



**TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THE-  
RAPIE** Jrg.13 Nr.2 APRIL 1988 Redactie:  
Cees van den Velde, Leen Joelens, Richard  
van Dijke, Cees Hooghuijn, Dirk Oudshorn  
& Ons Aller Alfred de Langen. Omslag:  
Daniël van der Velden, Portret van De  
Hoofd-redacteur. Inhoud: De Hoofdredacteur,  
Ten Geleide. <sup>(1)</sup>Richard Van Dijk, Een  
agorafobische tweeling. <sup>(4)</sup>Cees Hoogduyn, De  
behandeling van een aspect van het  
depressief syndroom: de bestrijding van het  
'ik-heb-altijd-pech-gevoel'. <sup>(16)</sup>Leen Joelen,  
Opponerende lezing Congres psychiatrie in  
werkelijkheid. <sup>(9)</sup>Dick Oudshoorn, Trauma of  
nachtmerrie? <sup>(23)</sup>Dik Oudshoorn, Een ver-  
krampde hand. <sup>(26)</sup>Alfred de Lange, Vergelij-  
kende groepsstudies en PRT, commentaar op  
Emmelkamp. <sup>(31)</sup>Alfred Langen, De combinatie  
van paradoxale en congruente opdrachten  
voor vechtparen. <sup>(44)</sup>Kees van de Velde, As 2

## TEN GELEIDE

Omdat Wij er altijd zo lang over doen, vroegen Wij de heer Hoogduin of hij bereid was dit Nummer namens Ons bij U in te leiden. De heer Hoogduin wees dit verzoek niet van de hand. Wij danken hem daarvoor hartelijk. Hieronder volgt hetgeen hij U te zeggen heeft.

De Hoofdredacteur

## TEN GELEIDE

Om te beginnen heeft de auteur het Ten Geleide goed leesbaar gemaakt dus. De schrijver heeft het erg druk, dus komt de therapeut meteen ter zake. De bijdrage van Van Dyck, Een agorafobische tweeling, behandelt de behandeling van een agorafobische tweeling. Het artikel van Hoogduin, De behandeling van een aspect van het depressief syndroom: de bestrijding van het 'ik-heb-altijd-pech-gevoel'<sup>1</sup>, gaat over een aspect van de depressie, nl. het 'ik-heb-altijd-pech-gevoel' dus. De auteur, een toponderzoeker, beschrijft een hulpmiddel bij de bestrijding van dit gevoel, namelijk een lamp dus. De auteur bespreekt dus niet

<sup>1</sup> Noot van de Hoofdredacteur: Hoort bij de depressie niet meer het 'de-ander-heeft-altijd-pech-met-mij-gevoel'? Of zou de auteur de zg. assertieve depressie op het oog hebben?

de mogelijkheid dat dit hulpmiddel werkt omdat de depressieve patiënt van een beetje licht erg kan opknappen. De auteur schrijft steeds G.v.D., waardoor de lezer denkt dat hij Govert van Duivenvoorde bedoelt, maar hij bedoelt GVD of gvd of gewoon godverdomme. Joele hield een opponerende lezing congres psychiatrie in werkelijkheid. De tekst van zijn voordracht vindt U hieronder onder de titel

Opponerende lezing congres psychiatrie in werkelijkheid. De auteur schreef deze tekst op een top-Atari. Dick Oudshoorn schreef een artikel dat hij Trauma of nachtmerrie noemde, en dat hier dus ook over gaat. Het blijkt dat de jongen van wie wij dachten dat hij misschien in alle opwindning was gaan jokken, helemaal geen hysterische persoonlijkheid heeft, want de opmerkingen van zijn therapeut gaan erin als koek. Het wordt niet duidelijk of een monitoeringsopdracht met zelfkontrole niet tot eenzelfde of zelfs beter resultaat had kunnen leiden. Dit is geen gecontroleerd onderzoek toch.

In Een verkrampde hand van

D.N.Oudshoorn gaat het over het conversieverschijnsel van de hand die verkrampst. Deze verkramping van de hand gaat soms zover dat bijvoorbeeld invetten van sportschoenen onmogelijk is. Alfred Lange levert in *Vergelijkende groepsstudies en PRT, commentaar op Emmelkamp, commentaar op Emmelkamp*. De auteur maakt toponderzoeker Emmelkamp niet uit voor voddenbaal, maar ook niet niet. In *De combinatie van paradoxale en congruente opdrachten voor vechtparen* beschrijft Lange de combinatie van paradoxale en congruente opdrachten bij ruziënde paren. Hoewel deze opdrachten niet volgens een cross-over- design gegeven werden, lijken de opdrachten wel geschikt voor getikte paren wanneer de therapeut niet weet wat zware monitoring is. *As 2 van Van der Velden* gaat over *As II*. Wij dachten dat de antisociale persoonlijkheid wel wat zware monitoring kon gebruiken!

C.A.L.HOOGDUIN

## EEN AGORAFOBISCHE TWEELING

Richard Van Dyck

### Inleiding

Het komt niet vaak voor dat men beide leden van een eeneiige tweeling in behandeling krijgt. Als beiden dan nog aan dezelfde aandoening blijken te lijden, en bovendien uit Belgie afkomstig zijn, is dit op zijn minst opmerkelijk. Deze bijdrage betreft een mannelijke identieke tweeling die wegens agorafobie in behandeling is. Het gaat in dit stuk niet om de therapie; die is niet meer dan de toepassing van bekende principes. De aanleiding om deze gevalsbeschrijving in te sturen is dat zich enkele verschillen in het verloop aftekenen die wellicht de moeite waard zijn om op te bij

stil te staan. Verder wil ik het gebruik van een de SCL-90 bij routinebehandelingen- en niet alleen bij onderzoek--aanbevelen.

Dat beide leden van een monozygotische tweeling aan agorafobie lijden is overigens niet in strijd met met wat bekend is over de genetica van angststoornissen. Marks (1986) vermeldt in zijn overzichtsartikel over dit onderwerp dat het bij dieren zeer goed mogelijk is om de geneigdheid tot het vertonen van angstreactions door gericht fokken te versterken of te verzwakken. Bij mensen is bekend dat de kans op het optreden van paniekstoornis, agorafobie, dwangneurose, alcoholisme of depressie verhoogd is bij bloedverwanten van lijdens aan deze een van deze aandoeningen. Er lijkt sprake te zijn van een soort genetisch cluster dat op verschillende manieren tot uitdrukking kan komen. Dat de overdraging van agorafobische klachten niet tot "modeling" herleid kunnen worden valt o.a. af te leiden uit de bevinding dat monozygotische tweelingen vaker dan dizygotische tweelingen met elkaar overeenstemmen op het punt van deze diagnose. Ook bij gescheiden opvoeding blijft de kans vergroot dat beide leden van een monozygotische tweeling deze aandoening zullen vertonen. Het typische agorafobische angst- en vermijdingsgedrag treedt

volgens Marks (1986) ook op bij bloedverwanten die nog nooit met dit klachtenpatroon geconfronteerd waren en zelfs over het bestaan ervan niet hadden gehoord.

Willem D.

Willem D. nam in juni 87 contact op via mevrouw de Wolff van de Fobieclub. Dit advies was overigens een jaar oud; hij had lang gearzeld of hij het wel zou opvolgen. Een van de redenen tot uitstel was dat hij de laatste zes jaar zijn woonplaats niet meer had verlaten; weliswaar was die slechts op enkele kilometers gelegen, maar het betekende toch een belangrijke stap. Verder was hij, samen met zijn broer, de laatste twee jaar in therapie geweest en had daar naar eigen zeggen geen baat bij gehad.

Bij aanmelding was hij 39 jaar oud en had sinds 13 jaar last van aanvallen van paniek en hartkloppingen en de angst om plots dood te gaan of gek te worden. Open ruimten gaven daar gemakkelijker aanleiding toe dan kleine, kronkelige steegjes. In het donker was het veel moeilijker om de straat op te gaan. Het begin van de klachten had volgens hem te maken met een conflict dat hij toen had met zijn broer over een meisje met wie hij een relatie had. Al eerder waren ze



samen verliefd geweest op dezelfde, maar dit keer leek het iets exclusiefs te worden. Zijn broer had hem voor de keuze gesteld: kiezen voor de vriendin of voor hem. Hij had de vriendin laten vallen, maar kreeg kort daarop de eerste paniekaanval en ontwikkelde in toenemende mate vermijdingsgedrag. Na vijf jaar leverde dit zoveel hinder op dat hij zich op een psychiatrische polikliniek liet behandelen. Deze therapie bestond uit hyperventilatieprovocatie, ademhalingsoefeningen, relaxatie-oefeningen, systematische desensitizatie en RET. Het resultaat van dit alles was matig: hij kwam er niet toe om voor langere tijd de straat op te gaan of andere situaties op te zoeken die hem angst opleverden. Dit was evenmin het geval nadat hij in een inzichtgevende therapie bij een andere psychiater op een OEP werd behandeld. Deze collega koos als strategie de exploratie van de voorgeschiedenis en het bespreken van de overmatige afhankelijkheid van beide broers. Ook dit gaf geen aanleiding tot veranderingen op gedragsniveau.

De voorgeschiedenis is als volgt samen te vatten: voor de tweeling kwam een zus met wie er nooit veel contact is geweest. De beide broers hadden genoeg aan elkaar. Hun ouders vonden het leuk om het tweelingschap te benadrukken:

ze gaven hen voornamen die tot dezelfde initialen leidden en kleedden hen in identieke matrozenpakjes zodat niemand ze uit elkaar kon houden. Toen Willem drie was kreeg hij een ernstige hersenvliesontsteking die bijna fataal was. Hij moest later extra eten om aan te sterken, maar weigerde dat als zijn broer niet meeat. Alle ontdekkingen en exploraties deden ze samen, maar er was wel een zekere rolverdeling: Willem was de "denker" en Wouter de "doener". Wouter was overigens fysiek wat sterker. Na een middelbare schoolopleiding in Gent kwamen ze in Nederland fiscaal recht studeren. Na hun afstuderen ondernamen ze veelvuldige reizen door Afrika en het Midden-Oosten: van agorafobie was toen nog geen sprake. Die begon pas toen ze een gezamenlijk accountantskantoor in Nederland hadden opgezet en nadat er sprake was van onderlinge spanningen vanwege een vriendin. Uiteindelijk kwam Willem toch zover dat hij ging samenwonen met een (nieuwe) vriendin.

Beide ouders waren erg aardig voor de tweeling, maar samen konden ze het niet zo goed vinden. Vader was een voormalige verzetsdeelnemer die erg teruggetrokken leefde. Hij verdiende goed als arbeider in een autofabriek en stopte zonder medeweten van zijn vrouw de tweeling nogal eens wat toe. In de tijd dat de tweeling in Nederland studeerde kwam

het tot een echtscheiding tussen de ouders. Vader kwam uiteindelijk bij Willem en zijn vriendin inwonen. Hij bleek toen al aan een prostaatacarcinoom te lijden en overleed kort voordat Willem opnieuw in therapie kwam.

De behandeling van Willem omvatte totnogtoe de volgende onderdelen:

1. instructies voor exposure in vivo volgens de handleiding van Mathews et al (1981)
2. opfrissen van de relaxatieoefeningen en maken van een ontspanningsbandje
3. antidepressiva (Fevarin 150mg/dag)
4. schrijfp opdrachten gericht op rouwverwerking n.a.v. overlijden van vader.
5. instructies gericht op verbetering van interacties met broer en met vriendin
6. zelfcontrole technieken mbt hypochondere gedachten

Het verloop valt min of meer af te lezen uit de tabel. Hierin zijn de scores voor de verschillende dimensies en de totalen van de SCL-90 op verschillende tijdstippen opgenomen. Als vergelijking zijn ook de gemiddelde scores vermeld van een steekproef uit de bevolking en van patienten bij aanmelding op de Jelgersmapolikliniek (Arrindell &

Ettema, 1986). Bij aanmelding zijn de scores van Willem in vergelijking tot een gemiddelde polipatient hoog wat betreft agorafobie, angst, depressie en ook paranoia. De eerste maand, na intensief oefenen met exposure in vivo gaat het uitstekend. Hij bedenkt zelf dat hetaardig is om zijn oefenverslagen met foto's van zijn tochten te verluchten, en legt op die manier een soort wandelgids van de nabije omgeving aan. In de loop van de derde maand valt hij gedeeltelijk terug: zijn stemming wordt depressief, wat ook in de desbetreffende score terug te vinden is. Een belangrijk element dat niet in de SCL-90 tot uiting komt is zijn sterke neiging tot hypochondrie, die soms tot een grote preoccupatie uitgroeit. Naar aanleiding hiervan worden de antidepressiva voorgeschreven, overigens zonder succes. Er is ook weinig symptoomverbetering gevolgd op de schrijfopdrachten met het oog op rouwverwerking na het overlijden van vader. Het effect van de zelfcontrole-opdrachten moet nog afgewacht worden.

|          | AGO | AN | DEP | SOM | PAR | OBS | SLA | HOS | REST | TOT |
|----------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| normalen | 9   | 15 | 23  | 18  | 26  | 14  | 5   | 8   | 11   | 129 |
| polipat  | 14  | 26 | 41  | 26  | 38  | 21  | 7   | 11  | 17   | 201 |

-----

|         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Wi 13/6 | 28 | 34 | 47 | 22 | 65 | 28 | 10 | 12 | 20 | 266 |
| 20/7    | 16 | 18 | 20 | 17 | 54 | 20 | 5  | 8  | 11 | 169 |
| 14/9    | 18 | 27 | 37 | 21 | 46 | 22 | 7  | 10 | 14 | 202 |
| 12/10   | 19 | 23 | 41 | 20 | 43 | 21 | 7  | 8  | 14 | 196 |

-----

|         |    |    |    |    |    |    |   |   |    |     |
|---------|----|----|----|----|----|----|---|---|----|-----|
| Wo 22/8 | 22 | 25 | 35 | 24 | 37 | 24 | 4 | 8 | 14 | 193 |
| 9/11    | 15 | 25 | 35 | 24 | 37 | 22 | 5 | 8 | 12 | 177 |

-----

AGO=agorafobie; AN=angst; DEP=depressiviteit; SOM=somatische klachten; PAR=paranoidie en  
extrapunitiviteit; OBS=obsessief-compulsieve klachten;  
SLA=slaapstoornissen; HOS=hostiliteit; RES=restcategorie

## Wouter D

Kort nadat Willem in behandeling was vertelde hij dat zijn broer erg geïnteresseerd was in de gang van zaken. Wouter keek regelmatig de handleiding van Willem in, maar voelde er voorlopig niet voor om een afspraak te maken omdat het gezamenlijke bezoek aan de psychiater in de jaren daarvoor het beginpunt was geweest van zijn agorafobische klachten. Uiteindelijk besloot hij toch langs te komen. Hij stond er wel op alleen te komen en wilde, evenals zijn broer trouwens, dat de behandeling concreet op de fobie zou gericht worden en niet op hun onderlinge relatie. Hij bleek een wat opgewektere versie van Willem; dit was het gemakkelijkste mnemotechnische hulpmiddel om ze uit elkaar te houden. Zijn fobie was van veel recentere datum en ook milder. Dit blijkt ook uit zijn scores in de tabel. Tot voor kort was hij in staat gebleven om de externe relaties voor hun gezamenlijke bedrijfje te verzorgen. Sinds zijn broer met zijn vriendin samenwoonde, woonde hij alleen.

De belangrijkste onderdelen van zijn behandeling waren totnogtoe:

1. exposure in vivo volgens de eerder genoemde principes

2. ademhalingsoefeningen

3. instructies voor afleidende gedachten in  
angstsituaties

4. zelfcontroleprocedures om tot een meer geregelde  
dag/nacht structuur te komen.

Dit laatste punt ,een tamelijk chaotische levenswijze  
zonder momenten waarin echt vrije tijd genomen werd, vormde  
de enige complicatie bij zijn behandeling. Hij oefende  
regelmatig en entoesiast en slaagde er inmiddels in flinke  
afstanden op de snelweg af te leggen, vrienden in een andere  
stad op te zoeken en in warenhuizen te winkelen.

bespreking

Deze tweeling illustreert aardig bij sommige agorafobici een  
behandeling met exposure in vivo afdoende is, en bij anderen  
hiermee onvoldoende duurzame verbetering bereikt wordt.

Beiden kregen aanvankelijk dezelfde behandeling aangeboden  
bij dezelfde therapeut. Voor Wouter blijkt dit een adequate  
aanpak die weinig bijstelling behoeft. Aanvankelijk lijkt  
dit voor Willem ook het geval te zijn, maar na een  
depressieve episode lukt het slecht om het tempo er weer in  
te brengen.

Bij deze identiek uitziende broers is ook het contact nogal verschillend. Wouter, de "simpele" agarofobicus, legt zin voor humor aan de dag, komt zijn afspraken vrij goed na en laat blijken dat hij zichzelf verantwoordelijk voelt voor de gang van zaken. Willem, de "complexe" agorafobicus, is als regel klagerig en tobberig. Hij komt zijn afspraken minder goed na: vaak zijn er allerlei omstandigheden geweest die hem het oefenen hebben belet. De hypochondrie vormt in dat opzicht een belangrijke belemmering. Ook de neiging om anderen zoals zijn broer of vriendin verantwoordelijk te stellen voor tegenslagen maakt het niet makkelijker.

Tot op zekere hoogte is in de SCL-90 scores wat terug te vinden van het verschil tussen beiden: Willem scoort in het totaal en op verschillende onderdelen hoger dan zijn broer. Als hulpmiddel bij screening kan ik deze vragenlijst aanbevelen. Het is overigens de hoogste tijd om de broers weer eens een nieuwe SCL-90 te laten invullen.



## REFERENTIES

Arrindell, W.H. & Ettema, J.H.M. (1986) SCL-90; Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Swets & Zeitlinger, Lisse

Mathews, A.M., Gelder, M.G. & Johnston, D.W. (1981) Agoraphobia; Nature and Treatment. Tavistock, London

Marks, I.M. (1986) Genetics of Fear and Anxiety Disorders. The British Journal of Psychiatry, 149, 406-418

De behandeling van een aspect van het depressief syndroom: de bestrijding van het 'ik-heb-altijd-pech-gevoel'.

Kees Hoogduin.

---

Wie verdriet heeft, weent vaak. Wie opgewekt is, lacht vaak. Mensen die verdrietig zijn, bekijken de wereld sombertjes, plezierige dingen worden nauwelijks opgemerkt, de nare, teleurstellende of tegenvallende gebeurtenissen lijken extra aandacht te krijgen.

Omgekeerd valt het op dat de opgewekte mens de tegenvallers overeenkomstig de Oudhollandse zegswijze schijnt op te vatten: sterft zijn gezin uit, het 'na regen komt zonneshijn' ligt hem op de lippen. Rijdt hij zijn auto total loss, met een glimlach vertelt hij wat een geluk hij heeft gehad, "Alleen maar blikshade", zegt hij bijna juichend.

Ze zijn te benijden. "Ik ben een zondagskind!" roepen ze ons tegemoet, ook al kwamen ze doordeweeks ter wereld. Hun flessen zijn altijd halfvol. Halverwege hun vakantie hebben ze nog de helft voor de boeg. Andere, minder opgewekte typen worden nogal eens vermoeid van deze lieden.

Genoeg erover. We keren terug naar de minder bevoordeelden, de ongelukkigen, de depressieven, de pechvogels. In een land vol mist en motregen zijn zij de mensen bij wie steeds de waterleiding bevriest, de bliksem inslaat, of bij wie gewoon nooit iets goed gaat. Ze stralen angst en bezordheid uit. Bekommerd lijken ze zich klaar te maken voor volgende dompers.

Voor deze mensen, die ten gevolge van hun donkergekleurde waarnemingen ernstig gestoord zelfbeeld ontwikkelden, gloort hoop. Bij Philips - in zijn streven meer licht en gezelligheid in het leven

van allen te brengen, ontwikkelden de hooggeschoolde technici ditmaal daartoe de zogenaamde 'Philips Prismatic SL'. Deze ontdekking - we volgen de beschrijving door Philips verstrekt - is bij uitstek geschikt voor die toepassingen waarbij de lamp per dag veel branduren maakt, vanwege het lage energieverbruik en de lange levensduur. De SL heeft enige tijd nodig om zijn volledige lichtopbrengst te bereiken. Vervolgens concluderend: 'Er is beslist meer dan één toepassing waarin u geld zou kunnen besparen met een SL.'

De beschrijving is niet geheel helder, vinden we; gaarne leggen we u de werkwijze van dit verfijnde instrument uit. Wanneer het apparaat ter hand genomen wordt, valt een gelijkenis met een traditionele gloeilamp op: een schroefdraad, een wat platgeslagen bol en ook de Prismatic SL dient in een schroefdraad-fitting gemonteerd te worden. Na deze handeling, kan de schakelaar waarmee de spanning van het lichtnet ingeschakeld wordt, overgehaald worden. De verwachting, dat na het overhalen van de schakelaar de Prismatic SL zijn weinig energie-verbruikende licht zal laten schijnen, is geheel gerechtvaardigd. Helaas, wat blijkt, er gebeurt niets, helemaal geen energie-besparend licht. Er gebeurt gewoon niets. De betrokkene voelt een gevoel van boosheid, teleurstelling, soms ook verdriet opkomen. Hij begrijpt dat deze lamp veel energie zal besparen, maar daar staat dan ook een bescheiden lichtproductie tegenover. Nee, dat kan de bedoeling niet geweest zijn. Hij heeft gewoon weer pech gehad. De kostbare lamp (f. 26,50 voor type SL13) die hij zich aangeschaft heeft, is gewoon kapot. Net op het moment, dat hij aan wanhoop ten prooi valt, doorbreekt plots een lichtend knipperen het duister. Verrassend begint de lichtbron te functioneren en geeft een aangenaam goedkoop kunstlicht.

Om bij medisch-psychiatrische toepassing een maximaal effect te kunnen bereiken van het geluksgevoel dat volgt op de gedachte: "G.v.D. ook die lamp is kapot." dienen naast de Primatic SL ook gewone gloeilampen gebruikt te blijven worden. De lampen die een belangrijke functie vervullen: de lamp in de hal (patiënt treedt binnen, doet het licht aan, G.v.D. lamp kapot, twee seconden later, oh nee, toch niet, wat fijn), de lamp op het toilet (G.v.D. weer in het donker poepen, oh nee, toch niet, wat fijn), de enige lamp op de zolder (patiënt moet iets op zolder pakken, G.v.D. lamp weer kapot, oh nee, toch niet).

Doordat alle andere lampen onmiddellijk aanfloepen en ook regelmatig kapot gaan, krijgt de patiënt enerzijds een symptoomvoorschrijving: allerlei lampen zijn kapot, dit past bij zijn beleving. Vervolgens echter gaan ze aan en maken hem duidelijk dat hij het mis had, om aldus een belangrijke cognitieve herstructurering te weeg te brengen met uiteindelijk een geheel herstel.

Dat Philips deze toepassing afdoet met de mededeling dat ook hierdoor geld bespaart wordt, moet waarschijnlijk geïnterpreteerd worden als een steuntje in de rug van een oud-medewerker die zich in een commissie met gezondheidszorg en de kosten van deze zorg is gaan bezighouden.

Wij begrepen dit, maar vinden het een beetje smakeloos toch.

OPPONERENDE LEZING CONGRES PSYCHIATRIE IN WERKELIJKHEID.

DAMES EN HEREN,

10 minuten is weinig om genuanceerd te reageren op een betoog waarin binnen 20 minuten zoveel wezenlijke zaken aan de orde gesteld worden.

Het is mijn verantwoordelijkheid dat ik binnen dit kader wil reageren. Ik hoop evenwel dat U het een niet te groot bezwaar zult vinden dat op deze manier enerzijds niet volledig recht wordt gedaan aan het betoog van de geachte tegenstander, terwijl anderzijds mijn oppositie een caricatuur wordt van hetgeen in een uitgebreidere reactie te zeggen zou zijn. Ik beperk me vanwege de tijd tot datgene waar ik bezwaren tegen heb in de bijdrage van van Hoorn en zie af van een reactie op datgene waar ik het een beetje of zelfs zeer mee eens ben. Ik heb mijn betoog(je) een titel meegegeven, die tegelijk mijn voornaamste bezwaar tegen zijn visie samenvat:

"DE GEVAARLIJKE GEK"

oftewel

POSTMODERNE ROMANTIEK IS GEVAARLIJK!

De Bezwaren.

De bezwaren hangen met elkaar samen en ik hoop dat deze samenhang in mijn verhaal duidelijk wordt.

1. In het eerste deel van zijn betoog verheft van Hoorn het zelfbeschikkingsrecht tot argumentatief nulpunt. Los van het feit dat de uitdrukking "argumentatief nulpunt" m.i. een contradictio in terminis behelst - wie argumenten wil hanteren is immers per definitie bereid om zijn nulpunt nader te beschouwen, en wijkt daardoor af van die op zich zinsbegoochelende uitgangstelling - moeten er nog andere, wezenlijkere bezwaren genoemd worden.

In een beschaafde samenleving kan geen ongeclausuleerd recht op zelfbeschikking bestaan: een mens leeft altijd, extreme uitzonderingen daargelaten, binnen een sociale context, waardoor hij als entiteit mede bepaald wordt en die in de tijd en met de cultuur wisselende grenzen stelt aan het zelfbeschikkingsrecht. Wie niet onder ogen wil zien dat er grenzen kunnen zijn aan het recht op zelfbeschikking, weigert de sociale dimensie van het verschijnsel mens onder ogen te zien. Miskennis van zelfs de mogelijkheid dat iemand niet in staat kan zijn om over zich zelf te beschikken, of dat de manier waarop mensen over zich zelf beschikken tot onaanvaardbare risico's voor

henzelf of anderen kan leiden, draagt niet bij tot een ruimere acceptatie in de samenleving van die mensen die van Hoorn als gekken typeert.

Wie ontkent dat mensen soms niet over zich zelf kunnen beschikken ontnemt niet alleen deze mensen de mogelijkheid om behoed te worden voor de gevolgen van handelingen waarvoor ze niet verantwoordelijk gesteld kunnen worden, maar ontzegt tevens de samenleving de mogelijkheid om solidair te zijn wanneer die solidariteit helaas met dwang gepaard moet gaan.

Wie zijn kind zonder een hand uit te steken de snelweg op laat lopen verdient het om uit de ouderlijke macht ontzet te worden; moet de volwassene die als gevolg van een psychose zich even gevaarlijk gedraagt als dit kind het slachtoffer worden van een ongeclausuleerd zelfbeschikkingsrecht?

In de praktijk betekent dit dat mensen in extreme omstandigheden niet van hun recht op zelfbeschikking kunnen profiteren, doch er aan opgehangen worden: "you can die with your rights on!"

De stelling dat zelfbeschikkingsrecht ongeclausuleerd behoort te zijn belemmert de discussie die juist nodig is voor de maatschappelijke acceptatie ervan en bevordert op gevaarlijke wijze de vooroordelen die bestaan in de samenleving t.a.v. het gevaar dat het zelfbeschikkingsrecht van mensen met psychische stoornissen met zich mee zou kunnen brengen.

## 2. Dit brengt mij op het tweede bezwaar.

Ik denk dat het gebruik van dwang soms een **morele verplichting** is. Van Hoorn bespreekt dwang ten onrechte uitsluitend binnen een juridisch kader: straf of preventieve hechtenis. Dat is een ontoelaatbare simplificatie, omdat er een groot en niet moeilijk te herkennen verschil bestaat tussen, -b.v.-, enerzijds het opsluiten van iemand omdat hij verdacht wordt van verkrachting, en anderzijds het niet met weekend laten gaan- en desnoods opsluiten- van iemand, omdat er een gegrond vermoeden bestaat dat hij als gevolg van b.v. bevelshallucinaties of een toestand van gedaald bewustzijn zelfmoord wil plegen. Van Hoorn doet hier zelf wat hij anderen terecht verwijt, namelijk het verwarren van criminaliteit en psychische stoornis.

## 3. Het derde bezwaar hangt hiermee samen.

De manier waarop Van Hoorn over **gevaar** spreekt maakt het gebruik van het woord gevaar zinledig; hij heeft het nl. over voldongen feiten. De **misdad** moet eerst gepleegd zijn, voordat iemand **gestraft** mag worden. In mijn visie gaat het niet om straf, of uitsluitend bescherming van de maatschappij, maar om maatregelen die getroffen moeten worden wanneer een redelijk vermoeden bestaat dat risicovol gedrag voortvloeit uit een psychische stoornis en tot een fatale afloop voor wie dan ook zou kunnen leiden. Het draagt niet bij tot lotsverbetering van de "gekken" wanneer dat vermoeden alleen tot stand mag komen nadat een delict

gepleegd is en maatregelen dus het karakter verkrijgen van straf, van " leedtoevoeging"! Van Hoorn die mogelijk terechte vraagtekens zet bij een veronderstelde psychiatrisering van de criminaliteit, lijkt zich merkwaardigerwijs minder te bekommeren om een criminalisering van de gekte!

Ik realiseer mij het gevaar dat gek een synoniem geacht wordt van gevaarlijk, en ik besef dat dat zeer negatief is; het lijkt me evenwel ook niet juist dat de bij sommigen evidente gevaarlijkheid niet onderkend mag worden, omdat de groep psychisch gestoorde mensen gemiddeld niet gevaarlijker, of zelfs minder gevaarlijk is dan de gemiddelde nederlander. Hier wreekt zich het generaliserende gebruik van het begrip gekte.

4. Dames en Heren, mijn laatste bezwaar is tevens het meest fundamentele. De visie van Van Hoorn op psychische problemen is **utopistisch en romantisch**; hij lijkt niet te willen aanvaarden dat problemen het gevolg kunnen zijn van stoornissen en/of defecten en vreest dat wetenschappelijke reflectie de mens reduceert tot een machine of een dier. Hoewel de maatschappij die in Brave New World geschilderd wordt ook voor mij een schrikbeeld vormt, en ik me soms meer aangetrokken voel tot de animistische verklaring voor het ontstaan van bliksem en donder dan tot de meteorologische, ben ik toch wel blij dat de laatste visie tot de uitvinding van de bliksemafleider heeft geleid. In zijn op zich te waarderen beduchtheid voor de mogelijke déhumaniserende effecten van wetenschappelijke analyse van het menselijk gedrag romantiseert hij de positie van de mensen met psychische problemen en degradeert hij de psychiatrie tot een instrument van onderdrukking in de handen van de perfide machthebbers. Hij ontkent daarmee ten onrechte de emanciperende effecten van de psychiatrie juist voor de groep van mensen die vroeger en nu, al of niet op basis van "gevaar" uit de maatschappij gestoten werden. Ik wil dat met een kort voorbeeld toelichten. Ongeveer 150 jaar geleden bestond er in Amerika één diagnose waaronder mensen in een APZ konden komen : Insanity , krankzinnigheid; daaronder vielen mensen met epileptische aanvallen, zwakzinnigen, misdadigers, prostituees, wulpse dienstmeisjes, demente bejaarden, en iedereen die niet aanvaardbaar was in de maatschappij van die dagen, en van wie bovendien werd vermoed dat zijn conditie een gevolg kon zijn van die niet nader gespecificeerde insanity.

Van Hoorn lijkt naar deze tijd terug te gaan, wanneer hij de zeer heterogene groep mensen die al of niet onder dwang met de psychiatrie te maken krijgen, onderscheidt in twee hoofdcategorieën, de gevaarlijke gek en de tevreden gek. Dat lijkt inderdaad een beetje op een ouderwets gesticht met een open en een gesloten afdeling en een mannen- en een vrouwenkant! Over de psychiatrie wordt gesproken of het een soort transculturele en transtemporele samenzwering betreft; de werkelijkheid voor mij is dat zich door de eeuwen heen verbeteringen in het lot van mensen met psychische dysfuncties hebben voorgedaan, omdat andere mensen, meestal niet de machtelozen die van Hoorn samenvat onder de weinig

accurate titel "gekken", zich het lot van die machtelozen hebben aangetrokken, Van Pinel tot Schroeder van der Kolk en van Freud tot Lucas Lindeboom. Dat was alleen mogelijk omdat deze mensen bereid waren om de ellende van de hulpelozen, uiteraard binnen de beperkingen van hun tijd, zonder romantisch vooroordeel onder ogen te zien, bereid om de nood te lenigen, maar ook bereid om er de oorzaken van te onderzoeken. Het onbarmhartige licht waar van Hoorn het over heeft is het licht van de inderdaad soms ontmaskerende rede; hij vreest de démythologisering van de "gek" en in zijn bezorgdheid voor de verkrachting van het subjectieve beleven bagatelliseert hij de mogelijke positieve effecten van de wetenschappelijke mensbeschouwing.

Doet het onrecht aan de mens wanneer een niet te verdragen toestand van angst en somberheid in twee weken met een antidepressief middel bestreden kan worden? Is het ontluisterend wanneer iemand deze behandeling alleen heeft kunnen ondergaan nadat hij onder dwang is opgenomen?

Alleen zonder romantisch vooroordeel kan recht gedaan worden aan het feit dat mensen ook in hun dysfunctioneren uniek zijn en recht hebben op een gedifferentieerd oordeel over hun toestand. De voortdurend noodzakelijke maatschappelijke discussie over het recht op zelfbeschikking en autonomie wordt niet bevorderd door de ontkenning van het feit dat er te bestrijden toestanden bestaan waardoor iemand dat recht niet tot gelding kan of mag brengen. Het feit dat gevaar vele inhouden kan hebben en gelukkig lang niet altijd leidt tot het werkelijkheid worden van datgene waarvoor men had gevreesd, betekent niet dat gevaar niet onderkend mag worden en dat op basis daarvan geen maatregelen genomen moeten worden. Het recht op zelfbeschikking kan alleen tot gelding gebracht worden in een samenleving die beschaafd en dus solidair genoeg is om er geen heilige koe van te maken. De gedachte dat handen door het wassen in onschuld schoon gehouden kunnen worden vooronderstelt de afwezigheid van vuil. Dat is een Utopia waar ik mij niet thuis in voel.

L.J.Joele. 28-1-88.



## TRAUMA OF NACHTMERRIE?

In TDT 13,1 (1988) zijn twee jongens beschreven die seksueel zijn misbruikt, Charl door een barkeeper en Sjoerd door een dame in bikini in tent. Charls relaas is inmiddels aan het Dth aangeboden. Hier komt het vervolg van Sjoerds geschiedenis.

Op 3 Juli 1987 is het laatste gesprek van de eerste behandelronde geweest (zie de beschrijving in TDT 13,1) en is een behandelpauze van een half jaar afgesproken. Zodoende is Sjoerd half januari 1988 met zijn ouders opnieuw verschenen. Dan blijkt dat hij het afgelopen half jaar sporadisch, dat wil zeggen ongeveer éénmaal per maand, als hij moe is boven zijn huiswerk in te dommelen en dan in een 'slaapfase' te geraken. Hetzelfde gebeurt ook wel eens kort nadat hij in zijn bed in slaap is gevallen. Hij pleegt dan nerveus te praten over wiskundesommen, waar hij moeite mee heeft, of over alledaagse zaken. Hij regredieert daarbij, in tegenstelling tot vroeger, niet. Hij is zich gedeeltelijk van zijn toestand bewust en kan het zich ook achteraf vagelijk herinneren. In zo'n gedissocieerde toestand verzet hij zich tegen aanwijzingen van zijn ouders, terwijl hij er snel uit komt als hij zelfstandig terugtelt. Hij vraagt nog enige behandeling om hier helemaal vanaf te komen.

Wat school betreft haalt hij weliswaar goede cijfers maar klaagt hij over het hoge tempo. Bij doorvragen blijkt hij erg gespannen en faalangstig te zijn. Bij het huiswerk dwalen zijn gedachten af. Ook hiervoor vraagt hij therapie.

Voor elk probleem wordt één zitting afgesproken en op zijn verzoek zullen de schoolproblemen het eerst aan de orde komen.

### Behandeling van de schoolfaalangst.

- Aan een schrijftafel gezeten krijgt hij een progressieve ontspanningsoefening volgens Jacobson. Hij ontspant zich goed.
- Als tweede stap wordt een goede tijdsindeling voor het huiswerk of voor een proefwerk doorgesproken.
- Als derde krijgt hij concrete aanwijzingen om zich goed te kunnen concentreren.
- Vervolgens wordt zijn mentale houding onder de loupe genomen. Hij pleegt namelijk bij moeilijke taken zoals Franse of Duitse grammatica en wiskunde een negatief gekleurde inter<sup>n</sup>e dialoog te voeren. Hij krijgt suggesties om in plaats van die negatieve gedachten ("Dat krijg ik nooit voor elkaar";

-2-

wat ben ik een stommeling") positieve dingen te denken ("Als ik mijn hoofd er goed bij houd weet ik zeker dat ik er een voldoende voor kan halen"). - Zo bezig zijnde blijft hij goed ontspannen maar gaat hij zich een beetje slaperig voelen. Hij krijgt de suggestie dat hij de temperatuur van zijn handrug kan verlagen door er sterk aan te denken en dan zal hij zich weer helemaal fris gaan voelen. Sjoerd oefent even en zegt dat het goed lukt. De huidskleur lijkt inderdaad iets lichter te worden.

Na vier weken rapporteert hij het volgende:

Hij heeft geen schoolfaalangst meer gehad en heeft ook voor wiskunde aardige cijfers gehaald. Hij kan zich nu goed concentreren.

#### Behandeling van de 'slaapfasen'

Naar analogie van een zelfhypnoseoefening voor bedplassers ("Zolang ik slaap blijft mijn blaas potdicht, en als ik moet plassen word ik wakker en ga ik direct naar de wc"), spreken we een oefening door waarbij hij zich 's avonds in bed met behulp van de oogrol in hypnose brengt en vervolgens tot zich zelf zegt: "Ik wil straks geen slaapfase krijgen, en als die tóch komt merk ik dat direct en kom ik er in tien tellen weer uit." Als hij deze oefening veertien dagen achtereen heeft gedaan is dat voldoende; 'dan zit het in je programma'.

Na drie weken vermeldt hij het volgende:

- a) Het gaat op school en met het huiswerk nog steeds prima;
- b) hij heeft de oefening voor het slapen uitgevoerd en is zelf zeer tevreden met het resultaat: hij heeft driemaal een slaapfase gehad die hij direct in de gaten had en die hij in enkele minuten wist te beëindigen.

Gedachtig aan de discussie binnen onze edele TDT-vriendenkring diep ik de anamnese in de resterende tijd van dit uur nogeens goed uit. Het gaat me daarbij om twee vragen: 1) Was het trauma echt of niet? 2) Wat was er eerder die zg. slaapfasen of het trauma?.

Welnu, Hij is er pertinent over dat het echt gebeurd is en kan me realistische details geven. Hij acht het uitgesloten dat het in een droom zou zijn voorgevallen. Zijn reactie is voor mij overtuigend.

De 'slaapfasen' zijn op zijn tiende jaar begonnen met nachtmerries. Zijn ouders probeerden hem daaruit te wekken maar dan kwam hij in zulke slaapfasen terecht. Na het gebeurde met die vrouw zijn deze toestanden

-3-

wel veel vaker opgetreden en zijn ze ook veel hardnekkiger en langduriger geworden. Dat hij zich daarbij als een klein kind gedroeg was voordien ook nooit voorgevallen.

Hij vraagt me hem voorlopig nog eenmaal per drie maanden een afspraak te geven omdat hij er veel aan heeft.

#### Discussie

Sjoerd is ongetwijfeld een zeer suggestibel jongmens. Dit maakt hem kwetsbaar als het om nare ervaringen gaat maar maakt hem anderzijds ook uitermate ontvankelijk voor therapeutische suggesties.

Toch heeft hij niet die typische kenmerken van de hysterische persoonlijkheid, welke een argeloze leven misschien zou vermoeden.

Het gebruik van een hypnotische techniek is bij hem op de keper beschouwd overbodig: de werkrelatie is goed, de motivatie optimaal en de opmerkingen van de therapeut gaan erin als koek.

De twijfel over de historiciteit van de onaangename ontmoeting met de dame in de tent is bij de schrijver weggenomen. Overigens heeft deze twijfel de behandeling niet beïnvloed en zijn kritische vragen pas gesteld toen de auteur er zich opnieuw van had kunnen overtuigen dat die geschiedenis niet langer actueel was in Sjoerds gevoelsleven.

Dick N. Oudshoorn, April 1988

## EEN VERKRAMPTE HAND

Dick. N. Oudshoorn

Onze geliefde CAL heeft aan zijn indrukwekkende reeks publicaties er onlangs een toegevoegd getiteld 'Een bijzonder conversieverschijnsel: een tot vuist verkrampde hand' (Hoogduin, 1988). In 1986 heb ik een jongeman voor een verkrampde hand behandeld en derhalve leek het me aardig zijn ziektegeschiedenis weer te geven.

Sjors is bij aanmelding vijftien jaar oud en zit op de MAVO. Hij is verwezen door de kinderneuroloog met een extensiespasme van de vingers van de rechterhand met de duim in oppositie geklemd tegen de handpalm en wijsvinger. Deze spasme is noch actief noch passief op te heffen. Het gevoel in de hand is verminderd. Deze spasme bestaat sinds hij tien dagen eerder op gymnastiekles uit de ringen is gevallen. Uitvoerig neurologisch onderzoek heeft geen pyramidale of andere neurologische stoornissen aan het licht gebracht en de voorlopige conclusie van de verwijzer luidt dan ook: conversie. Anderhalf jaar eerder heeft hij met trommelen in de drumband eenzelfde verkramping opgelopen die op een gegeven moment spontaan weer is overgegaan. Andere recente klachten zijn: collaberen en tintelingen. Als hij is flauwgevallen is zijn ademhaling opvallend snel. Aanwijzingen voor epilepsie worden niet gevonden zodat het op hyperventileren lijkt de wijzen.

In het eerste gesprek met de jongen en zijn moeder worden geen problemen aangegeven maar zeggen ze alle twee wel te willen aanvaarden dat er geen lichamelijke oorzaak is gevonden zodat 'onbewuste problemen' dus op de een of andere manier een rol moeten spelen. In een volgend gesprek met Sjors alleen komen zijn problemen echter vlot naar voren: hij wordt sinds anderhalf jaar op school getreiterd en getiranniseerd door een aantal medescholieren. Op een gegeven moment hebben ze zelfs een brandende peuk in zijn nek gedrukt! Hij heeft deze problemen aan niemand verteld, ook niet aan zijn ouders. Een jaar geleden heeft hij zijn vader weleens gezegd dat hij van die school afwilde omdat hij zo gepest werd, maar daar had zijn vader toen geen aandacht aan geschonken. Sjors had er de conclusie uit getrokken dat het geen zin heeft met zulke problemen bij je ouders aan te komen.


Wat het gezin betreft: vader werkt als baggeraar buitenslands (waar hij ten tijde van de aanmelding ook vertoeft) en komt ongeveer viermaal per jaar voor verlof thuis. Moeder is huisvrouw en Sjors heeft nog een jongere broer. Vroeger heeft het gezin jarenlang in tropische landen gewoond, maar

in verband met de schoolopleiding van de jongens is dat nu niet meer mogelijk.

Verloop van de behandeling

Een goede therapeutische relatie kan vlot worden opgebouwd. Hierdoor is het mogelijk met Sjors 'gezonde verstand' (sive observerende ego) te zoeken naar factoren die een rol kunnen spelen. Hij kan meer vertellen over de aanleidingen voor dat pesten: ze vinden dat hij stinkt (het gezin eet namelijk knoflook en dat is in zijn dorp niet gebruikelijk), en hij wordt uitgescholden voor 'bolle' (hij is nogal gezet). Zijn verhalen over de tropen worden niet geloofd. Omdat het pesten tot **mishandeling** gaat leiden krijgt hij de raad er met zijn moeder over te praten. Daarop belt ze de therapeut verontrust op en vraagt ze raad. Ze krijgt het advies van de directeur maatregelen te verlangen, zoals de ouders en hun ouders duidelijk te maken dat dit niet getolereerd kan worden. Vader komt vervolgens vervroegd terug en neemt ook contact met de therapeut op. Als de directeur in een gesprek met Sjors' ouders laks reageert wordt geadviseerd de onderwijsinspectie in te schakelen. Die gaat er achterheen, waarop de directeur bakzeil haalt. Sjors wil desondanks naar een andere school en wordt overgeplaatst. Zo treedt de auteur op als er van duidelijke mishandeling sprake is.

Wat het gymnastiekongeval betreft: het was een wedstrijd wie het langst in de ringen kon hangen. Tenslotte viel hij op zijn **knieën** en huilde van de pijn, waarop hij werd uitgelachen. Zijn rechterhand bleef in een krampstand staan. Hij schaamde zich toen; hij kan zich wel voorstellen dat dat pesten en zijn schaamte iets met zijn klachten te maken hebben. Hij vraagt hoe ik het wil behandelen. Hij accepteert het voorstel met **hypnose** te gaan werken nadat de nodige uitleg is gegeven over wat dat wèl en vooral wat dat níet is. Suggestibiliteitsproefjes en de HIP (Spiegel<sup>2</sup>, 1981) geven een hoge score.

Het verdere verloop van de behandeling zal ik nu heel summier weergeven.  Aanvankelijk gelukt het probleemloos de kramp in hypnose op te heffen. Er zijn dan putjes in duimtop en wijsvinger waarneembaar. Dan komt deze klacht op onverwachte momenten, maar bij voorkeur op maandagochtenden terug of krijgt hij pijnklachten in de knieën en kan hij ze niet meer buigen (hij loopt dan letterlijk stokstijf). Pogingen om met behulp van hypnose meer inzicht in de achtergronden te krijgen ketsten af. Hij komt zelfs niet meer in hypnotische toestand (vgl. Van Dyck, 1987). Omdat het beeld steeds bonter wordt besluit de auteur tot opname om Sjors' doen en laten nauw-

keuriger te kunnen observeren en om omgevingsbekrachtiging en voordeeltjes uit te schakelen. De therapeutische relatie is in die fase vergelijkbaar met een kat-en-muisspel. De therapeut heeft geduld en wacht tot het geduld van Sjors taant. Dan krijgt de jongeman inderdaad behoefte er iets van te begrijpen en iets aan te doen. Hypnose gelukt weer prima. Hij kan de verkrampde vingers onspannen en de stijve knieën ook. De therapeut is hier geenszins mee tevreden en vraagt Sjors in hypnose deze klachten weer terug te krijgen, wat uitstekend lukt. Sjors kan geen problemen aangeven zodat de therapeut hem aanraadt aan zijn hand en (later) aan zijn knie te vragen waarom deze op slot schiet. De jongen doet dit en krijgt dan als 'antwoord' dat hij zich in zijn woonplaats ongelukkig voelt en terugverlangt naar het verloren paradijs in Afrika. De klachten zeggen dat hij het liefste weer naar die tijd en die landen terug wil, maar hij weet dat dat niet kan. Even gemakkelijk als de conversie was op te wekken is deze weer op te heffen. Hij vindt zelf dat hij zijn klachten en problemen nu veel beter begrijpt en kan er met zijn ouders goed over praten. Hij wordt ontslagen en wordt poliklinisch vervolgd. Af en toe recidiveren de klachten, b.v. als een vriendinnetje het uitmaakt en -van meer betekenis- als hij er tegenop ziet naar school te gaan. Het komt voor dat hij opbelt, daartoe geprest door zijn moeder, omdat zijn benen weer stokstijf zijn. Hij wil dan zelfs over de telefoon wel snel inzien dat hij eigenlijk geen heil ziet in naar school gaan. De auteur legt hem uit waarom het wèl zin heeft en dat een geplande vakantiereis naar zijn vader in gevaar komt als de klachten nog zo vaak terugkeren. Zo'n gesprekje leidt er op wonderbaarlijke wijze toe dat Sjors binnen één minuut weer normaal kan lopen. De auteur moet zeer alert blijven om **ziektewinst** tegen te gaan, bv. als de huisarts wordt ontboden en deze Sjors aanraadt dan maar niet naar school te gaan en als een vakantie wordt vervroegd zodat deze buiten de schoolvakantie valt. Tenslotte blijven de klachten echt weg. Men zou haast denken dat die jongen maar in de 'gezondheid is gevluht' om van de therapeut af te zijn, hoe het ook zij nadien zijn er in het verloop van twee jaar geen recidieven meer opgetreden.

### Discussie

- Ik ben het met Hoogduin (1988) eens dat een spastische conversieverlamming veel zeldzamer is dan een slappe. De neuroloog dacht dan ook aanvankelijk aan een hemisyndroom en heeft er terecht heel wat diagnostiek op losgelaten. De ouders en Sjors zelf zijn hierdoor effectief gerustgesteld.

- Hoewel jeugdpsychiatrie in complexiteit niet onderdoet voor psychiatrie van volwassenen, is een voordeel in ieder geval dat men syndromen over het algemeen in een vroeg stadium te behandelen krijgt zodat er sneller zicht is te verkrijgen op de relevante causale factoren en er relatief minder hardnekkige bekrachtigingspatronen zijn ontstaan, laat staan dat een situatie is bereikt die als een 'way of life' is te karakteriseren.

- De patiënte van Kees Hoogduin (1988) is een duidelijk voorbeeld van een chronisch en uitgebreid klachtenpatroon, en het komt me niet onbekend voor dat die dame één klacht kon opgeven daar zij daar ongetwijfeld veel leed van had, doch haar somatisatiestoornis voor het overige als een gegeven wenste te beschouwen waaraan niet te tornen viel.

- Bij Sjors is hypnose gebruikt als suggestieve methode om symptomen te beïnvloeden, alsmede om het gevoel van eigenwaarde en zelfbeheersing te vergroten, maar ook om probleemgebieden te exploreren.

Deze gevalsbeschrijving bevestigt wat Van Dyck (1987) opmerkt dat variabelen als motivatie voor therapie, ziektewinst en de therapeutische relatie van even groot of groter belang zijn dan de hypnotiseerbaarheid van een patiënt op zichzelf. Als trouwens de hypnosetests worden afgenomen in een fase van onvoldoende medewerking komt foutievelijk een te lage score uit de bus.

- Een andere opmerking van Van Dyck (1987) lijkt ook bevestiging in deze casus te vinden nl. dat de waarde van een explorerende benadering waarschijnlijk vooral ligt in het feit dat voorzien wordt in de behoefte aan een welomschreven 'oorzaak'. Dat hiertoe een 'dialog' met de op slot zittende hand en de verstokte knie werd gevoerd is wellicht een originele manier om de weerstand te omzeilen. Wat uit de bus kwam was voor de therapeut niet bepaald opzienbarend maar was voor de jongen en voor zijn ouders een volstrekt aannemelijke en voldoende verklaring. Overigens zijn ook wel degelijk reële stressbronnen in de anamnese en in de actualiteit opgespoord, maar dat is goeddeels zonder hypnose geschied.

- Het slot van CAL's artikel (Hoogduin,1988) vond ik ontroerend goed getroffen. Ook deze Sjors is een sneue jongen die weinig voorstelt, middelmatig zonder opvallende talenten. In Afrika stelde hij wèl wat voor maar zelfs de herinneringen aan die rijkdom werden hem door zijn leeftijdgenoten niet gegund. Het beeld van die spreekw en die blik in de ogen herkende ik -achteraf- direct bij Sjors. Bepaald verontrustend vond ik zijn opgewekte en hartelijke toon over de telefoon toen ik hem onlangs nog eens opbelde. Hij was namelijk zojuist verlost van een gipskorset wegens

multiple wervelfracturen na een val in het ruim van een schip op een werf waar hij stage liep. Ik interpreteer het niet als masochisme, zichzelf met genoeg leed berokkenen e.d. maar als iets bijzonders te zijn als jou een ongeluk is overkomen. Ik maak me dan ook nu al zorgen over zijn prognose.

#### Referenties

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

Hoogduin, C.A.L. (1988), Een bijzonder conversieverschijnsel: een tot vuist verkrampte hand. Directieve Therapie 8,1, 45-52

Spiegel, H. & D. Spiegel (1981, Therapie en Trance Stafleu Alphen a.d. Rijn/Brussel.



## Vergelijkende groepsstudies en PRT, commentaar op Emmelkamp

Alfred Lange

In het komende nummer van Dth zal een bijdrage van Paul verschijnen waarin hij verslag doet van een vergelijkend onderzoek van het soort waarop hij een patent bezit. Deze keer gaat het om cliënten met relatieproblemen. Daarop worden twee gestandaardiseerde behandelingspakketten losgelaten. De ene helft wordt geacht op te knappen met behulp van feedback over hun verkeerde manier van denken. De andere helft krijgt training in communicatieve vaardigheden. Dit alles wordt gelardeerd met een indrukwekkend arsenaal aan metingen. Onze hoofdredacteur die mij als een expert beschouwt op het gebied van relatiegezever vroeg mij om op dit werk een commentaar te schrijven. Aangezien ik hem weinig kan weigeren, en omdat het me ook niet onbelangrijk leek, heb ik toegestemd. Gelukkig heeft hij mij er wel flink bij geholpen. Daarvoor mijn hartelijke dank.

Aangezien onderzoek als dat van Paul voor de carrière niet slecht schijnt te zijn en omdat tegenwoordig de carriereplanning een vast agendapunt voor de TDT bijeenkomsten is, heb ik besloten mijn commentaar alvast in ons orgaan te publiceren, waarvan hieronder het resultaat.

### Inleiding

De heer Been meldt zich en zijn vrouw aan voor relatietherapie. Ze maken veel ruzie, hebben nauwelijks seksueel contact, kunnen niet goed met elkaar praten, etc. In het derde gesprek blijkt dat zijn vrouw een nogal akelige jeugd heeft gehad met een incestueus verleden dat haar nog steeds parten speelt; niet alleen met betrekking tot de seksualiteit. De behandeling duurt vrij lang: 25 zittingen. Eerst wordt getracht het verleden zo goed mogelijk te verwerken, pas daarna komt de interactie tussen de partners centraal te staan. Daarbij worden registratie-opdrachten gegeven, feedback over de manier van praten, en instructies

voor afspraken om anders met elkaar om te gaan. Hoewel iedereen van goede wille is verloopt de behandeling niet vlot. Er komt nu flink wat machtsstrijd naar voren. Daarin verandert pas iets na een emotionele zitting waarin de therapeut de echtgenoot confronteert met een al te destructieve houding.

Een aantal van de elementen in deze behandeling zouden waarschijnlijk hebben gepast in de twee behandelingscondities die door Emmelkamp et al. in dit nummer van Dth zijn beschreven. Er zijn gedragsinterventies geweest die waarschijnlijk zijn te rangschikken onder de omschrijving die Emmelkamp et al. daaraan geven. Datzelfde geldt voor een aantal van de 'meer cognitieve interventies'. De meeste interventies bevatten overigens een combinatie van beide. Het is de vraag of de ruime aandacht voor de incestueuze ervaringen die mevrouw Been in haar jeugd had gehad, en die waarschijnlijk hadden bijgedragen aan haar afkeer van seks en aan haar gevoelens van minderwaardigheid, in het behandelingsprotocol van Emmelkamp et al. ook een plaats zou hebben gekregen.

Het ligt in mijn bedoeling om hieronder negen andere gevallen, waarbij relatieproblemen de klacht was, kort te presenteren. De tien gevallen zullen gezamenlijk als uitgangspunt dienen voor enkele bespiegelingen over vergelijkend groepsonderzoek over PRT zoals hier door Emmelkamp et al. is beschreven. Daarbij zal het onder meer gaan om de volgende vragen:

- Is de diagnose 'severely distressed' of 'relatieproblemen' wel dusdanig duidelijk en afgebakend dat een standaardpakket zinvol kan zijn?

- In hoeverre zijn cognitieve en gedragsinterventies zinvol van elkaar te onderscheiden, en is dat hier gebeurd?

### **De andere gevallen**

De heer en mevrouw Borst melden zich eveneens aan voor relatietherapie. Zij hebben al wat therapieën achter de rug. Zoals zo vaak, blijkt de vrees om door de ander gedomineerd te worden een belangrijke rol te spelen. Meneer heeft een eigen zaak en vindt dat zijn vrouw hem daar te weinig bij helpt. Zij werkt in een winkel en doet s'avonds allerlei cursussen. Zij heeft dus weinig tijd. Maar als hij daarom vraagt dan wil zij hem - zo mogelijk - best bijstaan. Daar zit hem echter de kneep: meneer wil het niet vragen. Zijn vrouw moet dat zelf

bedenken. Een mooi moment voor een relatietherapeut. Hier kan hij nuttige feedback geven. En jawel, meneer is bereid voortaan zijn vrouw te waarschuwen als hij denkt haar assistentie nodig te hebben. Toch verloopt de therapie van 14 zittingen - ondanks de combinatie van 'cognitieve' en 'communicatieve interventies' - niet vlekkeloos. Het grootste probleem is dat meneer wel toezegt zijn vrouw te vragen hem af en toe te helpen, maar het eigenlijk zat is. Hij vindt zijn vrouw en het huwelijk al tijden lang niet zo leuk meer. Vanwege de kinderen en de financiën wil hij er niet mee ophouden, maar om zich nu in te gaan zetten om met behulp van allerlei moeilijke oefeningen veranderingen aan te brengen in zijn gedachten en gedrag..... Hij moet er niet aan denken.

Meneer Geels is een heftige, dominante, veel pratende man. Hij noemt zichzelf een leeuw. De conflicten met zijn subassertieve vrouw zijn hevig en leiden steeds tot de uitspraak dat hij niet meer om haar geeft. Dat lijkt echter wel mee te vallen. Minder gemakkelijk is het om hun patroon te wijzigen. Dat wordt gekenmerkt door cycli: meneer is zo dominant en van de tongriem gesneden dat mevrouw haar onvredes zelden naar voren brengt, maar hem wel op allerlei punten saboteert en dwarszit, en naar verloop van tijd - als háár en zín frustraties ver genoeg zijn opgelopen - in opstand komt. Dat geeft dan sterk escalerende conflicten. Na zo'n uitbarsting is het weer een tijdje rustig, totdat mevrouw genoeg moed heeft verzameld om opnieuw tegen haar man in te gaan. De therapie kent in 12 zittingen nogal wat ups en downs, waarin veel motiveringstechnieken, uitleg, feedback, en huiswerk voorkomt. Zo werd bijvoorbeeld besloten om de subassertiviteit van mevrouw tot hoofdthema te maken. Zij zou haar onvrede gaan registreren en regelmatig uiten, terwijl meneer door zou gaan met dominant te wezen; een combinatie van een congruente en een paradoxale aanpak op voor de hand liggende gronden (Lange, 1987, hoofdstuk 4).

Meneer en mevrouw Voet hebben zich weliswaar aangemeld voor relatietherapie, maar in het eerste deel van de behandeling staat mevrouw centraal. Ze voelt zich inferieur aan haar man (geslaagde carrière), maar ook aan bijna alle andere mensen in haar omgeving. Negatieve opmerkingen verdraagt zij slecht, maar op complimenten reageert zij ook niet positief. Zij gaat dan uitleggen waarom er niks van klopt en zij toch waardeloos is. Zij vindt zichzelf veel te driftmatig, met weinig zelfcontrole en heeft ook last van vreetbuien. Zij is bang dat zij op

haar moeder gaat lijken, die aan haar driftmatigheid ten onder zou zijn gegaan. Seksualiteit ligt ook moeilijk omdat zij dit ziet als een drift die oncontroleerbaar zou kunnen worden. Meneer vindt dit alles natuurlijk niet zo prettig maar lijkt zich in zijn lot te schikken. Van belang is ook dat mevrouw haar man er van beschuldigt dat hij veel te perfect is: Hij is zoals zij zou willen zijn. De behandeling duurt twintig zittingen en is complex met onder andere de volgende elementen: judo-achtig motiveren van mevrouw, niet bekrachtigen van haar zelf-depreciërende opmerkingen, registratie en zelfcontrole t.a.v. de boulimie, indirecte feedback - over de subtiele manier waarop meneer mevrouw onderuit haalt, terwijl hij zegt dat juist niet te willen.

Meneer en mevrouw Tromp melden zich aan voor relatieproblemen. Zij zijn wat ouder. Hun dochter is al getrouwd en het huis uit. In het tweede gesprek blijkt dat de onderlinge problemen vooral komen door rancune en angst bij mevrouw over iets dat twintig jaar geleden is gebeurd. Zij kregen een kind dat na een week stierf en haar man had haar daarbij - volgens haar - op nogal grove wijze in de kou laten staan. Dit komt steeds weer bij haar terug, vooral als het lijkt dat haar man haar niet begrijpt, niet steunt, te heftig is, etc. De man, die zijn best wel wil doen om zijn vrouw terwille te zijn, weet niet hoe hierop te reageren. De behandeling omvat zes zittingen en enkele follow-ups. Een essentieel element is de rouwverwerking door mevrouw. Gedurende enkele weken schrijft zij brieven aan haar man, die zij hem laat lezen. Dit geeft een frappante verbetering in de verhouding. Daarna wordt het echtpaar begeleid om gezamenlijk naar het graf te gaan van het kind, een stille wens van mevrouw. Parallel wordt in deze periode de vrouw geïnstrueerd hoe ze irritaties ten aanzien van haar echtgenoot kan uiten, en met het paar wordt geoefend hoe daarover gesproken kan worden.

Het echtpaar de Hond ondergaat een korte relatietherapie (vier zittingen en drie follow ups). De problemen blijken vooral veroorzaakt te worden door wat al te onrealistische eisen van mevrouw aan meneer. Zij zou willen dat hij meer de verantwoordelijk persoon in huis zou zijn; ietwat paradoxaal. Na het tweede gesprek is feedback op dit punt voldoende aanzet voor een forse verbetering in de verhouding. Mevrouw constateert dat de therapeut gelijk heeft en dat zij haar aspiraties ten aanzien van haar man wat lager zal moeten stellen. Zij kan

dat accepteren. De resterende zittingen worden gebruikt om hen te begeleiden bij het onderhandelen voor enkele praktische gedragscontracten.

Meneer en mevrouw Vis zijn in een crisis. Zij is er enkele weken geleden achter gekomen dat hij haar een jaar geleden ontrouw is geweest. Zij voelt zich vreselijk belazerd maar wil zich er over heen zetten want zij houdt nog van haar man. Wil niet zonder hem leven. Maar hij is het zat. Zijn vrouw is de laatste weken zo tegen hem tekeer gegaan dat hij naar zijn zeggen 'totaal op haar is afgeknapt'. Ze doet hem niks meer. Na drie gesprekken, waarin wordt onderzocht in hoeverre de man toch wil proberen om de verhouding met zijn vrouw te intensiveren, wordt tot een proefscheiding besloten. Drie maanden later wordt deze in een definitieve scheiding omgezet.

Meneer Blauw zit in een lastig parket. Hij is dol op zijn vrouw maar zij belazert hem aan de lopende band. Zij liegt, draait en heeft een vriend. Sinds kort is hij daar zeker van. Bovendien is zij niet aardig voor de kinderen. Het kost meneer moeite om hieruit consequenties te trekken. Dat gebeurt echter wel, na zes zittingen, waarvan de laatste drie met hem alleen. Hij gaat scheiden en de kinderen willen bij hem zijn, hetgeen zo gebeurt.

Meneer en mevrouw Dalmeijer zijn een stel van ongeveer dertig jaar met een klein kind. Sinds kort heeft meneer een verhouding met een vrouw die hij sporadisch ziet. Hij is zeer eerlijk. Het gaat niet alleen om de andere vrouw, maar hij geeft eigenlijk niet zo veel meer om zijn eigen vrouw. Hij staat onverschillig tegenover haar. Zij kan daar niet zo best tegen. Na een proefscheiding proberen ze toch -vanwege het kind - om samen verder te gaan onder begeleiding van de therapeut. De verhouding met de vriendin wordt stopgezet. Binnen een maand blijkt dat het niet haalbaar is. Zij voelt zich steeds verder onzeker worden, en hij krijgt steeds meer afkeer van het 'zijn best doen'. De onderhandelingen over een definitieve scheiding worden met succes bij de therapeut gevoerd.

Het echtpaar De Jong heeft een nogal specifiek probleem waarmee ze de relatietherapie binnen komen. Mevrouw wordt vaak verliefd op andere mannen. De verliefdheid van mevrouw leidt zelden tot daadwerkelijke seksuele contacten. Als dat wel gebeurt wordt het eerlijk opgebiecht. In het verleden hebben zij ook weleens aan partnerruil gedaan. De laatste tijd heeft meneer het toenemend moeilijk met de verliefdheden van zijn vrouw, die breed in

hun gesprekken worden uitgemeten; alles onder het motto van 'eerlijkheid'. Affectief lijkt het ondanks de geestelijke escapades van mevrouw best goed te zitten. Mevrouw snapt zelf ook niet hoe het komt en wil er ook vanaf. De behandeling duurt zes zittingen, verspreid over vijf maanden. De belangrijkste interventies zijn: preciese registratie door mevrouw van momenten van verliefdheid, de aard ervan, wat ze zou willen als het zou mogen en wat ze nu zou willen. De verliefdheden blijken daardoor flink af te nemen in betekenis. Daarnaast wordt afgesproken er niet meer samen over te praten tenzij de verliefdheid in daden dreigt omgezet te worden.

### Bespreking

Hoe verhouden bovenstaande behandelingen zich tot een onderzoeksprotocol als beschreven door Emmelkamp et al.? Dezen hebben het over ernstig verstoorde relaties. Daar zou men alle bovenstaande paren mee kunnen karakteriseren, misschien met uitzondering van het echtpaar de Hond, waar de problemen bij nader inzien wel bleken mee te vallen. De gevallen verschillen echter dermate dat ik niet goed begrijp hoe een standaardprocedure met algemene communicatie-instructies en algemene feedback over 'verkeerde opvattingen' deze mensen zeer zou helpen. Ze verschillen bijvoorbeeld op de volgende dimensies:

*a. De symmetrie van het patroon.* In sommige gevallen ziet men duidelijk een symmetrisch patroon van machtsstrijd, waarbij interactionele interventies, zoals communicatietraining en feedback over interactionele processen, zinvol kunnen zijn: bij Been, Borst, Geels en de Hond. In sommige gevallen is het patroon uitgesproken asymmetrisch: bij Voet, Blauw, en Dalmeijer. Bij de laatstgenoemden komt dat door de scheve affectieve verhouding. Bij Voet komt het doordat mevrouw veel meer individuele problematiek kent dan meneer.

*b. De mate van machtsstrijd.* Bij Been, Borst, Geels en Voet is de machtsstrijd hevig. Bij de Hond is het slechts in geringe mate. De interventies zijn daardoor niet gelijk. Wanneer de machtsstrijd extreem is, zijn sommige congruente interventies minder zinvol dan wanneer men zich minder gedomineerd voelt door de ander (Lange, 1988).

*c. Mate van individuele problematiek.* Bij mevrouw Been (incestueus verleden) en mevrouw Voet (obsessieve gedachten, boulimie) is er meer aan de hand dan de relatieproblemen. In de behandeling was het noodzakelijk om daaraan aandacht te schenken. Het echtpaar Geels vertoonde van beiden kanten nogal wat individuele eigenaardigheden die elkaar versterkten: extreme wijdlopiegheid en dominantie van zijn kant en extreme subassertiviteit van haar kant. Bij mevrouw Tromp had de aandacht voor het verleden geen betrekking op haar gezin van herkomst maar op de rouw over de dood van een kind en de rancune t.a.v. haar man daarover. In al deze gevallen was een deel van de behandeling gericht op de individuele karakteristieken.

*d. Hier en nu versus verleden.* Bij individuele problematiek zal vaak - zoals we net zagen - het verleden in de behandeling aan bod komen. Maar ook 'pure relatieproblemen' kunnen van dien aard zijn dat een behandeling die alleen uitgaat van het 'hier en nu' te mager is. We zagen dat bij de rancune van mevrouw Tromp over de houding van haar man na de dood van hun kind, twintig jaar geleden.

*e. Mate waarin men kan spreken van wederzijds positieve affecten.* Bij de echtparen Been, Geels, Voet, Tromp, de Hond en De Jong is de affectieve basis ondanks de problemen voldoende om een behandelingscontract af te sluiten dat er op is gericht de cliënten dichter bij elkaar te brengen. Voor Vis, Blauw en Dalmeijer geldt dat niet. Al vrij snel blijkt daar dat scheiding voor de hand ligt en waarschijnlijk ook de beste oplossing is. De situatie bij Borst ligt minder duidelijk. Meneer staat weliswaar onverschillig tegenover zijn vrouw maar voor een scheiding voelen zij beiden niet. Richtlijnen om te proberen de status quo zo goed mogelijk te handhaven is het meest haalbare.

*f. Mate van complexiteit en lengte van de behandeling.* Van de behandelingen, die 'goed' afliepen - zowel klinisch gezien als uitgedrukt in een grote vooruitgang op de IPOV (Lange, 1984) - duurden die met de echtparen de Hond, Tromp en De Jong kort. Zo rond de zes zittingen. Het is niet verbazingwekkend dat de inhoud van deze behandelingen ook minder complex was: respectievelijk goed getimed feedback, de juiste timing van rouwverwerking - gevolgd door instructies om beter met elkaar om te gaan - en een 'slimme registratieopdracht' die als een zwaar juk werkte. De drie behandelingen die in een scheiding uitmondten waren

ook kort, tussen de drie en zes zittingen, en niet zo ingewikkeld. De andere vier behandelingen waren ingewikkelder van problematiek, met nogal wat vermenging van individuele en interactionele problematiek. De therapieën waren navenant complexer.

Emmelkamp et al. stellen met betrekking tot hun onderzoek vast, dat het in de praktijk wel niet zo vaak zal voorkomen dat een therapeut een 'uitgeklede therapie' met alleen maar cognitieve of alleen maar communicatieve interventies zal toepassen bij de behandeling van paren. Zij zijn ook bescheiden over de effecten daarvan als zij vaststellen dat in hun studie de impact van de behandeling op huwelijkssatisfactie niet zo groot was. Deze bescheidenheid siert hen. Ik vraag me zelfs af hoe het mogelijk is om met behulp van zo'n strak behandelingsprotocol paren met ernstige relatieproblemen zinvol te behandelen. De hierboven beschreven paren vormen een willekeurige steekproef uit mijn eigen praktijk. Ik wil niet suggereren dat ik ze strict at random heb gekozen, maar ik heb ze zeker ook niet speciaal geselecteerd. Zij vormen een aardige afspiegeling van wat er in de praktijk onder de vlag van relatietherapie kan worden aangemeld. Ik neem aan dat ze allemaal voldoen aan de criteria voor de steekproef van het onderzoek van Emmelkamp et al. Maar het moge duidelijk zijn dat ze daarnaast behoorlijk verschillen en het is niet overdreven om te verwachten dat een aantal van deze verschillen vragen om verschillende behandelingen. Ik moet er niet aan denken dat men het echtpaar Tromp met flink wat kersverse ideeën over constructieve denkbeelden te lijf was gegaan, zonder haar te stimuleren de rouw en rancune te verwerken. Het zou waarschijnlijk niet erg hebben geholpen wanneer het echtpaar De Jong communicatietraining had gekregen of voorlichting over het fenomeen 'jaloezie' en hoe je daar anders tegenaan kunt kijken. Het lijkt me bizar om een echtpaar waar één van de partners ronduit zegt niets voor de ander te voelen terwijl er bovendien een derde in het spel is, alleen maar te bewegen om een aantal communicatieregels in acht te nemen. Het lijkt mij onjuist om een paar waarin één van de partners veel problemen heeft, die niet getraceerd kunnen worden naar de onderlinge verhouding, net zo te behandelen als een paar waarin twee op zich goed functionerende individuen elkaar het leven moeilijk maken. Deze common sense opvatting vindt men bijvoorbeeld helder uiteengezet door Singer Kaplan (1979) in de beschrijving van



haar model voor de behandeling van seksuele dysfuncties. Gestandaardiseerde oefeningen hebben daarin een belangrijke plaats, maar als er 'diepliggende' factoren zijn die vooruitgang belemmeren - bijv. incest - dan wordt het behandelingsprogramma daaraan aangepast. In 'eigen kring' vinden we een vergelijkbare benadering door Van Dyck (1980). In het eclectisch behandelingsmodel dat hij propageert stelt hij een procedure voor om de taxatie van de aangemelde klacht te koppelen aan de *betekenis* die men er aan kan toeschrijven. Daarover kan men hypothesen stellen die oplopen van simpel naar complex. Wanneer een symptoom bijvoorbeeld beschouwd moet worden als onderdeel van een adaptatiestrategie dan zal de behandeling waarschijnlijk anders zijn dan wanneer het symptoom 'alleen maar' een onderdeel is van een sequens.

Gurman et al. (1986, pag. 583) klagen erover dat slechts weinig gecontroleerde studies op het gebied van PRT zelfs maar de schijn ophouden van enige gelijkens tot wat er in werkelijkheid gebeurt. Bovendien zijn zij niet kapot van de relevantie der metingen, die in dit soort studies over het algemeen worden gebruikt. Zij bevinden zich daarbij in het goede gezelschap van o.a. Jacobson die in een meta-analyse aantoont dat het vergelijkend onderzoek over relatietherapieën eigenlijk niet zoveel oplevert (Jacobson et al., 1974). Emmelkamp et al. vinden dit echter geen reden om dit soort onderzoek achterwege te laten. Ik kan hun daarin gelijk geven. Wanneer het inderdaad mogelijk zou zijn om in een gecontroleerd onderzoek twee vormen van elkaar te scheiden en op hun merites te onderzoeken, dan kan dat waarde hebben, ook al zullen de interventies in de praktijk op een minder cursorische en meer individuele basis worden gehanteerd en daardoor waarschijnlijk meer effect sorteren.

De toevoeging door Emmelkamp et al. van de meting van gedrag tijdens het uitvoeren van een taak is een zinvolle aanvulling op het gebruikelijke pakket aan 'self-report' metingen. Het is daarom jammer dat de onderzoekers niet vermelden in hoeverre veranderingen op deze gedragsmeting samenhangen met veranderingen op de vragenlijsten. Ik zou ook nieuwsgierig zijn in hoeverre de cliënten enige tijd na de behandeling vinden dat ze hun doel met de behandeling hebben bereikt. Gebruik van de Individualized Goal Attainment Scaling zou een goede toevoeging kunnen zijn.

Ik wil de beschouwing over het artikel van Emmelkamp et al. echter niet toespitsen op betrekkelijk gedetailleerde methodologische punten. Het gaat mij nu om wat principiële vragen. Zo kan ik me niet voorstellen dat in hun onderzoek de condities werkelijk uit elkaar zijn gehouden. Waar moeten we bijvoorbeeld aan denken bij communicatie-oefeningen zonder cognitieve interventies? Kregen de cliënten daarbij geen uitleg van de destructieve elementen in hun gedrag en denkwijze? Wanneer de experimentele manipulatie geen of weinig verschillen met zich mee brengt moet men niet verbaasd zijn als er later op de afhankelijke variabelen (de vooruitgang) geen verschillen tussen de condities gevonden wordt. Het is waarschijnlijk niet toevallig dat Boelens et al. (1980) ook al geen verschillen vonden in een gelijksoortig onderzoek. In het gunstigste geval waren er twee behandelingsvormen: cognitieve herstructurering a la Ellis en Beck, die niet de enige vormen van cognitieve herstructurering bevat (Kaarsemaker, Jedding & Lange, 1986) versus een conditie waarin gedragsinstructies gegeven werden waarbij andere dan de 'Ellis en Beck' cognities aan bod kwamen.

De laatste jaren is er weer een groeiende vraag naar 'gecontroleerd onderzoek' binnen de psychotherapie. In sommige engelstalige tijdschriften is er niets anders te vinden. Die trend is er vroeger ook wel eens geweest totdat men zich begon te realiseren dat deze studies meestal weinig zinvolle informatie gaven over wat er in de klinische praktijk diende te gebeuren, en men begon te roepen om N=1 studies (Bergin & Strupp, 1976; Edgar & Billingsley, 1974). Dat zou tenminste zinvolle research zijn. Daarbij kon je het proces volgen en determineren wat wel en wat niet werkte. Het ligt voor de hand om nu te verkondigen dat het allebei nuttig is. Deze voor de hand liggende en daardoor ietwat onaantrekkelijke mening ben ik inderdaad toegedaan. Het is duidelijk dat goed gedocumenteerde gevalbeschrijvingen, liefst met vooraf gevalideerde metingen of met goed gekozen ad hoc registraties, onontbeerlijk zijn voor de uitwisseling en ontwikkeling van ideeën. Ik moet er niet aan denken dat we daarvoor afhankelijk zouden zijn van groepsstudies waarin men niets terug vindt van de werkelijke interventies en beslissingsprocedures daarbij. De bijdrage van de directieve therapie met de nadruk op het opstellen van specifieke behandelplannen die van geval tot geval kunnen

verschillen, waarbij timing en motivering een speciale plaats hebben, zou dan wel erg weinig tot zijn recht komen. Het zou een stap terug zijn.

Niettemins zijn groepsstudies echter wel degelijk van belang, om zinvolle vergelijkingen maken over de effectiviteit van bepaalde procedures. Strak opgezette experimenten kunnen ook een soort culturele waarde hebben. Net als een goede N=1 studie dwingen gecontroleerde groepsexperimenten de onderzoekers, en hopelijk ook hun lezers, om helder over het vak te denken, en soms leiden zij ook tot nieuwe hypothesen. Daarbij moet de onderzoeker zich echter wel eisen stellen. De eerste eis is dat wat hij wil onderzoeken duidelijk is omschreven. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer men een onderzoek verricht naar de behandelingsmogelijkheden van agorafobie. De daarvoor aangemelde patiënten vallen buiten het onderzoek wanneer bij de intake een andere stoornis van groter belang blijkt (bijv. depressie) of wanneer zij op de gebruikte agorafobie-metingen niet boven bepaalde scores komen. In de beschrijving van het experiment van Emmelkamp et al. ontbreekt deze duidelijkheid over de onderzoeksgroep. 'Relatieproblemen' is een veel te grove categorie. Naast de overeenkomsten kunnen er, zoals we hierboven zagen, zoveel verschillen zijn tussen cliënten die zich daarvoor aanmelden dat een vast protocol daarvoor bijna een belediging is. Niet voor niets komt 'marital problems' in de DSM III-R (APA, 1987), slechts voor als 'a condition not attributable to a mental disorder'. Het zou waarschijnlijk verstandig zijn geweest de categorie veel strakker te omschrijven en te beperken, en de cliënten pas na een screeningsfase van één of zelfs enkele gesprekken tot het onderzoek toe te laten. Het ontwikkelen van een diagnostisch manual daarvoor zou op zich al een zinvol onderzoek opleveren. De toekomst voor het vergelijkend onderzoek van PRT zal mijns inziens meer liggen in studies over 'welke interventies voor welke paren' dan naar standaardpakketten voor alle paren.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1987), DSM III-R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Bergin, A.E., & Strupp, H.H. (1970), New directions in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 13-26.
- Boelens, W., Emmelkamp, P., MacGillavry, D. Markvoort, M. (1980), A clinical evaluation of marital treatment: reciprocity counseling vs system-theoretic counseling. *Behavioural Analysis & Modification*, 4 (2), 85-96.
- Dyck, R. van (1980), Modellen in psychotherapie. In: van der Velden, K. (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus
- Edgar, E., & Billingsley, F. (1974), Believability when N=1. *Psychological Record*, 24, 147-160.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., & Pinsof, W.M., (1986), Research on the proces and outcome of marital and family therapy. In: Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Halhlweg, K., & Margolin, G. (1984), Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, (4), 497-504.
- Kaarsemaker, M., Jedding, B. & Lange, A. (1986), Kaarsemaker, M., Jedding, B. & Lange, A. (1986), Cognitief herstructureren, een inhoudsanalyse van 24 therapiezittingen. *Directieve Therapie.*, 6 (4), 294-308.
- Kaplan, H. S. (1981), *Stoornissen in het seksuele verlangen : nieuwe concepten en technieken in de seksuele therapie*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt. Oorspronkelijke titel: *Disorders of Sexual Desire and other new Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1984), *De Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Lange, .A. (1987), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Lange, A. (1988), The combination of paradoxical and problem solving assignments in the treatment of fighting couples: A multiple case study. In: Emmelkamp, P., Everaerd, W., Kraaimaat, F. & Van Son, M. (eds.), *Theory and Practice in Behavior Therapy*. Lisse: Swets en Zeitlinger, in voorbereiding.

Veer, J. van der (1974), Goal Attainment Scaling IV: Doelenkontrakt als evaluatiemethode. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* , 29, (10), 469-480.

## De combinatie van paradoxale en congruente opdrachten voor vechtparen\*

Alfred Lange

### 1 Inleiding

De ontwikkeling van gezinstherapie heeft het behandelen van echtparen die zijn gewikkeld in langdurige conflicten tot een interessant onderwerp gemaakt. Creatieve onderzoekers als Jackson, Watzlawick, Weakland en Haley (Haley, 1963; Lederer & Jackson, 1968) hebben de aandacht gevestigd op het fenomeen van het 'vechtende paar', twee mensen die gevangen zijn in een serie van vicieuze handelingen die gebaseerd zijn op een irrationele strijd om de macht en op 'symmetrische escalaties' (Watzlawick et al., 1967).

In het begin waren er twee theoretische kaders die als uitgangspunt dienden om een dergelijke machtsstrijd aan te pakken. De 'Palo Alto' groep (Watzlawick & Weakland, 1977) baseerde haar 'Brief Therapy' op *communicatie theorie*. Zij propageerden een systeem-theoretisch model dat vooral was gebaseerd op het geven van inzicht over de communicatieve patronen en op het geven van adviezen en opdrachten die tot doel hadden de vicieuze cirkels, welke het symptomatisch gedrag in stand hielden, te onderbreken. Hoewel in hun algemene therapie model, dat veel opgang heeft gevonden in gezins- en relatietherapie (Watzlawick et al., 1974; Papp, 1983; Selvini Palazzoli et al., 1978; Tomm, 1984 a and b) paradoxale opdrachten in de vorm van symptoom voorschrijven veel voorkomen, zijn er in de literatuur toch weinig studies te vinden waarin paradoxale opdrachten worden gebruikt bij het behandelen van echtparen met relatieproblemen (Weeks & L'Abate, 1978 and 1982; Weeks, 1985; Seltzer, 1986; Shoham-Salomon & Rosenthal, 1987). Het komt wel voor bij Van Dyck & Hoogduin (1977) en bij de gedragstherapeuten Jacobson & Margolin (1979, p. 152/153). De eerste introduceert het 'gefractioneerde ruzie advies' (de instructie om elke dag gedurende een vaste tijdsperiode ruzie te maken). Aangezien het ook een regulerende kant heeft (geen ruzie maken gedurende de rest van de dag) zou men deze aanpak ook als congruent kunnen betitelen (Van Dyck et al., 1980). Jacobson & Margolin beschouwen hun instructie aan de cliënten om een ruzie op een bandrecorder te registreren als paradoxaal. In het algemeen kan registreren als paradoxaal worden beschouwd aangezien het creëren van een 'baseline' veronderstelt dat cliënten in die periode niet veranderen. Aan de andere kant kan het ook het vergaren van data zijn dat het begin vormt van een congruente probleem oplossende behandeling.

Een ander referentiekader voor de behandeling van elkaar bestrijdende partners is geïntroduceerd door gedragstherapeuten als Stuart en Liberman (Stuart, 1969; Liberman, 1970). Door leertheorie te combineren met sociaal psychologische theorieën over uitwisseling van interpersoonlijke gedragingen (Homans, 1950; Thibaut & Kelley, 1959) ontwikkelden zij

methoden die waren gebaseerd op reciprociteit. In hun gedrags-relatie therapie is het essentieel dat de cliënten ertoe worden gebracht om de negatieve spiraal van wederzijdse straffen te doorbreken door nauwkeurig geformuleerde gedragscontracten op een 'quid pro quo basis' op te stellen (Lange, 1985, hoofdstuk 7) en door sociale vaardigheden te trainen (Stuart, 1980; Jacobson, 1981; Margolin & Fernandez, 1985). Gedrags-relatie therapie lijkt goede resultaten op te leveren bij stellen die ondanks hun onderlinge problemen toch een redelijke mate van probleem oplossend vermogen hebben. De meeste effect studies hebben betrekking op paren die weliswaar conflicten hebben maar die niet zijn gevangen in extreme irrationele machtsstrijd of kampen met onoverkomelijke affectieve problemen. De metingen die over het algemeen gebruikt worden in vergelijkende effect onderzoeken blinken zelden uit in klinische relevantie, aldus Gurman et al. (1986) na een review van een groot aantal van deze studies. In dat verband hadden Jacobson et al (1984) dan ook een nieuwe maat geïntroduceerd, de "Reliable Change Index". De toepassing daarvan liet zien dat, net als andere vormen van relatietherapie, gedrags-relatietherapie minder veelbelovend is dan aanvankelijk was verondersteld. Bovendien blijkt uit klinische observaties van paren, die gedomineerd worden door machtsstrijd, dat de congruente aanpak vaak te rationeel is om de vicieuze cirkel te doorbreken (Lange, 1985, hoofdstuk 9). Gedragscontracten worden dan niet als belonend waargenomen. Feedback (cognitieve interventies) worden als zinnig voor anderen beleefd maar niet voor zichzelf. De partners houden zich niet aan afspraken omdat zij bang zijn de slag te verliezen, of zij disqualificeren de overeenkomsten als zijnde van geen belang aangezien de positieve acties van de partner nu op commando zijn en niet spontaan. Het circulaire proces van " A voelt zich gekwetst ----> A reageert negatief ----> B is gekwetst en reageert negatief ----> A is gekwetst ----> etc. " wordt niet doorbroken.

Over de effectiviteit van de systeem-theoretische communicatieve aanpak is minder documentatie aangezien de weinige gecontroleerde studies die er zijn een slechts geringe gelijkenis vertonen met de relatietherapie die zij pretenderen te onderzoeken, aldus Gurman et al. (1986, pag. 583). Over één van deze onderzoeken rapporteren Boelens et al. (1980) die gedrags-relatie therapie vergelijken met een systeem theoretische aanpak. Op grond van deze en andere studies concludeert Emmelkamp (1986) dat geen van deze twee methodes superieur is aan de ander. Tot een gelijksoortige uitspraak komen Emmelkamp et al. (1988) op grond van een vergelijkende groepsstudie naar de effecten van cognitieve interventies en communicatietraining bij echtparen.

Wanneer men dergelijke studies nauwkeurig bestudeert dan valt op hoe moeilijk het is om sommige therapieparadigma's met elkaar te vergelijken. De verschillen zitten hem vaak meer in de benaming dan in de behandelingen zelf (Lange, 1988a). Een gedrags-relatie therapie zonder feedback over communicatieve patronen is ondenkbaar. Maar een systeem theoretische therapie zal toch ook vaak gebruik maken van communicatie training, adviezen en opdrachten en zal zich niet alleen beperken tot feedback. In beide modellen is cognitieve herstructurering van groot

belang. De aandacht zou mijns inziens niet moeten liggen bij het vergelijken van de abstracties van deze therapiemodellen maar bij het zoeken naar en het uittesten van manieren om de meest effectieve elementen van beide te combineren. Studies naar dergelijke combinaties, bijvoorbeeld de combinatie van paradoxale en congruente interventies, vinden we terug bij Rijntjes (1982) en bij Lange (1983 en 1985). In dit artikel wordt deze - in Nederland al enigszins beproefde - strategie toegespitst op de behandeling van echtparen en geïllustreerd aan de hand van een aantal nieuwe replicaties.

## 2. De gevallen

### 2.1 Gebrek aan aandacht: Hr. en Mevr. de Wit

Mevrouw de Wit klaagt erover dat haar man niet genoeg aandacht aan haar geeft. Beiden zijn ongeveer 30 jaar. Na enig doorvragen van de kant van de therapeut wordt het patroon duidelijk: de positieve gevoelens van meneer de Wit voor zijn vrouw zijn niet verdwenen maar haar voortdurende geklaag over zijn gebrek aan aandacht en affectie maken het behoorlijk moeilijk voor hem om het gevraagde gedrag te vertonen. Hij wordt er integendeel behoorlijk kregelig van omdat er van hem op commando spontaan gedrag verlangd wordt. Dat leidt tot hevige scheldpartijen en periodes van zwijzaamheid.

De interventie van de therapeut begint met uitleg over de vicieuze cirkel waarin zij zijn terecht gekomen: 'De vrouw toont dat zij affectief gedrag van haar man verwacht, zowel verbaal als nonverbaal ----> hij voelt zich daardoor juist geblokkeerd en trekt zich terug ----> zij voelt zich afgewezen en toont zich gekwetst ----> hij trekt zich terug ----> etc.' In theorie, aldus de therapeut, kan dit patroon doorbroken worden door wederzijdse afspraken te maken. Meneer kan misschien proberen zich meer conform zijn vrouw's wensen te gedragen hetgeen door haar beloond zou kunnen worden. Waarschijnlijk zal dit het patroon niet werkelijk doorbreken. Mevrouw zal nog steeds ontevreden zijn, aangezien zijn gedrag niet als 'affectief' geïnterpreteerd wordt maar als 'gehoorzaam'. Het zou meer veelbelovend zijn als mevrouw minder afhankelijk zou zijn van haar man. Dat zou beter voor haar zijn en het voor haar echtgenoot gemakkelijker maken. Hoe minder zij van haar man nodig heeft hoe meer ze van hem zou krijgen.

Mevrouw is het met deze redenering eens. De eerste stap bevat de volgende elementen: mevrouw zal ieder moment registreren dat zij een tekort aan aandacht voor haar bij haar man bespeurt, waarbij zij de antecedenten en de consequenties zal opschrijven (Watson & Tharp, 1981). Zij zal zich daarbij afzonderen teneinde na te denken over de vraag 'hoe belangrijk dit tekort aan aandacht is en of zij zonder die aandacht zou kunnen leven of niet'. Dit is het begin van het congruente, inzichtgevende gedeelte. Meneer krijgt een pure paradoxale opdracht: *hij wordt ervoor gewaarschuwd dat hij nu misschien juist de behoefte krijgt om extra aardig voor zijn vrouw te zijn, maar dat dit haar niet zou helpen aangezien het haar afhankelijk van hem zou*



*doen blijven. Zij zou dan niet leren om onafhankelijk te zijn van het wel of niet krijgen van aandacht van hem. Hem wordt derhalve verzocht zijn gebruikelijke gedrag niet te wijzigen.*

In vijf zittingen is de vicieuze cirkel doorbroken. Mevrouw is opgehouden haar man 'te achtervolgen' en zij is begonnen zich te her-oriënteren op nieuwe activiteiten. Meneer voelt zich niet meer onder druk en is daardoor slecht in staat om de toezegging dat hij 'zijn leven niet zou beteren' na te komen. Hij heeft zich van zijn meest attente zijde laten zien. De conflicten over het 'geven en krijgen van aandacht' zijn over. Een follow-up, zes maanden later, laat zien dat er geen terugval is.

## **2.2. Het weekendhuwelijk van het echtpaar Rode**

Meneer en mevrouw Rode zijn ruim tien jaar getrouwd als zij zich aanmelden voor relatietherapie. Enkele jaren geleden zijn zij apart gaan wonen. Mevrouw vond meneer veel te egocentrisch en te weinig aandacht gevend aan haar en aan de kinderen. Meneer werd nogal moe van zijn vrouw die hem - naar zijn zeggen - almaar op de kop zat en nog steeds zit. Mevrouw had in die periode ook een vriend, hetgeen ongetwijfeld heeft bijgedragen aan de beslissing van meneer om een eigen flat te huren. Zij zijn echter getrouwd gebleven en brengen samen met de kinderen het weekend door en één avond/nacht in de week. Zij melden zich aan omdat dit toch ook geen echte oplossing blijkt te zijn. Het patroon van verwijten is niet echt veranderd en ook de heftige, escalerende conflicten, inclusief fysiek geweld van de kant van meneer, bestaat nog steeds. Mevrouw vindt haar man arrogant, lui en zelfzuchtig. Hij vindt haar humeurig en opvliegend. Het doel van de behandeling is om te onderzoeken of ze niet weer helemaal bij elkaar kunnen gaan wonen.

Even als bij het echtpaar de Wit zien we hier een circulair patroon, dat door de therapeut wordt verwoord: meneer is (volgens zijn vrouw) te weinig attent ---> mevrouw is daarover rancuneus en pakt haar man terug ----> hij trekt zich (nog) verder terug ----> etc. De behandeling verloopt echter minder voorspoedig dan die van het echtpaar de Wit. Na commentaar van de therapeut over 'het paradoxale van aandacht geven op commando' volgen voor beiden registratie opdrachten, met betrekking tot wederzijdse onvrede. Het huiswerk wordt in het begin niet uitgevoerd. Geen goed teken. Later gebeurt het wel, maar het is steeds niet volledig. Door het registreren realiseert mevrouw Rode zich dat zij nog razend is om hetgeen zich in de periode voor de LAT-constructie heeft afgespeeld. Op advies van de therapeut gaat zij proberen dit in briefvorm aan haar man mee te delen (Lange, 1985, hoofdstuk 8; Van Doorn & Aelen, 1986). Al schrijvend wordt haar duidelijk dat het niet alleen om aandacht van haar man gaat, maar om het feit dat hij het niet geven van aandacht combineert met een dwingende houding ten opzichte van haar. 'Geen ruimte geven' noemt zij dit. Meneer voelt zich nu - naar zijn zeggen - helemaal in de tang. Het is inmiddels de achtste zitting. De therapeut introduceert de combinatie, waar dit artikel over gaat: Mevrouw zal zich terugtrekken bij elk moment dat zij zich 'verstrikt' of 'gekwetst' voelt (de termen die zij gebruikt). Meneer zal zich nu niet speciaal naar haar wensen

gaan gedragen. Beiden houden zich keurig aan de afspraak maar mevrouw deelt mee dat het haar nu echt duidelijk is, dat ze beslist niet opnieuw met haar man wil samenwonen. Twee zittingen later wordt de behandeling beëindigd.

### 2.3 Complementariteit en symmetrie bij meneer en mevrouw Geels

Mevrouw Geels is een lieve ietwat verlegen vrouw van 36 jaar. Meneer Geels is een grote, druk pratende, dominante, en ietwat theatrale man. Hun problemen zijn van cyclische aard: hoewel meneer best van goede wille is, is hij dermate dominant en verbaal agressief dat mevrouw het zelden aandurft haar onvredes ruitertlijk naar voren te brengen. Als zij het voorzichtig probeert loopt zij de kans om lawines van woorden over zich heen te krijgen waar zelfs een steviger persoon dan mevrouw Geels moeilijk tussen kan komen. Zij houdt zich derhalve meestal in, hetgeen hij echter wel op zijn brood krijgt doordat zij hem op allerlei subtiele manieren saboteert en dwarszit. Naar verloop van tijd - als hun beider frustraties ver genoeg zijn opgelopen - komt zij openlijk in opstand. Dat geeft sterk escalerende conflicten, met de dreiging van scheiding als een soort opgegraven strijdbijl. Zo'n uitbarsting wordt meestal gevolgd door enkele dagen van 'silent treatment', en ebt dan weer weg of wordt gevolgd door een verzoening op het erotische vlak. Daarna is het weer een tijdje rustig totdat de onvredes bij mevrouw zich weer hebben opgehoogd, de prikjes weer worden uitgedeeld en de uitbarsting dichterbij komt.

De therapeut beschouwt de 'flux de bouche' van meneer als een probleem, dat echter moeilijk lijkt aan te pakken daar meneer het eerder als een 'asset' ziet en niet van zins lijkt te zijn op dat punt een ingetogener leven te gaan leiden. De sub-assertiviteit van mevrouw lijkt een betere invalshoek. Hij vertelt het paar dat het het duidelijk is dat zij sterk van elkaar verschillen. Dat heeft mooie kanten omdat zij elkaar aanvullen, maar ook negatieve omdat het leidt tot destructieve escalaties. Het mooiste zou natuurlijk zijn als ze allebei wat veranderen, zij wat makkelijker en directer voor zichzelf opkomend, hij wat minder er bovenop zittend en minder breedsprakig. Dat laatste is echter niet zo geschikt als onderwerp voor gerichte verandering, aldus de therapeut. Iemand die zeer dominant is en nu opeens zijn mond houdt omdat dat is afgesproken is in zekere zin nog steeds dominant. De therapeut stelt derhalve voor om te beginnen met mevrouw. Haar sub-assertiviteit wordt onderwerp van registratie: *iedere keer als zij merkt dat zij ergens onvrede over heeft (gehad) ten aanzien van haar man, maar het niet heeft gezegd, zal zij dat opschrijven. Zij zal zich terugtrekken en nadenken hoe zij dit naar voren zou kunnen brengen en wat zij eventueel zou kunnen doen, als 'zeggen' niets zou helpen. Aan meneer wordt gevraagd om zich vooral niet te gaan inhouden, om bovenvermelde reden en omdat het zijn vrouw de kans tot zelf-inspectie en gedragsverandering zou ontnemen.*

De therapie kent 12 zittingen. Hoewel de conflicten dan niet volledig van de baan zijn, is het patroon aanmerkelijk minder extreem geworden en wordt de behandeling naar tevredenheid afgesloten.

## 2.4 De eindeloze twistgesprekken van het echtpaar Groen

Meneer en mevrouw Groen (dertigers) vertonen alle elementen van een voortdurende machtsstrijd. Opvallend bij hen is hoe lang de verbale gevechten kunnen duren: vele uren, tot diep in de nacht. In het derde gesprek wordt één van hun twistgesprekken nagespeeld en geanalyseerd (Lange, 1985, hoofdstuk 6). De therapeut richt daarbij de aandacht op hun onvermogen om aan een gesprek een einde te maken, vooral als er alcohol is geconsumeerd. Zijn suggestie om het alcoholgebruik te registreren en te gaan verminderen wordt door beiden aanvaard. Zij zijn het ook eens met hem dat het voor beiden goed zou zijn om te leren een einde aan een gesprek te maken voordat het uit de hand loopt. Daarop geeft de therapeut hun de volgende instructie: Twistgesprekken mogen niet langer meer duren dan een half uur. Zij zijn hier om de beurt verantwoordelijk voor. Standaard zinnen als 'je weet dat we afgesproken hebben niet langer te praten dan een half uur' worden in rollenspelen geoefend. *Op de dagen dat meneer verantwoordelijk is, zal mevrouw zorgen voor 'oefenmateriaal'. Als ze te gemakkelijk zou toegeven zou hij niet echt leren hoe een moeilijk gesprek te beëindigen. Zij zal daarom doorgaan en proberen het conflict te prolongeren. Meneer kan dan oefenen met het stoppen van het gesprek.* Voor de andere dagen zijn de instructies omgekeerd.

De congruente instructies waaronder het advies om het alcoholgebruik te minderen worden opgevolgd, maar het op commando van de therapeut proberen de twistgesprekken te verlengen teneinde de partner's sociale vaardigheden te helpen vergroten, blijkt onaantrekkelijk te zijn en wordt niet opgevolgd. De dagelijkse twistgesprekken zijn over en komen niet terug. De therapie neemt nog vijf gesprekken in vier maanden in beslag, gedurende welke de cliënten worden getraind in algemene sociale vaardigheden voor het oplossen van interpersoonlijke problemen.

## 3. Discussie

1. De strategie welke het onderwerp is van dit artikel is vooral geschikt voor stellen die hun conflicten verbaal uitvechten. Conform de regel dat paradoxale opdrachten niet gebruikt moeten worden wanneer het uitvoeren ervan schade zou kunnen berokkenen, is deze strategie niet voor de hand liggend bij paren die gekenmerkt worden door fysiek geweld. Bij het echtpaar Rode kon het net. Het was weliswaar voorgekomen dat meneer zijn vrouw klappen had gegeven, maar het was bepaald geen regel (de laatste keer was meer dan een jaar geleden) en de opdracht aan hem 'om vooral niet aardiger te zijn dan anders' impliceerde niet dat er geslagen zou worden. Suggesties voor het behandelen van fysiek gewelddadige paren worden door Rosenbaum & O'Leary (1986) aan een beschouwing onderworpen.

2. Een meta-analyse over vergelijkende groepsstudies door Shoham-Salomon & Rosenthal (1987) en een experimenteel onderzoek door Shoham-Salomon & Jancourt (1985) leidt tot de conclusie dat paradoxale strategieën in het algemeen vooral geïndiceerd zijn in extreme gevallen. Dit maakt het des te merkwaardiger dat er zo weinig gerapporteerd wordt over het gebruik van paradoxale opdrachten bij paren die in extreme machtsstrijd zijn gewikkeld. Misschien komt dat doordat geen van de bekende rationales, waarmee de cliënt gemotiveerd kan worden voor een paradoxale opdracht, geschikt is voor vechtende paren. In tegenstelling tot wat Haley (1963) en andere auteurs in den beginne propageerden, moeten paradoxale opdrachten niet als iets magisch worden geïntroduceerd, maar is het nodig dat ze vergezeld gaan van uitleg die de cliënten een reden geeft om zich eraan te onderwerpen (O'Connell, 1983; Riebel, 1984). In een overzicht onderscheidt Lange (1985, hoofdstuk 9) drie categorieën van motiveringsparadigma's die in de literatuur over paradoxale opdrachten worden worden aangetroffen:

a. *De eerlijke uitleg*: De therapeut legt uit waarom het proberen opzettelijk het symptomatische gedrag op te wekken juist tot verandering zal leiden. Dit paradigma is gebaseerd op 'paradoxale intentie', zoals het door Frankl (1960) is beschreven. Het is meer geschikt voor individuen, met name met sociale fobieën waarbij intrapsychische anticipatie-angst een rol speelt (Ascher & Turner, 1980) dan voor partners met relatieproblemen.

b. *Positief etiketteren*: Verschillende onderzoekers hebben betoogd dat paradoxale interventies vooral effectief zijn als het symptomatisch gedrag waar ze betrekking op hebben positief wordt geëtiketteerd (Fisher et al., 1981; Riebel, 1984 and Shoham-Salomon & Rosenthal, 1987). De studies waarop zij hun conclusies baseren gaan echter zelden over interpersoonlijke problemen en hun bevindingen kunnen zeker niet worden gegeneraliseerd naar vechtende echtparen. Positief etiketteren als basis voor paradoxale interventies wordt natuurlijk wel toegepast in de cybernetische gezinstherapie, wanneer de pathologie van de aangemelde patiënt als functioneel voor het evenwicht in het gezin wordt voorgesteld (Tomm, 1984 a and b). Er zijn echter geen aanwijzingen dat deze manier van positief etiketteren, die misschien bruikbaar is in homeostatische gezinnen die elke vorm van conflict ontkennen, ook geschikt is voor conflictueuze paren.

c. *Bewustzijn*: De therapeut legt uit dat de cliënt, door de symptomen bewust op te voeren, inzicht zal krijgen in de aard ervan en dat dit ervoor zal zorgen dat hij er verandering in kan aanbrengen. Dit is het meest bekende paradigma, maar het is niet het meest pakkende, zeker niet bij interpersoonlijke problemen. Aangezien beide partners dezelfde opdracht krijgen voelen ze zich niet zo verantwoordelijk, waardoor de vicieuze cirkel vaak toch niet wordt doorbroken.

Het *help paradigma*, zoals het hier voor conflictueuze echtparen wordt beschreven, is voor het eerst genoemd door Teisman (1979) in een gevalsbeschrijving met betrekking tot jaloezie. Het is ook beschreven door Coyne & Biglam (1984) in een gedragsanalyse van een paradoxale behandeling van een gezin met een 'lastige dochter'. In de Nederlandstalige literatuur duikt het voor het eerst op bij Lange (1983). Het lijkt een sterkere rationale te geven

en is geschikter om de vicieuze cirkels te doorbreken dan de eerder genoemde paradigma's. De kracht schuilt in de dramatische cognitieve herstructurerering (Sanderman & Rüphan, 1987) die optreedt wanneer de ene partner wordt gevraagd om door te gaan met ruzie maken teneinde de ander te helpen om meer 'up' te worden binnen de onderlinge verhouding. Ruziemaken is dan niet meer belonend.

3. In twee van de vier gevallen die we hebben besproken werd het destructieve patroon in slechts enkele zittingen drastisch doorbroken: bij de 'aandachtproblemen' van het echtpaar de Wit en de eindeloze uiteenzettingen van het echtpaar Groen. Bij het echtpaar Geels lag het allemaal wat complexer en waren de veranderingen ook minder frappant, maar ook daar kon toch van een succesvolle interventie worden gesproken. Dat was niet het geval bij het echtpaar Rode. Zij noemden het weliswaar positief dat ze nu zeker wisten niet opnieuw bij elkaar te moeten gaan wonen, maar ik zou dat toch geen succes willen noemen.

Meestal is de lijdensdruk bij vechtende paren groot, omdat ze elkaar voortdurend op de huid zitten terwijl het alternatief van uit elkaar gaan niet aantrekkelijk is omdat het allerlei veranderingen impliceert waar men tegenop ziet. De gemotiveerdheid om iets aan jezelf te veranderen teneinde daardoor rust in de tent te krijgen kan dan behoorlijk groot worden. In de behandeling van het echtpaar Rode lag dat anders: De cliënten woonden niet samen. Ze leidden allebei een redelijk bestaan en voelden weinig behoefte om daarin veel veranderingen aan te brengen. De interventies leidden er nu toe dat met name mevrouw zich ervan bewust werd liever de oude situatie te handhaven dan de utopie van het gelukkig samen wonen met deze echtgenoot te gaan najagen.

4. Als we de vier gevallen samen beschouwen en eerdere bevindingen ten aanzien van de combinatie van paradoxale en congruente interventie voor interpersoonlijke problemen daarbij betrekken (Lange, 1983; Lange, 1988b) dan kunnen we voorlopig de volgende conclusies trekken:

- Het paradigma zoals hier beschreven kan een sterke interventie zijn voor paren die weliswaar in een machtsstrijd zijn gewikkeld maar waar de *wederzijdse affectie niet helemaal ontbreekt*.
- De strategie is alleen uitvoerbaar wanneer er een *nauwkeurige analyse* wordt gemaakt van het *samenspel tussen individuele trekken van beide partners en interactionele factoren*. Het congruente gedeelte van de interventies dient gegeven te worden aan de partner die in staat is - en daartoe ook bereid is - zijn voordeel te doen met een sociale vaardigheidstraining, bijvoorbeeld de aandacht vragende mevr. de Wit en de sub-assertieve mevrouw Geels. De aanpak bij meneer en mevrouw Groen verschilde wat dat betreft van die van de andere echtparen en van de varianten van de combinatie van congruent en paradoxaal in de eerder genoemde publicaties. Bij meneer en mevrouw Groen waren de opdrachten volledig symmetrisch. Zij kregen om de beurt het paradoxale gedeelte als de ander de congruente taak had gekregen, in plaats van een volledig

paradoxale taak voor de één en een voortdurende congruente taak voor de ander. Het principe was echter gelijk. Op de dagen dat mevrouw Groen moest oefenen zou de paradoxale opdracht aan meneer het voor hem onaantrekkelijk maken om haar te bevechten. De andere dag zou het omgekeerd zijn.

- *De interventies moeten niet los gezien worden van de rest van de behandeling.* De opdrachten zijn in alle gevallen voorafgegaan door een nauwgezette taxatie van de precieze aard van de conflicten, bijvoorbeeld door ze na te spelen. Dat is noodzakelijk teneinde het beste punt te vinden waarop de strategie kan aangrijpen. Door de cliënten werd ook aangegeven dat zij feedback en commentaar op hun situatie als belangrijk beschouwden. Een goede verhouding tussen therapeut en de cliënten bestond voordat de 'combinatie' opdrachten werden gegeven. Soms is het nodig om de interventie te combineren met andere interventies, zoals bij het echtpaar Groen die accoord gingen met het drastisch verminderen van het alcohol gebruik.

- In de meeste gevallen is de behandeling niet afgelopen na de eerste doorbraak. De therapeut moet *niet te vroeg juichen*. Net als wanneer cliënten andere paradoxale opdrachten niet hebben uitgevoerd (en het dus goed met hen gaat) is een bezorgde houding op zijn plaats. De opdracht kan herhaald worden met het verzoek om het nog eens te proberen (Lange, 1985, hoofdstuk 9). Pas wanneer de conflicten lange tijd achterwege blijven wordt het tijd om het paradoxale gedeelte uit het pakket te halen en kan een symmetrische congruente benadering gevolgd worden teneinde de cliënten te helpen om het nieuw verworven patroon vast te houden.

5. De conclusies die we hierboven hebben getrokken zijn gebaseerd op systematische klinische observaties. De volgende fase zou misschien ook een *vergelijkend quantitatief onderzoek* kunnen bevatten waarin 'vechtparen' at random aan verschillende behandelingsvormen worden toegewezen. Anders dan bijvoorbeeld Emmelkamp (1988) beschrijft, lijkt mij dit alleen mogelijk wanneer de paren nauwkeurig geselecteerd worden. Alleen die paren, die aan de bovengenoemde criteria voor de 'combinatie-strategie met het help-paradigma' voldoen, zouden in het onderzoek betrokken moeten worden. Het zou dan mogelijk moeten zijn om de resultaten van de 'combinatie-strategie' te vergelijken met 'pure' paradoxale strategieën en/of met 'pure' congruente strategieën, met behulp van vergelijkende pre-post test designs. De resultaten zouden zichtbaar gemaakt kunnen worden met metingen als de IPOV (Lange, 1984) en de Nederlandse versie van de MMQ (Arrindell, 1987, hoofdstuk 2). Ik hoop hiervan in de toekomst verslag te kunnen doen.

## Literatuur

- Arrindell, W.A. (1987). *Marital conflict and agoraphobia: Fact or phantasy*. Delft: Eburon.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1980). A comparison of two methods for the administration of paradoxical intention. *Behav. Research & Therapy*, 18, 121-126.

- Boelens, W., Emmelkamp, P., MacGillavry, D. & Markvoort, M. (1980). A clinical evaluation of marital treatment: reciprocity counseling vs system-theoretic counseling. *Behavioural Analysis & Modification*, 4 (2), 85-96.
- Coyne, J.C. & Biglan, A. (1984). Paradoxical techniques in strategic family therapy: a behavioral analysis. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 15 (3), 221-227.
- Doorn, M. van & Aelen, F. (1986). De schrijfpdracht: van oud zeer naar nieuwe zin. *Directieve Therapie*, 6 (2), 100-115.
- Dyck, R. van & Hoogduin, K. (1977). Ruziemakende paren. In: Velden, K. van der (red.), *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van & Velden, K. van der (1977). Valkuilen voor directieve therapeuten. In: Velden, K. van der (red.), *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der & Van der Hart, O. (1980). Een indeling van directieve interventies. In: Velden, K. van der, (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G. (1986). Behavior therapy with adults. In: Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G., .....(1988)
- Fisher, L., Anderson, A. & Jones, J.E. (1981). Types of paradoxical interventions and indications/ contra-indications for use in clinical practice. *Family Process*, 20, 25-35.
- Frankl, V.E. (1960). Paradoxical intention. *American J. of Psychiatry*, 14, 520-535.
- Gilewsky, M.J., Kuppinger, J. & Zarit, S.H. (1985). The aging marital system: A case study in life changes and paradoxical intervention. *Clinical Gerontologist*, 3 (3), 3-15.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P. & Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In: Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Herr, J.J. & Weakland, J. (1979). *Counseling Elders and Their Families: Practical Techniques for Applied Gerontology*. New York: Springer.
- Homans, G.C. (1950). *The Human Group*. New York: Harcourt, Brace.
- Jacobson (1981). Behavioral Marital Therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S. & Margolin, G. (1979). *Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Halhlweg, K. & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (4), 497-504.
- Lange, A. (1983). De combinatie van een paradoxale en congruente strategie. *Kwartaalschrift Directieve Therapie en Hypnose*, 3 (2), 124-143.

- Lange, A. (1984). *De Interactionele Probleem Oplossings-vragenlijst (IPOV)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Vijfde gewijzigde druk. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987). A new way of motivating clients to carry out paradoxical assignments: the combination of the paradoxical and the congruent. In: Zeig, J.K. & Lankton, S. (eds.), *Ericksonian Psychotherapy: State of the Art*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1988a), Vergelijkende groepsstudies bij prt.....
- Lange, A. (1988b). The combination of paradoxical and problem solving assignments in the treatment of fighting couples: A multiple case study. In: Emmelkamp, P.M.G., Everaerd, W., Kraaymaat, F. & Son, M. van, *Theory and Practice in Behavior Therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger (in druk).
- Lederer, W.J. & Jackson, D.D. (1968), *The Mirages of Marriage*. New York: Norton.
- Liberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *Amer J. of Orthopsychiatry*, 40 (1),106-118.
- Margolin, G. & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In: M. Hersen & A.S.Bellack (eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.
- O'Connell, D.S. (1983). Symptom prescription in psycho-therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (1), 12-20.
- Papp, P. (1983). *The Process of Change*. New York: Guilford Press.
- Riebel, L. (1984). Paradoxical intention strategies: a review of rationales. *Psychotherapy*, 21 (2), 260-272.
- Rosenbaum, A. & O'Leary, K.D. (1986). The treatment of marital violence. In: Jacobson, N.S. & Gurman, A.S. (eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Rijntjes, E. (1982). De combinatie van paradoxale opdrachten en leeropdrachten bij de behandeling van kinderen. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 2 (2), 119-26.
- Sanderman, R. & Rüphan, M. (1987), Een cognitieve benadering van partnerrelatietherapie. *Gedragstherapie*, 20 (1), 77-88.
- Seltzer, L.F. (1986). *Paradoxical Strategies in Psychotherapy. A Comprehensive Overview and Guidebook*. New York: Wiley.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F. & Prata, G. (1978), *Paradox and Counterparadox*. New York: Jason Aronson
- Shoham-Salomon, V. & Jancourt, A. (1985), Differential effectiveness of paradoxical interventions for more versus less stress-prone individuals. *J. of Counseling Psychology*, 32 (3), 449-453.



- Shoham-Salomon, V. & Rosenthal, R. (1987), Paradoxical interventions: a meta-analysis. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 22-28.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *J. consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R.B. (1980). *Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Teisman, M.W. (1979). Jealousy: Systematic, problem-solving therapy with couples. *Family Process*, 18, 151-160.
- Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959). *The Social Psychology of Groups*. New York: Wiley.
- Tomm, K. (1984a). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Watson, D.L. & Tharp, R.C. (1981). *Self Directed Behavior; Self-Modification for Personal Adjustment*. Monterey, Cal: Brooks/Cole.
- Watzlawick, P. & Weakland, J.H. (1977)( eds.), *The Interactional View; Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fish, R. (1974), *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974), *Brief therapy: Focused problem resolution*. *Family Process*, 13, 141-168.
- Weeks, G.R. (Ed.) (1985). *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*. Homewood, Ill: Dow-Jones-Irwin.
- Weeks, G. R. & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy, theory and practice with individuals, couples and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1978). A bibliography of paradoxical methods in psychotherapy of family systems. *Family Process*, 17, 95-98.

**Voetnoot pag. 1**

\* Dit artikel is een bewerking van 'The combination of paradoxical and congruent assignments in the treatment of fighting couples' dat bij Swets & Zeitlinger zal verschijnen in de bundel 'Theory and Practice in Behavior Therapy', onder redactie van P.M.G. Emmelkamp e.a.

### **Samenvatting**

De ontwikkeling van de systeem-theoretische aanpak van ruziemakende paren wordt vergeleken met die van de congruente gedragstherapeutische aanpak. De grenzen tussen deze behandelingsmodellen blijken niet al te scherp te zijn. Een combinatie lijkt vruchtbaar. De aanpak waarbij de ene persoon congruente opdrachten krijgt terwijl aan de ander een paradoxaal advies wordt gegeven, waarover in algemene zin al eerder is gepubliceerd, wordt hier toegesneden op ruziemakende paren en geïllustreerd aan de hand van vier klinische gevalsbeschrijvingen.

## Summary

A review is presented of the development of different approaches in treating fighting couples by comparing the system-theoretic approach versus behavioral problem solving approaches. It is argued that the boundaries between these treatment models are not clear and that combining strategies from both models may be fruitful. Problem solving assignments given to one partner in combination to paradoxical assignments to the other is proposed and is illustrated by analysing four clinical cases. Finally, the indications for using this intervention are discussed.

## As 2; Inleidende beschouwingen

Kees van der Velden

### Symptomen en persoonlijkheden

De enige reden waarom psychiaters en psychotherapeuten zich met de persoonlijkheden van hun patiënten moeten bezighouden, is dat deze persoonlijkheden als het ware aan de klachten en symptomen van de patiënten vastzitten.

Men kan niet de klacht van de patiënt de spreekkamer binnenlaten zonder tegelijk ook de persoonlijkheid van de patiënt een plaats aan te bieden, zoals de oorarts niet een oor binnen kan laten zonder het hoofd waar dat oor aan hoort en het lichaam waar dat hoofd aan vast zit.

Wanneer de patiënt een prettige persoonlijkheid heeft is het helemaal niet vervelend om hem binnen te laten, maar wanneer de patiënt een nare persoonlijkheid heeft (opstandige gedachten uit, niet lekker ruikt bijv.) is het juist wel vervelend. Ook de oorarts is blijer met een gemoedelijke en flinke patiënt dan met een die bij de minste of geringste aanraking gilt en bijt.

Wat doet de oorarts als hij niet in het zieke oor kan kijken omdat de patiënt zo tekeergaat?

Hij stelt de patiënt gerust, maakt de patiënt complimentjes, probeert de patiënt af te leiden, scheldt de patiënt uit, bindt de patiënt vast, enfin, kan hem het schelen wat hij precies doet, als de patiënt maar blijft zitten en hij in dat oor kan kijken teneinde de juiste druppels te kunnen voorschrijven.

Ook psychiaters en psychotherapeuten moeten zorgen dat zij bij de symptomen kunnen komen, want hun interventies zijn op de symptomen en problemen gericht, en niet op de persoonlijkheden die

daar last van hebben. (Dit wordt nog uitgelegd, kalm maar.)

Het gemakkelijkste is het natuurlijk wanneer de persoonlijkheid hierbij meewerkt, maar wanneer dit niet zo is moeten zij de persoonlijkheid zover zien te krijgen dat deze hier alsnog toe overgaat. Jarenlange klinische ervaring heeft tot de conclusie bijgedragen dat de meeste kans op succes ontstaat wanneer wij de persoonlijkheid gunstig weten te stemmen.

### **DSM-III en de Tijdgeest**

De ouderen onder ons herinneren zich hoe de Nederlandse psychiaters zich indertijd tegen het DSM-III-systeem verzetten. Het systeem zou niet volmaakt zijn. Het zou te Amerikaans zijn. Het zou mechanistisch zijn. Hoe moest de reactie-formatie in het systeem ondergebracht worden? Had Rümke het niet heel anders geleerd? Waar bleven de onderscheidingen die Ladee in de hypochondrie had weten aan te brengen? Hoe moesten pre-oedipale verwickelingen tot hun recht gebracht worden?

Het werd lente, het werd zomer, de herfst kwam, Koning Winter heerste. De jaren verstreken. Iedereen werd ouder. Een nieuwe tijdgeest verving de oude.

Ook psychiaters wilden weleens een bril met een dun gouden montuur en een das met wapentjes erop en een gouden dasspeld en gaatjesschoenen en een BMW, en de vrouwelijke collegae wilden ook weleens zo'n fijne streepjesbloes waarvan de kraag omhoog staat en een parelsnoer en een wijde rok met daaronder platte of bijna platte schoenen met een ingesneden flapje. Geneesmiddelenfabrikanten organiseerden wijnproeverijen, congresbezoek kreeg een krachtige impuls, bijna lukte het de oorlogsslachtoffers hun uitkeringen af te nemen, en alle bezwaren tegen de DSM-III waren verdwenen. Men begon de voordelen van het systeem te zien!

Men beantwoordt de vraag waar iemand over klaagt op As 1.

Men geeft wat men van iemand vindt weer op As 2.

Men verklaart hetgeen zich op As 1 afspeelt uit hetgeen op As 2 is vastgelegd.

De rest is nog simpeler.

De Directeur van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal verklaarde dat iemand met een Mulo-verstand het DSM-III-systeem in twee avonden onder de knie kan hebben.<sup>1</sup>

In twee avonden diagnosticus!

Klavarscribo is een soort theoretische natuurkunde vergeleken bij DSM-III, en met Klavarscribo staat men na twee avonden heus nog niet op het concertpodium!

In een persoonlijk onderhoud stelde de adjunct-directeur van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal Bloemendaal dat bij tachtig procent van degenen die zijn polikliniek bezoeken een persoonlijkheidsstoornis kon worden vastgesteld.<sup>2</sup>

Tachtig procent! Dat zijn veel zieke persoonlijkheden die daar hun auto's parkeren bij de polikliniek!

Bij de afdeling Psychotherapie van een mij bekend Ragg stelt men ook bij zo'n zeventig à tachtig procent van de aangemelde gevallen een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen vast. Is het een wonder dat evenveel procent van de aangemelde gevallen er na twee of drie bezoeken aan deze afdeling wegblijven? Deze mensen zijn als het ware te ziek om te komen.

Werd DSM-III aanvankelijk met wantrouwen en minachting bekeken, nu is het systeem razend populair, met name As 2: het werkt lekker makkelijk en je kan er bijna alles op kwijt. Zie eens hoe gestoord de

---

<sup>1</sup> Directeur Behandelingen (1987), Persoonlijke mededeling.

<sup>2</sup> Adjunct-Directeur Behandelingen (1988), Persoonlijke mededeling.

mensen zijn die bij ons worden aangemeld! Is het een wonder dat wij a) niets voor hen kunnen doen en b) veel geld nodig hebben?

### **Prevalentie**

Hoeveel mensen zouden volgens DSM-III-R nu eigenlijk een persoonlijkheidsstoornis hebben? Het boek is niet altijd duidelijk.

De **paranoïde persoonlijkheid** zoekt 'rarely' hulp voor zijn stoornis en behoeft ook 'seldom' opgenomen te worden, wordt gezegd.

De **schizoïede persoonlijkheid** komt in de klinische setting niet veel voor, maar het aantal mensen dat aan deze gestoordheid lijdt zou toch wel eens groot kunnen zijn, zegt DSM-III-R. We hebben dus geen idee. Volgens recent onderzoek lijdt 3 % van de mensheid aan de **schizothyme persoonlijkheidsstoornis**.

Drie procent van de Amerikaanse mannen lijdt aan de **anti-sociale persoonlijkheidsstoornis**; bijna een procent van de Amerikaanse vrouwen lijdt aan deze gestoordheid.

In totaal is nu dus ten minste viereneenhalf procent van de bevolking gestoord.

De **borderline personality disorder** is 'apparently common'. Hoeveel is 'apparently common'? Laten we niet overdrijven en aannemen dat twee procent van de mensen aan een borderline personality disorder lijdt. In totaal komen wij nu op ten minste zeseneenhalf procent van de bevolking.

Ook de **histrionische persoonlijkheidsstoornis** is 'apparently common'; drie procent, vooruit. Negeneneenhalf procent van de bevolking heeft nu een persoonlijkheidsstoornis.

De **narcistische persoonlijkheid** manifesteert zich tegenwoordig vaker dan vroeger, weet DSM-III-R te melden; zullen we 't op twee procent houden? Totaal elfeneenhalf procent.

De stoornis van de **ontwikkende persoonlijkheid** is ook 'apparently common'; drie procent erbij. Niet anders is het met de **afhankelijke**



**persoonlijkheid.** Weer drie procent. Doe er nog maar twee procent bij voor de **obsessief-compulsieve persoonlijkheid.** We zijn nu aan negentieneneenhalf procent. Hier doen we een half procent bij voor de **passief-agressieve mens** ('Prevalence, sex ratio, and familial pattern. No information.') en we hebben nu een totaal van twintigeneenhalf procent gestoorde persoonlijkheden! <sup>3</sup>

In ons Riagg-gebied met 200.000 inwoners wonen dus 40.000 persoonlijkheidsgestoorde mensen!

In Nederland twee komma zes miljoen!

Onderzoekers, haast U!

Promovendi, trekt Uw rokken maar vast aan!

Therapeuten, houdt Uw steunend-structurerende interventies gereed!

Subsidiekraan, open U!

**GELD, STROOM!**

### **Validiteit**

Aids is een prettige aandoening vergeleken met de persoonlijkheidsstoornis. Wie aan Aids stierf kan betreurd worden door zijn nabestaanden, maar wie zal snikkend achter de baar van een passief-agressieve persoonlijkheid gaan? Met geheven hoofd kan de Aids-lijder zijn lot onder ogen zien, maar deze trots is de ontwijkende persoonlijkheid niet gegeven. Wat moet men zeggen bij de groeve van een afhankelijke persoonlijkheid?

'Onze moeder was zelf niet in staat haar dagelijkse beslissingen te nemen. Anderen moesten uitmaken wat zij moest doen, dat kon moeder zelf niet. Moeder deed of ze het met iedereen eens was, zo bang was ze

---

<sup>3</sup> Merikangas & Weissman gingen in 1966 nog uit van 6 tot 10%. Mogelijke conclusies: of de persoonlijkheidsstoornissen nemen in een waanzinnig tempo toe of de psychiatrische wetenschap vordert in een waanzinnig tempo of ik kan niet tellen.

dat men haar niet aardig zou vinden. Het lukte moeder niet zelf wat dan ook van de grond te krijgen. Ze wilde zo graag dat wij haar aardig zouden vinden dat ze uit zichzelf vervelende karweitjes voor ons ging doen. Mamma voelde zich nooit op haar gemak wanneer ze alleen was. Ze voelde zich hulpeloos toen de melkboer met pensioen ging. Mamma voelde zich erg gekwetst wanneer iemand een teken van afkeuring gaf. Wij zullen Mamma erg missen. Mamma, rust zacht.'

Hoogduin merkte op: 'Wonderlijk toch, dat wij persoonlijkheidsstoornissen altijd bij onze vijanden aantreffen, en nooit bij onze vrienden!'

(WORDT VERVOLGD)