



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Een behandeling van chronische angst om te plassen

Alfred Lange*

Samenvatting

Dit artikel bevat de beschrijving door een 75-jarige cliënt, van de wijze waarop hij de behandeling van zijn al veertig jaar durende angst om te plassen heeft ervaren. Daaropvolgend geeft de auteur commentaar op dit relaas over de voornamelijk uit paradoxale intentie en exposure bestaande behandeling. In dit commentaar wordt o.a. ingegaan op de cognitieve aspecten die in de behandeling een rol hebben gespeeld, evenals op het belang van motiveringstechnieken bij dergelijk moeilijk te behandelen chronische klachten.

Inleiding

De angst om niet te kunnen plassen komt, vergeleken met de meeste andere angststoornissen, weinig voor. Ascher (1979) noemt een klein aantal publikaties waarin de klacht wordt beschreven. In het algemeen gaat het om mannen die bang zijn dat het niet zal lukken een plas te produceren, en vervolgens vermijden om buiten hun eigen woning naar het toilet te gaan. Hun actieradius wordt hierdoor danig beperkt. In de door Ascher genoemde publikaties komt een scala van interventies aan bod, zoals klassieke conditionering (Cooper, 1965), assertieve training (Barnard, Flesher & Steinbook, 1966), systematische desensitizatie (Anderson, 1977; Elliot, 1967) en 'prolonged exposure' (Lamontagne & Marks, 1973).

Volgens Ascher zijn de conventionele behandelingsmethoden vaak niet afdoende, op grond waarvan hij aanbeveelt, zo nodig, paradoxale intentie te gebruiken (Frankl, 1960). In de door hem beschreven vijf gevallen wordt na de achtste zitting van behandelingen, die daarvóór voornamelijk uit mislukte desensitizatie hadden bestaan, een paradoxale werkwijze gevolgd. Deze bestond eruit de cliënt te instrueren in de angstwekkende situaties naar het toilet te gaan, alle handelingen te verrichten die bij het plassen behoren, maar vooral niet te plassen. Hierbij kan men zich afvragen of het wel om paradoxale intentie gaat. Daarbij hoort immers vooral het oproepen van de angst. Dat het om een paradoxale opdracht gaat, staat in ieder geval buiten kijf.

In de behandeling die hier wordt gepresenteerd heb ik getracht de paradoxale benadering van Ascher te repliceren. Het gaat om een 75-jarige getrouwde man met een vrij beroep, dat hij ongehinderd door zijn leeftijd uitoefent. Hij had al ruim veertig jaar ernstig last van angst om te plassen. Deze beheerste zijn leven. Ook in zijn eigen huis, als er bijvoorbeeld iemand zou komen logeren, moest hij diverse voorzorgsmaatregelen treffen om te kunnen plassen. Zelfs bij de wekelijkse logeerp partij van zijn kleindochter was dit het geval. Hij had er verschillende therapieën voor ondergaan, die zonder succes waren gebleven.

In de beschrijving van de behandeling hebben wij (de cliënt en ik) gekozen voor een vrij ongebruikelijke vorm. Eerst komt de cliënt aan het woord. Hij beschrijft (volledig

* DR. A. LANGE is hoogleraar in de klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam.

in zijn eigen woorden en stijl) hoe de behandeling volgens hem is verlopen, wat hij daarbij heeft ervaren en wat de belangrijke elementen waren. Daarna volgt in de vorm van een aantal 'noten' en ten slotte in een nabeschouwing het commentaar van de therapeut (AL). In de tekst van de cliënt (die zichzelf voor deze gelegenheid Han Tisser heeft genoemd) is door middel van cijfers aangegeven op welke onderdelen van de tekst mijn commentaren betrekking hebben.

De behandeling beschreven door de cliënt

Een jaar na de oorlog, op 28-jarige leeftijd, ging ik met een vriend naar Denemarken, waar we in een stadje bij Deense vrienden zouden logeren. De eerste dag bij aankomst in Kopenhagen vonden we onderdak bij ons onbekende mensen. Toen ik 's avonds voor het slapen gaan een plas wilde doen, lukte dat niet. Ik vermoed nu dat dit een fysieke oorzaak had, maar ik onderging dat niet als zodanig. Ik was zeer ontdaan. 's Nachts heb ik verschillende keren geprobeerd of het alsnog lukte, maar dat was vergeefs. Dit was de inleiding tot een zeer moeilijke periode.

We zwierven vier maanden door Denemarken en Noorwegen. Mijn vriend bracht ik niet op de hoogte van mijn situatie; ik durfde er niet over te spreken. Alleen als de aandrang zeer sterk was kon ik al die tijd slechts plassen als ik ongemerkt op een WC kon belanden. Ik heb wel enige weken alleen op een appartement gezeten. Daar speelde het probleem mij dan geen parten.

Bij terugkeer in Nederland verwachtte ik dat alles zich weer zou herstellen als ik in mijn eigen kamer zou zijn. Dat viel tegen. Ik woonde in een groot huis, samen met anderen. In het huis was maar één WC. Urineren deed ik meestal in de wasbak op mijn kamer.

Op 30-jarige leeftijd ben ik getrouwd. Mijn vrouw was toen de enige die van mijn handicap op de hoogte was. Wel ben ik een keer met de klacht naar mijn huisarts gegaan. Die heeft mij kalmerings-pilletjes gegeven. Langzamerhand vond ik in de veiligheid van het gezin en ons huis een modus om met mijn probleem te leven, alhoewel dat met veel vermijdingen gepaard ging. Ik logeerde nooit bij andere mensen en ik vermeed situaties waarin ik zólang in een huis of andere lokatie zou moeten verblijven dat het moment van 'moeten-plassen' onvermijdelijk zou worden. Het plassen stond altijd onder controle. Als ik op een dag een wat langdurige activiteit buitenshuis moest verrichten, werd door mij berekend dat het zo zou uitpakken dat ik juist vóór vertrek van huis zou kunnen plassen. Dat hield in dat soms een plas werd opgehouden tot het moment van vertrek.

Ik heb mij nogal wat dingen ontzegd en allerlei sociale contacten op een afstand gehouden, wat niet strookte met mijn behoefte daaraan. Toch zou er op deze wijze te leven zijn geweest, ware het niet dat ik af en toe een inzinking kreeg. Dat gebeurde met tussenpozen van een paar jaar en soms frequenter. Waarschijnlijk sloeg dan de angst en fixatie op het plassen toe in periodes dat ik labiel was door ontmoedigen in het leven of door teleurstellingen. Hier kan van alles ingevuld worden. De fixatie hield in dat ik voortdurend angst had voor iedere volgende keer dat ik aandrang zou voelen om te moeten plassen. Dit liep dan uit op een dieptepunt waarin ik op mijn eigen WC in mijn eigen veilige huis niet kon plassen, hoe sterk de aandrang ook was. Op het cruciale moment verkrampte de autonome spier. Ik stond dan trillend voor de pot, in diepe wanhoop vrezend dat ik nooit meer zou kunnen plassen. Ik vond mijzelf op zo'n moment een abnormaal iemand. Hierop volgden meestal enige dagen van onafgebroken doormalen.

Toch herstelde ik mij altijd. Ondanks mijzelf kwam het leven weer terug tot normale proporties. Ik had de ervaring dat ik noch de neergang noch het weer terugkomen in normale

toestand in de hand had. Maar daar deed ik niets mee. Ik had ook kunnen leren dat het angstig doemdenken tot niets leidde. Ik schreef voor mezelf op hoe de ergste gevreesde situaties nooit uitkwamen. Ik beschreef die met verwijzingen naar dag en uur en waar, om er een volgende keer iets aan te hebben. Maar als het dan weer zover was werd de rede door de emoties weggespoeld.¹

Op circa 40-jarige leeftijd ben ik in psychoanalyse gegaan. Ik was ongeveer de eerste patiënt van een beginnend psychiater. Hij was zeer orthodox in de leer. Het hinderde mij dat er geen ruimte was voor enig persoonlijk contact. Wat mijn klacht betreft heeft de behandeling geen effect gehad.

Ik was 49 jaar toen ik bij professor Barendregt in gedragstherapie kwam. Na onze eerste sessie wilde hij eerst een gesprek met mijn vrouw hebben. Bij de tweede zitting uitte hij zijn verbazing dat haar verhaal met het mijne klopte. Allereerst leerde een assistente me om goed te ontspannen. Het lukt mij zelfs om enigszins in zelfhypnose te komen. Ik moest een hiërarchie van de voor mij gemakkelijkste tot de moeilijkste plassituatie opstellen. De therapie bestond eruit om in ontspannen toestand een imaginaire situatie van één der punten uit de hiërarchie te beleven. De volgende keren zouden dan de punten met oplopende moeilijkheidsgraad onder handen genomen worden.

Een aardige gebeurtenis bij één van de sessies was het volgende: Ik zou dus, in gedachten, vanuit een kamer in mijn huis de deur openen naar een gang waar de WC was. Toen ik de deur opende en naar de gang wilde gaan, bleef mijn ene been achter de deur steken. Wij moesten daar erg om lachen. Toen ik het nog eens probeerde gebeurde hetzelfde.

Deze therapie was bevredigender dan de psychoanalyse, omdat er nu rechtstreeks aan het symptoom werd gewerkt. Toch heeft het niet tot het gehoopte resultaat van beterschap geleid. In 1993, op 75-jarige leeftijd, bleek professor Lange bereid mij in gedragstherapeutische behandeling te willen nemen. Bij de kennismaking was ik verbaasd dat Lange het best mogelijk achtte de therapie te laten slagen, ondanks dat ik al ruim vijfenveertig jaar met de plas-ellende kampte. Ik was hier zelf nogal sceptisch over. Voorwaarde was wel dat ik onvoorwaardelijk zou doen wat van mij verlangd werd.²

Lange stond erop dat mijn vrouw bij de sessies aanwezig zou zijn.³ Ik begreep dat hij met haar verhaal over mijn gedrag en haar inzicht over mijn situatie een betere kijk zou kunnen krijgen op het probleem. Hoewel ik daar eigenlijk niet zoveel voor voelde, stemde ik er toch mee in.

De aanleiding tot psychische hulp was niet in de eerste plaats mijn plasprobleem in het algemeen, maar meer de acute nood waarin ik verkeerde door een weergekeerde inzinking. Mijn leven werd weer beheerst door een dwangmatige permanente fixatie, gericht op het plasje dat straks gedaan moest worden. Deze situatie heb ik hiervoor al beschreven. Bij mijn uitleg aan de therapeut gebruikte ik vooral het woord 'malen'. Hij maakte bezwaar tegen deze uitdrukking en stelde voor om deze te vervangen door 'automatisch denken'.

Bij het begin van de therapie werd mij al duidelijk gemaakt dat de oorzaak bij mijn verkeerd aangewende plaspgewoontes lag. Daar werd dan ook de aandacht op gericht en niet op mijn acute nood. Ik voelde me dan ook aanvankelijk wat tekort gedaan, hoewel ik begreep dat ik moest vertrouwen op de kennis en ervaring van Lange.

En nu de therapie. Ik kreeg enkele opdrachten zoals:

Het maken van een hiërarchie van de eenvoudigste plassituaties tot de moeilijkste.

Het bijhouden van een grafiek die de score moest aangeven van de plasprestatie per dag, in cijfers van 0 tot 10.⁴

Thuis, of waar ik ook was, moest ik met tussenpozen van drie uur naar de WC gaan, alle handelingen plegen die voor en na het plassen verricht worden, maar ik mocht niet plassen, al moest ik nog zo nodig. Tussendoor kon gewoon geplast worden. Het doel was, neem ik aan, mijn gevoel van veiligheid op de WC te versterken.⁵ Deze opdrachten waren nog even

verwijderd van de gevaarszone. Ik voerde ze dan ook rustig uit. De score op de grafiek was bevredigend. Dat werd op de volgende sessie meegedeeld.⁶

Maar ook werden de bevindingen van mijn vrouw naar voren gebracht. Daarbij kwam tot uiting dat mijn situatie voor haar een zware last was. Ik verwachtte van haar steeds maar bemoedigingen en geruststellingen, die toch geen effect sorteerden. Ik pleegde behoorlijk roofofbouw op haar. Lange legde uit dat het erom ging dat ik mijzelf ervan moest overtuigen dat herstel zeker zou komen, net als vroeger. Dat ik de rol van geruststeller aan mijn vrouw opdrong. Daarom werd afgesproken dat ik één kwartier per week met mijn vrouw over het probleem mocht praten. Alleen evenwel over mijn bevindingen met de therapie, en geen geklaag. Ik voelde me even aan mijn lot overgelaten en ik moest nu alleen over de gammele plank over de sloot.

Afgesproken werd ook dat ik een tekst zou maken, die ik iedere keer als ik op de WC was moest opzeggen. Een suggestie van Lange was in de trant van: 'Ik ben niet minderwaardig aan andere mensen omdat ik een plasprobleem heb.'

Nog een opdracht was: Bij bezoek aan vrienden en bekenden moest ik ook mijn oefening doen op de WC. Ik moest dan medelen dat ik naar de WC zou gaan, dat het even kon duren, en uitleggen waarom.

Het werd nu ernst. De dag na deze sessie begon angstig, zelfs zodanig dat ik op het punt stond het avontuur op te geven. Het werd even een crisis. Toen zette ik mijn tanden op elkaar en ik vatte moed in de ware zin van het woord. Zoveel dingen die ik jarenlang niet gedurfd had, moesten nu gebeuren. Mijn besluit stond nu vast.

Het opzeggen van de tekst werkte niet echt, de inhoud sprak me niet aan.⁷ Ondertussen werden de punten van de hiërarchie geleidelijk afgewerkt. Iedere nieuwe stap was wel beangstigend, maar zeker bemoedigend als je bemerkte dat je in allerlei situaties, die voordien steeds vermeden werden, toch kon plassen. De oefening van naar de WC gaan maar niet plassen werd losgelaten. Nu gold dat, waar ik ook was en hoe bang ook, ik bij aandrang naar de WC zou gaan. Vermijdingen waren streng verboden zowel als de planning van de tijden dat ik wilde plassen en ook het uitstellen daarvan tot voor mij gunstiger momenten.

De neiging de hand te lichten met de uitvoering van de opdrachten was vaak groot. Er werd veel van mijn doorzettingsvermogen en moed gevraagd om net als een alcoholist niet toch even stiekem een slokje te nemen. Ik zondigde een enkele keer; erkende dit wel bij de sessies. Ik ben ondertussen bij een uroloog op bezoek geweest om eventuele fysieke oorzaken van plasmoeilijkheden te laten onderzoeken. Deze werden niet gevonden. Een geringe vergroting van de prostaat kan wel een enkele keer enige vertraging in het plassen veroorzaken, maar dat zal incidenteel zijn. Toch goed om dit te weten, opdat bij eventueel moeilijker plassen hieraan gedacht kan worden en paniek voorkomen kan worden.

Lange was geregeld uiterst tevreden over het verloop van de therapie. Dat verbaasde mij eigenlijk. In mijn hart verdacht ik hem van te groot enthousiasme. De twijfel zal wel inherent zijn aan mijn kwaal. Maar zijn onwankelbaar vertrouwen in de werking van de therapie werkte bij mij zodanig door dat ook bij mij steeds meer geloof postvatte dat het weleens goed kon komen. Bovendien was het heel belangrijk dat het tussen ons klikte.

Een nieuwe tekst werd door mij opgesteld. Deze luidde:

Niet plassen is geen ramp.

Die plas komt later toch!!!

Zenuwachtig zijn is verspilde energie; dat blijkt steeds weer.

Wees trots op je prestaties.

Probeer de oefensituatie als nieuwsgierige toeschouwer mee te maken.

Als de plas soms moeilijk komt heeft het meestal een fysieke oorzaak (uroloog).⁸

Dat wat ik vrees komt nooit opdagen.

Deze tekst moest niet alleen bij WC-bezoeken opgezegd worden, maar vooral ook bij twijfel en angstige momenten. Het is opvallend dat het blaadje waarop het geschreven stond een belangrijke steun werd. Het gaf me een veilig gevoel het bij me te hebben. Ook nu nog is het een soort steuntje in de rug.⁹

Na niet al teveel sessies, zes à acht, kwamen we overeen de therapie te beëindigen. De therapeut was uiterst tevreden en ik ook. Toch is er nog enige twijfel wat de toekomst betreft. De tijd moet nog leren of het positieve gedrag standhoudt.

Het automatisme van mijn gedrag van meer dan vijfenveertig jaar is nog niet verdwenen. Dat kan ook haast niet. Ik moet dus zeer alert blijven en de nu geleerde techniek blijven gebruiken zonder te verslappen. Wat ik nu geleerd heb moet iets natuurlijks worden. Of dit na zoveel jaar nog mogelijk is moet nog blijken. Uit de therapie is wel gebleken dat mijn fobie in wezen niet anders is dan andere fobieën, waardoor ik mijn situatie wat meer kan relativëren. Ik wil nog toevoegen dat ik grote waardering heb voor de sympathieke en vakkundige wijze waarop professor Lange mij heeft behandeld. Het was ongetwijfeld streng, maar tegelijkertijd menselijk en met humor. Hoewel het afen toe leek of er voorbijgegaan werd aan mijn behoefte aan aandacht voor mijn acute emoties, bleek toch dat de gerichte, zakelijke aanpak de juiste methode was.

Als ik ooit nog eens in paniek mocht geraken, hoop ik dat ik dan van angst in mijn broek zal piesen.

HAN TISSER

Commentaar

- 1 Hier beschrijft Han Tisser (verder HT genoemd) hoe hij zichzelf avant-la-lettre zelf met cognitieve therapie behandelde. Hij draagt zijn irreële cognities uit, toetst ze aan de werkelijkheid, maar het helpt hem niet.
- 2 Behandelingen als deze staan en vallen met de mate waarin de therapeut de cliënt weet te motiveren om de moeilijke programma's uit te voeren. De combinatie van accepteren, aanpassen, etaleren en expertise en autoriteit, hoop geven, en het benadrukken van medeverantwoordelijkheid voor het slagen van de behandeling, is hierbij een belangrijke factor (Lange, 1994, par. 3.7). Dit is van extra belang als de klacht al zo lang bestaat als hier het geval was.
- 3 Hier maakt HT een klein foutje, dat voor hem niet essentieel is, maar voor mij wel. Lange stond er niet op dat zijn vrouw bij de sessies aanwezig zou zijn. Lange drong er wel op aan dat zijn vrouw bij het eerste gesprek mee zou komen. Tijdens dat gesprek liet het zich aanzien dat zij en de onderlinge verhouding geen rol van betekenis speelden in de klacht (die HT immers al had voordat hij zijn vrouw kende). Er was ook geen aanleiding om te veronderstellen dat spanningen in het huwelijk de klachten versterkten. Integendeel, alles wees er op dat zij een onderlinge verstandhouding hadden waarop menig therapeut jaloers kon zijn. Zij scoorden dan ook beiden zeer hoog op de IPOV (Lange, 1983): HT in deciel 9, zijn vrouw in deciel 10. Niettemin vroeg de therapeut (hij drong er niet op aan) of mevrouw, indien mogelijk, kon blijven meekomen. Het was immers niet ondenkbaar dat zij door het geven van informatie de behandeling sterker kon maken. Zij hadden er beiden geen bezwaar tegen, al was het duidelijk dat HT ook wel graag alleen wilde komen. Dat gebeurde dan ook een paar keer.

4,5,6. HT vermengt hier twee delen van de behandeling die (zoals we direct zullen zien) ver uit elkaar liggen. Hij zou weliswaar registreren hoe gemakkelijk het plassen elke

dag ging en dit in een grafiek weergegeven, maar dit speelde niet in het begin van de behandeling, zoals hij suggereert. Hij krijgt deze opdracht pas in de twaalfde zitting. Ook het om de drie uur naar de WC gaan, speelde niet in het eerste gedeelte van de behandeling. Het niet mogen plassen klopt hier wel.

De behandeling stond in het begin volledig in het teken van de paradoxale benadering. Bovenaan HT's angsthiërarchie stonden situaties waarin hij in gezelschap was van vreemden of kennissen. Die situaties moest hij nu opzoeken zonder vlak van te voren 'uit te plassen'. Hij zou dan naar het toilet gaan en alles doen behalve plassen. Dat was nu verboden. Deze interventie had redelijk goed gewerkt. Het viel HT steeds gemakkelijker om dit te doen, zodat na vijf zittingen het paradoxale gedeelte van de opdracht werd weggenomen. Hij moest wel de moeilijke situaties blijven opzoeken en naar het toilet gaan, maar hij mocht daar nu wel plassen. Dit ging alleszins bevredigend. Het bleef weliswaar een punt waar hij bij moest nadenken, maar hij was veel minder bang en gespannen, en zijn actieradius was aanmerkelijk toegenomen.

Na zeven zittingen werd derhalve begonnen met het beëindigen van de behandeling: geen precieze opdrachten meer en langere tussenpozen tussen de zittingen. Tot de negende zitting leek alles goed te gaan. Er werd een eerste follow-up periode van vier maanden afgesproken. Halverwege deze periode belde HT de therapeut. Hij was volledig teruggevallen. Hij zat diep in de put. Hij had een spanningsvolle reis achter de rug, hij had griep gehad en hij voelde zich fysiek slecht. Hij had pijn in zijn buik gehad en was zich weer zorgen gaan maken over het plassen. Hij zat weer in dezelfde vicieuze cirkel als vroeger. Er was nu echter iets nieuws aan het licht gekomen: zijn angst speelde zich niet (zoals hij voorheen steeds had gerapporteerd) voornamelijk af rond sociale situaties. Zelfs als hij alleen (of met zijn vrouw) in huis was maakte hij zich vreselijk zorgen dat hij niet zou kunnen plassen, en piekerde hij erover wat voor ongunstigs dit allemaal wel betekende.

Het paradoxale element van de behandeling werd nu verlaten ten gunste van een breedspectrum congruente behandeling waarin exposure, etaleren (Lange, 1980) en positieve zelfverbalisatie (Lange & Kiestra, 1991) centraal stonden. In dit deel van de behandeling bleek het nut van het routinematig betrekken van de partner tijdens de behandeling (Lange, 1994). Nu kwam naar voren dat mevrouw last had van het feit dat haar man nogal wat aandacht vroeg voor zijn klacht. Zij meende dat zij hem die niet mocht onthouden. De afspraak die onder invloed van de therapeut werd afgedwongen (dat HT nog maar een kwartier per week over zijn klacht mocht praten) sneed derhalve aan twee kanten. Enerzijds was het plezierig voor mevrouw T, anderzijds verdween de bekrachtiging die uitging van het praten over de klacht. Zoals hij eerlijk schrijft, vond HT deze verandering in zijn leven aanvankelijk niet plezierig, maar hij legde zich er ruitelijk bij neer en zag later ook in dat het zo beter was.

7,9. HT beschrijft dat het opzeggen van de zelfverbalisatietekst de eerste keer niet goed had gewerkt. Hij vermeldt niet wat hiervan de oorzaak was. Die was simpel. De therapeut had een elementaire fout gemaakt. Hoewel dit ingaat tegen een door hem zelf in een publikatie vermelde vuistregel (Lange & Kiestra, 1991), had de therapeut om tijdwinst te boeken zelf een tekst voor HT's zelfverbalisatie bedacht. Het bleek dat HT dit in het geheel geen plezierige tekst vond, waardoor de opdracht hem alleen maar zenuwachtig maakte en de rest van het huiswerk (het oefenen) ook in het water viel. In de zitting daarop (we waren inmiddels in de 13e zitting beland) bood de therapeut

excuses aan voor deze fout. HT kreeg nu de gelegenheid om zelf de tekst te maken voor een zelfverbalisatiekaartje, waarvan hij het resultaat hierboven heeft beschreven. Vanaf dit moment komt de therapie in de stroomversnelling, die hij hierboven heeft geschetst. Het om de drie uur naar de WC gaan (wáár dan ook, mèt of zònder plassen) begint zijn vruchten af te werpen. De registraties – van het gemak waarmee hij plast – lopen binnen enkele weken naar scores van 95 (op een schaal van 100), en blijven op dat niveau gehandhaafd. Opvallend is ook dat hij verderop (zie ⁹) schrijft dat het kaartje nog steeds een steun in de rug is. Dit bevestigt de bevindingen van Lange en Kiestra (1991) en ook die van Lange, Gest en De Vries (in voorbereiding).

Laatstgenoemden onderzochten het effect van het manipuleren van zelfverbalisaties sec (zonder contaminatie met andere technieken). Van driehonderd psychologie–studenten was vooraf vastgesteld hoe hoog hun scores waren op een aantal metingen van hun zelfbeeld. De zestig studenten met het laagste zelfbeeld werden uitgenodigd om aan het onderzoek mee te werken. De proefpersonen werden at random in twee groepen verdeeld. De ene helft schreef een opstel over positieve eigenschappen van zichzelf. Dit opstel werd gecompriemd tot een korte tekst die op een kaartje werd gezet. Gedurende twee weken spraken deze proefpersonen de tekst van dit kaartje een paar maal per dag thuis hardop uit. In de controle–conditie kregen de proefpersonen een ‘irrelevante’ maar vergelijkbare taak uit te voeren. Van te voren en na afloop van het experiment werd aan de hand van vragenlijsten gemeten hoe de proefpersonen over zichzelf dachten. Ondanks het feit dat de interventie slechts twee weken had geduurd en was uitgevoerd bij een niet–klinische groep, waren de verschillen tussen de controlegroep en de experimentele groep significant. De laatstgenoemden waren op praktisch alle metingen sterk vooruitgegaan, terwijl dit bij de controlegroep nauwelijks het geval was.

8. De uroloog speelde een interessante rol. Hoewel HT steeds vertelde dat de huisarts niets had gevonden raadde de therapeut hem in de twaalfde zitting (toen de klachten weer heviger waren geworden) aan om naar een uroloog te gaan. Eventuele somatische oorzaken dienden door een specialist uitgesloten te worden. De uroloog deed meer dan dat. Hij verklaarde HT kerngezond, maar stelde ook vast dat een geringe vergroting aan de prostaat een enkele keer enige vertraging in het plassen kon veroorzaken. Hij verschaftte hem hiermee een prachtige attributie voor elke sensatie die hem vroeger tot vertwijfeling bracht. Het is niet voor niets dat HT deze reattributie in zijn zelfverbalisatiekaartje opnam. (Een dergelijke medisch specialist verdient een plaats in elk multidisciplinair psychologisch behandelingsteam.)

Nabeschuwing

De grootste veranderingen speelden zich af tussen de 13de en 14de zitting, nadat het programma van registratie, exposure en zelfverbalisatie gestalte had gekregen. Sinds die tijd is nu ongeveer driekwart jaar verlopen. Terugval heeft niet plaatsgevonden. Er is dus reden voor optimisme; vooral omdat HT nu ook het gereedschap lijkt te hebben om ‘incidenten’ te bestrijden. De zittingen 14 t/m 16 vonden met grote tussenpozen plaats. Tijdens de laatste zitting rapporteerde HT dat de gefixeerdheid op plassen was verdwenen. Het anticiperen (uit voorzorg plassen voordat hij de deur uit ging) was voor 95% verdwenen, evenals het vermijden van bepaalde situaties. Hij had nu zoveel vertrouwen dat hij altijd zou kunnen plassen, dat hij zelfs niet meer bang was om naar

een ziekenhuis te gaan. Deze positieve resultaten werden weerspiegeld in zijn scores op de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986). De angstscore was verminderd van 17 (hoog voor een niet-psiachtrische populatie) naar 10 (onder gemiddeld). De depressiescore was gedaald van 30 (hoog) naar 19 (gemiddeld).

Met betrekking tot Aschers (1979) paradoxale benadering is het interessant dat deze aanpak aanvankelijk wel enige verbetering bracht, maar dat de doorbraak pas kwam bij toepassing van een 'gewoon' exposure-oefenprogramma. Het verhaal van HT ondersteunt de stellingname van Van den Hout en Merckelbach (1993), dat de effecten van exposure niet zozeer te danken zijn aan het rechtstreeks uitdoven van angst alswel aan de geruststelling die bereikt wordt als steeds weer wordt geconstateerd dat de angstige voorspellingen niet uitkomen.

De in deze vorm gegoten achterafrapportage van HT laat zien dat onze interpretaties, over wat er wel en niet werkt, niet altijd kloppen. De therapeut had bijvoorbeeld zelf niet geconstateerd dat de zelfverbalisatie zo belangrijk was als HT nu beschrijft.

HT zal het zeker niet met mij eens zijn, als ik schrijf dat het jammer is dat er geen grotere aantallen mensen zijn met het soort klachten als waarvoor hij in behandeling kwam. Ik kan zelf natuurlijk ook niet achter deze wens staan, maar bij een grotere prevalentie van deze klacht zou het wel mogelijk zijn om vergelijkende groepsstudies te doen, waarbij exposure met of zonder paradoxale opdracht wordt vergeleken, terwijl dan ook het al of niet toepassen van zelfverbalisatie in het design kan worden opgenomen. Nu zullen we het vooral van (meerdere) gevalsstudies moeten hebben.

HT heeft op het eind van zijn relaas enkele vriendelijke woorden voor mij ('streng, maar menselijk en met humor'). Ik hecht eraan hier tot slot te vermelden, dat hij het soort cliënt was waarvan elke therapeut er wel meer zou willen.

Abstract

This article comprises the description by a 75 year old client of his impression of the therapy he underwent for his fear to urinate which existed for more than 40 years. Subsequently, the author comments on this account of the treatment which consisted mainly of paradoxical intention and exposure. In these comments the role of cognitive aspects in the treatment are discussed. Attention is also devoted to the role which is played by motivation techniques in the treatment of this kind of chronic disorders.

Referenties

- Anderson, L.T. (1977). Desensitization *in vivo* for men unable to urinate in a public facility. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 8, 105-106.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL -90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ascher, L.M. (1979). Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behavior Research & Therapy*, 17, 267-270.
- Barnard, G.W., Flesher, C.K. & Steinbook, R.M. (1966). The treatment of urinary retention by aversive stimulus cessation and assertive training. *Behaviour Research & Therapy*, 4(3), 232-236.

- Cooper, A.J. (1965). Conditioning therapy in hysterical retention of urine. *British Journal of Psychiatry*, 111, 575–577.
- Elliot, R. (1967). A case of inhibition of micturition: Unsystematic desensitization. *The Psychological Record*, 17, 525–530.
- Frankl, V.E. (1960). 'Paradoxal intention': A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520–535.
- Hout, M. van den, & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, 13(3), 192–203.
- Lamontagne, Y. & Marks, I.M. (1973). Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy*, 4, 581–585.
- Lange, A. (1980). De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden, et al. (red.), *Directieve therapie, Deel 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem-O oplossings Vragenlijst (IPOV)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen. (Zesde compleet herziene druk.)* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Gest, A., & Vries, M. de (in voorbereiding). *De invloed van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld*.
- Lange, A. & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfindoctrinatie. *Directieve Therapie*, 11(4), 291–315.