

TDT

Tijdschrift
voor
directieve
therapie



Jaargang 53
Nummer 112
Maart 1993



Hartelijk Gefeliciteerd!

Inhoud TDT 53 (112), maart 1993

De Hoofdredacteur, Ten geleide	1
Alfred Lange et al., Boulimia nervosa: angst of verslaving?	3
Kees Hoogduin, Vriendelijk en belangstellend	20
Dik en Oudshoorn, Is categoriale hulp wenselijk?	24
Leen Joele, Eager to please	35
Kees Hoogduin, Beste vrienden	47
Kees Hoogduin, Zonder Titel	49
Alfred Lange, Opleidingen	51
Kees van der Velden, IK en de Vaderlandsche Weetenschap (1 en 2)	56

Redactie:

Opgemelde auteurs alsmede Richard van Dyck.

TEN GELEIDE

Dit tijdschrift blijft maar verschijnen! De drieënvijftigste jaargang alweer en daarvan nu al de honderdentwaalfde aflevering! En dan die onderwerpen! Zo gevarieerd, en zo geïnspireerd beschreven!

Ietwat besmuikt willen wij vaststellen dat TDT toch wel echt een Mannenblad is. (Haha.) Zie het omslag. Geniet er maar eens van! Jelui hebt het druk genoeg!

Moeilijk hè, het presenium? Voor het het weet ben je ergens niet meer de baas

van, lopen anderen harder of heeft
iemand een artikel gepubliceerd waarvan
je niet de eerste auteur bent! 't Is altijd
oplekken, en dat terwijl de krachten
tanen.

En wat zijn er nog een misstanden te
bestrijden!

Een van onze redacteuren meent dat het
nuttig zou zijn een dikke punt
achter TDT te zetten. Anderen menen
dat met zo een stap een belangrijk
Cultuurgoed verloren zou gaan.

Hierover spreken wij aanstaande
woensdag. En over de inhoud natuurlijk.

De Hoofdredacteur

BULIMIA NERVOSA: ANGST OF VERSLAVING?

Alfred Lange, Marjan de Vries en Aagje Gest

SAMENVATTING Beargumenteerd wordt dat het vreten bij Bulimia Nervosa dient te worden begrepen als een verslaving, in tegenstelling tot het purgeren dat bovendien ook niet wordt bekrachtigd door reductie van angst. Purgeren wordt opgevat als een bewuste keus van de patiënt. Het stoppen daarmee kan als voorwaarde in een behandelingscontract worden opgenomen. Een behandelingsmodel van tien zittingen wordt gepresenteerd waarin dit uitgangspunt wordt gehanteerd en waarin de patiënten vervolgens met behulp van een zelfcontrole-programma worden geholpen de geconditioneerde keten van vreetopwekkende cues en vreetbuien te doorbreken. Vier BN-patiënten zijn volgens dit geprotocolleerde model behandeld met een 100% succes percentage: geen vreetbuien en afname van depressiviteit, met een follow-up van een jaar. Van één van de behandelingen is een uitgebreide beschrijving opgenomen.

Inleiding

De DSM-III-R (APA, 1987) verstaat onder Bulimia Nervosa:

1. Herhaaldelijk terugkerende perioden van overmatige voedselinname (snel verbruik van een grote hoeveelheid voedsel in een kort tijdbestek).
2. Gedurende deze vreetbuien is er een gevoel van controleverlies wat betreft het eten.
3. Het individu gaat over tot zelfuitgelokt braken, het gebruik van laxantia of diuretica, rigoreus dieethouden of vasten, of extra lichaamsbeweging om gewichtstoename te voorkomen.
4. Een minimum van twee vreetbuien per week, gedurende ten minste drie maanden.
5. Aanhoudende preoccupatie met lichaamsvorm en gewicht.

Naast deze diagnostische criteria valt over Bulimia Nervosa (BN) op te merken dat de meeste patiënten vrouwen zijn. Volgens Fairburn en Beglin (1990) is de prevalentie het hoogst onder adolescente en jong-volwassen vrouwen, ongeveer 1%. Zij hebben vaak weinig zelfvertrouwen, vinden zichzelf niet de moeite waard en hebben het gevoel er niet te mogen zijn. Ze vinden zichzelf te dik (ongeacht hun gewicht), en om niet (nog) dikker te worden gaan ze op een streng dieet (Spanjers, 1989). Het gevolg daarvan is een gestoord honger- en verzadigingsgevoel.

BN komt relatief veel voor bij vrouwen die in hun jeugd (voor hun zestiende) seksueel zijn misbruikt (Palmer, Oppenheimer, Dignon, Chaloner & Howells, 1990), maar dat geldt

ook voor andere psychiatrische stoornissen. BN gaat nogal eens gepaard met symptomen van depressie. Veel patiënten geven aan dat zij last hebben van slaapstoornissen, concentratieproblemen, moeheid en pessimistische gedachten. Ook zelfmoordneigingen komen relatief veel voor (Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989). Volgens Levy, Dixon en Stern (1989) kan het verband tussen BN en depressie twee richtingen hebben: Vreetbuien kunnen aanleiding geven tot depressieve gevoelens, maar omgekeerd kan een sombere stemming ook vreetbuien 'triggeren'. Daarnaast lijkt het erop dat veel BN-patiënten moeite hebben met het uiten van negatieve en agressieve gevoelens. In plaats van bijvoorbeeld openlijk in verzet te komen tegen hun ouders kiezen ze voor passievere vormen van verzet, waarvan Bulimia Nervosa als één uitingsvorm gezien kan worden (Root, Fallon & Friedrich, 1986).

Het voedsel tijdens zulke vreetbuien (variërend van 1.000 tot 10.000 calorieën) is meestal zeer calorierijk en vraagt weinig voorbereiding. Het vreten gebeurt vaak tijdens een emotionele toestand van innerlijke angst of gespannenheid. Na een vreetbui worden BN-patiënten overvallen door schuld- en schaamtegevoelens. Omdat zij niet dik willen worden, compenseren zij de vreetbuien door middel van braken, laxeren of weer streng vasten, waarmee de cyclus zich herhaalt (Norré & Vandereycken, 1989).

Een ander aspect van Bulimia Nervosa is het toenemende isolement van de patiënten. Het obsessief bezig zijn met voeding en gewicht neemt veel tijd in beslag en de angst voor ontdekking door de omgeving leidt ertoe dat de patiënte zich steeds meer terugtrekt (Hsu, 1989). De eenzaamheidsgevoelens, die hiermee gepaard gaan, kunnen weer aanleiding vormen voor nieuwe depressies en nieuwe vreetbuien. Het is dan ook moeilijk om op eigen kracht deze vicieuze cirkel te doorbreken (Vanderlinden e.a., 1989).

In de literatuur zijn de volgende behandelmodellen het meest besproken: cognitieve therapie (Garner, Fairburn & Davis, 1987); farmacologische therapie (Johnson & Connors 1987; Pirke, Vandereycken & Ploog, 1988); gezinstherapie (Root et al., 1986; van Schothorst & van Furth (1991); Vanderlinden et al., 1989); analytische/inzichtgevende therapie (van Lieshout, 1978; Sohn, 1985) en feministische therapie (Spanjers, 1989).

Op grond van twee kwalitatief hoogstaande literatuur reviews komen zowel Wilson (1989) als Cox en Merkel (1989) tot de conclusie dat een brede vorm van cognitieve gedragstherapie de meeste kans op succes geeft. Maar zelfs daarbij liggen volgens de laatstgenoemden de succespercentages slechts tussen de 30 en 40%.

Veel positiever lijken de resultaten van Jansen (1992). Volgens haar dient BN gezien te worden als een verslaving. De vreetrespons wordt opgeroepen door bepaalde externe prikkels (cues) zoals het zien of ruiken van het begeerde voedsel, of interne cues zoals emotionele toestanden. Haar behandeling bestond uit tien zittingen van anderhalf uur (drie maal per week) waarbij de ppn moesten ruiken en likken aan het begeerde voedsel en zich moesten voorstellen dat zij in die situaties waren waarin zij zich vaak overgaven aan vreetbuien.

Doordat nu werd vermeden dat zij werkelijk tot inname overgingen, werd de koppeling doorbroken (Jansen, Merckelbach & van den Hout, 1992). Zes proefpersonen ondergingen deze behandeling terwijl zes andere ppn een programma kregen dat door de onderzoeker als 'zelfcontrole' werd betiteld. Dit bevatte vooral registratie-opdrachten en cognitieve interventies. De ppn die de experimentele behandeling hadden ondergaan waren na afloop en tijdens de follow-up allen vrij van vreetbuien. Bij de andere ppn lag het succes rond de gebruikelijke 30-40% verbetering. De onderzoekster concludeert hieruit dat zelfcontrole zinloos is en misschien averechts werkt. Daarbij zijn echter wel enkele vraagtekens te zetten. Om te beginnen: de experimentele ppn kregen tien individuele zittingen van anderhalf uur, terwijl de anderen tien groepszittingen van twee uur kregen. Nog belangrijker is echter dat de 'zelfcontrole conditie' geen serieus zelfcontrole-programma bevatte. Het belangrijkste element, de zelf-geïnitieerde responspreventie, ontbrak.

Uitgaande van het verslavingsmodel lijkt het juist voor de hand te liggen om 'cue-exposure' te combineren met zelfcontrole technieken waarmee ervoor wordt gezorgd dat ook buiten de zittingen de keten van voorspellende cues en vreten doorbroken blijft. Hoe voorkomt men anders dat de patiënten niet toch af en toe in de fout gaan, met name wanneer er andere dan externe prikkels zijn? Bijvoorbeeld, als zij in een sombere toestand verkeren. En is elke keer dat dit gebeurt dan geen aanslag op het uitdovingsproces? Met andere woorden, het lijkt ondanks de fraaie interventie van Jansen (1990; 1992) toch niet verstandig om alle kaarten op de begeleide cue-exposure te zetten.

In dit artikel beschrijven we - bulimia nervosa eveneens opvallend als een verslaving - een breder therapiemodel. Met behulp van voorlichting en gedetailleerde instructie voor responspreventie worden de patiënten gebracht tot zelfcontrole.

Het model wordt geïllustreerd aan de hand van een uitgebreide gevalsstudie, aangevuld met de gegevens van drie andere gevallen die volgens het hetzelfde protocol zijn behandeld. Voordat we naar het beschrijven van het model overgaan, staan we echter even stil bij de elementen in de keten die als aangrijpingspunt voor de behandeling kunnen dienen:

DRANG ----->	VRETEN ----->	BRAKEN/LAXEREN
--------------	---------------	----------------

Uitdoving vindt plaats door te voorkomen dat de drang wordt bevredigd door vreten. Evenals in het algemeen bij storingen in de impulscontrole, kan hiertoe bij BN een zelfcontrole-programma met responspreventie de aangewezen weg zijn (Hoogduin & Lange, 1990; Posobiec & Renfrew, 1988). Anders dan Jansen (1992) gaan wij ervan uit dat het zinvol is om in de beginfase de kans op volledige responspreventie te vergroten door maatregelen te nemen om de drang te beperken. Daarom wordt in het begin stimuluscontrole toegepast. Dat betekent een inperking van externe stimuli en het neutraliseren van interne stimuli (bijv. depressieve gevoelens) door middel van gedragsvoorschriften en

cognitieve technieken. Later wordt de exposure aan vreet-opwekkende cues opgevoerd, zodat de uitdoving compleet wordt.

Opvallend en uniek is de aanpak van het braken of laxeren. In de literatuur wordt dit vaak opgevat als vermijdingsgedrag, waarvan de angstreducerende functie vergelijkbaar zou zijn met de functie van dwang-rituelen voor obsessief-compulsieve patiënten. Leitenberg, Gross, Peterson en Rosen (1984) en Leitenberg en Rosen (1989) baseren hun behandelingsmodel voornamelijk hierop. BN-patiënten krijgen het begeerde junkfood in massa's te eten, terwijl het braken wordt verboden. Ook de meeste andere auteurs gaan ervan uit dat het braken en laxeren een respons is die wordt bekrachtigd doordat irrationele angsten erdoor worden gereduceerd. Ons inziens is deze theorie onjuist. Braken of laxeren wordt niet bekrachtigd in de vorm van reductie van irrationele angst. Het geeft ook geen bevrediging van lust. Het is een weloverwogen beslissing van de BN patiënte om haar gewicht aan te passen. Er is daarom ook geen therapie nodig om het braken/laxeren terug te dringen. Het is voldoende om aan de patiënte uit te leggen waarom tijdens de behandeling niet mag worden gebraakt en waarom geen laxantia mogen worden gebruikt. Het is simpelweg een onderdeel van het behandelingscontract. Doordat de patiënte weet dat zij niet meer zal braken wordt de drempel tot vreten verhoogd.

Elementen van het behandelingsmodel

Het model bevat de volgende elementen:

1. *Registratie.* Vanaf het begin van de behandeling dienen patiënten precies te registreren hoeveel calorieën zij per dag eten. De meeste BN-patiënten zijn experts en weten van elk hapje het aantal calorieën. Mocht dit niet zo zijn dan dienen zij gebruik te maken van calorieën-tabellen (bijv. Duinker-Joustra, 1988). In de eerste weken wordt gevraagd om nog geen verandering in de eetgewoonten aan te brengen, teneinde inzicht te krijgen in het huidige eetpatroon. Ook vreetbuien worden geregistreerd, evenals het aantal calorieën waaruit deze bestaan. Alle gegevens worden door de patiënten in een grafiek weergegeven zodat zij een duidelijk overzicht krijgen van hun afwijkende eetpatroon. Door gedurende langere tijd op deze wijze te registreren, wordt tevens inzicht verkregen in het verloop van de behandeling. Daarnaast wordt aan de patiënten gevraagd na te denken over mogelijke aanleidingen voor de vreetbuien en deze te noteren.

2. *Geven van voorlichting.* Er blijken bij BN-patiënten veel misvattingen te bestaan omtrent voeding en gewicht. Eén van de meest voorkomende is dat braken en/of laxeren al het zojuist verorberde eten uit het lichaam verwijdert. Voorlichting geven over het feit dat op dat moment al een deel van het voedsel is opgenomen, vormt in de beginfase van de behandeling een belangrijk aspect, evenals het wijzen op de schadelijke gevolgen van

braken, laxeren of een overmaat aan diuretica voor het lichaam. Ook is het van belang aan andere cognitieve misvattingen aandacht te besteden zoals de gedachte, dat normaal eten zonder purgeren onherroepelijk leidt tot gewichtstoename. Men kan in dit stadium ook gebruik maken van informatieve brochures (Norré & Vandereycken, 1989) .

3. *Stoppen met braken en/of laxeren.* In de inleiding hebben we de visie uiteengezet, dat braken of laxeren niet voortkomt uit een *drang* zoals de vreetbuien zelf, en ook niet angstreducerend is, maar een bewuste keuze om niet in gewicht toe te nemen. Patiënten wordt uitgelegd dat zij dit met onmiddellijke ingang achterwege dienen te laten. De door hen gevreesde consequentie van de vreetbuien (het dikker worden) dienen zij in het belang van de behandeling te accepteren.

4. *Opstellen van vaste menu's.* Door overeten af te wisselen met periodes van streng lijnen, ontwikkelen BN-patiënten een gestoord hongergevoel. Het lichaam raakt ontregeld in het afgeven van signalen van honger of verzadiging. Om dit te herstellen zal een regelmatig eetpatroon aangeleerd moeten worden. Hiertoe stellen patiënten in overleg met de therapeut vaste menu's samen die bestaan uit een bepaald aantal calorieën verdeeld over drie maaltijden en twee tussendoortjes, waaraan zij zich elke dag dienen te houden, ook al hebben zij een vreetbui achter de rug. Wanneer deze vorm van regelmatig eten samen gaat met het stoppen met laxeren dan verdient het aanbeveling om te zorgen voor vezelrijke menu's en flink veel vocht teneinde obstipatie te voorkomen. Hierbij kan eventueel een diëtiste worden ingeschakeld (Van Wijk, 1989). Door de keuze van het totaal aantal calorieën van de dagelijkse menus kan de patiënte rekening houden met haar eventuele wensen tot gewichtsvermindering. De therapeut dient er wel voor te zorgen dat zij hierin niet rigoreus te werk gaat.

5. *Zelfcontrole.* Zelfs al lukt het patiënten om tot een regelmatig eetpatroon te komen, dan zal toch in het begin de neiging tot vreten nog vaak de kop opsteken. Om te voorkomen dat er dan ook gevreten wordt, worden verschillende maatregelen getroffen.

5a. *Stimuluscontrole.* Om in het begin de externe verleiding zo laag mogelijk te houden halen patiënten per dag afgemete porties in huis, gebaseerd op het aantal calorieën dat zij per dag van plan zijn te eten.

5b. *Responspreventie.* De therapeut bespreekt met de patiënten welke activiteiten zij kunnen ondernemen zodra de neiging tot vreten opkomt. Elk van deze activiteiten dient als barrière teneinde de opkomende drang terug te dringen.

1. De eerste activiteit die binnen dit model wordt ondernomen is de zg. *positieve zelfverbalisatie*. De patiënte maakt voor zichzelf een kaartje waarop zij schrijft waarom en hoe goed zij met de behandeling bezig is, en hoe trots ze wat dit betreft op zichzelf is (Lange & Kiestra, 1991). Bij een opkomende neiging tot vreten leest zij de tekst direct hardop aan zichzelf voor.

2. Als de drang tot vreten hierna nog aanwezig is, gaat patiënte een vastgestelde activiteit binnen- of buitenshuis ondernemen, die prettige gevoelens oproept en direct uitvoerbaar is.
3. Kan patiënte de drang daarna nóg niet weerstaan, dan is de laatste barrière dat zij één van de personen, die zij van te voren heeft ingelicht, gaat opbellen met de mededeling dat zij op het punt staat zich over te geven aan een vreetbui. Deze persoon dient haar uitsluitend te wijzen op de consequenties. De verantwoordelijkheid voor de beslissing om te vreten blijft bij haarzelf.

5c. *Zelfbeloning en zelfstraf.* Als patiënte er middels deze barrières in slaagt om de drang tot vreten te beteugelen, dan ervaart zij daarbij over het algemeen een forse intrinsieke beloning. Dit neemt niet weg dat het voor veel BN-patiënten motiverend is wanneer de therapeut haar stimuleert zichzelf ook extrinsiek een beloning toe te kennen (iets kopen, iets plezierigs ondernemen, etc.). Over de aard daarvan wordt van tevoren door de therapeut en patiënte overlegd. Als zij de verleiding niet kan weerstaan en zij geeft zich wel over aan een vreetbui, dan dient zij zichzelf daarna een van te voren bepaalde straf op te leggen.

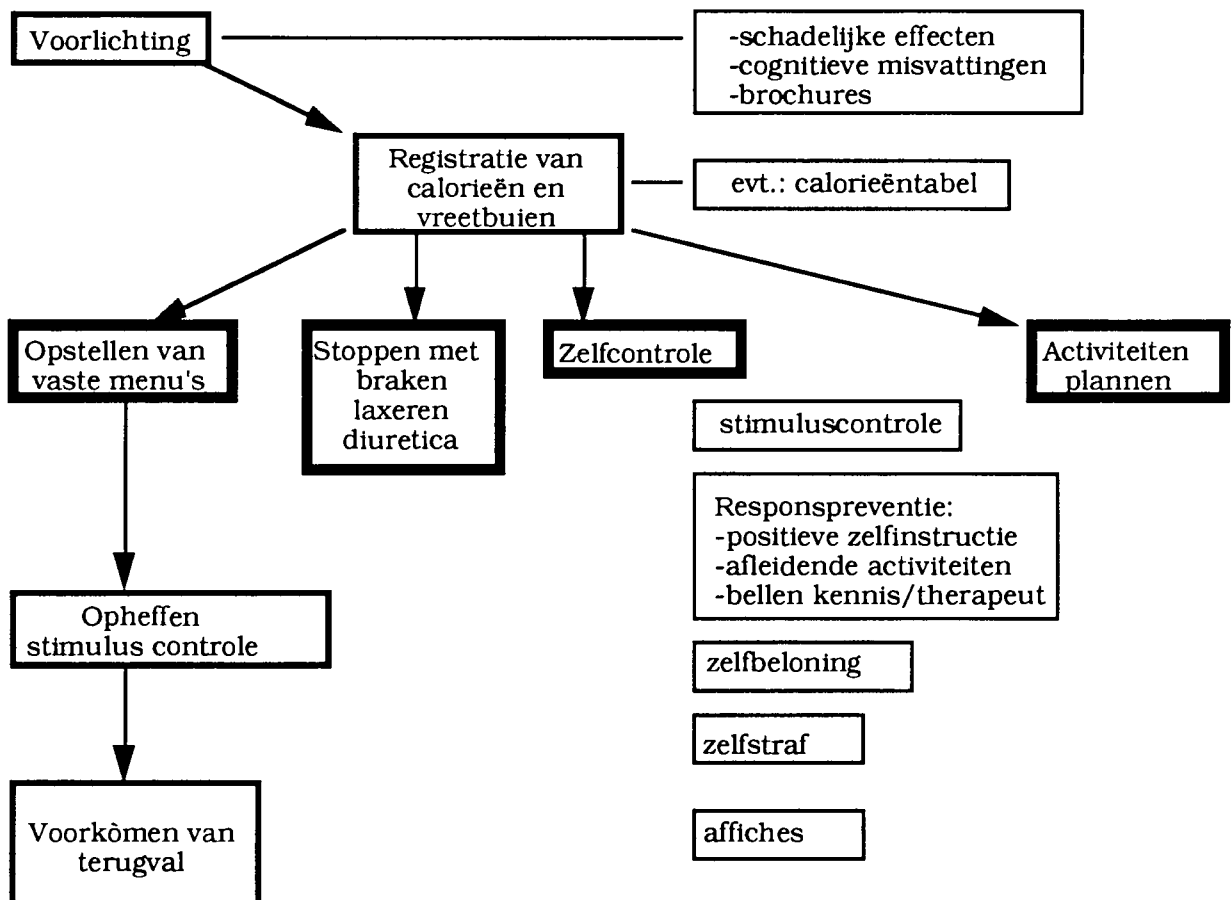
6. *Activiteitenplan.* Veel BN-patiënten vinden het moeilijk hun leven zelf actief in te richten met als gevolg dat zij zich veelal door anderen laten leiden of met passiviteit op gebeurtenissen 'reageren'. De gevoelens van eenzaamheid en depressie zijn vaak de interne cues die vreetbuien oproepen. Ter bestrijding daarvan wordt elke dag een activiteitenplan voor de volgende dag gemaakt, met zowel verplichtingen als plezierige activiteiten. Bij sommige BN-patiënten blijkt in dit verband het uitvoeren van assertiviteits-oefeningen nuttig teneinde de sociale vaardigheden te vergroten.

7. *Opheffen van stimulus-controle.* Wanneer patiënten voldoende zelfcontrole hebben opgebouwd, wordt de stimuluscontrole geleidelijk gereduceerd en exposure aan de uitlokkende externe cues opgevoerd. Eten wordt niet langer in afgemete porties ingekocht. Men kan zelfs experimenteren met het zich bewust blootstellen aan het zien (evt. zelfs ruiken) van 'verboden' voedsel.

8. *Voorkomen van terugval.* Het is begrijpelijk dat BN-patiënten na alle inspanningen van het hierboven beschreven soort enorm teleurgesteld zijn als ze, nadat het een tijd goed is gegaan, toch weer een vreetbui krijgen. Een dergelijke terugval wordt vaak ervaren als het bewijs dat ze er 'toch nooit vanaf komen' en dat het geen zin heeft zich er tegen te verzetten. Hierdoor lopen zij de kans weer geheel terug te vallen in het oude patroon. Om dit te voorkomen is het belangrijk om patiënten er op voor te bereiden dat terugval weliswaar niet wenselijk is, maar wel waarschijnlijk en dat dit absoluut niet desastreus hoeft te zijn. Terugval kan worden opgevat als een *tijdelijk incident* waarmee niet alle verworvenheden te gronde worden gericht. Het zelfcontrole-programma kan immers te allen tijde weer worden toegepast.

9. *Motiveringstechnieken.* Bij een programma dat zoveel inzet van de patiënten vraagt is ook veel inzet van de therapeut nodig, in die zin dat hij extra veel aandacht besteedt aan het motiveren van de patiënte (Lange, 1987, hoofdstuk 2). In dit verband zijn er een aantal elementen waaraan men bewust aandacht dient te schenken: het laten meedenken van patiënten bij de invulling van het programma, het regelmatig vragen naar instemming om de betrokkenheid te vergroten en het geven van steun en complimenten. Het motiveren van patiënten is niet alleen in de beginfase noodzakelijk, maar speelt ter ondersteuning tijdens de gehele behandeling een belangrijke rol.

10. *Behandelingscontract.* Aan het einde van de eerste zitting krijgen de patiënten, die volgens dit model worden behandeld, informatie over de aard en duur van de behandeling. Er wordt hen tien zittingen van drie kwartier aangeboden. Tevens wordt vermeld dat aan het eind van deze periode de behandeling wordt geëvalueerd. Wanneer de behandeling dan nog niet volledig succesvol is, maar er is wel duidelijke vooruitgang, dan kan de behandeling worden verlengd. Als er in de tien zittingen nagenoeg geen veranderingen optreden, dan mag van verdere behandeling geen effect meer worden verwacht.



figuur 1 schema van het behandelmodel

Behandeling van een conservatorium-studente

Een 24-jarige studente aan het conservatorium, meldde zich aan met een langdurige geschiedenis van eetstoornissen. In de taxatiezitting kwam het volgende naar voren. Haar ouders hadden relatieproblemen en moeder nam patiënte al vanaf dat deze zes jaar was daarover in vertrouwen. Op haar 15e jaar leed zij aan Anorexia Nervosa, wat toen zij achttien jaar was overging in Bulimia Nervosa. In dat jaar brachten haar ouders haar bij iemand anders onder, omdat patiënte de 'katalysator' zou zijn van de vele ruzies thuis. Enige jaren later ging zij op kamers wonen en begon zij haar studie aan het conservatorium. Kort voor zij in behandeling kwam ontdekte patiënte dat zij niet de enige in haar familie was met Bulimia Nervosa.

Gemiddeld vier keer in de week had zij een onbedwingbare neiging tot vreten, waarbij zij enorme hoeveelheden voedsel tot zich nam. Patiënte schetste wat zij dan zoal at: 'Nou, 3 verschillende luxe broodjes, een heel brood met pindakaas, een zak chips, zowiezo een heel brood, soms wel een half, maar dan moet er ook een hele quiche naast, een pak crackertjes met franse kaas, een zak dropjes, koekjes en als ik dan nog honger heb, een pan mie met een of andere tomatensaus'.

Ter compensatie van de vreetbuien gebruikte patiënte, op het moment dat de behandeling begon, gemiddeld 40 laxeerpillen per dag. Voorheen nam zij 160 stuks per dag (de bijsluiter vermeldt een maximum van vier per dag). Zij nam deze grote hoeveelheden laxantia uit angst om dik te worden, ondanks dat haar gewicht slechts iets boven normaal lag.

Naast dit alles had patiënte depressieve klachten. Zij lag soms hele dagen passief op bed en kon dan tot niets komen. Voornamelijk hierdoor verwaarloosde zij haar studie. Zij had ook zelfmoordgedachten, maar vertelde dat zij door haar opvoeding niet in staat was deze in daden om te zetten. Scores op de depressieschaal van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) en de Zung (Dijkstra, 1974) waren hoog: respectievelijk 57 en 63.

Patiënte voldeed ruimschoots aan de diagnostische criteria voor Bulimia Nervosa van de DSM-III-R (APA, 1987). Er werd haar een behandeling van tien zittingen volgens bovenstaand model aangeboden.

Aan het einde van de taxatiezitting kreeg patiënte de opdracht om alle calorieën die zij tot zich nam te registreren, in een grafiek te zetten en aan te geven wanneer het een vreetbui betrof. De therapeut verzocht haar om nog niets aan haar eetgewoonten te veranderen zodat er een goed beeld verkregen zou worden van haar huidige eetpatroon. Tevens diende zij na een vreetbui na te denken over mogelijke aanleidingen ervan en deze te noteren.

Patiënte werd verteld dat, als de behandeling echt zou beginnen, zij absoluut en volledig moest *stoppen met laxeren*. De therapeut omschreef met klem de reden hiertoe: 'Laxeren is geen drang, maar een bewust gekozen methode om niet dikker te worden, daar kan je dus mee stoppen. De consequentie van een vreetbui, het eventueel dikker worden, dien je dan als straf te accepteren'. Gezien het grote aantal laxantia dat patiënte gebruikte (40 pillen per dag), werd afgesproken dat zij eerst bij haar huisarts zou informeren of direct stoppen schadelijk zou kunnen zijn. Dit bleek niet het geval te zijn. In het kader van *voorlichting en motivering* legde de therapeut ook uit dat laxantia slechts zeer beperkte effecten hebben op het gewicht, en hij besprak de schadelijke gevolgen ervan voor het lichaam.

Na twee weken registreren bleek dat patiënte zes keer een vreetbui had gehad en dat haar eetpatroon een extreem beeld te zien gaf van streng lijnen afgewisseld met overmatig eten. Om dit verstoorde patroon te herstellen werd er in onderling overleg een *vast menu* opgesteld van 1800 calorieën. Elke maaltijd werd tot in detail uitgewerkt zowel voor het aantal calorieën als voor de aard van het voedsel. Het ontbijt zou 300 calorieën bevatten, de lunch 450 en het diner 750. Daarnaast zou patiënte 400 calorieën aan tussendoortjes eten. Tevens werd afgesproken dat patiënte thuis ter afwisseling alternatieve menu's zou samenstellen.

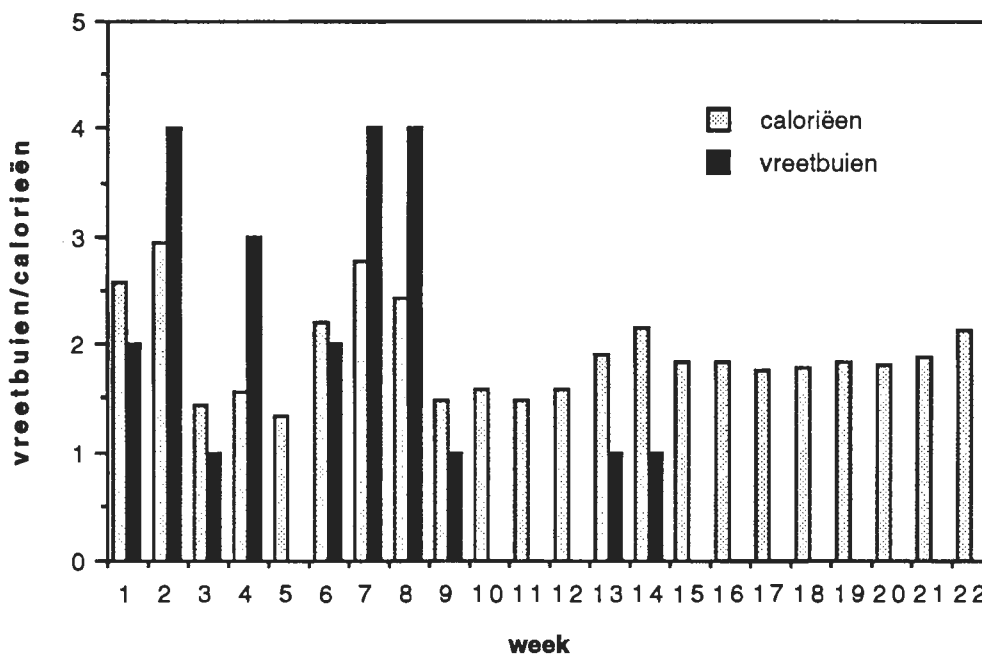
Vervolgens werd het *zelfcontrole-programma* opgesteld. Als *stimuluscontrole* zou patiënte ervoor zorgen om per dag niet meer voedsel in huis te halen dan noodzakelijk voor het menu van die dag. De *responspreventie* bestond uit een aantal activiteiten die in overleg met patiënte werden vastgesteld.

1. De eerste activiteit was de *positieve zelfinstructie*. Patiënte maakte een opstel, uitmondend in de zin: 'ik ben niet meer iemand die gaat vreten als zij zich onprettig voelt en vandaar dat ik niet meer toegeef aan vreetbuien'. De daaruit voortkomende zelfinstructie schreef ze op een kaartje, dat ze altijd bij zich zou dragen. Bij een opkomende neiging om te gaan vreten zou patiënte dit kaartje hardop aan zichzelf voor gaan lezen.
2. Wanneer dit niet afdoende was dan zou patiënte een *afleidende activiteit* binnens- of buitenshuis ondernemen. Deze activiteit diende direct uitvoerbaar te zijn, en een prettig gevoel op te roepen. Gekozen werd voor lezen, een vriendin bezoeken, bibliotheekbezoek, naar de bioscoop of iets drinken op een terrasje.
3. Er werden twee goede vrienden benoemd, die ingelicht zouden worden over de behandeling. Zij zou hen *bellen* als bovengenoemde maatregelen niet afdoende waren om de neiging tot vreten de kop in te drukken. Als beiden niet thuis waren, kon zij de therapeut hiervoor opbellen.

Zou patiënte na deze preventieve maatregelen toch toegeven aan de drang tot vreten, dan zou een *zelfstraf* volgen. In overleg werd besloten dat zij voor elke 1000 calorieën die zij teveel had gegeten gedurende drie kwartier een nuttig maar onaangenaam karwei zou

uitvoeren: het opruimen en schoonmaken van haar huis. Als zelfbeloning voor het succesvol toepassen van de preventieve maatregelen koos patiënte voor drie kwartier lezen. Als zij een week zonder vreetbui bleef zou zij zichzelf een kado geven. Zij kon dit dan bekostigen met wat zij uitspaarde door minder te eten. Patiënte koos voor een abonnement op de Volkskrant. Het mes sneed daarbij aan twee kanten, want nu kon zij bij het 'geregelde' ontbijt lekker de krant lezen.

De registratieopdracht bracht aan het licht dat de aanleiding tot een vreetbui gezocht moest worden in gevoelens van depressiviteit, eenzaamheid en gebrek aan vitaliteit. Om haar te activeren en haar gevoel van controle te verhogen zou zij elke avond een *activiteitenplan* opstellen voor de volgende dag, waarin zowel voor noodzakelijke als plezierige activiteiten tijd was ingeruimd. De therapeut suggereerde haar daarbij om ook tijd te nemen voor sportieve activiteiten.



Figuur 2 Vreetaanvallen en calorieën per week (het cijfer op de Y-as moet met 1000 worden vermenigvuldigd om de werkelijke aantallen calorieën te verkrijgen)*

De behandeling verliep voorspoedig (zie figuur 2). Vanaf de tweede zitting hield zij zich aan het 'laxeerverbod', met uitzondering van één keer. Dit leidde tot een confrontatie van de

* Uit Lange, A. & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfindoctrinatie. *Directieve Therapie*, 11, (4), 291-315.

kant van de therapeut. Hij complimenteerde haar echter ook, met de eerlijkheid waarmee zij de 'misstap' had opgebiecht. Dit werd door patiënte geaccepteerd en laxeren kwam niet meer voor.

Van begin af aan at patiënte de drie geplande maaltijden, ook als er dagen waren dat zij teveel had gegeten. Het zelfcontrole programma beviel haar goed, met name de zelfverbalisatie-kaartjes. Zij vond ze een vondst. Aan het gebruik ervan was ze zeer gehecht geraakt. Zij had zich ook uitgeleefd in het verfraaien van de kaartjes zowel wat betreft de vorm als de inhoud (zie box 1). In de meeste gevallen was de aanblik van het kaartje al genoeg om van 'vreten' af te zien.

Box 1 Tweede zelfinstructie-tekst*

Ik heb géén echte honger
 1800 kal. is zat
 Denk NA! Vreten = waardeloos
Verpest het nou niet
 Want - Ik ben prachtig in m'n spijkerbroek!
 Want - Ik heb energie om alles te doen!
 Want - Ik voel me heerlijk
 ---> IK BEN LEUK - HOUEN ZO!
 en: compenseren is geen succes!
 En GA IETS LEUKS DOEN!
 Kijk op de lijst en maak tijd!

Soms waren afleidende activiteiten toch nog nodig en de enkele malen dat zij dan nog 'in de fout' ging maakte zij, zoals afgesproken, haar huis schoon.

Na zes zittingen (9 weken) traden de vreetaanvallen niet meer op, stabiliseerde het aantal ingenomen calorieën op ongeveer 1800 per dag en bleef haar gewicht constant (iets boven het gewicht van 54 kg dat zij als ideaal beschouwde). Aangezien patiënte blijk gaf van een grote mate van zelfcontrole, werd de stimulus controle opgeheven. Zij kon weer onbeperkt voedsel in huis halen, etc. Spoedig daarna kon begonnen worden met het afbouwen van de behandeling, o.a. door de perioden tussen de zittingen te verlengen. Om te voorkomen dat patiënte ontmoedigd zou raken door een eventuele *terugval* maakte zij een *affiche* met de tekst 'als ik weer es in de fout ga is dat geen ramp, CORRIGEREN KAN ALTIJD.'

* Uit Lange, A. & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfinstructie. *Directieve Therapie*, 11, (4), 291-315.

De laatste drie van de tien afgesproken zittingen werden over een jaar gespreid. Er was geen terugval, ook niet wat de depressie betreft. De postscore op de Zung was 35 en 17 op de depressie subschaal van de SCL-90. De follow up, weer een half jaar later, liet zien dat de verbeteringen duurzaam waren: patiënte had geen vreetaanvallen meer gehad en de depressiescores waren voor de Zung en de SCL-90 nog steeds laag: respectievelijk 32 en 17.

Kort overzicht van de resultaten van drie andere behandelingen

Er zijn drie andere vrouwen volgens hetzelfde protocol behandeld: een 28 jarige studente Engels, een 23 jarige studente filosofie en een 25 jarige bejaardenverzorgster. Alledrie voldeden aan de criteria van BN, met gemiddeld vier vreetaanvallen per week van circa vijfduizend calorieën gemiddeld. Twee van de drie namen hun toevlucht tot braken. De derde gebruikte laxantia. Bij alledrie bleek de afspraak om niet meer te laxeren of te braken voldoende om dit achterwege te laten. Alledrie gingen er vrij snel toe over om goede menu's te maken en die ook dagelijks te eten, ongeacht een eventuele overmaat aan calorieën door 'ongeoorloofd' voedsel. Bij alledrie werd het volledige zelfcontrole programma ingesteld. Bij één van de drie verliep dit nogal moeizaam met regelmatig 'zondigen', gevolgd door zelfstraf. Bij deze patiënte werd de therapie verlengd met nog eens tien zittingen. Bij twee van de drie was het nodig om een activiteitenplan op te stellen teneinde isolement en depressie tegen te gaan. Bij één van deze twee werden assertiviteitsoefeningen aan het protocol toegevoegd.

Alledrie waren bij het afsluiten van de behandeling en tijdens de follow up, een jaar later, vrij van eetbuien. De gemiddelde depressiescores op de SCL-90 subschaal waren gezakt van 34 naar 27 zonder terugval in de follow-up fase.

Discussie

1. De vier BN-patiënten die we hier hebben beschreven zijn de enigen die in de afgelopen jaren door ons zijn behandeld. Zij kregen alle vier dezelfde gelimiteerde behandeling. Hoewel niet alle details van tevoren zijn vastgelegd, gaat het om een behandeling die als geprotocolleerd beschouwd kan worden. De elementen ervan liggen vast, al heeft de therapeut de vrijheid om op sommige elementen meer nadruk te leggen dan op andere en kan hij ook zelf beslissen wanneer hij overgaat naar het volgende stadium van de behandeling. Het draaiboek is vastgelegd op videocassette met beelden van de hier beschreven behandeling van de conservatorium studente (Gest, de Vries & Lange 1991).

Het stond de therapeuten ook vrij, om met behoud van de structuur van de behandeling, specifieke interventies toe te voegen die niet rechtstreeks met de bulimia hadden te maken. Zo kwam in de laatste fase van de behandeling van de conservatorium-studente (er waren al geruime tijd geen vreetbuien meer geweest) de verhouding met haar

moeder aan bod. Patiënte was er ongelukkig mee dat haar moeder haar nog steeds 'gebruikte' in de strijd met haar vader. De therapeut adviseerde haar het zg. 'cadeau en eerherstel'-ritueel (Van der Velden & Hoogduin, 1980). Hij stimuleerde haar om haar moeder in een brief te bedanken voor het vertrouwen dat deze jarenlang in haar had gesteld. Patiënte zou daaraan verbinden, dat zij nu verder af zou zien van de rol van vertrouweling, teneinde haar eigen leven op poten te kunnen zetten. Bij het overhandigen van de brief zou zij haar moeder een mooi cadeau schenken, om de overgang van de ene naar de andere periode te markeren. Het advies werd door patiënte enthousiast aanvaard en haar moeder reageerde er naderhand positief op.

2. De resultaten van ons behandelingsmodel mogen (met het 100% succespercentage) positief genoemd worden. Daarbij kan worden aangetekend dat de behandelingen verdeeld waren over drie therapeuten, waarvan er twee betrekkelijk onervaren waren. Dezen voerden de behandeling onder supervisie uit in het kader van hun opleiding. Het protocol lijkt dus overdraagbaar te zijn.

De resultaten stemmen overeen met die van de experimentele groep van Jansen (1992). Die bevatte weliswaar zes ppn, maar twee daarvan hadden wel zeer weinig vreetbuien voorafgaand aan de behandeling. In de inleiding zagen we dat, bij hanteren van 'geen vreetbuiten' als criterium voor succes, het gemiddelde succespercentage meestal tussen de 30 en 40% ligt (Cox & Merkel, 1989; Wilson, 1989). De vraag is waarom onze resultaten en die van Jansen (1992) zoveel beter lijken. Een antwoord dat zich opdringt is dat zowel het 'cue-exposure' model als ons bredere model uitgaan van de opvatting dat BN dient gezien te worden als een verslaving of als een stoornis in de impulscontrole, terwijl de andere behandelmodellen in dat opzicht veel onduidelijker zijn of uitgaan van angstreductie als aangrijpingspunt (Leitenberg et al., 1984; Leitenberg & Rosen, 1989). Het is de vraag of het terecht is, dat in de DSM-IV, Bulimia Nervosa opnieuw (samen met Anorexia Nervosa) geclassificeerd lijkt te worden als eetstoornis (APA, 1991). Er pleit veel voor om Bulimia Nervosa in te delen bij de verslavingen of bij de stoornissen in de impulscontrole.

In alle vier de gevallen werd het stoppen met braken of laxeren van begin af aan vrij goed opgevolgd door de patiënten. Het blijkt dus niet nodig om daar een stapsgewijs programma voor te ontwerpen zoals door Leitenberg et al. (1984) en Leitenberg & Rosen (1989) wordt gepropageerd. Posobiec en Renfrew (1988) en ook van Wijk (1989) beschrijven in gedetailleerde gevalsstudies een ingewikkeld systeem van straf en beloning ten aanzien van braken. De afname van purgeren verliep daarbij echter veel langzamer dan na het simpele contract dat in de hier beschreven behandeling met de patiënten is gesloten. Onze resultaten suggereren dat purgeren inderdaad een bewust genomen beslissing is en niet een respons, die door angstreductie wordt bekrachtigd.

3. In de vier beschreven gevallen gaat het om volwassen vrouwen, waarbij de behandeling individueel kon zijn. Geen van de patiënten woonde in een gezin dat een belangrijke invloed

3. In de vier beschreven gevallen gaat het om volwassen vrouwen, waarbij de behandeling individueel kon zijn. Geen van de patiënten woonde in een gezin dat een belangrijke invloed op de stoornis uitoefende. Als dat wel het geval is, kan de behandeling worden uitgebreid met gezinsinterventies (Root et al., 1986; van Schothorst & van Furth, 1991; Waller, Slade & Calam, 1990; Wooley & Lewis, 1987). Die kunnen betrekking hebben op stresserende factoren in het algemeen, op de houding in het gezin ten aanzien van eten en op de controle die ten aanzien van de aangemelde patiënte wordt uitgeoefend. De door ons behandelde 25-jarige bejaardenverzorgster woonde overigens niet alleen. Hoewel haar echtgenoot van het begin af aan bij de behandeling aanwezig was, kan men haar behandeling toch als 'individueel' karakteriseren. Het programma verschilde niet principieel van dat van de drie anderen, die wel alleen woonden. Haar problemen dateerden al van lang voordat zij haar partner kende en de onderlinge verhouding oefende geen invloed uit op haar klachten. Zijn aanwezigheid in de eerste zitting was gewenst om dit te kunnen vaststellen. Daarna bleef hij meekomen omdat beiden het plezierig vonden als hij op de hoogte bleef van de aard van de behandeling en omdat hij haar hierin misschien tot steun kon zijn.

4. Er was overeenkomst bij de patiënten in de antwoorden op de vraag welke elementen van de behandeling voor hen het meest belangrijk waren geweest. Allen vonden de beslissing om niet meer te corrigeren door middel van braken of laxeren van groot belang. Zij hechtten bovendien veel waarde aan het kaartje met de zelfinstructie. Dit leverde vaak een afdoende middel ter zelfcontrole, terwijl het tevens een goede invloed had op hun zelfbeeld. Gezien het lage zelfbeeld dat bulimia-patiënten meestal hebben (Noordenbos, 1991; Spanjer, 1989) is dit een belangrijk gegeven.

Dat een simpel kaartje met positieve zelfinstructie grote effecten kan hebben is in een gecontroleerd experiment aangetoond door Gest en de Vries (1991). Vier en twintig studenten, die in het laagste kwartiel van de zelfbeeld-schalen van de NPV scoorden, werden geïnstrueerd om een maand lang dagelijks positieve zelfverbalisatie uit te voeren, met behulp van een kaartje. In tegenstelling tot de 26 ppn uit de controlegroep gingen zij sterk significant vooruit op alle voorspelde metingen.

5. Hoewel onze behandeling ook uitgaat van 'het verslavingsmodel' en de resultaten daar duidelijk steun aan geven, is de behandeling breder dan die van Jansen (1992). De exposure aan 'cues' komt pas in een later stadium. De stimulus-controle wordt opgeheven als de patiënte 'gereedschap' heeft gekregen om zich tegen de drang teweer te stellen. Daar lijkt theoretisch weinig tegen in te brengen. De kans op positieve resultaten zal er waarschijnlijk alleen maar door toenemen. De follow-up, die in drie van de vier gevallen meer dan een jaar bedroeg, geeft wat dat betreft reden tot optimisme. Maar zolang beide studies de pilot fase nog niet zijn ontgroeid, is bij beide voorzichtigheid geboden ten aanzien van de conclusies. Deze dienen dan ook gevolgd te worden door experimenteel onderzoek waarin bepaalde aspecten van de behandeling systematisch worden gevarieerd. Zo zou het

zinnig zijn om de effecten van de relatief brede hier beschreven behandeling te vergelijken met behandelingen waarin alleen bepaalde elementen ervan aan bod komen; bijvoorbeeld alleen het stoppen met purgeren (in combinatie met voorlichting en vaste menu's), of alleen zelfcontrole (zonder het stoppen met purgeren). Ook een vergelijking van 'alleen cue-exposure' met het bredere model ligt in de mogelijkheden, maar dan dient ervoor gezorgd te worden dat er in de 'cue-exposure' conditie geen impliciete instructie tot zelfcontrole insluit. Wanneer we ons realiseren hoeveel jaren er experimenten zijn gedaan om na te gaan wat essentieel is in de behandeling van angststoornissen, kunnen we ons ten aanzien van de bulimia nervosa voorbereiden op nog flink wat jaren experimenteren.

ABSTRACT It is suggested that bingeing should be conceived as an addiction, in contrast with purging, which is also not reinforced by a reduction of anxiety. Purging is conceived as a conscious choice by the patient which makes it possible to include stopping with it as a prerequisite in the treatment contract. A treatment model of ten sessions is presented with this starting point, in which the patients, subsequently, are helped to break the conditioned link of cues and bingeing by means of a selfcontrol program. Four BN-patients have been treated according to this protocol, with a 100% succes percentage. Bingeing was reduced to zero and there was a considerable reduction of depression, with a follow-up of one year. One of the treatments is described in detail. In the discussion, implications for different theoretical models are considered and suggestions are given for future research lines.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition, Revised*. Washington DC: APA
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cox, G.L., & Merkel, W.T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 77-84.
- Dijkstra, P. (1974). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (Eds.), *Stemming en ontstemming, theorie en praktijk bij de diagnostiek en behandeling van depressie*. Amsterdam: Erven Bohn.
- Duinker-Joustra, N. (1988). *Calorieëntabel*. Helmond: Uitgeverij Helmond.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Garner, D.M., Fairburn, C.G., & Davis, R. (1987). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A critical appraisal. *Behavior Modification*, 11, 398-431.

- Gest, A., & Vries, M. de (1991). De invloed van positieve zelfverbalisatie op zelfbeeld. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, UvA.
- Gest, A., Vries, M. de, & Lange, A. (1991). *De ambulante behandeling van bulimia nervosa*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, UvA.
- Hoogduin, C.A.L., & Lange, A. (1990). Stoornissen in de impulscontrole. In: W.Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.): *Handboek Psychopathologie*. Deventer: van Loghum Slaterus.
- Hout, M. van den, Merckelbach, H., & Jansen, A. (1991). Klassieke conditionering. Over populaire misvattingen en nieuwe inzichten. *Directieve therapie*, 11, 95-118.
- Hsu, L.K.G. (1989). Experiential aspects of bulimia nervosa: Implications for cognitive behavioral therapy. *Behavior Modification*, 14, 50-65.
- Jansen, A. (1990). *Binge eating: Notes and data*. Dissertatie. Maastricht: Datawyse.
- Jansen, A. (1992). Bulimia nervosa en de bekoring van cue-exposure. *Directieve Therapie*, 12, 127-149.
- Jansen, A., Merckelbach, H., & van den Hout, M. (1992). *Experimentele psychopathologie. Een inleiding*. Assen: Van Gorcum
- Johnson, C., & Connors, M.E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New York: Basic Books.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A., & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfindoctrinatie. *Directieve therapie*, 11, 291-315.
- Leitenberg, H., Gross, J., Peterson, J. & Rosen, J.C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 15, 3-20.
- Leitenberg, H., & Rosen, J. (1989). Cognitive-behavioral therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: Comment on Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, and Telch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 776-777.
- Levy, A.B., Dixon, K.N., & Stern, S.L. (1989). How are depression and bulimia related? *American Journal of Psychiatry*, 146, 162-169.
- Lieshout, T. van (1978). Behandeling van een cliënte met hyperrexia nervosa. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 4, 273-287.
- Noordenbos, G. (1991). *Eetstoornissen. Preventie en therapie*. Lochem: De Tijdstroom.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). Beschrijving en behandeling van bulimia nervosa. In: K. van der Velden (Ed.), *Directieve Therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Palmer, R.L., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chaloner, D.A., & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: An extended series. *British Journal of Psychiatry*, 156, 699-703.

- Pirke, K.M., Vandereycken, W., & Ploog, D. (Eds.) (1988). *The psychobiology of bulimia nervosa*. Berlijn: Springer-Verlag.
- Posobiec, K., & Renfrew, J.W. (1988). Successful selfmanagement of severe bulimia: A case study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 19, 63-68.
- Root, M.P.P., Fallon, P., & Friedrich, W.N. (1986). *Bulimia, a systems approach to treatment*. New York: Norton.
- Schothorst, I. van & Furth, E. van (1991). Bulimia: een systeemtherapeutische aanpak. In: F.Boekhorst, T. Compennolle, J.Hendrickx, & A. van der Pas, *Handboek Gezinstherapie* (studenteneditie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sohn,L. (1985). Anorexic and bulimic states of mind in the psycho-analytic treatment of anorexic/bulimic patients and psychotic patients. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1, 49-56
- Spanjers, T. (1989). *Hier ben ik. Over anorexia en bulimia nervosa*. Amsterdam: An Dekker.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimie, een gids voor de therapeutische praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden,van der, K. & Hoogduin, K. (1980). Cadeautjes en eerherstel. In: K. van der Velden (Ed.), *Directieve Therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156, 546-550.
- Wilson, G.T. (1989). Treatment outcome in bulimia. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 161-174.
- Wijk, K. van (1989). De behandeling van een vrouw met bulimia nervosa en verslaving aan een laxermiddel. *Directieve Therapie*, 9, 78-86.
- Wooley, S.C., & Lewis, K.G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. In: J.E. Harkaway (Ed.), *Eating disorders. The family therapy collections, Vol. 20*. Rockville: Aspen Publishers.

Vriendelijk en belangstellend

Kees Hoogduin

In het begin van dit jaar werd ik gevraagd of ik een bijdrage zou kunnen leveren voor het Tijdschrift voor Bibliotheekwezen "Open" geheten.

Het moest gaan over het omgaan met lastige bezoekers. En ondanks alle drukte is het plotseling af. Toen ik het kortgeleden in een werkelijk prachtig tijdschrift zag had ik weer, wat ik in het begin ook wel eens had bij het verschijnen van een artikel in druk, dat gevoel van opwinding. We sturen allen omhoog opweg naar de top die we waarschijnlijk gaan halen op het moment dat de gewone en leuke dingen hun waarde hebben verloren.

Als ik naar Kees en Else kijk zie ik altijd in hun ogen de oproep om er mee op te houden, om te kijken naar andere dingen en op te houden met al dat wetenschappelijke gedoe wat, laten we nou toch eerlijk zijn, ons werkelijk geen milimeter verder helpt. Als ik die blik in hun ogen zie dan denk ik; "ja, ze hebben gelijk het moet anders" en daarna ga ik weer voort op dezelfde weg.

Wat kan ons nog stoppen.

KEES HOOGDUIN

vriendelijk en belangstellend

Over de bejegening van de lastige, agressieve bezoeker

De kernvraag is deze: Kan men zijn hele leven, altijd maar door, héél lief zijn? Handenwrijvend en discreet voortdribbelend klanten naar de deur geleidend, wrijvend en dribbelend nieuwe klanten binnenlatend, steeds correct, hoffelijk en voorkomend? Waar moet zo'n man met zijn portie kwaadheid, waar ieder mens in zijn leven toch recht op heeft, eigenlijk blijven? Hoe zijn ze thuis? Ik stel me voor dat zo'n bediende, na een suikerzoete dag thuiskomend, zich in de vestibule van zijn woning eerst een half uur lossnauwt. Het moet wel zo zijn. 'Pa snauwt zich even los', zullen de gezinsleden zeggen. Ik heb wel eens gehoord van employés, die thuis op zolder voorwerpjes hadden verzameld, waarmee ze een tijdje gingen smijten. Oude borden, gloeilampen en lege kogelflesjes, die echt uit elkaar spatten als je ze tegen de muur kwakt. Dat lucht geweldig op. Zo'n man kan er de volgende dag weer tegen.

Godfried Bomans (1)

De bibliotheek staat open voor bezoekers, maar agressieve bezoekers kunnen problemen geven. Hoe kan een bibliotheek-medewerker zulk problematisch gedrag indammen, en zo overlast, geweld en schade voorkomen? Met een strategische benadering is gedrag te beïnvloeden. Enkele adviezen vanuit de psychologische hoek.

Lastig, agressief gedrag van een bezoeker wordt in eerste instantie veroorzaakt door de bezoeker zelf, maar in tweede instantie door eigenschappen van de medewerker en het interactiepatroon, zeg maar de manier waarop het gesprek tussen de medewerker en de bezoeker verloopt.

Mensen die problemen hebben met de regulatie van hun agressie gaan meestal niet erg onder dat gedrag gebukt. Veelal wordt door hen de oorzaak van de onenigheid of de agressie juist bij de andere partij verondersteld. De andere partij echter verschilt hierover vanzelfsprekend van mening, waardoor een geschikte voedingsbodem ontstaat voor verdere escalatie. Heeft de bibliotheekmede-

werker een autoritaire houding, of is hij/zij in staat op vriendelijke wijze de bezoeker tot rust te brengen? Is de medewerker iemand die snel woorden heeft, of is hij/zij iemand die van karakter goed gemutst is en met iedereen goede vrienden is?

Zo sprak ik eens een uitsmijter die jarenlang in een studentennachtcafé gewerkt had zonder zelfs maar eenmaal gevochten te hebben. Blijkbaar is het mogelijk aan agressieve, lastige, eventueel aangeschoten mensen duidelijk te maken dat bepaalde dingen niet kunnen, en dergelijk gedrag in gunstige zin bij te sturen.

Bovendien is er een context waarbinnen de interacties plaatsvinden. Wanneer we op straat door iemand worden lastig gevallen, kunnen we de pas versnellen, of het zelfs op een lopen zetten. We hebben met degene die ons lastig valt niets te maken. Anders gezegd: er is geen context die op een of andere manier ons gedrag verder stuurt. Wanneer we op straat lastig gevallen worden door onze buurman, ligt de zaak al gecompliceerder. Er is sprake van een context, nl. een goede relatie handhaven met de burens. Dit bepaalt ten dele ons

handelen; hard weglopen zou in dit geval ongeleefd zijn en mogelijk een langdurige verstoring van de relatie inhouden. Ook in het geval van verkoper en klant, of medewerker in een bibliotheek en bezoeker wordt door de context reeds bepaald wat niet - er wordt niet gevochten, er wordt niet geschreeuwd, boeken mogen niet vernield worden - en wat wel - er dient correct opgetreden te worden - moet gebeuren.

In het onderstaande worden strategieën besproken die kunnen leiden tot een meer meegaande houding van de lastige bezoeker.

Een voorbeeld

Op een dag in september, ik was net zes weken in dienst bij de gemeente als assistent-psychiater, werd ik door de politie gebeld met het verzoek een man te bezoeken die geestelijk niet in orde zou zijn. Wat was het geval? Nadat zijn vrouw hem medegedeeld had dat zij hem zou verlaten, had hij haar bedreigd. Om zijn woorden kracht bij te zetten had hij de tv - he wel of niet kijken naar de televisie was de aanleiding van de ruzie - met een stoel kapot geslagen. Terwijl hij

voortgang het huisraad te slopen, slaagde zijn vrouw erin te zamen met de kinderen te ontsnappen. Het lawaai van het vernielen van de huisraad, de luid gebrulde bedreiging iedereen overhoop te zullen schieten en de in de buurt van het huis postende politie hadden voor een grote oploop gezorgd.

Op dat moment kwam de jonge assistent-psychiater. De politiefunctionaris die me te woord stond, deelde mee dat de man waarschijnlijk geestelijk niet in orde was en dat hij mogelijk bewapend was met een revolver. Daarna ging ik bibberend op weg naar de patiënt. Ik belde aan waarop hij woedend vroeg wie daar was. Ik zei: 'De dokter, en ik wil even met u praten.' 'Dat hoeft niet meer. Mijn vrouw is weg, mijn huis is kapot, alles is afgelopen.' 'Dat weet ik niet, laten we de zaak even op een rijtje zetten. Misschien kan ik wat voor u doen.'

De deur ging open en een ongewapende man die duidelijk overstuurd was, liet me binnen. In de kamer waarvan de grond bezaaid was met glasscherven legde hij uit hoe het allemaal zo gekomen was. Hij was door slecht slapen en jarenlange echtelijke ruzies en naderend ontslag overspannen geraakt. Zijn toenemende agressiviteit was zijn vrouw ten slotte te veel geworden. Het was niet moeilijk empathie te voelen voor deze man die daar te midden van de puinhoop van zijn leven zat.

Ik zegde hem toe contact op te nemen met zijn vrouw en te onderzoeken wat voor hen de beste oplossing zou kunnen zijn. Na overleg met zijn vrouw en de huisarts leek een opname voor psychiatrische behandeling het meest aangewezen. Ik bezocht hem opnieuw en legde hem de zaak uit, deelde mee dat zijn partner bereid was verder te praten, maar dat nu tot opname besloten was. Hij bleek bereid deze opname te aanvaar-

den. Een revolver werd overigens niet gevonden in het huis.

Hoe kwam het dat bovenstaande gebeurtenis een relatief goede afloop had? Waarom was de man plotseling wel bereid tot een gesprek? Een factor die een rol speelde was dat het om een dokter ging, een functionaris die kwaliteiten in zich verenigt die hem niet bedreigend maken. Voorts kon direct aangesloten worden bij een mogelijke oplossing van het probleem van de man: het contact herstellen met zijn partner. Er werd bovendien geen positie gekozen, maar ondersteuning gegeven. De ravage werd bijvoorbeeld beschreven als: 'Wat erg. Wat moet het u allemaal hoog hebben gezeten.'

Gelukkig zal in de bibliotheek een dergelijke situatie zich niet snel voordoen, maar lastige, agressieve bezoekers kunnen toch voor vervelende situaties zorgen.

Algemene richtlijnen

Er zijn twee domeinen waarin uitvoerig gepubliceerd is over bejegening van lastige (agressieve) cliënten: in de psychotherapie en de verkoopkunde. Deze bronnen leverden de volgende algemene richtlijnen.

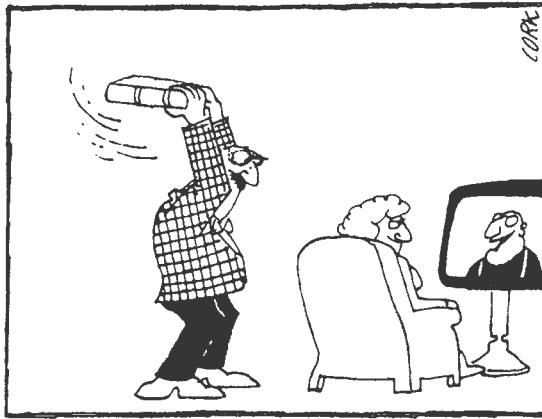
Geen angst voor gezichtsverlies Laat u zich niet van de wijs brengen door opmerkingen van bezoekers. Wees niet bang voor gezichtsverlies (4). De bedoeling van alle activiteiten, die nu volgen is immers ervoor te zorgen dat het ongewenste gedrag ophoudt, niet dat u gezichtsverlies bespaard blijft. *Blijf hoffelijk en correct* Negeer de negatieve kanten van de bezoeker (2). Wanneer kleding of uiterlijk u niet aanstaan, so what, onthoudt u van kritiek. Wanneer de betrokkene schreeuwt en kabaal maakt, zal dit zelden verminderen wanneer hem medegedeeld wordt dat hij schreeuwt en kabaal maakt. Een verzoek, op zachte toon gedaan, om iets zachter te spreken om de andere bezoekers

niet te hinderen, helpt vaak ook niet, maar kan meestal op een betere ontvangst rekenen. Ook bij onvriendelijke of autoritaire bezoekers verdient deze bejegening de voorkeur. Zelden zijn onvriendelijke uitingen persoonlijk bedoeld, maar het gaat meestal om een (te betreuren) eigenaardigheid van deze mensen. Wanneer de medewerker hierop met irritatie reageert, kan verdere escalatie ontstaan waar noch bezoeker, noch medewerker mee gediend zijn.

Probeer de bezoeker te begrijpen Probeer er achter te komen wat hij eigenlijk wil. Hiervoor is het belangrijker te luisteren naar wat er gezegd wordt, dan zelf te spreken. Wanneer de bezoeker, hoe woedend ook, zijn verlangen heeft kenbaar gemaakt, vat het nog eens samen en vraag of het goed weergegeven is. Bijvoorbeeld, wanneer een bezoeker zich schreeuwend en tierend over medewerkers of het instituut heeft geuit, past de reactie 'Ik begrijp dat u nogal ontevreden bent over de gang van zaken, dat moet anders.'

Geen autoritair gedrag Verschuil uzelf niet achter een formele houding waar richtlijnen, regels en autoriteit vanaf stralen. Bij de hier beschreven problemen gaat het immers allang niet meer over het navolgen van regels. Het probleem dat nu opgelost moet worden is een lastige, agressieve bezoeker rustig krijgen, zonder dat er schade aan personen of het instituut wordt aangericht. Richt u op deze doelstelling en benader de bezoeker zo natuurlijk mogelijk. Sommige mensen hebben er plezier in anderen te kleineren en een machtsstrijd aan te gaan. Een formele houding nodigt deze mensen daartoe uit.

Aansluiten bij het gedrag van de bezoeker Dit kan met een techniek, die in de psychotherapie bekend staat als een paradoxale benadering. Hierbij wordt meegegaan met het gedrag van de patiënt. Wanneer de patiënt zegt



AGRESSIEVE BEDOELINGEN.

dat de wereld niet deugt, zal de therapeut hierop kunnen reageren, dat er inderdaad heel veel mis is op de wereld. Als een bezoeker zegt dat het instituut niet deugt, kan het soms verstandiger zijn zich te uiten in de zin van: 'Heeft u het ook gemerkt?', dan dat de zegeningen van het instituut benadrukt worden. Vanzelfsprekend moet deze reactie geloofwaardig zijn. Wanneer een verwarde bezoeker meedeelt overal afluisterapparatuur waar te nemen is het onjuist te zeggen, dat u dat ook vindt. In dit geval is het wel correct om verdere informatie te vragen, bijv. wie geïnteresseerd zou zijn in wat hier besproken wordt, of iets dergelijks.

Aansluiten bij het gedrag betekent ook proberen het taalgebruik in enige mate af te stemmen op de bezoeker. Gebruik zo mogelijk de termen, die door de bezoeker gekozen worden. *Tijd winnen zonder verdere escalatie* We kennen allen het huismiddel ter voorkoming van agressief gedrag: tel eerst tot tien. Vaak is dat voldoende om de eerste woede te verminderen. Wanneer een boze bezoeker vriendelijk en met begrip tegemoet wordt getreden, valt het ook voor hem niet mee om kwaad te blijven.

Probeer de consequenties van het gedrag op een indirecte manier te bespreken. Bijvoorbeeld: bij een dreigende bezoeker, die net betraapt is op een poging tot diefstal: 'Ach, we proberen voor ieder de boeken beschikbaar te hebben. Het is toch spijtig als boeken wegraken.', of 'Meneer, ik doe ook maar mijn werk. Ik ben aangesteld om mensen die boeken meenemen te vragen om dat niet te doen.', etc.

In zijn interessante boek 'Onderhandelen met lastige mensen' beschrijft Ury (4) een strategie om een doorbraak te forceren bij onderhandelingen. Veel van het bovenstaande vinden we hierin terug:

- word niet kwaad, reageer niet, blijf je bewust van het gewenste eindresultaat;
- ontwapen hem: ga naast hem staan, neutraliseer zijn woede en zijn achterdocht;
- kies een ander kader. Zeg niet nee, maar probeer het kader te veranderen, bijv. met vragen als 'Waarom wilt u dit eigenlijk?' of 'En als we nu eens...'. Omzeil een ultimatum, ontwijk de aanval;
- bouw een brug. Beschouw uzelf als een bemiddelaar, betrek hem in de mogelijke oplossing, vraag hem hoe het nu verder moet. Zorg ervoor dat hij geen gezichtsverlies lijdt. Maak het gemakkelijk om ja te zeggen;
- probeer te overtuigen, niet te overwinnen. Bejegen hem met respect, maar informeer hem dusdanig dat hij uiteindelijk zelf zijn conclusies trekt en een gewenste beslissing neemt.

Slot

Een vriendelijke bejegening, een beschaafde benadering, belangstelling voor de problemen van de bezoeker zijn de belangrijkste ingrediënten van een effectieve strategie om met lastige, agressieve bezoekers om te gaan. Mogelijk komt deze strategie u bekend voor. Mogelijk dacht u: 'Zo zouden we toch altijd met elkaar om behoren te gaan'. En mogelijk is het ook zo dat nare, argwanende, lastige

mensen vooral lastig zijn als ze op een nare, onvriendelijke manier bejegend worden.

Uit het oog wordt verloren dat manifest agressief gedrag meestal ontstaat direct in aansluiting aan een frustratie. Op psychiatrische afdelingen zijn het meestal dezelfde verpleegkundigen die slachtoffer worden van agressief gedrag. Zij provoceren klaarblijkelijk agressieve patiënten.

Tot slot moet het duidelijk zijn dat soms vriendelijkheid, meegaandheid en empathie tekort schieten. In het geval van een psychotische, agressieve, dronken man moet er niet gezeurd worden. De aardigste, meest meegaande houdt hem aan de praat, de rest is 'stand by' en de snelste gaat hulp halen.

Literatuur

1. Bomans, G. - De kunst van het verkopen. - In: Omnibus : humor en ernst uit het werk van Godfried Bomans. - Amsterdam/Brussel : Elsevier, 1962. - p. 43f.
2. Schaap, C.D.P.R., Hoogduin, C.A.L., Keijzers, G., Kersten, T. - Motiveringstechnieken als methode van sociale beïnvloeding. - In: Buunk, A.P., Vrugt, A.J. (red.). - Sociale psychologie en psychische problemen. - Assen : Dekker & Van de Vegt, 1989.
3. Schaap, C.D.P.R., Hoogduin, C.A.L., Meulenbeek, P. - Behandeling van agressief gedrag door middel van zelfcontrole procedures. - In: Defares, P.B., Ploeg, J.W. van der (red.). - Agressie. - Assen/Maastricht : Van Gorcum, 1991. - p. 481-501.
4. Ury, W.L. - Onderhandelen met lastige mensen. - Amsterdam : Contact, 1991.

Indringer André betrapte in de bibliotheek een indringer. Gezien diens bouw en uiterlijk vreesde hij fysieke problemen als hij zou proberen de politie te halen. Daarom vroeg hij zijn collega even te bellen, en nodigde hij de indringer vriendelijk uit voor een rondleiding door het gebouw. Uitvoerig werd het geautomatiseerd systeem getoond, en ook de kamer van de directeur werd met een bezoek vereerd. Toen de rondleiding

klaar was stond de politie in de hal te wachten, en nam de man mee. Zonder problemen.

Veilig Talloos zijn de artikelen die als boekelegger zijn gebruikt in bibliotheekboeken. Etenswaren, sigaretten, foto's en brieven, verzonden of niet-verzonden. Het boek als veilige bergplaats van wat niet zoek mag raken.

Bekeerd Onlangs ontvingen we een flinke doos met stripboeken. De boeken waren stiekem bij de voordeur gezet. Op de doos was een briefje bevestigd met de tekst: 'Aangezien ik christen geworden ben, wil ik deze gestolen boeken graag aan u teruggeven (met excuses)'. Natuurlijk waren wij blij verrast. Helaas waren de boeken reeds lang afgeschreven. (Toon Mulders, OB Erasmus, Bergen op Zoom. In: Infobulletin (6 okt. 1992)41.)

Is categoriale zorg wenselijk?

Lezing op het Symposium "BETER BJZONDER; behandelen van bijzondere mensen" in het APZ "Bloemendaal" op 23 September 1992

dr. D.N. Oudshoorn, psychiater,
directeur behandelenzaken
APZ "De Grote Rivieren"
postbus 1001 3300 BA Dordrecht

Inleiding

In Nederland zijn we gewend alles en iedereen keurig in vakjes in te delen. In de geestelijke gezondheidszorg gaat het in het bijzonder om de kwesties:

- a) Waaraan lijden onze patiënten?
- b) Welke professionele hulp moeten we hun aanbieden?
- c) In hoeverre moeten we de hulpprogramma's en de setting categoriseren?

De inleider wil enkele opmerkingen maken naar aanleiding van de volgende vragen:

- Is het geijkte traject RIAGG < (aselecte) opnameafdeling -- (min of meer specifieke) vervolgafdeling -- resocialisatieafdeling > RIAGG wel zo fraai en welke voor- en nadelen kleven eraan?
- Waarom hebben vrijwel alle vervolghandlingsafdelingen zulke lange wachtlijsten?
- Hebben we echt al die categoriale afdelingen nodig voor biologische psychiatrie, klinische psychotherapie, anorexia nervosa-patiënten, borderliners, verslaafden, sterk gedragsgestoorden en agressievelingen, forensische patiënten enzovoort, en willen we die neurotische therapeutische gemeenschappen nog wel?
- Is de gebruikelijke dichotomie puur-ambulante behandeling/begeleiding -- zuiver intramurale behandeling/begeleiding in het belang van optimale patiëntenzorg?

Dames en Heren, zeer beminde collega's.

Ik voel me vereerd dat ik mijn verhaal mag houden maar ben vooral dodelijk bevreesd dat u van saaiheid in slaap valt. De saaiheid van een betoog ligt vaak in zijn genuanceerdheid. Want alles wat je bespreekt kun je van verschillende kanten bekijken - dat is zelfs noodzakelijk.

Maar als u daarnaar moet luisteren is dat niet boeiend. Alsmaar dat: Aan de ene kant...maar aan de andere kant...

Dat wat in het Duits 'jein' heet (ja und nein) als je je ergens niet helemaal vóór wilt uitspreken, maar ook niet helemaal tegen.

In onze taal zou dat 'jee' heten, dus laten we dat voortaan het 'oh-jee'-standpunt noemen.

Dus om uw aandacht en uw natuurlijke oppositieneiging te prikkelen ga ik nu een eenzijdig - maar desondanks serieus gemeend - verhaal houden.

In Nederland bestaat er de pathologische behoefte alles en iedereen in vakjes in te delen. Liefst digitaal met ja of nee.

Je bent kerkelijk, of je bent 'niks';

Je bent een gezellige drinker, of alcoholist;

Je bent een fatsoenlijk mens, of je bent crimineel.

Goed, over dit soort dichotomieën wilde ik het niet hebben.

Nee ik moet praten over de triage in de hulpverlening, dat wil zeggen: wie heeft wat nodig en gaat daarvoor wáár naar toe.

We praten over patiënten die ergens aan lijden - zo kun je ze indelen; en we praten over patiënten die een bepaalde soort hulp nodig hebben - zo kun je ze ook indelen.

We maken in den lande onderverdelingen die een aantal forse problemen scheppen:

- Zo ben je of een zwakzinnige die in het Z-circuit thuishoort òf je bent psychiatrisch patiënt. Maar menig zwakzinnige is ook ernstig psychiatrisch gestoord en agressief; arme jonge meisjes in de Z-verpleegkunde.

- Een patiënt hoort òf bij de kinder-, puber- of adolescentenpsychiatrie, òf, zodra deze achttien is geworden, q.q. bij de volwassenen-psychiatrie, òf, als weer een leeftijdsgrens is bereikt, bij de ouderenpsychiatrie. Dat gaat blindelings zo. Alle negentienjarigen zijn blijkbaar volwassen, ook al zijn ze dan alleen maar meerderjarig voor de wet; en alle 65plus-sers zijn blijkbaar bejaard, ook al zijn ze nog volop aan het werk en lopen ze harder dan ik.
- Je bent verslaafd, dus vooruit, naar de verslaafdenzorg, òf je bent gestoord dus een twee drie naar de algemene psychiatrie - hoewel vele gestoorden verslaafd en zeer veel verslaafden tevens psychisch gestoord zijn.
- Je hebt pillen nodig òf er moet methodisch gepraat worden.

Enfin, zoals u hoort is het een perfect systeem, en een groot voordeel is ook dat de plannenmakers achter hun bureaus de normen kunnen vaststellen voor feder onderdeel, op grond van de behoefte aan zorg die zij nauwkeurig, tot in tienden van procenten kunnen aangeven!
Mijn petje af!

De grenzen zijn kunstmatig en leveren bijzonder veel grensgevallen op, dat wil zeggen: mensen die in twee of soms zelfs drie vakjes thuishoren. Dit levert grensincidenten en competentiekwesties op, en dan denk ik niet in de eerste plaats aan de voor directeuren altijd interessante vraag van hoe claim ik een nieuwe functie en krijg ik een hoger budget, maar gewoon aan de onhebbelijke gewoonte van: hoe kan ik deze lastige klant - deze gronderig smakende, glazige en veel te hete aardappel - zo snel mogelijk op andermans bord deponeren c.q. met behulp van een keurige intakeprocedure, met keurige argumenten weigeren.

De impliciete veronderstelling die aan al zulke onderverdelingen ten grondslag ligt is dat we hierdoor tot kwalitatieve verbetering van de zorg komen. Maar is dat wel zo?

"Kwaliteit" is het nieuwste modewoord en er zijn heel wat clubjes, die - allemaal langs elkaar heen - bezig zijn uit te vinden hoe je dat moet meten, want tot op heden is dat feitelijk onmogelijk!

Ons vak heeft een kleurrijke geschiedenis. Neem bv. de psychiatrische diagnostiek.

Ik herinner me nog mijn eerste psychiatrische inrichting waar de dokters op de opnameafdeling 'Vrouwen-F' zich weken lang het hoofd bogen over de vraag of een jonge vrouw die zich wat eigenaardig gedroeg, nu aan hysterie leed of toch aan schizofrenie. Tot slot werd besloten haar 'een snuffje Trilafon' te geven. Dat haalde niets uit. Ze bleef geheimzinnig glimlachen.

Kraepelin, Kraus en Kuiper moesten uitkomst bieden en Rümke was wel het meest geavanceerd. Die man is de kampioen, want hij heeft een record aantal psychosen uitgevonden en vooral is hij onsterfelijk vanwege zijn uitvinding van het praecoxgevoel waarvoor hij tot op de dag van vandaag tot in Rusland beroemd is. Een hachelijk criterium dat u in de huidige classificatiesystemen niet meer aan zult treffen.

Nu hebben we de veel betere criteria van de DSM-III-R, maar ik wil toch wel een voorspelling wagen, zonder éniġ bewijs uiteraard, dat deze indeling, waaraan voortdurend cosmetische ingrepen worden verricht, nu al zachtjes op zijn retour is. Want:

- a) De DSM-III berust op banale koehandel om de rijen te sluiten van dokters met uiteenlopende opvattingen, die normaliter niet door één deur naar binnen zouden gaan, met als voornaamste doel om de Amerikaanse verzekeraar tot betaling van de rekeningen te motiveren, maar de DSM-III berust op de keper beschouwd op een hutspot van Kraepelin en Bleuler, en een beetje Freud en Janet;
- b) deze classificatie is voor het opstellen van ordentelijke behandelprogramma's nauwelijks relevant, of in ieder geval zeer ontoereikend.

Waarom sloffen we dan allemaal, ook wij in Dordrecht, kritiekloos achter deze heilige koe aan?

Eerlijk gezegd denk ik dat dit vooral een kwestie van beroepscachet is - ons vak ziet er ineens zo systematisch uit en we hopen dat gastroenterologen en orthopedische chirurgen - en last but not least de verbindingskantoren ons - als grootste specialisme in Nederland - als medici serieus nemen en niet in de gaten hebben hoe boterzacht de meeste van onze gegevens zijn en vooral hoe ontoereikend de criteria zijn om aan te geven wat er nu echt mis is met de patiënt en wat er aan dient te worden gedaan.

Maar ik ga nu over naar mijn eerste vraag:

- Is het geijkte traject < (aselecte) opnameafdeling -- (min of meer specifieke) vervolgafdeling -- resocialisatieafdeling > wel zo fraai en welke voor- en nadelen kleven eraan?

In Dordrecht hebben we voor een ander model gekozen, dus u mag geen neutraal standpunt van mij verwachten.

Op het eerste gezicht zit er een sterke logica in het meest gangbare systeem: De opnameafdeling heeft een vergelijkbare triage-functie als de afdeling spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis, waar de opnamezuster of assistent de meest voor de hand liggende poortspecialist inschakelt die de nodige eerste diagnostiek doet en een behandeling inzet. Dan wordt ook beslist naar welke afdeling de patiënt gaat, tenzij zij/hij al weer naar huis kan.

Alleen hebben we in de psychiatrie weinig aan een Röntgenfoto of een ECG, behalve als bijkomstig onderzoek. Daarom is een wat langer verblijf ter observatie nodig.

Bovendien zijn er in het begin vaak nogal heftige of verontrustende symptomen.

Meestal gaat de observatie op het gebruikelijke opnamepaviljoen geruisloos over in behandeling, dzw. medicatie en eventueel nog een of ander gezond verstand-beleid.

Over het algemeen wordt hiermee verbetering bereikt zodat de patiënt, gemiddeld na vier of vijf weken weer naar huis kan. Als het goed is is de zorg tijdig aan de RIAGG overgedragen of anders aan de eigen polikliniek. De patiënt is genezen.

Helaas gaat het niet altijd zo mooi:

Tijdens deze opname treedt de gewenste verbetering niet in; de behandeling stagneert, of kortere of langere tijd na ontslag keren de klachten terug en wordt de patiënt opnieuw aan de opnameafdeling aangeboden. In het tweede geval ontstaat het fenomeen: 'draaideurpatiënt'.

In geval de patiënt op de opnameafdeling niet voldoende opknapt ontstaan problemen. Zij/hij wordt uiteraard aangeboden aan een vervolgbehandelingsafdeling, maar die heeft een wachtlijst, of die hanteert criteria waaraan de patiënt niet helemaal voldoet.

Voor je het weet slijt je opnameafdeling dicht met twee oneigenlijke categorieën patiënten:

- 1) Zij die er voor de zoveelste keer zitten, hoewel er niets meer te observeren valt - in feite zitten ze er omdat het behandelingsbeleid-in-toto voor deze patiënt faalt. Zulke 'draaideurpatiënten' komen zelf met een 'meer-van-het-zelfde-beleid' niet aan hun trekken en leveren bovendien een tamelijk deprimerend voorbeeld aan andere patiënten.
- 2) Zij die er blijven hangen omdat ze niet kunnen worden ontslagen maar ook niet kunnen worden doorgeplaatst, dit laatste vanwege de lange interne wachtlijsten of de hoge drempelcriteria van een meer gespecialiseerde afdeling.

Een tweede kardinaal bezwaar tegen het traject opnameafdeling-vervolgafdeling-resocialisatieafdeling-zelfstandig opererend RIAGG is de discontinuïteit van behandeling met alle ellende vandien. Niet alleen is het frustrerend voor de patiënt om twee- of driemaal van entourage te moeten veranderen, met andere verpleegkundigen en dokters, en andere pati-

entengroepen, maar minstens evenveel ellende levert de gebruikelijke gebrekkige en verlate informatieoverdracht op waardoor een ingezet beleid niet wordt voortgezet of, omdat iedere nieuwe behandelaar het altijd beter meent te weten, op willekeurige gronden veranderd wordt.

Je kunt er van alles voor bedenken, maar toch is er een simpele rekenkundige wet die zegt dat een proces meer kansen op manco's loopt:

- naarmate het over meer schijven verloopt,
- en naarmate het dossier van de betrokken patiënt dikker wordt - en dat is natuurlijk de moeilijkste patiënt!

Over onze oplossing in Dordrecht wil ik alleen zeggen dat we, als ik het sterk mag versimpelen en vergroven, voor de categorie 'draaideurpatiënten' met een ernstige psychiatrische diagnose een afzonderlijk centrum opzetten waar die mensen na ballottage 'lid' van kunnen worden, bij wijze van spreke van de "FC-Kasperspad", en waar zij, maar zij alleen, dag en nacht, 365 dagen per jaar een beroep op kunnen doen, voor een praatje en een kop koffie, of een korte crisisopname, of een klinisch of deeltijdbehandelingspakket tot en met gedwongen opname als andere uiterste van het spectrum. Maar - minstens even belangrijk - zij krijgen alle nodige ambulante 'outreaching' spv-begeleiding; als het moet dagelijks.

- Dus het betreft chronische psychiatrische patiënten met meestal veel sociale problemen, die staan ingeschreven zoals je bij een huisarts bent ingeschreven.

- Een tweede bijzonderheid is dat deze patiënten continu dezelfde behandelaar houden, of ze nu thuis wonen, bij het leger des Heils vertoeven, deeltijdbehandeling bij ons krijgen of tijdelijk opgenomen zijn.

- Een derde bijzonderheid is dat APZ en RIAGG in dit centrum volledig geïntegreerd zijn en dat we het een sociaal-psychiatrische kliniek noemen.

Zijn daarmee alle problemen in de regio Dordrecht opgelost?

Bijna, maar er is nog meer.

Hebben we een opnamepaviljoen? Nee, wij hebben een KOB-kliniek, waar kortdurend wordt opgenomen en behandeld, waar zoveel mogelijk **continuïteit** is van behandeling, klinisch, in deeltijdbehandeling, of poliklinisch, met alle denkbare overgangen en tussenvormen. Het principe van zo'n centrum (waarvan er één in Dordrecht staat, pal naast een algemeen ziekenhuis, en één in Gorinchem, ook pal naast een algemeen ziekenhuis) is, dat de patiënt die daar in behandeling komt, daar ook alle behandeling krijgt die hij of zij nodig heeft, dus van begin tot eind. Dat is natuurlijk niet bij 100% van hen mogelijk, maar blijkens jarenlange ervaring uiteindelijk wel ergens rond de 95% van de patiënten!

Wat doen we met de zittenblijvers, de plakkers?

Niet iedereen zal aan de criteria voor de "FC Kasperspad" voldoen. Vooral veel ongehuwde patiënten tussen zeventien en dertig jaar kunnen bij hun ouders niet langer terecht maar zijn ook niet, of nog niet, in staat zelfstandig te wonen. Bovendien zijn er opleidings- of werkproblemen die ze niet goed aankunnen. Als het acute psychiatrische toestandbeeld is hersteld zit je er danig mee in je maag op de KOB-kliniek of in het jeugdpsychiatrische centrum "De Kreek".

Is er toch enigerlei vorm van, eventueel tijdelijke, huisvesting te regelen dan kunnen ze in deeltijdbehandelingsprogramma's alsnog hun sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen vergroten.

Is huisvesting op korte termijn niet haalbaar dan beschikt het APZ "De Grote Rivieren" over twee hostels waar de patiënten een vergelijkbaar behandelprogramma, dat sterk naar buiten is gericht, krijgen als op de deeltijdbehandeling. Ze blijven er gemiddeld negen maanden.

Onze sociowoningen hebben een enigszins andere functie dan in Nederland gebruikelijk is. Het zijn echte resocialisatiewoningen voor chronisch-

psychiatrische patiënten die daar in gemiddeld twee à drie jaar worden gerehabiliteerd, dwz. dat ze doorgaans worden 'opgewaardeerd' tot RIBW-bewoners.

Wat moet er gebeuren met chronische patiënten die nergens meer terecht kunnen in de maatschappij? We hebben niet de illusie dat die beker aan ons voorbij gaat. We bouwen een drietal afdelingen van zwaar tot licht, met in totaal ca 60 bedden, dat wil zeggen 20% van onze APZ-capaciteit.

De volgende vraag was:

- Waarom hebben vrijwel alle categoriale vervolghandlingsafdelingen zulke lange wachtlijsten?

Ach, het antwoord heb ik al gegeven: omdat uw organisatie aan een grondige herstructurering toe is! Niet de introverte afdelingscultuur en de stokpaardjes van de medewerkers, waardoor een uitgelezen groep patiënten een dikwijls onnodig langdurige c.q. te weinig toegespitste (op maat gesneden, 'gefocuste') behandeling krijgt, behoort de doorslag te geven, maar behandelprincipes van continuïteit en specificiteit (op maat gesneden therapie) van de behandeling.

Laten we doorgaan naar mijn derde vraag:

- Hebben we echt al die categoriale afdelingen nodig voor biologische psychiatrie, klinische psychotherapie, anorexia nervosa-patiënten, borderliners, verslaafden, sterk gedragsgestoorden en agressieven, forensische patiënten enzovoort, en willen we die neurotische therapeutische gemeenschappen nog wel?

Ik geloof in de gelaagdheid van het bestaan en dat komt er onder andere op neer dat je een mens in zijn interactieve context en in zijn innerlijke complexiteit moet beschouwen en dat je dat niet te veel uit elkaar moet plukken.

Daarom moet je biologische psychiatrie, sociale psychiatrie en enkele nuttige vormen van psychotherapie c.q. systeembehandeling niet op verschillende afdelingen doen, maar moet je het in voorkomende gevallen wel allemaal doen.

Toegegeven dat niet iedere vakgenoot een duizendpoot is, dat hoeft ook niet, een zekere graad van specialisatie binnen de psychiatrie is beslist niet verkeerd. Maar, al delen wij onszelf zo in, dat wil nog niet zeggen dat u uw patienten zo moet indelen, alsof de een alleen maar dit en de ander alleen maar dat nodig heeft. Nee, de accenten kunnen duidelijk verschillen, zodat je tot een diversiteit van behandelpakketten komt, maar monomodale therapie is hetzelfde als monomane therapie!

Dus ik geloof wel degelijk in biologische psychiatrie, maar ik geloof niet in een biologisch-psychiatrische afdeling. En hetzelfde vind ik van een klinisch-psychotherapeutische afdeling.

Enfin, hoe kom ik nu nog levend uit Bloemendaal weg?

Dan nog één opmerking over de vraag naar het nut van categorisatie van de zorg.

Als je een afdeling inricht voor één diagnostische categorie, of dat nu anorexia nervosa is, of borderliners, of slachtoffers van psychotraumata, of weet ik wat, dan krijg je een bedenkelijke competitie, infectie en imitatie van symptoomgedrag. Als er één begint te krassen, kan een kleine epidemie uitbreken, als er één een terugval krijgt, krijgt dat navolging. Een patiënt met een andere diagnose zou nog eens kunnen zeggen: "Joh, doe eens normaal", maar nu hoort het bij de diagnose, is het rolbevestigend en statusverhogend.

Enfin, verdunning van ziektebeelden in een heterogene populatie heeft grote voordelen!

Dan kom ik tot mijn laatste vraag:

- Is de gebruikelijke dichotomie puur-ambulante behandeling/begeleiding -- zuiver intramurale behandeling/begeleiding in het belang van optimale patiëntenzorg?

Kortheidshalve luidt mijn antwoord: "Nee, zoek naar meer flexibel gebruik van uw klinische en deeltijdplaatsen en zoek naar efficiënte integratie van APZ en RIAGG. Willen ze niet meewerken, doe het dan zonder de RIAGG en ga zelf out-reaching werken."

Gelukkig hebben we daar in onze Dordtse regio geen problemen mee. RIAGG en APZ beseffen allebei de meerwaarde van goede samenwerking en hebben daar uitstekende vormen voor gevonden.

Ik dank u voor uw aandacht.

Leen Joele

Eager to please

1 Inleiding

Om te beginnen drie ongenueanceerde stellingen.

1 *"Een goede therapeut probeert zijn klanten te behagen".* 2 *"Het effectief behagen kan slechts plaats vinden, met instemming van de potentieel behaagbaren"*

Uit stelling 2 volgt stelling

3: *"de cliënt die verondersteld wordt van psychotherapie te kunnen profiteren, moet in staat zijn zich te laten behagen"*.

Het is gebruikelijk om de neiging tot behagen, *eager to please zijn*, te classificeren als een neurotische trek. Therapeuten leren voorzichtig te zijn met de zogenaamde positieve overdracht. Er wordt zelfs verondersteld dat in de beroepskeuze van hulpverleners een verborgen neurose tot uitdrukking komt: wat men aan sleutelfiguren niet heeft kunnen weldoen, wordt alsnog uitgestort over de hulpvragers, en wee de ongelukkige patiënt die zijn mensenredder teleurstelt!

Ik ben uiteraard van mening dat beginnende hulpverleners om bovengenoemde reden gewaarschuwd moeten worden tegen al te veel pogingen om bij de patiënten in de smaak te vallen. Daarnaast moeten de patiënten beschermd worden tegen matig begaafden die denken dat goede bedoelingen een substituuut zijn voor intelligentie, mededogen en vakmanschap. Afgezien van deze vanzelfsprekendheden denk ik echter dat een hulpverlener, die zich bewust is van de achtergronden van zijn neiging om te behagen, zijn voordeel kan doen met zijn in zijn opvoeding aangeleerde vaardigheden. Het "drama van het begaafde kind" is vaak helemaal geen drama, maar de vooropleiding voor een succesvolle carrière op de markt van welzijn en geluk. In ieders emotionele vooropleiding kunnen elementen onderkend worden die goed of slecht kunnen uitpakken. Natuurlijk kunnen mensen die vroeg geleerd hebben om problemen op te lossen door in conflictueuze situaties mensen te verzoenen, later problemen krijgen, omdat ze deze techniek te pas en te onpas en ten koste van hun eigen zelfverwerkelijking blijven hanteren, maar er zijn ook mensen die met groot

-2-

genoegen hun vaardigheden in dit opzicht blijven gebruiken en zich ontwikkelen tot een **Buitengewoon Aardig Persoon!**

Neem mij nu: ik vind mensen bijna altijd om te beginnen aardig. Dat bespaart me een hoop ongenoegen. Wanneer ik mij toch aanvankelijk wat minder tot mensen aangetrokken voel, dan heb ik meestal na wat meer contact tenminste enig vermoeden waarom ze doen zoals ze doen. Het komt pakweg een maal per jaar voor dat ik iemand grondig onsympathiek vind. Het is niet moeilijk om die mensen te vermijden, om een paar uur te veinzen, of ze naar een ander te verwijzen. In het begin van mijn opleiding bevreedde het mij dat positief labelen een aparte techniek was. Ik vond dat iets gênants hebben, zo iets als het apart waarderen en benoemen van de neiging om eten in een hongergebied uit te delen. Ik schaamde mij enigszins om iets zo natuurlijk als onderdeel van mijn professionele bagage te beschouwen. Deze overweging is natuurlijk op meer onderdelen van de psychotherapeutische praktijk van toepassing, de nonspecifieke factoren. Er is iets zeer armoedigs in het feit dat wij mensen met therapeutische ambities moeten leren om te luisteren, in plaats van te spuien wat hun zelf invalt, of complimenteus samen te vatten wat iemand zegt die zich duidelijk niet alle implicaties van zijn boodschappen realiseert, in plaats van hem te confronteren met zijn gebrek aan samenhang of logica. Over de verachtelijke gewoonte om patiënt te spelen in leertherapie hebben we het al eerder gehad.

Ik ben me -op mijn achtenveertigste- inmiddels tamelijk goed bewust van de achtergronden van mijn eigen neiging en talent tot behagen, en ik denk dat die eigenschappen mij meer voor- dan nadeel hebben opgeleverd. Ik wil niet beweren dat het besef dat je eigen achtergrond een grote rol speelt in je houding, snel meer dan alleen rationeel bewust wordt, en goede supervisie is onmisbaar. Verder is vooral enige tijd van leven en ervaring nodig. Ik denk dat die tijd en die ervaring niet door andere maatregelen te vervangen zijn, evenmin als men door cosmetische rimpels gezag verwerft. Wellicht heb ik, gehandicapped door deze overweging, het verlangen om van het vermogen tot behagen in leertherapie bevrijd te worden, zo goed weten te onderdrukken dat het nooit tot mijn bewustzijn is doorgedrongen!

Soms reageren mensen op de pogingen het contact een wederzijds prettig karakter te verlenen met wantrouwen. Zij hebben teveel medemensen ontmoet die het vermogen om te behagen alleen ten eigen nutte trachten aan te wenden. Dat slechte gebruik van een goede eigenschap komt ook, en misschien wel dikwijls, onder therapeuten voor. De wantrouwige groep cliënten kan wellicht later profiteren van een meer

informele en hartelijke gespreks sfeer, maar de therapeut doet er goed aan om in het begin van het contact zich als een afstandelijk vakman op te stellen. Dit leidt soms in een later stadium tot pogingen van de cliënt om bij de therapeut in de smaak te vallen, waarna alsnog een voor beiden behaaglijke atmosfeer kan ontstaan.

De behoefte en de neiging om aardig te zijn is in bijna alle behandelingen die ik met enig succes heb weten af te sluiten makkelijk terug te vinden. In het navolgende wordt een behandeling beschreven die ook weer lang, doch niet eindeloos heeft geduurd, en waarin de neiging tot behagen mijns inziens een belangrijk werkzaam bestanddeel is geweest.

2 Aan wie deed deze patient mijnu ook al weer denken?

Op mijn negentiende vertrok ik met een schoolvriendin na ons eindexamen Gymnasium met een jeugdreis per bus naar Zuid-Frankrijk, St-Tropez. Die vriendin was mijn beste vriendje, en "het meisje" van mijn op een na beste vriend. Hoewel deze configuratie later in mijn leven nog boeiende conflictstof heeft opgeleverd, was dat op deze reis geen complicerende factor. Het was voor mij de eerste keer dat ik zonder toezicht van verwante volwassenen op avontuur naar het buitenland ging. Ik herinner me nog als de dag van gisteren de opwindende en de erotische geladenheid van die vrijheidsbeleving. Ik was niet de enige in de bus met dergelijke gevoelens. Ongeveer ter hoogte van Breda deelde een ondernemend uitziend meisje ons allen, gevraagd naar haar redenen om Frankrijk te bezoeken, mede dat zij haar best zou doen om een kind van een mooie Fransman te bekommen! Het kon dus eigenlijk niet missen dat mij al na enkele minuten een vrouwelijke medereiziger naar het verre, vreemde land opviel. Het was een mooi donker meisje, die naast een vrolijk kwebbelende vriendin gezeten, stil, tragisch en geheimzinnig zat te wezen. 't Was Mona Lisa zonder glimlach, die echter een doodenkele keer, heel kort, zo stralend kon lachen, dat voor mij de zon in de rumoerige bus verblindend opging. Ik probeerde tijdens de reis dan ook als een bezetene haar zo vaak mogelijk, met allerlei flauwe grappen, aan het lachen te krijgen. Ik ben daar tot wederzijds genoegen -en onder het geamuseerd toezien van de rest van het reisgezelschap, met uitzondering van mijn "beste vriendje",- 2 weken mee bezig gebleven. Dat was voor mij ongebruikelijk, want in die dagen was het nog opvallender dan nu dat ik een

verlegen mens ben.

De spanning in onze kortstondige relatie werd in niet geringe mate bepaald door het feit dat zij verloofd bleek te zijn met een kloeke boerenzoon van een naburige hoeve in haar woonplaats, een dorpje in de Wieringermeer. De tragische uitstraling was een gevolg van het feit dat zij zich pas in de bus was gaan realiseren dat het bezit van een verloofde in Nederland ter plekke plezierig is, maar voor een eerlijk meisje op vakantie in St- Tropez, een belemmering kan vormen bij het najagen van andere geneugten. Wij waren twee zalige weken voor elkaar de verboden vrucht. Mijn "vriendje" was niet erg gelukkig met mijn romance. Zij stelde zich op het standpunt dat wij weliswaar niet met elkaar gingen, maar dat mijn gedrag desondanks een onflatteus licht wierp op haar eigen bekoorlijkheden. Niet geheel logisch hield zij mij bovendien voor, dat het netter zou zijn om mijn aandacht aan de niet gebonden dames van het gezelschap te wijden. Zij zou mij zelfs wel kunnen aanwijzen wie vatbaar voor toenaderingen zouden kunnen zijn. Onnodig te zeggen dat ik -zorgelijk en gekweld, maar niettemin- genoot van alle aandacht.

Het werd snel mijn taak om Boukje -zo heette mijn uitverkorene- weer bij de groep te halen, als zij tijdens een gezamenlijk uitje van het gezelschap te lang achterbleef, en tragisch op een rustiek muurtje bleef zitten poseren. Wellicht wachtend op mij?, zo vroeg ik mij rillend af. Ik loste dat meestal op door haar eenvoudig op te tillen, over de schouder te werpen, -zij was gelukkig vrij tenger- en weer bij de rest neer te zetten. Deze procedure riep in ons beiden een zalige sensatie van wilde romantiek op, Wuthering Heights in Saint Tropez.

Smartelijk namen wij aan het eind van de vakantie afscheid. Diep in mijn hart was ik niet ongelukkig dat aan de relatie op deze vanzelfsprekende wijze een einde kwam, omdat ik nog veel lustigs verwachtte mee te maken tijdens mijn studententijd, die op het punt stond aan te breken. Niettemin schreef ik nog een vurige brief, die, zo bleek in haar wat bezorgde antwoord, door haar moeder geopend was. "Je begrijpt, er werd wel iets gezegd", meldde Boukje onderkoeld. Zij dacht mij niet snel te zullen vergeten, maar was voorts van mening dat het ook voor haar verloofde aangenamer zou zijn als wij onze herinneringen verder zouden koesteren, zonder pogingen tot verversing. End of affair.

Boukje is mij altijd bijgebleven, omdat ik in het contact met haar ondervonden heb hoe aantrekkelijk the lady in distress kan zijn, als ze maar mooi en enigszins onbereikbaar is. Romantiek: het bezit van de zaak dient nagejaagd, maar niet bereikt te worden, wil men de maximale emotionele voldoening uit de relatie peuren.

3 Een verhaal

Jannie Jacobs-van Diemen wordt aangemeld bij het dagcentrum wegens vreetbuien, alcoholmisbruik, somberheid, suicidepogingen, seksuele en relatieproblemen. (Ik beschreef haar eerder, Jannie en de Voo-Doo, TDT, 4,1; Joele 1976).

3.1 De intake

Het verhaal van de verwijzer geeft weinig reden tot optimisme. De suicidepogingen worden ernstiger -ze is met haar auto tegen een boom gereden- en ze is de laatste weken voorafgaand aan de intake mutistisch geworden. In het eerste gesprek zwijgt zij vrijwel voortdurend. De schaarse zinnen die ze laat horen, worden op een geaffecteerde, schijnbaar emotieloze manier uitgesproken. Ze glimlacht mysterieus, wanneer er vragen over haar gedrag gesteld worden. Haar ogen zwerven voortdurend heen en weer, en ze maakt een indruk alsof ze voortdurend in een toestand van ondraaglijke spanning verkeert. Ze vat in één zin trefzeker samen hoe ze zich voelt: "Ik houd dit niet uit"

Ik vind haar de moeilijkste patiënte die ik tot dan in het dagcentrum heb gezien. Tijdens het gesprek ben ik misschien weinig minder gespannen dan Jannie. Ik ben bezeten door de gedachte dat ik mij niet wil laten afschepen. Ze fascineert me. Dwars door alle spanning heen maakt ze een statige en waardige indruk. Ze domineert de bijeenkomst. Ik voel iets van wat ze moet opbrengen om niet in huilen, woede, of waanzin uit te barsten, en ben na vijftien minuten zeer bezorgd. Ik vrees dat ze heel makkelijk in een suicidale schemer kan raken. Haar echtgenoot Eric is bij het gesprek aanwezig. Hij is een bijzonder aardige, sensitieve man. Er bestaat duidelijk een liefdevolle relatie tussen Jannie en hem. Hij is wanhopig. Hij heeft tot op heden haar altijd weten op te vangen, maar de laatste tijd wordt hij onzeker. Hij durft de verantwoordelijkheid niet langer alleen aan.

Ik trek haar evidente weigering om zich te laten interviewen op mijn fatsoen. Als ze blijft weigeren me aan te kijken, zeg ik: "Ik doe erg mijn best om je te bereiken. Jij kijkt voortdurend alle kanten uit, behalve naar mij. Ik vind dat jij ook je best moet doen. Zou je me het plezier willen doen naar één punt te kijken? Als je niet naar mij kunt kijken, kijk dan naar een punt op de muur?" (De Ericksoniaanse keuze speelde absoluut geen rol bij die inval!) Ik teken met mijn pen een kruisje op de muur. Ze

glimlacht, en blijft vervolgens naar dat punt kijken. De toon van deze interventie is typerend voor de sfeer van de hele therapie: ze moet dikwijls met een grapje verleid worden. In de rest van het gesprek ben ik vrijwel voortdurend aan het woord. Ik geef uiting aan mijn bezorgdheid, en aan mijn weerzin om iemand die zo jong is, -ze is pas drieëntwintig jaar- zelfmoord te zien plegen. Ik maak op mijn witte paard duidelijk dat ik de beslissing om nu al een dergelijke zware beslissing te nemen weerzinwekkend vind. Ze kan niet van haar man en mij verwachten dat wij haar beslissing respecteren! Ik maak tevens duidelijk dat wij er eventueel ook niets aan kunnen veranderen. Ze communiceert voornamelijk door ja en nee te knikken, en we besluiten dat ze zal proberen het verblijf in het dagcentrum te verdragen. Na afloop van het gesprek ben ik nat van het zweet. Ik heb het gevoel dat ik met moeite een zware eerste ronde van een lang gevecht heb gewonnen.

In volgende gesprekken wordt ingegaan op de voorgeschiedenis. Zij komt uit een zeer disharmonisch gezin. Vader is vroeg overleden, en moeder kon het gezin niet aan, omdat ze frequent wegens depressies werd opgenomen. Jannie is altijd een dromerig meisje geweest, met wie moeilijk contact te leggen was. Er zijn weinig kinderneurotische verschijnselen die ze niet heeft vertoond. Ze heeft wegens alle problemen tussen haar derde en twaalfde jaar dikwijls in kindertehuizen verbleven. Onderwijs genoot ze op de LOM-school wegens woordblindheid. De relatie met moeder is altijd ambivalent geweest. Na de periode in de kindertehuizen lijkt moeder zich enerzijds in haar aanpak te hebben laten leiden door schuldgevoelens tegenover Jannie, tot uiting komend in overbezorgdheid, en anderzijds snel in paniek te zijn geraakt, wanneer zich normale opvoedingsproblemen voordeden. De broers en zussen namen het Jannie kwalijk wanneer moeder weer eens in paniek raakte.

De psychoseksuele ontwikkeling heeft niet of nauwelijks plaatsgevonden. Ze is primair anorgastisch. Debet daaraan is dat ze op haar zevende verkracht is door een familielid die daarvoor en daarna vele malen in APZ-en werd opgenomen. Ze kan de aanraking en zelfs aanwezigheid van mannen, ook van haar eigen echtgenoot, nauwelijks verdragen. Wel heeft ze een duidelijkje behoefte aan warmte, nabijheid en contact. Ze neemt het haar man kwalijk dat hij de ernst van haar suicidepogingen onderschat, en haar vermogen zich te beheersen overschat. Zij is zich ervan bewust dat zij op andere mensen dikwijls een kalme en weloverwogen indruk maakt. De mensen begrijpen niet dat dat komt omdat zij voortdurend bezig is dwangmatig te overwegen welk effect haar woorden zullen hebben, en welke indruk zij zal maken. Op school is het wisselend gegaan. Zij kiest uiteindelijk voor een opleiding tot

verpleegkundige. Dat gaat heel goed, zolang zij zich in het praktisch werk kan beperken tot de zorg voor zwakzinnige kinderen, of zwaar gehandicapten. Zij kan daar een duidelijk aanwezige behoefte kwijt om te verzorgen en warmte te geven op een heel directe en fysieke manier. Tijdens een trainingsweekend, waar over gevoelens gesproken moet worden, gaat het mis. Zij ontdekt hoezeer haar mogelijkheden om vrijelijk te spreken over wat haar beweegt, in negatieve zin afwijken van die van haar groepsgenoten. Ze raakt in paniek, gaat schemeren, en uit zich ernstig suïcidaal.

Haar echtgenoot, Eric, wordt door eerdere behandelaars omschreven als een onzekere, weinig krachtige man. Ik vind hem een aardige, gevoelige man, die wel door zijn ouders wat verwend is. Hij was thuis altijd de slimme en handige jongen. Hij is niet voorbereid in zijn opvoeding op het hanteren van problemen zoals Jannie die heeft. Ik ben onder de indruk van de warmte en de saamhorigheid die beiden tonen. Ze steunen elkaar in het spannende gesprek door elkaars hand vast te houden, en non-verbaal te controleren of hun mededelingen door de ander onderschreven worden.

3.2 De behandeling in het dagcentrum

In de groep op het dagcentrum is Jannie zwijgzaam, doch duidelijk aanwezig. Zij maakt haar instemming of afkeuring met de gang van zaken van de eerste dag af meer dan duidelijk. Ze heeft een duidelijk gezag bij haar groepsgenoten. Ze blijkt gefascineerd door de moeilijkheden van andere mensen. Het lijkt haar op te luchten, dat anderen ook problemen hebben. Geleidelijk ontwikkelt ze zich tot een co-therapeut in de groep. Ik blijf gefascineerd door de kracht die ze uitstraalt. Ondanks haar voortdurend gevecht tegen suicide gedachten -dat verneem ik later- corrigeert ze tactvol maar duidelijk actief theatraal begaafde groepsgenoten die een onevenredig deel van de beschikbare tijd consumeren. In de individuele gesprekken blijft ze klagen over spanning. Ik durf het niet aan om haar medicatie te stoppen. Ze gebruikt tot 150 mg. oxazepam en 100 mg. thioridazine per dag.

In de individuele gesprekken gaat het over twee hoofdthema's, de relatie met Eric, en haar angst om in een vlaag zichzelf iets aan te doen.

3.2.1 Het zwarte gat

Er is een groot contrast tussen Jannie's houding in de groep en tijdens de gesprekken met haar en Eric. In de groep is ze zwijgzaam, doch dominant; ze heeft gezag. Tijdens de individuele gesprekken is de sfeer zorgelijk: ze verwacht op korte termijn een einde aan haar leven te moeten maken, omdat ze de angst en de spanning niet langer zal kunnen verdragen. Ik probeer de angst concreet te maken. Ze praat over angst als over een "zwart gat": de angst voor het onbekende, die elke ontwikkeling in haar leven, elke overgave, elke ontspanning in de weg staat. Ik vergelijk die angst met een angst die ikzelf als kind had, wanneer ik een spannend boek las met plaatjes. Soms durfde ik een bladzijde niet om te slaan, omdat ik bang was dat de illustratie op de volgende bladzijde mij zou beangstigen. Het vervelende was dat ik daardoor ook de leuke bladzijden niet kon lezen. Zowel Eric als Jannie spreekt deze herformulering aan. Zij reageren trouwens allebei opvallend goed op positief herformuleren van hun problemen. Als verklaring voor het ontstaan van het zwarte gat stel ik dat Jannie de verkrachting nooit heeft kunnen verwerken, en dat alle vage angsten het gevolg zijn van het feit dat de vijand niet herkenbaar is. Niet de angst is het probleem, maar eerder de vaagheid ervan. Het is onmogelijk voor een kind van zeven jaar om een dergelijke verschrikking letterlijk of figuurlijk "onder ogen te zien". Misschien zou dat nu wel kunnen. Zouden wij de vijand niet wat definitievere contouren kunnen geven? Wij komen op Sandeman als personificatie van het zwarte gat. ("het geheim dat je deelt met Sandeman", een sherryreclame in die dagen, waarin een Zorroachtige, ongrijpbare figuur optrad). Voor we iets aan Jannie's angsten kunnen doen moeten we precies weten hoe Sandeman eruit ziet. De eerste opdracht wordt: teken jouw Sandeman.

Jannie kan erg goed tekenen en papier-machémaskers maken. Sandeman krijgt snel "armjes en beentjes". Jannie wordt aangemoedigd om Sandeman vooral in zijn belachelijke aspecten te portretteren. Zij krijgt de opdracht om een schietschijf te vervaardigen, waarop Sandeman in al zijn verschrikkelijkheid en belachelijkheid wordt afgebeeld. Als Jannie 's nachts angstig wakker schrikt, omdat Sandeman in de buurt is, moet ze tegen zichzelf zeggen: "Sandeman heeft een niet ingedaalde testikel, hij moet geopereerd worden". Bovendien zal ze darts gooien naar Sandeman, om hem, immers op heterdaad betrapt, te vernietigen. (Wellicht een préliminair ritueel, à la van der Hart, 1975.)

Howel ze nog wel eens een slaappilletje nodig heeft, leidt dit advies vrij snel tot een

goede nachtrust.

Overdag blijft ze gespannen. Er wordt nagegaan wat ze zelf aan oplossingen in huis heeft. Er blijkt een hiërarchie van wenselijkheid te bestaan. Jannie kan werken, hardlopen, vreten, of zelfmoordpogingen doen. De zelfmoordpogingen zijn natuurlijk een vervelende oplossing. Activiteiten blijken een alternatief te kunnen zijn. Autodestructiviteit wordt geherformuleerd tot onhandige pogingen om Sandeman te vernietigen, wat weet een kind van zeven jaar? We worden het eens op krantenscheuren als voorkeursoplossing, dat is actief, en voldoende destructief. De kranten zullen verzameld worden in een speciaal voor dit doel vervaardigde bak, die in de hal van de flat wordt opgehangen. Eric zal zorg dragen voor de verzameling van scheurmateriaal. Mocht scheuren falen, dan zal Jannie gaan houthakken op het balkon; als minder gewenste mogelijkheden zou ze nog een afgesproken hoeveelheid whisky kunnen consumeren, of een vreetbui krijgen. Mocht een vreetbui noodzakelijk zijn, dan zal er samen met Eric gevreten worden. Jannie zal dan een slaschotel van lage calorische waarde bereiden (-ze is veel te dik-) en die samen met haar echtgenoot verorberen.

Na of door deze adviezen verdwijnt de suicide dreiging. In de groep wordt door Jannie zelf uitgelegd dat ze af en toe zo gespannen is, en dat ze dan niets kan zeggen. Ze trekt zich dan even terug in een hoek van de groepskamer. Dit is overigens snel niet meer nodig.

3.2.2. De sexuele problemen worden aangepakt volgens Masters en Johnson. Jannie en Eric krijgen een coitusverbod, hetgeen geen van beiden bezwaarlijk vindt. Vanaf het moment dat de dreiging van penetratie wegvalt, wordt Jannie uitgesproken kroelerig, en er vindt wel coitus plaats! De coitus is niet pijnlijk meer, en het voorspel voor beiden zeer prettig. Aan het orgasme komt ze aanvankelijk niet toe, omdat ze er bang voor is. Telkens wanneer ze het voelt aankomen, verkilt ze. Het gevoel meegesleept te worden, controle te verliezen, ligt heel dicht bij de angst om in een zwart gat te vallen. Ik interpreteer dit positief: Jannie zal een orgasme krijgen op haar tijd. Ze is tenminste niet ten prooi gevallen aan de modieuze orgasmedwang. Ik verwacht dat het vanzelf wel goed zal komen.

3.3 Het poliklinisch vervolg

Na het ontslag uit het dagcentrum heb ik Jannie en Eric nog drie jaar poliklinisch begeleid, het eerst jaar in een frequentie van eenmaal per twee à drie weken, daarna

een maal per een à twee maanden. Het gaat goed met Jannie en Eric. De medicatie kan totaal gestopt worden, overigens pas tegen het einde van het contact. Er blijven twee problemen over. Enkele maanden na haar ontslag uit het dagcentrum begint zij zeer veel te eten en komt ? 25 kilo aan. Tijdens een gedragstherapeutisch programma om af te vallen vermagert zij te veel, gaat braken, en haar alcoholgebruik ontspoord, ze krijgt leverfunctiestoornissen. Ik interpreteer deze terugval als een gevolg van het feit dat ik Jannie en Eric niet voldoende heb voorbereid op de terugkeer in de maatschappij. Het is mijn schuld dat ik heb toegestaan dat ze weer aan het (vrijwilligers)werk is gegaan, het is mijn schuld dat ik niet heb onderkend dat ze nog steeds ertoe neigt zich te overspannen. Ondanks alle problemen beoordelen zowel Jannie als Eric de toestand als een grote verbetering ten opzichte van het nabije verleden. Ik bevorder dat ze in een rusthuis wordt opgenomen om tot zichzelf te komen. In dit rusthuis komt ze inderdaad tot rust. Ze gaat in het ritme van haar verblijf daar gewoon eten, ze stopt haar alcoholgebruik, en bereikt voor het eerst sinds jaren een normaal gewicht.

Na deze episode gaat het eigenlijk vanzelf. Jannie gaat aan het werk, ze wordt zeer gewaardeerd in haar vrijwilligersbaan. Na enkele maanden meldt het echtpaar bovendien, enigszins giechelig, dat "het" gebeurd is, Jannie is orgastisch geworden. Ik krijg een cadeautje! Ik houd het paar nog twee jaar onder controle, ? twee à drie maal per jaar. De pillen zijn totaal gestopt. Na het afsluiten van de behandeling krijg ik een kaartje: Jannie is zwanger geworden! Nog later verneem ik dat alles fantastisch is afgelopen.

Nog vele jaren nadien heb ik met Kerstmis kaarten ontvangen, waarop steeds vermeld werd dat alles goed ging, en dat ik me geen zorgen hoefde te maken.

Terugblik en Discussie

Waarom blijven patiënten je altijd bij? Niet alleen wanneer het spectaculair fout of goed is gegaan. Mij blijven die mensen bij waarbij ik heel sterk het gevoel had dat het op een of andere manier goed **moest** gaan, met andere woorden, die mensen waarvan de problematiek mij zeer persoonlijk aansprak en bewoog, bij problemen waarvan je dacht: "het moest Godverdomme niet mogen!" Jannie was de patiënte die voor mij personifieerde dat er in de jeugd verschrikkelijk veel mis kan gaan, zo mis, dat mensen niet toekomen aan de vervulling van de meest essentiële behoeften, te kort worden gedaan in hun fundamentele rechten: het recht op ontwikkeling in veiligheid, het recht op onschuld en het maken van vergissingen, het recht op eigen

ontwikkeling, los van de problemen van je ouders of opvoeders. Jannie had de blik in haar ogen die nu waar nemen valt wanneer de televisie beelden toont van de zwerfkinderen in Brazilië of, dichterbij huis, in Roemenie. Ouwelijke, gedesillusioneerde kinderen, op een leeftijd waarop illusies normaliter pas gevormd worden. Op de jeugdafdeling van Bloemendaal, Laanzicht, ben ik later nog dikwijls geconfronteerd met deze problemen. Tot op de dag van vandaag valt het mij moeilijk begrip op te brengen voor mensen die kinderen hun nooit te vervangen, eenmalig, recht op persoonlijke ontwikkeling ontnemen.

Wat heeft nu gewerkt in dit contact? Technisch werd gewerkt met herformuleren, een voorzichtig beleid ten aanzien van de medicatie, echtpaargesprekken, gedragstherapeutische interventies voor de vreetbuien, en een directe, congruente, metafore aanpak van de angst en suicidaliteit. (van Dijck, 1977). Op een ander niveau werd de patiënte duidelijk dat zij de moeite waard was. Ze werd verleid tot verbetering. Dat lukte, denk ik, door een positief effect van Jannies vermogen tot dissociëren: zij kon van een afstand naar zichzelf kijken, en was in staat om haar problemen te beschouwen als een corpus alienum waar tegen gevochten moest worden, wilde **zijzelf** overleven. Soms konden haar problemen zelfs geridiculiseerd worden: "Zo zuster, weer patiëntje aan het spelen? Één moment, dan trek ik mijn witte jas aan!" Deze relativerende benadering was alleen mogelijk in een sfeer waarbinnen het volkomen duidelijk was dat de therapeut zich in bochten wrong om verbetering te bereiken, of op z'n minst een glimlach te oogsten.

Waarom doet Jannie mij nu, wanneer ik na ? twaalf jaar opnieuw nadenk over deze behandeling, onweerstaanbaar aan Boukje denken? Erotiek heeft, denk ik geen rol gespeeld. Ik vond haar verre van aantrekkelijk, en in het algemeen wekken mensen met problemen mijn lustgevoelend niet op. Het tegendeel is eerder het geval. Wou ik Eric stiekum overwinnen? Lijkt me ook niet waarschijnlijk. Die jongen in de Wieringermeer interesseerde me niet, en Eric vond ik uitgesproken sympathiek, ik denk dat wij elkaar als bondgenoten zagen.

De overeenkomst in de contacten met Boukje en Jannie is dat aanvankelijk contact geweigerd werd, terwijl mij daarnaast op vele, subtiele, voor mij tot op de dag van vandaag niet volkomen te doorgronden manieren, werd duidelijk gemaakt dat de aanblik van de redder op z'n paard bij herhaling van de retorische galop wellicht beter in de smaak zou kunnen vallen. In beide gevallen heeft het de dames mogelijk prettig getroffen dat de ruiter van rijden hield, en diep gelukkig was met vriendelijk applaus, maar stevig genoeg in het zadel zat om te kunnen leven zonder

-12-

bewondering.

Elk mens wil behaagd en veroverd worden. Elk wezenlijk contact behelst overgave. Distantie daarbij is een noodzakelijke demonstratie van goede manieren, want "alles van waarde is weerloos". (Lucebert).

Maart 1992.

Maart 1992

Beste Vrienden,

We worden ook in het buitenland beroemd, welk een mooie brief toch!

Ik heb echter besloten het stuk naar de Archives te zenden.

Toch leuk. Niet?

Kees Hoogduin

THE LANCET

42 Bedford Square, London, WC1B 3SI
Telephone: 071-436 4981, Telex 291785, Fax 071-436 7550

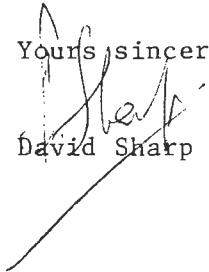
4 March 1992.

Dr. C.A.L. Hoogduin
Psychiatrist
Dept. of Psychiatry
Reinier de Graaf Gasthuis
2625 AD Delft
The Netherlands.

Dear Dr.Hoogduin,

The editors of the Lancet have been waiting for many months for the article you promised us in collaboration with dr.Hart and dr. Reinders. We think the time for action has by now arrived and therefore we urgently ask you to submit your fascinating article to the editorial board of our magazine. We can assure you that our readers will be most interested.

Yours sincerely.


David Sharp M.A.

Kees Hoogduin

Vaak werk je maar door zonder er bij stil te staan wat onze hulp voor de patiënten betekent. Gelukkig laten sommige patiënten je even stilstaan!

Met veel kunst- en vliegwerk slaagden we er in de heer Khushnood aan een verblijfsvergunning te helpen.

Hij schreef ons deze aardige brief.

De reden dat wij hem voor 'TDT' inzonden is het prachtig bijgeleverde vertaalwerk.

Reinier de Graaf Gasthuis
Reinier de Graafweg 2
2625 AD Delft-Ischiatrie .

Delft 29 oktober 1991.

Hooggeleede Dr. Prof. C.A.L. Hoogduin .

Hierbij wil ik arts v. Beek heel hartelijk danken voor alles wat hij voor mij heeft gedaan en nog doet.

Volgens mijn afghaanse cultuur moeten wij goede hulpvaardige mensen zoals U en Uw hooggewaardeerde artsen als Ar. v. Peek die in naam van de mensheid iedereen helpen, dankbaar zijn .

Dit heirinnerd mij aan " Dokters Zonder Grenzen " .

Moge God U Uw artsen en Uw belangrijke werk zegenen .

Hogachtel hartelijk bedankt voor alles .

Hoogachtend

Ir. E.A. Khushnood .

دانشمند محترم دکتور یوسف پورث . ا . ل . بهوخ دایم
بیش وسیله سخاوت و لطف و بیک زبانت نیکه نامبرده لایحه نوع کک و مساعت
دیخ نغمه مهر و تشکر نمایم .
ماذفانیه سعادت داریم انسا نهانوب و کک کنند سلا شخصه شکر و لطف و بیک
که بنام انسا و انسا نیت دارند بخدمت خدمت کنند و دروا انانید
خداوند شاد همه کس از سلا و سلا و طیفه شکر ان مساعت
پیروزباشید
ابن خیر ع . خوه

Opleidingen

Alfred Lange

Zoals mijn mederedacteuren bekend is verzorg ik al jaren opleidingen, die soms onder de vlag 'directief' varen, maar waar ook wel termen als 'directieve gezinstherapie' of 'gedragsveranderende gezinstherapie' voor worden gebruikt. Dat hangt een beetje af van de Vereniging waarvoor de cursus van belang is.

Zo liep er al vele jaren een cursus 'gedragsveranderende gezinstherapie' die ik op de Universiteit geef en die voor nogal wat talentvolle aankomende psychotherapeuten de basis is geweest voor een zinnige ontwikkeling in ons vak. Sommigen van ons hebben daarvan behoorlijk veel profijt gehad bij de keuze van hun personeel.

Sinds een half jaar is deze cursus veranderd: van vier naar zeven studiepunten. Langer dus. Dat vraagt om een nieuw draaiboek. Dat is gebeurd en omdat ik zo fatsoenlijk (lees: integer) ben heb ik dat nieuwe draaiboek in september 1991 ingestuurd naar de Specialistische Vereniging waar het thuis hoort: de VGT. U begrijpt dat het mij persoonlijk weinig kan schelen of men daar zijn 'goedkeuring' hecht aan iets dat ik als 'top' beschouw. Maar het kan voor sommige cursisten die druk met hun 'routes' in de weer zijn wel van belang zijn. Vandaar.

Bijgaand kunt u lezen welk antwoord ik op 17 januari van het jaar daarop mocht ontvangen en hoe ikzelf daar een kleine twee weken later weer op heb gereageerd. Ik moet daarbij misschien nog vermelden dat ik er tussentijds een telefonisch consult aan heb gewaagd bij een lid van de verantwoordelijke Opleidingscommissie dat ook nog in het Bestuur zit, de heer Korrelboom. Hij was ook niet gelukkig met de reglementen, maar regels zijn nou eenmaal regels. Waar heb ik dergelijke geluiden ooit eerder gehoord?

Kleine Kees zal begrijpen dat ik er niet vrolijk van werd. Temeer daar de voorzitter en een ander bestuurslid van deze club van ons zijn.

U treft deze correspondentie hier aan. Het kan zijn dat er tussen het tijdstip dat ik dit schrijf (29 jan. 1992) en het verschijnen van dit blad, nog wat nieuwe correspondentie is gevoerd. In dat geval treft u dat zonder nieuw commentaar eveneens aan.

Universiteit van Amsterdam
Vakgroep klinische psychologie
T.a.v. de heer A. Lange
-Roeterstraat 15
1018 WB AMSTERDAM

Utrecht, 17 januari 1992

Geachte heer Lange,

Tot mijn spijt moet ik U meedelen, dat de Opleidingscommissie niet positief kan reageren op uw verzoek dd. 16/9/'91, om de cursus 'Gedragsveranderende Gezins- en Relatietherapie' als Basis cursus voor de VGt te erkennen.

Op de volgende punten voldoet uw cursus niet aan de formele eisen die de VGt sinds januari 1991 stelt aan basis cursussen:

- Er zijn 15 cursisten en een erkende supervisor/opleider. Bij meer dan 12 cursisten behoort een extra erkende opleider aanwezig te zijn.
- Er zijn slechts 42 uren waarbij de hoofddocent aanwezig is. Tegenwoordig zijn minimaal 100 van dergelijke contacturen vereist.
- Cursisten mogen van U 3 centrale zittingen (=20%) missen en kunnen dan toch nog slagen voor de cursus. Volgens de VGt-normen mag maar 10% worden gemist.

Ook weer sinds januari 1991 worden een aantal inhoudelijke eisen aan VGt-cursussen gesteld. Ongeacht de bovengenoemde bezwaren, is het op een aantal punten twijfelachtig, of uw cursus in de huidige vorm daaraan voldoet.

Zo dienen een aantal uren expliciet te worden besteed aan het leermodel en aan de functie-analyse. De toepassing van deze beide onderwerpen op individueel gebied lijkt in uw cursus nogal mager.

In de huidige vorm lijkt uw cursus dan ook meer de vorm van een Vervolg-cursus te hebben.

Mocht U besluiten om uw cursus toch als basis cursus op de formele eisen van de VGt te willen laten aansluiten, dan lijkt het zinnig om vooral te overwegen het leermodel op individueel niveau meer expliciet in uw draaiboek op te nemen.

Overigens is het de vraag of uw cursisten erg gediend zijn bij een eventuele erkenning als Basiscursus. Tegenwoordig telt ook een door de VGt erkende Basiscursus niet meer mee voor het behalen van het VGt-lidmaatschap, wanneer deze Basiscursus voor het afleggen van het doctoraal examen is gevolgd.

Bijgesloten vindt U een overzicht van de eisen die de VGt op het ogenblik aan de diverse opleidingen stelt.

Met vriendelijke groet,
Namens de Opleidingscommissie,



X UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM
X
X FACULTEIT DER PSYCHOLOGIE

Dr. A. Lange
Vakgroep klinische psychologie
Universiteit van Amsterdam
Roetersstraat 15
1018 WB Amsterdam
Tel. 020-525.6822 / 6810 Fax 6391369
E-Mail adres: kp_Lange@macmail.psy.uva.nl.

Opleidingscommissie van de
Vereniging voor Gedragstherapie
Emmalaan 29
3581 HN Utrecht

29 januari 1992

Betreft: Kursus gedragsveranderende gezins- en relatietherapie

Geachte commissie,

Uw brief van 17 januari 1992, betreffende de door mij in september 1991 ter beoordeling ingediende cursus, geeft aanleiding tot enige toelichting mijnerzijds.

1. Ik ben het volledig met u eens dat deze cursus inhoudelijk niet voldoet aan de eisen van een basiskursus. Dat is ook niet de bedoeling geweest. Het is een echte vervolgcursus, met het oogmerk om deelnemers met een bepaald deelgebied binnen de gedragstherapie kennis te laten maken en er ervaring mee op te doen. Het spijt me dat ik wat dat betreft een verkeerde indruk heb gewekt.

2. U refereert aan bepaalde formele eisen waaraan deze cursus, zelfs voor een vervolgcursus, niet zou voldoen. Daarover wil ik u het volgende ter overweging geven:

- Er is een maximum van 15 deelnemers gesteld. Dat zou teveel zijn, gezien het feit dat de andere opleiders geen erkende VGT opleiders zijn. Formeel kunt u zich daar natuurlijk aan houden. Maar ik ga ervan uit dat u toch iets meer doet dan alleen boekhoudkundig werk en ook in acht neemt hoe een cursus is opgebouwd. Mijn cursus is bijzonder sterk gestructureerd, gebaseerd op vele jaren didactische ervaring en opbouw. De mededocenten voeren de cursus al jaren met mij uit en zijn zeer vertrouwd met het lesmateriaal. Hun belangrijke aandeel is het geven van feedback tijdens de oefengedeeltes waarin de groep in drie delen wordt gesplitst (groepjes van 5 deelnemers). Ik vraag me af wat beter is: Eén erkende docent met 12 deelnemers, die tijdens het oefenen een beetje moet rondlopen als hij de groep splitst of mijn oplossing, waarbij elke cursist gedurende de volledige tijd feedback

krijgt van docenten, die weliswaar niet alledrie erkend zijn door de VGT maar wel volledig zijn getraind voor deze cursus door een zeer ervaren opleider.

3. Er schijnt een nieuwe regel te zijn dat een vervolgkursus minimaal 100 contacturen moet bevatten. Deze regel was mij niet bekend en ik vind hem onzalig omdat het dodelijk is voor de flexibiliteit van de opleidingen. Hij zal t.z.t. wel weer worden afgeschaft. Maar daar gaat het nu niet om. Waar het mij om gaat is dat ook hier in uw beoordeling enkel boekhoudkundig is gekeken en ik u wil verzoeken de cursus ook inhoudelijk te evalueren. Bij de meeste cursussen die u ter beoordeling krijgt is er naast de contacturen vooral huiswerk in de vorm van literatuur en soms ook nog wat individuele praktische opdrachten. In mijn cursus zijn er wekelijks 8 begeleide werkuren (nog los van het huiswerk), die dan weliswaar niet zonder meer als contacturen kunnen worden betiteld omdat ik er niet zelf volledig bij ben, maar die wel sterk die richting uitgaan: de bijeenkomsten vinden hier op de vakgroep plaats. Ze worden door ons begeleid en gecontroleerd. De cursisten zijn daarbij verdeeld in kleine groepen, wat een maximale participatie impliceert en zij krijgen dermate concreet lesmateriaal (bijv. gestructureerde videobanden, waarover zij papers schrijven; rollenspel instructies) dat dit in diverse opzichten meer oplevert dan contacturen in een plenaire groep zouden opleveren. In totaal zijn er 104 van dit soort uren. Ik vraag u met klem om deze cursus in dit licht opnieuw te bezien.

4. Uw bezwaar tegen de absentie-norm van 20% vind ik correct. Ik wil dat graag veranderen en me aan de 10% norm houden.

5. Uw laatste opmerking over het nut voor studenten is juist. Maar ik stel de cursus altijd open voor een klein aantal afgestudeerden. Het gaat om deze personen.

Ik hoop dat u mijn toelichting positief behandelt aangezien het zeer jammer zou zijn als dergelijke cursussen op het gebied van de gezinstherapie waarvan er niet veel binnen de VGT gegeven worden terwijl de leden er wel behoefte aan hebben, door al teveel formalisme voor de Vereniging verloren zouden gaan.

Vriendelijke groeten,

A. Lange

IK en de Vaderlandsche Weetenschap

Kees van der Velden

Tijdens het intieme etentje met B. op vrijdagavond 15 mei had ik flink wat witte wijn tot mij genomen alsook enige glazen amaretto bij de cappuccino. Ik werd de volgende dag laat en moe wakker. Ik hoestte, stak een sigaret op, vond op de tast mijn leesbril, sloeg mijn kamerjas om, gaf Boris (niet de B van hierboven) zijn Miauw en besloot dat ik nog niet wilde leven. Ik zeeg neer in de bruine leren fauteuil in de werkkamer, stak andermaal een sigaret op en begon aan *de Volkskrant*. Ik las de politieke beschouwing van Jan-Joost Lindner, die al ruim twintig jaar iedere zaterdag tot de ontdekking komt dat CDA-ers schoften zijn, ik las Jan Blokker, die al meer dan twintig jaar zijn onderwerpen in dezelfde zware marinade van pis, azijn en okselzweet legt, waardoor al zijn stukken *van deze ingrediënten door trokken zijn*. Ik las de column van Vroon, die weer onrecht had ontdekt, en werkte mij door de bijlagen Vervolgens, Het Vervolg, Folio, Kwarto, Hierna, Aansluitend en Bovendien. (Traject gaat over landen waar allemaal enge dingen gebeuren, dus dat las ik niet.) Mijn asbak was vol toen een plof in de gang aankondigde dat de NRC was gearriveerd. Ik klopte de asbak leeg in de vuilnisbak, raapte de NRC van de mat en vervolgde mijn lectuur. (Van ontbijten word ik een beetje misselijk. Van koffie houd ik wel, maar het maken van cappuccino kan soms erg veel werk zijn, dus dronk ik geen koffie. Ik volstond met het opsteken van *Marlboro's.*)

Op de opiniepagina lachte mij het kopje van Christien Brinkgreve toe. Sinds zij Kees Hoogduin gezegd heeft dat ik 'een fantastische vader' ben - zij zag mij negen jaar geleden met mijn zoon Stipje bij een televisie-uitzending - voel ik enige sympathie voor haar, ook het feit dat zij de levenspartner is van droogkomek AJHvV neemt mij voor haar in, maar eerlijk gezegd is haar column is net zo vervelend als die van Rita Kohnstamm. Haar onderwerp was *De opkomst van de sociale fobie*, het proefschrift van Wouter Gomperts.



Het kopje

De beschouwing sleepte zich voort - sociale fobie is niet goed, maar verlegenheid is toch ook niet slecht, hoewel erge verlegenheid hinderlijk is enz., enz -, tot ik, aan het eind van haar stukje enkele regels tegenkwam die ik onmiddellijk herkende. Ik was meteen wakker.

over al te succesvolle en totaal ingezette assertiviteitstrainingen. Is er nog een weg terug? Het is alweer de psychotherapie die uitkomst kan bieden door een behandeling tegen 'hyperassertiviteit', al behoort dit niet tot het gangbare takenpakket. De hyperassertieven wordt, zo vermeldt Gomperts, in een aantal zittingen geleerd geleidelijk minder zelfbewust, zelfingenomen en direct te worden: verlegenheid, zelfkritiek, onhandigheid en een meer binnenmondse manier van communiceren werden als alternatieve vaardigheden aangeleerd en versterkt.

Een rage zal het niet gauw worden, maar het geeft hoop op een eerherstel aan de verlegenen. Ook zonder training kunnen ze natuurlijk gewoon verlegen blijven. Meer bestaansrecht voor de onhandigen, verlegenen en onzekeren zou deze sociaal achtergeraakte categorie al op een beter spoor zetten. En het algemene sociale klimaat zou er flink van opknappen.

...enkele regels die ik onmiddellijk herkende...

Ik had ze zelf geschreven, in het komische stuk *Training in subassertiviteit; naar een gestructureerde aanpak*.

In dit hoofdstuk wordt een groepstherapie beschreven voor overassertieve cliënten. In een tien-zittingenprogramma werd de deelnemers geleerd geleidelijk minder zelfbewust, zelfingenomen en direct te worden; verlegenheid, zelfkritiek, onhandigheid en een meer binnensmondse manier van communiceren werden als alternatieve vaardigheden aangeleerd en versterkt.

...ik had ze zelf geschreven...

Zou Bringre^kve..., zou Gomperts...

Mijn kater was over.

Ik kleepte mij aan en haastte mij naar Donner, waar Gomperts' boek in hoge stapels op kopers wachtte. 't Kostte vijfenveertig gulden, maar dat kon me niet schelen. Nog in de winkel keek ik naar de literatuurlijst. Ik kwam er inderdaad in voor. Het boek had helaas geen index, zodat het door zou moeten lezen om het citaat op het spoor te komen.

Thuis gekomen schonk ik mij een overheerlijk glas koude wijn in, brak een vers pakje Marlboro aan en zocht. Op pagina 111 was het raak.

In de hedendaagse omgangsvormen is niet alleen verlegenheid, sociale angst en subassertiviteit taboe, maar is ook het omgekeerde, de zogenaamde 'hyperassertiviteit' verkeerdt, en een reden voor behandeling. Het therapeutisch curiosum van de 'training in subassertiviteit, een groepstherapie voor hyperassertieve mensen' werd in 1977 beschreven door Van der Velden. Zes mannen, twee vrouwen werd in een tiental zittingen geleerd 'geleidelijk minder zelfbewust, zelfingenomen en direct te worden; verlegenheid, zelfkritiek, onhandigheid en een meer binnensmondse manier van communiceren werden als alternatieve vaardigheden aangeleerd en versterkt' (Van der Velden 1977, p. 457). Bij aanmelding waren de deelnemers 'allen ingenomen met hun uiterlijk, intelligentie en sociale vaardigheden (...); met name bleken de vaardigheden stotteren, blozen, struikelen rudimentair ontwikkeld' (idem, p. 460). Een dame had zich aangemeld op aandringen van haar dochter, omdat zij de gewoonte had aan haar dochter te gaan trekken wanneer die langer bij een etalage verwijlde dan cliënte wenselijk vond. Twee deelnemers kwamen na onenigheid met ondergeschikten, de een omdat hij kritiek had geuit op de kleding en het figuur van een werkneemster, de ander omdat hij ongevraagd sigaretten nam uit het pakje van zijn mindere. Een leraar Duits had zich aangemeld omdat een vrouwelijke collega er hinder van had dat hij alsmäär ongevraagd over zijn levensbeschouwing placht te praten.

6 DE SOCIALE FOBIE EN DE REPRODUKTIE VAN SOCIALE-DISTINCTIEVERTOON

De afgenomen machtsverschillen en het ideaal van sociale gelijkheid vragen een omgangsvorm waarin wordt afgezien van openlijke zelfverheffing, zelfverlaging, dwanguitoefening of gewoontegetrouwe inschikkelijkheid. Binnen enkele tientallen jaren zijn de normen en de omgangsvormen wat dat betreft veranderd, is de directe omgang tussen bijvoorbeeld jongeren en ouderen, mannen en vrouwen, hogeren en lagere niet meer strikt gereguleerd door hun sociale afstand, en

III

... op pagina 111 was het raak...

Ik belde Richard. 'Om te huilen van de lach', zei ik. 'Om te huilen', zei hij. Ik belde H, ik belde Fred, ik belde Ben, enfin, ik moest zo vaak bellen dat het handiger bleek de fles witte wijn met het glas naast de telefoon te plaats.

Ik besloot een brief te schrijven naar de NRC.

Wat zou Gomperts doen wanneer hij erachter zou komen dat hij zich bij de neus had laten nemen? Ik had ooit eerder een auteur in het openbaar op enkele fouten gewezen en was, vlak voor het verschijnen van mijn stuk, in^ens doodsbang

geworden dat de aangevallene zich terstond van het leven zou beroven. Gevolg van de publikatie van mijn bezwaren zou immers zijn dat de man voor eens en altijd zou zijn uitgesloten van het enige dat hij wilde bereiken: het hoogleer-, het hoogleer-, het heerlijke, hoge hoogleraarschap! (Toen ik Richard mijn zorgen vertelde moest hij wèl huilen van het lachen: 'Hahaha! Zelfmoord? Daar is J veel te narcistisch voor! Dat zou hij zonde vinden voor de wereld!')

Enkele dagen later wist ik hoe Gomperts reageerde. 'Ik heb het hem verteld', zei Fred, 'maar het kon hem niet schelen. "Als zoiets gepubliceerd is moet je erop kunnen vertrouwen", was zijn antwoord.'

Mijn brief naar de NRC gaf ik de kop: *Was ik niet grappig genoeg?*

Deze titel werd door de redactie gewijzigd (in een betere), en op zaterdag 23 mei 1992 stond op de mooiste plaats in de NRC (midden op de opiniepagina) het volgende artikel:

Neptherapie haalde dissertatie

NRC 23/5/92

Door Kees van der Velden

Begin jaren tachtig waren cursussen in zelfbewust optreden (assertiviteitstrainingen) volop in de mode. Schuchtere en onhandige mensen werd door psychotherapeuten geleerd hoe zij 'voor zichzelf konden opkomen'. Menige muurbloem zal hier voordeel bij hebben gehad. Maar aan de droevige werkelijkheid dat brutale en bazige mensen veel meer narigheid veroorzaken dan verlegen types werd in de psychotherapie geheel voorbijgegaan.

Om hierop te wijzen, en om de lezer aan het lachen te brengen, zoog ik in 1980 het verslag van een 'Training in subassertiviteit' uit mijn duim. In deze training werd een groep zelfverzekerde dames en heren geleerd te stotteren, te blozen en aan zichzelf te twifelen, tot genoeg van de mensen in hun omgeving, die de dupe van hun arrogantie waren geweest, en ten slotte ook tot genoeg van henzelf, onder meer omdat de mensen in hun omgeving aardiger voor hen werden. Bij bevriende collega's leidde mijn verhaal inderdaad tot vro-

lijkheid. Het werd in 1980 officieel gepubliceerd, als epiloog van *Directieve therapie 2* (Van Loghum Slaterus, Deventer).

In 1981 overwoog een psycholoog serieus een dergelijke training te beginnen. De plannen werden geannuleerd nadat hem duidelijk was gemaakt dat zijn voorbeeld was verzonnen.

In haar column *Moderne angstdroom* van 16 mei bespreekt Christien Brinkgreve het proefschrift *De opkomst van de sociale fobie* van Wouter Gomperts. Aan het slot van haar stuk citeert zij enkele opmerkingen van Gomperts over mijn behandeling van 'hyperassertieven'. Zouden zij en Gomperts niet begrepen hebben dat ik alleen maar geprobeerd had te spotten?

Op pagina 111 van Gomperts' boek wordt mijn 'training in subassertiviteit' — 'een therapeutisch curiosum' volgens Gomperts — in alle ernst naverteld; ook enkele van de door mij gefantaseer-

de cliënten worden genoemd.

Had Gomperts kunnen weten dat het niet om een serieuze therapie ging?

Bij de publikatie in *Directieve therapie 2* werd vermeld: „Dit hoofdstuk is eerder gepubliceerd in *Acta Pseudologica et Fantastica Neerlandica*, 1977, 4, p. 316-344'. Dergelijke 'acta' bestaan natuurlijk niet. (Opmerkelijk is dat Gomperts 1977 als het jaar van verschijnen van mijn publikatie noemt, daarmee de indruk wekkend dat hij de oorspronkelijke 'acta' onder ogen heeft gehad.)

Ook het hoofdstuk zelf bevat tal van aanwijzingen die het hoogst onaannemelijk maken dat de beschreven therapie ooit heeft plaatsgehad. Ik noem er twee.

- Er wordt gerefereerd aan de zogeheten *Basic Timidity Therapy*, een soort behandeling waarvan nooit iemand gehoord heeft.

- Er wordt naar literatuur verwezen die nooit is verschenen. Voor-

beeld: „Sopper, P. de (1977). *Onbeschouftheid als Psychiatrisch Fenomeen*. Ongepubliceerd stencil. Schiedam”.

Toen het hoofdstuk herdrukt werd in *Anna Karenina en de plastic zak* (Van Loghum Slaterus, Deventer, z.j.) voegde ik voor alle zekerheid uitdrukkelijk toe dat het schertsend bedoeld was, maar dit is Gomperts en Brinkgreve blijkbaar ontgaan.

Een conclusie is dat in de sociale wetenschappen een op geen enkel verifieerbaar gegeven gebaseerde publikatie een status kan verwerven, ook al heeft de auteur van deze publikatie aangegeven dat hij slechts nonsens produceerde.

Een voor de hand liggende vraag is hoe vaak in de sociale wetenschappen publikaties ernstig worden genomen van auteurs die *verzuimden* te vermelden dat aan hun geschrift geen enkel verifieerbaar gegeven ten grondslag lag.

De auteur is psychotherapeut en hoofdredacteur van het kwartaalblad *Directieve Therapie*.

Benelux-voorzitterschap is stap terug

Van Gomperts en Brinkgreve heb ik niets meer vernomen.

Paul Schnabel, die het boek vrij lovend besproken had, stuurde een aardige brief (zie de volgende pagina).

— Elbeth Ety

Voor mij blijft de vraag hoe het toch mogelijk is dat ik er zo van kan genieten iemand een hak te zetten terwijl ik niet beter weet dan dat ik met iedereen het allerbeste voor heb.

61

**Netherlands School
of
Public Health**

Dr. G. Zoutendijk, voorzitter
Prof.dr. P. Schnabel, decaan

De heer C. van der Velden
K.P. van der Mandelelaan 10
3062 MB ROTTERDAM

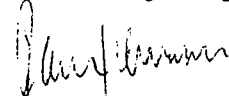
kenmerk: 92111DI

Utrecht, 27 mei 1992

Beste Kees,

dus toch! Ik las Gomperts' dissertatie en bij de paragraaf over subassertiviteitstraining dacht ik, 'dit is een grap'. Ik dacht eerst van Gomperts zelf, ik kijk in de literatuurlijst en zie een verwijzing naar Directie en Therapie. Dus toch echt, dacht ik, op de serieuze roep van het medium afgaande, en vervolgens dacht ik, dat valt me toch tegen van Kees, dat hij zich met zulke onzin bezighoudt. Ik heb er dan in mijn bespreking ook maar niets van gezegd, het leek me te schadelijk voor de naam van de GGZ. Was ik toch maar mijn intuïtie blijven volgen. Wat zal je een pret gehad hebben.

Hartelijke groeten,



Paul Schnabel

in de NRC

IK en de Vaderlandsche Weetenschap (2)

Kees van der Velden

Het verhaal is nog niet ten einde.

Van mijn broer, redacteur bij NRC Handelsblad, hoorde ik dat Elsbeth Etty, medewerker van de opiniepagina, opdracht had gekregen om Van Loghum Slaterus - tegenwoordig Bohn Stafleu Van Loghum - te bellen om te vragen of het boekje *Anna Karenina en de plastic zak* wel echt bestond. Men vreesde blijkbaar ook zelf in de boot genomen te worden.

Op 5 juni kreeg ik deze brief van dr. W. Gomperts:

4 juni 1992

Geachte heer Van der Velden,

Proficiat! Ik ben helemaal in uw grapje van vroeger gevlogen. In mijn enthousiasme heb ik over uw aanwijzingen heengelezen. Hopelijk deed ik u daarmee na zoveel jaren nog plezier.

Toch is ook een excuus van mijn kant op zijn plaats: het spijt me als er door mijn (naar ik hoop omvangrijke) lezerspubliek om u gelachen wordt vanwege de malle therapiepraktijk die ik u (naar mij nu blijkt ten onrechte) heb toegeschreven. Zo grappig wilt u wellicht nou ook weer niet zijn.

Na uw reactie in de NRC moest ik een beetje lachen als een boer die kiespijn heeft, maar wat erger is, ik werd ook een beetje zenuwachtig: krijg ik nu processen aan mijn broek van Amerikaanse psychiaters uit de vorige eeuw omdat ik ze citeer in hun bewering dat zwarten gek van de vrijheid zouden worden en vrouwen voor hun geestelijke gezondheid niet mochten fietsen en studeren (p. 31-37)? Want dat alles was natuurlijk ook een grap.

Vriendelijke groet,

Wouter van der B.

De eerste alinea's zijn wel aardig, vind ik, maar het slot is een beetje verward. Zouden dode Amerikaanse psychiaters iemand nog een proces kunnen aandoen?

Ik kijk graag naar *LA Law*, zag daar de meest buitennissige processen, maar procederende overledenen mocht ik in deze serie nog niet aantreffen.

Dat het Gomperts moeilijk valt zijn vergissing toe te geven blijkt ook uit *Folia*, het weekblad voor de Universiteit van Amsterdam, dat op 5 juni op de voorpagina het volgende bericht had:

'SCHATTIG MAAR OOK LICHT GÉNANT'

PROMOVENDUS STINKT IN NEPTHERAPIE

Folia
5/6/92

Klinisch psycholoog *dr. W. Gomperts* verwijst in zijn proefschrift 'De opkomst van de sociale fobie', waarop hij 14 mei promoveerde, naar een therapie die in werkelijkheid nooit bestaan heeft. *Prof.dr. N.H. Frijda*, lid van de promotiecommissie, vindt het 'schattig dat Gomperts er in gestonken is, maar ook licht gênant. Zowel voor de promovendus als voor de promotiecommissie.'

Gomperts beschrijft in zijn boek een tegenhanger van de assertiviteitstrainingen die in de jaren tachtig in de mode kwamen, een 'training in subassertiviteit, een groepstherapie voor assertieve mensen.' Hyperassertieve mensen zou verlegenheid en onhandigheid aangeleerd worden. De bedenker van de therapie, de psychotherapeut en hoofdredacteur van het kwartaalblad *Directieve Therapie K. van der Velden*, schrijft op 23 mei in *NRC/Handelsblad* dat hij deze therapie in 1980 voor de grap uit zijn duim gezogen heeft. 'Op pagina 111 van Gomperts' boek wordt mijn training in subassertiviteit - een therapeutisch curiosum volgens Gomperts - in alle ernst naverteld; ook enkele van de door mij gefantaseerde cliënten worden genoemd.' Volgens Van der Velden had Gomperts kunnen weten dat het artikel waarnaar deze verwijst over een neptherapie ging. Zo wordt er in het stuk van Van der Velden 'gerefereerd aan de *Basic Timidity Therapy*, een soort behandeling waarvan nooit iemand gehoord heeft. Er wordt naar literatuur verwezen die nooit is verschenen. Voorbeeld: *Sopper, P. de (1977) Onbeschoftheid als Psychiatrisch Fenomen*.



Gomperts

meen. Ongepubliceerd stencil. Schiedam.'

Gomperts zegt niet te weten hoe hij deze fout heeft kunnen maken. 'Ik ben er

inderdaad ingevlogen, maar ik wil nog nazoeken of ik het wel écht had kunnen zien. Natuurlijk vond ik het een heel vreemde therapie. Dat was de reden waarom ik hem genoemd heb: ik wilde aan de hand van een aantal voorbeelden laten zien dat psychologen in de loop der tijd verschillende ideeën en oplossingen hadden over onderwerpen. Zo schrijf ik bijvoorbeeld over een artikel in het *British Medical Journal* waarin wordt beweerd dat fietsen de hersenen van de vrouw te veel deed trillen. En dat er medisch-psychiatrisch beargumenteerd werd dat de slavernij moest blijven bestaan, ter voorkoming van zenuwziekten bij zwarten. Ik vind het niet zo raar dat ik dacht dat de therapie van Van der Velden bestaan heeft. In de voorpublicatie van mijn boek, heb ik haar ook genoemd en daar heeft niemand op gereageerd.'

Gomperts is niet de enige die de training in subassertiviteit serieus heeft genomen. Van der Velden schrijft in *NRC/Handelsblad* dat 'in 1981 een psycholoog serieus overwoog een dergelijke therapie te beginnen. De plannen werden geannuleerd nadat hem duidelijk was gemaakt dat zijn voorbeeld verzonnen was.' (JK)

FACULTEITEN 'OP DE RAND VAN ARMOEDE'

TROESTANN TWEENI OPIE IC

De opmerkingen van Frijda vind ik goed: eerlijk, maar hij laat zijn promovendus niet vallen.

Een belangrijke vraag is hoe het nu eigenlijk mogelijk is dat zoveel toch niet apert domme mensen bereid waren aan te nemen dat deze behandeling van hyperassertiviteit inderdaad had plaatsgevonden.

Verklaring één, verwoord door Fons Vansteenwegen, luidt dat het deze mensen aan *gezond verstand* ontbreekt.

Verklaring twee, verwoord door Anita Jansen, luidt dat dit soort misverstanden ontstaat *wanneer men zich een oordeel aanmatigt over zaken waar men geen verstand van heeft*.

Wanneer ik in een tijdschrift voor weg- en waterbouw een artikel zou aantreffen van een ingenieur die beweert dat hij erin geslaagd is een brug te bouwen die aan beide uiteinden slechts door lucht wordt ondersteund, zou ik ernstig betwijfelen of zoiets wel mogelijk is, maar wanneer hij zou toevoegen dat zo'n brug alleen gebouwd kan worden is in een omgeving waarin koolzaad en bereklauw in de juiste verhouding worden aangeplant, zou ik misschien denken: 'Ja, wie weet. De redactie zal het stuk toch wel grondig beoordeeld hebben.'

Mijn goedgelovigheid past enigszins bij de verklaring die Vansteenwegen biedt en heel sterk bij die van Jansen.

Om Gomperts' vergissing te begrijpen zijn beide verklaringen overbodig: hij heeft gewoon niet goed gelezen.

Voor de leden van de promotiecommissie zou ook kunnen gelden dat zij de passage in het proefschrift over het hoofd gezien hebben (bijvoorbeeld door tijdgebrek), in de veronderstelling dat medecommissieleden zich consciëntieuzer van hun taak zouden kwijten.