

TUSSCHRIJFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE
JRG. 13 No. 3

TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE

Jaargang 13, nummer 3 ☉ juni 1988



Ten geleide : 1

D. Nicolaas Oudshoorn: Het Oedipuscomplex is een fabeltje 2

Kees van der Velden: Opmerkingen bij het volgende, gevolgd door: 11

Inleiding: Ontwikkelingen in de directieve therapie. 12

Kees Hoogduin, Over de toekomst en Grote Oude Mannen 22

Leen Joele: Toespraak tot de aanwezigen 31

Alfred Lange: Zweethanden 34

Kees van der Velden: Het Leven 38

Kees van der Velden: Uit de ziektegeschiedenis van Mevrouw H. van Effen 39

Richard Van Dyck: Relationele aspecten van agorafobie 50

Redactie:
De Heren van TDT

Omslag:
Illustratie bij Het Leven door Daniël van der Velden



Ten Geleide

Dit ten geleide is zo kort, dat wij het niet eens in de inhoudsopgave hebben genoemd.

Het is heerlijk dat Leen Joele weer gelegenheid gevonden heeft ons een van zijn toespraken toe te zenden.

Het is fijn dat Dick weer eens in de pen wilde klimmen, ditmaal om ons uit te leggen dat de fabel van Oedipus een mythe is.

Het is verheugend dat KAL tijd heeft willen vrijmaken voor het schrijven van een bijdrage over onze toekomst.

Wij zijn blij dat Kees van der Velden zijn inleiding tot Directieve therapie 3 aan ons afstond.

Het stemt tot voldoening dat Alfred Lange zijn gedachten over zweethanden aan het papier wilde toevertrouwen.

Wij dachten dat Kees van der Velden in zijn bijdrage getiteld Het Leven wel een heel actueel onderwerp bij de kop had.

Het geeft een tevreden gevoel dat Kees van der Velden een zo interessante tekst als Uit de ziektegeschiedenis (enz.) aan ons tijdschrift wilde afstaan.

Vreugde geeft het ons dat Richard Van Dyck ons deelgenoot wil maken van de walging die hem bevangt wanneer hij een stukje moet schrijven.

Op dit moment viert Amsterdam feest. Mensen vallen flauw. Woonboten maken water. Hier en daar wordt iemand doodgedrukt. Een auto vat vlam. De heer Dees probeert met zijn dikke lichaam steeds naast de heer Gullit op de televisie te komen. Wat zal de nacht brengen?

Dit is feest.

De directieve therapie kan hier niet veel aan doen.

Wie niet drinkt kan proberen zijn feeststemming met benzodiazepines te behandelen. Bij een enkeling biedt een middel als Tofranil of Fevarin uitkomst. Ontspanningsoefeningen alléén zijn in alle gevallen onvoldoende.

De Hoofdredacteur

HET OEDIPUSCOMPLEX IS EEN FABELTJE

Dick N. Oudshoorn

De psychoanalytische theorie is tot voor kort maatgevend geweest voor het denken over kinderen en hun ouders en over wat zich tussen hen pleegt af te spelen. Wereldberoemd is vooral het **oedipuscomplex** geworden: het ondeugende jongetje dat zijn moeder seksueel begeert terwijl zijn vader dood kan vallen. Het arme ventje krijgt de schuld van al het onheil dat uit zijn kwalijke wensen is voortgevloeid, het is immers **zijn** complex.

Freud heeft de mythe van Oidipous letterlijk opgevat en heeft er een universeel menselijk thema in gezien of gelegd. Het is een goede traditie in de theologie als eerste stap exegetisch te doen van de grondtekst, het overgeleverde verhaal en met name te zoeken naar de mogelijke historische gebeurtenis die wordt verhaald of geparafraseerd. Vervolgens kan men zich afvragen welke 'boodschap' door de schrijver wil worden overgebracht. De meeste oude verhalen, die van de bijbel niet uitgezonderd, dienen als metafoor.

Ik wil niet pretenderen dat ik er ècht veel van afweet en volg voornamelijk Graves (1955). De klassieke teksten, met name de Griekse, vormen een vlakterrein waarnaar mijn belangstelling uitgaat en waar ik nog eens de tijd voor hoop te vinden.

Het verhaal:

Laïos, zoon van Labdakos, trouwde Iokaste en regeerde over Thebe. Treurend over zijn kinderloosheid raadpleegde hij het orakel van Delphi dat hem trachtte op te beuren door zijn kinderloosheid als een zegen te interpreteren. Want elk kind dat uit Iokastes schoot zou worden geboren, zou zijn moordenaar worden. Hij wees Iokaste zonder nadere verklaring af, maar zij voerde hem dronken en sliep met hem. Toen ze negen maanden later een zoon ter wereld bracht rukte Laïos deze uit de arm van de baker, doorboorde zijn voet met een spijker, bond hem en legde hem neer op de berg Kithairon.

Voor iedere onbevangen lezer van de mythe is duidelijk dat het verhaal **begon** met vader **Laïos** die dermate bang was kinderen te krijgen nadat hij zich had laten influisteren dat een zoon hem naar het leven zou staan, dat zijn vrouw Iokaste hem eerst **dronken** moest voeren voordat 'het' lukte. Een naïeve vorm van sextherapie met gruwelijke gevolgen. Immers: Iokaste kreeg haar Oidipous en vader Laïos voelde zich zo bedreigd dat hij de zuigeling verwondde (per ongeluk of expres? - het eerste lijkt me niet onwaarschijnlijk gelet op de crisis van de angstige vader) en te vondeling legde.

Laïos lijkt dus een **vreselijke** man met neurotische potentiële klachten, bij voorbaat beducht voor zijn kinderen, en daarbij **bijgelovig en** suggestibel, zodat hij het onheil dat hem overkwam zelf veroorzaakte; een vroeg voorbeeld van een **selffulfilling prophecy** derhalve. Had hij zich maar tot een goede directieve therapeut gewend (sekstherapie op zich was immers niet voldoende) om na een geslaagde behandeling het ventje samen met Iokaste op te voeden, hem te leren boogschieten, schrijven en voetballen! Maar nee. En was Iokaste, toen ze merkte dat ze zwanger was, dan maar tijdig naar Freddie Lange gegaan om de gezinscrisis te voorkomen die ze toch zelf kon zien aankomen!

Het lot had beschikt dat de jongen een hoge leeftijd zou bereiken. Een Korinthische schapsherder vond hem, noemde hem Oidipous of Horrelvoet, vanwege de doorboorde voet en nam de zuigeling mee naar zijn woonplaats.

Een andere versie luidt:

Laïos sloot de baby in een kist* en liet deze vanaf een schip in zee zakken. De kist dreef bij Sikyon aan land en werd gevonden door Koningin Periboia, die kinderloos was. Ze hield daar namelijk persoonlijk toezicht op haar personeel dat de was deed. Ze trok zich in een bosje terug, wendde barensweeën voor en kwam met de baby te voorschijn. Die vrouwen waren veel te druk met de was bezig en geloofden het wel. Haar man, Koning Polubos, kon ze blijkbaar niet bedriegen en hij nam de jongen aan als zijn zoon.

Hoe het ook zij, Oidipous werd in zijn puberteit door zijn vriendjes geplaagd dat hij helemaal niet op zijn ouders leek, want zijn ouders hadden hem zijn status als adoptief kind ver-

*In de haast van het timmeren kan de geagiteerde vader zeer wel een spijker door de voet van het kind hebben geslagen.

zwegen. Hij wilde eindelijk wel eens het naadje van de kous weten en reisde naar Delphi, destijds adviesbureau en databank tegelijk. "Verdwijnt uit dit heiligdom, ellendeling!" schreeuwde de Pythia, "jij zult je vader doden en je moeder huwen". Omdat de jongeman veel van zijn ouders hield besloot hij niet naar hen terug te keren.

Op een driesprong tussen Delphi en Daulis kwam hem een aristocraat in een wagen gezeten tegemoet, die hem op hoge toon beval van de weg af te gaan. Oidipous beet hem toe dat hij alleen de goden en zijn ouders gehoorzaamde (wat een verschil met onze tegenwoordige jeugd, of was hij een tikkeltje schijnheilig?). Hierop gaf Laïos zijn wagenmenner opdracht door te rijden. Het wagenwiel reed uitgerekend over Oidipous' horrelvoet. De jongeman ontstak in razernij en doodde de wagenmenner. De edelman geraakte verstrikt in de teugels en werd door de paarden meegesleurd en kwam op die wijze om. Oidipous liet de dode lichamen liggen en ging verder op weg naar Thebe.

Waarheen was Laïos eigenlijk op weg? Naar Delphi, hij ook al en wel om het orakel te vragen hoe hij van de Sphinks verlost kon worden. Hera had hem dat monster onlangs op zijn dak gestuurd voor straf, wegens de ontvoering van de jonge Chrysis. Dit ondiep gaf iedere passant een raadsel op [Welk wezen met één stem, heeft soms twee voeten, soms drie en soms vier, en is het zwakst als het de meeste voeten heeft?] en wees degene die het antwoord niet wist. Zo was ook een neef van Iokaste al verslonden. Onze pientere hoofdpersoon raadde het goede antwoord [De mens, want deze kruipt als een kind op handen en voeten, staat als jongeman stevig op twee benen en leunt op hoge leeftijd op een stok.]. De Sphinks was totaal uit het veld geslagen en stortte zich in de afgrond. De Thebanen waren opgetogen en riepen Oidipous uit tot hun koning. Deze kreeg de koningin-weduwe tot echtgenote, geheel volgens de zeden van die tijd. Het behoeft geen betoog dat hij niet bekend was met het feit dat zij zijn echte moeder was.

In werkelijkheid is deze geschiedenis waarschijnlijk heel anders verlopen. Oidipous was een Korinthische veroveraar van Thebe en was helemaal niet de zoon van Laïos en Iokaste. In Thebe heerste

het matriarchaat. Dat wordt al aangeduid met de wonderlijke volgorde aan het begin: "Laïos trouwde Iokaste en regeerde over Thebe." Hij had dus vermoedelijk de status van Philip en Claus.

Om zijn troonsaanspraken te legitimeren riep de veroveraar zich tot zoon van de oude dynastie uit en huwde hij de zittende koningin. Laïos was gesneuveld toen hij de oprukkende Oidipous probeerde tegen te houden. Voilà.

Thebe werd door de pest geplaagd en voor de zoveelste keer werd het orakel van Delphi geraadpleegd. Dit gaf als advies de moordenaar van Laïos te verdrijven. Waar moest die worden gezocht? Blijkbaar vertoefde hij in de stad. De blinde Teiresias, de beroemdste ziener van die dagen, vraagt belet bij de koning. Hij geeft aanvankelijk een kryptisch advies aan de koning, op grond waarvan diens schoonvader zich opoffert. Daarmee is Teiresias echter niet tevreden en dan onthult hij Oidipous' ware identiteit. Aanvankelijk werd hij niet geloofd, maar toen arriveerde een brief van Koningin Periboia waarin ze haar zoon, nu Koning Polubos overleden was, zijn status als adoptief-zoon onthulde. Daarop verhing Iokaste zichzelf en stak Oidipous zichzelf de ogen uit. Alleen zijn dochter Antigone bleef hem trouw; zijn zoons lieten geen traan toen hij Thebe verliet.

Het valt niet te ontkennen: in de versie die is overgeleverd lijkt Antigone haar Freudiaanse zin te krijgen (haar moeder is geëlimineerd en nu heeft ze haar vader voor zich alleen) en lijken de twee zoons óók hun zin te krijgen (ze zijn van die ouwe zak verlost en hebben nu het rijk alleen, al hebben ze níet hun moeder veroverd). Maar was dit de wens van Antigone? Het verhaal geeft daar niet de geringste aanwijzing voor zodat ik er vanuit ga dat de schrijver dit er ook niet mee heeft willen aanduiden. Als we Sophokles' tragedie "Oidipous te Kolonos" opslaan zien we Antigone allereerst als een lieve dochter die deze blinde en verbijsterde grijsaard de helpende hand biedt [Vader: "Reik me je hand", Dochter: "Hier hebt ge hem reeds"] en verdedigt [Oh vreemden, barmhartige mensen, nu hebt ge mijn vader, de grijsaard, verstoten,

bij 't horen van daden in onschuld bedreven... Gij ziet het toch zelf dat geen mens, waar een godheid hem drijft, vermag te ontkomen."]. Spreekt hier een triomfantelijke dochter met incestueuze wensen jegens haar vader? En zo ze als klein meisje stiekeme wensen had gekoesterd, zou ze dan niet juist nu deze in vervulling waren gegaan door schuldgevoel worden gekweld, en had niet de tragicus dit in zijn verhaal verweven?

Met de zoons ligt het enigszins anders. Het verhaal geeft aan dat ze geen verdriet hadden toen vader schandelijk werd verdreven. Maar hebben zij triomfantelijk staan kijken? Ik vind dat niet aannemelijk. Ongetwijfeld hebben zij zich **geschaamd** over hun vader, wiens erbarmelijke daden ze niet konden bevatten. Ze moeten hem wel voor een ontmaskerde **bedrieger** heben gehouden, en wat moesten ze met hun eigen identiteit: uit een incestueuze relatie geboren de halfbroers van je eigen vader te zijn? Is hun verwarring en afkeer niet invoelbaar?

De schrijver geeft met zijn verhaal een boodschap aan de Grieken in de overgangsfase van matriarchaat naar patriarchaat: incestueuze relaties zijn aan de mensen verboden, ook als het om een koningshuis gaat. Maar dat is niet wat Freud ervan gemaakt heeft. Freud neemt aan dat Oidipous er op uit was zijn moeder te veroveren, maar waarom doorstak hij zich dan de ogen toen hij het besefte? Omdat hij het stiekem wilde houden? Ja, zo kun je wel doorgaan! Als dit echter de clou was hadden zo begaafde dramaturgen als Sophokles en vele anderen het conflict dat zich in de jongeman afspeelde rondom zijn veronderstelde incestueuze en vadermoordenaars-verlangens ongetwijfeld in hun drama verweven, **quod non**.

Voorts speelt het thema van de mogelijke gevaren van te grote concurrentie tussen vaders en zoons. In het verhaal wordt echter duidelijk aangegeven dat deze in de eerste plaats door **vader** wordt gevoeld. **Laïos** voelt zich bedreigd maar het gaat niet aan patricide wensen in zijn zoon te projecteren. Wat een dramatische overdrijving trouwens, dus typisch hysterisch-neurotisch, echte involutieproblematiek bij een jonge vader! Al is de verhouding tussen vaders en zoons een intrigerend probleem, het is normaal gesproken toch geen strijd op leven en dood, enkele koningsdrama's

van Shakespeare daargelaten.

Een andere vondst van Freud kwam voort uit de verhalen van zijn vrouwelijke patiënten over door hun vaders, broers, ooms, grootvaders opgedrongen seksuele gemeenschap. Hij geloofde die verhalen en hield er een opzienbarende lezing over voor zijn Weense collegae. Maar in plaats van bijval oogste hij verontwaardiging en dreigde uitstoting uit hun elite kring. Helaas was Freud een man die altijd bang was niet als wetenschapper te worden geaccepteerd en volgde hij de opportunistische redenering van Koning Henry: 'Paris vaut bien une messe'. Hij stelde zijn verhalen bij en bedacht dat zijn patiënten (N.B. uit de gegoede burgerklasse, veelal dochters van zijn collegae, dus U begrijpt het dilemma!) slechts hun perverse, wensvervullende **fantasieën** hadden verteld. Met andere woorden: die **meisjes** deugden niet. Dus ook hier ontkennde hij de rol van de **vaders** en verzong hij het oedipuscomplex van de vrouw. Waarom? heel logisch, want in die Weense maatschappij mocht de autoriteit van de patriarchale vader niet worden aangetast, dus werden allerlei kwalijke wensen aan de **kinderen** toegedacht. Sinds Anna Freud, die haar leven heeft gewijd aan het bewijzen dat haar vader gelijk had, noemen we dit mechanisme **projectie**. Tegenwoordig weten we helaas maar al te goed dat de **eerste** versie van Sigmund Freud correct was, omdat **nu** pas het taboe op het naar buiten brengen van incest is opgeheven.

De Freudiaanse leer was in vele opzichten origineel. Zo bv. op het punt dat werd nagedacht over hoe neurotische stoornissen **ontstaan**. Er werd relatief weinig belang gehecht aan **erfelijke** factoren en des te meer aan **psychogene** factoren in de vroege kinderleeftijd. **Traumatische** ervaringen leiden tot levenslange ellende; **goede** ervaringen leveren het fundament voor een voorspoedige ontwikkeling. Draaide aanvankelijk nog alles om het Oedipuscomplex, allengs werden de zg. **preoedipale** fases belangrijker, dwz. de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

De leer werd vlak voor en tijdens de tweede wereldoorlog naar overzee geëxporteerd en is vooral in de Verenigde Staten sterk gepopulariseerd. Niet alleen de psychiatrie, maar bv ook het **maatschappelijk werk** en de media raakten ervan doordrongen.

Sedert de veertiger jaren werd de **moeder-kindrelatie** steeds belangrijker en verdween vader uit het beeld. Iokaste's matriarchaat was herbevestigd.

In de begintijd van de opbloei van de MOB's hadden de **moeders** het allemaal gedaan. Hoe was men tot zulke ongehoorde beschuldigingen gekomen? Met name door twee onderzoekers: René Spitz en John Bowlby. Spitz observeerde kinderen en moeders in extreem slechte omstandigheden: in **gevangnissen** en in een **vondelingen-tehuis**. Het trauma van de **affectieve verwaarlozing** was geboren. Bowlby heeft in opdracht van de VN onderzoek verricht naar het lot van kinderen die in Engeland waren geëvacueerd en gebruikte de term **hospitalisme**. Hoewel bepaalde conclusies zeker gerechtvaardigd waren en de aanzet tot belangrijke verbeteringen hebben gegeven, maakten beide onderzoekers dezelfde methodologische fout als Freud: op grond van casuïstische observaties van geselecteerd patiëntenmateriaal en zonder langdurige **follow-up** postuleerden zij universele wetten. Bv. dat **elke** korte of langere scheiding van moeder onvermijdelijke en catastrofale en blijvende gevolgen heeft voor het kind.

De gevolgen van deze uitspraken zijn rampzalig geweest, omdat ze geleid hebben tot een onechte, honingzoete opvoedingscultuur waarin de ouders zich door hun aangepraat schuldgevoel laten leiden. Bowlby schreef: "Moederliefde is even belangrijk als vitamines en eiwitten". Wat een vergelijking! Het is niet voldoende je kind goed te eten te geven en te verzorgen, nee je moet aan alles voldoende scheppen moederliefde toevoegen. Als het kind verdrietig is, zich verveelt, niet gedijt, zich niet goed gedraagt of problemen geeft, is dat **dus** het gevolg van onvoldoende liefde, **dus** de schuld van **moeder**.

Dit ging erin als koek. Ook als moeders ogenschijnlijk haar best hadden gedaan werd aangenomen dat de liefde wel niet echt geweest zal zijn, dat ze haar kind **onbewust afwees** etc. Het staat immers als een paal boven water: het kan alleen maar door een tekort aan liefde zijn gekomen.

Arme moeders.

Arme kinderen ook. Want wat een geforceerde, verwennende, verstikkende, ambivalente, bemoeizuchtige liefdespraktijken waren dat van die moeders.

En de vaders? Die moesten er met de haren bijgesleept worden. Het opvoeden lieten ze maar liever aan 'Moeder de Vrouw' over. Een taak van de vaders werd te zorgen dat moeders niet bovenop hun opgroeiende kinderen bleven zitten zodat hun kinderen zich op verantwoorde wijze konden losmaken en verzelfstandigen.

Resumerend: Freud is de ontdekker van het psychotrauma en heeft het belang van andere factoren naar de achtergrond geschoven. Deze ontwikkeling is na zijn dood voortgezet zodat op een gegeven moment iedereen ervan overtuigd was:

- a) dat psychotraumatische ervaringen op jonge leeftijd **onherstelbare** sporen nalaten;
 - b) als er iets misgaat in de ontwikkeling van het jonge individu is dat in de eerste plaats de schuld van moeder.
- Dat waren de 'idées préconçues' van de zestiger jaren.

Wat blijft er van het Oedipuscomplex over? Ik durf de volgende stellingen aan:

- 1) Dat incestueuze en patricide neigingen het universele en centrale thema van de kleuter in relatie tot zijn ouders zou vormen berust op foutieve inlegkunde in de klassieke mythe en is dus een typisch freudiaanse confabulatie. Het patiëntenmateriaal waarop Freud zich beroept is casuïstisch en zeker niet representatief om er zo'n verstrekkende generalisatie op te funderen.
- 2) Waar incestueuze en/of levensbedreigende agressieve neigingen en handelingen in gezinnen zijn vast te stellen, spelen de ouders een zeer actieve rol en kan men de kinderen beter in termen van **slachtoffer** beschrijven. Zulke situaties zijn echter pathologisch en lenen zich niet tot generalisatie naar een universeel 'Laïos & Iokaste-complex'.
- 3) Te beweren dat kinderen er op uit zijn zulke gedragingen (incest en/of mishandeling) bij hun ouders uit te lokken is een ongehoorde omdraaiing en is vergelijkbaar met de constructie van de witte muizen die hun onderzoeker manipuleren.

4) Voorzover men de driehoeksprocessen tussen vader, moeder en kind in termen van het Oedipuscomplex wil beschrijven, levert de adolescentiefase meer materiaal dan de peuter/kleuterfase. Dat wordt trouwens ook door de mythe zelf geïllustreerd! Die processen echter terug te projecteren op de zg. oedipale fase is onjuist - dit terugredeneren uit latere fasen naar de kinderfasen beschouw ik als de kardinale fout van Sigmund Freud.

Referenties

Graves, Robert (1955) The Greek Myths, Volume two. Penguin Books
R.&.R Clark Ltd, Edinburgh

Sophocles, (ca 430 v.Chr.) Koning Oidipous, in Nederlandse vertaling verschenen in Sophocles Tragediën bij de Nederlandsche Boekhandel te Antwerpen (1972).

Sophocles, (ca 401 v.Chr.) Oidipous te Kolonos, in Nederlandse vertaling verschenen in Sophocles Tragediën bij de Nederlandsche Boekhandel te Antwerpen (1972).

Opmerkingen bij het volgende

Kees van der Velden

Zoals U weet komt eind dit jaar uit: Directieve therapie 3.

Om de hoofdstukken van dit boek enigszins met elkaar in verband te brengen schreef ik een Woord vooraf en een Inleiding.

Deze Inleiding volgt hierna.

Zij zou als een 'update' van eerdere inleidingen gezien kunnen worden.

Het lijkt of nu weer opnieuw vastgesteld wordt wat directieve therapie is.

De verwijzingen naar de hoofdstukken zult U niet precies kunnen volgen, maar wanneer het boek eenmaal uit is zult U zelf kunnen vaststellen dat niemand onrecht is gedaan.

Inleiding: Ontwikkelingen in de directieve therapie

Kees van der Velden

De directieve therapie is sinds het verschijnen van Directieve therapie 1 en 2 niet hetzelfde gebleven.

De 'cliënten' van elf en acht jaar geleden heten nu bijna zonder uitzondering 'patiënten'.

Deze 'patiënten' zijn minder vaak paren met relatieproblemen en vaker mensen met 'paniekstoornissen', 'stoornissen in de impulscontrole' - mensen met aandoeningen. Wanneer zij te veel geld vergokken wordt dit niet 'te veel geld vergokken' genoemd, maar 'pathologisch gokken'.

'Paradoxe communicatie' wordt minder vaak vastgesteld, een 'tekort aan sociale vaardigheden' des te vaker.

Wij denken niet zo vaak meer dat onze patiënten 'one up' willen zijn of dat zij ons of hun gezinsleden willen manipuleren.

'Horror'-technieken zal men in dit boek vergeefs zoeken.

Eerder worden onzekerheid en onmacht bij patiënten beschreven dan 'agressie van moeder naar vader toe' of 'dubbele boodschappen'.

Zijn de patiënten en cliënten veranderd? Misschien.

De directieve therapeuten van het eerste uur zijn in elk geval wel veranderd. Zij zijn onder andere ouder geworden en sommigen van hen kunnen zich zelfs op een loopbaan beroemen. Werd directieve therapie zeven jaar geleden nog als 'jongensachtig' gekwalificeerd (Rooymans, 1981) - wat wij heel aardig vonden -, recent stelde een autoriteit tevreden vast dat de directieve therapie 'volwassen' was geworden (Wijngaarden, 1986). We moeten dus uitkijken.

In deze inleiding worden enkele ontwikkelingen in de directieve therapie besproken en in verband gebracht met hoofdstukken uit dit boek.

Begonnen wordt echter met een opsomming van de kenmerken en uitgangspunten van de directieve therapie die in de delen 1 (Van der Velden & Van Dyck, 1977) en 2 (Van Dyck et al., 1980) beschreven zijn, en die later in een andere vorm zijn besproken door Van der Velden & Van der Hart (1986) en Van Dyck (1988). Wij zullen bezien in hoeverre deze uitgangspunten nog steeds geldigheid hebben. De opsomming is overigens niet geschikt om de kenmerken van directieve therapie goed te leren kennen. De lezer moet daarvoor de genoemde overzichten raadplegen.

1 De therapeut geeft aanwijzingen (directieven).

Dit kenmerk is geenszins verouderd, maar misschien zou de omschrijving toch moeten luiden: De therapeut geeft aanwijzingen die door de patiënten als zinvol en passend worden ervaren. In opleidingen en supervisies blijkt namelijk dat de oorspronkelijke omschrijving wel wordt opgevat als een aanmoediging om zoveel mogelijk aanwijzingen te geven, dan wel als een aanmoediging om onder alle omstandigheden aanwijzingen te geven. Directie therapie is dan een behandelingsstrategie voor therapeuten met defecten in het inlevingsvermogen, die anderen graag zeggen hoe ze leven moeten.

Degene die de aanwijzing krijgt moet er ten minste iets in zien; anders kan zij beter achterwege gelaten worden. (Dat het bij dit geven van aanwijzingen in wezen om samenwerking tussen een patiënt en een therapeut gaat, wordt o.a. duidelijk in de commentaren van patiënten in de hoofdstukken 14 en 19 van dit boek.)

2 Het aantal zittingen wordt beperkt gehouden.

Dit uitgangspunt is onverminderd actueel. Er moge aan herinnerd worden dat het bedacht is om patiënten die na bijv. twaalf zittingen resultaat willen zien van dienst te zijn, en niet om mensen die naar een landurige therapie verlangen te dwarsbomen.

De meeste directieve therapieën zullen na een zitting of twaalf wel afgesloten kunnen worden. Dit wordt in bijna alle in dit boek beschreven behandelingen geïllustreerd.

Toch zijn er legio uitzondering op deze regel.

De patiënte met eetstoornissen uit hoofdstuk 19 bijv. had, gezien haar problemen, meer zittingen nodig.

Voor chronisch psychotische patiënten is het belangrijk is dat zij zich welkom weten (zie hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5). Hun bezoek dient eerder aangemoedigd dan afgehouden te worden. Psychotische mensen die gemakkelijk wegblijven zouden wellicht eerder een premie voor het bijwonen van therapiezittingen moeten krijgen, dan dat zij, wegens een tekort aan gemotiveerdheid, aan hun lot worden overgelaten. Wie bij een geval van kindermishandeling na vijf huisbezoeken voor het eerst de vader te spreken krijgt, moet proberen met deze vader iets aardigs op te bouwen en niet beginnen over huiswerk en opdrachten en weinig tijd.

Het getuigt van een te gebrekkige kennis van psychopathologie en menselijke problematiek wanneer therapeuten van hun patiënten verlangen dat zij hardnekkige stoornissen met wat oefenen en huiswerk in enkele zittingen overwinnen.

Een goede reden om een therapie langer te laten duren is trouwens dat er steeds maar weer nieuwe successen geboekt worden (Van der Velden & Van Dyck, 1977).

In supervisies wordt wel de ervaring opgedaan dat sommige therapeuten

hun behandelingen afsluiten voor er een meer persoonlijke kennismaking met de patiënt heeft kunnen plaatsvinden. Men vindt bij deze therapeuten een te gering vertrouwen in de mogelijkheden die door belangstelling en medeleven ontstaan.

3 Er wordt met concrete en welomschreven doelen gewerkt.

Het is nog steeds prettig om duidelijke resultaten te bereiken. Wanneer een goede verstandhouding met de patiënt bemoeilijkt zou worden door het aandringen op concreetheid en haalbaarheid, mag de therapeut hier gerust wat mee talmen. Wanneer de therapeut zelf eigenlijk geen idee heeft van wat hij moet doen, kan hij vragen of hij nog eens over de problemen mag nadenken of met een collega overleggen. De patiënt denkt dan niet dat hij een domme therapeut heeft.

Mensen die verdrietig of overstuur zijn, bijv. omdat zij iets ergs hebben meegemaakt, waarderen het meer wanneer therapeuten goed naar hen luisteren dan wanneer deze therapeuten hun uitleggen dat zij in een beperkt aantal zittingen concrete doelen willen nastreven.

4 De klachten worden in een gunstige context geplaatst.

Dit lijkt alleen maar echt kwaad te kunnen wanneer de therapeut niet onderkent dat de patiënt een gevaarlijk persoon is die op het punt staat iets zeer schadelijks te ondernemen, dat de therapeut zou kunnen verhinderen wanneer hij een en ander wel had onderkend. Dit schijnt niet heel vaak voor te komen (of we hebben er te weinig ervaring mee).

5 Directieve therapie is pragmatisch.

In directieve therapie geldt dat wat helpt belangrijker is dan wat zou moeten helpen. Het is onze taak uit te zoeken waar een patiënt mee geholpen zou zijn. Wanneer depersonalisatieklachten door een meer geregelde levenswijze niet verminderen, kan bijv. gekeken worden of ze wellicht op de vlucht gaan voor medicatie, en als de ene soort medicatie niet helpt kan gekeken worden of met een ander soort toch geen goede resultaten bereikt kunnen worden. Aan een verantwoorde toepassing van dit uitgangspunt is hoofdstuk 3 - Veranderen van strategie - gewijd.

6 Directieve therapie is gericht op actie.

Wil de klacht of het probleem afnemen, dan moet er meestal iets gebeuren in het leven van de patiënt. Men moet iets gaan doen dat men voorheen niet deed, of juist iets nalaten. De ervaringen van de afgelopen acht jaar hebben geen aanleiding gegeven om hierover anders te gaan denken. De uitzonderingen op de regel zijn verwant aan de uitzonderingen die onder de punten 1, 2 en 3 werden genoemd.

7 De directieve benadering is eclecticisch.

De argumenten voor eclecticisme zijn de laatste jaren slechts toegenomen. Verenigingen voor psychotherapie die het als hun voornaamste opdracht zien het gedachtegoed van hun gestorven voorman te verdedigen, staan misschien toch niet zo open voor ontwikkelingen in de wetenschap en in de maatschappij als voor de vorming van all-round psychotherapeuten gewenst zou zijn.

Zie hoofdstuk 1 voor een uitgebreide bespreking van de theoretische en praktische aspecten van de eclecticische benadering.

8 De 'omgeving' wordt zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken.

Op dit punt zijn er wel veranderingen in de directieve werkwijze te constateren. Het 'zoveel mogelijk' lijkt nu wat overdreven, al is het voor veel directieve therapeuten, inclusief mijzelf, routine om de patiënt enkele malen in het bijzijn van diens partner te spreken.

De tijd dat directieve therapie als een soort toegepaste systeemtheorie gezien kon worden, ligt achter ons. Ik kom hier dadelijk op terug.

9 Directieve therapie is voor 'gewone mensen'.

Nog steeds goed een goed kenmerk, als 'ongewone mensen' maar niet buitengesloten worden. Met dit uitgangspunt wordt overigens mede bedoeld dat directieve therapeuten de liefhebbers van voor ons moeilijk te begrijpen therapiestromingen hun voorkeuren niet misgunnen.

10 Directieve therapie is voor mensen met 'klachten'.

Dat dit uitgangspunt in hoge mate actueel is wordt in bijna alle hoofdstukken van dit boek geïllustreerd. Er is op dit moment misschien zelfs enige onderwaardering van het ongeluk dat door ruzies en onbegrip tussen partners en gezinsleden kan ontstaan.

11 In directieve therapie worden de zg. non-specifieke therapiefactoren optimaal benut.

Iedere vorm van therapie heeft wel in enige mate succes, los dus van de specifieke technieken die de therapeuten gebruiken. Blijkbaar zijn er in de psychotherapie placebofactoren werkzaam. Van het scheppen van verwachtingen, het bieden van een perspectief en het aanbieden van een verklaring voor de klachten, zou op zichzelf al een therapeutisch effect uitgaan. Met het hierboven genoemde uitgangspunt, uitgebreid en leerzaam beschreven in Van Dyck (1985, 1986; zie ook hoofdstuk 1 en hoofdstuk 2 van dit boek), wordt bedoeld dat in directieve therapie deze niet aan een school of richting gebonden gemeenschappelijke placebofactoren hun beste toepassing vinden.

Dit uitgangspunt is allerminst verouderd.

De praktijk van de directieve therapie laat zien dat dit in veel gevallen meer een ideaal dan een kenmerk is.

Overzien we de uitgangspunten van de directieve therapie, dan moet de conclusie luiden dat ze weliswaar voor het grootste deel nog steeds karakteristiek zijn, maar dat de soms karikaturale toepassing in de praktijk hier en daar enige relativering nodig maakt.

Als alles waar was geweest wat we in eerdere publikaties over therapie schreven, en de werkelijkheid was gelijk gebleven, dan had dit boek niet hoeven verschijnen, want de bevolking van Nederland was intussen al enkele jaren gelukkig of ten minste geestelijk gezond geweest. Zoals de lezer weet is dit niet gebeurd.

Er zijn kennelijk redenen om verder te zoeken, de hoop op nieuwe benaderingen te vestigen, nieuwe interventies uit te proberen, oude strategieën te vervangen.

In het onderstaande overzicht heb ik geprobeerd enkele veranderingen te beschrijven die mij kenmerkend lijken voor de ontwikkeling van de directieve therapie.

1 Er wordt minder nadruk gelegd wordt op het unieke van de patiënt en diens problemen, en meer op datgene waarin patiënten en problemen met elkaar overeenkomen.

In deel 1 en 2 werd benadrukt dat iedere patiënt uniek is, dat ieder probleem anders is, en dat het de taak van de therapeut is een antwoord te vinden op de vraag: 'Wat helpt bij dit probleem bij deze patiënt in deze situatie?'

Het is zonder meer juist dat dit de taak van therapeuten is, maar de veronderstelling dat wij zouden weten wat ieders unieke persoonlijke behoeften zijn en dat wij vervolgens iets unieks kunnen bedenken waarmee deze unieke behoeften bevredigd kunnen worden, doet nu een beetje overdreven aan.

In zijn bespreking van de bezwaren tegen classificatie in de psychiatrie ontwikkelt Kendell (1983) de volgende redenering. Aan ieder mens kunnen drie soorten aspecten onderscheiden worden. Ten eerste de aspecten die ieder mens met ieder ander mens deelt. Ten tweede de aspecten die de mens met meerdere andere mensen deelt, maar niet met allemaal. Ten derde de aspecten die uniek zijn voor deze mens.

Classificatie houdt een concentratie in op de aspecten die iemand deelt met sommige anderen.

Bij het gebruik van therapieprogramma's en therapieprotocollen is hetzelfde het geval. Men pretendeert niet een oplossing te bieden voor een hoogstpersoonlijke stoornis, maar voor een stoornis die overeenkomt met de stoornissen van andere patiënten. Dit boek bevat tal van voorbeelden van effectief geachte of bevonden procedures en programma's, die niet

helemaal toegesneden zijn op de patiënt, maar waarop de patiënt zich zelf ook een beetje moet toesnijden (zie bijv. de hoofdstukken 4, 5, 9, 11, 12 en 17, waarin bepaalde therapeutische procedures toegepast worden op groepen patiënten, maar zie ook de zg. N=1-studies oftewel de gevalsbeschrijvingen, die immers niet in dit boek opgenomen zouden zijn wanneer de beschreven oplossingen uitsluitend waarde hadden voor die enkele patiënten zelf).

In de directieve therapie geldt Milton Erickson als symbool van de 'unieke' benadering (zie hoofdstuk 20); de meer in programma's en protocollen denkende stroming wordt vooral vertegenwoordigd door de gedragstherapeuten (zie hoofdstuk 2).

In de geneeskunde is het erg verstandig gebleken om niet iedereen als een uniek individu te behandelen. Door patiënten met een manisch-depressieve psychose als enigszins met elkaar overeenkomend te beschouwen en bij allen te kijken of zij misschien baat zouden kunnen hebben bij lithiumtherapie, kon het aantal mensen dat tegen hun zin in een inrichting opgenomen moest worden, drastisch afnemen (Slooff et al., 1988).

Onderzoekers als Van Dyck en Emmelkamp lijken te menen dat het nut van een dergelijke benadering in de psychotherapie intussen bewezen is (zie ook hoofdstuk 1). De vertegenwoordigers van de 'unieke' benadering komen er om een of andere reden erg moeilijk toe hun evt. gelijk te documenteren.

2 De zg. systeemtherapie is minder invloedrijk geworden, de gedragstherapie des te meer.

Deze ontwikkeling wordt erg duidelijk wanneer men de inhoud van dit boek met de inhoud van deel 1 en 2 vergelijkt.

Volgens de schrijvers van hoofdstuk 2 kunnen gedragstherapeuten veel van de directieve visie op 'systemen' leren, maar dan moet dit punt in de directieve therapie niet verwaarloosd worden.

Heeft iemand het ongeluk door een schizofrene psychose getroffen geworden, dan wordt in dit boek niet de vraag gesteld op welke wijze deze psychose bijdraagt aan de verhulling van relatieproblemen tussen de ouders, maar hij krijgt medicijnen en de ouders worden gesteund in de wijze waarop zij met hun moeilijke zieke omgaan (zie hoofdstuk 4). Vaak worden de ouders of partners domweg buiten beschouwing gelaten (bijv. hoofdstuk 5, 12, 15). Wanneer het verband tussen een stoornis en de aard en kwaliteit van de relatie met de partner nauwgezet onderzocht wordt, zoals in hoofdstuk 10 gebeurt, blijkt die relatie niet of bijna niet of helemaal niet of alleen maar een heel klein beetje te bestaan.

De verstandhouding tussen de directieve therapie en de zg. systeemtherapie is ietwat verstoord geraakt. Dit ligt niet alleen aan ons. De nalatigheid van de zg. systeemtherapeuten bij het documenteren van de resultaten van hun inspanningen maakt het moeilijk om het vertrouwen in

deze werkwijze te doen toenemen. Het *dédain* waarmee bijv. Haley de betekenis van individuele pathologie negeert, maakt zijn werkwijze in onze ogen in veel gevallen onverantwoord (vgl. Lange, 1982; Hoogduin, 1986). De directieve therapie blijft natuurlijk gekenmerkt door de vanzelfsprekendheid en aardigheid waarmee ouders en familieleden bij behandelingen betrokken worden, maar het dogmatische - 'Indien Ria niet meekomt kan de zitting geen doorgang vinden' - is er af. We proberen het dan een keertje zonder Ria.

Wie uit de inhoud van dit boek de indruk krijgt dat in de directieve therapie de belangstelling voor relatieproblemen plotseling is teruggelopen, moet weten dat belangrijke Dth-publicaties over dit onderwerp in de boeken van Lange (1987) en Vansteenwegen (1983) terechtgekomen zijn. Men vindt daarin gelukkige combinaties van elementen uit de gezinstherapie en de gedragstherapie. De inspiratie die van de gedragstherapie uitgaat blijkt in dit boek vooral in de delen die aan angststoornissen, stoornissen in de impulscontrole en eetproblemen gewijd zijn.

3 De waarde die aan klinische indrukken en theorieën wordt toegeschreven neemt af, de waarde die aan empirisch onderzoek wordt toegekend neemt toe.

Ingrijpende klinische theorieën zijn soms op weinig observaties gebaseerd. Een aardig voorbeeld biedt het beroemde artikel van Fry over agorafobici en hun partners uit 1962 (ook besproken in hoofdstuk 10). Fry stelt onder andere dat deze partners in wezen zelf ook fobisch zijn, maar dat ze zich achter de officiële symptoomdrager verschuilen. Deze theorie maakte indertijd diepe indruk op mij. Toen ik de partners van agorafobici ging vragen naar hun eigen angsten, en zij ontkenden ook maar enigszins last van agorafobie te hebben, ging ik niet twifelen aan de juistheid van de theorie, maar aan mijn interviewtechniek. Ook heb ik wel gedacht dat zij mij bedrogen.

Intussen is duidelijk geworden dat Fry's theorie slechts op waarnemingen bij enkele curieuze gevallen was gebaseerd.

Maar ook theorieën die wel hout snijden worden aanvankelijk op een klein aantal waarnemingen gebaseerd. Tegen dit kleine aantal bestaat op zichzelf geen bezwaar, zeker niet wanneer de veronderstellingen op bescheiden wijze gepresenteerd worden, maar zonder verder empirisch onderzoek zal men er vaak niet achter kunnen komen of de veronderstellingen waar zijn of niet.

De psychiatrie en de psychotherapie zijn volgestouwd met mythen en veronderstellingen waarvan onbekend is of ze waar zijn. Voorbeelden: Klachten van de adolescent hebben een functie voor het gezin. De patiënt met een conversieverschijnsel heeft veel secundaire ziekte winst. Patiënten hanteren strategieën. Patiënten met kanker kroppen hun emoties op.

Veelvuldige echtelijke ontrouw leidt tot depressies. Het narcisme neemt toe. Alle mensen zijn hypnotiseerbaar.

Misschien zijn deze en dergelijke veronderstellingen juist, maar misschien ook niet. Omdat het voor een humane bejegening van patiënten niet goed is om er kwaadaardige mythen over hen op na te houden, zijn directieve therapeuten voorstanders van empirisch onderzoek naar de waarde van dergelijke veronderstellingen.

Empirisch onderzoek is ook belangrijk om een indruk te krijgen van de reikwijdte en diepgang van de veranderingen die met psychotherapie tot stand gebracht kunnen worden. Door alleen op de anekdotes van therapeuten af te gaan schijnt men toch een onjuist beeld te krijgen. Hoewel in de directieve therapie grote waarde gehecht wordt aan empirisch onderzoek - vrijwel elk hoofdstuk in dit boek getuigt daarvan -, hebben niet alle belangrijke directieve therapeuten even hoge verwachtingen van wat het onderzoek naar de effecten van verschillende therapievormen ten slotte voor de patiënten zal opleveren.

5 De relatie tussen patiënt en therapeut is eenvoudiger geworden.

Tien jaar geleden dachten de schrijvers van de delen Directieve therapie 1 en 2 dat zij de strategieën van hun patiënten aardig door hadden.

Op pogingen van patiënten om 'one-up' te worden volgden metacomplementaire oftewel paradoxale tegenmanoeuvres om de greep naar de macht te verhinderen. Voor wie de terminologie niet begrijpt: Wanneer patiënten het therapie-uur zwijgend doorbrachten, werd dit geïnterpreteerd als een poging de therapie onder controle te houden. Het onder controle houden van de therapie was echter de taak van de therapeut, maar als die zou zeggen: 'Lieve mevrouw, zegt u toch alstublieft iets!', zou de patiënt kunnen volharden in haar zwijgen en daarmee de therapeut het onderspit laten delven. Dus zei de directieve therapeut: 'Het is mij wel duidelijk dat u iemand bent die goed over de dingen nadenkt en niet lichtvaardig tot een uitspraak komt. U hoeft u echt niet te haasten.' Met zo een (paradoxale) zet kreeg de therapeut weer controle over de therapie, want wanneer de patiënte zou blijven zwijgen zou ze dat nu in opdracht van de therapeut doen, en mocht ze toch gaan spreken (veel aldus bejegende patiënten gingen inderdaad spreken) dan zou de zitting gewoon voortgang vinden.

Opende de patiënt met: 'U kunt me waarschijnlijk toch niet helpen', dan werd dit gemakkelijk opgevat als een poging de therapeut te diskwalificeren. Op deze poging moest natuurlijk niet gereageerd worden met: 'O, we kunnen best wel veel hoor!' of: 'Als u het niet probeert zult u het nooit weten', maar met: 'Verstandig, om niet met te hoge verwachtingen te beginnen.'

Prettige gesprekken konden volgen.

Ik heb een aantal medestanders van tien jaar geleden gevraagd of zij ooit nog de indruk hebben dat hun patiënten een machtsstrijd voeren, waarop zij met paradoxale ingrepen moeten reageren. Hun antwoord was nee. Doen zich dergelijke situaties dan niet meer voor? Ja, zeker wel. Reageren we nu dan zo heel anders? Nee.

Maar wanneer nu gezegd wordt dat de patiënt waarschijnlijk een voorzichtig iemand is die nadenkt voor ze iets zegt, dan is dat omdat we de patiënt waarschijnlijk een voorzichtig iemand is, en wanneer nu gezegd wordt dat het verstandig is om met niet te hoge verwachtingen te beginnen, dan is het omdat beginnen met hoge verwachtingen vaak niet verstandig is.

Als de patiënten niet merkten om welke redenen wij indertijd zulke vriendelijke opmerkingen maakten, hebben ze ons gewoon aardig gevonden en zich misschien daarom extra ingespannen.

Machtsstrijd tussen therapeuten en patiënten komt in dit boek bijna niet voor.

Het idee dat directieve therapeuten patiënten en hun strategieën doorhebben is belangrijk afgenomen.

Therapeuten zijn in dit boek geen tovenaars of strategen, maar coaches, raadgevers en supporters.

Patiënten zijn misschien veranderd, therapeuten zijn zeker veranderd, maar de organisatie van de geestelijke-gezondheidszorg is erg veranderd.

In de plaats van de geneesheer-directeur met zijn boekhouder is er een legioen managers, middle managers, case managers, coördinatoren, beleidsmedewerkers en staffunctionarissen aangetreden, die, voorzien van de juiste administratieve ondersteuning, nota's over 'patiëntenstromen' opstellen, indicatiebesprekingen entameren, nieuwe formulieren ontwerpen, nieuwe vergadertechnieken uitproberen en onkostennota's fiatteren.

De lezer weet dat therapie, ook directieve therapie, veel goede dingen kan doen voor patiënten, maar de therapietechnieken zijn nog niet zo effectief dat hartelijkheid tegenover patiënten, het voor hen klaarstaan en iets extra's voor hen over hebben al afgeschaft kunnen worden.

In de moderne bureaucratische geestelijke-gezondheidszorg heeft de directieve therapie het dus moeilijk.

Referenties

- Dyck, R. Van (1985). Is psychotherapie een placebo? Dth 5 (2), 104-144.
- Dyck, R. Van (1986). Psychotherapie, placebo en suggestie. Dissertatie RU Leiden.
- Dyck, R. Van (1988). Directieve therapie. In: P.E. Boeke, A.P.Cassee & C.J.van der Staak (red.), Psychotherapie in Nederland. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. Van, Hart, O. van der, Velden, K. van der & Oudshoorn, D. (1980). Wat is directieve therapie? (2); vijf programmatische uitgangspunten. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Fry, W.F. (1962). The Marital Context of an Anxiety Syndrome. Family Process 1 (2), 245-252. Ook in D.D.Jackson (Ed.) (1970), Therapy, Communication, and Change: Human Communication, Volume 2. California: Science and Behavior Books.
- Hooft, C.A.L. (1986). Vandaag geschreven, gisteren al klaar. Dth 6 (3), 247-249.
- Kendell, R.E. (1983). Diagnosis and Classification. In R.E.Kendell & A.K.Zealley, Companion to Psychiatric Studies, Third Edition. Edinburgh, London, Melbourne and New York: Churchill Livingstone.
- Lange, A. (1982). Antwoord aan Van Maanen. Dth 2 (3), 265-267.
- Lange, A. (1985). Gedragsverandering in gezinnen. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (1987), Strategieën in directieve therapie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Rooymans, H.G.M. (1981). Het vóór en tegen van directieve therapie. Dth 1 (3), 204-212.
- Slooff, C.J., Bouman, T.K., Niemantsverdriet-van Kampen, G.J., Ormel, J. (1988), Lithiumprofylaxe. In C.A.L. Hoogduin, B.P.R. Gersons, H.G.M. Rooymans & K. van der Velden (red.), Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1985-1986. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vansteenkamp, A. (1983). Helpen bij partnerrelatieproblemen. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der & Hart, O. van der (1985/1986). Directieve psychotherapie en de psychiatrie. In C.A.L. Hoogduin, B.P.R. Gersons, H.G.M. Rooymans & K. van der Velden (red.), Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1985-1986. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der & Dyck, R. Van (1977). Wat is directieve therapie? In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wijngaarden, H. (1986), Bespreking van Eclectische psychotherapie. Tijdschrift voor psychotherapie 6, 1986.

Over de toekomst en Grote Oude mannen.

Kees Hoogduin.

De laatste jaren zijn wij ouder geworden; de een meer ouder, gelukkig, dan de ander.

Kjell Waara, hoofdredacteur van het Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, vroeg mij enige maanden geleden of ik de Nederlandse Grote Oude man was van de hypnose. Na enige aarzeling kon ik hem vol vreugde vertellen dat ik dat niet was. De echte Nederlandse Grote Oude man was Richard van Dyck. Kjell, niet mis, sloeg direct munt uit deze informatie: hij vroeg me of de Nederlandse Grote Oude man nog leefde. Ik kon deze vraag bevestigend beantwoorden en er zelfs aan toevoegen: "En niet zo'n beetje ook. Hij peurt er alles uit."

De fameuze Kjell besloot onmiddellijk - gewiekst chief editor als hij is - de Nederlandse Grote Oude man middels beeld en woord in zijn tijdschrift vast te leggen.

Wij slaagden erin deze internationale hommage aan onze vriend te bemachtigen. Wij hechten eraan deze blijde gebeurtenis voor Richard en indirect door de afstraling ook voor ons in ons eigen T.D.T. te boekstaven.

Richard Van Dyck:
M.D., Ph.D.

Future Oriented Hypnotic Imagery: Description of a Method



Richard Van Dyck, M.D., Ph.D., Professor of Psychiatry at the Free University of Amsterdam is the Grand Old Man of hypnosis in the Netherlands and has published a large number of articles on hypnosis and psychotherapy. He works at the Valerius University Clinic in Amsterdam and is past president of the Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie.

Abstract

A description and case example of a method is given, based on a modification of Erickson's Pseudo-orientation in time. Salient features are that patient's descriptions of the therapeutic goal are used as material for hypnotic imagery, which is taped. The rationale and possible therapeutic mechanism of the method are discussed.

Sammanfattning

I denna artikel beskriver Dr. Richard Van Dyck en modifiering av Milton H. Erickson's "Pseudo-orientering i tid". Ett framträdande drag i denna metod är att patientens egen beskrivning av terapeutisk målsättning används som underlag för fantasiövningar under hypnos, vilket också spelas in på band. Tänkbara terapeutiska mekanismer diskuteras.

Address for correspondence:

Richard van Dyck, Ph.D.
Free University of Amsterdam
Valeriuskliniek,
Valeriusplein, 9
1075 BG Amsterdam
The Netherlands

roduction

The purpose of this paper is the description of a therapeutic method which has been used in several clinical research projects (Van Dyck et al, 1982, a and b). The early foundation of the procedure is a well known article by Milton Erickson (1954) in which he described "pseudo-orientation in time" as a hypno-therapeutic procedure." In this he presented some case studies in which he helped people overcome fears and depression by having them, in deep hypnosis, reorient towards a future time when their problems are relived.

Without further therapeutic suggestions, this hallucinated reorientation, repeated a few times, apparently activated the patient's problem solving capacities, enabling them to overcome or alleviate their symptoms.

In this article, Erickson argued that the active element of his method is having people prepare themselves for different actions and that an action once initiated tends to continue. As an example, he pointed to "...the writing, after much indecision, a letter accepting a new position. Once it has been written, even though not yet mailed, there develops immediately a profound feeling that the die has been irrevocably cast. There results then a new psychological orientation of compelling force, effecting a new organization of thinking and planning." Furthermore, Erickson stressed the importance of keeping these fantasies out of conscious awareness through suggestions for amnesia.

In this view conscious fantasies tend to be unrealistic and reflect wishful thinking, while unconscious fantasies represent actual intentions.

In trying to apply Erickson's procedure, this author predictably found few patients who were capable of both hallucinations and amnesia. In order to make this approach useful to patients with more limited hypnotic talents, some modifications seemed called for, while preserving the valuable ingredient of eliciting the patient's own personal fantasies about a solution to the problem. By omitting the amnesia, it would also be easier to present the procedure to patients in a more rational, less magical way, which seems in better keeping with current developments in patient-therapist relations, even when hypnosis is applied.

These modifications are illustrated in the following case history which is chosen for its simplicity rather than with the implication that treatments always run this fortunate course.

Case history

A 37 year old divorced woman, who had two school children, made an appointment because she had failed her driving examination for the twelfth time. This was both costly and undermining her self confidence. Examinations had been a problem for her since grade school. Although she was successful with her driving lessons, she found the test itself defeating. During the days before the examination she tried to think as little as possible about the coming event and in this she succeeded rather well. Then, on the day of the examination, she started feeling nervous. She left her home with a growing anxiety that something would go wrong again. Invariably this turned out to be true. From her experience, she knew that after the first small mistake she would lose control and start making more and more mistakes, even with the most friendly, calm and reassuring examiner. She reported no other emotional difficulties of importance and in no way did she seem to derive any secondary gain from her symptom. After completion of the assesment, she was presented with a choice between two thera-

peutic procedures: one based upon paradoxical intention (Frankl, 1975), the other based on self-hypnosis and relaxation.

She opted for the second possibility. It was then explained to her that the first step of therapy would entail learning to relax and exercising her skill at imagining. She was given an induction procedure with eye fixation and progressive relaxation, followed by a deepening procedure, which consisted of descending 10 stairs, each of which was to represent a deeper stage of relaxation. She was to imagine herself lying in the sun on the beach, while maintaining the state of relaxation. Previously she had selected this scene as a pleasurable fantasy. Care was taken to involve different sensory modalities including visual, acoustical, kinesthetic, tactile and olfactory in order to obtain an engaging imaginative experience. The next step was to interview her about her experiences after the induction. She reported the spontaneous occurrence of some elements which had not been suggested, while other parts of the induction had failed to evoke any reaction. This information was used for a new induction, adapted more to her personal experience. Details and formulations she had reported herself were used again, while elements which had not appealed to her were omitted. The only therapeutic suggestion given at that time was the prediction that future practice sessions in self-hypnosis would be easier as her experience increased and that this might stimulate new ideas about ways to look at the problem. This second induction was audio-taped on a cassette, and the cassette was given to her with the assignment to practice two times daily for 2 weeks. Preferably, the second practice was to take place immediately after the first, to obtain a "fractination" effect (Weitzenhoffer, 1957). The tape took about fifteen minutes and was open-ended in the sense that she was asked to return to a normal "alert" state at her own time. As a second assignment in the course of the same 2 weeks, she was to write a report using the present tense, about a successfully completed driving license examination.

Starting her description at the moment she left her house, she was to report in detail how she entered the examining office, introduced herself to the examiner, and drove around the town and on the highway. She also was to report the different elements of the routine the examiner would ask, such as making a U-turn or parking on a slope. Both assignments were carried out well. Her written description was detailed and concrete, but contained traces of enduring pessimism, as she described releasing the clutch too abruptly, or putting on the brakes too forcefully. She simply could not imagine that she could do everything well. It was discussed with her that it was not really necessary to include mistakes, that she would probably make some anyway, even if she did not plan to. After a new induction, which was again tailor-made to her personal experiences, the description of her successful examination was carefully presented to her, paraphrasing her own words and adding that minor mistakes might occur but would not distract her. This session was taped also, and she was to practice with it for the coming weeks. No new appointment was made. Two months later, having retaken the exam again, she reported by letter as agreed, stating all had gone well. She also wrote that she intended to keep using self-hypnosis and that she thought it had helped her to keep calm in her work and in dealing with her children.

The model that was used in this case history will now be described step by step.

The model

1. The first step is to have a general assessment including a behavioral analysis to map out the different functions of the presented symptom. This may include a conjoint or family interview in order to assess interactional aspects of the symptom. If it appears that the symptom serves an important function in the family, conjoint therapy may be the choice rather than any type of individual therapy.

2. Th
th
bi
th
af
Th

3. Wh
to
re
wa
al
hi
ph
hy
su
to

4. Ne
ey
at
th
as
la
pr
c

5. Wh
tr
is
el
wa
ar
se

6. W
ar
ma
l
de
m

7. T
w
b
s

26

2. The second step involves discussing the results of this evaluation with the patient. Usually more than one type of treatment emerges as a possibility, such as behavior therapy, brief therapy, hypnosis, etc. Unless there are clear reasons to do otherwise, a choice is offered to the patient, after explaining the rationale and characteristics of each type of therapy. The therapist can of course make his specific recommendations.
3. When self-hypnosis is the alternative chosen by the patient, care is taken to correct any misconceptions. Trance capacity is presented as a skill, related to imagening, utilizing the involvement one can experience while watching a good movie or reading a novel. It is explained that trance is always an individual experience and that each person must learn to develop his own version, rather than trying to fit into a pattern. For example, physical relaxation may or may not be a typical reaction. The skill of hypnotizability is described as one which most people can activate to a sufficient degree to obtain some therapeutic benefit, although some appear to be more talented than others in maximizing this ability.

The therapeutic value of the trance state is then described as a way to exert influence over behavior or emotions that normally would be experienced as involuntary and uncontrollable. In this way trance is attributed the property of extending or correcting the extent of control over behavior and emotional reactions. This information has been put in writing to hand out to patients.

4. Next, the techniques of induction and deepening are discussed. Usually, eye-fixation is used as an example. It is explained that the shift of attention occurs as a result of the procedure, rather than as a result of the actual presence of the therapist. Effects such as relaxation, will occur as well in the absence of the therapist as he will be able to experience later during self-hypnosis. The patient is recommended to ritualize these procedures to a certain extent, at least in the beginning, in order to facilitate his learning to enter a trance.
5. When the procedure is clearly understood, the next stage of the preinduction interview is to gather information about a scene or activity which is pleasant and absorbing to the patient and which he would like to experience. Traditional relaxation scenes, such as walks on the beach or in the woods or on the mountains are suggested but more personal situations can also be developed with the patient's direction. It is advisable to select an imaginary scene which lends sufficient variety to incorporate different sensory modalities.
6. With the scene selected, an induction is started, beginning with eye-fixation and progressive relaxation, or any other technique that the patient may find more interesting and the therapist feels confident using. Alternative images like descending or ascending a stair-way, or an elevator, or a simple count-down, to be used by the patient as deepening techniques, are offered in a permissive way.

After obtaining an ideomotor reaction to indicate sufficient concentration, the agreed-upon scene is presented, again taking care to involve all sensory modalities and to evoke rather than impose images. Deduction usually consists of announcing that termination will occur when the patient feels ready.

7. The whole procedure is discussed afterwards with the patient. Some people will report spontaneously occurring experiences which were not suggested by the therapist, some will have followed suggestions rather literally. A second induction is then started, this time adapted to fit this first ex-

perience. For example, physical relaxation may be stressed more or left out entirely.

Whenever feasible, the patients own words and imagery productions are used in this second "tailor-made" induction. This personalized induction is recorded on cassette and handed to the patient at the end of the session. No therapeutic suggestions are given at this time, except for the almost truis- tic announcement that continuing the practice of self-hypnosis will make fu- ture inductions easier, and that practicing with the tape may contribute to the occurrence of new ways of looking at the problem at hand or lead to a general increase of well-being.

- 8. The patient leaves with a double assignment. First he is asked to practice at home twice daily with the tape, in order to develop his abilities in imagining and concentration.

The second assignment consists of writing a two page description of his situation as it will be when the symptom or problem is overcome. This may involve the loss of weight in an obese patient, diminishing of suffering for a pain-patient, the endurance of some disorder and dirt by a compulsive housewife, or successful exposure to streets and crowded shops for a patient with agoraphobia.

This assignment should be given in a supportive way, to prevent the patient from feeling inadequate if he fails to come up with a good story, as com- monly occurs. A good way to suggest this assignment could be: "I have found it very valuable to rely as much as possible upon the views that people have of themselves. Would you, in the next two weeks, write a description of about two pages explaining how things will be when your problem has improved. This will really be very helpful, but if for some reason you cannot do this, we will proceed without it." The point is to start people developing different anticipations and have them change their mental set.

- 9. After one or two weeks, most patients have had enough practice in developing trances. Along the same lines as explained previously, the induction or any other part may be adapted a second time if this seems called for.

The description of the (partial) resolution of the symptom is then discussed. These descriptions will vary widely in their usefulness. Some will provide neat stories that only need to be put into action. With others, who may be more demoralized or less imaginative, words and thoughts may be lacking. Descriptions are altered and elaborated upon as much as necessary to make them into a credible and yet positive story. Sometimes patients may not really wish to have their predominant symptom changed right away, and di- rect attempts would only lead to resistance. A diversion to a metaphorical level may be very useful in such a case in order to evoke images that are both therapeutic and non-threatening. For example, an anorectic woman was asked to visualize a flowerbud and watch how it would slowly and gently start to blos- som. Another well known device is to manipulate the distance between the pa- tient and the scenes he is imagining. Television screens can be used as in- termediaries and the patient may be encouraged to watch rather than partici- pate in the scene. Close-ups can be changed into overviews as a way to di- minish threatening aspects. Complex problems may be broken down in parts and treated separately. Depending upon the nature of the problem, instruc- tions for near-perfect or so-called "mastery" performance can be preferred to imperfect or "cooping" execution. For example, a good performance at an examination may be very vital, while for a visit to the dentist some appre- hension may be tolerated well. There are many ways to be flexible and it is at this stage that most of the strategic thinking needs to be done by the therapist.

10. A
S
p
p
u
o
d

Com

1. T
S
S
C
m
t
d

B
C
C
e
a
t
e
M
r
a
t
a

T
a
i
C
t
V
S
r

2. T
f
S
U
C
V
C

l
E
a
C

- 10. As soon as the therapist knows for himself what the therapeutic scene should look like, he can start a third induction, taking care to incorporate all previous information, and tape it. The tape is handed to the patient, again with the instruction to practice twice daily. Depending upon the problem at hand, this may be all the therapy that is necessary, or it may be just one step of a more complicated series of therapeutic endeavours.

Comments

- 1. This procedure of Future Oriented Hypnotic Imagery can be considered a specimen of the large group of psychotherapeutic methods based on imagery, such as Systematic Desensitization (Wolpe & Lazarus, 1966), Cuatela's (1972) Covert techniques or Leuner's (1978) Guided Affective Imagery. A common element of these and other techniques, which is usually not stressed, is that they involve imagery on either a concrete or metaphorical level about the desired state of affairs at some future time.

Besides this important common element, there are some differences in procedure which are a consequence of the rationale, which is neither based on conditioning principals nor on psychodynamic theory. Erickson's (1954) explanation of this method of pseudoorientation in time is rather brief and is based partly on the Zeigarnik effect. A more elaborate and sophisticated general theoretical description of how constructive imagery of future events may contribute to later performance is provided by Singer (1974). Most relevant in this context are: 1) positive imagery as a method to generate plans for future actions, analogous to the description by Miller et al (1960) of the control of behavior. 2) the production of positive affect through imagery as a means to neutralize negative affect. Both principles are based on increased control over imagery.

The technique that was described here can be considered as the hypnotic application of these general principles. An hypnotic induction procedure is applied and the therapy intends to use the hypnotic talents of the subject by posthypnotic suggestion and elaboration of believed-in imagery. The term "self-hypnosis" was also used in order to indicate the patient's activity with the taped versions of his own imagery. Strictly speaking "pseudo-self hypnosis" would be a more correct description as this activity is not really self-initiated and self-directed (vide Fromm, 1982).

- 2. Typical elements of this specific procedure are the reliance on imagery or fantasies that are generated by the patient himself. This approaches the strategy of placing "The Burden of Responsibility in effective Psychotherapy" upon the patient (Erickson, 1964). Presumably this will also promote higher credibility and lead to individualisation of the therapy in a very natural way. Individualisation of hypnotic suggestions may be associated with better outcome (Holroyd, 1980).

Unlike Erickson, no effort is made to evoke amnesia for this positive imagery. Studies of normal daydreaming (Singer, 1975) do not support Erickson's opinion that conscious fantasies are as a rule so grandiose as to be remote from reality. This rationale for insisting on amnesia, even if were technically possible to always accomplish this, is not supported by our present understanding of the function of spontaneous imagery and daydreams.

Implicit in the procedure is the expectation that repetition will contribute to a training effect. In a pilot study with 5 phobic patients (Van Dyck et al, 1982) it was found that therapeutic improvement was not associated with more vivid imagery or deeper levels of relaxation during the course of therapy but corresponded with an increase over time of goal directed fantasies, and

possibly with an increase of credibility of the imagined goal.

Rather than providing a skills-training effect, repetition may work by structuring the time to make a mental approach to the desired outcome and improve its credibility.

3. Clinical experience with the application of this method involves patients with complaints of phobias, mild depression and pain. Positive imagery may have a general non-specific effect as it implies improvement over time and prepares for change (Frank, 1974). In the absence of appreciable hypnotizability the procedure may operate through this placebo-mechanism. Depending upon the nature of the complaint, other effects may be operative as well. In the case of phobias, the main therapeutic factor may be the exposure that is implied in fantasies of successfully entering the phobic situation. In addition to the already mentioned non-specific effect, the generation of positive affect may be an additional factor in the treatment of mild depression and the hypnotic imagery may also operate through distraction in pain patients.

Interesting questions for research at this time seem to be whether such diverse mechanisms are operative and whether their clinical effects are correlated to hypnotizability as it measured by scales. This would result into a clarification on both the theoretical and the practical level, as it would contribute to the predictability of therapeutic outcome.

References

- Cautela, J.R. Rationale and procedures for covert conditioning. In R.D. Rubin, H. Fensterheim, J.D. Henderson & L.P. Ullman (eds) Advances in behavior therapy. New York, Academic Press, 1972, 85-96.
- Dyck, R. Van, Ph. Spinhoven & J. Commandeur. Variables in successful and unsuccessful hypnotic imagery: an intensive design study. Paper presented at the 9th International Congress of Hypnosis and psychosomatic Medicine, Glasgow, August 22-27, 1982.
- Dyck, R. Van, Ph. Spinhoven & A.A.W. Groeneveld-Ockhuysen. Hypnotizability and Attitude to Therapy in the Treatment of Agoraphobia with Hypnosis and Exposure in vivo. Paper presented at the 36th Scientific Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, October 22-27, 1984a.
- Dyck, R. Van, F.G. Zitman, C. Linsen, Ph. Spinhoven & M. van Rossum. Autogenic Training and hypnotic Imagery in the Treatment of Tension Headache. Paper presented at the 36th Scientific Meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, October 22-27, 1984b.
- Erickson, M.H. Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic experience. J.Clin. Hypnosis, 1954, 2, 261-283.
- Erickson, M.H. The Burden of Responsibility in effective Hypnotherapy. Am.J. Clin.Hypnosis, 1964, 6, 269-271.
- Frank, J. Persuasion and Healing. A comparative Study of Psychotherapy. 1974, New York, Schocken Books.
- Frankl, V.E. Paradoxical Intention and Dereflection. Psychother. Theory Res.& Practice, 1975, 12, 226-237.

Fromm, I
190

Holroyd
ext

Leuner,
in
Pl

Miller,
Lo

Singer,
ca

Singer,

Weitzen

Wolpe,
of

30

Fromm, E. Autohypnose. Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 1982, 2, 100-118.

Holroyd, J. Hypnosis treatment for smoking: an evaluative review. Int. J.Clin. exp. Hypnosis, 1980, 28, 341-357.

Leuner, H. Basic principles and therapeutic Efficacy of Guided Affective Imagery. in Singer J.L. & K.S. Pope (eds) The Power of human Imagination. New York, Plenum Press, 1978, 125-166.

Miller, G.A., E. Gallanter & K.H. Pribam. Plans and the Structure of Behavior. London, Holt, Rinehart & Winston, 1960.

Singer, J.L. Imagery and Daydream Methods in psychotherapy and Behavior Modification, New York, Academic Press, 1974.

Singer, J.L. The inner World of Daydreaming. New York, Harper & Row.

Weitzenhoffer, A.M. General Techniques of Hypnotism, New York, Grune & Stratton, 1957.

Wolpe, J. & A.A. Lazarus. Behavior therapy techniques: a guide to the Treatment of Neuroses, Oxford, Pergamon Press, 1966.

by
and

ents
try may
re and
noti
endi
well.
re that
i. In
of
depres-
rain

ch
re
sult
as it

bin,
ior

uns
at the
lasgow,

and
Exposure
y for
a.

ogenic
paper
and Ex-

ce.

n.J.

1974,

Res.&

Openingstoespraak tot de aanwezigen - L.J.Joele, directeur
behandelzaken

Zeer gewaardeerde toehoorders,

Het dunkt mij geenszins van veelzeggendheid verstoken dat u op deze dag bijeen bent om het woord dat ik om des tijds wille korter dan gewenst moet houden desniettemin te beluisteren.

Het APZ verkeert in een overgangsstadium, daarover handelt ons symposium. Zal het APZ van gisteren het APZ van morgen zijn? Een van mijn voorgangers placht het uitgestrekte terrein van ons centrum te doorzoeken om persoonlijk vast te stellen welke patiënten wel en welke patiënten niet gebruik maken van de gelegenheid tot het bijwonen van godsdienstoefeningen. Ik vertel dit om u duidelijk te maken dat wij volop in beweging zijn, ook als christenmensen. Een dergelijke inmenging in wat wij tegenwoordig terecht als de privacy van de patiënt zijn gaan zien zou in het heden niet meer aanvaard worden. Mijns bedunkens is evenwel niet iedere wijziging in de zin van progressie te duiden. Betekent immers het feit dat wij, als directeur behandelzaken, niet zo een intense bemoeiing meer hebben met het persoonlijk geestelijk leven van de patiënt, wellicht een vooruitgang voor de persoonlijke vrijheid van de patiënt, anderzijds moeten wij ervoor waken dat deze vrijheid een vrijheid in gebondenheid blijft, en derhalve niet in een vrijheid in ongebondenheid ontaardt.

Een van mijn vroegere leermeesters placht met de apostel Paulus te zeggen: Onderzoekt alle dingen, doch behoudt het goede. Voor ons christelijk psychiatrisch centrum betekent dit: Gunt elkander een eigen mening, doch laat de ander niet een als zinledig te kenschetsen opinie ontwikkelen wanneer deze niet primair voortkomt uit de drang tot weten en kennen.

Los van de ontwikkelingen in de tijd, waarbij ik met name de ontwikkelingen in de geneeskunde zou willen noemen, blijft het, dacht ik, steeds van groot belang dat de patiënt weet wie de dokter is en de medewerker wie de directeur is. Verwarring is hier uit den boze. Over beide willen wij iets opmerken. Men moet het zo beschouwen dat een vertegenwoordiger van een niet-medische discipline, b.v. een verpleegkundige of een psycholoog, hoe bekwaam ook, toch nimmer als arts gezien kan worden.

De medische studie lijkt wel bij uitstek geschikt om dat overzicht over het wezen van de mens te verkrijgen dat nodig is om de beslissingen te nemen welke wij als medici moeten nemen. Ik dacht dat hier sprake was van een aan onze medische roeping verbonden

moeilijk te definiëren, maar daardoor niet minder ware geschiktheid, waarmee ik niet bedoel dat wij meer zouden zijn - een psycholoog kan wel degelijk een goed mens zijn b.v., en een arts een beest -, maar wij hebben door onze opleiding in de fysiologie, de anatomie en de biochemie ahw een overzicht van leven en dood en daarmee een verantwoordelijkheid welke wij nimmer uit handen kunnen geven.

Uiteraard bedoel ik hiermee niet een kleinering van hetgeen hulpwetenschappers tot stand kunnen brengen te suggereren. Maar... zij blijven hulpwetenschappers, hoe kundig zij ook schrijven, wat zij ook voor onze patiënten doen - en wij mogen hun daarvoor erkentelijk zijn -; zij kunnen het in zekeren zin ver brengen, maar zij kunnen niet in de plaats treden van de arts.

Een belangwekkende, maar in het kader van dit betoog niet geheel uit te werken vraag is, in welke mate voor het arts zijn nu werkelijk het gevolgd hebben van een medische studie essentieel is. Waarschijnlijk zijn artsen in wezen reeds arts voor zij hun studie voltooid hebben. Het artsexamen is als het ware de voltooiing van iets dat al vewel eerder begon. Het arts zijn zou in deze visie derhalve eerder een hogere vorm van mens zijn kunnen zijn dan bijv. het ingenieur of psych. drs. zijn.

Dit brengt mij op mijn tweede punt.

Dames en heren toehoorders, het directeur behandelzaken zijn is geen sinecure. Ik moge hier niet verhehlen dat mijn eigen benoeming enigermate tegen mijn persoonlijke wens tot stand kwam. Door het directeur zijn immers heb ik een loopbaan als wetenschappelijk onderzoeker, schrijver en acteur moeten opgeven. Het dunkt mij zinledig dit directeurschap anders dan als een roeping en een plicht op te vatten.

Op vele verlangens van medewerkers kunnen wij helaas niet ingaan. Wij moeten leren aanvaarden dat de bomen niet tot in de hemel groeien. Gelet ook op de toegenomen complexiteit van de samenwerkingsverbanden waarin wij als directies in de ggz moeten operen zou ik een pleidooi willen houden voor het recht van directies om onwillige medewerkers uit de haren te borstelen. Ik dacht niet dat dit te veel moest gebeuren, maar ook niet te weinig. Een Gezag dat zich nimmer als Gezag manifesteert, loopt, dacht ik, het gevaar niet meer als Gezag ervaren te worden. Een pijnlijke ingreep herinnert de mensen aan hun plaats in de organisatie.

Een directeur behandelzaken moet ook goede dingen voor de mensen doen, daarop wil ik met nadruk wijzen. Zo heb ik mijn mensen de kans geboden zich een Atari aan te schaffen met een krachtige motor. Ik wil niet verhehlen dat zelfs ik thans een dergelijke

atarl kijn toespraak 3298

machine in mijn bezit heb, en dat ik sindsdien schrijf zoals ik praat. Het moet nu echter niet zo zijn, daarop moge ik wijzen, dat de gewone mensen in ons centrum een duurdere computer aanschaffen dan die wijzelf als directeur gebruiken. Dit zou als het ware tot scheve verhoudingen kunnen leiden.

Thans wil ik mij richten tot de vertegenwoordigers van Cliëntenbond, Pandora en Ypsilon. Ik wil niet verhehlen dat ik als directeur behandelzaken met grote waardering heb kennis genomen van uw waardering voor hetgeen wij, directies in de ggz, tot stand brengen, zeker waar wij artsen zijn. Het moge dan wellicht zo schijnen dat wij in ons beleidswerk slechts met papieren in de weer zijn, u weet dat wij wel degelijk tegelijk leven en dood van de in ons centrum verblijvende patiënten, nee van de in ons centrum verblijvende *vrienden*, behartigen.

Tot slot moge ik u een jeugdgedicht van mijzelf voorlezen.

Epistel over mijzelf

Steeds zit ik maar te denken:
Niemand houdt van mij.
Waarom wil men mij toch krenken?
Waarom ben ik nooit blij?

Ik spreek toch mooie woorden
En borstel vaak mijn haar.
Ik werk met de gestoorden
maar men laat mij maar.

Geen meisje wil met mij slapen
Terwijl ik toch zoveel spreek.
Waarom toch gaat zij gapen
Als ik om aandacht smEEK?

Dus moet ik heel vaak huilen
en schreien bovendien.
Ik ga nu ook vervuilen
Men zal mij nooit meer zien...

LEEN L. JOELE

Ik moge u een vruchtbaar congres toewensen.

Ik heb gezegd.

ZWEETHANDEN

ALFRED LANGE

Inleiding

Het hebben van zweetende handen is een klacht die voor de eigenaar behoorlijk onaangenaam kan zijn. Het kan zelfs leiden tot gedrag dat doet denken aan sociale angst en sociale fobie. Degene die last heeft van het feit dat de handen overmatig transpireren kan terecht komen in een vicieuze cirkel. Dat begint met sociale situaties waarin men misschien een hand aan iemand moet geven. De angst dat anderen het ontdekken leidt tot vermijding en verbergen van de handen en tot spanning en juist heftig transpireren. Op den duur kan er een fixatie op het zweten ontstaan die ertoe leidt dat iemand, ook wanneer het handen geven helemaal niet aan de orde is, zelfs wanneer iemand alleen is, veel spanning kent en kan gaan zweten bij alleen het denken eraan. Bijvoorbeeld door de gedachte dat het in een kamer wel warm is of warm zal zijn.

Anticipatieangst alleen lijkt mij niet de verklaring van het verschijnsel te zijn. Het verklaart niet hoe het ooit is ontstaan. Het verklaart wel waarom het bij iemand steeds erger wordt en in meer situaties optreedt. Het ontstaan zal moeten worden toegeschreven aan een combinatie van psychische en fysiologische processen. Degene met zweethanden zal waarschijnlijk wel gedisponeerd zijn tot een zekere sociale angst en daarbij horende spanning, veroorzaakt door de angst dat anderen negatief over hem/haar zullen denken. En waarschijnlijk spelen fysiologische processen wel zo'n rol dat een dergelijke spanning bij deze personen tot een sterker activeren van de zweetklieren leidt, zelfs plaatselijk. Dat laatste leidt tot de voorspelling dat een medische behandeling, gericht op het plaatselijk de-activeren van zweetklieren, positief werkt.

Ik heb over dit onderwerp geen literatuur geraadpleegd, maar op grond van bevindingen bij twee personen wil ik met de andere redactieleden hierover van gedachten wisselen.

Studente M.

M. is een studente psychologie die al vanaf haar vroege jeugd last heeft van overmatig transpireren, niet alleen de handen. Het is soms zo erg dat ze allerlei activiteiten vermijdt, waarbij het gebruik van de handen essentieel is. Zo heeft ze bijvoorbeeld het pianospelen, waar zij veel van houdt, opgegeven. Ze anticipeert voortdurend op de klacht en draagt dan ook bij

voorkeur kleren waar ze haar handen onopgemerkt aan kan afvegen. Haar ouders en zuster hebben er ook last van gehad maar bij hen is het overgegaan. Zij heeft diverse behandelingen achter de rug. Momenteel is zij bij één van haar vorige therapeuten bezig met het leren van zelfhypnose en ook ondergaat zij al geruime een medische kuur op het AMC. Die laatste behandeling is erop gericht om met behulp van een instrument, dat zij mee naar huis krijgt, haar zweetklieren ten dele 'dicht te stoppen door een eeltlaagje te creëren op de betreffende plek. Dat helpt wel enigszins, maar niet blijvend. In de discussie kom ik hierop terug.

Zij is geen cliënte van mij. Zij heeft een cursus bij mij gevolgd en verricht onderzoek onder mijn supervisie. Tijdens een gesprek waarin zij mij over bovenstaande vertelde, bleek ook hoe gevoelig zij is voor warmte. Als zij een kamer binnen komt waar zij verwacht dat het warm is begint zij bij voorbaat te zweten. Zij vertelde dat zij, om het thuis naar haar zin te hebben, dààr voor extreem lage temperaturen zorgt. Ik heb haar daarop aangeraden om daarmee op te houden en juist het omgekeerde te gaan doen: thuis de boel flink opstoken, zodat elke sociale ruimte in vergelijking daarmee koel zou lijken. Zij was enthousiast over het idee en zou het gaan uitvoeren. Minder enthousiast was zij over het advies om meer over haar klacht te praten met mensen (etaleren), in plaats van het te verbergen. Dat leek haar onaangenaam maar zij zou het toch gaan proberen.

Het is inmiddels een half jaar verder. In de winter lukte het om het eerste advies uit te voeren en dat heeft een zekere positieve uitwerking gehad. Op de universiteit was zij minder bang dat het er te warm zou zijn en de preoccupatie nam wat af. Maar naarmate de zomer haar intrede meer deed is het steeds moeilijker geworden om de strategie uit te voeren. Je kan moeilijk de verwarming aandoen als het buiten 25 graden is.

Het etaleren is zij ondanks haar aanvankelijke bezwaren toch steeds meer gaan doen. Het is haar wisselend bevallen, en het heeft de klacht niet weggenomen.

Mijnheer V.

Mijnheer V. is een 40 jarige man die zich en zijn vrouw heeft aangemeld vanwege relatieproblemen. Hij is als manager verbonden aan een groot internationaal concern, maar hij is nu al enige maanden 'overspannen' en in de ziektewet. De man maakt een capabele, intelligente indruk maar vertoont toch duidelijke trekken van sociale angst. Hij zegt dat dit de laatste twee jaren sterk is toegenomen. Ook hij heeft last van zweten: als hij gespannen wordt lopen de stralen langs zijn lichaam, zegt hij, en zijn zijn handen kletsnat. Op zijn werk wordt hij gewaardeerd. Zij zijn blij als hij weer terugkomt en hij kan het werk ook gemakkelijk aan zonder op zijn tenen te hoeven lopen.

Besloten wordt om de behandeling in eerste instantie op de aangemelde klacht (de relatieproblemen) te richten. Ik kan daarover kort zijn. De verhouding werd gekenmerkt door sterk wisselende stemmingen van de vrouw, terwijl de man zich steeds verder van haar

afwendde en zijn vertier steeds meer buitenshuis ging zoeken. De therapeut probeerde hen middels registratieopdrachten, communicatie-oefeningen en gedragscontracten ertoe te brengen een aantal kwesties waarin zij verschilden wat beter en meer systematisch aan te pakken. De man was zeer coöperatief, de vrouw minder. Na tien zittingen was er een plafond bereikt, het ging wat beter maar een groot succes mocht het zeker niet genoemd worden. Aangezien de inzet, met name van de vrouw, om er wat meer van te maken niet groot was werd voorgesteld om nog maximaal vijf zittingen te hebben. Na 15 zittingen werd de relatietherapie dan ook gestopt.

Halverwege dit deel van de behandeling was de man weer voor halve dagen gaan werken en konden de individuele klachten van de man ter sprake komen. Na registratie van spanning en zweten, kreeg hij evenals studente M. het advies om collegae in te lichten over zijn neiging om bij spanning te gaan zweten. Ook hij was niet meteen enthousiast, maar na een rollenspel besloot hij het advies te gaan uitvoeren. Zijn enthousiasme steeg enorm toen hij merkte dat het hielp. Hij was veel minder gespannen en zweette ook minder.

Kort voor het beeindigen van de relatietherapie ging hij weer hele dagen werken. Helemaal tevreden was hij echter niet. Het zweten was weliswaar minder dan voorheen, maar hij voelde zich nog vaak gespannen als hij het gevoel had een prestatie te moeten leveren en beoordeeld te worden. Als hij thuis kwam van een dag werken was hij dan ook doodmoe. Een uitgebreid medisch onderzoek leverde geen aanwijzingen dat dit andere dan psychische oorzaken had. Besloten werd om nog een aantal individuele sessies aan zijn klachten te wijden. Dit zal in september een aanvang nemen.

Discussie

Beide hier beschreven personen zijn actieve, opgewekte, fysiek aantrekkelijke, niet klagerige personen die in principe allebei geen redenen lijken te hebben tot sociale angst. Bij studente M lijkt het zweten meer centraal te staan dan bij meneer V. Maar juist bij haar hebben de adviezen op dat punt niet zo gek veel uitgehaald. Het kan zijn dat deze meer effect zouden hebben gesorteerd wanneer ze - net als bij meneer V - waren verstrekt in het kader van een behandeling die nauwkeurig door een therapeut was gevolgd. Daarbij is het de vraag of etaleren wel altijd zo goed werkt. Studente M. vertelde bijv. dat het voor haar belangrijk was hoe er op haar openhartigheid werd gereageerd. Als mensen er 'casual' op reageerden was het zeer plezierig, maar als ze er over gingen doorzeuren dan werd ze er alleen maar zenuwachtiger van en ging ze nog meer op zichzelf en haar handen letten. Hieruit kunnen we concluderen dat een etaleer-advies ook moet voorzien in onaangename reacties, en cliënten daartegen gewapend moeten worden. Bijvoorbeeld door dat soort omgevingsreacties te gebruiken voor nog meer etaleren.

De medische behandeling, die bestaat uit het elektrisch 'verstoppen' van de zweetklieren leidt wel tot enige verbetering, maar houdt niet lang stand. Studente M. vertelde dat de klieren na een week 'weer open gaan' en de behandeling dan weer herhaald moet worden. Voor haar is het desalniettemin positief doordat het haar gevoelens van hulpeloosheid doet afnemen: 'als ik het apparaat in huis heb voel ik me al beter en maak ik me minder zorgen'. Dit wijst toch op het belang van de psychische spiraal en met name op de cognitieve component daarin.

Het zal de redacteuren duidelijk zijn dat ik de behandeling van deze klacht niet als simpel beschouw. Graag verneem ik dan ook de ervaringen van de anderen in deze, en ook suggesties voor literatuur zijn bijzonder welkom.

1. Het leven

1.1 De mens

1.1.2 Het paaien bij de mens

Het wijfje doet haar haar omhoog en draait met de heupen, tot een mannetje zich van de andere mannetjes losmaakt en zich met haar terugtrekt in de buurt van het paaigebied. Bij het mannetje vormt zich nu brilliantine of gel in het haar en zijn hombal pulseert. Hij draait om haar heen en voert haar naar de voederplaats. Tijdens het maal - dat meestal uit kleinere dieren bestaat - gaat het mannetje 'laporteren', wat wil zeggen dat het in de bek woorden aaneenrijgt tot zinnen die er als bellen uitkomen. Het wijfje reageert hierop met gelvorming in de schede, het mannetje gaat op haar liggen en schiet zijn hom in haar gel.

Dit laporteren schijnt noodzakelijk te zijn voor het paaien. Wanneer het mannetje het geheel achterwege laat komt de gel- of slijmvorming niet tot stand en keert het wijfje terug naar de andere wijfjes. Wanneer het mannetje hom uit de ogen laat stromen - altijd in verdunde vorm -, keert het wijfje weliswaar niet terug naar de andere wijfjes, maar tot paaien komt het ook niet, wrsch. door een schedesperring. Het mannetje kan hierop agressief worden. Vandaar de brilvormige verkleuringen bij sommige wijfjes. Soms komt het dan alsnog tot paaien, maar het wijfje laat het haar hangen, de heupen bijven in de wandelstand en schedegel wordt niet aangemaakt.

Te lang laporteren is ineffectief. Sommige mannetjes laporteren door wanneer het wijfje allang naar de andere wijfjes is teruggekeerd.

Na het paaien probeert het wijfje het mannetje in het broedgebied te houden, soms door haar haar nog hoger te doen.

Wanneer het mannetje toch vertrekt achtervolgt het wijfje hem en ouwehoert langdurig aan zijn kop.

Heeft bevruchting plaatsgevonden, dan wordt het gebroed meestal door het wijfje verzorgd.

Sommige wijfjes zijn *altijd* met paaien bezig. Wanneer het mannetje haar vraagt om een verstandig oordeel over een boek of een zaak beginnen haar billen te roteren en doet zij haar haar omhoog. De hom van de mannetjes van deze wijfjes verdroogt.

Volgende keer: Het liefdesspel van de zeelt.

Uit de ziekte-geschiedenis van juffrouw H. van Effen

Mejuffrouw Van Effen was zesenvijftig toen zij, twaalf jaar geleden, naar mij verwezen werd. De afdeling maatschappelijk werk van een gehandicaptenorganisatie meende dat zij aan conversieverschijnselen leed. Zij had een loopstoornis en was doof.

De loopstoornis had zij overgehouden aan een auto-ongeval. Een revalidatie-arts moest haar helpen met het ontwerpen en doen aanbrengen van een bedgalg, een corset, een beenbeugel en orthopaedisch schoeisel. Zij toonde een brief van een keuringsarts, die haar had geschreven: 'Ik heb u zien lopen toen u mij niet zag. U kúnt wel degelijk lopen als u wilt. U kunt alleen niet lopen wanneer er dokters in de buurt zijn! U zou zich eens moeten realiseren wat mensen doormaken die echt lijden.'

Dat zij doof was werd bewezen door het feit dat zij mij alleen kon verstaan wanneer zij de motoren in de enorme poten van haar bril in werking had gesteld.

Misschien dacht men dat zij niet werkelijk door lichamelijke kwalen getroffen was doordat zij in inrichtingen had verbleven. Of misschien meende men dat zij te vrolijk was voor een gehandicapte of juist te neerslachtig.

Mejuffrouw Van Effen was een katholieke oud-onderwijzeres, die zich niet op haar gemak voelde in deze tijd. De vermindering van het dienstbetoon en het verval van waarden leidden bij haar tot gevoelens van wrevel en onveiligheid.

Na ongeveer zeven psychiatrische opnamen, tijdens welke zij behandeld werd met neuroleptica en antidepressiva - en tijdens welke zij ook enkele elektroshock-kuren onderging, soms om medische redenen en soms om haar duidelijk te maken dat in de instelling brutaliteit niet op prijs werd gesteld -, had men haar afgekeurd. Zij was toen zevenenveertig jaar.

Mejuffrouw Van Effen had deze afkeuring moeilijk kunnen verwerken, want zij was dol op kinderen, in het bijzonder de kinderen van de eerste en de tweede klas, aan wie zij zoveel jaar de beginselen van het lezen, schrijven en rekenen had mogen bijbrengen. Gelukkig waren er

heel wat oud-leerlingen en ouders die contact met haar hielden. Tussen haar zevenveertigste en zesenvijftigste werd zij weer zeven keer opgenomen.

Mejuffrouw Van Effen, zo werd al spoedig duidelijk, leed aan terugkerende depressies. In haar ziektegeschiedenis kwamen ook manische episoden voor. Kort voor ik met haar kennismaakte was ze opgenomen nadat ze in het Algemeen Dagblad een advertentie met de volgende tekst had geplaatst.



Mejuffrouw Van Effen was niet knap om te zien.

Hoewel in het geheel niet anorektisch (ze woog ruim 110 kilo) had ze de gezichtsbehaving die ook de patiëntes van W. Vandereycken ontsiert. Haar grote gezicht was peervormig. De wangpartij ging zonder inkepingen over in schouders en buste. Mejuffrouw Van Effen had een reusachtig bolrond maag-buik-front. Zij droeg een katoenen jurk met een blauw bloemetjesmotief en een wit kraagje.

Mejuffrouw Van Effen lag niet wakker van de vragen waarmee psychotherapeuten zich bezighouden. Zij had als het ware vooroorlogse problemen. Zij zat in over prijsstijgingen, over de hebbelijkheden van kamergenoten tijdens vakantie-uitstapjes, over de vraag of zij met Kerstmis weer het Kerstverhaal zou mogen voorlezen voor de gehandicaptenorganisatie, over de vraag of zij mocht menen enig geestelijk niveau te hebben.

Zij vroeg zich af of zij het recht had zich te ergeren aan het taalgebruik van haar medegehandicapten, of zij zich mocht ergeren aan de firma die haar medische schoenen en beenbeugel steeds weer verkeerd

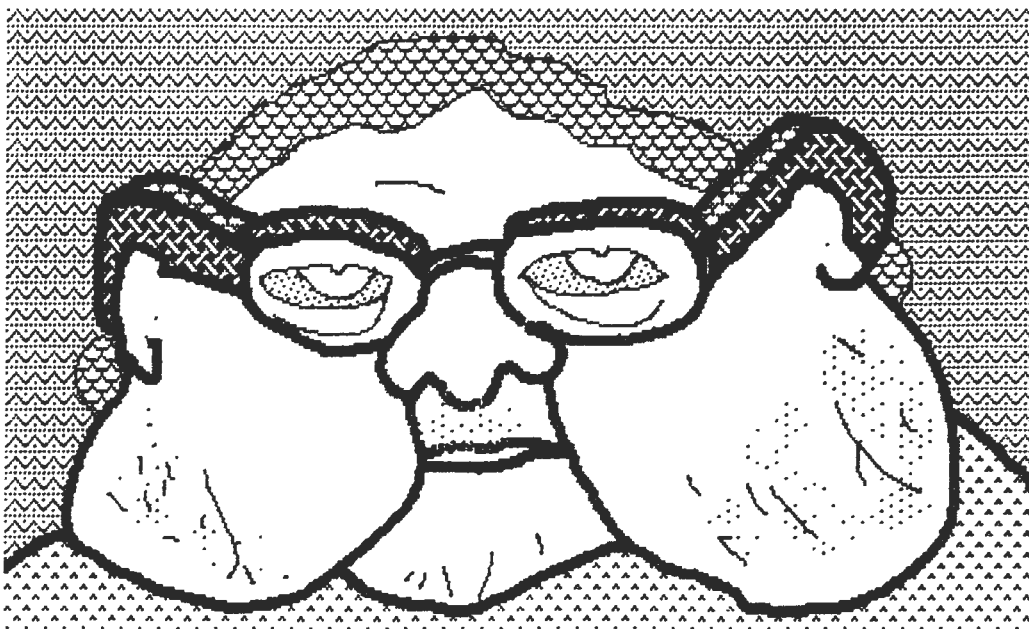
assembleerde, of zij zich mocht ergeren aan haar vijfenzeventigjarige stiefmoeder, met wie zij in een huis deelde, maar die, tot ergernis van mejuffrouw Van Effen, vrijwel nooit op haar eigen kamer verbleef, maar altijd in de kamer van mejuffrouw Van Effen, voor de tv van mejuffrouw Van Effen. Mejuffrouw Van Effen maakte hetgeen haar dwarszat overigens niet kenbaar tegenover degenen die de wrevet veroorzaakten.

Mejuffrouw Van Effen wilde praten over de problemen die haar steeds weer parten speelden. Deze problemen waren soms zo ernstig dat zij dood wilde zijn. Zij wist niet wat de precieze aard van haar toestand was, maar het leek haar dat deze het gevolg moesten zijn van hetgeen zij als kind had meegemaakt.

Haar lieve moeder was gestorven toen zij, de dochter dus, zes jaar was. Haar vader, aanvankelijk een succesvol zakenman, was spoedig hertrouwd met een op luxe ingestelde vrouw, die niet goed kon verwerken dat haar levenspartner zijn geld in perioden van uitgelatenheid over de balk smeed. Er waren veel scènes in het gezin. Met kinderen kon de stiefmoeder absoluut niet omgaan.

Mejuffrouw Van Effen werd bij nonnen ondergebracht; van hen leerde zij onder andere dat hetgeen waarover tegenwoordig zo veelvuldig gesproken wordt, ook op de tv, zoveel mogelijk vermeden moet worden.

Haar twee oudere broers gingen naar kostschool en trouwden zo snel ze konden.

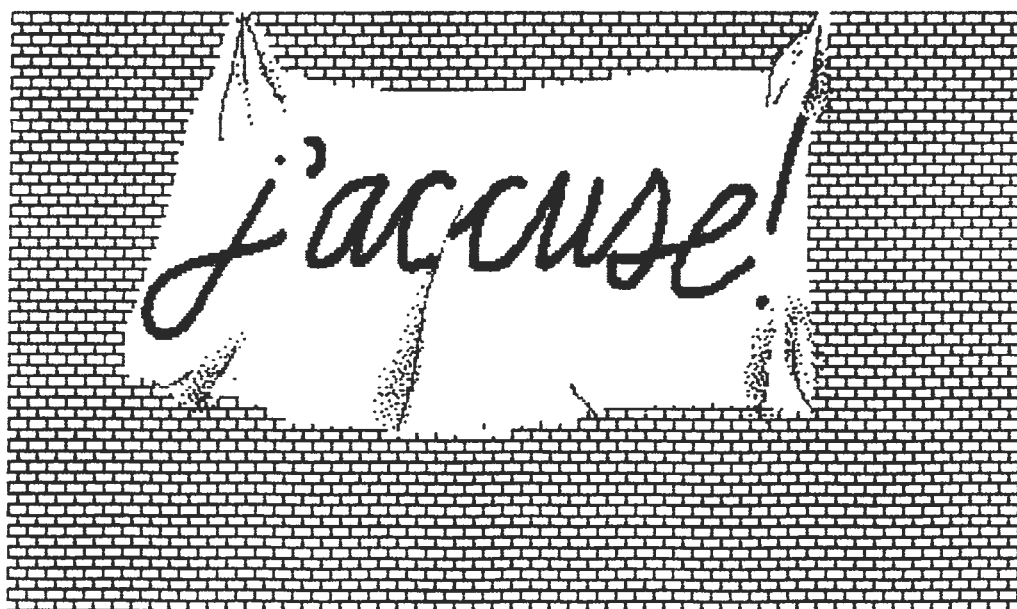


Mejuffrouw Van Effen was niet knap...

Mejuffrouw Van Effen waarschuwde dat zij beslist niet bereid was gesprekken met mij te voeren wanneer zou blijken dat zij mij niet mocht. Zij had ervaren dat van de velen die er hun beroep van maken de medemens uit de puree te helpen, er slechts weinigen zijn die hun beroepsmatige belangstelling niet combineren met een tekort aan beschaving en goede manieren, of met een wellicht door langdurige omgang met zieke mensen totstandgekomen afstomping van het gevoelsleven. Zij wilde zeker geen psychiater spreken. Van medicijnen had ze een afkeer.

In de gesprekken die volgden kon ik haar uitleggen dat zij naar mijn beste weten aan een 'vitaal-depressief syndroom' leed. Ik maakte voor haar een fotokopie van een tekst die de Groningse psychiater Van Dijk over dit onderwerp had geschreven (in *Stemming en ontstemming*, 1974). Zij vond dit een openbaring. Nuchter en duidelijk stonden hier de verschijnselen beschreven waaraan zij al jaren leed.

Na een paar zittingen gaf zij mij een porseleinen vogel, onder het uitspreken van de woorden: 'Omdat u de mensen vleugels geeft'. Niet veel later belde zij mij op uit een inrichting. Zij was verontwaardigd. Zij was met een inbewaringstelling opgenomen nadat zij de toegang tot haar huis had gebarricadeerd en uit het raam een laken met de volgende tekst had gehangen:



Deze aanklacht was gericht tegen de medewerkers van politie en GG&GD die van mening waren dat mejuffrouw Van Effen diende open te staan voor een gesprek over haar manier van omgaan met haar moeder - mejuffrouw Van Effen had haar oude stiefmoeder na een vreselijke ruzie de deur gewezen -, en die, toen mejuffrouw Van Effen

had aangegeven hiervoor juist niet open te staan, haar tot een gedachtenwisseling wilden dwingen.

Na enige weken was zij weer thuis. 'Hysterische opwindingsstoestand bij een vrouw met een cyclothym temperament', concludeerde de oude zenuwarts bij wie ze ten slotte met Melleril en Nozinan gekalmeerd was.

Enkele maanden ging het naar mijn indruk goed, alhoewel mejuffrouw Van Effen mij nooit gezegd heeft dat het goed met haar ging. Hoogstens zei ze: 'Ik weet niet wat ik er van moet denken. Ik weet het werkelijk niet.' Mejuffrouw Van Effen zei van tijd tot tijd dat ik er niets achter moest zoeken dat zij graag bij mij kwam, daar was zij de vrouw niet naar, nooit geweest trouwens. Ik geloofde haar wel. Ik heb altijd gedacht dat zij vreesde dat ik het contact met haar zou verbreken zodra zij zou zeggen dat ze zich goed voelde. Het idee dat iemand die weliswaar geen dokter is¹, maar die toch ook iets medisch-achtigs doet en zelfs les geeft aan psychiaters, dat zo iemand contact met je houdt wanneer er niets aan te verdienen is, vond zij krankzinnig. Haar vader zou zoiets in elk geval nooit gedaan hebben.

Ze ging dagen uit met de gehandicapten, ze schreef stukjes in het gehandicaptenblad, ze vroeg uitgebreid naar mijn toen vier-, vijfjarige zoon en glom van plezier wanneer ik haar op anekdotes van de kleuterschool tracteerde.

Toen begon het ergeren en kankeren weer. De man van de SRV zette haar af. Het leek wel of haar moeder haar opzettelijk pestte. Haar mede-gehandicapten drongen overal voor. Verpleegsters hielpen mensen met aandoeningen van niks vlot en lieten haar maar scharrelen met haar kruk en haar beugel. De chauffeur van de ziekentaxi kwam steevast te laat. De secretaresse van dokter Zus-en-Zo, orthopaed, blafte haar af. Ze werd door iedereen bestolen. Het geloof verloor zijn betekenis voor haar. 'Godverdomme', zei ze. In korte tijd ontwikkelde ze een diepe depressie met vitale kenmerken.

Ze aanvaardde nu dat ze medicijnen nodig had, maar daarmee kon een nieuwe opname niet voorkomen worden.

Ik had voor mejuffrouw Van Effen veel respect gekregen. In de gesprekken die ik op haar verzoek met haar had (een halfuur per keer, waar tien minuten voor plaatsnemen en vertrekken afgetrokken moeten worden), had ik haar leren kennen als iemand die zich zo goed en zo kwaad als het ging probeerde te weer te stellen tegen de verschrikkingen en grillen van haar stemming. Haar leven leek een poging om een loodzware bakfiets een onafzienbare helling

¹Zoals L.J.Joele.

van zand en keien op te duwen.

Ik wilde graag iets voor haar doen. Gezien haar conservatieve instelling en haar behoefte aan decorum dacht ik dat het haar geen goed zou doen wanneer ik haar naar de opname-afdeling van een moderne inrichting zou sturen. Dijkzigt leek een betere oplossing. De hoogleraar van de afdeling Psychiatrie van dit ziekenhuis stond bekend als een rigide, paranoïde, eigenwijze, geïsoleerde, jaloerse, onsportieve en alle initiatief dodende man, maar hij gaf om patiënten en op klinische psychiatrie had hij wel kijk.

Mejuffrouw Van Effen mocht komen. Zij kreeg Litorex en Tryptizol. Er werd een aangepaste flat voor haar geregeld; voor haar moeder werd een goed bejaardenhuis gezocht. Twee maanden na haar opname kon zij hersteld ontslagen worden.

In de tien jaren die volgden spraken mejuffrouw van Effen en ik elkaar honderdvijftig tot tweehonderd maal. Dank zij de lithium en het antidepressivum bleek haar manisch-depressieve psychose in een min of meer cyclothyme aandoening omgezet. Aangenaam was haar leven meestal niet - de perioden van ontstemming duurden nu eenmaal veel langer dan de hypomane -, maar 't was beter dan vroeger.

Ik heb mejuffrouw Van Effen enige seksuele voorlichting mogen geven, d.w.z. ik heb haar het boek over voortplanting ter hand gesteld, dat dertig jaar geleden door Leuvense studenten in de geneeskunde met de grootste omzichtigheid doorgenomen mocht worden.

Wanneer zij zich goed voelde vertelde mejuffrouw Van Effen over het geluk dat haar doorstroomde wanneer ze zingend met haar rolstoel tussen fluitekruid en koolzaad reed, maar een volgende keer meende ze dat haar spaargeld bijna op was en dat de bureu haar haar nieuwe bankstel misgunden.

Mejuffrouw Van Effen werd aanhoudend zwaarder en schever. Dit maakte tal van aanpassingen aan beugels en schoeisel nodig, die op hun beurt aanleiding gaven tot restauraties van corsetten en bustehouders, en de beperkingen in de bewegingsvrijheid die hiervan het resultaat waren, voerden tot aanzienlijke hinder door pijnklachten bij het gebruik van aanrecht en gastoestel. Het vriesvak van haar ijskast kon zij niet meer bereiken. De veters van haar altijd toch weer knellende schoenen moesten door een wijkverpleegkundige gesloten worden. Hoe zij haar reusachtige achterwerk moest schoonmaken - ik wist het niet, ik vroeg er ook niet naar.

Het werd voor haar onmogelijk om op de twaalfde verdieping in de flat te blijven wonen: te vaak deed de lift het niet, te weinig waren leveranciers bereid de onsjes rookvlees en de blikjes kattenvoer naar boven te brengen, te weinig was zij nog in staat voor haar maaltijden en het huishouden te zorgen.

Toen ze naar een kleine serviceflat verhuisde was ze erg somber. Ze was niet bij machte tot enige ordening van de rompslomp te komen. De stiefmoeder van mejuffrouw Van Effen overleed. Er was niemand meer voor wie ze nodig was.

In toenemende mate kreeg ze hinder van een droge keel. Wij wisten bijna wel zeker dat haar medicatie hiervan de oorzaak was, maar we durfden hierin geen wijzigingen aan te brengen.

Mejuffrouw Van Effen werd verontrustend dik.

Het kostte haar de grootste moeite helder te blijven.

Volgens mij had ze een Pickwick-syndroom.

De droge keel werd een kwelling.

Ten slotte besloten we de Tryptizol-medicatie weg te laten.

In korte tijd viel zij tien kilo af. (Het knikkebollen hield vanzelf op.)

Zij werd zeer angstig, vooral 's morgens.

Zij ondernam niets meer.

Zij durfde de medebewoners van haar flat niet meer te ontmoeten.

Zij voelde dat zij nooit meer beter zou worden.

Een droge mond had zij nog steeds.

Wij stelden haar nu voor het met Fevarin te proberen.

Twee weken later belde zij Renate, onze lieve secretaresse, om te zeggen dat ze in paniek was en dood wilde. We improviseerden van allerlei, maar het hielp niet.

Nadat ik de opname-functionaris met de hand op mijn hart beloofd had dat mejuffrouw Van Effen niet dementeerde, mocht zij weer in Dijkzigt komen. Ik vertelde haar ziektegeschiedenis, en raadde aan de brief over haar vorige opname door te nemen.

Welk anti-depressivum zou men proberen?

Zou men een consult bij de KNO-arts aanvragen?

Nadat mejuffrouw Van Effen twee weken opgenomen was, belde ik de arts-assistent die haar behandelde. Zij bleek Josée von Nahren te heten. Zij had mij ook willen bellen! Ook toevallig! Over mejuffrouw Van Effen! Kwam dat goed uit! 'Morgen', zei ik, 'ben ik toch op de poli van Dijkzigt, misschien kunnen we dan even praten.' Dat was goed.

'We hebben mevrouw Van Effen geobserveerd', zei ze een dag later. 'Zij heeft naar onze mening echter geen depressie, maar een duidelijke persoonlijkheidsstoornis. Mevrouw Hermsen is erg ontevreden en zij...'

Het bloed golfde naar mijn hoofd. Ik werd duizelig. Ik begon te zweten. Ik werd misselijk.

Josée had een soort Aerdenhoutse knapte. Het gravel zat bij wijze van spreken nog aan haar handen. Haar gezicht droeg de sporen van een

wintersportvakantie. Zij was gekleed in een leuke wollen blazer, waaronder een witte zijden bloese. Zij droeg een leuke nonchalante spijkerbroek en bruine lage schoenen.

'Dit wil niet zeggen dat mevrouw Van Effen meteen weg moet', vervolgde zij. 'Zij mag zeker nog een paar weken blijven, maar dan moet ze echt weg.'

'Sinds wanneer nemen jullie mensen met persoonlijkheidsstoornissen op?', vroeg ik, terwijl ik mijn gedachten ordende. Ik kon die Josée toch niet zomaar op haar gebruinde Aerdenhoutse rotkop slaan? Ik hoorde niet wat zij antwoordde.

'Ontsla haar maar meteen', zei ik, 'dan neem ik haar bij Molen van Bloemendaal op. Ik wil dat haar depressie behandeld wordt. Dit is tijdverlies. Dit is vreselijk voor juffrouw Van Effen.'

Ze antwoordde dat ze mijn reactie zou bespreken met haar supervisoren. Het kon zijn dat mijn overwegingen de aanleiding zouden vormen tot een nieuw psychiatrisch onderzoek. Ze zou contact met mij opnemen.

Haar supervisor schakelde een mede-stafid in, Piet Kruin, de man die juist bezig was met een onderzoek naar depressies. Dat kwam goed uit!

Ik kende Kruin als een man die veel belangstelling had voor zijn bloeses, brillen, dasspelden en zijn psychoanalyse, maar patiënten... Nu ja, hij en zijn baas, de dikbuikige Schedel ('Wat denkt U dat de patiënt heeft, professor?' 'Tja, in Engeland zouden ze shocken...' of '...t Lijkt me toch een soort neurasthenie...') hadden het gewoon niet erg op patiënten.

Voor juffrouw Van Effen was dit misschien niet zo erg. Zij had immers medicijnen nodig, en die medicijnen kan het niet schelen of degeen die ze voorschreef een goed mens is of niet.

Piet Kruin deed zijn onderzoek.

Hij concludeerde dat mejuffrouw Van Effen aan een persoonlijkheidsstoornis leed. (Overigens werd de lithium-medicatie steeds voortgezet.)

Ik belde Molen. Ik legde hem de geschiedenis uit en vroeg of hij mejuffrouw Van Effen wilde opnemen.

'Dan moeten jij en Kruin gezamenlijk een verzoek bij mij indienen', zei hij, 'anders doe ik het niet.' Ik kreeg het weer warm. 'Neem me niet kwalijk' zei ik, 'maar dat doet Kruin natuurlijk nooit. Kruin beschouwt zichzelf als een groot deskundige.'

'Hij is ook wel deskundig', zei Molen. 'Ik doe onderzoek met hem.'

Ik begon me te herinneren dat ik gehoord had dat Molen hoogleraar wilde worden bij de afdeling van Kruin...

'Hoe zou je het vinden wanneer ik mejuffrouw Van Effen zou laten

onderzoeken door Peter de Beer?', vroeg ik. Peter was een eerste-klas-assistent die net een jaar bij Molen gewerkt had. 'Goed, laten Peter en Kruin maar gezamenlijk een verzoek bij mij indienen', zei Kruin.

'Dat lukt niet', zei ik.

'Dan zien we wel weer verder', zei Molen.

Peter was bereid mejuffrouw Van Effen op de dag van haar ontslag uit Dijkzigt psychiatrisch te onderzoeken. Hij wilde dan ook wel contact met Molen opnemen. Hij dacht dat Molens terughoudendheid toegeschreven moest worden aan diens plan om hoogleraar biologische psychiatrie in Rotterdam te worden.

Om Molens opmerking over Kruin moest Peter hartelijk lachen. 'Molen weet heel goed dat Kruin van depressies minder dan niets weet. Ik heb het daar uitgebreid met hem over gehad.'

Ik ging mejuffrouw Van Effen ging opzoeken in het ziekenhuis. Meijuffrouw Van Effen was nog bezig met een 'groeps gesprek'. Ik wachtte in de lange gang.

'U mag ook in het dagverblijf gaan zitten, hoor', had een verpleegkundige gezegd, maar ik heb niet de flair die nodig is om ongevraagd bezit te nemen van de ruimte van een groep ongelukkigen en daar een babbel te beginnen.

Bleke assistenten knikten mij schichtig toe.

Aan het eind van de gang ging een deur open.

Zes, zeven mensen kwamen naar buiten.

Ten slotte zag ik het silhouet van mejuffrouw Van Effen.

Zij schuifelde mijn richting op. Toen bleef ze staan.

Ik liep op haar toe. Hoewel afgefallen, was ze nog steeds erg dik. Om haar hals droeg ze een tasje, waarop met grote letters MONEY was gedrukt. Juffrouw Van Effen was aangedaan.

We mochten met elkaar praten in de kamer waar ook de professor en zijn staf hun besprekingen voerden.

Meijuffrouw Van Effen was wanhopig.

Het verblijf in Dijkzigt was een verschrikking voor haar.

Men was hard. Men hielp niet. De verpleging was gemeen. Men vloekte. De wc's waren vies. De dokter legde je uit dat men niets voor je kon doen. Ze moest naar therapieën die haar niets zeiden. Wanneer zei eindelijk bij de kar met koffie was was de koffie op.

Ze kon hier niet blijven, maar ze kon ook niet naar huis.

Ik zei dat ik begreep dat ze hier weg moest en beloofde haar dat ik alles in het werk zou stellen om haar te helpen.

Ze leidde me over de gang. Ze mopperde luid. Toen professor Schedel als een zwaarlijvige maar toch schichtige haas de gang over sprong zei

ze keihard: 'Kijk, die heeft wèl een wc van zichzelf!' Hij moet het gehoord hebben.

Veertien dagen ging Josée von Nahren juffrouw Van Effen zeggen dat ze naar huis moest. Hospitalisatie moest immers voorkomen worden. (Men dacht werkelijk dat het feit dat mejuffrouw Van Effen niet naar huis durfde, betekende dat ze graag in Dijkzigt wilde blijven...)

Mejuffrouw Van Effen jammerde en vloekte, maar de dokter gaf geen krimp.

Mejuffrouw Van Effen was oud, Josée jong.

Mejuffrouw Van Effen was dik, Josée slank.

Mejuffrouw Van Effen was lelijk, Josée op haar manier mooi.

Mejuffrouw Van Effen was ziek en bang, Josée gezond.

Mejuffrouw Van Effen kon niet eens gewoon lopen, Josée kon draven als het moest.

Mejuffrouw Van Effen kon nooit met vakantie, Josée was net met vakantie geweest en stond op het punt om opnieuw te gaan.

Toch schaamde Josée zich niet om de ongelukkige mejuffrouw Van Effen naar huis te sturen en te zeggen: 'U zult nu werkelijk Uw best moeten gaan doen.'

Onmiddellijk na ontslag werd ze onderzocht door Peter de Beer. Deze niet anders kon dan een diepe depressie met vitale kenmerken vaststellen. Er was een dagschommeling, er was anhedonie, het 'contact met God' was weg - 'Godverdomme, godverdomme' zei ze aanhoudend in zichzelf -, de eetlust was verdwenen, er was een doorslaapstoornis, er waren schuldgevoelens - geen symptoom ontbrak. Peter belde Molen. 'Molen heeft acht bedden vrij', zei hij. 'Daar krijgen we haar wel opgenomen.'

Daar kregen we haar niet opgenomen.

Mejuffrouw Van Effen, zo had Molen tegen Peter verklaard, was te *oud*.

'Maar ik had haar leeftijd genoemd!', zei ik. Peter haalde z'n schouders op. 'Molen neemt wel vaker oudere mensen op', zei hij. 't'Is duidelijk dat hij hier niet aan wil beginnen.'

Het was onmogelijk mejuffrouw Van Effen thuis te houden.

In het Hippolytusziekenhuis in Delft kunnen onze patiënten echter niet meer terecht. De mensen die deskundig en aardig waren zijn daar weggegaan.

Delta had geen plaats.

In de Bavo wilde ik haar niet opnemen. Ik haatte haar immers niet.

De Grote Rivieren in Dordt - was dat een idee? Ik wist het niet. De

directeur, met wie ik wilde overleggen, was met vakantie.
 Het werd ten slotte Sancta Maria in Noordwijkerhout.
 'U heeft altijd gezegd dat U voor honderd procent achter mij staat', zei
 mejuffrouw van Effen. 'Ik geloof dat ook. Maar nu begrijp ik pas hoe
 weinig honderd procent is.'

Naschrift

Een maand na haar opname kreeg ik een brief van haar, waaruit ik
 het volgende citeer:

'In maanden heb ik geen brief meer geschreven. Dit is dus de eerste na
 zo'n lange tijd. (...) De eerste twee dagen leken net op Dijkzigt. Nu niet
 meer. Het is hier zelfs prettig. Natuurlijk niet om lang te blijven.
 Ik heb dokter Blom, waar ik zeer goed mee op kan schieten, en grapjes
 maken en lachen. Ik zal ook niet lang hier hoeven blijven. (...) Ik ga
 naar alle therapieën en zelfs met plezier. De sfeer is hier voor 100%
 anders dan in Dijkzigt. Medicijnen krijg ik nog wel. (...) Nu krijg ik alles
 's avonds om ongeveer tien uur: anderhalf Priadel, 3 Tryptizol en een
 slaappilletje. Het grootste wonder is dat ik van die verschrikkelijke
 droge mond af ben.'

De eerste conclusie is natuurlijk dat we nooit met de Tryptizol hadden
 moeten stoppen. Een geringe verlaging van de dosering lithium was
 kennelijk voldoende om de droge mond te laten verdwijnen
 (mevrouw Van Effen had inderdaad aangegeven dat er een zoute
 smaak was in haar mond...). Ik wist dit niet.

Een tweede conclusie is dat het uitzicht op een professoraat wellicht
 niet het meest edele in de mens naar voren haalt.

Een derde conclusie moet zijn dat men op de afdeling Psychiatrie van
 het AZD in Rotterdam dommer is dan buitenstaanders mogelijk
 verwachten.

*De derde conclusie: Er is geen substitut
 voor eerste bevestiging!*

Relationele benadering voor fobieën

Richard Van Dyck

Inleiding voor TDT

Zijn de redacteuren van TDT ook vertrouwd met het gevoel van walging en intense afkeer dat wordt uitgelokt door het vooruitzicht om aan een nieuw stuk te beginnen? Ik weet er minstens een die dat zeer goed kent. Mooi is dat wel, zo'n tekstverwerkertje, daar ligt het niet aan. Alleen lijkt het op zo'n ogenblik veel aantrekkelijker om de post eens goed door te nemen en de administratie een keer in orde te brengen. Een boterhammetje eten moet toch ook nog even. Een goed opgeruimde schrijftafel neemt ook nog wat tijd in beslag, evenals de twee, drie telefoontjes die niet langer konden wachten. Daar is het trouwens wel goed voor: het voornemen om te beginnen aan een achterstallig stuk draagt er toe bij dat ander achterstallig werk goed wordt aangepakt; het lukt zelfs wel eens om een beetje vooruit te werken, op voorwaarde dat het om iets gaat dat totaal niet verwant is met stuk dat geschreven moet worden. Dit soort verschijnselen schijnt sterk verspreid te zijn en komt voor bij mensen van wie men dit totaal niet zou verwachten. Zo was ik verbaasd om te horen dat Paul (Emmelkamp, 1988)

alleen aan een publicatie kan werken als de deadline 10 dagen overschreden is.

Het allerergste is het schrijven van een stuk dat lange tijd geleden beloofd was en waarvoor inmiddels de motivatie en soms ook de interesse tot nul is gezakt. Het blijkt zelfs mogelijk te zijn dat motivatie en interesse tot beneden nul zakken! In deze categorie van "Langere Tijd Geplande Publicaties" heb ik inmiddels een aanzienlijke voorraad opgebouwd. Als ik morgen zou horen dat ik niet meer naar de Valeriuskliniek hoef te komen omdat men in Amsterdam besloten heeft om voortaan de psychiatrie geheel aan de patientenbeweging en de platforms toe te vertrouwen, dan zou ik het toch nog een hele tijd druk hebben met publiceren. Het moeilijkste moment is het begin. Dat laat zich slecht met enige andere ervaring vergelijken. Om 7 uur 's ochtends in de loop van de maand april in een slecht verwarmd zwembad duiken is een beslissing die veel minder weerstand oproept en na een korte schok volgt al gauw een plezierig gevoel. Doorrennen als men eigenlijk al lang zou willen stoppen vergt ook veel minder wilsinspanning. De voldoening na afloop van dat rennen is bovendien veel groter, en ontbreekt nagenoeg na het stuk dat men eigenlijk niet had willen schrijven. In mijn ervaring laat deze arbeid zich nog het beste vergelijken met eten van soorten voedsel waar men absoluut geen trek in heeft. Misschien hebt u ook als kind ooit meegemaakt dat een opvoeder met pedagogische bedoelingen eenzijdige voorkeuren in het dieet wilde

corrigeren? Het stuk steeds kouder wordende vlees voor u in het bord zien liggen? Het trage draaien en schuiven in de mond van de fijngekauwde vleespap, die telkens wegschiet als ze het keelgat nadert? Met een stuk vlees zou ik dit gevoel nu niet gauw meer kunnen oproepen, daar zouden andere middelen voor nodig zijn. Wat denkt u van koude reuzel met haar? Zoiets.

Deze inleiding is al aardig lang, laten we er nu maar aan beginnen, misschien wordt het toch nog leuk.

Referenties

Emmelkamp, P.M.G. (1988) persoonlijke mededeling

RELATIETHERAPIE EN FOBIEEN

Richard Van Dyck

Inleiding

In 1962 publiceerde William Fry een aantal opmerkelijke gevalsbeschrijvingen van fobische patienten. Het opmerkelijke lag hem niet in het klachtenpatroon van de patienten zelf, dat beantwoordde aan de klassieke beschrijvingen van een irrationele angst en vermijdingsgedrag voor bepaalde situaties zoals liften, alleen de straat opgaan e.d. Het opmerkelijke lag hem in het feit dat Fry het gedrag van de partner in deze beschrijvingen betrok. Hij kwam tot de conclusie dat de partner van een fobische patient in een opvallende mate last had van dezelfde fobische klachten als de patient, maar in mindere mate. Een variant hierop was dat de partner fobisch was voor situaties die "complementair" waren aan die van de "officiële" patient. Bijvoorbeeld vertoonde de patient angst en vermijdingsgedrag voor liften terwijl de partner last van hoogtevrees had. Die hoefde hij echter nooit onder ogen te zien zolang hij samen met zijn vrouw was, want die voorkwam

wel dat liften gebruikt moesten worden. Fry benadrukte sterk dit beschermende karakter van de fobie en de voordelen of winst die de partner aan de klachten van de patient ontleende. Als zorgvuldig goed gekeken werd zou blijken dat geen enkele partner van een fobische patient een "successfully functioning person was." Deze gedachtengang heeft velen aangesproken. Bij de behandeling van fobische patienten was het ook voor mij zaak om goed te letten op deze aspecten in de relatie van fobici met hun partner. Verder vermeldde Fry een relatiepatroon in de huwelijken van fobici dat weinig bevrediging opleverde: hij sprak van "compulsory Marriages". Een band die in stand werd gehouden door praktische noodzaak, ten dele samenhangend met de fobische klachten, maar niet vanwege het affectieve belang.

Deze eerste klinische beschrijvingen zijn uitgegroeid tot wat een "systeemtheoretische visie" op fobische klachten mag heten. Het voortduren en misschien ook wel het ontstaan van fobische klachten werd verklaard vanuit een problemen in de relatie en problemen van de partner. Het ligt voor de hand dat in de behandeling hiermee rekening moet gehouden worden als deze visie juist is. Zoniet dreigt de homeostase verstoord te worden, wat ongetwijfeld tot nieuwe problemen aanleiding zal geven.

In deze bijdrage zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre dit model empirisch is onderbouwd. Hiertoe zal hoofdzakelijk onderzoek bij agorafobici worden besproken, omdat dit klachtenpatroon het beste bestudeerd is. Verder wordt getracht aanbevelingen voor een therapeutische aanpak te formuleren die met de totnogtoe bekende gegevens stroken.

Agorafobie

Dat de relationele of systeemtheoretische visie op fobieën meteen aansprak is wellicht mede te verklaren uit het feit dat agorafobische klachten onmiskenbare praktische gevolgen hebben voor een relatie. Agorafobie komt overwegend voor bij gehuwde vrouwen en de partner wordt onvermijdelijk ingeschakeld bij het opvangen van de gevolgen van de klachten. Men kan niet agorafobisch zijn zonder medewerking van een ander, zou men Wolpe () kunnen parafraseren. Typische situaties die door agorafobici worden gevreesd en vermeden zijn openbaar vervoer, drukbevolkte ruimten, zoals supermarkten, theaters en winkels. Tijdens het verblijf in dergelijke situaties kan de angst oplopen tot een paniekaanval; die aanvallen kunnen evenwel ook optreden buiten de bekende angstverwekkende situaties. In gezelschap van een vertrouwd persoon zoals de partner is die angst en

vermijding als regel minder erg, wat er toe leidt dat deze echtparen doorgaans nogal veel met elkaar optrekken.

Bijvoorbeeld bij het doen van boodschappen is de echtgenoot meestal onmisbaar; in ernstige gevallen worden alle activiteiten buitenshuis aan de partner overgelaten en heeft de patient bovendien angst om alleen te blijven.

Deze aandoening is bepaald niet zeldzaam; de prevalentie wordt geschat op 2 tot 4 %. Onder de fobische stoornissen vormt agorafobie het meest frekvent aanleiding om in behandeling te komen. Zonder therapie is het beloop chronisch met fluctuaties: er is weinig neiging tot spontaan herstel.

Een systeemtheoretisch model

Behalve de klinische beschrijvingen van Fry (1962) verschenen nog verschillende publicaties waarin het belang van relationele factoren werd geïllustreerd. Goldstein (1973) beschreef dat agorafobische patienten zich t.o.v. hun relatie in een conflict bevonden over de mogelijkheid om te blijven of te vertrekken. Wolpe (1973) publiceerde een casus waarbij agorafobische klachten tijdelijk verdwenen na het aangaan van een extramaritale relatie. Goodstein & Swift

(1977) beschreven vier gevallen waarbij het optreden van agorafobie samenviel met relatieproblemen; op grond hiervan adviseerden zij relatietherapie als algemene strategie.

Inmiddels werd een betrekkelijk effectieve gedragstherapeutische methode ontwikkeld onder de naam "exposure in vivo" (vgl Emmelkamp, 1982,1985-86 ; Van Dyck,1985). In essentie bestaat ze uit langdurige (1 1/2 uur) oefensessies waarin de agorafobische patient zich volgens een van te voren gepland programma in de angstverwekkende situaties begeeft. De afname in vermijdingsgedrag die daarmee bereikt wordt blijkt volgens een overzichtsartikel over 24 studies ongeveer 50 % te bedragen voor 58 tot 83 % van de deelnemers (Jansson & Ost, 1982)> Deze verbetering is stabiel gebleken na 4 en 9 jaar (Barlow & Wolfe, 1981; Emmelkamp & Kuipers, 1979). Maar uit verschillende publicaties kwamen aanwijzingen dat voor het succes van deze symptoomgerichte gedragstherapeutische benadering relationele factoren van belang zijn. Hand & Lamontagne (1976) vermeldden in de discussie van een studie bij 25 echtparen dat hen was opgevallen dat als resultaat van de exposure in vivo relatieproblemen optraden. Hafner (1977) rapporteerde negatieve reacties en (1984) angst en depressie bij partners van patienten die exposure in vivo

hadden ondergaan. Zowel Milton & Hafner (1981) als Bland & Hallam (1981) vonden dat er sprake was van meer terugval of minder verbetering als exposure werd toegepast bij patienten met een geringe huwelijkssatisfactie.

Sommige van deze observaties betreffen slechts enkele patienten en berusten op niet meer dan klinische indrukken. Al met al is er toch voldoende aanleiding om expliciete verwachtingen te formuleren die een systeemtheoretische visie op agorafobie vertegenwoordigen. Deze verwachtingen kunnen als volgt luiden:

1. de partner van een agorafobische patient vertoont een "complementair" psychologisch profiel.

2. de huwelijksrelatie van agorafobici is dysfunctioneel.

3. een lage huwelijkssatisfactie drukt het therapieresultaat bij een gedragstherapeutische behandeling.

4. vooruitgang op het niveau van de symptomen zal leiden tot relatieproblemen.

5. symptoomverbetdring bij de patient voert tot negatieve reacties bij de partner.

onderzoeksresultaten

Recent is in Nederland een promotieonderzoek voltooid waarbij veel moeite is gedaan om systematisch en zorgvuldig gegevens te verzamelen waarmee deze stellingen getoetst kunnen worden (Arrindell, 1987). Samen met inmid

(wordt vervolgd)