



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

De paradox uit het stof?

Een case-study

Joop Wolff en Kees Brak*

Samenvatting

Na een opleving van het aantal publicaties in de jaren tachtig, is de belangstelling voor paradoxale interventies tanende. De auteurs betreuren dit en stellen dat paradoxale strategieën een krachtige uitwerking kunnen hebben in situaties waar congruente interventies niet voldoende blijken te helpen. Voorafgegaan door een korte karakteristiek van paradoxale interventies, presenteren de auteurs een gedetailleerde gevalbeschrijving. Het betreft een 56-jarige vrouw met een lange psychiatrische geschiedenis. De verwijzing was gebaseerd op de hoop dat het in de behandeling betrekken van de echtgenoot van mevrouw enige stabilisatie zou kunnen brengen. Na een periode van congruente behandeling, waarbij de kans op verbetering hopeloos leek, werd een paradoxale interventie gedaan, met opmerkelijk positieve resultaten. Deze interventie werd gevolgd door een serie meer congruente zittingen teneinde het nieuwe evenwicht te stabiliseren. Twee jaar later blijkt het gunstige effect gebleven, zowel in de relatie als in de persoonlijke levens van beide partners. In de beschouwing wordt de behandeling besproken in het licht van de in de inleiding verwoorde uitgangspunten van paradoxale interventies en worden de werkzame ingrediënten alsmede het zich aan objectivering onttrekkende onderscheid paradoxaal-congruent doorgenomen. Tevens worden enkele woorden gewijd aan de toelaatbaarheid van paradoxale interventies bij impasses in de behandeling.

Inleiding

In zijn artikel 'Stand van zaken in de directieve therapie' beschrijft Lange (1996) een achttal trends in de directieve therapie. Een van die trends is de afname van de toepassing van paradoxale strategieën. De paradoxale gedachte is niet verdwenen, zo stelt de auteur, maar zij is subtieler, volwassener geworden. Deze publicatie verscheen op een moment waarop wij net een succesvolle paradoxale interventie hadden gedaan, bij een echtpaar waarvan de vrouw een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis heeft. In onze dagelijkse praktijk neemt de paradoxale behandeling geen grote plaats in, onder meer omdat het ongemakkelijk blijft om te werken met interventies waarvan een theoretische onderbouwing en definitie telkens problemen opleveren. Daarom zijn we in de literatuur op zoek gegaan naar bouwstenen van deze vorm van behandeling.

Onze zoektocht leverde, naast het veel geciteerde boek *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* (Watzlawick e.a., 1970), een serie artikelen op uit het begin

* J.J. WOLFF is psycholoog/psychotherapeut/systeemtherapeut, werkzaam bij CGG Groningen Zuid op de afdeling volwassenen/psychotherapie. Daarnaast is hij werkzaam in eigen praktijk als systeemtherapeut en als supervisor NVRG (Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie). Adres: Euvelgunnerweg 42, 9723 CW Groningen. E-mail: jjwolff@bart.nl
C.A. BRAK is sociaal psychiater, werkzaam bij CGG Groningen Zuid. Adres: L. v/d Veenstraat 17, 9798 PK Garmerwolde. E-mail: KEBRAK@pi.net

van de jaren tachtig. Meer recent werk werd nauwelijks aangetroffen. De paradox zat dus al aardig onder het stof.

Na Watzlawick hebben veel auteurs gepoogd nadere grondslagen en definities van paradoxale interventies te formuleren. Ter opfrissing van het geheugen en als basis voor de beschouwing verwoorden we hieronder enkele hoofdlijnen.

Paradoxen dienen te worden onderscheiden van contradicties. Een paradox is een denk- of handelwijze met een innerlijke tegenstrijdigheid op verschillende logische niveaus: enerzijds is de gedachtengang volstrekt kloppend en logisch, anderzijds bevat hij schijnbaar onoverbrugbare ongerijmdheden. Een contradictie is een tegenstrijdigheid op hetzelfde logische niveau.

Het bepalen of er sprake is van verschillende logische niveaus blijft in essentie een subjectief oordeel (Van Dijk, 1980).

Er moet onderscheid worden gemaakt tussen zogenaamde veranderingen van de eerste orde, zijnde veranderingen binnen de regels van een systeem en veranderingen van de tweede orde, waarbij de veranderingen een verandering van de regels van het systeem zelf met zich mee brengen (Watzlawick, 1974).

Congruente interventies zouden leiden tot veranderingen van de eerste orde. In de regel zijn dat langzame, stapsgewijs optredende veranderingen. Paradoxale interventies zouden leiden tot veranderingen van de tweede orde. Vaak zijn dat in korte tijd optredende, grote veranderingen (Becvar & Becvar, 1996).

Het onderscheid paradoxaal/congruent is vaak moeilijker dan op het eerste gezicht lijkt, omdat paradoxale en congruente elementen in interventies door elkaar heen lopen en ook congruent bedoelde interventies een paradoxale uitwerking kunnen hebben. Voorts worden paradoxale interventies door de cliënt en vaak ook door de behandelaar op zijn minst als óók congruent ervaren (Ascher, 1989, Evers & Rijnders, 1982).

Een goede werkrelatie en een zorgvuldig motiveringsproces zijn essentiële voorwaarden voor een succesvolle paradoxale interventie (Lange, 1985).

Heretiketteren is de basis van het paradoxale in paradoxale interventies: het scheppen van een nieuwe context voor de oude situatie (Becvar & Becvar, 1996, Korrelboom & Van Dijk, 1991).

De meest beschreven paradoxale interventies zijn het voorschrijven, aanmoedigen of tolereren van symptomatisch gedrag. Als meest voorkomende indicatiegebieden gelden: anticipatie-angst, vermijding, machtsstrijd en wanneer wat in eerste instantie een oplossing was, in tweede instantie het probleem is gaan vormen (Lange, 1985, Ascher, 1989).

Al met al vormen deze hoofdlijnen zeker geen sluitend bouwwerk, maar ze bieden wel enkele aanknopingspunten voor onze beschouwing. Paradoxale interventies leveren

in elk geval een ontregeling op, zetten hardnekkig gegroeide patronen op hun kop en maken het ongangbare gangbaar.

In de hieronder gepresenteerde casus zitten meerdere momenten die als paradoxaal te duiden zijn. In de beschouwing bespreken we enkele aspecten nader. Om herkenning te voorkomen is een aantal gegevens veranderd, zonder dat de essentie van de problematiek geweld werd aangedaan.

Beschrijving van de casus en verloop van de behandeling

Medio 1996 werd een 56-jarige vrouw aangemeld, die uit Nederlandse ouders werd geboren en vanaf haar negende jaar in Nederland woont. Ze volgde de lagere school en de MULO, waarvan ze met de nodige moeite het diploma behaalde. Ze werkte in verschillende werkkringen met redelijk veel plezier. Ze trouwde op 22-jarige leeftijd en uit deze relatie werden drie kinderen geboren. De zorgen en verantwoordelijkheden voor het gezin en de kinderen bleken te zwaar voor haar en ze werd daarbij onvoldoende gesteund door haar partner. Vrij snel volgde haar eerste opname. Kort na ontslag scheidde ze van haar man. De kinderen werden aan de man toegewezen.

Sinds haar 35e is ze gehuwd met haar huidige echtgenoot. Dit huwelijk bleef bewust kinderloos. In deze relatie spelen ook problemen, met name door de angst dat het ook deze keer weer mis zal gaan. Mevrouw's minderwaardigheidsgevoelens zetten de relatie onder druk en vanaf haar 44e jaar is ze ononderbroken ambulante of klinische behandeling geweest.

In de diverse diagnoses komen recidiverende depressie, obsessief-compulsieve symptomatologie en persoonlijkheidsproblematiek met borderline kenmerken telkens terug.

Na haar meest recente opname in een APZ werd het echtpaar verwezen met als vraagstelling van de verwijzer: relatietherapie met als doel het structureren van de relatie en met name meneer helpen omgaan met de problematiek van zijn vrouw.

Zelf verwoordde mevrouw als hulpvraag: begeleiding bij het experiment van gedeeltelijk apart wonen met als doel het vergroten van haar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Meneer onderschreef die hulpvraag en voegde er aan toe dat hij, zo mogelijk, wel wat meer aan zichzelf zou willen toekomen en minder alleen als hulpverlener voor zijn vrouw zou willen fungeren.

Ze waren al serieus gestart met een experiment om de zelfredzaamheid van mevrouw te vergroten: ze hadden een half jaar geleden voor mevrouw een eigen woonruimte gehuurd en ingericht.

Afgesproken was dat ze elkaar één dag per week helemaal niet zouden zien en dat op die dag mevrouw alles alleen zou doen: boodschappen, koken, eten en ook slapen.

Meneer had, in de al meer dan twintig jaar bestaande relatie, voornamelijk de rol van verzorger van zijn vrouw gehad en zag in dit experiment een kans om tenminste een

dag per week iets voor zichzelf te kunnen doen. Die behoefte was dringender geworden sinds zijn recente pensionering.

De intaker beschreef mw. B. als een vrouw met lang bestaande psychiatrische problematiek en een persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en borderline kenmerken. Van een depressie in engere zin was op dat moment geen sprake.

Relationeel kon gesproken worden van een complementaire relatie waarin meneer zich veel wegcijferde. De relatie dreigde, mogelijk mede door de pensionering van meneer, in ernstige onbalans te raken.

De verwijzing leek vooral de hoop te verwoorden, dat met een nieuwe insteek misschien toch nog een beetje winst geboekt zou kunnen worden op het gebied van rehabilitatie van de al bijna 30 jaar psychiatrisch wankel levende mw. B.

Er was geen twijfel over mogelijk dat zij de geïdentificeerde patiënt was. In het licht van de indrukwekkende psychiatrische voorgeschiedenis leek het niet onverstandig om met bescheiden ambitie te werk te gaan. De inspanningen tot nu toe, van zowel hulpverleners als van dhr. B. waren gericht geweest op het tegenspreken van het negatieve zelfbeeld van mevrouw en het pogen haar te activeren. Ondanks haar hulpeloosheid was daartegen ook een stil verzet merkbaar, een zekere koppigheid.

Besloten werd het echtpaar te indiceren voor een korte systeemtherapie bij mij (J.J.W.). Nog voor de behandeling was begonnen kwam mevrouw meerdere keren huilend binnenlopen en werd ze kort gezien door beschikbare hulpverleners waaronder de afdelingspsychiater (C.A.B.). Radeloosheid en niet weten hoe de dag te besteden dreven haar naar ons toe. Verder gaf ze aan haar verleden en wat ze daarin allemaal verkeerd heeft gedaan te willen vergeten. Haar afhankelijke presentatie, vaak met een huilerige stem, stond aandachtig luisteren soms in de weg. Mevrouw werd expliciet uitgenodigd om te proberen met gewone stem te spreken. Het lukte haar opvallend gemakkelijk om van toon te veranderen.

Tijdens de eerste zitting met het echtpaar viel op hoezeer mw. B. zichzelf als stom, schuldig en falend ervoer en beschreef. Het grootste deel van de zitting had ze de hierboven beschreven huilerige stem en haar echtgenoot leek zich af en toe plaatsvervangend opgelaten te voelen naar mij toe. Geregeld keek hij mij aan met een blik waarmee hij zich leek te willen excuseren dat ze mij zo belastten. Af en toe richtte hij zich ook direct tot zijn partner en probeerde hij haar breedsprakigheid en huilerigheid te bekorten. Op een gegeven moment werd mevrouw zich daarvan bewust, schraapte kordaat haar keel en zei met gewone stem tegen zichzelf: 'Zo, dat kun je ook wel met gewone stem zeggen!' Vanaf dat moment sprak mevrouw minder vaak met huilerige stem en corrigeerde ze zichzelf regelmatig ongevraagd.

Besloten werd om als eerste beweging in de behandeling het zogenaamde externaliseren van het probleem te introduceren, zoals beschreven door White en Epston (1990). Daarbij wordt met de cliënt gezocht naar een beschrijving van de ervaren problemen, op dusdanige wijze dat de problemen gezien kunnen worden als komende van buiten de cliënt; een vorm van bewust externaliseren dus. Het doel daarvan is het mobiliseren van kracht in de strijd tegen de externe vijand. Daarmee wordt het samenvallen van

probleem en persoon doorbroken en de verlamming van het tegen zichzelf moeten vechten opgeheven. Zo wordt het voor de cliënt mogelijk om onverdeeld de krachten te bundelen en te vechten tegen iets buiten zichzelf. In het werk van White en andere grondleggers van de Narratieve Therapie is dat niet slechts een techniek, maar een uitvloeisel van de overtuiging dat mensen hun werkelijkheid ervaren en verwoorden volgens overheersende, in de samenleving gegroeide en onderhouden overtuigingen en dat die zogenaamde 'dominante verhalen' veel andere, mogelijk geprefereerde, verhalen in de weg staan. Die dominante verhalen dekken vaak slechts een klein deel van de werkelijkheid van de cliënt en kunnen pathologiserend en marginaliserend werken.

De overweging om te kiezen voor het externaliseren van het probleem was gelegen in het feit dat mw. B. in het geheel geen onderscheid leek te maken tussen haar problemen en zichzelf als persoon. Ze WAS haar problemen en zag in alles de bevestiging dat ze waardeloos, zwak, dom en initiatiefloos was. Verder had eerdere hulp laten zien dat aanmoedigen en activeren mevrouws zelfgevoel geen goed deden en haar passieve verzet aanwakkerden.

Met mevrouw werd gezocht naar een geschikte naam, als samenvattende noemer voor de kracht achter de problemen die ze ervoer. Na enig zoeken werd gekozen voor 'De Ontreddering'. Dat was volgens haar een goede naam voor de kracht die telkens weer haar leven in de war gooide. Er werd een groot vel papier gemaakt met daarop in de ene kolom de 'Successen van de Ontreddering' en in de andere kolom 'Successen van mw. B. in de strijd tegen de Ontreddering'. Uitgebreid werd de treurig lange lijst met successen van de Ontreddering opgetekend en bleek het mogelijk om toch ook enkele onmiskenbare successen van mevrouw tegen de Ontreddering te noteren. Zorgvuldig werd ervoor gewaakt dat haar geen successen in de mond werden gelegd of opgedrongen en wanneer bijvoorbeeld dhr. B. een steentje bijdroeg werd eerst kritisch bekeken of dat wel echt een succes van mevrouw was of toch eigenlijk een succes van de Ontreddering, in de een of andere verpakte, indirecte vorm.

Aanvankelijk vond mw. B. het gek om zo bezig te zijn en wist ze zeker dat er in de tweede kolom niets zou kunnen komen te staan, maar al gauw kreeg ze er toch plezier in. Als therapeut deed ik ook af en toe een duit in het zakje: wanneer bijvoorbeeld mijn pen viel of er rolde iets uit mijn broekzak, dan mompelde ik iets in de geest van: 'Kijk daar heeft de Ontreddering mij ook te pakken, denk niet dat u de enige bent die hij te grazen neemt, als hij de kans krijgt, slaat hij toe, bij iedereen. De Ontreddering loert overal'. Spontaan meldde ook dhr. B. af en toe hoe de Ontreddering hem soms te pakken nam. De zitting werd besloten met gezamenlijk fantaseren over hoe de Ontreddering binnenkort weer toe zou kunnen gaan slaan.

Een dag na de eerste zitting belde mw. B. huilend op naar het secretariaat en kreeg te horen dat ik pas drie dagen daarna weer bereikbaar zou zijn. Op die dag liep ze, zonder afspraak, huilend binnen en maakte ik kort tijd voor haar. Ze had zich erg gespannen gevoeld en had ook opeens weer haar oude angst voor besmetting en vies worden. Van haar huisarts had ze een kalmerend middel gekregen, maar dat vond ze ook eng om te nemen. Verder drong ze aan op een behandeling die haar zou activeren. Ze gaf aan niets te doen te hebben en daar therapie voor te willen. Pogingen van het centrum voor dagbesteding om haar te activeren hadden echter eerder al averechts gewerkt.

‘Iedereen denkt dat ik het wel kan, maar ik vergelijk mezelf aldoor met anderen en die kunnen veel meer’.

Ik stelde met haar vast dat de Ontreddering wel weer heel geniepig had toegeslagen en dat duidelijk was dat we met een geduchte tegenstander te maken hadden. Ook kwam aan de orde dat ze het eigenlijk niet uithield, in haar eentje thuis.

In mij begon de gedachte post te vatten dat het nog maar de vraag was of haar zelfstandig willen wonen echt voortkwam uit een werkelijk eigen innerlijke behoefte, of toch meer uit schuldgevoel naar haar man. De volgende dag belde ze me op, weer met haar karakteristieke huilerige stem en vertelde ongeveer hetzelfde als de dag ervoor. Ze maakte zich verder zorgen over de neiging die ze had om iedereen aan te klampen en met wildvreemden een praatje te gaan maken. De Ontreddering was onmiskenbaar aan de winnende hand en begon zich ook van mij meester te maken, temeer daar er in de instelling onrust begon te ontstaan. De baliemedewerkers begonnen er genoeg van te krijgen om bijna dagelijks deze huilende mevrouw te woord te moeten staan. Als dit niet snel gelimiteerd werd was een zoveelste opname onvermijdelijk.

Mw. B. had een paar keer duidelijk aangegeven dat ze absoluut niet weer wilde worden opgenomen, dat dat een van de grootste triomfen van de Ontreddering zou zijn.

Mijn vastberadenheid in de strijd tegen de Ontreddering begon al slijtage te vertonen. Ik begon openlijk de dreiging van een opname niet meer uit te sluiten: ‘Soms is de Ontreddering sterker, of we dat nou acceptabel vinden of niet...’

In mijn team overlegde ik over de houdbaarheid van deze situatie en ik werd aangemoedigd om nog even vol te houden.

In de tweede zitting werd besproken dat het appèl van mw. B. in deze frequentie regelrecht tot een nieuwe opname zou leiden én dat eigenlijk niemand daar heil in zag. Ook dhr. B. zag niets in een psychiatrische opname en zei dat hij dan liever zag dat ze bij hem thuis kwam. Mevrouw bleef sthenisch volhouden dat ze perse zelfstandig wilde blijven wonen en zichzelf wilde bewijzen, maar gaandeweg werd hoorbaar dat ze dat toch ook vooral voor haar man wilde. Meneer formuleerde een paar voorwaarden voor als zijn vrouw eventueel weer continu bij hem zou komen wonen: hij zou af en toe willen kunnen gaan sporten en tijd aan zijn hobby besteden. De lijst successen van de Ontreddering en van mevrouw werd aangevuld en we besloten nog geen beslissing te nemen over opname. Om het sterke appèl dat mevrouw op ons deed voor te zijn en om het door haar minder als falen geboekt te laten worden, bood ik ongevraagd een tijd aan, waarop ze me zo nodig kon bellen.

Met de deurknop in de hand, bij het afscheid nemen, vertelde mevrouw, langs haar neus weg, dat ze de avond tevoren 10 tabletten Anafranil had ingenomen. Ze had er niets van gemerkt, niet eens pijn in de maag, hetgeen ze wel had verwacht. Staande bij de deur vroeg ik me hardop met hen af of dat nu een succes van de Ontreddering of van haar was... Na enig aarzelen verscheen een grijns op haar gezicht en zei ze dat we dat toch maar als succes van haar moesten noteren. In mijn team besprak ik het suïcidegevaar. Opnieuw werd besloten om hierop geen actie te ondernemen.

Op het tijdstip waarop ze me kon bellen, belde haar huisarts, duidelijk ook aan het eind van zijn mogelijkheden. Op dat moment zat mw. B. bij hem in de spreekkamer en voerden we een wat onhandig gesprek, waaruit wel duidelijk werd dat ook hij niet meer wist wat nu nog te bedenken.

Een dag later vroeg ik nadrukkelijk hulp in mijn eigen team. Ik vond het uitgestippelde beleid niet meer werken en wist niet goed wat verder te doen. De Ontreddering had zich nu werkelijk ook van mij meester gemaakt. Een opname leek me uiterst zinloos en eerder verdere terugval uitlokkend dan probleemoplossend. Toch kon het zo niet langer doorgaan en van medicatie kon ook niet veel verwacht worden. In het verleden was de sterk sederende werking van neuroleptica geen succes gebleken, mevrouw had hier averechts op gereageerd. Angstremmende medicatie had mevrouw reeds van de huisarts gekregen en had slechts een tijdelijk effect en het gevaar van verslaving leek ons, gezien mevrouws afhankelijke persoonlijkheidstrekken, zeer reëel. Antidepressiva gebruikte mevrouw al jaren in onderhoudsdosering (Anafranil 75 mg/d).

Alles overwegend besloten we te kiezen voor een paradoxale interventie om te proberen dit hardnekkige patroon te doorbreken en een opname te voorkomen.

In de derde zitting, twee dagen later, kwam de afdelingspsychiater mij assisteren en we introduceerden hem nadrukkelijk als dokter. We constateerden dat de ontwikkelingen regelrecht naar een opname leidden en dat de vraag niet langer was óf er zou worden opgenomen, doch slechts waar en hoe. We presenteerden een gedetailleerd plan, waarin we vaststelden dat het idee van zelfstandig wonen in een eigen huis te hoog gegrepen was, dat zoiets misschien in één huis wel zou kunnen in de toekomst, maar dat er eerst twee weken volledige bedrust nodig was, om bij te komen van de inspanningen van het proberen zelfstandig en ondernemend te zijn. Of die volledige bedrust in een psychiatrische inrichting zou moeten of bij haar man thuis was nog onderhandelbaar. Beiden kozen nadrukkelijk voor de optie bij haar man thuis. Een geplande week vakantie zou ervoor moeten worden afgezegd en het was zeer de vraag of mevrouw zou kunnen deelnemen aan een feest, een maand later, hoe graag ze dat ook wilde. Tot in detail bespraken we wat wel en niet toelaatbaar was, voor welke zaken mevrouw even uit bed zou mogen en voor welke zaken niet. We zorgden dat er voldoende mobiliteit zou zijn om het risico van trombose te vermijden. Ook werden telefonische en feitelijke 'visites' afgesproken: om de dag zouden we hen bellen op afgesproken tijden en een keer per week zou de afdelingspsychiater huisbezoek verrichten om de patiënt in de gaten te houden. We inventariseerden verder hoe ze dachten dat de Ontreddering deze plannen zou gaan saboteren.

Speciale aandacht werd besteed aan de rol van haar man. Hem werd expliciet gevraagd of hij zich realiseerde waar hij aan begon en of hij dat wel op zou kunnen brengen. Zijn eigen zaken zouden op het tweede plan komen en hij zou een toegewijde verpleger moeten zijn. Met name kwam de ingewikkelde taak op zijn schouders te rusten dat hij moest bewaken dat zijn vrouw niet tóch te veel activiteiten zou ontplooien, zowel in als buiten haar bed. Daarnaast adviseerden we hem om, als de patiënt sliep, in ieder geval ook dingen voor zichzelf te ondernemen.

De telefoongesprekken kregen de vorm van informeren bij dhr. B. hoe het met de patiënt ging en soms vroegen we mevrouw zelf ook even aan de lijn, maar daarvoor

moest dan telkens tijdelijk een telefoon bij haar bed worden aangesloten, want verder mocht ze de telefoon niet horen of gebruiken. In die telefoongesprekken vertelde meneer dat het zijn vrouw in toenemende mate zwaar viel om in bed te blijven en dat hij het zelf ook moeilijk vond om echt iets voor zichzelf te gaan doen. Hij bekende dat ze een keer hadden gesmokkeld met de regels en dat ze heerlijk een tijd samen in de tuin hadden gezeten. Fronsens vroegen we ons af of dat nu wel verantwoord was en herinnerden hem eraan dat daarmee de kans dat zijn vrouw mee zou kunnen naar het feest nog kleiner werd. Ook waren er dagen dat mevrouw het goed uithield in bed en zich ontspannen voelde. Echter, het minste geringste maakte haar weer gespannen.

In de tweede week werd een remobilisatieplan gemaakt en in het laatste weekeinde mocht ze al een paar keer wat langer op zijn. Ieder verzoek om meer activiteit te mogen ontplooiën werd door ons met zorgelijkheid en terughoudendheid afgewezen of ingeperkt.

De vierde zitting, met de afdelingspsychiater erbij, vond plaats aansluitend aan de twee weken bedrust. Mw. B. zat er volstrekt anders bij: ze praatte met gewone stem en heel adequaat. Ze had reële ideeën en plannen voor de komende tijd en vertelde baat te hebben gehad bij de regelmaat en besloot dat regelmatig een middagslaapje goed voor haar zou zijn.

Ondanks de uitvoerbaarheid van haar ideeën beknibbelden we toch telkens wat op haar plannen en assisteerden bij het nadenken over afwisseling tussen geestelijke en lichamelijke inspanning. Het feit dat meneer toch telkens niet genoeg toekwam aan wat hij zelf wilde werd een belangrijker onderwerp en we planden met hem dat hij een lange ochtend zou gaan fietsen en dat ik mevrouw dan midden op die ochtend zou bellen om te zien of ze het aankon. We stelden gezamenlijk vast dat de bedrust buitengewoon goed had gewerkt, ook al was het voor beiden soms wel erg moeilijk geweest. We ontraadden te veel vooruitkijken en overwogen dat haar wens om perse naar dat feest te gaan, misschien liggend in een verrijdbaar bed zou kunnen worden gerealiseerd, of mogelijk zou kunnen worden 'betaald' met een hernieuwde rustkuur, na het feest. In ieder geval waren we het er roerend over eens dat mw. B. vanaf nu een zeer krachtig werkend geneesmiddel, in de vorm van een rustkuur, binnen bereik had. Zo nodig kon dat middel altijd weer uit de kast worden gehaald. Dat gaf een heel geruststellend gevoel. We besloten om de afdelingspsychiater voorlopig te bedanken voor zijn diensten en spraken af dat ik hem er weer bij zou roepen als de situatie eventueel uit de hand zou lopen.

Er volgde een periode van overgang en herintegratie. Mw. B. ontwikkelde een behoorlijk gevuld dagelijks leven en geregeld evalueerden we of er voldoende of niet te veel van de verschillende ingrediënten van een gebalanceerd leven in haar dagen zat. Daarbij bleek weinig bijsturen nodig. Zeer stimulerend voor mevrouw was het feit dat ze van veel mensen te horen kreeg hoe ongelooflijk ze was veranderd en hoe heerlijk men het vond om haar zo terug te zien. Ze bloeide zichtbaar op onder al die waardering en raakte steeds minder gepreoccupeerd met wat anderen wel van haar zouden vinden.

De huilerigheid was verdwenen uit haar stem en kwam ook niet meer terug. Duidelijk werd ook dat nu dhr. B. het moeilijk kreeg met zijn positie en dat hij naar zijn zeggen 'zijns ondanks' het toch niet kon laten om telkens op te letten of er niet iets mis ging,

of zijn vrouw wel genoeg toekwam aan wat ze zich ten doel stelde, of ze wel genoeg rustte en dergelijke. Meer aandacht werd besteed aan de kwetsbaarheden van dhr. B. Bespreekbaar werd dat zijn telkens niet toekomen aan zijn eigen dingen niet langer alleen maar kon worden toegeschreven aan de vereiste zorg voor de patiënt, maar dat hij zelf in die twintig jaar relatie ontwend was dat er, buiten zijn werk, ruimte zou kunnen zijn voor eigen bezigheden. Aarzelend hervatte hij een oude hobby, maar telkens waren er eerst nog dingen die geregeld moesten worden voor hij daar echt de rust voor zou kunnen krijgen. Zo besloten ze om haar huis af te stoten en definitief weer samen te gaan wonen. Ze wilden dat niet direct doen, maar ze maakten een plan waarin ook tijd was voor rustig afscheid nemen van de burens daar en van het huis zelf. Daartoe bedacht mevrouw, op eigen initiatief, enkele rituelen. Ze pakte haar hobby, fotograferen, weer op en maakte ook foto's als onderdeel van het proces van afscheid nemen van haar huis.

Het feest vond plaats en mevrouw had het daar zeer naar haar zin. In de week daarna was ze iets vermoeider dan normaal en nam ze wat meer rust. Verder ondervond ze geen terugslag. Druppelsgewijs kwamen ook bekentenissen omhoog van overtreding van de regels ten tijde van de twee weken bedrust. Zo waren ze een keer samen de stad ingegaan om te winkelen.

Op zulke momenten was het voor mij moeilijk om de voorzichtige, terughoudende lijn aan te houden en maakte ik dankbaar gebruik van de boeman-functie van de afwezige afdelingspsychiater ('O, het is goed dat de afdelingspsychiater er niet is, als die dit zou horen...')!

Na het geslaagde feest namen we de lijst met successen van de Ontreddering nog eens door en tot onze vreugde konden we, ondanks kritisch doornemen van de lijst, geen enkel punt vinden dat nog van toepassing was. De Ontreddering had duidelijk ernstige averij opgelopen. Waakzaamheid bleef natuurlijk geboden, maar een gevoel van triomf en tevredenheid was wel verdiend. Ze maakten plannen voor een vakantie naar een warm land. Mw. B. ging ook een aantal sociaal ingewikkelde uitdagingen aan en kreeg steeds meer het vertrouwen dat ze echt goed bezig was. Tevens meldde ze een verrassende verbetering van haar geheugen, voor het eerst sinds jaren. Wat vroeg naar onze smaak begon ze ook met haar al lang bestaande wens om van de antidepressiva af te komen. Ze was daar, zonder overleg, al enige tijd mee bezig en heeft dat vervolgens samen met haar huisarts in de vorm van een afbouwschema gegoten.

Tussen beide echtelieden ontstond meer gelijkwaardigheid, hetgeen zich onder andere uitte in het feit dat meneer duidelijker eisen begon te stellen en ruimte begon te claimen, zowel feitelijk als overdrachtelijk. Ook liet meneer vaker van zich horen als hij eens ergens over in zat of zich niet lekker voelde. Aandachtspunten voor mevrouw bleven: prioriteiten stellen en minder afwachtend zijn. Ze betrapte zichzelf er toch nog te vaak op dat ze, voor ze iets ondernam of zei, eerst naar haar man keek en van zijn initiatief of blik liet afhangen wat zij ging doen of zeggen. Voor meneer bleef een belangrijk aandachtspunt het loslaten van de rol van verzorger en het meer toe komen aan zijn eigen bezigheden.

Na een aantal zittingen begonnen ze zelf over het geleidelijk beëindigen van de behandeling. Ze hadden in het verleden behandelingen zeer abrupt zien stoppen,

wanneer de behandelaars het wel voldoende vonden. Dat wilden ze ditmaal voorkomen en ze stelden een geleidelijke verlaging van de frequentie voor. Hun reisje zou een goed begin zijn.

Na een geslaagde vakantie in de zon kwamen ze terug, vol verhalen over eigen initiatieven (in een vreemde taal) van mw. B. en over het door beiden prettig gelijkwaardig ervaren gevoel van partnerschap. Mevrouw vroeg aarzelend of ze een keer een foto van mij mocht maken. Zo'n vraag was mij nooit eerder gesteld door een cliënt. Ik aarzelde, voelde me er enigszins verlegen mee. Dat was toch wel erg onbedekt narcistisch, een behandelaar die zich laat fotograferen! Toch besloot ik om daarin in te stemmen, juist omdat de functie van foto's bij een afscheid meerdere malen thema in de behandeling was geweest.

Het plan om de behandeling geleidelijk te beëindigen werd geconcretiseerd en de mogelijkheid om zo nodig nog eens een gesprek te hebben, ook na afsluiting, werd expliciet door mij aangeboden.

Beschouwing

In de gepresenteerde casus lijkt het voorschrijven van inactiviteit aan iemand die door zichzelf, door haar partner en ook door behandelaars chronisch tot activiteit was aangespoord, een factor te zijn geweest die verandering in gang hielp zetten.

De afdelingspsychiater fungeerde als dokter die de werking en de bijwerkingen van het voorschrift controleerde. De patiënt mocht zelf bedenken wat ze eventueel zou willen doen na de rustperiode, maar wij als behandelaars beoordeelden wat wel en niet toelaatbaar was. De rollen waren omgedraaid. Wij deden geen voorstellen voor activiteiten, maar beoordeelden mevrouws voorstellen op hun haalbaarheid.

Haar echtgenoot werd intensief in de behandeling betrokken en aangemoedigd om het beleid consequent uit te voeren, omdat iedere afgezwakte versie terugval in de oude situatie kon betekenen.

De paradoxale aanpak in deze casus lijkt te hebben gewerkt, maar wat heeft er precies gewerkt?

Was het de autoriteit van de dokter die een belangrijke rol speelde, of was de consequentie van de opname thuis, het weer samen gaan wonen, van wezenlijk belang omdat daarmee een verborgen verlangen van mevrouw werd vervuld? Hebben we dan niet juist meegewerkt aan hernieuwde gecontinueerde afhankelijkheid van mevrouw? Was het ingaan op haar behoefte aan extra tussengevoegde contacten niet eigenlijk een bevestiging van de Ontredde? Waren we niet, net als eerdere behandelaars, bezig met meer van hetzelfde, met telkens weer focussen op de geïdentificeerde patiënt?

Wanneer we teruggrijpen naar de in de inleiding genoemde grondslagen en definities van paradoxale interventies is het op zijn minst de vraag op welk niveau het voorschrijven van bedrust eigenlijk paradoxaal was.

In ieder geval was het voorschrift tegengesteld aan de heersende opvatting van beide echtelieden en behandelaars dat inactiviteit een ziekte is die met alle middelen dient te worden bestreden. Tegelijkertijd was het congruent in die zin dat mevrouw zichzelf chronisch aan het overvragen was en dat het doorbreken daarvan een voor de hand liggende stap was. Naar meneer toe was het voorschrijven van bedrust juist wel weer paradoxaal omdat hij duidelijk toe was aan minder van hetzelfde (zorgen voor zijn afhankelijke vrouw) terwijl we hem daarvan juist meer voorschreven.

Kan er gesproken worden van een verandering van de eerste of tweede orde? Het symptoom van mevrouw, het telkens herhalen van uitspraken als: 'Ik ben niet zelfstandig', 'Ik kan alles minder goed dan andere mensen', 'Ik ben stom', 'Ik ben schuldig', 'Ik faal', was tot nu toe behandeld met tegenspreken van dat negatieve zelfbeeld en met aanmoedigingen om het toch vooral te blijven proberen. Ook mevrouw zelf nam zich keer op keer voor om zich te verzetten tegen haar inactiviteit en afhankelijkheid.

Dergelijke interventies moeten gezien worden als pogingen tot veranderingen van de eerste orde, veranderingen binnen de regels van het systeem.

Toen de inactiviteit juist werd voorgeschreven, na te zijn geherformuleerd tot noodzaak, tot voorwaarde voor herstel, maakte dat mogelijk dat een nieuwe betekenis van inactiviteit, zonder angst voor gezichtsverlies, kon worden geaccepteerd. Inactiviteit werd van ziekte tot geneesmiddel. Dit kan gezien worden als een verandering van een belangrijke regel van het systeem zelf en dus als een verandering van de tweede orde. Met de acceptatie van de nieuwe betekenis verloor inactiviteit tevens haar aantrekkingskracht en begon mevrouw te rebelleren door juist wel activiteiten te (willen) ontplooiën en ook stiekem de voorgeschreven rust te saboteren, nota bene in samenzwering met haar echtgenoot! Mevrouw's opstandigheid veranderde op slag van verzet tegen geactiveerd worden in verzet tegen immobilisatie.

Het risico dat meneer niet zou hebben willen meewerken aan de thuisopname was uiteraard aanwezig maar leek verwaarloosbaar gezien eerdere uitspraken van hem. Als hij niet had willen meewerken zou waarschijnlijk de hele interventie zijn paradoxale werking hebben verloren en zijn verworden tot de zoveelste psychiatrische opname. Dit illustreert de subtiele grens tussen 'meer van hetzelfde' en een wezenlijke verandering. Bijna dezelfde interventie, opname met bedrust, maakte in de nieuwe context van het eigen huis een formidabel verschil met de maar al te bekende psychiatrische opnames.

Het bewust externaliseren en erkennen van de Ontreddering als gedachte, serieus te nemen kracht, bevatte paradoxale aspecten: het was een beweging ingaand tegen de heersende overtuiging dat het toch allemaal best zou moeten kunnen, met een beetje meer inzet van mevrouw.

Ook onze fronsende, terughoudende reacties op initiatieven van mevrouw, tijdens en na de periode van bedrust en de omslag van koste wat het koste opname voorkomend bezig zijn, naar een erkenning van de onvermijdelijkheid van een opname zijn momenten waaraan paradoxale kanten zitten.

Of de paradoxale momenten als paradoxaal of congruent moeten worden gezien wordt dus in zeer grote mate bepaald door wat als symptoom wordt gedefinieerd en door wie. Essentieel is het onderscheid voor wie een interventie paradoxaal is, voor de behandelaars, voor de cliënten of voor buitenstaanders.

Een andere vraag die zich opdringt is de vraag hoe wezenlijk de beschreven verandering is. Met de conclusie dat er wel gesproken mag worden van een verandering van de tweede orde rijst de hoop dat die wel eens blijvend zou kunnen zijn, maar kan de persoonlijkheidsproblematiek dan nu, twee jaar later, als genezen worden beschouwd? Meestal is het naïef om dergelijke, lang bestaande, veelvoudige problematiek als werkelijk veranderbaar te zien. We zijn dan al blij met kleine verbeteringen in de hanteerbaarheid van de problematiek, dus wat stelt dit voor? Kan de diagnose persoonlijkheidsproblematiek wel juist zijn geweest nu die zomaar zo duidelijk bleek te kunnen verbleken? Een follow-up over langere tijd zal helpen bepalen of we echt op een wezenlijke verandering kunnen terugkijken.

We komen er niet helemaal uit, maar duidelijk is dat wij als behandelaars de Ontreddering te boven zijn gekomen; dat de persoonlijkheidsproblematiek niet meer op de voorgrond staat; dat er hernieuwde levenslust is bij beide partners; dat het relationele evenwicht wezenlijk gelijkwaardiger is en dat meneer heeft ingezien dat zijn eigen moeite met iets voor zichzelf doen al die jaren aan het zicht onttrokken is gebleven door de immer voorrang vragende psychiatrische problematiek van zijn vrouw.

Verder lijkt het gericht externaliseren van problemen een zinvol hulpmiddel bij het mobiliseren van samenwerking in een meer gezamenlijke strijd in plaats van een altijd op zijn minst ook paradoxale strijd tegen iets in de cliënt zelf of een strijd tussen cliënt en behandelaar.

Dit onderwerp verdient meer aandacht, zij het niet binnen het bestek van dit artikel.

Zonder de pretentie te hebben op basis van één gevalsbeschrijving uitspraken met meer algemene geldigheid te kunnen doen, willen we toch enkele woorden wijden aan de zogenaamde 'Imperatief van Jackson'. Het gaat hier om de stelling dat een paradoxale interventie nooit gebruikt mag worden als uitweg uit een impasse in de behandeling (Jackson, 1961). In Jackson's voetspoor stelt Van Dijk (1980): 'Ook is het een kunstfout om te trachten paradoxen te gebruiken wanneer de therapeut het gevoel heeft dat er een onontwarbare, onbegrijpelijke ontwikkeling of gebrek aan ontwikkeling gaande is'. De meeste andere auteurs doen juist geen of slechts impliciet uitspraken over de toelaatbaarheid van paradoxale interventies als noodgreep en tonen, begrijpelijk, een voorkeur voor een positieve beschrijving van indicatiecriteria. De criteria die dan worden beschreven betreffen opvallend vaak situaties waarin de therapeut wat door zijn mogelijkheden heen is en toe is aan een interventie van een andere orde; impasse-achtige situaties dus (Ascher, 1989, Lange, 1985, Selzer, 1986, Weeks & L'Abate, 1982). Uiteraard is het belangrijk om te streven naar zo goed mogelijk onderbouwde positieve indicaties voor interventies, maar de eerlijkheid gebiedt ons te erkennen dat de gedachte aan een paradoxale interventie pas opkomt wanneer ons meer conventionele repertoire onvoldoende houvast of voortgang blijkt te bieden. Daarin onderscheidt in onze praktijk de paradoxale interventie zich van andere interventies.

Wanneer een behandeling zich in een impasse bevindt is het zaak dat alle mogelijk werkzame interventies worden overwogen. We zien geen enkele reden om paradoxale interventies bijvoorbeeld uit de lijst van opties te weren. De vraag naar onderbouwing en zorgvuldigheid dient alle interventies te betreffen, niet slechts paradoxale interventies.

Hoezeer we ook de paradox het hart van dit verhaal hebben willen laten zijn, toch hebben we de paradoxale momenten zonder uitzondering als congruent ervaren, als de meest logische consequentie van het verloop van de gebeurtenissen die ook als congruente beslissingen met het echtpaar werden besproken.

Dat lijkt de ultieme paradox: hoe meer we er gericht mee bezig zijn des te meer vervliegt hij in congruente redelijkheid. Zo werkt de paradox zichzelf telkens onder het stof, in de hoop weer eens te worden afgestoft. Ons heeft hij daartoe weten te verleiden...

Abstract

Paradoxical interventions are not usually part of the daily routine in clinical practice. After a boom of publications in the eighties, this type of intervention no longer seems to generate an academic interest. The authors consider this undeserved and argue that paradoxical strategies can be very powerful in situations where congruent interventions fail. Prefaced by a short outline of the foundations of paradoxical interventions, the authors present a detailed case. The case concerns a 56-year old woman with a long psychiatric history. Her referral was based on the hope that a systems approach might bring some stability. After a period of congruent treatment, leaving the therapist exhausted, the therapists initiated a paradoxical intervention, with remarkable, positive results. This treatment was followed by a series of more congruent sessions to stabilise the new-found balance. Two years later, the effect was still present, in the personal lives of both partners and in their marriage. In the closing discussion the theoretical issues of paradoxical interventions are dealt with and the supposedly effective ingredients of the therapy are considered, including the elusive quality of the distinction between paradoxical and congruent interventions. Finally, the acceptability of paradoxical interventions as a last resort is discussed.

Referenties

- Ascher, L.M. (Ed.) (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- Becvar, D., & Becvar, R.J. (1996). *Family Therapy: A Systemic Integration, 3rd ed.* Boston: Allyn and Bacon.
- Dijck, R. van (1980). Over paradoxen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie dl. 2* (pp. 66-78). Deventer: Van Loghsum Slaterus.
- Evers, R. & Rijnders, P. (1982). *Paradoxale benadering, een systematische toepassing vanuit twee modellen*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Jackson, D.D. (1961). Interactional psychotherapy. In: Stein, M.I. (Ed.), *Contemporary psychotherapies* (pp. 256-271). New York: The Free Press of Glencoe. Herdrukt in: D.D. Jackson (Ed.) (1968), *Therapy, communication and change. Human Communication Volume 2* (pp. 129-145). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Korrelboom, C.W. & Dijk, A. van (1991). Over paradoxale interventies. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 17 (2), 85-100.
- Lange, A. (1985). Paradoxale opdrachten. *Directieve Therapie* 5(2), 145-174.

- Lange, A. (1996). Stand van zaken in de directieve therapie. *Directieve Therapie* 16(4), 289-301.
- Papp, P. (1980). Het gezin dat overal een antwoord op had. In: P. Papp, *De praktijk van de gezinstherapie* (pp. 192-221). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Seltzer, L.F. (1986). *Paradoxical Strategies in Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Velden, K. van der (1989). Inleiding: ontwikkelingen in de directieve therapie. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie dl. 3* (pp. 13-23). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1970). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974). *Het kan anders. Over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Weeks, G.R., L'Abate, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples, and Families*. New York: Brunner Mazel.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton.
- Wolke-Heffels, A. & Poell, J. (1986). Een paradoxale benadering bij ambivalente cliënten. *Directieve Therapie* 6(1), 56-71.