denk niet: 'Zo zal het blijven', maar: 'Misschien vragen ze me in de aankoopcommissie van Boymans'. Of: 'Als ik nu eens niet een proefschrift schreef, maar een biografie over Jos...' Of: 'Ik schrijf een schitterende roman.' Of: 'Ik richt met Daniël een Algeheel Advies Bureau op.'

Ik droom dus.

Een groot psychotherapeutisch wetenschapsman, zoals een Simon Schagen of een H.R. Wijngaarden, wordt men op deze manier natuurlijk niet.

