

Jaargang 13

Nummer 4

Tijdschrift voor directieve therapie



Oktober 1988

Inhoud TDT 13 (4), oktober 1988

Dankbaarheidsnummer

Omslag: D. & K. van der Velden

DH, Ten Geleide 1

Kees Hoogduin, Het plezier van België 3

Alfred Lange, Het fijne van bibliotherapie 4

Kees Hoogduin en vele vrienden, ^{→ Bibliotherapie bij patiënten met nachtmerries} Verlichting door het lezen van mooie boeken 9 ↓

Richard Van Dyck, Ben ik de nieuwe Erickson? 15

Leen L. Joele, Blijmoedige euthanasie 29

Alfred Lange, Directieven voor het hele gezin 35

Kees Hoogduin en vrienden, De vrouw en haar volheid 57

Kees van der Velden, Over liefdesspel en paring 65

Richard Van Dyck, Bang? Samen kom je er doorheen! 68

Kees van der Velden, Nóg meer technieken om beter te worden! 92

Redactie: de opgemelde heren.

Dick Oudshoorn:
Weg met dat autisme:
(20)

Ten Geleide

'Wat ben jij eigenlijk een zuur en naar typhus-mannetje!', zo voegde C.A.L.Hoogduin ons recentelijk toe. 'Zie je dan niet hoe bijzonder het is dat wij van TDT altijd nog bij elkaar zijn? Begrijp je niet hoe uitzonderlijk het is dat wij TDT-redacteuren nog steeds vrienden zijn? Heb je wel eens om je heen gekeken, eikel?!

Wij schaamden ons dood!

Hij had gelijk.

Hoe gemakkelijk is het niet de ander zwart te maken en te kritiseren! Er is immers altijd wel iets te vinden dat niet deugt, of dat voor verbetering vatbaar is?

En hoe moeilijk is het anderzijds niet om het goede in de ander te ontdekken, dat goede, dat vast wel ergens verborgen zit, om de ander de kans te geven zichzelf te zijn, om de ander te ontmoeten in zijn zo-zijn, wellicht ook in zijn anders-zijn, om in de ander zichzelf te ontmoeten ook! Hoe moeilijk is het niet om dat eigen ik, dat ikje, dat altijd weer de kop opsteekt en altijd weer van zich wil laten horen, om dat eigen ikje eens even tot zwijgen te brengen!

Het gaat er niet om dat wij hierin in een keer slagen. We mogen er best langer over doen. Het gaat met vallen en opstaan. Het is een leerproces. Het is een tasten en zoeken. Het is een weg vol onzekerheden. Succes is niet bij voorbaat verzekerd. Tegenslag kan de voortgang belemmeren. Donkere wolken kunnen zich samepakken. Maar daar gaat het niet om. Het gaat om het willen, het proberen, de bereidheid zich voor de ander in te zetten!

Een blij geluid vormt de eerste bijdrage: Een bericht van de psychotische Belg. Het is of deze ons als het ware de dankbaarheid voorzegt.

Zouden mensen door lezen kunnen genezen? Misschien moet de moderne positivistische wetenschapper om dit idee lachen, maar het is helemaal zo gek niet. Er is meer tussen hemel en aarde... Denk aan acupunctuur en handlijnkunde. Lange beschrijft de heilzame werking van lezen bij mensen met allerhande klachten. Met een boekje in een hoekske, zei men vroeger al. Van het lezen van dit stuk knapt de lezer zelf ook al op!

Hoe verrukkelijk is het rustig te slapen in de wetenschap dat alles goed is en dat TDT bestaat... Helaas, deze ontspanning is niet voor ieder mens weggelegd, zeker niet voor mensen die geplaagd worden door nachtmerries. Zou het helpen om een fijn boek te lezen? Hierover schrijft onder anderen ons redactielid Hoogduin. (Co-auteurs Otten en

Ruiter lijken ver weggefrommeld, maar zij zitten daar zo tussen omdat dat veilig is en warm.)

Van Dyck vervolgt met een naschrift. Zijn bijdrage wordt gekenmerkt door milde humor en een lichte spot, die echter nergens sarcastisch aandoet.

Oudshoorn stuurde een fijn artikel in, waaruit blijkt dat ook in duistere, kille harten een vlammetje kan gaan branden, aanvankelijk klein nog, maar later uitgroeiend tot een machtig, laaiend vuur. Een mooie bijdrage, Dik!

Joele rapporteert als het ware uit de pauze van de wedstrijd tussen euthanasie en suicide enerzijds en hulp bij zelfdoding anderzijds, en concludeert tot een nul-nul-stand. Een gevoelig onderwerp, dat met een fijn gevoel voor wat kan en niet kan besproken wordt. Nergens grof en steeds vol blijde verwondering over de Schepping en het heerlijke wonder van het Leven.

In zijn troostende gang langs bange mensenkinderen kwam Lange ook jeugdige mensen tegen, mensen die, ondanks hun jongheid, toch al in de ban van de angst leefden; mensen voor wie de blijheid van de jeugd niet werkelijk leefde. 'Laat de kinderkens tot Mij komen' - zou dát Lange's devies zijn?

'Uw lichaam een tempel'. Dit Woord moet wel veel indruk gemaakt hebben op Hoogduin, gezien zijn mooie bijdrage over datgene waartoe de vrouw, wanneer zij héél dicht bij haar Man is, bij machte zou kunnen zijn. In dit artikel zien wij Hoogduin zoals wij hem het liefst zien: wijs, berustend, vol milde ironie. Wij zien als het ware zijn twinkende ogen door de bladzijden heen!

Hierbij sluit de kostelijke verkenning van Van der Velden aan. Wat is het verrukkelijk om deze twee, niet meer zo jonge, mannen te mogen horen spreken over misschien wel het schoonste dat de grootse Natuur heeft voortgebracht: de Vrouw en haar verschijning.

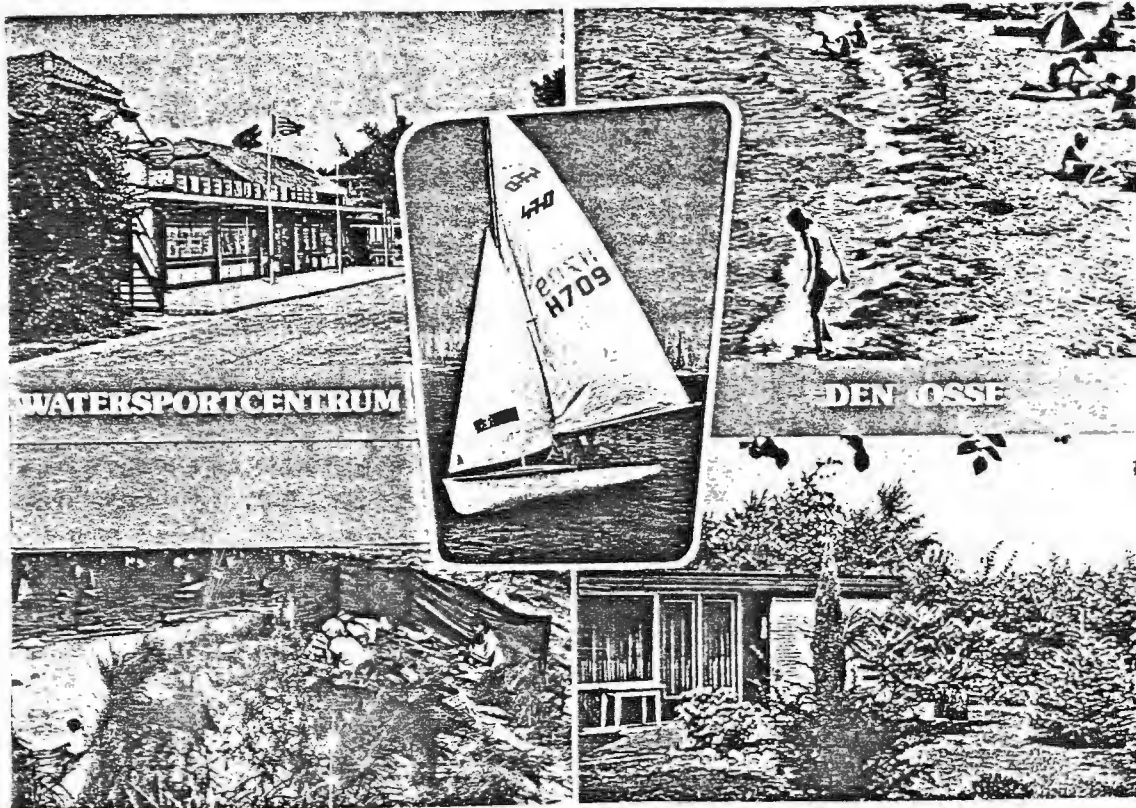
Begrijpend - zo zou het werkstuk van Van Dijk gekarakteriseerd kunnen worden. Begrijpend en empathisch. Wanneer wij nu eens minder kritiek zouden hebben, zo betoogt Van Dyck, en wanneer wij ons meer zouden openstellen voor de ander, zou de wereld er dan niet heel anders uitzien? Zijn wij niet te bang voor ons gevoel? Zijn wij niet te bang om onszelf te verliezen?

Ieder die de moed heeft zich kwetsbaar op te stellen zal zich in Van Dycks bijdrage herkennen en met des te meer energie en moed aan zichzelf werken!

De laatste bijdrage aan dit nummer sluit hier wonderwijs bij aan!

Moge de Kracht die Ons Leven leidt U inspireren bij Uw beleidsmatig en wetenschappelijk werk. Moge Hij de patiëntenstromen leiden en Zijn Geest laten waaien, ook door de Ambulante Sector! (DH)

Kees Hoogduin



Het is al weer 7 jaar geleden dat ik de psychotische belg behandelde. Soms blijft het goed gaan met patienten. Het zou het humeur van de therapeut en de sfeer in behandelcentra aanmerkelijk verbeteren, wanneer mensen die baat hadden bij een behandeling, vanaf nu verplicht worden, jaarlijks van hun welbevinden aan hun therapeuten verslag te doen. Het lijkt me een puntje voor de nieuwe gedragscode voor patienten.

Een verlengd week-
 end op het Grevelingenmeer
 is een enige belevenis
 voor iemand die ooit
 eens gedacht heeft nooit
 meer de zee te zullen
 zien.

Hartelijke groeten

M

Foto Hameeteman Weststraat 35 Ouddorp (ZH) tel. 01878-1612



14 AUG. 1988

Aan Prof. C.A.L. Hoogduin
 Sint Hippolytusziekenhuis
 Reinier De Graafweg 17

Delft

BIBLIOTHERAPIE

A. LANGE

Inleiding

In een voordracht, gehouden tijdens het Boerhaave symposium in febr. 88, maakte dhr. R.J.M.P. van Wiechen, huisarts, gewag van zijn onderzoek over 'Literatuur als medicijn'. Dit literatuur-onderzoek zal te zijner tijd leiden tot een dissertatie', zo werd de aanwezigen medegedeeld. Hij vertelde dat literatuur ten behoeve van therapie - verder 'bibliotherapie' te noemen - voor het eerst werd beschreven door Mc Grothers (1916). Maar het bestaat al veel langer zoals van Wiechen duidelijk maakte. Zo schijnt op de bibliotheek van het oude Thebe al de inscriptie te hebben gestaan 'Genezingsoord van de ziel' en adviseerde Burton al in 1621 aan hypochondrische patiënten om de Bijbel te lezen, die hij zag als een apotheek waarin remedies voor elke aandoening zijn te vinden.

Na de eerder genoemde publicatie van McGrothers in 1916 komt in Amerika een stroom van literatuur op gang voor mensen die zichzelf in nood achten. Dat gaat dan bijvoorbeeld om personen die last hebben van depressies, mensen met relatieproblemen, chronisch zieken, mensen die een verlies hebben geleden en in een pathologisch rouwproces verkeren, etc.

Van Wiechen noemt een aantal publicaties, of bronnen voor publicaties, die hij geschikt acht voor bibliotherapie. Bijvoorbeeld de bundel 'Als je leest ben je nooit alleen' van Misha de Vreede e.a. (1975), waarin - in die tijd - bekende Nederlanders vertellen over boeken die belangrijk zijn geweest in hun leven. In het aprilnummer van 1985 van het CJP maandblad 'Plug' staat volgens van Wiechen een artikel 'Zoeken naar woorden' waarin een aantal boeken worden besproken die troostend kunnen zijn na droevige ervaringen. In Maart 1986 stond er in het maandblad 'Opzij' een artikel 'Papieren troost' waarin vrouwen vertellen over boeken die hen uit hun depressie haalden.

Van Wiechen concludeert op grond van zijn literatuur-onderzoek dat de gunstige werking van bibliotherapie vooral moet worden toegeschreven aan het feit dat de lezer zich herkent in de beschrijvingen en zich indentificeert met de personages uit het betreffende boek en merkt dat hij niet de enige is met dit probleem. Daarbij komt, dat hij ziet dat er andere manieren van reageren bestaan dan hij gewend is. Interessant vond ik de opmerking van van Wiechen dat hij geen goede ervaringen had met het aanbevelen van boeken die hij zelf niet goed kende en waardeerde. Het is dus kennelijk zinnig om boeken waar je naar wilt verwijzen zelf eerst te lezen en te keuren.

In dit artikelje wil ik binnen onze groep een begin maken met een uitwisseling van aan te bevelen literatuur voor cliënten, door een aantal publicaties die ik op deze wijze heb gebruikt te noemen, ingedeeld naar de doelgroepen waarvoor ze van toepassing waren.

Relatie- en gezinsproblemen

Als het gaat om machtsstrijd, communicatieperikelen, of affectieve problemen dan wil ik nog wel eens naar eigen werk refereren: *'Gedragsverandering in gezinnen'*. Ik adviseer dan vrij nauwkeurig welke paragrafen het meest geschikt zijn. Bijvoorbeeld: voor machtsstrijd en communicatieproblemen par. 1.5 en par. 2.2.3. Voor affectieve- en seksuele problemen par. 4.2.8. en hoofdstuk 10 en 13. Maar vaak ook gaat het om hele hoofdstukken, bijv. hoofdstuk 1 als de structuur en de patronen van een gezin van belang zijn. Mensen met relatieproblemen komen na de intake bij mij nogal eens op een wachtlijst. In een aantal gevallen heb ik ze aangeraden om alvast *'Gedragsverandering ...'* te lezen. Kwaad kan het niet en het maakt de wachtlijst wat beter te verkopen. In een aantal gevallen rapporteerden ze maanden later dat ze er veel aan hadden gehad en meer hoop hadden dan voorheen.

Een hele goeie is: *'De partner als onderwerp van agogische actie'* van onze geniale vriend *van der Velden*. (1983). Het leent zich niet voor iedereen, maar dat geldt voor alle hier te bespreken publicaties, en ik zou het ook pas aanraden als je de cliënten een beetje kent, maar dan kan het een 'eye opener' zijn voor mensen die veel vormingsdrift in hun onderlinge verhouding leggen.

Op advies van anderen heb ik ook weleens *MacGillavry's* (1980) *'Buigen, barsten of bijstellen'* geadviseerd aan paren die het niet zo gezellig hadden. Het betreffende paar was zeer enthousiast en ze hadden er veel aan gehad, zeiden ze.

Als er *opvoedingsproblemen* spelen dan raad ik *'Problemen met kinderen'* en/of *'Opvoedingsproblemen in het gezin'* aan van *Patterson* (1971 en 1978), maar ook weleens hoofdstuk 12 van mijn eigen *'Strategieën in directieve therapie'* dat een verbatim beschrijving bevat van een behandeling van een moeilijk jongetje.

Depressieve verschijnselen

Wanneer het gaat om depressieve vrouwen dan is het het boek *'Je komt er wel uit'* van *Helen de Rosis en Victoria Pellegrino* (1979) zonder meer aanbevelenswaardig. De titel doet het ergste vermoeden en dat geldt nog meer voor de ondertitel, *'hoe overwinnen we onze depressies, eenzaamheid, angst, verlegenheid, frustraties en woede'*. Maar het is een alleraardigst boek met veel verstandige observaties en tips hoe je jezelf kan aanpakken. Het komt uit de sfeer van 'positive thinking' en heet in het Engels *'The book of hope'*.

Uit dezelfde achtergrond is: *'Niet morgen maar nu; naar een nieuwe kijk op jezelf, naar een completer functioneren'*, van *Wayne W. Dyer* (1988). Een cliënt met een mengeling van angst en depressie maakte mij er op attent. Hij had al veel gelezen, maar dit scheen werkelijk

zeer bijzonder te zijn. Op mijn aanraden had hij ook literatuur over RET gelezen, van *Diekstra en Dassen* (1982), nadat hij mij om iets dergelijks had verzocht. 'Diekstra en Dassen' vond hij maar saai. (Hoe is het mogelijk?). Dyer had dezelfde boodschap maar scheen veel beter te zijn.

Angststoornissen

Bij een aantal patiënten met sociale fobie, waarin anticipatieangsten een rol spelen heb ik in het verleden ook gegrepen naar eigen werk, zoals '*de behandeling van een vrouw met trillende handen*' (1980) als het gaat om een etaleer-strategie te illustreren. Ook *Vandereycken's* (1986) '*Eytrofobie, of de angst om te blozen*' en *de Jong's* (1987) '*Angst voor trillenden handen*' heb ik weleens gebruikt. Binnenkort ga ik aan een faalangstige man het boekje van *Ijzermans en Heffels* (1985), '*Dat durf ik niet*', aanraden. Ik ben er niet gerust op.

Als het gaat om agorafobie met paniekaanvallen dan wil ik de ontwikkelde patiënt nog weleens in '*Strategieën in directieve therapie*' (hoofdstuk 2) laten duiken. De eenvoudige patiënt moet het doen met een kopie van een interview dat ik over dit onderwerp in de Margriet (Dik, 1987) heb gegeven en met een informatiestencil over hyperventilatie.

Rouw en rancune

Hiervoor wil ik sommige mensen weleens voorzichtig wijzen op '*Strategieën in directieve therapie*', waar meerdere hoofdstukken hiervoor instaan. Zinnig is ook het hoofdstuk van *Ramsay* (1980) in het *Handboek voor gedragstherapie: 'Rouwtherapie, de gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen'*.

Registratie, zelfcontrole en gedragscontracten

Over sommige adviezen die wij geven hebben wij al het een en ander geschreven waarin het hoe en het waarom wordt uitgelegd. Dit soort schriftelijke toelichting kan de duur van een zitting bekorten en voorkomt allerlei vragen achteraf. Zo laat ik cliënten graag *hoofdstuk 5* van '*Gedragsverandering in gezinnen*' lezen wanneer ze moeten registreren, of *hoofdstuk 7* wanneer er gedragscontracten of zelfcontrole op het programma staat. Ik weet wel dat er voor dat laatste veel meer literatuur bestaat, maar '*Gedragsverandering*' hebben ze inmiddels meestal al en ik kan ze toch niet op kosten blijven jagen.

Diversen

Recentelijk meldde een gescheiden, alleenwonende vrouw zich aan omdat zij 'niet wist hoe te reageren op het *lesbisch* zijn van haar dochter. Er volgden met haar vier gesprekken, in

gezelschap van de dochter en haar zoon. De dochter bleek ook wat problemen met zichzelf te hebben, waarvoor ze al enkele jaren psychotherapie had ondergaan. Niet geheel zonder succes, maar de grootste moeilijkheden speelden tussen haar en haar moeder. Laatstgenoemde vond het vreselijk dat haar dochter 'zo anders geaard was', wist niet hoe daar op te reageren, terwijl zij juist een goede verhouding met haar wilde. De eerste twee gesprekken gingen over de vraag, wat de bedoeling van de behandeling moest zijn. In het derde gesprek werd de dochter geadviseerd om voor moeder literatuur uit te zoeken en haar moeder een keer in de week een brief te schrijven waarop moeder een dag later telefonisch zou reageren. Beide suggesties werkten dermate positief dat moeder de zitting daarop stralend vertelde dat het prima ging. Verdere hulp was niet nodig. Ze had de literatuur (een thema-nummer over homosexualiteit in 'Opzij' en een boek waar ik de naam van vergeten ben) gelezen. Het had haar zeer geholpen en daardoor was ze ook met allerlei andere mensen erover gaan praten.

Discussie

Tegen één van de aanbevelingen van van Wiechen heb ik in ieder geval niet gezondigd, dat je literatuur moet aanraden waar jezelf achter staat. Mijn beide uitgevers zullen daar blij om zijn.

Verder valt het mijzelf op dat ik in dit overzicht vooral vak-literatuur heb genoemd, terwijl ook romans en andere 'zachte' lectuur wel in aanmerking komen. Ik geloof dat ik dat in het verleden ook weleens heb gebruikt maar ik weet niet meer welke boeken dat waren. Überhaupt geldt dat ik niet pretendeer hier volledig te zijn, zelfs niet wat mezelf betreft. Het is maar een begin. Ik hoop dat de andere redacteuren in toekomstige afleveringen de geschriften die zij adviseren willen rubriceren, zodat we in de toekomst ook hun verkoopcijfers kunnen stimuleren.

Referenties

- Diekstra, R.F. W. & Dassen, W.F.M. (1982), *Inleiding in de rationele therapie*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Dik, H. (1987), Als je niet meer over straat durft. *Margriet*, (39), 28-31.
- Dyer, W.W. (1988), *Niet morgen maar nu. Naar een nieuwe kijk op jezelf, naar een completer functioneren*. Utrecht: Bruna.
- Jong, P.M. de (1987), Angst voor trillende handen: een behandelingsstrategie. *Directieve Therapie*, 7 (1), 50-62.
- Lange, A. (1980), De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Lange, A. (1985), *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- MacGillavry, D. (1980), *Buigen, barsten of bijstellen*. Rotterdam: Ad Donker.
- Patterson, G.(1971), *Problemen met kinderen..* Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Patterson, G.(1978), *Opvoedingsproblemen in het gezin*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Ramsay, R. (1980), Rouwtherapie, de gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen. In: J.W.G.Orlemans e.a. (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Rosis, H.A. de & Pellegrino, V.Y. (1979), *Je komt er wel uit; hoe overwinnen we onze depressies, eenzaamheid, angst, verlegenheid, frustraties en woede*. Baarn: Ambo.
- Velden, K. van der (1983), De partner als voorwerp van agogische actie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, (1), 75-78.
- Wiechen, R.J.M.P. (1988), Literatuur als medicijn. In: K.Gill & R.F.W.Diekstra (red.), *Verdriet, verliesverwerking en gezondheid*. Baarn: Ambo.
- Ijzermans, Th. & Heffels, A. (1985), *Dat durf ik niët; ovet angsten en fobieën*. Meppel: Boom.

Bibliotherapie bij patiënten met nachtmerries

G.M. Schippers,
C. Schaap,
J. Otten,
A. Ruiter,
C.A.L. Hoogduin.

Dr G.M. Schippers is als U.H.D. verbonden aan de Vakgroep Klinische Psychopathologie en Persoonlijheidsleer van de K.U. in Nijmegen.

Dr C. Schaap is eveneens als U.H.D. aan deze vakgroep verbonden. Drs J. Otten en drs A. Ruiter werkten mee aan het onderzoek in het kader van hun afstudeerscriptie.

Prof. dr C.A.L. Hoogduin is verbonden als hoogleraar aan bovengenoemde vakgroep. Hij is tevens verbonden aan de Psychiatrische Polkliniek Delft.

Correspondentie-adres:

Prof. dr C.A.L. Hoogduin,
Montessorilaan 3,
Postbus 9104,
6500 HE NIJMEGEN.

Bibliotherapie bij patiënten met nachtmerries

G.M. Schippers,
C. Schaap,
J. Otten,
A. Ruiter,
C.A.L. Hoogduin

Inleiding

"Een nachtmerrie is een angstaanjagende droom, waarvan men wakker wordt." (Hersen, 1972).

In 1979 gaf de "Sleep Disorders Classification Committee of the Association of Sleep Disorders Centers" de volgende psychofysiologische definitie van nachtmerries: "An awakening from REM sleep (sometimes light REM sleep) with unmistakable, detailed recall of an extended and disturbing dream, accompanied by anxiety and some autonomic arousal" (Halliday, 1987). Deze definitie onderscheidt de nachtmerrie van de 'pavor nocturnus', een andere vorm van angst die in de slaap kan optreden. Deze twee verschillende soorten van nachtelijke angst worden vaak met elkaar verward. Pavor nocturnus wordt gekenmerkt door wakker schrikken met een zelfde angstgevoel als na een nachtmerrie, maar men kan zich geen droominhoud meer herinneren. De pavor nocturnus (of 'night terror') treedt vooral op tijdens het vierde slaapstadium (NREM-slaap), terwijl de nachtmerrie tijdens het derde stadium (REM-slaap) optreedt.

In D.S.M.-III-R (A.P.A., 1987) worden de nachtmerries besproken onder de categorie 'sleep disorders'. Er is sprake van een 'dream anxiety disorder' (of: 'nightmare disorder') als iemand regelmatig nachtmerries heeft, daar heel angstig van wordt zonder dat er verband bestaat met een organische factor of medicijnen. Volgens D.S.M.-III-R heeft ongeveer 5 procent van de populatie last van nachtmerries en 6 procent heeft er last van gehad in het verleden. De stoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en ook vaker bij mensen met frequente lichamelijke en/of geestelijke problemen.

Uit de literatuur blijkt dat de oorzaken van nachtmerries niet altijd duidelijk zijn. Bij sommige mensen hangen nachtmerries samen met traumatische ervaringen, bij anderen met medicijngebruik. Bij veel nachtmerries is de oorzaak van het optreden veel minder duidelijk. Verschillende

onderzoekers geven aan dat nachtmerries lang niet altijd gepaard hoeven te gaan met andere problemen. Verbanden met persoonlijkheidspre-dispositie of onbewuste persoonlijkheidsdynamiek zijn vaag, onduidelijk of ontbreken (zie Van Linden van den Heuvel & Emmelkamp, 1987).

Na onderzoek van de literatuur blijkt dat er relatief veel verschillende behandelingsmethoden voor nachtmerries zijn beschreven, maar dat weinig gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van de behandelingen is gedaan. Van Linden van den Heuvel en Emmelkamp (1987) vermelden slechts twee gecontroleerde studies waarbij gevonden werd dat systematische desensitisatie beter was dan zelfregistratie en een placebo-conditie en dat relaxatie en systematische desensitisatie effectiever waren dan een wachtlijstgroep. Bij follow-up na 9 weken bleek de systematische desensitisatie effectiever dan de wachtlijstconditie alleen (Miller & DiPilato, 1983).

In het overzichtsartikel van Van Linden van den Heuvel en Emmelkamp (1987) worden diverse andere succesvolle behandelingsmethoden genoemd: hypnose, medicijnen (Phenelzine), implosie samen met 'pleasant imagery' en exposure in vivo. De bruikbaarheid van deze methoden is onduidelijk daar er slechts bij weinig proefpersonen werd geëvalueerd.

Het ontbreken van een algemene theorie over nachtmerries pleit voor een pragmatische aanpak: de toepassing van de meest eenvoudige methode waar enig effect van te verwachten is. Zo lang er geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende problematiek, valt in eerste instantie de keuze op de systematische desensitisatie, de enige strategie die op gecontroleerde wijze is geëvalueerd en die effectiever bleek te zijn.

Miller & DiPilato (1983) maakten bij hun onderzoek gebruik van een intake en behandelingsprotocol. Otten heeft hiervan een Nederlandse bewerking gemaakt, die als een zelfhulp cursus aan de patiënten aangeboden kan worden. De patiënt krijgt eerst richtlijnen om relaxatie machtig te worden en vervolgens krijgt hij adviezen over de systematische desensitisatie (Miller, Otten & DiPilato, 1986).

Miller deed uitvoerig onderzoek naar het gebruik van bibliotherapie bij probleemdrinkers met een alcoholconsumptie van meer dan 8 glazen per dag. Het bleek dat de patiënten met een bibliotherapie het niet slechter deden dan in een behandeling met behulp van een therapeut (zie voor een overzicht: Miller & Schippers, 1983).

Glasgow en Rosen (1978) laten in een overzichtsartikel onderzoek naar 'behavioral bibliotherapy' de revue passeren van onder andere de volgen-

de gebieden: angstreductie, vermindering van roken, verbetering van sexueel dysfunctioneren, verbetering van assertiviteit, gewichtsvermindering. Ook op het gebied van angstreductie worden van systematische desensitisatie met een zelfhulpgids positieve resultaten vermeld.

Het onderzoek

Vraagstellingen

Hoeveel patiënten uit de ambulante, psychiatrische populatie van een algemeen ziekenhuis hebben regelmatig last van nachtmerries, hoeveel van hen zijn momenteel onder behandeling voor die nachtmerries en hoeveel van hen zijn geïnteresseerd in een behandeling?

Kan de intensiteit en/of de frequentie van nachtmerries worden gereduceerd met behulp van een systematisch desensitisatie-programma in de vorm van een zelfhulpgids?

Methode en patiënten

Het onderzoek werd uitgevoerd op de psychiatrische polikliniek van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft. Het zelfhulpprogramma bestond uit een stapsgewijs programma met richtlijnen voor het aanleren van relaxatie. Het programma nam 6 weken in beslag.

De frequentie en intensiteit van de nachtmerries werden door de patiënten geregistreerd. De ernst en frequentie gezamenlijk zijn de maat voor verbetering. Het product van de frequentie en intensiteit werd als maat voor de ernst genomen. Een patiënt werd als verbeterd beschouwd bij een verbetering van 30% of meer.

Het zelfhulpboekje werd niet uitgereikt door de therapeut bij wie de patiënt reeds onder behandeling was, maar door één van de twee psychologie-studenten.

Resultaten

Aan 295 patiënten van de psychiatrische polikliniek werd gevraagd of zij last hadden van nachtmerries. Vijfenveertigpatiënten (15%) meldden daar last van te hebben en 28 van hen waren geïnteresseerd in de cursus en het onderzoek. Op het moment dat het onderzoek startte, viel de belangstelling wat tegen. Vijftien patiënten bleken ten slotte toch geen interesse te hebben, zodat 13 patiënten met de behandeling begonnen. Opnieuw haakten 6 patiënten af, zodat uiteindelijk slechts 7 patiënten het programma voltooiden. Van deze 7 patiënten vertoonden maar 2 patiënten

een klinische verbetering van >> 30%.

Slot

Concluderend kan gesteld worden dat behandeling met het zelfhulpboekje bij psychiatrische patiënten leidt tot bescheiden resultaten en een zeer hoge drop-out. Reden om bibliotherapie bij patiënten op een psychiatrische polikliniek vooralsnog niet toe te passen, niet in het minst omdat ten slotte maar enkele patiënten er baat bij hadden.

De oorzaak van het matige resultaat is niet geheel duidelijk. Mogelijk is een zelfhulpmethode bij mensen met nachtmerries gewoon niet effectief. Ook kan het zijn dat de onervarenheid van de psychologiestudenten die de patiënten begeleidden in de procedure een rol speelt. De patiënten waren in behandeling voor diverse klachten zoals angststoornissen (10), verslavingsproblematiek (1), affectieve stoornissen (2), paranoïde persoonlijkheidsstoornis (1) en somatoforme stoornis (1). Het is mogelijk dat het zelfhulpprogramma interfereerde met het reeds lopende therapieprogramma.

Tot slot kan de actieve werving, waarbij patiënten gevraagd werd naar het voorkomen van nachtmerries en een eventuele belangstelling voor behandeling, een ongunstige invloed op de selectie van de patiënten tot gevolg gehad hebben. De mensen die uiteindelijk de behandeling accepteerden, waren mogelijk niet bijzonder gemotiveerd het programma uit te voeren. Een programma dat bovendien nogal magertjes afstak in vergelijking met de behandeling die zij al kregen.

Gezien het grote aantal psychiatrische patiënten met klachten lijkt het alleen verantwoord een vervolgonderzoek te starten indien het zelfhulpboekje ingepast wordt in een trainingsprogramma waarbij de eigen therapeut in wekelijkse zittingen de stappen begeleid.

Referenties

- Glascow, R.E. & G.M. Rosen (1978), Behavioral Bibliotherapy: A Review of Self-Help Behavior Therapy Manuals. American Psychological Bulletin, 85 (1), 1-19.
- Halliday, G. (1987), Direct Psychological Therapies for Nightmares: A Review. U.S. Clinical Psychological Review, 7, 501-523.
- Hersen, M. (1972), Personality Characteristic of Nightmare Sufferers. The Journal of Nervous and Mental Diseases 1971, 152 (1), 27-31.
- Linden van den Heuvel, Ch. van & P.M.G. Emmelkamp (1987), Nachtmerries en Night Terrors. Directieve Therapie, 7 (4), 277-301.
- Miller, W.R. & M. DiPilato (1983), Treatment of Nightmares via Relaxation Desensitisation. J. of Consulting and Clinical Psychology, 51 (6), 870-877.
- Miller, W.R., J.S. Otten & M. DiPilato (1986), Nachtmerries, hoe raak je ze kwijt - een zelfhulp.cursus. Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer, K.U. Nijmegen.
- Miller W.R. & G.M. Schippers (1983), Effecten van een zelfcontrole-programma voor probleemdrinkers. T. Alc. en Drugs, 9 (3), 107-112.

NASCHRIFT met aanvulling: de jonge Erickson

Richard Van Dyck

Inleiding

De onderstaande tekst heb ik toegevoegd als naschrift bij het Erickson artikel dat bestemd is voor Directieve Therapie deel 3. Ik neem niet aan dat de TDT- redacteuren het boek zullen napluizen om te zoeken naar eventuele veranderingen; omdat ik het een leuke anecdote vind stuur ik ze bij deze in voor TDT. Tevens heb ik er een recente ervaring uit eigen praktijk aan toegevoegd. Ook dit vormt een mooie anecdote, maar ze is niet geschikt voor publicatie buiten TDT, omdat het jammer zou zijn als de betrokkene in bev Dth de tekst onder ogen zou krijgen.

het naschrift

Tijdens een congres over "Ericksoniaanse technieken in hypnose en psychotherapie" dat in 1980 werd gehouden in Phoenix (Arizona), waar Erickson zijn laatste levensjaren doorbracht, hoorde ik een tafelgenoot vertellen over zijn bezoek aan Milton Erickson, niet lang voor diens overlijden. Het was toen al een aantal jaren een gebruik dat therapeuten uit alle delen van de Verenigde Staten en zelfs van ver

daarbuiten Erickson opzochten om persoonlijk kennis te maken met deze tot legende uitgegroeide therapeut.

Mijn tafelmanoot had Erickson verteld over zijn professionele bezigheden en ook zijn persoonlijke problemen met zijn vrouw ter sprake gebracht. Bij het afscheid had Erickson hem gevraagd of het voor hem de eerste keer was dat hij Phoenix bezocht. Op het bevestigend antwoord raadde Erickson hem aan om vooral voor de terugreis de Grand Canyon te gaan bekijken, naar Amerikaanse maatstaven vlak bij Phoenix in de buurt. Mijn tafelmanoot had dit advies opgevolgd en was, zoals iedereen, onder de indruk gekomen van dit overweldigende natuurfenomeen. "Maar", vertelde hij, "toen ik midden in de canyon stond, en zag hoe ver de noordrand en de zuidrand uit elkaar staan, zonder dat er een brug overheen kan, dacht ik plots aan mijn huwelijk en de kloof die er is tussen mijn vrouw en mij en de totale afwezigheid van contact." Opeens realiseerde hij zich dat het de bedoeling van Erickson moest geweest zijn om hem dit inzicht bij te brengen en dat dit de achtergrond moest geweest zijn van het advies om de Grand Canyon te bezoeken. Over de daaropvolgende beslissing te scheiden was mijn tafelmanoot toen nog zeer tevreden en hij was Erickson dankbaar voor dit in een metafoor verborgen advies. Het valt niet meer te achterhalen of Erickson ooit werkelijk bedoeld heeft om dit advies te geven. Ik twijfel er sterk aan, want Erickson had de gewoonte om iedereen die hem opzocht van

buiten de staat aan te raden om vooral de Grand Canyon en andere bezienswaardigheden van Phoenix te gaan bekijken.

Naar mijn smaak illustreert deze anecdotte hoe ook (of juist?) vakgenoten bereid zijn diepe betekenis te verlenen aan triviale uitspraken als de behoefte aan betekenisvolle mededelingen groot is en als aan de betrokken therapeut een grote autoriteit wordt toegeschreven. In de laatste jaren van zijn leven hoefde Erickson zich niet meer in te spannen om zijn woorden een grote kracht of impact mee te geven. Ik geloof dat deze overweging meer aandacht verdient. De laatste jaren is er sprake van een cultus-achtige benadering van alles wat Erickson heeft nagelaten. Videobanden waarin hij soms nauwelijks verstaanbaar is worden geanalyseerd op subtiele verborgen bijbedoelingen die natuurlijk altijd gevonden worden. Er schijnt zelfs een therapeut te zijn die zich de gehandicapte spraak van de oudere Erickson heeft weten eigen te maken. De reputatie van een soort therapeutische superman, die door Haley is opgebouwd maar door Erickson zelf in niet geringe mate is voorbereid met zijn casuïstiek van feilloos werkende technieken, vormt wellicht een betere verklaring voor de meegaandheid van veel van zijn patienten, dan de gedetailleerde analyses van vele interventies. De gemiddelde behandelaar die een advies wil geven aan een patient die door zijn huisarts naar een sociaal psychiatrische dienst of polikliniek is verwezen werkt echter in een heel andere situatie. Zonder gerichte

maatregelen is de kans groot dat de patient bij de volgende afspraak niet eens meer weet welk advies hij gekregen heeft. Lange (1987) wijst er op dat therapeuten in dergelijke situaties te gauw geneigd zijn om van weerstand te spreken.

de jonge Erickson

Toch weet je het van Erickson maar nooit wat hij eigenlijk bedoelde, want hij gaf iedereen gelijk die meende een bedoeling te onderkennen en liet altijd de mogelijkheid open dat er daar bovenop nog meer speelde. Van jezelf lukt het al beter om na te vertellen wat je van plan was. Dat onbedoelde positieve effecten tot stand kunnen komen door een reputatie die "Ericksoniaans" is, illustreert het nu volgende incident.

Enige tijd geleden werd ik gebeld door een therapeute die vanwege ernstige problemen een crisis doormaakte en daarbij enigszins in de war was geraakt. We kenden elkaar oppervlakkig vanuit de psychotherapiewereld; ooit had ze eens een workshop van mij gevolgd over hypnose, waarbij metaforen en Ericksoniaanse interventies aan de orde kwamen. De lezer zal begrijpen dat dit al weer een paar jaar geleden is. Ze vertelde nogal geagiteerd wat haar moeilijkheden waren en vroeg of ze in therapie kon komen om daar verder over te praten. Ik zag wel kans om haar op redelijk korte termijn een afspraak te geven en legde haar aan de telefoon

uit hoe ze het beste in Oegstgeest kon komen en vanaf de
 snelweg het eenvoudigst de Prins Hendriklaan kon bereiken.
 Bij het kennismakingsgesprek bleek dat dit een uiterst
 werkzame interventie was geweest. Het was haar duidelijk
 geworden dat mijn rustige uitleg een dubbele betekenis had:
 impliciet vertelde ik haar dat ze goed terecht zou komen en
 dat ze de juiste weg zou vinden. Dit had haar al meteen erg
 gerustgesteld en dit had geholpen om in de daaropvolgende
 dagen weer een beter evenwicht te vinden. Ik vond dit een
 leuke gedachte en heb het niet tegengesproken. Helaas zijn
 er niet veel patienten die zo creatief met mijn
 routebeschrijvingen omgaan. Wel komt het vaker voor dat
 mensen achteraf vertellen dat een bepaalde opmerking zo
 ontzettend heeft geholpen, terwijl ik er me niet van bewust
 ben iets bijzonders gezegd te hebben. Dit fenomeen is een
 aanvulling op de beschouwingen over de "therapeutische
 impact": soms moet de therapeut erg weinig moeite doen om
 een diepe indruk te maken.

Referentie

Lange, A. (1987) Het creëren van therapeutische kracht,
 een essentiële factor in psychotherapie. in: Lange, A.
 Strategieën in directieve therapie. Deventer, Van Loghum
 Slaterus

Korte focale psychotherapie bij een adolescente
met autistische kenmerken

Dick N. Oudshoorn

Inleiding

In deze exclusieve TDT-bijdrage wil de auteur een illustratie geven van behandelingsmogelijkheden bij een diagnose die per definitie pessimistisch stemt. Eerst wordt besproken wat onder 'autisme' wordt verstaan en welke behandelmogelijkheden er in principe zijn. Vervolgens kan de lezer de gevalsbeschrijving van Renée lezen. Tenslotte volgt er een korte discussie.

Autisme

De DSM-III-R (APA,1987) heeft de indeling van de zg. 'Pervasive Developmental Disorders ('Algemene Ontwikkelingsstoornissen') waartoe autisme behoort, ingrijpend gewijzigd ten opzichte van de DSM-III. Laten we ze kort vergelijken.

DSM-III onderscheidt:

299.00 Infantiel Autisme, compleet beeld (begin voor de leeftijd van dertig maanden)

299.01 Infantiel Autisme, resttoestand

299.90 Algemene Ontwikkelingsstoornis beginnende in de kinderleeftijd (na de dertigste maand); compleet beeld

299.91 idem, resttoestand

299.80 Atypische Algemene Ontwikkelingsstoornis, compleet beeld

299.81 idem, resttoestand

DSM-III-R onderscheidt nog slechts:

299.00 Autistische Stoornis

299.80 Algemene Ontwikkelingsstoornis, overige ('NOS')

Het voordeel is de toegenomen eenvoud. De willekeurige grens van dertig maanden is vervallen; wèl kan die nader worden aangegeven, maar binnen eenzelfde classificatie. De belangrijkste differentiële diagnose na dertig maanden is 'Schizofrenie', en deze heeft zijn eigen criteria. Dubieuze begrippen als 'Symbiotische Psychose' zijn al eerder op zolder opgeborgen.

Nu er slechts twee mogelijkheden resteren is te verwachten dat de classificatie 299.80 vaker gesteld zal worden dan 299.00, en ook dat lijkt een winstpunt.

Een voordeel van de oude indeling was dat ook resttoestanden konden worden geclassificeerd. Juist als we met **adolescenten** te maken hebben, zien we zelden het complete beeld dat ze op kinderleeftijd vertoond hebben. Bij de bespreking van de criteria zullen we zien dat men hier iets op gevonden heeft.

Overigens is de vertaling 'Algemeen' voor 'Pervasive' niet helder. 'Pervasive' kan twee dingen betekenen: algemeen verspreid, en dat zou in het Nederlands aan een epidemie, ja zelfs aan een **pandemie** van dit soort stoornissen doen denken, doch bedoeld wordt dat de stoornis, net als uitgezaaide kanker, door de gehele persoonlijkheid verspreid is en al diens psychische functies aantast. 'Pervasive' kan ook betekenen: diepgaand, of diffuus. Mijn keus zou zijn: **'Diepgaande Ontwikkelingsstoornis'**.

-2-

Algemene Ontwikkelingsstoornissen worden in de DSMIII(-R) gesteld tegenover de verzameling van 'Specifieke Ontwikkelingsstoornissen'. 'Specifiek' ('specific') moet hier gelezen worden als: 'soortelijk'; een voorbeeld is dyslexie, door de APA nogal bombastisch omschreven als: 'Developmental Reading Disorder'. Men kan zich echter afvragen of autisme en dyslexie eigenlijk wel elkaars pendant zijn.

Wat betreft de criteria worden hier slechts die van de R-versie besproken, die beter zijn dan de oude criteria. De symptomen zijn in drie groepen onderverdeeld:

A Kwalitatieve beperking van de sociale interacties

B Kwalitatieve beperking van verbale en nonverbale communicatie en fantaserend bezig zijn

C Duidelijk beperkt repertoire van bezigheden en interesses.

Nieuw is dat binnen elke categorie een rangorde van symptomen wordt gegeven van jong naar oud en van erg naar minder erg. Ter illustratie worden slechts telkens de eerste en de laatste gegeven:

A 1- Veel te weinig besef van het bestaan van gevoelens bij anderen;

A 5- ernstig beperkt vermogen vriendschappen met leeftijdgenoten te sluiten (voorbeelden: geen belangstelling voor vriendschappen; geen benul van wat sociaal gebruikelijk is, bv. het telefoonboek aan je vriendje voorlezen)

B 1- geen vorm van communicatie, zoals babbelen, mimiek, gebaren of spraak;

B 6- duidelijk beperkt vermogen een gesprek te beginnen of gaande te houden, ondanks adequate spraak. (Bv. eindeloze monologen zonder te letten op interrupties van anderen)

C 1- Stereotype lichaamsbewegingen, bv. met de handen draaien, hoofdbonzen, complexe lichaamsbewegingen;

C 5- Duidelijk te geringe interesses, en preoccupatie met één vorm, bv. alle voorwerpen op één lijn zetten, alleen maar gegevens over meteorologie verzamelen.

Wat het **verloop** betreft vermeldt de DSM-III-R dat de symptomen van autistische stoornissen meestal levenslang aanhouden, maar dat sommige kinderen rondom de leeftijd van vijf of zes jaar verbeteringen laten zien wat betreft sociale en taalvaardigheden. De puberteit kan zowel verslechtering als verbetering van het beeld met zich meebrengen voor wat betreft cognitieve functies en/of sociale vaardigheden. Dikwijls treedt een exacerbatie van agressief, oppositioneel of ander storend gedrag op dat jaren kan aanhouden. Een kleine minderheid van de kinderen kan het tot een onafhankelijk bestaan brengen met slechts minimale restverschijnselen. De meesten blijven echtergehandicapt. Factoren die met de prognose te maken hebben zijn het IQ en de ontwikkeling van sociale en taalvaardigheden [ietwat circulaire redenatie...,DNO]. Ter aanvulling kan vermeld worden dat ruim driekwart van de autistische kinderen op zwakzinnig niveau functioneert, en dat zwakzinnigheid blijkbaar een afzonderlijk gegeven is (Oudshoorn,1985). **Zwakzinnige** autistische kinderen zijn ernstiger gestoord (Rutter, 1978) en hebben een slechtere prognose.

De behandelmogelijkheden hangen samen met de ernst van de stoornissen. Voor zeer diepgaand gestoorde en/of ernstig zwakzinnige autistische patiënten beperken de mogelijkheden zich vrijwel tot vormen van conditionering. Bij de betere groepen, ergo minder

-3-

diepgaand gestoord, zijn met veel geduld van de ouders, eventueel ondersteund door ondersteunende of gedragsgerichte psychotherapie, resultaten te bereiken. Overigens gaan verbeteringen in gevoelsmatig en sociaal opzicht meestal niet gepaard met een evenredige verbetering van het cognitieve niveau (Gardner & Olness, 1981).

Wat betref het gebruik van hypnose vermelden de zojuist genoemde auteurs redelijke successen bij normale (niet autistische) zwakzinnige kinderen met een IQ tussen 50 en 70, doch slechte resultaten bij IQ's onder 50. Bij ernstig autistische kinderen is er door hun geringe relationele vaardigheden weinig kans op bruikbare reacties op hypnose-inductie. De enige gevalbeschrijving die de auteur bekend is, is van Gardner & Tarnow (1980). Het betreft een licht autistische adolescent die had geprofiteerd van 'traditionele psychotherapie' en diverse leerprogramma's. Toch was hij sociaal geïsoleerd gebleven en had hij een hinderlijke gewoonte van tot bloedens toe op zijn vinger te bijten. Gewone inductiemethodes leverden niets op, maar door een aria uit de Mattheüspassie te draaien lukte het wel. Blijkbaar was hij musikaal begaafd, want hij schreef zelf een stuk getiteld 'Frustration in C Minor' en voorts 'Happiness in C Major' waarmee hij, door deze in gedachten te laten klinken, het vingerbijten kon voorkomen (aardige responspreventie, nietwaar Kees!). De therapeuten van deze jongen hebben stelselmatig de nadruk gelegd op ego-versterkende en op oplossingen gerichte thema's.

Renée

Ze was bij aanmelding 16 jaar oud. Haar ouders nadden een stukje over de auteur in het Algemeen Dagblad gelezen (zie bijlage) en schreven een uitvoerige brief. Hieruit enige citaten: "Renée heeft van jongs af aan last van o.a. leer- en aanpassingsmoeilijkheden met autistische trekjes. [Eufemismen zijn niet ongewoon, DNO]. Als peuter heeft ze op vier, vijfjarige leeftijd speltherapie gehad bij dr. Wolters van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. In overleg met hem wenden we ons nu tot u, ook als 'second opinion' omdat we nogal zitten met o.a. de nachtmerries waar we hulpverlening voor zoeken."

Dan volgen gegevens over het gezin dat lange tijd in een Frans sprekend land heeft gewoond. De ouders zijn academisch geschoold; vader is expert op transportgebied en moeder in sociale en vluchtelingenorganisaties. Een oudere broer studeert nu na het gymnasium aan een universiteit en een jongere broer is Havo-leerling. "Renée ontwikkelde zich als baby langzaam in haar bewegingen (ze liep pas met 21 maanden), en verstond weliswaar Frans en Nederlands maar ging zelf niet praten." Toen ze 5 jaar oud was kwam het gezin terug naar Nederland en sprak het meisje nog steeds niet. Ze kwam via een kleuter-Lomschool in het Lom-basisonderwijs, wat allemaal zeer moeizaam ging. [Vrijwel zeker zat ze er voor spek en bonen bij, slechts gehandhaafd omdat ze zelf zo lief was (en is) en omdat vader in de oudercommissie zat, en omdat dr Wolters Lom-onderwijs had aanbevolen i.p.v. MLK-onderwijs.] "Pas na haar twaalfde jaar werd ze in sociale zin wat weerbaarder, maar het leren ging toen nauwelijks meer vooruit. In diezelfde periode begon voor haar wel de puberteit. Toen werd ze op haar veertiende toch in het MLK-onderwijs geplaatst waar het wat makkelijker ging. Ze volgde ten tijde van de verwijzing

-4-

vanuit die school stages in een linnenkamer, resp. een keuken van een verzorgingshuis. Het werken in de keuken werd al snel beëindigd "omdat het tempo in die professionele keuken vaak te hoog lag, met alle gehaast, gemopper en spanning vandien. Thuis kookt ze goed en gevarieerd zo nu en dan en ze wordt daarvoor ook geprezen en geacht. (...) Qua sport heeft Renée eerst een jaar hockey gespeeld, met minder succes. Schaatsen gaat nog steeds moeilijk maar omdat ze een bewonderenswaardig doorzettingsvermogen heeft gaat het toch steeds weer beter. Zwemmen doet ze als de beste, zeilen en kanoën gaat redelijk, ze roeit sinds twee jaar met de achterbuurvrouw en soms met mij en sinds enkele maanden ook in een ploegje met leeftijdgenoten." Ze gaat op de fiets naar school en doet zelfstandig boodschappen. "Voor Renée is het omgaan met geld en het berekenen erg moeilijk".

Dan volgt een gloedvolle beschrijving van de carrière van de oudste zoon; zowel qua school/studie als in de muziek is hij een kei. Ook de jongste zoon, "een geestige, zeer verbale jongen", functioneert blijkbaar uitstekend en heeft zijn vriendjes. Renée daarentegen heeft geen vriendinnetjes. "Ze is geestelijk nog steeds erg jong voor haar leeftijd, maar lichamelijk is ze wel normaal ontwikkeld." Met diverse ooms en vooral tantes kan ze daarentegen goed opschieten.

"De afgelopen tijd kunnen we ook steeds beter en meer met Renée praten ook over haar nachtmerries en angsten en ook wordt de affectiviteit beter. Daarnaast heeft ze kenbaar gemaakt dat ze zelf graag ook wat wil ondernemen om spanning, boosheid en angsten kwijt te raken. Wij wenden ons tot u, voor advies en uw hulpverlening of hyponotherapie voor de verschillende symptomen zoals fobieën, (faal)angsten, duimzuigen, nagelbijten, moeilijk slapen en het mogelijk opheffen of verlichten van blokkades c.q. spanningen."

Tja, wat een ambitieus gezin - ze hebben niet alleen zo ontzettend veel voor Renée gedaan, c.q. van haar gevergd, maar in de afgelopen jaren ook nog als opvanggezin een **zevental** meisjes in huis gehad, telkens voor drie à zes maanden! En Renée heeft behalve de reeds vermelde 'speltherapie' ook nog psychomotorische therapie, logopedie en optologische oefeningen voor de oogbewegingen ondergaan.

Bij het eerste gesprek zijn de ouders en Renée aanwezig. Dan blijkt dat momenteel **nachtelijke angstdromen** het moeilijkst te hanteren probleem vormen. Ze treden elke nacht op zodat Renée nauwelijks naar bed durft, en één of meermalen per nacht met veel gedoe de troost van haar ouders nodig heeft. Als de ouders af en toe weggaan moet de oudste broer oppassen. Verder heeft ze angst voor **wc-potten**, die, alhoewel minder ernstig dan vroeger, reële problemen oplevert tijdens haar stages. Ze is nl. bang dat de wc-pot gaat wandelen en haar probeert vast te grijpen en op te slokken. Ze durft derhalve pas de laatste tijd zelfstandig naar de wc te gaan, met veel aanmoediging en complimentjes van moeder.

De ouders zijn, zoals uit de brief te verwachten is, aardige mensen en Renée is een vriendelijk glimlachend maar angstig meisje dat zowel cognitief als inde wijze van contact leggen met de auteur aanzienlijk jonger is dan haar leeftijd. Hij schat haar in op ongeveer tien jaar. Als hij haar op die leeftijd aanspreekt en navenante

-5-

grapjes maakt, vindt ze dat merkbaar prettig en kan ze vrolijk lachen. Het is in dit gesprek moeilijk uit te maken in hoeverre ze 'gewoon' zwakzinnig is (in casu op debiel niveau functioneert, maar met een geflatteerd beeld door de enorme investering vanuit haar gezin en omgeving), danwel nog autistische kenmerken heeft. Maar op grond van de gegevens van de ouders is A-5 toepasselijk, ook B-6 klopt wel met haar niveau, maar C-5 komt niet overeen. Dit betekent dat ze, afgaande op het huidige toestandbeeld volgens DSM-III-R geclassificeerd moet worden als 299.80: Diepgaande Ontwikkelingsstoornis, overige. Volgens de oude DSM-III zou ze als 299.81 (Atypische Diepgaande Ontwikkelingsstoornis, resttoestand) zijn ingeboekt.

+ debil. ment
o.i.d.

De auteur gaat na of er irreële verwachtingen zijn ten aanzien van verbetering van de ontwikkelingsstoornis met behulp van hypnose. De ouders geven toe dat ze wel een vage hoop hadden, maar accepteren verstandelijk dat zulks niet te verwachten is. Wel wil de auteur onderzoeken of een beperkter doel is te bereiken. Daarvoor zouden de angstklachten zich kunnen lenen. Derhalve neemt de auteur de Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (SHCS; Morgan & Hilgard, 1979; Nederlandse vertaling D.N. Oudshoorn, 1987) af. Renée scoort 6 (maximum is 7); de auteur heeft de standaardvorm voor 6-16-jarige kinderen gebruikt, maar heeft de posthypnotische suggestie achterwege gelaten, zoals te doen gebruikelijk bij heel angstige en heel jonge kinderen. [N.B. ze blijkt een oogrol van nul te hebben!]

In een volgende zitting vertelt ze een bijzonder nare droom te hebben gehad over een skelet dat haar wilde doodmaken. Ze heeft toen haar moeder wakker gemaakt. Moeder blijft op voorstel van de auteur ook nu bij de zitting. Na inductie wordt Renée gevraagd zich de droom weer voor te stellen en vervolgens het skelet weg te sturen. Eerst wordt ze tamelijk angstig maar dan vertelt ze opgetogen dat het skelet inderdaad wegwandelt. Ze kan er na afloop haast niet over uit dat dat mogelijk is. De afspraak wordt dat ze in haar droom het skelet wegstuurt en dat ze probeert níet naar haar moeder te gaan.

De volgende maal blijkt ze éénmaal op aanraden van haar broer een boek te zijn gaan lezen toen ze bang voor de storm was, en daarmee was de angst weggeëbd. Een andere keer had ze een nare droom over een slang en was ze toch weer naar moeder gegaan. Die had haar teruggestuurd naar bed en gezegd dat ze even later zou komen kijken. Met een kort praatje was het toen ook weer in orde. Vader, die er ditmaal bij aanwezig was vond dit al een hele vooruitgang; Renée kon het beamen. Maar helemáál zonder hulp had ze het nog niet geklaard.

Na inductie door duimnagelfixatie stelt de auteur haar eerst een prettige droom voor, waarop er over een vrolijk familiefeest wordt gedroomd. Dan wordt een nare droom voorgesteld. Renée droomt dat een man op haar kamer komt en haar kleren wil stelen. De auteur laat haar die man wegsturen en als dat gelukt is laat hij haar die man weer terughalen. Hij merkt daarbij met nadruk op: "**Want die man is een gedachte van jou**". Ze vertelt dat die man nu boos wordt omdat ze hem heeft weggestuurd en omdat ze hem dus de baas is. Ze krijgt er lol in en komt (nog steeds in hypnose) zelf op het idee een vrolijk iemand op te halen. Prompt verschijnt een zekere Edith waarmee ze begint te kletsen. Ter afsluiting sug-

-6-

gereert de auteur Renée dat ze nu weer gewoon, zonder dromen, doorslaapt. Dan volgt na korte tijd exductie. Afgesproken wordt dat Renée nu verschillende mogelijkheden heeft: a) ze kan het zelf oplossen als ze angstig van een droom wakker wordt, door de lamp aan te doen en een boekje te gaan lezen; b) soms kan ze naar haar ouders gaan, maar liever niet; c) of ze gaat naar haar omhooggestoken duim staren en de droom afmaken zoals ze zelf wil dat die afloopt. Ze vindt het een goed idee.

De volgende maal blijkt ze vaak dezelfde soort droom te hebben gehad en meestal de eerste oplossing te hebben gekozen maar nooit de derde. Nogmaals stelt de auteur haar voor om de droom na het wakker worden af te maken "door die man weg te sturen en te zeggen dat je toch niet bang bent, al ben je dat diep in je hart toch een beetje". Eventueel doet ze dit waar moeder bij is. Al heeft Renée nog geen enkele maal de droomveranderende strategie gevolgd, alle gezinsleden, Renée inclusief, vinden dat het veel beter gaat, ja dat de nare dromen nu geen probleem meer zijn en dat Renée het meestal helemaal alleen oplost en soms nog wel de hulp van een gezinslid nodig heeft, maar dan maar heel kort. Alle andere dingen gaan nu ook beter. Daarom wordt een behandelpauze van vijf maanden afgesproken.

Op die vervolgspraak vertelt moeder dat het nog steeds veel beter gaat dan voorheen en dat Renée haar nare dromen met de oefeningen die zijn afgesproken zelf kan oplossen. Een heel enkele keer komt ze nog wel even naar haar ouders maar dan is ze snel gerust te stellen. Renée geeft zelf een voorbeeld: ze droomt nogal eens dat een heleboel zwarte auto's met mannen en vrouwen erin op haar af komen. En toen heeft ze bedacht dat ze de vrouwen geel/groene kleren aandeed en de mannen rood/blauwe en de auto's in dezelfde kleuren, en dat ze de auto's op een plein liet dansen. Enfin, dolle pret.

Gevraagd naar de angst voor de wc-potten, vertelt ze nog wel bang te zijn voor grote potten (nl. invalidetoiletten in het verzorgingshuis) die achter haar aan zouden kunnen lopen. De auteur vraagt haar of ze die televisiereclame kent van dat toiletschoonmaakmiddel. Ze weet direkt wat wordt bedoeld. Dan wordt haar gevraagd haar ogen dicht te doen en zich zo'n grote wc-pot voor te stellen en daar op te gaan zitten. "Nou ben je klaar en trek je door. En nou kijk je naar de pot en wat zie je?" Ze vertelt lachend dat de pot haar vrolijk aankijkt en met een borstel haar eigen binnenkant begint te borstelen. De auteur voegt toe: nou zegt de pot tegen jou: 'Dank je wel, opgeruimd staat netjes!' Ze moet gieren van het lachen.

De auteur legt haar nog eens goed het verschil uit tussen fantasie en werkelijkheid aan de hand van het voorbeeld van een jongen van twaalf jaar die hij die dag had gezien en die na het zien van de film 'Amsterdamned' elke nacht bang was dat die man in dat duikerspak uit die film op zijn kamer zou komen, zodat hij niet durfde te gaan slapen. Als hij toch in slaap viel kwam die man in zijn droom opduiken. Renée ziet het al helemaal voor zich. Ze is nieuwsgierig hoe die jongen dat moest aanpakken. "Nou, ik vroeg hem zich het weer voor te stellen, hier in de kamer, en tegen die man te zeggen dat-ie op zijn kop kon gaan staan, maar dat hij zich toch niet bang liet maken. Toen begon die jongen te gieren van het lachen omdat die man ècht op zijn kop ging

-7-

staan". Ook Renée krijgt een onbedaarlijke lachbui. De auteur voegt er nog aan toe dat hij die jongen toen had uitgelegd dat dit het bewijs was dat die man er alleen maar was in die jongen zijn eigen gedachten en fantasieën, waarover hij zelf de baas was. "Dus als je het niet zeker weet of het echt is of niet, geef je de een of andere rare opdracht, en dan weet je dat het jouw eigen fantasie was."

Hiermee werd de behandeling, een half jaar geleden, afgesloten. Tot dusverre gaat alles naar wens.

Discussie

1 - De door de auteur beschreven truc om de patiënt duidelijk te maken dat het slechts om een gedachte, fantasie of zinsbegoocheling gaat, heeft bij kinderen en jeugdigen meestal een verbluffend effect. De bron (Haley, 1967, p.15) is onze erudiete redactieleden uiteraard bekend, ook al plegen zij daar, in tegenstelling tot een jaar of tien geleden, nog slechts met schroom uit te citeren.

2 - Kinderen en adolescenten fantaseren, visualiseren en pseudohallucineren bij de vleet en ervaren geen duidelijke grens ten opzichte van de (objectieve) werkelijkheid, ook als ze cognitief zover zijn gevorderd dat ze het verschil kunnen aangeven. Het is blijkbaar zo dat verstandelijke, verbale gedachten een epifeneen zijn (door Freud 'secundair proces' genoemd) waarmee (nog) onvoldoende controle mogelijk is over gevoelens, fantasieën en zintuigelijke waarnemingen en voorstellingen, zoals deze bv. al bij het donker worden of onder invloed van suggestieve verhalen over spoken of inbrekers plegen te worden opgeroepen.

Visuele pseudohallucinaties en dromen zijn bij de meeste kinderen en pubers in hypnose gemakkelijk op te wekken (Gardner & Olness, 1981). Van 'diepe trance' is daarbij geen sprake.

Wil de therapeut kinderen leren meester over (angstige) fantasieën te worden, dan helpt verstandelijke uitleg op zichzelf onvoldoende, tenzij dit wordt gedemonstreerd door een corrigerende ervaring. Wat de therapeut dan ziet is de plotselinge, verrassende schok der herkenning bij zijn jeugdige patiënt. Het is een echte bevrijdende ervaring die dan ook met grote hilariteit pleegt samen te gaan.

3- Deze werkwijze is geïndiceerd bij een breed scala van problemen en stoornissen en kan telkens dienovereenkomstig worden aangepast. Zoals reeds aangeduid treden pseudohallucinaties, vooral visuele, bij kinderen frequent op (Pilowski & Chambers, 1986) terwijl het realiteitsbesef vermoedelijk pas in de loop van de adolescentie sterk genoeg wordt om in de meeste situaties een effectief tegenwicht te leveren. Bij sommigen lukt dit overigens nooit afdoende, zoals we van volwassen patiënten weten.

Fobische klachten, slaapproblemen en nachtmerries gaan vaak met beangstigende, visuele voorstellingen gepaard en dat kan een ingang zijn voor toepassing van de hier beschreven techniek. Een voorbeeld van toepassing van een verwante techniek heeft de auteur bij de behandeling van een posttraumatische stressstoornis elders beschreven (Oudshoorn, 1988-1; 1988-2).

-8-

4- Renée's ontwikkelingsstoornis is au fond zonder enige twijfel een kwestie van aanleg (wat voor onzin Palazzoli c.s. ook beweren). In welke mate ze zwakzinnig respectievelijk autistisch is (geweest) is nu onmogelijk meer vast te stellen. Haar familie is tot het uiterste gegaan om allerlei tekorten zoveel mogelijk aan te vullen resp. 'af te dekken', zodat bv. de vocabulaire van dit meisje verbazingwekkend is. Het is ook opvallend dat er in de anamnese geen aanwijzingen zijn voor verzet, doch dat ze zich al deze zorg door de jaren heen vriendelijk heeft laten aanleunen. Het gezin en Renée sluiten kennelijk zeldzaam goed aan op elkaars mogelijkheden en behoeftes. Haar toestandsbeeld kan dan ook niet losgedacht worden van de gezinscontext en haar handicaps manifesteren zich voornamelijk op niveau 1: in de wereld buiten het gezin (vgl. Oudshoorn, 1985).

5- De hulpvraag waarmee de ouders naar Dordt zijn gekomen is kenmerkend voor dit gezin: alle mogelijkheden tot ontwikkeling moeten worden aangegrepen. De eerste gedachte die bij het kinderpsychiatrische team opkwam bij lezing van de brief, was dan ook: dit kind wordt overvraagd en de ouders willen/kunnen de grenzen van haar mogelijkheden niet accepteren.

Inderdaad hebben de ouders in de contacten aangegeven dat ze het steeds moeilijker vinden nu hun dochter opgroeit en achterblijft, terwijl haar jongere broertje haar allang heeft ingehaald.

In de gevalsbeschrijving is dat niet benadrukt, maar het probleem van acceptatie is in de marge van de behandeling regelmatig aan de orde geweest, zowel direct als indirect, en dit lijkt succes gehad te hebben, als dat tenminste kan worden afgelezen aan het herstel van rust en wederzijds vertrouwen in het gezin in het verloop van deze zeven maanden durende therapie.

6- De wijze waarop de auteur Renée heeft bejegend heeft bijgedragen aan verbetering van haar positie in het gezin. Enerzijds heeft de auteur een meer realistische houding ten opzichte van Renées mogelijkheden en beperkingen aangemoedigd, anderzijds heeft hij het accent gelegd op grotere zelfredzaamheid van Renée. Zodoende is ze minder een beschermd speelpopje en meer een persoon met haar eigen kwaliteiten en grenzen geworden.

7- Als we veronderstellen dat hypnose een zekere bijdrage heeft geleverd aan de beschreven behandeling, dan zou het toch voorbarig zijn te beweren dat hypnose in het algemeen een wezenlijke bijdrage zou kunnen leveren bij de behandeling van autistische kinderen en jongeren. Een jongen die qua leeftijd, gezinstype, ontwikkeling en symptomatologie zeer goed met Renée is te vergelijken, is jaren geleden door de auteur behandeld. Ondanks de grote motivatie van die jongen was hypnose onmogelijk. Opmerkelijk is trouwens dat ook bij hem de oogrol nul was. Maar op geen enkele manier was iets wat op hypnose lijkt op te wekken.

Referenties

- APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R, Washington DC
 Gardner, G.G. & K. Olness (1981), Hypnosis and Hypnotherapy with children. Grune & Stratton, Inc.

- Gardner, G.G. & J.D. Tarnow (1980) Adjunctive hypnotherapy with an autistic boy. The Am. J. of Clinical Hypnosis 1980,22, 173-179
- Haley, Jay (1967) Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy; Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.
Grune & Stratton, New York & London
- Morgan, A. & J.R. Hilgard (1979), Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. The Am.J. of Clinical Hypnosis, 1979,21,155-169
- Oudshoorn, D.N. (1985) Kinder- en adolescentenpsychiatrie. van Loghum Slaterus, Deventer
- Oudshoorn, D.N. (1988) Twee sexueel misbruikte jongens. TDT 13,1
- Oudshoorn, D.N.(1988) Een seksueel misbruikte jongen. DtH 8,4
- Pilowski, D. & W. Chambers (1986) Hallucinations in Children
American Psychiatric Press,Inc. Washington, D.C.
- Rutter, M. (1978), Infantile Autism and other child psychoses. In: Rutter, M. & L. Hersov, Child psychiatry, modern approaches, Blackwell Scientific Publ.

autistische psychotie
vs. Asper

EUTHANASIE, SUICIDE EN HULP BIJ ZELFDODING; EEN TUSSENSTAND.

A Inleiding.

Een groot probleem in de hedendaagse discussie over de in de aanhef vermelde zeer beladen onderwerpen is dat een taboe lijkt opgeheven, terwijl de oorzaken van het taboe tot op de dag van vandaag voor veel mensen nog levende werkelijkheid zijn. In de discussie die thans plaatsvindt lijken velen zich snel opnieuw te willen verschansen in een systeem van regels uit vrees voor vervaging en verarming van normen en waarden. Een gevaar hiervan is, dat de discussie, die juist gevoerd moet worden om ook het sterven binnen het menselijk leven te houden, belemmerd wordt.

Ook lijkt het soms wel of uit het gezicht verdwijnt dat de discussie niet in de eerste plaats gevoerd moet worden om de gemoedsrust van de werkers te bevorderen- hoe nodig dat ook is- maar eerst en vooral om een sfeer te creëren waarbinnen mensen in een afhankelijke positie zich voldoende vrij kunnen voelen om datgene te verwoorden dat ze elders niet aan de orde hebben durven stellen. Juist voor de voornaamste betrokkenen is het op voorhand dichtmetselen van de discussie zeker niet wenselijk. Misschien wel het meest essentiële kenmerk van effectieve hulpverlening bij psychische problemen is dat het onzegbare, ondanks de pijn die het spreken kost, toch medegedeeld wordt. Sommige mensen immers houden zich letterlijk tot de dood erop volgt aan de uitspraak van Wittgenstein: "Waarover men niet spreken kan -of mag-, daarover moet men zwijgen".

In de huidige situatie bestaat -nog- onvoldoende maatschappelijke consensus betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding om een systeem van regelgeving op te grondvesten. Die consensus is noodzakelijk omdat binnen een dergelijk systeem zowel patiënten als beroepsbeoefenaren zich veilig moeten kunnen voelen. Wanneer een algemeen aanvaarde regelgeving (nog) geen kader kan vormen waarbinnen mensen over de in de aanhef genoemde existentiële zaken kunnen beslissen, moet omgezien worden naar andere manieren om verantwoord tot een besluit te komen. De sfeer van marginaliteit en criminaliteit die anders ontstaat is in ieder geval een kwaad dat vermeden moet worden. De breinaald is altijd slechter dan de abortuskliniek.

B Euthanasie en Psychiatrie.

In de maatschappij tekent zich in toenemende mate een **tendens tot zelfbeschikking** af, ook en juist wanneer het gaat om kwesties van leven of dood. De christelijke gedachte dat het leven een geschenk is dat een mens slechts een beperkte tijd in bruikleen heeft en waarover derhalve niet eigenmachtig beschikt mag worden, vormt niet langer het vanzelfsprekend moreel richtsnoer voor grote groepen mensen. Het sterven wordt meer en meer beleefd als een afsluiting van het leven die alleen draaglijk is, wanneer ontluistering van het bestaan vermeden kan worden. In het bijzonder wordt in dit verband de levensverlenging, die een gevolg is van medische techniek, maar door patiënten en familieleden niet als een voldoende genezing beleefd kan worden, gezien als een zodanige ontluistering.

Op medische beroepsbeoefenaren wordt in toenemende mate een beroep gedaan door patiënten die aan hun recht op zelfbeschikking ook inhoud willen kunnen geven, wanneer men over het moment van de dood zelf wil beschikken. In laatste instantie zou men zich kunnen voorstellen, dat deze opvatting ertoe zou kunnen leiden dat aan de arts (of verpleegkundige) uitsluitend de rol van uitvoerder van een in vrijheid genomen beslissing toegedacht wordt. Aan de orde komt dan de vraag in hoeverre de medische beroepsbeoefenaar een eigen vrijheid van besluitvorming houdt binnen het kader van datgene waar hij op grond van de eisen die voortvloeien uit zijn beroep als medicus of verpleegkundige toe verplicht is.

In samenhang met het bovengenoemde is het **ontzag voor het oordeel van medische beroepsbeoefenaren over zaken van leven of dood afgenomen**; dit hangt nauw samen met processen als professionalisering, differentiatie en specialisatie, die ieder afzonderlijk en nog meer in samenhang, tot een reductionistische visie leiden. Wetenschapsbeoefening zonder reductie is niet mogelijk, maar de effecten ervan op de bejegening van mensen, vooral in existentiële crisissituaties, kunnen ertoe leiden dat de betrokkenen zich niet meer herkend voelen in hun meest wezenlijke belevingen. Wat voor de ene mens bevrijdende demythologisering betekent, of voor een beroepsbeoefenaar de basis vormt voor wetenschappelijk verantwoord medisch handelen, kan bij de ander als een kwetsende aanslag op het eigen systeem van zingeving overkomen. Anders gezegd: naarmate de arts meer technicus en minder vertrouwensman werd, en geneeskunst meer geneeskunde, wordt het oordeel van de arts in zaken van leven of dood—die per definitie elk professioneel kader overstijgen—minder gezaghebbend.

De **tendens tot individualisering** leidt ertoe dat zaken van leven en dood steeds meer gezien worden als een **eigen zaak**, en minder als gebeurtenissen die ook—of zelfs vooral—betekenis kunnen hebben in de verbanden waarbinnen men functioneert. Dat houdt in dat mensen er minder toe neigen om steun te zoeken bij problemen op dit gebied bij de naaste omgeving en zich meer tot mensen op grotere afstand wenden aan wie geen emotionele of morele verantwoording behoeft te worden afgelegd. Dit kan ertoe

leiden dat professionele distantie die nodig is om verantwoord een beroep uit te kunnen oefenen, de "maximale toenadering met behoud van distantie" een nieuwe definitie behoeft. De "zorgzame samenleving" staat op enigszins gespannen voet met de individualisering. Soms lijkt het erop of hulpvragers de gedwongen nabijheid van de familie willen inruilen voor de niet door gezinsverbanden ingegeven- of gecompliceerde -loyaliteit van de goed geïnformeerde "buitenstaander".

C Enkele specifieke problemen t.a.v. suicide en hulp bij zelfdoding in de praktijk van de psychiatrische hulpverlening.

In hoeverre kan de doodswens van een mens beschouwd worden als een weloverwogen beslissing die in volle vrijheid tot stand is gekomen? Suicidaliteit wordt in de psychiatrie gezien als een symptoom van een onderliggende, min of meer duidelijk gedefinieerde stoornis. De klemmende vraag doet zich voor of de aanwezigheid van een duidelijk gearticuleerde vraag naar de dood onder alle omstandigheden als een verschijnsel van een te bestrijden ziekte, als suicidaliteit gezien kan worden. Daarnaast doet zich nog de vraag voor of de aanwezigheid van suicidaliteit als symptoom van een stoornis, altijd inhoudt dat iemand daardoor geen oordeel meer kan hebben over de zin of zinloosheid van een behandeling, met andere woorden, of naast de suicidaliteit als ziekteverschijnsel, niet tegelijkertijd een niet als ziekelijk te typeren verlangen naar een einde aan het leven aanwezig kan zijn. Het is niet onmogelijk dat de vraag om hulp bij zelfdoding van sommige depressieve patiënten voortkomt uit de wens om niet wederom, of nog erger, depressief te worden en in het kader van die depressie suïcidaal! Anders gezegd: ook in de psychiatrie zou het zo kunnen zijn dat mensen er de voorkeur aan geven om "vrijwillig" te kiezen voor de dood, zolang ze nog het idee hebben enigermate te kunnen kiezen, in plaats van er zich in de melancholie en/of de psychose onweerstaanbaar toe gedreven te voelen. De vraag wanneer een psychische stoornis zodanig het beleven verstoort dat niet meer gesproken kan worden van een redelijke mate van vrijheid in de oordeelsvorming over wezenlijke zaken, is niet eenvoudig te beantwoorden.

Bij euthanasie wordt in de somatische geneeskunde steeds over ondraaglijk lijden gesproken. In hoeverre het begrip "ondraaglijk" in de psychiatrie dezelfde betekenis heeft als in de somatische geneeskunde is minder duidelijk. Een belangrijk verschil met de lichamelijke gezondheidszorg is immers dat in de psychiatrie de neiging om dingen ondraaglijk te vinden soms als een symptoom van een stoornis beschouwd wordt. Wie bepaalt evenwel wanneer de mogelijkheden van een mens om lichamelijke of psychische pijn te verdragen zodanig ondermijnd zijn, dat zijn wens om te sterven niet gehonoreerd of zelfs actief tegengewerkt moet worden? Welke psychische stoornis in welke intensiteit

rechtvaardigt een rechterlijke maatregel waarbij de patiënt verhinderd wordt zich het leven te benemen?

Een volgend voor de psychiatrie specifiek probleem doet zich voor **nadat de beslissing gevallen is om iemand tegen zijn wil op te nemen in een APZ.** De beslissing om iemand tegen zijn wil op te nemen wordt genomen buiten het APZ; binnen het APZ dient evenwel de afweging plaats te vinden of, en wanneer, iemand zodanig hersteld is dat de juridische maatregelen opgeheven kunnen worden. Volgens de huidige jurisprudentie moet dit gebeuren op het moment dat het directe gevaar geweken is. Een probleem is dat de stoornis die tot het ontstaan van het gevaar geleid heeft in vele gevallen niet verdwijnt tegelijk met het gevaar, bovendien mag geen behandeling ingesteld worden tegen de wil van de patiënt in. Dit betekent in de praktijk enerzijds dat een behandelinstituut ten tijde van het grootste gevaar uitsluitend als detentie instituut mag optreden en anderzijds dat de patiënt dikwijls vertrekt, wanneer hij zover gekalmeerd is dat aan eventueel te behandelen oorzaken van het gevaar gewerkt zou kunnen worden.

Aan de basis van deze problemen ligt het feit dat ambulante hulpverleners voor de zwaarwegende beslissing staan om iemand in een crisissituatie van zijn vrijheid te beroven, terwijl ze daarna terugtreden, en dat **intramuraal werkende hulpverleners** met de consequenties en complicaties te maken krijgen van een beleid waar ze zelf niet bij betrokken zijn geweest en zich dus weinig verantwoordelijk voor kunnen voelen. Het spreekt voor zich dat dit soort discontinuïteiten in de hulpverlening juist op dit soort cruciale momenten zeer ongewenst zijn: **voor de patiënten** moet het erg verwarrend zijn dat degene die de verantwoordelijkheid op zich genomen heeft om een zwaar middel als gedwongen opname te gebruiken, direct in aansluiting aan die opname niet meer voorhanden is voor verder overleg; **aan de extramurale behandelaar** wordt aldus de mogelijkheid ontnomen om zijn handelwijze aan de betrokkene uit te leggen. De manier waarop we de zorg georganiseerd hebben weerspiegelt de collectieve verlegenheid van de hulpverlening juist in dit soort crisissituaties.

Ook voor patiënten die niet onder dwang in het APZ verblijven geldt dat de **definitie van het begrip behandeling** in de psychiatrie moeilijker is dan in de lichamelijke gezondheidszorg. Dit vloeit voort uit het feit dat ook het **begrip "stoornis" of "ziekte"** in de psychiatrie minder duidelijk gedefinieerd is. Daar komt nog bij dat het ook buiten de psychiatrie m.i. discutabele onderscheid tussen -o.a.- behandeling en verpleging, in de praktijk van een APZ nog moeilijker is te maken, omdat de totale aanpak van de problemen steeds meer een multidisciplinair karakter krijgt. Datgene wat in een APZ gebeurt is wellicht beter te omschrijven met het woord "aanpak" dan met de term behandeling; het is geenszins de bedoeling om hierdoor te suggereren dat deze aanpak in enig opzicht van minder belang voor

de patiënt zou kunnen zijn dan "behandeling". Integendeel: in de psychiatrie zijn situaties nu eenmaal moeilijker te voorspellen dan in de somatiek: net doen alsof protocollering van behandeling op basis van algemeen aanvaarde diagnostische bevindingen op dezelfde manier als in de somatiek mogelijk zou zijn, doet onrecht aan het wezen van de hulpverlening bij psychische problemen en daardoor aan de mogelijkheden voor de patiënten. Als we toch het begrip "behandeling" willen hanteren om in globale zin te omschrijven wat er in een APZ gebeurt zou een definitie er als volgt kunnen uitzien: **het totaal van de handelingen die door beroepsbeoefenaren, of na delegatie door aangewezen vrijwilligers, verricht wordt om de klachten van de patient te verminderen, hetzij in voortdurend overleg met de patient, hetzij op basis van een juridische maatregel**". Het zal duidelijk zijn dat in een dergelijke omschrijving het verschil tussen interventies die tot doel hebben om de patient te motiveren en zg. "echte behandeling", minstens als gradueel en op z'n slechtst als artificieel getypeerd kan worden; tevens wordt het onderscheid tussen behandeling en verpleging arbitrair. Het zal eveneens duidelijk zijn dat in een sector van de gezondheidszorg waar velen nog op zoek zijn naar een bevredigende omschrijving van hun professionele identiteit, beschouwingen als hierboven bedreigend kunnen zijn.

D Enkele voorlopige conclusies

Suicide is vaak het gevolg van een beslissing, die in eenzaamheid en ellende door betrokkenen wordt genomen. Wanneer hulp bij zelfdoding c.q. euthanasie een hulpvraag zou kunnen zijn zal dat voor sommige mensen uitzicht bieden op een menswaardig sterven: begeleid, gesteund en zonder onnodig lijden.

De toenemende professionalisering van de hulpverlening heeft aanmerkelijke schaduwzijden: juist in de psychiatrie moet de hulpverlener ook vertrouwensman kunnen zijn in zaken van leven of dood. Specialisatie mag er niet toe leiden dat veelal niet zeer duidelijk verwoorde existentiële vragen niet aan bod kunnen komen. In die situatie moeten hulpverleners dan wel de gelegenheid- en de tijd- krijgen om met de patiënt een relatie op te bouwen die recht doet aan de complexiteit van de problematiek: uitsluitend crisisinterventie, uitsluitend hulpverlening waarvan de grenzen bepaald worden door een enge interpretatie van het gevaarscriterium doet onrecht aan de problemen van de patiënten en de inzet van de hulpverleners in de psychiatrie. Anders gezegd: de hulpverlening moet de gelegenheid geboden worden om in het geval van suicidaliteit aan de oorzaken van het symptoom te werken. Het bestwilcriterium is aan een positieve herwaarderung toe. Wat is het gevaarscriterium anders dan een slap afgeleide hiervan? Om welke andere redenen dan iemands bestwil neemt men immers het gevaar dat hij voor zich zelf op kan leveren in ogenschouw?

Er ligt een belangrijk spanningsveld tussen het recht op zelfbeschikking van de patiënt en het recht om nee te zeggen van de beroepsbeoefenaar; uiteraard mag het recht op zelfbeschikking van patiënten niet leiden tot een inperking van datzelfde recht van beroepsbeoefenaren. De arts mag niet gedwongen worden tot doden als uitvloeisel van datgene waar hij krachtens zijn beroep toe verplicht is.

Regelgeving zou in ieder geval de mogelijkheid open moeten laten dat hulpvrager en hulpverlener samen tot een oplossing komen. De wetgeving die nu voorgesteld wordt handhaaft de strafbaarheid van de euthanasie, maar laat de mogelijkheid open dat de arts zich kan beroepen op een noodsituatie. De vraag doet zich voor wie uitmaakt of er sprake is van een noodsituatie: de patiënt, de arts en/of het behandelteam, of de familie? Hier dreigt willekeur. Het is al voorgekomen dat familieleden de noodtoestand uitriepen omdat hun vakantie voor de deur stond. De affaire De Terp waar comateuze patiënten zijn omgebracht doet de vraag rijzen wie ondraaglijk geleden heeft. Als euthanasie of hulp bij zelfdoding eventueel beschouwd kunnen worden als middelen om de suicide als uitvloeisel van een ziekte te voorkomen zal het duidelijk zijn dat deze maatregelen nooit zonder overleg met de betrokkenen tot stand mogen komen. Een codicil kan niet van doorslaggevende betekenis zijn, omdat iemand altijd op zijn doodswens moet kunnen terugkomen.

In deze situatie van onzekerheid past een houding van openheid die een erkenning inhoudt van het feit dat we het, vooral in morele zin (nog?) niet weten! Alleen vanuit die erkenning kan verder gepraat worden. Dat betekent dat men in openheid steun bij elkaar moet zoeken, om tot een zo verantwoord mogelijke besluitvorming te komen. Juist in tijden van onzekerheid en overgang kan situatie-ethiek zich alleen tot een systeem van nieuwe en algemeen aanvaarde 'spelregels' ontwikkelen, wanneer de mensen die bij de dilemma's betrokken zijn, de bereidheid hebben om de onzekerheid met elkaar te delen. Ziekenhuisbeleid zou zich er vooral op moeten richten om deze openheid te bevorderen. Te snelle en te restrictieve wetgeving of jurisprudentie smoort een discussie in de kiem die uiteindelijk van groot belang voor de inhoud van de hulpverlening kan zijn. Vanuit de hulpverlening moet vermeden worden dat nieuwe indelingen in het veld meer tegemoet komen aan de wens tot duidelijke definiëring van hun werkzaamheden van de hulpverleners dan aan de continuïteit van het hulpverleningsproces in existentiële crisissituaties.

De afweging of men wel of niet wil sterven blijft een zeer individuele: wanneer daar hulpverleners bij betrokken raken moeten eisen van zorgvuldigheid ten aanzien van de besluitvorming en de eventuele uitvoering geformuleerd worden. Openheid over de besluitvorming is het belangrijkste kenmerk van zorgvuldigheid, wanneer een mens er voor kiest om anderen bij zijn doodswens en sterven te betrekken.

DE BEHANDELING VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN MET BEHULP VAN DIRECTIEVE GEZINSTHERAPIE

ALFRED LANGE

VOORWOORD

Deze bijdrage is een eerste versie van een hoofdstuk dat zal verschijnen in een boek over kindertherapie, dat is opgedragen aan Erie Fournier ter gelegenheid van haar afscheid als hoogleraar bij de vakgroep klinische psychologie waar haar aandacht in het bijzonder is uitgegaan naar gedragstherapie bij kinderen. Voor de TDT redacteuren zal in dit hoofdstuk misschien niet zoveel nieuws staan, voor het publiek waar dit boek voor is bestemd, misschien wel. Aangezien de deadline voor het inleveren van het manuscript nog niet is gepasseerd zijn suggesties voor verbetering welkom. De voorlopige titel van het boek luidt: 'Kind op het spoor' (brrr!) met als ondertitel: 'Opstellen uit de klinische kinder en jeugdpsychotherapie'. Het wordt geredigeerd door Pier Prins en Cees de Wit en uitgegeven door Swets & Zeitlinger, die beloofd heeft er ditmaal een mooi boek van te maken. Dat zou dan zijn eerste zijn.

INLEIDING

Een moeder belt naar de Riagg. Het gaat slecht met haar zoontje van 13 jaar. Hij zit op een LOM-school, waar het evenals op de vorige school niet goed gaat. Hij heeft leerproblemen, kan zich niet concentreren, gedraagt zich zenuwachtig en zijn handen trillen wanneer hij spreekt. Er wordt een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek. Daarbij zullen aanwezig zijn: de jongen zelf (Jan Speyer), zijn moeder, zijn vader en zijn zusje van 11 jaar (Mieke), die het volgens moeder 'uitstekend doet'. Met het uitnodigen van het gehele gezin kiest de therapeut ervoor om zich zo breed mogelijk te oriënteren ten behoeve van de taxatie. Hij kan dan zowel inzicht krijgen in de individuele karakteristieken van de gezinsleden als in de interacties die binnen het gezin gebruikelijk zijn en de structuur van het gezin. Het betekent niet dat bij alle latere zittingen ook alle gezinsleden aanwezig zullen zijn. Naast eventuele verdere gezinszittingen kunnen er gesprekken zijn met de ouders alleen, met de aangemelde cliënt of met andere sub-systemen van het gezin. Het kan ook zijn dat anderen, zoals grootouders, of een vaste oppas bij de gesprekken betrokken worden. Waar het om gaat is dat er een behandelplan komt dat recht doet aan zowel de individuele problematiek als aan de structuur van het gezin.

Het is niet moeilijk om mevrouw Speyer te motiveren om haar kinderen en haar man mee te nemen, al laat zij doorschemeren dat de therapeut weinig aan haar man zal hebben. Hij bemoeit zich immers toch nergens mee. Tijdens het eerste gesprek begint moeder het woord te doen. Zij vertelt over Jan, dat hij zo zenuwachtig is en wat een verschil dat is met zijn zusje Mieke, die op school goede cijfers haalt, veel vriendjes heeft en er inderdaad veel rustiger bij zit. De informatie

van moeder wordt door iedereen bevestigd, al moet gezegd worden dat vader opmerkelijk weinig zegt.

Het vragen naar eventuele andere problemen leidt tot een heftig verwijt van moeder aan het adres van haar echtgenoot; hij schijnt bijzonder zwijgzaam te zijn. Er zijn volgens haar dagen dat hij geen woord spreekt. De toon en blik die zij hem daarbij toewerpt zijn bepaald niet liefdevol. Vader verweert zich zwakjes. Het valt wel mee, vindt hij. Mieke schaart zich achter haar moeder, al kijkt ze er niet zo verwijtend bij. Jan heeft weinig commentaar.

Op de vraag naar positieve elementen in het gezin antwoordt alleen moeder. Zij weidt daarbij uit over de kwaliteiten van Mieke en vertelt dat Jan ondanks zijn moeilijkheden toch een hele lieve jongen is. De tests die met hem gedaan waren schijnen er bovendien op te wijzen dat hij wat intelligentie betreft veel meer kan dan er nu uitkomt.

In de tweede zitting gaat de therapeut nog eens in op datgene wat moeder over vader heeft gezegd. Het lijkt hem belangrijk meer zicht te krijgen op de positie van vader. Hij vraagt de kinderen om de komende week 's avonds precies te tellen en op te schrijven hoeveel woorden vader spreekt en verzoekt vader om vooral niet extra veel te gaan praten. Het resultaat is verbluffend. Het lijkt wel of er tijdens de volgende zitting een ander gezin binnen komt; vader keuvelend met zoon en dochter, moeder nors kijkend. Wat is er gebeurd? De kinderen en vader hebben de opdracht als een spelletje beschouwd, waardoor vader uit zijn schulp is gekropen en meer heeft gesproken dan ooit. Hij heeft 'zelfs' met zijn kinderen monopoly gespeeld, vertellen ze trots. Moeder is echter kwaad: 'twintig jaar lang heeft hij zijn bek niet open gedaan, is ie overal te beroerd voor geweest en nu we hier zijn kan het opeens wel..' In het hieropvolgend gesprek blijkt wat er aan de hand is. Mevrouw Speyer is al vele jaren rancuneus ten aanzien van haar man. Zij verwijt hem dat hij in tegenstelling tot haar broers maatschappelijk niets heeft gepresteerd, waardoor zij - in tegenstelling tot haar schoonzusters - zich maar weinig kan permitteren en naar haar idee ook weinig aanzien geniet. Met deze onvrede heeft zij haar man al vele jaren op een niet expliciete wijze onder druk gezet, hetgeen veel spanningen heeft opgeleverd en ertoe heeft geleid dat vader zich steeds meer uit het gezinsleven heeft teruggetrokken. Jan heeft dat aangevoeld en er veel last van gehad.

De behandeling speelt zich op verschillende niveau's af. Het blijkt mogelijk om moeder's teleurstellingen over het niet inlossen van haar verwachtingen ten opzichte van haar man op een bevredigende wijze te bespreken hetgeen leidt tot afname van de spanningen tussen hen beiden (het interactionele niveau van de behandeling). Dit leidt tot een wat andere structuur in het gezin, met een minder geïsoleerde vader en minder spanning bij Jan. Naast deze typisch gezinstherapeutische interventies is er een individueel gedeelte ten aanzien van Jan: sociale vaardigheidstraining, zowel thuis als op school.

Bovenstaande casus illustreert alvast enkele principes die wij in dit hoofdstuk willen behandelen. Men kan zien dat een probleem van een kind soms een direct aantoonbaar verband lijkt te hebben met andere problemen in het gezin. In dit geval lijkt het zelfs alsof de aangemelde cliënt een

afleidende functie vervult in het gezin. Dit is een centraal thema in de zogenaamde *cybernetische gezinstherapie* (Selvini Palazzoli, 1974; Selvini Palazzoli, et al., 1979 ; Tomm, 1984 a en b; Andolfi et al., 1983; Papp, 1983). Hoewel deze stroming in Nederland veel volgelingen heeft, zullen we zien dat de kern principes ervan in het door ons gehanteerde model niet van groot belang zijn. Zo wordt in het model van directieve gezinstherapie veel minder snel van de hypothese uitgegaan dat problemen van de één een functie hebben voor anderen in het gezin dan bij de orthodoxe aanhangers van de 'systeemtheorie' (bijv. Daelemans, 1985) gebruikelijk is. Dit betekent dat wij verder niet zullen ingaan op begrippen als 'homeostase' en de 'zondebok' die in de klassieke gezinstherapie jarenlang gehanteerd werden (Van der Pas, 1979). Voor een recente kritische noot over deze tak van de gezinstherapie verwijs ik naar Treacher (1988). Van meer belang voor ons is de *structurele gezinstherapie* met zijn nadruk op het afbakenen van grenzen tussen de subsystemen in het gezin waarvan Minuchin de belangrijkste exponent is (vgl. Minuchin & Fishman, 1983; Aponte & van Deusen, 1981; Stanton et al., 1982; Hendrickx, 1981; Kog, et al., 1984); de *leertheoretische gezinstherapie* met het accent op het veranderen van bekrachtigingspatronen waarvan Liberman (1970) en Stuart (vgl. Stuart, 1969 en 1980) de grondleggers zijn geweest (vgl. ook Patterson, 1974 en 1982 en Margolin & Fernandez, 1985) en de *strategische gezinstherapie* met de aandacht voor het veranderen van vicieuze communicatieprocessen. De laatste vindt zijn basis o.a. in de 'klassiekers' van Haley (1963 en 1967) en in het werk van de Palo Alto groep (Watzlawick et al., 1970, en 1974; Bodin, 1981). Een goed overzicht van de ontwikkeling ervan wordt geschetst door Stanton (1981). In de behandeling van Jan Speyer zien we van deze stromingen diverse essentiële elementen terug: de versterking van het verzwakte ouder sub-systeem (structurele gezinstherapie), de toepassing van een paradoxale opdracht (strategische gezinstherapie), het aanleren van sociale vaardigheden (leertheorie).

In de volgende paragraaf zullen we een aantal casussen kort behandelen. Aan de hand daarvan zullen we zien hoe elementaire begrippen, technieken en overwegingen vanuit de verschillende stromingen geïntegreerd kunnen worden tot een pragmatisch model, de directieve gezinstherapie.

DE GEVALLEN

Overmatig soft-druggebruik

Hans Lubbers is achttien jaar als zijn moeder opbelt omdat het zo niet langer met hem gaat. Volgens haar tiranniseert hij het hele gezin. Bij de eerste zitting is dat gehele gezin aanwezig: vader (inkoper voor een warenhuis), moeder (werkt niet buitenshuis), Hans en zijn 16 jarige broer Theo die in de voorlaatste klas van het VWO zit.

Het taxatiegesprek levert de volgende gegevens op:

- In het gezin neemt Hans een geïsoleerde positie in. Zijn ouders zijn vol kritiek op hem. De kritiek heeft betrekking op de keuze van zijn vrienden, het gebruik van hashish (tot fl. 250.- per

week), zijn grote mond, etc. Hans verweert zich zwakjes, ontkent dat het waar is wat zijn ouders allemaal zeggen en vindt dat ze schromelijk overdrijven. Hoewel Theo en hij het niet eens zo slecht met elkaar kunnen vinden is het opvallend hoe sterk Theo het met zijn ouders eens is. Hij praat niet als een jongere broer maar als een oudere oom.

- Opvallend is de breedsprakigheid van beide ouders, waardoor hun woorden kracht verliezen en eerder tot apathie dan tot veranderingsbereidheid van Hans lijken te leiden.
- Hans maakt een wat slappe indruk. Op de vraag 'of hij ook kritiek heeft op zijn ouders' en 'wat zijn ouders eventueel zouden kunnen doen om het voor hem gemakkelijker te maken hen tegemoet te komen', haalt hij alleen zijn schouders op: 'hij zou het niet weten'.
- Opvallend is dat de ouders zeer eensgezind zijn en verder in het gezin geen problemen zien. Zij noemen, integendeel, een flink aantal positieve elementen.

De therapeut beëindigt de zitting in positieve sfeer met complimenten aan alle gezinsleden: Aan de ouders vanwege hun goede onderlinge verstandhouding en hun zorg voor het gezin; aan Theo omdat deze eveneens begaan is met het gezin en met zijn broer, al suggereert de therapeut dat het misschien goed zou zijn als hij in de toekomst wat meer afstand zou nemen; en aan Hans tot slot omdat hij ondanks de moeilijkheden positieve woorden voor zijn gezinsgenoten had en omdat het hebben van dit soort problemen vaak op een grote mate van gevoeligheid zou duiden.

Er volgt een tweede taxatiezitting, alleen met de ouders. Hierin wordt bevestigd dat deze ouders het opvallend goed met elkaar hebben. In de derde zitting waarin allen aanwezig zijn wordt een behandelcontract gesloten. De belangrijkste elementen zullen zijn: het concretiseren van de 'eisen' die de ouders hebben ten aanzien van Hans, het bespreken van die eisen in het licht van de levensfase van het gezin en het onderzoeken wat de ouders kunnen doen om in harmonie of met behulp van sancties de minimale eisen gehonoreerd te krijgen. In deze zitting wordt duidelijk dat Hans er voorlopig weinig voor voelt om mee te komen. De therapeut trekt niet aan hem, maar geeft hem in overweging om er nog eens over na te denken. Als hij niet meekomt gaat de behandeling door met alleen zijn ouders (Theo hoeft in dat geval ook niet te komen) en heeft hij geen invloed op wat er in de toekomst thuis zal gebeuren.

In de vierde zitting komen de ouders alleen. Hans heeft het 'laten afweten'. De behandeling bevat vanaf deze tot de zevende zitting de volgende elementen:

- De ouders worden gestimuleerd om in concrete, observeerbare termen, een *inventarisatie te maken van punten die zij veranderd willen zien* in Hans. Behalve dat de ouders willen dat enkele negatieve zaken, zoals het gebruik van scheldwoorden tegen hen, niet meer voorkomen, blijken zij er vooral op gericht te zijn hem tot gedrag te verplichten dat bij zijn leeftijd nauwelijks haalbaar en wenselijk lijkt (bijv. s'avonds om 9.00 uur binnen zijn), terwijl er nagenoeg geen 'wensen' zijn wat betreft deelname van Hans in het pakket taken dat in een gezin als normaal mag worden beschouwd (eigen spullen opruimen, helpen bij tafel dekken, afwassen, boodschappen doen, etc.)

- De ouders worden geholpen om uit de 'veranderingslijst' *enkele doelen te kiezen* ; dwz. doelen, die minimaal verwezenlijkt moeten worden teneinde Hans in huis te kunnen handhaven. Alle andere punten worden voorlopig geschrapt.
- de ouders gaan *registreren* wat er in feite thuis met betrekking tot deze punten gebeurt.
- de ouders worden geholpen om *sancties te bedenken* die simpel uitvoerbaar zijn, waarbij geen discussie mogelijk is.

In de zevende zitting komt Hans onaangekondigd mee. Het bevalt hem niet dat er zonder hem over hem wordt beslist. Het wordt een cruciale zitting. Van de gedachte om Hans 'uit huis te zetten en op kamers te laten wonen', wat door zijn ouders nog altijd als een middel is gezien om de problemen op te lossen, wordt op advies van de therapeut voorlopig afgestapt. Hij maakt hen duidelijk dat het beter is om het apart gaan wonen van de inmiddels 19 jarige Hans tot een doel te maken dat gerealiseerd zal worden nadat zij hun problemen opgelost hebben, dan dit als een middel voor het oplossen van de problemen te beschouwen. Tijdens dit gesprek zegt Hans zijn medewerking toe aan het onderhandelen over taken die hij in huis zal doen en over een aantal eisen die zijn ouders hebben ten aanzien van zijn functioneren buitenshuis. De belangrijkste daarvan is een strakke grens wat betreft hashgebruik. Hij is er tevreden over dat er nu geen ellenlange verwijten worden gemaakt over zaken die hij, aangezien ze in het verleden plaatsvonden, toch niet meer kan veranderen. Hij is er bovendien blij mee dat er nu duidelijkheid is over waaraan hij moet voldoen, en dat de beperkingen die zijn ouders hem wilden opleggen tot wat redelijkere proporties zijn teruggebracht.

De zittingen 8 tot en met 11 vinden maandelijks plaats en Hans blijft meekomen, in tegenstelling tot Theo, die het zeer druk heeft met school, en wiens aanwezigheid volgens de therapeut niet echt noodzakelijk is bij de komende gesprekken. De gesprekken centreren zich rond het bijstellen van de afspraken en vinden in positieve sfeer plaats. De therapie wordt afgesloten in de twaalfde zitting na een zittingsloze periode van drie maanden. Theo is ook aanwezig. De sfeer in huis is aanmerkelijk verbeterd. De ouders zijn zelfs uitgesproken enthousiast. Ze hebben de 'lieve Hans' van vroeger weer gezien. Het hashgebruik had hem getransformeerd en dat is voorbij. Hij heeft een baan in een groentewinkel en hij bezint zich op mogelijkheden om op kamers te gaan wonen. Een telefonische follow-up, een half jaar later bevestigt dit beeld.

Schoolfobie

Leonie Bonsma is een 11 jarig meisje dat al meer dan een maand nauwelijks op school is geweest als haar inmiddels ongeruste moeder opbelt. Ook hier wordt meteen een gezinsgesprek gearrangeerd, wat aanvankelijk nogal moeilijk is omdat moeder denkt dat vader niet zal meekomen. Deze zou van mening zijn, dat zij het met hun dochtertje moet oplossen. De therapeut legt uit waarom hij het belangrijk vindt om in ieder geval één gesprek, en met name het eerste, met het gehele gezin te hebben (vgl. Lange, 1985, hoofdstuk 3). Na nog een telefoontje van moeder komt uiteindelijk het gehele gezin, waarvan behalve Leonie nog een broer van veertien en een zusje van negen deel uitmaken. Evenals bij het gezin Speyer volgt er dan een

gesprek met de ouders alleen. Uit deze twee gesprekken en twee telefonische gesprekken met de schoolleiding komen o.m. de volgende feiten naar voren:

- Het probleem rond het naar school gaan van Leonie bestaat al ongeveer een jaar. Het is begonnen toen er opeens veel nieuwe en grotere kinderen bij haar in de klas kwamen en zij bij een onderwijzer kwam waarvan zij het gevoel had dat die haar niet mocht. Het is niet helemaal duidelijk waardoor het schoolverzuim de afgelopen maand zo is verhevigd, maar het lijkt erop dat het te maken heeft met een onaardige opmerking van de onderwijzer, toen Leonie een vraag stelde.

- Leonie is een leuk meisje om te zien. Zij maakt een wat dromerige en verlegen indruk. Volgens de schoolleiding kan zij qua intelligentie goed meekomen, maar is zij vaak angstig in de omgang met andere kinderen. Zij heeft één vriendinnetje waar zij veel mee speelt.

- Leonie heeft een hoog aspiratieniveau. Als zij iets moet doen wil zij het erg goed doen, maar is tegelijk faalangstig; een combinatie die vaak voorkomt bij (sociale) angststoornissen.

- Met de andere kinderen zijn er geen problemen. De ouders hebben het redelijk met elkaar, al is moeder wat ontevreden. Op de Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst, IPOV (Lange, 1984) scoort het paar in het derde deciel, wat voor een 'patiënt populatie' niet extreem laag is. Meneer Bonsma heeft een klein aannemersbedrijf en is vaak van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat van huis. Moeder werkt niet buitenshuis en heeft ook weinig contacten. Zij maakt een wat eenzame, initiatiefloze indruk.

- Als Leonie niet naar school wil begint zij meestal de avond van te voren haar moeder erop te attenderen dat zij zich niet lekker voelt. Haar klachten zijn vaag, in de trant van 'beetje hoofdpijn, misselijk of buikpijn'. Volgens de huisarts die haar meerdere malen hiervoor heeft onderzocht is er geen somatische grond te vinden. Moeder probeert dan 's ochtends haar alsnog te bewegen om naar school te gaan maar dringt niet erg aan. Vader vindt dat zijn vrouw harder moet optreden. Als de tijd om naar school te gaan voorbij is blijft Leonie meestal nog een tijd in bed liggen lezen. Zij is dol op strips. Ook daarna heeft zij het dan wel naar haar zin, bijvoorbeeld door mee te gaan boodschappen doen met moeder.

De behandeling bevat de volgende elementen:

1. In de tweede zitting met alleen de ouders geeft de therapeut zijn zienswijze over de problematiek. De inhoud daarvan is terug te vinden in de hieronder beschreven onderdelen van de behandeling. Daarna wordt een expliciet *behandelcontract* afgesloten. Afsproken wordt dat o.a. onderzocht zal worden wat voor maatregelen de ouders kunnen nemen om de kans te vergroten dat Leonie weer naar school zal gaan.
2. Moeder wordt *geprezen* om haar liefde en zorg voor haar kinderen. Tevens legt de therapeut de nadruk op de ernst van het probleem en het gevaar dat Leonie in een vicieuze cirkel terecht komt: de achterstand die zij oploopt door de school te verzuimen maakt dat de angst voor schoolgaan steeds groter wordt (vgl. Hoekstra, 1975; A-Tjak, 1988). Om deze cirkel in ieder geval te doorbreken moet zij thuis extra veel tijd besteden aan de stof, die anders op school wordt geleerd.

In zitting 3, waar het gehele gezin weer aanwezig is wordt derhalve een strak schema opgesteld van taken die Leonie zal uitvoeren als zij niet naar school gaat. Afgesproken wordt dat zij de exacte tijden die zij anders in de klas doorbrengt nu op haar kamer zal doorbrengen, met het lezen van leerstof en het uitvoeren van oefeningen. Moeder heeft voor dat laatste contact opgenomen met de onderwijzer. Het helpen van moeder en het meegaan boodschappen doen of stripjes lezen is voorbij, althans tijdens de schooltijden. Het mes snijdt bij deze afspraken aan twee kanten: Aan de ene kant wordt het voor Leonie minder aantrekkelijk om niet naar school te gaan. Het wordt niet meer beloond. Van belang daarbij is dat het niet als een straf wordt gepresenteerd maar als iets wat goed is voor haar; dat nodig is om toch bij te blijven; een zware last voor eigen bestwil (van Dyck, 1977; Lange, 1977). Aan de andere kant verdwijnt ook het belonende aspect van Leonie's thuisblijven voor moeder.

3. In zittingen waarin *Leonie alleen* komt helpt de therapeut haar te concretiseren waar zij zoal bang voor is. Er volgen dan een aantal interventies die tot doel hebben haar minder angstig te laten zijn in de klas. Zo wordt getracht bepaalde denkbeelden van haar te beïnvloeden, o.a. over de noodzaak van de beste te zijn en de noodzaak om door iedereen aardig gevonden te worden (vgl. Prins, 1986; Meijers). Met behulp van rollenspelen oefent zij bovendien met andere dan de voor haar gebruikelijke manieren om zich in de klas te uiten.

4. Twee weken na het gesprek met het ouderpaar, er zijn inmiddels in totaal vijf zittingen geweest, gaat Leonie weer naar school. De therapeut prijst haar uitvoerig omdat zij zoveel energie heeft gestoken in het verwerken van de therapie-elementen. Hij wil daarmee voorkomen dat het nu weer wel naar school gaan door Leonie als gezichtsverlies wordt beleefd. Er wordt een plan opgesteld 'om Leonie maximaal te laten profiteren van haar huidige angsten', wat inhoudt dat zij nu met behulp van precieze registratie- en observatie-opdrachten informatie zal verzamelen over zowel zichzelf als over haar klasgenoten en haar leraren. De bedoeling hiervan is dat zij als het ware *afgeleid* zal worden van haar streven om aardig gevonden te worden, waardoor zij minder krampachtig zal reageren en juist positiever in de klas gewaardeerd zal worden (vgl. Lange & van der Velden, 1980). Een andere afspraak die naderhand nog met haar wordt gemaakt betreft het *etaleren van haar angst* wanneer zij een bepaalde taak moet doen. Door te vertellen dat zij bang is om het verkeerd te doen, neemt haar angst juist af (vgl. Lange, 1980; De Jong, 1987). Het kost enige moeite om haar hiertoe te motiveren, maar een rollenspel helpt haar over de drempel. Zij voert het naderhand bij wijze van experiment uit en is enthousiast over wat het haar oplevert.

5. Naast de gesprekken met Leonie en de gezinsgesprekken zijn er nog drie gesprekken met de ouders alleen. De aandacht wordt daarin vooral gericht op de eenzaamheid van mevrouw die, nu al haar kinderen op school zijn, weinig om handen heeft. Enkele suggesties daarvoor worden besproken en blijken later ten dele naar tevredenheid te zijn opgevolgd.

De behandeling van Leonie duurt in totaal 14 zittingen. Daarna volgen twee follow-up gesprekken waaruit blijkt dat het goed met haar gaat. Zij heeft niet meer onnodig school verzuimd; is minder bang in de klas en heeft ook meer vriendjes. De ouders zijn enthousiast.

Hiërarchieproblemen in het gezin Hagedoorn

Mevrouw Hagedoorn is vijftig jaar als zij zichzelf en haar gezin aanmeldt wegens onhandelbaarheid van haar jongste zoon, Mark (dertien jaar). Behalve Mark zijn er nog twee andere kinderen (José, 15 jaar) en Nico (18 jaar). Mevrouw is enkele jaren geleden van haar man gescheiden.

Uit het eerste gezinsgesprek blijkt dat moeder de touwtjes niet in handen heeft; dat zij - mede door haar schuldgevoelens over de scheiding - heen en weer wordt geslingerd door de neiging om 'vrienden' met haar kinderen te zijn en de neiging om als het 'al te dol wordt' autoritair en onredelijk uit haar slof te schieten. Nico en José maken een wat toberige indruk en hebben ook wat problemen op school. Maar de grootste problemen liggen inderdaad rondom Mark, die het gezagsvacuüm lijkt te willen opvullen.

Aan het einde van het eerste gesprek wordt een *voorlopig behandelcontract* gesloten waarin herstel van de gezagsverhouding centraal staat. In de tweede en derde zitting wordt er nog niet expliciet in dit opzicht geïntervenieerd. De aandacht ligt in deze zittingen vooral bij de scheiding; hoe die in zijn werk is gegaan, hoe de kinderen er tegenaan kijken, de schuldgevoelens van moeder daarover en de moeite die zij heeft om voor zichzelf een 'plek' in het gezin te creëren. Een *indirecte suggestie* wordt aan haar gegeven om 'misschien eens met Nico te gaan wandelen en hem iets over zichzelf te vertellen'. Zij zou dan kunnen ervaren dat het delen van intimiteit niet hoeft te impliceren dat men als ouder/gedragsdrager faalt. Deze suggestie wordt in dank aanvaard en opgevolgd. De sfeer in het gezin lijkt al wat te verbeteren en mevrouw maakt de indruk zeer gemotiveerd te zijn om de adviezen van de therapeut serieus te nemen. Tijdens het vierde gesprek komen de problemen rondom Mark weer ter sprake. Moeder is radeloos en verzucht dat zij het niet meer aankan. Mark was weer ontzettend lastig en ongehoorzaam geweest, wat tot heftige tonelen heeft geleid. De therapeut vraagt door totdat het helder is wat er precies is voorgevallen. Dan vraagt hij of moeder wil horen wat hij er van vindt en vervolgt na de daaropvolgende bevestiging met: 'Als ik hoor van een constante strijd, dan denk ik: strijd kun je alleen maar voeren zolang de partijen gelijk zijn, want als er één partij sterker is, duurt zo'n strijd niet lang. Dat er doorlopend strijd is bij jullie, betekent dus dat u, mevrouw Hagedoorn, niet sterker bent dan de anderen, terwijl u dat wel zou moeten zijn. Het probleem ligt dan ook niet bij Mark, want die heeft gelijk, dat hij probeert uit te zoeken waar de grenzen liggen. Maar (tegen Mark) het probleem is dat jouw moeder niet genoeg machtsmiddelen gebruikt. Ik vind (tegen moeder) dat het uw taak is om zo'n strijd te winnen en om Mark op verantwoorde wijze wat discipline bij te brengen. U zou nu dus kunnen proberen wat meer zicht op de situatie te krijgen: Hoe vaak komen die botsingen voor? In wat voor omstandigheden en wat doet u dan precies? Daarom wil ik u de opdracht geven om alles wat er op dit gebied gebeurt de komende tijd te registreren. Aan het einde van de dag neemt u er dan een half uurtje voor om uw notities over die dag door te lezen en erover te denken hoe het eventueel anders had gekund.' Vervolgens wendt de therapeut zich tot

Mark: ' En jij Mark, jij moet gewoon doorgaan met lastig zijn. Precies zoals je dat tot nu toe bent geweest . '

Tijdens deze introductie betreft Marks gezicht steeds verder. Hij begint te sputteren dat hij veel liever de komende weken zijn best zal doen om aardig te zijn. De therapeut betuigt zich verheugd met wat Mark zegt maar stelt: 'toch denk ik dat we dat (het aardig zijn) nog een paar weken moeten uitstellen. Het is namelijk voor jouw moeder belangrijk om te oefenen met een lastige Mark en niet met een makkelijke Mark. Dus ik zou je willen vragen om het nog twee weken serieus te proberen.'

Moeder is enthousiast over de afspraak, die uiteraard nauwkeurig wordt opgeschreven. Tijdens het volgende gesprek, twee weken later, blijkt dat zij een plezierige periode hebben doorgemaakt. Mark heeft zich niet bepaald aan de opdracht gehouden. Hij was dus eigenlijk 'te aardig'. De therapeut vraagt hem om toch weer te proberen zijn oude gedrag te demonstreren. Het resultaat blijft gelijk. De paradoxale opdracht aan Mark, om voorsnog niet te veranderen, wordt ingetrokken. In de komende zittingen wordt moeder geïnstrueerd hoe zij samen met Mark een aantal concrete doelen kan opstellen over bepaalde gedragingen van Mark die zij in de toekomst gerealiseerd wil zien. Dat gaat als volgt:

- Zij *maakt een lijst* van wat er naar haar idee bij Mark moet veranderen.
- Uit deze lijst *kies* zij *één punt* dat voor haar van groot belang is en waarin verandering haalbaar lijkt. Dat wordt: het 'nee zeggen' door Mark wanneer zij hem iets vraagt te doen.
- Afsproken wordt dat Mark gaat proberen zich coöperatiever op te stellen. Het is van belang dat *precies wordt omschreven* wat daaronder wordt verstaan. Het moet duidelijk observeerbaar zijn of Mark zich er aan heeft gehouden of niet.
- Beiden gaan *registreren*. Iedere keer als moeder Mark iets vraagt te doen, noteert zij of hij er positief op in gaat of niet. Met een positieve reactie verdient hij een pluspunt, met een negatieve reactie een minpunt. Op aanraden van de therapeut wordt afgesproken dat een X-aantal punten per week Mark een *beloning* zal opleveren. Moeder en Mark worden het snel eens over het aantal dat 'X' moet zijn.
- Moeder en Mark *bekijken elke avond samen hun registraties en bespreken* de verschillen die daarin optreden. Moeder's registratie geeft uiteindelijk de doorslag.
- De resultaten worden op een *groot vel* grafisch weergegeven. Dit wordt in de keuken opgehangen.
- Mark bedenkt verschillende *beloningen* die zijn Moeder hem na een af te spreken aantal punten zou kunnen leveren.
- Moeder en Mark *onderhandelen* hierover en komen tot overeenstemming. Hetzelfde gebeurt t.a.v. de *consequenties* van een 'negatief weekcijfer.' De negatieve consequenties worden vooral gezocht in het wegnemen van bepaalde privileges (bijv. TV kijken, laat naar bed gaan, etc.). Het valt op hoe creatief Mark is met het bedenken van sancties die Moeder dan tegenover hem zal uitvoeren.

Een belangrijk deel van de verdere behandeling bestaat uit de begeleiding van moeder bij het uitvoeren van bovenstaand programma, terwijl ook nog aandacht besteed wordt aan de schoolproblemen van José en de verhouding tussen haar en moeder. Daarbij worden soms rollenspelen gedaan, waarbij de therapeut de rol van moeder op zich neemt (modeling) teneinde haar te demonstreren hoe zij op niet-autoritair maar wel besliste wijze kan optreden en afspraken kan bijstellen als die niet helemaal haalbaar blijken en hoe zij nieuwe doelen kan formuleren. De therapie wordt na 16 zittingen beëindigd als blijkt dat moeder in staat is om zelfstandig met haar kinderen de geleerde technieken in praktijk te brengen. Na verschillende follow-ups die zich uitstreken over een periode van anderhalf jaar blijkt de sfeer in het gezin nog steeds goed.

BEGRIPPEN, PRINCIPES EN STRATEGISCHE OVERWEGINGEN

Wie is aanwezig bij het eerste gesprek?

In de vier besproken gevallen was het gehele gezin bij het eerste gesprek aanwezig. Wanneer een kind de aangemelde patiënt is, is het verstandig om hiervan een regel te maken. De therapeut krijgt daardoor een maximum aan informatie. Ziet men alleen het kind of alleen één of beide ouders, dan wordt er over zaken gesproken die de therapeut niet goed kan inschatten. Hij krijgt ook geen gelegenheid om te *zien* hoe men op elkaar reageert, wat juist bij problemen met kinderen van evident belang is. Op grond van de informatie in dit gesprek kan men beslissen wie er in de volgende gesprekken wordt uitgenodigd. Als één der kinderen of een ouder niet mee kan komen dan is het verstandig om een eerste gesprek uit te stellen, zodat niemand op voorhand wordt uitgesloten.

Er zijn natuurlijk uitzonderingen op de regel. Zo kan het zijn dat men te horen krijgt dat één of meerdere gezinsleden niet op de hoogte zijn van het probleem en men dat voorlopig zo wil laten. Stel, het gaat om een jongen die steelt en de andere kinderen weten daar niets van. Het lijkt dan verstandig om te starten met een gesprek met de ouders alleen. Het kan ook gebeuren dat een kind of adolescent contact opneemt en dat de ouders niets weten van zijn probleem. Dan is het verstandig om eerst met het kind apart te praten en te bespreken of het mogelijk is de ouders erbij te betrekken. Het kan ook zijn dat een kind een probleem heeft en een of beide ouders weigeren mee te komen. Dan zal men de gesprekken zonder deze ouder(s) moeten voeren. Dat is niet het geval wanneer een ouder de aanmelding doet en de andere ouder wil niet meekomen. In dat geval is het van groot belang dat men er alles aan doet om beide ouders bij het eerste gesprek te laten zijn.

In de meeste gevallen vindt men het wel begrijpelijk dat de therapeut iedereen wil zien, maar het stuit ook weleens op bezwaren. Lange (1985, par.3 2) beschrijft gedetailleerd hoe men in dergelijke gevallen het gezin kan motiveren om met z'n allen te komen. Hij adviseert daarbij om veel zorg te besteden aan de *uitleg*. D.w.z. dat de therapeut de aanmelder uitvoerig voorlicht over de redenen dat hij dit vraagt en daarbij ook aangeeft waarom het voor de behandeling het beste is.

De therapeut kan benadrukken dat het *maar om één zitting* gaat. Dat verlaagt de drempel. Daarbij is het van belang dat hij er op wijst dat degene die niet mee wil komen nu niet uitgenodigd wordt omdat hij/zij als mogelijke oorzaak van de problemen gezien wordt, maar omdat diens visie van belang kan zijn: dus als hulp bij de behandeling. Deze manier van motiveren was bijvoorbeeld nodig voor de vader van Leonie Bonsma, die volgens moeder niet wilde meekomen. Het kan dan ook nodig zijn, zoals bij mevrouw Bonsma, om de *aanmelder precies te instrueren* wat en hoe hij de andere ouder de boodschap het beste kan overbrengen. Meest belangrijk is dat, indien er geen contra-indicaties zijn voor een gezinsgesprek, de therapeut zelf de overtuiging uitstraalt dat het een noodzakelijke voorwaarde is voor een optimale behandeling en dat hij de cliënten liever doorverwijst dan op een verkeerde manier te starten. Dit kan op een niet-confronterende manier met de cliënten besproken worden en leidt slechts in zeer weinig gevallen tot afzien van behandeling door de cliënten, terwijl een verkeerde start van een behandeling veel vaker 'drop-outs' tot gevolg heeft.

Gesprek met de ouders alleen

Zowel bij de behandeling van het gezin Lubbers als bij die van het gezin Bonsma waren de ouders voor het tweede gesprek zonder de kinderen uitgenodigd. Het verdient aanbeveling om hiervan een gewoonte te maken. Het doel is om de privacy te creëren voor de ouders waarin zij 'gevoelige' informatie kunnen verschaffen over hun onderlinge verhouding, of over andere kwesties waar zij de kinderen liever buiten houden. Voor de therapeut kan dit noodzakelijk zijn om in te schatten in hoeverre de problemen van het aangemelde kind te maken kunnen hebben met wat er tussen de ouders speelt, maar ook in hoeverre de ouders in staat zijn om een gemeenschappelijk strategie, die er op gericht is om veranderingen te bewerkstelligen, uit te voeren. Bij het motiveren voor dit gesprek is het aan te raden om vooral de nadruk te leggen op de laatstgenoemde reden.

Niveaus van de behandeling

Lange (1987, hoofdstuk 1) pleit voor een flexibele vorm van gezinstherapie met betrekking tot het niveau waarop de behandeling plaats vindt. In de geschetste gevallen zien we daar duidelijke voorbeelden van. Bij Kees Speyer was de therapie aanvankelijk vooral gericht op de structuur van het gezin met de geïsoleerde positie van vader. Dáárvoor waren ook interventies nodig op interactioneel niveau: tussen vader en moeder. Terwijl in een latere fase een min of meer individueel programma werd opgesteld voor Jan, om hem een aantal sociale vaardigheden te leren. Als de tests die hem waren afgenomen op specifieke leerproblemen zouden hebben gewezen, dan zou in de behandeling ook daarvoor ruimte zijn ingericht, eventueel bij een instelling die daarin is gespecialiseerd.

Bij Hans Lubbers was het structurele niveau van niet zoveel betekenis in de behandeling, al zorgde de therapeut ervoor dat de betrokkenheid van broer Theo bij het 'opvoeden' van Hans wat

minder werd, waardoor Hans toch wat minder geïsoleerd kwam te staan. Ook de individuele kant lijkt in deze behandeling wat minder van belang te zijn geweest. Het ging voornamelijk om de interacties tussen vader en moeder enerzijds en oudste zoon anderzijds, al kan men de therapie natuurlijk ook opvatten als een bijdrage aan de individuele vaardigheden van de ouders om met hun zoon om te gaan, waarbij de veranderingen plaatsvonden op zowel cognitief niveau (vgl. Meichenbaum, 1981; Diekstra, et al., 1982) als op gedragsniveau (hoe dwing je dat effectief af).

In de behandeling van Leonie Bonsma heeft de individuele kant sterk geprevaleerd waarbij vooral van een leertheoretisch perspectief werd uitgegaan: het patroon van bekrachtiging moest gewijzigd worden en het meisje kreeg de mogelijkheid om een aantal vaardigheden te leren wat tot een groter zelfvertrouwen leidde. Daarbij zagen we ook typische elementen van de directieve therapie: de complimenten aan de ouders, de manier waarop de opdracht om gedurende schooltijd op de kamer te blijven werd ingeleid en de manier waarop de registratie- en afleidingsopdracht werd geïntroduceerd, zodat Leonie eigenlijk niet meer kon falen. Zelfs al was zij angstig dan was het nog goed voor de behandeling. De suggesties aan mevrouw Bonsma die ertoe leidden dat zij wat meer taken buitenshuis kreeg kan men eveneens als vooral 'individueel' beschouwen. Verandering van moeder in dit opzicht kan echter de verhoudingen in het gezin beïnvloeden en als zodanig ook een effect hebben op de structuur van het gezin. Het moge, kortom, duidelijk zijn dat het bij het onderscheid tussen de niveau's van de behandeling niet om een absoluut onderscheid gaat maar om accenten.

Functie van de klacht

In de behandeling van het gezin Speyer zagen we behalve principes uit de structurele gezinstherapie toch ook enige connecties met de cybernetische of systeemtheoretische gezinstherapie, in die zin dat de therapeut het niet uitgesloten achtte dat Jan als een soort afleider fungeerde voor de niet geëxpliciteerde spanningen tussen de ouders. Het was mogelijk dat de problemen van Jan in dat opzicht een functie hadden voor het evenwicht in het gezin. In de behandeling werd echter geen gebruik gemaakt van de binnen de cybernetische gezinstherapie gepropageerde systeem paradox waarin aan alle betrokkenen geadviseerd wordt om niet te veranderen (Tomm, 1984 a en b). Een dergelijke aanpak die wel dramatisch aandoet en daarom nogal wat supporters heeft is voor veel cliënten onbegrijpelijk en weinig motiverend (vgl. Lange, 1985, par.9.4.5.). De wat speelse opdracht aan vader en de kinderen om zijn praat/zwijggedrag te registreren bleek afdoende om de spanningen tussen de ouders 'op tafel te krijgen'.

Bij Leonie Bonsma zou men ook kunnen spreken van een functie van de klacht. Leonie's schoolfobie zou te maken hebben met de symbiotische verhouding met moeder, die weinig anders om handen had dan de zorgen om Leonie; een patroon dat men bij schoolfobie vaak aantreft (Hoekstra, 1975; Depreeuw, 1988). Ook hier zou het niet aanbevelenswaardig zijn geweest al te veel consequenties aan dit functionele aspect te besteden. Het gezin hiermee confronteren zou zelfs gezien kunnen worden als het trappen in een valkuil, aangezien het vooral - en begrijpelijk -

tegenstand bij de ouders zou hebben opgeroepen. Het is eerder aan te bevelen om in gevallen als deze via een omweg te werken. In eerste instantie wordt de aandacht dan vooral gericht op de aangemelde klacht - het niet naar school gaan - en wordt besproken wat daaraan gedaan kan worden. De interventies spelen zich dan in principe af op het individuele niveau van doorbreken van de angsten van het schoolfobische kind, door middel van steun, door oefenen van sociale vaardigheden en door veranderen van het bekrachtigingspatroon. Pas later, op een geschikt moment, komt het thema van moeder's bezigheden expliciet aan de orde. De hieruit resulterende vermeerdering van haar autonomie verkleint de kans op 'terugval'. Belangrijk bij de toepassing van dit model is dat het op een niet 'trekkerige' manier wordt gehanteerd. Er wordt geen dwang uitgeoefend of al te veel overreding gebruikt. Leonie 'mag' nog thuis blijven maar het wordt minder aantrekkelijk. En als zij weer naar school gaat is het om te oefenen met haar nieuwe vaardigheden en niet omdat het allemaal meteen fantastisch moet zijn. Zij kan dan eigenlijk niet falen, iets wat voor faalangstige kinderen, zoals schoolfobici, juist van groot belang is.

Als vuistregel zou ik willen stellen: wanneer er bij gezinnen waarin een kind is aangemeld problemen lijken te zijn tussen de ouders of problemen bij één van de ouders, die door de ouders niet als zodanig worden erkend dan is het verstandig om in eerste instantie de ouders daar ook niet mee te confronteren. In plaats daarvan worden de ouders ingeschakeld als hulp bij de opvoeding of bij de problemen van hun kinderen. Over het algemeen zullen hun problemen dan vanzelf aan het licht komen, als ze inderdaad bestaan. In dit opzicht is de directieve gezinstherapie afwijkend van de cybernetische gezinstherapie en ook van de orthodoxe structurele gezinstherapie.

Hiërarchie, autoritarisme, levensfasen van het gezin

Het is een van de verdiensten van Haley (1980) geweest dat hij in een tijd, waarin democratisering ook toesloeg in de opvattingen over hoe gezinsleden met elkaar horen om te gaan, heeft gewezen op de gevaren van het ontbreken van hiërarchie binnen het gezin. Vanuit de structurele gezinstherapie kwam hij tot de conclusie dat in gezinnen met ontspoorde adolescenten altijd sprake is van een gebrek aan gezag bij de ouders, volgens hem veelal voortkomend uit de angst van de ouders om de stap te maken naar een nieuwe levensfase (vgl. Wever et al., 1983). Hoewel Haley's opvattingen in dit opzicht wel wat al te absoluut aandeden (Lange, 1982), is het ontegenzeggelijk van belang om bij gedragsproblemen zoals bij Hans Lubbers en Mark Hagedoorn te onderzoeken hoe het met de hiërarchie is gesteld en indien nodig de gezagsverhoudingen te herstellen. Bij de laatstgenoemde zagen we duidelijk hoe nodig dat was. Diens gedrag werd veroorzaakt door het weifelende ambivalente gedrag van zijn moeder die hem geen leiding en geen duidelijkheid verschaftte. In zo'n geval is het beter als de therapeut niet rechtsteeks zelf het gedrag van het kind tracht te beïnvloeden maar dat hij probeert de moeder te helpen de touwtjes in handen te nemen. We hebben gezien dat het daarbij nodig is om het te veranderen gedrag scherp te omschrijven, te observeren, te registreren en bruikbare sancties te bedenken, zowel positief als negatief. Voor creatieve manieren van registreren en opstellen van sancties kan ik de klassieker 'Teaching Children in Groups' van Sheldon Rose aanbevelen (Rose,

1972), al heeft dat boek niet speciaal betrekking op gezinstherapie. Vaak is het nuttig om ouders te stimuleren om literatuur te lezen waarin dergelijke technieken en de principes die er aan ten grondslag liggen op simpele wijze staan beschreven (bijv. Patterson, 1971 en Patterson, 1977).

De start van het deel van de behandeling van het gezin Hagedoorn, met de paradoxale opdracht aan Mark om door te gaan met lastig te zijn zodat moeder kan leren hem te disciplineren, heb ik letterlijk weergegeven omdat het een bruikbaar prototype is van een aanpak van dit soort gevallen, waarin een machtsstrijd heerst tussen ouders en kinderen. Deze behandeling is elders derhalve ook uitgebreid beschreven, waarbij grote delen verbatim zijn weergegeven (Lange, 1987, hoofdstuk 12), en is ook op video gereconstrueerd in een drie uur durend programma (Wierenga, et al., 1988). Hoewel de problemen rond Hans Lubbers vergelijkbaar zijn met die rondom Mark Hagedoorn, was de aanpak daar toch anders. Hans was ouder en het ging bij hem niet zozeer om machtsstrijd en om weifelende ouders, maar eerder om ouders die verkeerde accenten legden. Een minutieus systeem van beloning en straf met een spel-achtig registreren is daarbij minder op zijn plaats, terwijl het gezamenlijk opstellen van nieuwe meer adequate huisregels van meer belang bleek te zijn.

Herstel van de hiërarchie wordt nogal eens verward met een autoritaire opstelling. Dat is jammer. Waar het om gaat is dat ouders leren om de verantwoordelijkheid te nemen die bij het ouderschap hoort, ook wanneer het schijnbaar onplezierige taken betreft als regels stellen en sancties treffen. Een kind heeft daar recht op, weet dan waar hij aan toe is en leert dat ongewenst gedrag niets oplevert. De *manier* waarop dit gebeurt hoeft echter niet autoritair te zijn. Integendeel, het is van belang dat de ouder de moeite neemt om het kind uitleg te geven over zijn beweegredenen, dat hij luistert naar de argumenten van het kind, dat hij respect betoont voor de argumenten van het kind, dat hij zorgt dat het kind geen gezichtsverlies leidt (bijv. door hem steeds keuzes te geven of tijd te geven voordat iets moet gebeuren), dat hij zijn eigen fouten toegeeft, dat hij bereid is te onderhandelen en dat hij zich slechts concentreert op datgene wat opvoedkundig strikt van belang is; dwz. dat hij niet probeert het kind al zijn eigen grillen op te leggen. Bij Mark zagen we iets dat vaker voorkomt, dat het kind een stem heeft in de keuze van de sancties, zowel m.b.t. de beloningen als m.b.t. de straffen. De essentie is dat er een situatie ontstaat waarin het werkelijk ontoelaatbare gedrag niet langer beloond wordt door een onproductieve hoeveelheid aandacht in de vorm van woede en opwindning van de kant van de ouder. Deze ziet meestal niet dat een kind dat niet als straf beleeft, maar er juist een zekere beloning uithaalt. Het heeft de ouder tuk, het voelt dat het macht heeft over hem. Bovendien zijn die uitbarstingen van ouders vaak veel te extreem, roepen daardoor nodeloos verzet op en leiden tot vicieuze cirkels. Zoals we al zagen, is het veel beter om het problematisch gedrag te negeren of er gemakkelijk door te voeren sancties aan te verbinden. Het 'gemakkelijk doorvoeren' is van groot belang aangezien dit er juist voor zorgt dat de ouder niet langer hoeft 'te trekken' aan het kind en dat hij de maatregelen op kalme en niet emotionele wijze kan presenteren. De vuistregel is dat de ouder ervoor moet zorgen dat het het probleem van het kind wordt om het probleemgedrag niet te vertonen in plaats van omgekeerd.

Een nieuw stelsel van beloning en straf kan dus een belangrijk therapiedoel zijn, dit is echter niet geïndiceerd wanneer het affectieve klimaat ten opzichte van het probleemkind negatief is. Wanneer het gaat om een gezin zonder liefde voor het betrokken kind zou de nadruk op disciplineren meer het karakter hebben van dresserende dan van opvoeden. De therapeut zou dan een handlangster worden van de ouders tegen het kind. In zulke gevallen is het meer aan te raden om te proberen de situatie te bespreken en een uithuisplaatsing kan dan in het belang zijn van alle betrokkenen.

Er zijn ook situaties waarin het niet mankeert aan hiërarchie, maar waar er een overmaat aan is. Men ziet dat soms bij ouders die het niet licht valt de stap te maken naar de levensfase van 'ouders zonder kinderen thuis' oftewel 'het lege nest' (Carter & McGoldrick, 1980). Dergelijke ouders zijn voortdurend bezig met maatregelen en sancties en het beteugelen van de vrijheid van hun kinderen. Dat kan tot ernstige conflicten en tot onaangepastheid van zo'n kind leiden. In dat soort gevallen is het van belang om de ouders te helpen om de eisen aan de kinderen te veranderen. Dat is niet altijd even gemakkelijk doordat het vertrouwen bij de ouders in een goede afloop gering is aangezien het kind inmiddels al behoorlijk onhandelbaar kan zijn geworden. De aanpak is dan als volgt: de ouders worden geprezen. Zij zijn immers verantwoordelijke ouders die zeer begaan zijn met hun kinderen. Juist zulke ouders vinden het soms moeilijk om hun kinderen los te laten. Onverschillige ouders hebben daarvan immers minder last. Maar het is nu toch wel nodig dat ze gaan experimenteren met het stellen van regels die meer passen bij de leeftijd van hun kinderen. Als de ouders 'meegaan' met deze gedachtengang kan de therapeut hen vragen wat de kinderen zouden kunnen doen om hen deze stap gemakkelijker te laten nemen. M.a.w. wat zouden de kinderen kunnen doen om hun het vertrouwen te geven in de goede afloop van een benadering waarin de teugels wat gevierd worden? Dat kan natuurlijk van alles zijn: van huiswerk maken tot het dagelijks iets vertellen. In veel gevallen zal het betreffende kind daar, althans onder de nieuwe omstandigheden, toe geneigd zijn en wordt de negatieve spiraal doorbroken. Aan de gemaakte afspraken kunnen dan tenslotte nog registratie-opdrachten gekoppeld worden, zelfs in de zin dat het kind registreert in hoeverre de ouders zich aan hun nieuwe opstelling houden.

Houding van ouders

In de vorige paragraaf ging het vooral om technieken die het herstel van de gezagsverhouding beogen. We hebben daar al gezien dat dit geen autoritaire houding van ouders hoeft te impliceren; dat het integendeel van belang is dat de ouders bij het stellen van de grenzen aan het gedrag van hun kinderen een maximum aan respect betuigen. Afgezien van dit 'houdingsaspect' zijn er nog een aantal gewoontes die ouders zich eigen kunnen maken om een positieve invloed op hun kinderen te kunnen uitoefenen.

- *meer letten op positief gedrag van het kind*; In plaats van de nadruk op alles wat niet goed is, zich aanwennen de aardige dingen waar te nemen en daarop te reageren.
- *geven van complimenten*; In plaats van commentaar op wat fout is, er een gewoonte van maken de goede dingen te benoemen. In de zg. 'Home Training' binnen het 'Orion Project' vormen deze

twee elementen het hoofdbestanddeel van een behandeling die erop is gericht om uithuisplaatsing van onhandelbare kinderen te voorkomen. In dit behandelproject bezoekt de 'trainer' de gezinnen thuis en maakt daar video opnamen die samen met de ouders worden geanalyseerd. Daarbij laat men de ouders zien hoe zij negatief gedrag kunnen negeren en positief kunnen ingaan op neutraal of positief gedrag van het 'moeilijke' kind. Onderzoek over deze methode is momenteel gaande (Van den Bogaart & P.M.A.E. Wintels, 1988).

- *vertrouwen uitspreken*; In plaats van steeds ervan uit te gaan dat het toch wel weer zal mislukken, dat het kind zich 'er toch wel weer niet aan zal houden', juist steeds (hoe moeilijk het ook is) uit te spreken dat men verwacht dat het wel goed zal gaan. Het uiten van negatieve verwachtingen leidt vaak tot negatieve 'self-fulfilling prophecies'. Het faalangstige kind denkt: 'zie je wel, ik kan het toch niet'. Het lastige kind denkt: 'zie je wel, ze geloven er toch niet in', etc. Met het uitspreken van positieve verwachtingen heeft men daarentegen de kans dat er een positieve 'self fulfilling prophecy' ontstaat. Het kind zal zich willen conformeren aan het beeld dat er over hem en de situatie kennelijk heerst.

- *problemen niet groter maken dan ze zijn*; Sommige kinderen zijn in de ogen van hun ouders afwijkend, hebben bijvoorbeeld te weinig vriendjes, spelen op school veel alleen, etc. Vaak is het voor die kinderen zelf helemaal geen probleem en is er ook totaal geen sprake van stoornis. Als ouders echter de afwijking van de norm (bijv. verlegenheid) tot een probleem verheffen, dan krijgt het kind het pas echt moeilijk en kan het in een negatieve spiraal van faalangst terecht komen. Beter is het wanneer ouders zich beheersen. In plaats van hun zorgen steeds te ventileren kunnen zij beter proberen een houding aan te nemen die kan leiden tot een toename van zelfvertrouwen, door interesse te tonen in dat wat het kind doet en denkt, door waar het gerechtvaardigd is complimenten te geven, door te steunen bij moeilijkheden met anderen en door vertrouwen uit te stralen. Het vergroten van zelfvertrouwen gebeurt overigens niet alleen door een dergelijke 'sympathieke' houding. Wanneer dat het enige is, dan kan dat tot gevolg hebben dat te weinig eisen aan het kind worden gesteld en dat het niet wordt gestimuleerd tot acties waar het trots op kan zijn. Het is m.a.w. ook nodig om het kind te betrekken bij taken in huis, te stimuleren om taken te verrichten, verantwoordelijkheden aan te gaan, etc. (Zimbardo & Radl, 1981; Ringrose & Nijenhuis, 1986).

Integratie van stromingen

We hebben al op diverse punten kunnen zien dat het behandelingsmodel, zoals hier is gepropageerd, elementen van verschillende stromingen bevat. De nadruk op het bewaren van de grenzen tussen de subsystemen komt uit de structurele gezinstherapie. Het toepassen van individueel getinte programma's ter vergroting van vaardigheden is gebaseerd op de leertheorie, cognitieve therapie en op gedragstherapie. Het analyseren van communicatieve processen en de interventies die daarop zijn gericht, vinden hun oorsprong in de communicatie theorieën van o.a. Haley, Watzlawick en anderen van de 'Palo Alto' groep. Ook elementen van de intergenerationele of contextuele gezinstherapie (Framo, 1981; Boszormenyi-Nagy, 1981) vinden

we terug, bijvoorbeeld in de behandeling van Hans Lubbers als de therapeut probeert te voorkomen dat het uit huis gaan van Hans wordt gebruikt als middel om de 'strijdende partijen' te scheiden. Een positief losmakingsproces was hier het doel van de behandeling.

Een breed model, waarvan de elementen op elkaar zijn afgestemd, doet m.i. meer recht aan de complexiteit van de werkelijkheid dan de aanhangers van elk der afzonderlijke stromingen ons willen laten geloven.

Motiveren en timing

Ten aanzien van de hier gepresenteerde gevalsbeschrijvingen moet worden opgemerkt dat zij lacunes bevatten. De aandacht gaat voor een onevenredig groot deel naar opvallende en specifieke aspecten van de gezinnen en naar in het oog lopende interventies. Het is derhalve misschien goed om nog eens de nadruk er op te leggen dat ook bij het behandelen van kinderen 'in gezinsverband' het welslagen voor een belangrijk deel afhangt van de manier waarop men de cliënten weet te motiveren en de manier waarop men interventies op elkaar afstemt. In ons model houdt dit onder meer het volgende in:

- Al in het eerste gesprek kan men ruimte scheppen voor '*persoonlijk contact*' (Minuchin & Fishman, 1983) zonder dat ouders of kinderen zich tekort gedaan voelen. Daarbij moet men ook weer niet tever gaan. Men komt immers voor problemen en niet om te praten over hobbies.
- De therapeut moet geen genoegen nemen met vage aanduidingen van cliënten maar *doorvragen* totdat het de cliënten zelf en de therapeut duidelijk is en concreet wordt wat men van elkaar en van zichzelf verwacht. Dit kan op een niet-confronterende, behulpzame wijze gebeuren. Het lijkt overbodig om dit hier nog te vermelden maar het blijkt dat, zelfs veel ervaren therapeuten op dit punt vaak in gebreke blijven, terwijl het een van de meest belangrijke en motiverende therapeutische instrumenten is.
- *Acceptatie van de klachten* zoals ze in eerste instantie worden gepresenteerd. Dus niet op een eigenwijze manier van een kinderprobleem een 'probleem tussen de ouders' maken. Dat het niet overdreven is om hiervoor te waarschuwen blijkt uit een onderzoek van Methorst (1985). Bij een populatie van psychiatrische patiënten vond zij dat de meningen van gezinsgenoten over de gezinstherapie in vele gevallen extreem negatief waren. De reden daarvoor was dat men het gevoel had dat de therapeuten hen niet serieus namen; dat de therapeuten er sowieso van uit leken te gaan dat het hun schuld was en dat men hen probeerde op te zadelen met allerlei vreemde theorieën. We hebben in de hier beschreven behandelingen gezien dat gezinstherapie niet op deze manier hoeft te worden uitgevoerd. Alleen bij de eerste behandeling, van Jan Speyer, kwam de focus snel op de ouders te liggen, maar dat was niet tegen hun zin.
- Men kan zich aanwennen om *complimenten* te geven en zo mogelijk *positief te etiketteren of problematisch gedrag te her-etiketteren*. Hiervan hebben we diverse voorbeelden gezien, o.a. ten aanzien van de ouders van Hans Lubbers, waar de therapeut er de nadruk op legde dat juist zorgzame ouders vaak dit soort problemen met hun kinderen krijgen.

- Men moet in het algemeen niet zuinig zijn met het geven van *uitleg* en het is van belang om *behandelcontracten* af te sluiten, die op zich wel gewijzigd kunnen worden maar die de cliënten houvast geven en hun betrokkenheid vergroot.
- Dat het *bewust 'timen'* van de interventies in een therapie van belang is zal een ieder waarschijnlijk duidelijk zijn, maar het is moeilijk in korte gevalbeschrijvingen te illustreren. Toch hebben we verschillende voorbeelden gezien, zoals het niet te snel overgaan naar problemen tussen de ouders als deze daarvoor nog geen signalen geven en het creëren van een oefenperiode thuis met een ander bekrachtigingsschema voordat de schoolfobische jongen weer naar school gaat.

SLOTBESCHOUWING

We hebben korte beschrijvingen gezien van vier gevallen waarin een gezinsbehandeling werd uitgevoerd naar aanleiding van een probleem met een der kinderen. Aan de hand daarvan zijn de principes van een aantal stromingen binnen de gezinstherapie de revue gepasseerd en is getracht de integratie van de stromingen binnen het model van directieve gezinstherapie te illustreren. Ik ben me ervan bewust dat het een onmogelijke opgave is om dit binnen één hoofdstuk in dit boek te doen. Zo zijn de gevallen die we gezien hebben een wel zeer kleine steekproef van het scala van klachten dat men bij en over kinderen kan aantreffen, en ook lang niet alle bruikbare principes en technieken zijn aan bod gekomen. Wel hoop ik dat de lezer zich, met behulp van de geschetste gevallen die in ieder geval stuk voor stuk 'staan voor' problemen die men vaak aantreft en met behulp van de beschouwingen daarover, een beeld kan vormen van de manier waarop men met directieve gezinstherapie problemen met kinderen kan aanpakken. Diegenen die het niet bij 'een beeld' willen laten zou ik willen verwijzen naar de volgende boeken: 'Directieve therapie bij kinderen' onder redactie van Hoogduin & de Haan (1984); 'Kinder en adolescenten psychiatrie' van Oudshoorn (1985); 'Gedragstherapie bij ouder en kind' van Cladder et al. (1986); de drie delen 'Directieve therapie onder redactie van Van der Velden e.a. (1977, 1980 en 1988); en naar twee boeken van mijzelf, 'Gedragverandering in gezinnen' en 'Strategieën in directieve therapie' (Lange, 1985 en, respectievelijk, 1987).

REFERENTIES

- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A.M. (1983), *Behind the Family Mask*. New York: Brunner/Mazel.
- Aponte, H.J., & Deussen, J.M. van. (1981), Structural family therapy. In A.S. Gurman & Kniskern, D.P. (red.), *Handbook of Family Therapy*, 310-360. New York: Brunner/Mazel.

- A-Tjak, J.G.L. (1988), Psychotherapie in praktijk, schoolfobie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 14, (4), 182-188.
- Bodin, A.M. (1981), The interactional view: family therapy approaches of the Mental Research Institute. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bogaart, T.H.M. van den & Wintels, P.M.A.E. (1988), *Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding (home training); resultaten van een onderzoek onder tien experimentele projecten*. Leiden: Lisbon/COJ.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D.N. (1981), Contextual family therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Carter, E.A., & McGoldrick, M. (1980), *The Family Life Cycle*. New York: Gardner Press.
- Cladder, J.M., Borselen, W. van & Nijhoff-Huijsse, M. (1986), *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Daelemans, S. (1985), Een behandeling van 'wife battering' volgens het systemisch model. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 5, (1), 63-81.
- Depreeuw, E. (1988), Schoolfobie. In: Orlemans, J.W.G. e.a. (red.), *Handboek voor gedragstherapie*, C. 13.5-1 tot 45. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Diekstra, R.F.W., Knaus, W.J., & Ruys, T. (1982), *Rationeel emotieve educatie, een trainingsprogramma voor kinderen en volwassenen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dyck, R. van (1977), De zware last en communicatietheorie. In: Velden, K. van der (red.): *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Framo, J.L. (1980), *Explorations in Marital and Family Therapy*. New York: Springer.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
Ook in het Nederlands: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld, 1980.
- Haley, J. (1978), *Directieve gezinstherapie*. Haarlem: De Toorts. Oorspronkelijke titel: *Problem Solving Therapy*. S. Francisco: Jossey Bass, 1976.
- Haley, J. (1980), *Leaving Home; The Therapy of Disturbed Young People*. New York: McGraw Hill.
- Hendrickx, J. (1981), *Structureerende gezinstherapie; beschrijving en evaluatie van een programma van opdrachten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoekstra, F. (1975), Schoolfobie of schoolweigering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, (2), 45-53.
- Hoogduin, K. & Haan, E.de (1984), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Deventer: Van loghum Slaterus.
- Jong, P.M. de (1987), Angst voor trillende handen; een behandelingsstrategie. *Directieve Therapie*, 7, (1), 50-62.
- Kog, E., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1984), Het psychosomatische gezinsmodel; een kritische analyse. *Kind en Adolescent*, 5, (2), 68-77.

- Lange, A. (1977), De zware last en enkele beschouwingen over zelfperceptietheorie. In: Velden, K. van der (red.): *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1980), De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: Velden, K. van der (red.): *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1982), Antwoord aan Maanen. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 2 (3), 265-267.
- Lange, A. (1984). *De Interactionele Probleem Oplossings-vragenlijst (IPOV)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985), *Gedragsverandering in gezinnen*. Vijfde, compleet herziene, druk. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. & van der Velden, K. (1980), Afleiding. In: Velden, K. van der (red.): *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Liberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *Amer Journal of Orthopsychiatry*, 40 (1), 106-118.
- Margolin, G. & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In: M. Hersen & A.S. Bellack (eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1981), *Cognitieve gedragsmodificatie, een integrale benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Cognitive Behavior Modification - An Integrative Approach*. New York, Plenum Press, 1979.
- Methorst, G.J. (1985), *Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten*. *Academisch Proefschrift*. Wageningen: Landbouw Hogeschool.
- Meijers, J.J. (1978), *Problem solving therapy with socially anxious children*. Lisse: Zwets & Zeitlinger.
- Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1983), *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Oudshoorn, D.N. (1985), *Kinder en adolescenten psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Papp, P. (1983), *The Process of Change*. New York: Guilford Press.
- Pas, A. van der. (1979), Klein vocabularium van de systeemtheorie. In: Van der Pas, A. (red.), *Gezinsfenomenen*. Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Patterson, G.R. (1971), *Problemen met kinderen*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Patterson, G.R. (1974), Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481
- Patterson, G.R. (1977), *Opvoedingsproblemen in het gezin*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt. Oorspronkelijke titel: *Families, Applications of Social Learning in Family Life*. Champaign, Ill: Research Press, 1977.

- Patterson, G.R. (1982), *Coercive Family Process*. In reeks: A social Learning Approach. Vol. 3. Castalia Publ. Comp.
- Prins, P. (1986), Mogelijkheden en beperkingen van de cognitieve gedragstherapie bij kinderen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 12, (3), 119-134.
- Ringrose, H.J., & Nijenhuis, E.H. (1986), *Bang zijn voor kinderen: omgaan met sociaal onhandige kinderen: een werkboek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Rose, Sh. (1972), *Teaching Children in Groups*. San Francisco: Jossey Bass.
- Selvini Palazzoli, M. (1974), *Self starvation; from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer & Co.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1979), *Paradox en tegenparadox*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Stanton, M.D. (1981), Strategic approaches to family therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. & Associates (1982), *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R.B. (1980), *Helping Couples Change*. New York: Guilford Press.
- Tomm, K. (1984a), One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b), One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Treacher, A. (1988), The Milan method-a preliminary critique. *Journal of Family Therapy*, 10, (1), 1-8.
- Velden, K. van der, e.a. (red.), (1977), *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der, e.a. (red.), (1980), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der, e.a. (red.), (1988), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1970). *De pragmatische aspecten van menselijke communicatie*. Deventer: van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton, 1967
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fish, R. (1974), *Het kan anders, over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Oorspronkelijke titel: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton, 1973.
- Watzlawick, P. & Weakland, J.H. (1977)(red.), *The Interactional View; Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74*. New York: Norton.

Wever, E., Drucker, R., Ree, F. van, Rooy, P. de, & Srivastava, O. (1983), Haley en jonge psychotici; indrukken over een nieuwe vorm van therapie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, (1), 4-28.

Wierenga, T., Lange, A., IJzerman, L. & Loon, J. van (1988), *Herstel van de hiërarchie in het gezin van Rijn, een video-reconstructie*. Amsterdam: Centraal Audio Visuele Dienst van de Universiteit van Amsterdam.

Zimbardo, Ph.G., & Radl, Sh. (1981), *A parent's guide to the shy child*. New York: McGraw Hill.

Antidepressiva en de sexuele functies van de vrouw.

Kees Hoogduin
Marieke Otten
Cas Schaap

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer van de K.U.N. Hij is tevens hoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft.

M. Otten, studeerde psychologie aan de K.U.N.

Dr. C. Schaap is verbonden als universitair hoofddocent aan dezelfde vakgroep van de K.U.N.

Correspondentie-adres:

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin,
Psychologisch Laboratorium
Postbus 9104,
6500 HE NIJMEGEN.

Antidepressiva en de sexuele functies van de vrouw.

Kees Hoogduin

Marieke Otten

Cas Schaap

1. Inleiding

Gegevens over sexuele dysfunctie ten gevolge van antidepressiva hebben grotendeels betrekking op mannen (Harrison et al., 1985; Mitchell & Popkin, 1983). Een toenemend aantal gevalbeschrijvingen over sexuele bijwerkingen bij vrouwen geeft echter de indruk dat de sexuele functies van de vrouw eveneens beïnvloed worden door antidepressiva. In een gecontroleerde studie constateren Monteiro et al. (1987) zelfs gelijke (hoge) percentages van sexuele bijwerkingen voor mannen en vrouwen bij behandeling met clomipramine.

De volgende sexuele bijwerkingen bij vrouwen ten gevolge van antidepressiva worden beschreven: verminderd libido, verminderde opwinding, anorgasmie of grote moeite met het verkrijgen van een orgasme. Daarnaast worden verminderd sexueel plezier, verminderde kwaliteit van het orgasme, verhoogd libido en een dalende frequentie van masturbatie gerapporteerd.

De depressie zelf kan ook van invloed zijn op het sexuele dysfunctioneren. Met name verlies van libido is vaak een gevolg van depressie (Harrison et al., 1985; Mathew et al., 1980). In veel onderzoeken naar bijwerkingen van antidepressiva ontbreekt echter informatie over eventuele sexuele stoornissen voorafgaande aan de behandeling met antidepressiva.

Er is nog maar weinig bekend over de pathofysiologie van sexuele stoornissen ten gevolge van antidepressiva. Verschillende mogelijke werkingsmechanismen worden in de literatuur genoemd, zowel op centraal niveau (serotonergisch), als op perifeer niveau (anticholinergisch of alpha-adrenergische blokkade) (Monteiro et al., 1987).

In dit artikel wordt over de invloed van antidepressiva op de sexuele functies van de vrouw gerapporteerd. Er zal een kort overzicht worden gegeven van de belangrijkste onderzoeken, gevolgd door een verslag van

incidenteel gevonden bijwerkingen per soort antidepressivum met tot slot een klinische illustratie.

2. Overzicht van onderzoeken naar bijwerkingen

Bij alle onderzoeken die in dit overzicht genoemd worden, waren de proefpersonen zowel mannen als vrouwen. Alleen de resultaten voor vrouwen worden hier vermeld. Door het kleine aantal proefpersonen zijn de gegevens van verschillende onderzoeken van bescheiden betekenis. Beaumont (1977) vergeleek de invloed van de depressie op het seksuele functioneren met de invloed van clomipramine-behandeling (30-75 mg/dag) bij een groep van 35 vrouwen. Hij constateerde bij 57% van de vrouwen verminderd seksueel beleven leven ten gevolge van de depressie, met name libidoverlies. Maar 14% van de vrouwen bleek seksuele bijwerkingen van de clomipramine-behandeling te ondervinden (verminderde interesse in sex, een negatief effect op het orgasme en een verminderde frequentie van coïtus). Er was echter sprake van een dosis-afhankelijk effect. Bij een lage dosis rapporteerde 11% van de vrouwen een negatief effect op het orgasme, tegen 19% van de vrouwen bij een hogere dosis. Van belang is op te merken dat de dosering relatief zeer laag is en dat bij de gebruikelijk hogere doseringen sterkere negatieve effecten verwacht mogen worden.

Monteiro et al. (1987) vonden dan ook in een gecontroleerde studie een veel hoger percentage bijwerkingen ten gevolge van clomipramine-behandeling (dosis gem. 140 mg/dag). Bij 5 van de 7 vrouwen in de clomipramine-conditie constateerden zij anorgasmie en bij één vrouw grote moeite met het verkrijgen van een orgasme. Andere bijwerkingen, zoals een verminderde interesse in sex (3 vrouwen) en een verminderde seksuele sensatie (3 vrouwen) werden door de patiënten veelal gezien als een gevolg van de anorgasmie. Friedman (1978) constateerde bij de behandeling van neurodermatitis met phenelzine (hoge dosis: 75 mg/dag) bij alle 8 vrouwelijke proefpersonen anorgasmie en een verminderde seksuele interesse (zie ook Riley & Riley, 1986).

In een onderzoek van Rabkin et al. (1985), waarin alleen naar anorgasmie gekeken werd, vond men de volgende resultaten: 11% anorgasmie in de imipramine-groep (dosis 269 ± 68 mg/dag), 8% anorgasmie in de phenelzine-groep (dosis 69 ± 22 mg/dag) en 0% anorgasmie in de tranylcypromine-groep (dosis 50 ± 15 mg/dag).

Harrison et al. (1985) rapporteren in een voorstudie bij 14 vrouwen in 57% van de gevallen een verminderd seksueel functioneren ten gevolge van phenelzine-behandeling (60-90 mg/dag): 4 verminderd libido, 2 verminder-

de sexuele opwinding en 5 een verminderd orgasme. Voor imipramine (200-300 mg) werd geen significant verschil met de placebo-groep vastgesteld.

Van de volgende medicamenten werden eveneens incidenteel bijwerkingen op sexueel gebied vastgesteld: Amoxapine, anorgasmie of hele lichte orgasmes (Gross, 1982); Isocarboxid, anorgasmie (Lesko et al., 1982); Nortriptyline, anorgasmie (Sovner, 1984); Phenelzine, anorgasmie (Moss, 1983) waarbij sprake was van een dosis-afhankelijk effect, bij verlaging van de dosis kwam bij 3 vrouwen het orgasme weer terug. Bij Trazadone echter werd een verhoogd libido geconstateerd (Gartrell, 1984).

3. Een klinische illustratie

Mevrouw Van Zomeren heeft last van recidiverende depressies. Zij maakte een viertal van deze depressies door. De klachten bestaan uit suïcidale gedachten, extreme vermoeidheid, zeer negatieve self-statements, angsten, dwanggedachten met een agressieve inhoud en stemmingsschommelingen. Vooral 's ochtends zijn de klachten zeer ernstig om in de loop van de dag af te nemen. Ze wordt behandeld met Anafranil (125 mg/dag). Na 22 dagen nemen de klachten iets af om dan in de volgende 2 maanden geheel te verdwijnen. Ze rapporteerde orgasmestoornissen bij het gebruik van de medicatie. In de periode dat ze geen medicatie gebruikt, heeft ze een goede sexuele relatie met haar partner. Zij vrijt tweemaal per week en bereikt daarbij meestal een orgasme, soms niet, wanneer ze zich moe voelt of wanneer ze wat minder zin heeft. Na het orgasme voelt ze zich plezierig ontspannen. Wanneer ze depressief wordt, ontstaat er een totaal libidoverlies. Ze heeft geen zin in sex. Ze voelt zich zeer ontredderd en gaat vroeg naar bed om alles snel te vergeten. Geleidelijk - mede door de grote steun die ze van haar partner ondervindt, zo stelt ze, en waarschijnlijk omdat de depressie in enige mate opklaart door de antidepressiva - ontstaat er weer belangstelling voor vrijen. Wanneer ze echter 125 mg Anafranil gebruikt, ervaart ze een totaal onvermogen een orgasme te krijgen. Ze beschrijft dit als een blokkade in haar lichaam die dit lijkt te verhinderen.

Ze blijft het vrijen prettig vinden, een intiem gevoel van verbondenheid, maar er vindt geen orgasme plaats en ook de ontspanning die ze na een orgasme beleeft, blijft achterwege.

Wanneer de medicatie tot 50-75 mg verlaagd wordt op het moment dat de depressie verdwenen is dan keert het vermogen een orgasme te krijgen in enige mate terug. Ze beschrijft dit als 'af en toe en in lichte mate gevolgd door een lichte ontspanning', maar veel minder sterk dan in de perioden zonder medicijngebruik. Wanneer de medicatie wordt gestaakt blijkt zij weer goed in staat een orgasme te beleven.

4. Discussie

Onderzoek naar de invloed van antidepressiva op de sexuele functies van de vrouw is tot op heden nogal verwaarloosd. Gegevens zijn grotendeels afkomstig uit case-studies en klein groepsonderzoek, waarbij de sexuele bijwerkingen van de antidepressiva soms moeilijk te onderscheiden zijn van de effecten op sexualiteit door de ziekte zelf (meestal depressie). Verschillende percentages bijwerkingen op sexualiteit komen voor in de beschikbare literatuur, variërend van hoog tot laag, mede afhankelijk van het soort antidepressivum en de dosis. Anorgasmie is de sexuele stoornis die het meest gerapporteerd wordt. Gegevens over sexuele stoornissen ten gevolge van antidepressiva hebben grotendeels betrekking op mannen. Mogelijke verklaring hiervoor zijn:

- Sexuele problemen bij een vrouw zijn, in tegenstelling tot erectiestoornissen en impotentie bij een man,, niet duidelijk zichtbaar en worden daardoor minder snel gerapporteerd.
- Ven oudsher is er minder aandacht besteed aan de vrouwelijke sexualiteit. Er is bij vrouwen meer onderzoek gedaan naar de invloed van antidepressiva op de voorplantingsfuncties (met name menstruatie) dan op de sexuele responsiviteit (Lesko et al., 1982).

Monteiro et al. (1987) vonden interessante gegevens met betrekking tot de methode van onderzoek. Zij maakten gebruik van zowel een vragenlijst als een gestructureerd interview en constateerden dat de patiënten in het interview meer informatie gaven over hun sexuele problemen: 36% van de patiënten die anorgasmie rapporteerden in het interview, rapporteerden geen bijwerkingen op sexualiteit. Door de directe en specifieke vragen in het interview kwam de anorgasmie aan het licht. Verschillende patiënten maakten zich bezorgd over de anorgasmie, sommigen bleken zelfs in het geheim de dosis te verlagen.

Dit laatste is belangrijk in verband met de medewerking van patiënten aan de behandeling met medicatie.

5. Slot

De betekenis van antidepressiva bij de medicamenteuse behandeling in de psychiatrie is sterk toegenomen. Niet alleen depressie, maar ook paniekstoornissen, dwangneurosen en ook somatoforme pijnstoornissen zouden met behulp van deze medicamenten gecureerd kunnen worden. In de klinische praktijk blijken er echter nogal wat bezwaren aan een dergelijk ruim indicatiegebied te kleven (Van der Hout, 1988; Monteiro et al., 1987). Tot voor kort bestond er een bescheiden belangstelling voor de bijwerkingen op sexueel gebied van deze middelen. Mogelijk omdat bij patiënten met een ernstige depressie vaak weer enig herstel optrad van de seksualiteit na gebruik van antidepressiva. Eerst bij de toepassing bij patiënten met een dwangneurose werd duidelijk hoe desastreus deze middelen zijn voor de seksualiteit. Dit hoeft nog geen reden te zijn deze middelen de patiënten te onthouden. Het legt de behandelend arts wel de verplichting op het voor en tegen zorgvuldig samen met de patiënten af te wegen en de patiënten op deze effecten eventueel voor te bereiden. Op dit moment wordt een onderzoek bij een grote steekproef naar de sexuele bijwerkingen van antidepressiva gestart.

Referentias

- Beaumont, G. (1977), Sexual Side-Effects of Clomipramine (Anafranil).
The Journal of International Medical Research, 5, Supplement (1), 37-44.
- Friedman, S., I. Kantor, S. Sobel & R. Miller (1978), A Follow-up Study on the Chemotherapy of Neurodermatitis with a Monoamine Oxidase Inhibitor. The Journal of Nervous and Mental Disease, 166 (5), 349-357.
- Gartrell, G. (1986), Increased Libido in Women Receiving Trazodone. American Journal of Psychiatry, 143 (6), 781-782.
- Gross, M.D. (1982), Reversal by Bethanechol of Sexual Dysfunction Caused by Anticholinergic Antidepressants. American Journal of Psychiatry, 139 (9), 1193-1194.
- Harrison, W.M., J. Stewart, A.A. Ehrhardt, J. Rabkin, P. McGrath, M. Liebowitz & F.M. Quitkin (1985), A Controlled Study of the Effects of Antidepressants on Sexual Function. Psychopharmacology Bulletin, 21 (1), 85-88.
- Lesko, L.M., N.L. Stotland & R.T. Segraves (1982), Three Cases of Female Anorgasmia Associated with MAOIs. American Journal of Psychiatry, 139 (10), 1353-1354.
- Mathew, R.J., M. Weinman & J.L. Claghorn (1980), Tricyclic Side Effects without Tricyclics in Depression. Psychopharmacology Bulletin, 16 (3), 58-60.
- Mitchell, J.E. & M.K. Popkin (1983), Antidepressant Drug Therapy and Sexual Dysfunction in Men: A Review. Journal of Clinical Psychopharmacology, 3 (2), 76-79.
- Monteiro, W.O., H.F. Noshirvani, I.M. Marks & P.T. Lelliott (1987),

Anorgasmia from Clomipramine in Obsessive-Compulsive Disorder. British Journal of Psychiatry, 151, 107-112.

Moss, H.B. (1983), More Cases of Anorgasmia After MAOI Treatment. American Journal of Psychiatry, 140 (2), 266.

Rabkin, J.G., F.M. Quitkin, P. McGrath, W. Harrison & E. Tricamo (1985), Adverse Reactions to Monoamine Oxidase Inhibitors. Part II. Treatment Correlates and Clinical Management. Journal of Clinical Psychopharmacology, 5 (1), 2-9.

Riley, A.J. & E.J. Riley (1986), Cyproheptadine and Antidepressant-induced Anorgasmia. British Journal of Psychiatry, 148, 217-218.

Sovner, R. (1984), Treatment of Tricyclic Antidepressant-Induced Orgasmic Inhibition with Cyproheptadine. Journal of Clinical Psychopharmacology, 4 (3), 169.

Paaien bij de mens (II)

Paaien bij de fem. weiningeriana

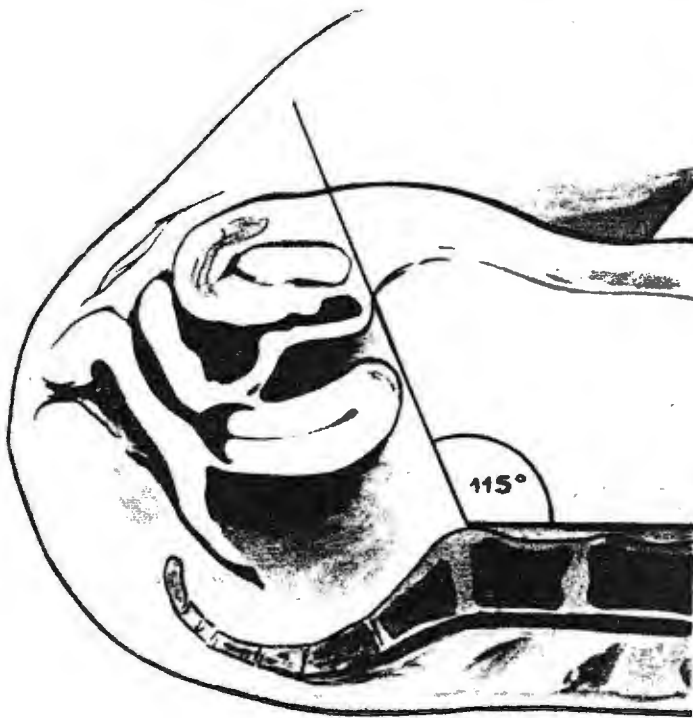
Wanneer de hom van het mannetje verdroogt, raakt fem. weiningeriana in een beroering, die jaren kan aanhouden.

Zij lijkt pas tot rust komen wanneer de schede wederom wordt opgevuld en gesmeerd.

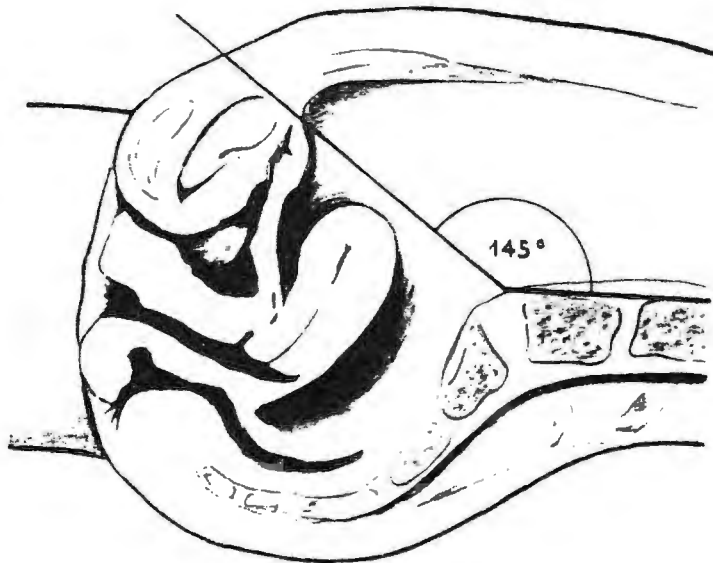
Tot voor kort konden dergelijke processen alleen door observatie van het uitwendige ('overt') gedrag vastgelegd worden. Tegenwoordig kan de gedragsobservatie evenwel ondersteund worden met gegevens van de moderne micro-encephalografie.

Op de onderstaande hersenfoto's bij de fem. weiningeriana is het cognitief substraat zichtbaar van de overgang van onrust naar nieuwe stabiliteit bij adequate schedesmering.

Op de eerste foto (Plaat A) zien we dat de in het hoofd van het wijfje aanwezige gedachte ('Nee-nee') een hoek van 115 graden maakt. Op de tweede foto (Plaat B), slechts een oogwenk later genomen, zien we dat de gedachte-ontwikkeling reeds tot een hoek van 145 graden ('Ja-ja') is gevorderd.



Plaat A: Even ervoor



Plaat B: Even erna

Plaat C is een bijzonder geslaagd te noemen opname van de fotograaf L. van Keulen. Hij wist de fontanel van een paaiend wijfje te openen en kon toen met de groothoeklens onderstaand overzicht van de hersenen vastleggen (zie Plaat C).

Verklaring:

M. constr. c. is het Maand constructie centrum, waar onder andere premenstruele spanningen worden aangemaakt.

m. c. rad is het rad waarmee de cyclus wordt voortbewogen.

m. i. cav. betekent: opletten, de man komt binnen.

m. trig. u. wil zeggen: de trekker van de man is in de uitstand.

m. tr. per. betekent: de trekker is permanent aanwezig.

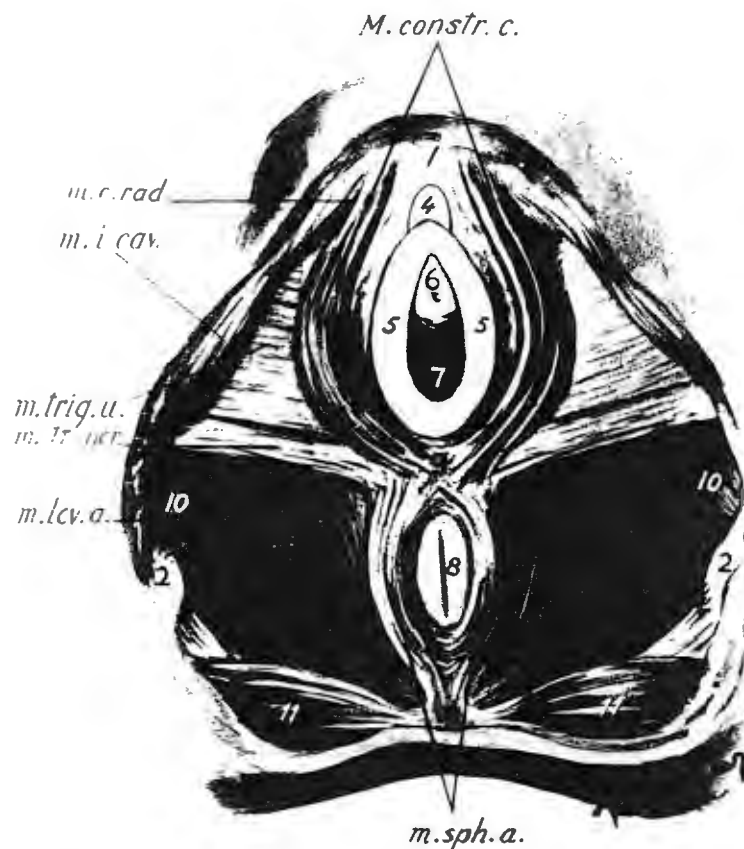
m. lev. a. wijst op: de stijging van de penis arriveert.

m. sph. a. wil alleen maar zeggen: met de sluitspiieren aan.

En nu nog de cijfers:

1 = achterhoofd

- 2 = hersenband
- 3 = het 'ewig Weibliche'
- 4 = lamp om bij te lichten
- 5 = gedachtenband
- 6 = gedachtenput
- 7 = reservoir van 'ja'-gedachten
- 8 = uitgang van 'nee'-gedachten
- 9 = versterking van gedachtenband
- 10 = ongebruikte ruimte
- 11 = versteriging ongebruikte ruimte



Plaet C: Bovenaanzicht hersenen bij fem. weiningeriana (foto: Lon van Keulen)

Met het vullen van de schede met kneedbaar materiaal kan overigens een tijdelijke sedatie van het verlaten wijfje bereikt worden. Ook winkelen kan in een aantal gevallen tot verlichting leiden.

RELATIETHERAPIE EN FOBIEEN

Richard Van Dyck

Inleiding

In 1962 publiceerde William Fry een aantal opmerkelijke gevalsbeschrijvingen van fobische patienten. Het opmerkelijke lag niet in het klachtenpatroon van de patienten, want 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 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 veel gevallen 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 gekeken werd zou blijken dat geen enkele partner van een fobische patient een "successfully functioning person" was. Deze gedachtengang heeft velen aangesproken en is vaak aangehaald als voorbeeld van een interactionele benadering van fobische klachten (vgl Van Dyck, 1973). Bij de behandeling van fobische patienten was het voortaan 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 de affectie.

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. Dit zal gebeuren aan de hand van onderzoek bij agorafobici, omdat dit klachtenpatroon veruit 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. Dit geldt uiteraard tot op zekere hoogte voor alle psychiatrische klachten (vgl Methorst, 1985), maar bij agorafobie blijkt als regel een zeer actieve inschakeling en aanpassing van de partner voor te komen. Men kan niet agorafobisch zijn zonder medewerking van een ander, zou men Lazarus (1966) 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 partner 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 %; in ruim drie kwart van de gevallen gaat het om vrouwen. Van alle 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 geillustreerd. 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 (1970) publiceerde een casus waarbij agorafobische klachten gunstig werden beïnvloed door aandacht te besteden aan relationele problemen. 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, 1985a). 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 zelfs 9 jaar (Barlow & Wolfe, 1981; Emmelkamp & Kuipers, 1979). Naar 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 (1979) 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. symptoonverbetering bij de patient voert tot negatieve reacties bij de partner.

onderzoekresultaten

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). Gecombineerd met nog een aantal andere relevante studies die beschikbaar zijn blijkt hieruit een tamelijk consistent beeld, dat we hier kort bespreken. De lezer wordt verwezen naar de oorspronkelijke publicaties voor meer gedetailleerde gegevens over deze studies.

1. Het psychologische profiel van de mannelijke partner van de agorafobische patiente blijkt volgens een onderzoek van Arrindell en Emmelkamp (1985) niet te verschillen van dat van controlegroepen, namelijk partners van normalen en van partners van niet-fobische psychiatrische patienten. In dit onderzoek werden niet minder dan 48 maten voor persoonlijkheid en symptomatologie betrokken, waaronder fobische maten en defensiviteit. De resultaten stroken met een eerdere, minder uitgebreide studie van Buglass et al

(1977). Het concept van de complementaire fobie vindt dus geen steun.

2. De veronderstelling dat er sprake is van een dysfunctionele relatie bij paren met een fobische patient wordt evenmin bevestigd door een onderzoek bij vrouwelijke agorafobici en hun partners (Arrindell & Emmelkamp, 1986). In vergelijking tot paren met relatieproblemen zijn de vragenlijstscores van paren met een agorafobische patiente op de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ) eerder gunstig te noemen en dit blijkt niet toe te schrijven aan een tendens tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Opmerkelijk is dat de scores die deze paren met een agorafobische patiente behalen op de MMQ en andere relationele meetinstrumenten goed vergelijkbaar zijn met die van paren die aangeven een geslaagd huwelijk te hebben. Het zou voor de hand liggen dat hun scores te vergelijken zijn met die van paren waarvan een partner een niet-fobische psychiatrische stoornis heeft, maar daarvan onderscheiden agorafobici zich in gunstige richting. Deze bevinding is zelfs tegengesteld aan de eerder genoemde klinische indrukken van een "compusory marriage". De verklaring hiervoor is niet duidelijk; kennelijk is er toch iets aan de

hand met agorafobische huwelijken, maar dan in positieve zin. Het onderzoek van Arrindell & Emmelkamp (1986) strookt met de bevindingen van Fisher & Wilson (1985) wat betreft de scores op een huwelijksvragenlijst. Deze onderzoekers vonden ook dat agorafobische paren met minder emoties reageerden op een videoband waarin een huwelijksconflict te zien was. Het is niet eenvoudig om deze bevinding te interpreteren; het vormt wel een aanwijzing dat in aanvulling op vragenlijstonderzoek door andere onderzoeksmethoden een minder of meer specifiek relatiepatroon bij agorafobie zou kunnen aan het licht komen.

3. Of het resultaat van een gedragstherapeutische behandeling door middel van exposure in vivo samenhangt met de kwaliteit van de relatie werd in een negental studies nagegaan: in vijf daarvan werd een dergelijk verband niet aangetoond (Emmelkamp, 1980; Cobb et al 1984; Hinaadi et al 1986; Arrindell et al 1986; Emmelkamp et al 1988). Monteiro et al (1985) vonden dat er minder therapie-mislukking was bij een initieel goede relatie en Emmelkamp en Van der Hout (1983) beschreven dat er bij mislukte therapieën relatief meer klachten over de partner geuit waren. Volgens de eerder genoemde studies van Bland & Hallam (1981) en Milton &

Hafner (1979) was er meer terugval en minder vooruitgang bij paren met een minder goede huwelijksrelatie. De laatste studie heeft echter veel kritiek gekregen vanwege methodologische gebreken. Verder bleek in het omvangrijke onderzoek van Emmelkamp et al (1988) bovendien dat de dropouts en therapieweigeraars relatief ongunstiger scoorden op een aantal relationele variabelen. Al met al lijkt er sprake van een wisselende en niet zeer sterke invloed van de relatie op het resultaat van een symptoongerichte behandeling. Mogelijk is die invloed sterker in de meer extreme gevallen van relationele problematiek. Naar gezien het patroon van een over het algemeen redelijk positief beoordeelde relatie bij agorafobici moet dit niet in de meerderheid van de gevallen verwacht worden.

4. De verwachting dat vooruitgang op het niveau van de fobische symptomen gepaard zal gaan met relatieproblemen ligt voor de hand als men uitgaat van een moeilijk te doorbreken homeostatische toestand. Door Milton & Hafner (1979) werd dit verloop ook gerapporteerd. In latere studies wordt dit niet meer teruggevonden: over algemeen was er sprake van een stabiele of verbeterde relatie na verbetering van de klachten door middel van exposure in vivo

(Cobb et al, 1984; Monteiro et al, 1985; Hinadi et al, 1986; Arrindell et al, 1986; Emmelkamp et al, 1988). De totnogtoe langste follow-up periode waarvoor dit verloop is gevolgd bedraagt twee jaar.

5. Volgens hetzelfde homeostatische model kan verwacht worden dat een symptoomverbetering bij de patiënt zal leiden tot negatieve reacties of symptoomvorming bij de partner. In twee publicaties die dezelfde steekproef betreffen vermeldt Hafner (1977, 1984) deze ontwikkeling. Ook hier is veel kritiek op gekomen vanwege methodologische tekortkomingen. In twee zorgvuldig opgezette studies (Hinadi et al, 1986; Oatley & Hodgson, 1987) werd dit effect bovendien niet gerepliceerd.

Het empirische onderzoek naar de voorspellingen die op grond van de systeemtheorie werden gedaan blijken alles bij elkaar weinig steun voor dit model op te leveren. Wat nog het meest overeenlopend blijft is een zekere invloed, zij het eerder wisselvallig en niet sterk, van een (dysfunctionele) relatie op het therapieresultaat bij een gedragstherapeutische behandeling van agorafobie. Het hierboven samengevatte onderzoek is in theoretisch opzicht van groot belang, omdat het een uitvoerige toetsing vormt

van een aantal veronderstellingen die door een aanzienlijk aantal therapeuten worden gedeeld. Dat het empirische onderzoek naar de theoretische grondslagen van psychotherapierichtingen vaak ontnuchterende resultaten oplevert lijkt bijna meer de regel dan de uitzondering (vgl. Van Dyck, 1985b).

Deze resultaten hebben ook duidelijk een praktisch belang. Voor we dit bespreken gaan we nog kort de stand van zaken na m.b.t. "spouse aided therapy."

De partner als co-therapeut

Ook in gevallen waar een relationele invalshoek niet de meest relevante benadering van een klacht is, kan het nuttig zijn om de partner nauw bij een therapie te betrekken. Doorgaans bestaat bij partners een grote behoefte aan informatie over de klachten en advisering over de eigen houding (vgl. Methorst, 1985). Bovendien kan de partner een ondersteunende rol spelen bij de uitvoering van de behandeling. Wanneer daartoe aanleiding is, kan bovendien op een terloopse en weinig bedreigende manier in de onderlinge interactie wat bijgestuurd worden terwijl beiden zich inzetten voor de bestrijding van de individuele klacht van de patient. Deze werkwijze staat bekend als spouse-aided

therapy (Hafner, 1981). Voor een breed scala van psychiatrische klachten werd een beter resultaat van de spouse-aided benadering gerapporteerd in vergelijking tot een individuele behandeling (Hafner et al, 1983). Speciaal voor agorafobici is een handleiding ontwikkeld met informatie en instructies voor patient en partner voor de toepassing van exposure in vivo (Mathews et al, 1981). Hiervan bestaat ook een nederlandse vertaling.

Recent zijn een drietal studies voltooid waarbij is onderzocht of inschakeling van de partner tot een beter therapieresultaat leidt dan een individuele behandeling van agorafobie met exposure in vivo. Zowel Cobb et al (1984), Himadi et al (1986) als Emmelkamp et al (1988) vonden dat er het therapieresultaat niet beter was als de partner bij de sessies betrokken werd. Bij een vergelijking tussen begeleiding door de partner versus een vriendin vonden Oatley & Hodgson (1987) een licht voordeel voor inschakeling van de vriendin.

Op grond van deze bevindingen blijkt er dus geen reden te zijn om op de partner druk uit te oefenen om aan de therapie deel te nemen als die er niet voor voelt. Dat neemt niet weg dat het over het algemeen gunstig zal zijn dat de partner op de hoogte is en aan een behandeling meewerkt,

maar dit komt bij agorafobie niet tot uiting in een beter therapieresultaat.

conclusie en aanbevelingen

In de psychotherapie is de traditie om met onderzoeksresultaten rekening te houden nog niet sterk ontwikkeld. Vaak is er sprake van een zeker wantrouwen tegenover bevindingen uit onderzoek, vooral als de resultaten niet overeenkomstig de verwachtingen zijn. Enige scepsis is soms wel op zijn plaats omdat nogal wat onderzoek ernstige methodologische tekortkomingen vertoont. In zijn algemeenheid kan dit echter niet meer gesteld worden over het agorafobie-onderzoek, waarvoor inmiddels betrouwbare en valide meetinstrumenten ontwikkeld zijn. Als daarmee door verschillende onderzoekers consistente resultaten worden gevonden is er reden om aan deze bevindingen serieuze aandacht te besteden.

Niettemin kan aangevoerd worden dat met vragenlijstonderzoek belangrijke aspecten van een (dysfunctionele) relatie verborgen blijven. Het moet nog blijken of met andere onderzoeksmethoden in de toekomst tegengestelde of identieke bevindingen zullen blijken; op

dit moment is daarover nog niets te zeggen. Het zou inmiddels wel onverstandig zijn om, in afwachting van de ontwikkeling van nieuwe en mogelijk meer verfijnde meetmethodes, kritiekloos te blijven vertrouwen op het subjectieve klinische oordeel, want de feilbaarheid daarvan is evident.

De hierboven besproken onderzoeksgegevens bieden geen argumenten om agorafobische klachten in eerste instantie vanuit een interactioneel perspectief te behandelen. De aanbeveling van Goodstein en Swift (1977) om relatietherapie als voorkeursbehandeling aan te bieden is niet meer vol te houden. De behandeling van agorafobie is een van de beste voorbeelden van de situatie waarbij van (relatie)therapeuten moet gevraagd worden dat zij in het belang van hun patienten hun favoriete denkbeelden opzij zetten en de flexibiliteit opbrengen om een andere benadering toe te passen, in casu de gedragstherapeutische techniek van exposure in vivo. Stronkman et al (1987) beschrijven een goede afloop van een behandeling waarbij in eerste instantie met een systeemtheoretisch model werd gewerkt, maar bij het uitblijven van verbetering van de agorafobische klachten

alsnog met goed resultaat een vorm van exposure in vivo werd toegepast.

De negatieve bevindingen wat betreft de bijdrage van relationele factoren moet uiteraard niet geïnterpreteerd worden alsof relatieproblemen bij agorafobici zijn uitgesloten. De gemiddeld eerder gunstige scores op een vragenlijst als de MMQ betekenen dat men meestal met relatief goed functionerende paren te maken zal hebben, wat niet uitsluit dat in individuele gevallen wel degelijk ernstige relatieproblemen vooruitgang op het gebied van de fobie in de weg staan. Het maakt echter in de praktijk een groot verschil of men op grond van een modelkeuze a priori een dergelijk mechanisme verwacht, of pas na een weloverwogen diagnostiek tot die conclusie komt. Het is ook mogelijk dat relationele factoren een rol spelen zonder dat van conflicten in de relatie sprake is. Bijvoorbeeld bleek bij een patiënte die aanvankelijk met goed resultaat aan een programma van exposure in vivo had deelgenomen dat een stagnatie optrad. Zij kon zelf aangeven wat daarvan de aanleiding was: sinds een wissling van de directie en daarop volgende conflicten op zijn werk was haar man in toenemende mate zwijzaam en teruggetrokken. Zijn houding maakte haar onzeker omdat ze zich buitengesloten

voelde. Hierdoor voelde ze zich bij de exposure- oefeningen ook meer gespannen dan voorheen. Toen haar echtgenoot bij de gesprekken werd betrokken bleek het motief van zijn zwijgzaamheid vooral te zijn dat hij haar niet wilde belasten; de openlijke bespreking van de verslechterende verhoudingen op zijn werk stelde haar echter gerust en had voor gevolg dat het oefenen met exposure weer meer vruchten afwierp.

Het exposure- principe blijkt ook werkzaam bij overige fobieën zoals sociale fobie of simpele fobieën (Marks, 1981; 1987; Emmelkamp 1982). De invloed van relationele aspecten is daarbij nog niet zo goed onderzocht als dat bij agorafobie het geval is. Naar analogie van de bevindingen bij agorafobie lijkt het vooralsnog verstandig om voorzichtigheid aan de dag te leggen bij het aannemen van een relationele interpretatie van deze klachten. De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat om tot effectieve hulpverlening in staat te zijn, therapeuten in toenemende mate zich zullen moeten verdiepen in meerdere technieken en flexibiliteit aan de dag zullen moeten leggen bij het hanteren van verschillende referentiekaders.

REFERENTIES

Arrindell, W.A. (1987). Marital Conflict and Agoraphobia: Fact or Fantasy? Delft, Eburon. Proefschrift Groningen.

Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1985). Psychological Profile of the Spouse of the Female Agoraphobic Patient. *British Journal of Psychiatry*, 146, 405-414.

Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1986). Marital Adjustment, Intimacy and Needs in Female Agoraphobics and their Partners: A controlled Study. *British Journal of Psychiatry*, 149, 592-602.

Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G. & Sanderman, R. (1986). Marital Quality and General Life Adjustment in Relation to Treatment Outcome in Agoraphobia. *Advances in Behavior Research and Therapy*. 139-185.

Barlow, D.H. & Wolfe, B.E. (1981) Behavioral Approaches to Anxiety Disorders: a Report on the NIMH- SUNY Albany Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 448-454.

Bland, K. & Hallam, R.S. (1981) Relationship between Response to Graded Exposure and Marital Satisfaction in Agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 19, 335-338.

Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A.S., Kreitman, N. & Presley, A.S. (1977) A Study of Agoraphobic Housewives. *Psychological Medicine*, 7, 73-86.

Cobb, J. P., Mathews, A.M., Childs-Clarke, A. & Blowers, C. M. (1984) The Spouse as Co-therapist in the Treatment of Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 144, 282-287.

Dyck, R. Van (1973) De Toepassing van Communicatietheorie en Systeemtheorie in de Psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15, 432-442.

Dyck, R. Van (1985a) Exposure bij Agorafobie: Werkingsmechanismen en enkele nieuwe Ontwikkelingen. in R. Van Dyck, P.M.G. Emmelkamp & C.A.L. Hoogduin (red) *Nieuwe Ontwikkelingen in de Behandeling van Fobieën en Dwangneurose*. Rijks Universiteit Leiden, Leiden, 81-100.

Dyck, R. Van (1985b) Is Psychotherapie een Placebo? Dth. Kwartaalschrift voor directieve Therapie en Hypnose, 5, 104-144.

Emmelkamp, P.M.G. (1980) Agoraphobics' interpersonal Problems. Archives of General Psychiatry, 37, 1303-1306.

Emmelkamp, P.M.G. (1982) Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice. Plenum Press, New York.

Emmelkamp, P.M.G. (1985-86) Behandeling van Fobieën. in: C.A.L. Hoogduin, B.P.R. Gersons, H.G.M. Rooymans & K. van der Velden (red) Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 142-169.

Emmelkamp, P.M.G. & Kuipers, A. Agoraphobia: a Follow-up Study Four Years after Treatment. British Journal of Psychiatry, 134, 352-355.

Emmelkamp, P.M.G. & van der Hout, A. (1983) Failure in treating Agoraphobia. in: E. B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (eds) Failures in Behavior Therapy, Wiley, New York.

Emmelkamp, P.M.G., Van Dyck, R., Bitter, M. & Heins, R. (1988) Spouse -aided Therapy with Agoraphobics. (in preparation)

Fisher, L.M. & Wilson, G.T., (1985) A Study of the Psychology of Agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 23, 97-107.

Fry, W.F. (1962) The Marital Context of an Anxiety Syndrome. Family Process, 4, 245-252.

Goldstein, A. (1973) Learning Theory Insufficiency in understanding Agoraphobia- a Plea for Empiricism. in: J.C. Brengelmann & W. Tunner (eds) Behavior Therapy - Verhaltenstherapie, Urban & Schwartzberg, Munich.

Goodstein, R. K. & Swift, K. (1977) Psychotherapy with Phobic Patients: the Marriage Relationship as the Source of Symptoms and Focus of Treatment. American Journal of Psychotherapy, 31, 284-293.

Hafner, R. J. (1977) Predicting the Effects on Husbands of Behaviour Therapy for Wives' Agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 22, 217-226.

Hafner, R. J. (1981) Spouse-aided Therapy in Psychiatry: an Introduction. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15, 329-337

Hafner, R.J., Badenoch, A., Fisher, J. & Swift, H. (1983) Spouse-aided versus individual Therapy in persisting psychiatric Disorders: a systematic Comparison. Family Process, 22, 385-399.

Hafner, R.J. (1984) The marital Repercussions of Behavior Therapy for Agoraphobia. Psychotherapy, 21, 530-542.

Hand, I. & Lamontagne, Y (1976) The Exacerbation of interpersonal Problems after rapid Phobia-removal. Psychotherapy, 13, 405-411.

Himadi, W. G., Cerny, J. A., Barlow, D. H., Cohen, S. & O'Brien, G.T., (1986) The Relationship of Marital Adjustment to Agoraphobia Treatment Outcome. Behavior Research and Therapy, 24, 107-115.

Jansson, L. & Ost, L.G. (1982) Behavioral Treatments for Agoraphobia: an evaluative Review. Clinical Psychology Review, 2, 311-336.

Lazarus, A.A. (1966) Broad- spectrum Behaviour Therapy and the Treatment of Agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 4, 95-97.

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

Marks, I. M. (1981) Cure and Care of Neuroses. Theory and Practice of behavioral Psychotherapy. Wiley & Sons, New York.

Marks, I. M. (1987) Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders. Oxford University Press, Oxford.

Methorst, G. J. (1985) Mannen en Vrouwen van Psychiatrische Patienten. Een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden. Proefschrift, Wageningen.

Milton, F. & Hafner, R. J. (1979) The Outcome of Behavior Therapy for Agoraphobia in Relation to marital Adjustment. Archives of General Psychiatry, 36, 807-811.

Monteiro, W., Marks, I. M., & Ramm, E. (1985) Marital Adjustment and Treatment Outcome in Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 383-390.

Oatley, K. & Hodgson, D. (1987) Influence of the Husbands on the Outcome of their agoraphobic Wives' Therapy. *British Journal of Psychiatry*, 150, 380-386.

Stronkman, G., Kromhout, J. & van der Werff (1987) Het methodisch keurslijf en de client. *Directieve Therapie, gedragstherapie, relatie- & gezinstherapie, hypnose*, 7, 211-216.

Wolpe, J. (1970) Identifying the antecedents of an agoraphobic Reaction: a Transcript. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 299-304.

Het voorkomen van uitzichtloze therapeutische relaties; een nieuwe interventie en een onderzoeksvoorstel

door Kees van der Velden

1. Inleiding

Van Dyck & Hoogduin (1977) sloegen de spijker meerdere malen op de kop in hun beschrijving van de manieren waarop geprobeerd kan worden het contact met de patiënt te beëindigen. Men kan hun verhandeling niet vaak genoeg lezen.

Het was geen opzet dat zij verzuimden de hieronder genoemde techniek in hun opsomming op te nemen. Deze techniek was toen nog niet ontwikkeld.

2. De Casus

De techniek ontstond tijdens de behandeling van de intussen 38-jarige mej. Miep Eikehout.

Mej. Eikehout was een stevig gebouwde ziekenverzorgende, die een tiental jaren eerder in behandeling gekomen wegens agorafobie en hyperventilatie. Zij kreeg oefeningen om de angst te verminderen. Dit hielp niet. Zij kreeg ook adviezen inzake de relatie die zij met haar wederhelft onderhield. Deze wederhelft was een ongeveer 56-jarige man, die het geluk had qua uiterlijk een sterke gelijkenis met Prof. Dr. J. Bastiaans te vertonen. Hij was helderziende van beroep. Ook magnetiseerde hij. De beoefening van de iriscope versmaadde hij niet. Juist toen de op de verhouding met deze man gerichte adviezen naar de mening van de therapeut de juiste graad van precisie kregen, ontpopte de man zich als een door de politie gezochte oplichter. Voor vele tientallen duizenden guldens zat mej. Eikehout in het schip.

De man verdween, de therapeutische relatie werd geïntensiveerd, Miep belandde in de WAO.

Gesprekken over de incestueuze ervaringen met haar intussen in een inrichting overleden vader Kor en de eigenzinnigheid van haar met kleptomanie en mediamieke gaven behepte moeder hielpen haar haar angsten een eindweegs te overwinnen. Ook het beroerde karakter van haar vroegere vriend werd besproken.

Miep stelde het contact met de therapeut op prijs.

Ter gelegenheid van zijn verjaardag en ter gelegenheid van allerlei andere

gelegenheden kreeg hij met de hand beschilderde kaartjes van Miep Eikehout, waarop teksten als 'Weet je dat ik je ergens misschien te graag mag?' en 'Je krijgt ook een likje van mijn zachte poesje Anja'. Ingevolge het advies dat Van der Velden & Van Dyck in 1977 over de verliefd wordende patiënt formuleerden, werd Miep aangeraden een nieuwe partner te zoeken. Zij vond deze in de persoon van een zojuist gescheiden 53-jarige ingenieur, die door een hoge opdrachtgever belast was met een missie waarvan de aard geheim moest blijven, maar die dankzij deze missie zijn tijd helemaal zelf kon indelen, wat ook inhield dat er geen sterveling was die hem het drinken van een heerlijk glas geurige whisky bij het ontbijt belette.

Was haar vorige partner in seksueel opzicht teruggetrokken - want impotent - geweest, de ingenieur hoefde niets te verbergen. Achter haar driezitsbank op de halfwollen moquette werd Miep van meisje vrouw. Zij maakte enkele fijne weken door, tot een onverwacht bezoek van een paarsgrijsgelokte mevrouw duidelijk maakte dat de ingenieur gehuwd was - de mevrouw was zijn echtgenote -, dat de belangrijke opdracht uit de duim van de ingenieur stamde, dat hij sinds jaar en dag stond ingeschreven in het register van het Consultatiebureau voor alcohol, en dat de titel ingenieur in zijn geval niet meer was dan de overspannen aanduiding van een bijna behaald mulo-diploma. Hij was weer eens een paar weken van huis geweest!

Mieps behoefte aan therapie nam weer toe.

Legio waren de nog onverwerkte gebeurtenissen uit het verleden, en voor een stagnatie in de aanvoer van verse traumatische ervaringen hoefde de therapeut niet te vrezen. Ook de huisarts zou volgens Miep een intensivering van het therapiecontact geïndiceerd achten.

Het was met tegenzin dat de therapeut Mieps verhalen over seksuele wreedheden, helderziendheid en door haar weer in het juiste spoor gebrachte ongelukkige huwelijken in haar omgeving beluisterde. Hij wilde stoppen, maar wist niet hoe. Toen kwam, vrij onverwacht toch nog, De Interventie.

3. De Interventie

Als gevolg van de hierboven genoemde tegenzin was de therapeut op een dag vergeten dat hij een afspraak had met Miep, en dus moest Miep ongewoon lang met haar twee moorkoppen - een voor haarzelf, een voor haar behandelaar - in de wachtkamer zitten.

Zij werd gezelschap gehouden door twee heren.

De ene was een schizofrene man, die zich, sinds hij enkele maanden geleden tot de overtuiging was gekomen dat hij niet J. van Galen uit de Boekhorststraat was, maar God uit de Hemel, niet meer gewassen en

geschoren had, maar die in deze periode wel extra amphetamines, cocaïne en Rohypnol tot zich genomen had. Ook was hij niet ineens geheelonthouder geworden. Hij zat op een onheilspellende manier te grommen. De ander, een spuiter, snuiver en gebruiker, van wie de meeste cerebrale functies het intussen hadden laten afweten, dronk een blikje Heineken.

Hoewel de therapie van deze heren ook niet op het afgesproken tijdstip aanving, waren zij zeker niet door hun behandelaars vergeten. Integendeel, deze behandelaars confereerden juist over de wijze waarop zij met de patiënten in contact zouden treden. Zou men hen getweeën met enkele politie-agenten overmeesteren, op de grond werpen, in de boeien slaan, met touwen omwinden, bewusteloos spuiten en welterusten wensen? Misschien wel. Of zou men hun een voor een de hierboven geschetste behandeling toedienen? De vraag over de juiste strategie hield de behandelaars lang bezig; de explicatie en integratie van de inzichten van de leiding van de intussen opgeroepen politiemacht vroeg ook geduld. Had J. van Galen dit geduld onder gewone omstandigheden wel kunnen opbrengen, zo zonder Semap moest hij van zijn nieuw verworven ideeën getuigen.

Hij liep dus op Miep af en boog zich voorover. Een huiveringwekkende geur maakte zich los uit zijn binnenste toen hij haar zijn identiteit bekend maakte. 'Buig voor mij, Stinkhoer!', zo sprak hij. 'Ik ben God en jij bent een vuile Stinkhoer, heb jij dat begrepen?! Heb jij dat godverdomme goed begrepen????!!!!' Miep kon zeker niet als cultureel ontwikkeld gekenschetst worden, maar het woord 'Frankenstein!' flitste door haar hoofd voor ze er erg in had. 'Vuil Satanskind! Buig voor mij en trek aan mijn pik!!!' Van Galens collega, de bierdrinker, was ook opgestaan. Hij voegde zijn mening bij die van Van Galen: 'Lekkere hoeren! Lekker naaien in je kut! Hahaha!' Indien de kwalificatie Frankenstein niet reeds was vergeven aan Van Galen, dan zou zij zonder beletsel op diens wachtkamergenoot toegepast kunnen worden.

Miep begreep dat zij op het punt stond getraumatiseerd te worden, en hoewel haar dit reeds vaak overkomen was, wende het nooit. Zij begon te beven. Rond haar mond verspreide zich dat vreemde verdoofde gevoel, dat zij zo goed door haar hyperventilatie-aanvallen had leren kennen. Haar blikken zochten de uitgang. Hoewel zij zich lang had getroost met de gedachte dat zij niet gestoord was, werd haar duidelijk dat zij zich wel degelijk op een afdeling voor psychiatrische patiënten bevond. 'Komt er godverdomme nog wat van????!!!!', riep degene die zich als schepper van al wat leeft beschouwde. 'Waarvan meneer?', vroeg Miep. 'Satan zal jou neuken met zijn grote pik!', vervolgde hij die meende ons allen in zijn hand te

95
hebben. De tweede man moest schateren om de zojuist gesproken woorden. 'Geef mij eens een vuurtje', vroeg hij zijn hooggeplaatste collega. Toen Van Galen in zijn zak naar een aansteker zocht, vluchtte Miep zonder moorkoppen de gang in en daarna meteen linksaf, het secretariaat binnen. Hier mocht zij bijkomen.

Toen de heren in de wachtkamer door een ruime overmacht aan politiemensen en dokters werden overmeesterd, legde zij haar behandelaar uit dat het al tijden veel beter met haar ging en dat zij de gesprekken niet meer nodig had.

Er werd geen follow-up afgesproken, maar na een jaar had de therapeut nog steeds niets van haar gehoord en weer drie jaar later was er in deze gunstige toestand geen verandering gekomen.

4. Discussie

Wat heeft in de hierboven beschreven strategie gewerkt?
Laten wij de verschillende mogelijkheden eens nagaan.

A. Op het eerste gezicht zou men zeggen: het laten wachten van patiënte. Het laten wachten is immers op te vatten als blootstelling (exposure) aan de situatie van het niet in de spreekkamer zijn, waarin habituatie aan het niet in de spreekkamer zijn optreedt door het langdurige karakter dat het wachtkamergedrag krijgt wanneer het niet onderbroken wordt met in-de-sprekkamer-zijn-sequenties (prolongued exposure). Men zou hier uitdoving van de 'Ik-ga-de-sprekkamer-in'-anticipatie kunnen verwachten (extinctie). Een moeilijk te beantwoorden vraag is wat onder 'langdurig' wachtkamergedrag verstaan moet worden. In het geval van de besproken patiënte betrof het een wachttijd van ruim vijftien minuten. Onderzoek zal uitsluitsel dienen te geven over de vraag waar hier de optimale waarden liggen. Men zou een groep patiënten een halfuur kunnen laten wachten, een andere een uur, een volgende anderhalf uur, enz., en men zou een groep patiënten altijd kunnen laten wachten. De groep die eerst een halfuur moest wachten zou in een later stadium een uur moeten wachten; de groep die een uur moest wachten anderhalf uur, enz. Men verkrijgt zo een belangwekkend cross-over-design. Uit het observeren en registreren van het wachtgedrag van de zg. eeuwige wachtgroep zouden interessante hypothesen gegenereerd kunnen worden.

B. In het bovenstaande zijn in een adem behandeld: het wachten en het in de wachtkamer verblijven. Nu is het geenszins zo dat de mens altijd in een wachtkamer wacht. Vermoedelijk wordt zelfs buiten wachtkamers meer wachtkamergedrag vertoond dan in wachtkamers. Wanneer hier dus de veronderstelling besproken wordt dat het de wachttijd de cruciale factor was bij het welslagen van de interventie, houdt dit niet in dat ook het verblijf in de wachtkamer essentieel was. Men zou de totale groep uit het hierboven aangeduide onderzoeksvoorstel in tweeën kunnen verdelen. De ene helft zou in de wachtkamer dienen te verblijven, de andere erbuiten.

Na verloop van tijd zou dit gewisseld kunnen worden. Men verkrijgt aldus een dubbele cross-over. Een dergelijk onderzoek zou ook meer licht kunnen werpen op wachtkamergedrag buiten de wachtkamer. Minder exact maar ook minder kostbaar en wellicht toch enigermate instructief zou replicatie van de beschreven procedure buiten de wachtkamersituatie zijn. Hierbij valt te denken aan een straatsituatie of een thuisituatie.

C. Op de cognitieve aspecten van de interventie werd nog niet gewezen, alhoewel de 'Ik-ga-de-sprekkamer-in'-anticipatie niet alleen gedragsmatig opgevat moet worden. De patiënt heeft vrijwel zeker een idee van het waarom van zijn verblijf in de wachtkamer, al beschikken wij op dit punt nog niet over goede meetinstrumenten (vgl. Arrindell, 1988). Ook Miep Eikehout heeft waarschijnlijk gedachten gehad over het doel van haar aanwezigheid. Het meebrengen van de twee moorkoppen kan in dit verband als een aanwijzing worden opgevat. Het moorkop-meebreng-gedrag verwijst naar een cognitie omtrent de situatie waarin deze moorkop genuttigd gaat worden. De interventie kan als een verstoring van deze cognitie gezien worden; het anticipatiegedrag ten aanzien van de moorkop-consumptie werd hiermee doorbroken.

D. Lange heeft gewezen op het belang van het zelfbeeld bij de bestudering van effectieve interventies (Lange, 1977; 1980). Van Miep moeten wij aannemen dat haar zelfbeeld laag was, al ontbreken op dit punt helaas metingen. Het is aannemelijk dat de waarneming van de twee andere patiënten een positief effect op haar zelfbeeld had. Immers, in tegenstelling tot hen was haar uiterlijk wel verzorgd en zij dronk geen bier. Dit zou geleid kunnen hebben tot de gedachte (cognitieve herstructurering; zie ook onder C) dat zij als het ware goed af is en in zich in een bofsituatie bevindt.

Interessant is hier de vraag of het geslacht van de andere wachtkamerpatiënten relevant is geweest. Indien dezen vrouwen geweest waren, zou Miep Eikehout wellicht nog sterker ervaren hebben dat zij zich in gunstige zin van hen onderscheidt. Anderzijds zou ook verwacht kunnen worden dat het feit dat de twee anderen vertegenwoordigers van het mannelijk geslacht waren juist tot een positief effect bijdroeg. Immers, niet

alleen was Miep wel verzorgd en dronk zij geen bier, maar ook was zij (gelukkig, zo kan zij ervaren hebben) geen man!

Zonder onderzoek is het moeilijk hierover anders dan in speculatieve zin te spreken. Het zou interessant zijn om in het bovengenoemde onderzoeksvoorstel met deze variabele rekening te houden.

E. In hoeverre beantwoordt de interventie nu aan de criteria die door

Erickson & Rossi (1975) voor de zg. therapeutische double bind geformuleerd zijn?

Het eerste criterium van E & R is dat er twee of meer personen moeten zijn. Aan dit criterium werd zonder meer beantwoord.

Het tweede criterium was dat er sprake moest zijn van een enkele ervaring of een serie ervaringen. Ook dit punt lijkt in orde.

Ten derde moet er primair een positieve ervaring zijn. Die was er zeker, gelet bijv. ook op de dankbaarheid van het 'zachte poesje Anja'.

(4) Er moet secundair sprake zijn van een positieve suggestie op het metaniveau, die een creatieve interactie bewerkstelligt tussen het primaire niveau (bewust) en het metaniveau (onbewust). Dit is bij Miep Eikehout zeker geschied. De positieve suggestie op onbewust metaniveau was: Wie hier gaat zitten wachten is gek. Op bewust niveau was Miep meegedeeld dat ze voor hulp kwam. Deze twee boodschappen gingen zeker een creatieve interactie met elkaar aan.

(5) Tertiair moet er sprake zijn van een positieve relatie ('rapport, overdracht) die de patiënt aan zijn therapeutische taak bindt, maar die hem vrij laat om te vertrekken indien hij zulks verkiest.

Behoeft niet te worden toegelicht. Denk aan de moorkoppen en aan 'Anja'.

Ten zesde: De patiënt verlaat de therapie wanneer zijn gedragsverandering hem bevrijdt van de overdrachtsgevoelens en de tot stand gebrachte double bind. Het kan haast geen toeval zijn dat Miep precies op het moment dat dit het geval was de therapie verliet.

E. Tot slot kan de vraag gesteld worden in hoeverre dissociatie bij Miep een rol gespeeld heeft. En: Was er sprake van abaissement du niveau mental (Janet, 1909)?

Wat het eerste punt betreft: Vermoedelijk heeft zich bij Miep in de wachtkamer een bewustzijnsverandering voorgedaan. Het bewustzijn heeft zich als het ware vernauwd. Een aanwijzing hiervoor is dat zij de moorkoppen in de wachtkamer achterlaat. Het besef van de aanwezigheid van de moorkoppen, aanvankelijk nog duidelijk aanwezig, is verdwenen wanneer zij de wachtkamer verlaat.

Er zijn aanwijzingen dat bij Miep van een multiple-persoonlijheidsstoornis gesproken kan worden. De ene persoonlijkheid, Miep 1, koopt

moorkoppen, de andere persoonlijkheid, Miep 2, laat ze liggen. Of, eerder in haar leven: Miep 1 is goed van vertrouwen en geeft geld aan de pseudo-Bastiaans, maar Miep 2 blijft met de schulden zitten. En in de relatie met de 'ingenieur': Miep 1 ondergaat haar defloratie, maar Miep 2 moet vaststellen dat de 'ingenieur' slechts de mulo gevolgd heeft.

Nadere exploratie zou wellicht nog meer Miepen aan het licht brengen. Van een 'abaissement' als hierboven bedoeld lijkt bij Miep niet in ernstige mate sprake te zijn.

Samenvattend ging het bij deze interventie om de toepassing van prolonged exposure, extinction, cognitieve herstructurering, zelfbeeldcorrectie en de therapeutische double bind bij een vrouw met een dissociatieve stoornis. Dubbel cross-over-replicatie-onderzoek moet uitwijzen of de ingrediënten van een interventie als deze effectiever benut kunnen worden. Daarvoor zal echter veel geld nodig zijn.