



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

notities uit de praktijk

Eager to please – Jammie en de voodoo

Leen Joele

SAMENVATTING In dit artikel verkennt de auteur, een directieve therapeut van het eerste uur, de verschillen tussen de strak geprotocolleerde behandelingen van nu met de vrije, experimentele therapiecultuur van vroeger. Dat doet hij middels een casusbeschrijving. De auteur benadrukt de beperkte bruikbaarheid van protocollen, het belang van inzicht in overdrachtsfenomenen en van het willen behagen van cliënten.

In het boek *Directieve Therapie* stelde ik dat mijn betrokkenheid bij de patiënten mede veroorzaakt werd doordat zij mij aan sleutelfiguren uit mijn leven deden denken (Joele, 2010). Ik denk dat therapeuten langdurig doorgaan met behandelen en zich extra inspinnen, omdat zij het niet kunnen verdragen dat iemand die hen doet denken aan iemand op wie ze gesteld zijn (geweest) maar niet gelukkig wil worden. Je wilt je ouders of andere geliefden behagen. Het is gebruikelijk om deze neiging tot behagen – *eager to please* – te kwalificeren als een neurotische trek. Er wordt zelfs verondersteld dat deze neurose tot uitdrukking komt in de beroepskeuze van hulpverleners. Therapeuten leren, overigens terecht, voorzichtig te zijn met positieve (tegen)overdracht. Het Engelse werkwoord *to please* is taalkundig verwant met het Latijnse *placere*, behagen. Placebo betekent: ik zal behagen! Richard van Dijck opperde ooit dat het vreemd was dat iets dat in ongeveer 40% van alle gevallen een positief resultaat had op klachten, zo weinig systematisch onderzocht werd.

Ik besepte al op jonge leeftijd waar mijn eigen neiging tot behagen

DRS. L.J. JOELE is gepensioneerd. Hij was zenuwarts, A-opleider psychiatrie en de laatste twintig jaar bestuurder van respectievelijk Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en Parnassia. Hij is incidenteel werkzaam als adviseur en als lid van klachtencommissies in de GGZ. E-mail: ljoele@ziggo.nl.

vandaan kwam. Ik heb herinneringen vanaf mijn 4^{de} jaar. Mijn moeder was niet gelukkig, hield van mijn vader, maar paste niet bij hem. Je merkt dat als kind en wordt erg gevoelig voor sfeer. Ik herinner me dat ik op basis van de kleur van de jurk die mijn moeder droeg, kon voorspellen of het een goede of slechte dag zou worden. Ik deed mijn uiterste best om haar en mijn vader gelukkig te maken en de ongemakkelijkheden in de relatie te verhelpen. Ze waren – zo geloof en hoop ik – allebei blij met mijn kinderlijke diplomatie, achteraf.

Je gaat later door met behagen, wanneer die bezigheid positief bekrachtigd werd, en het zijn niet meer alleen je ouders die je wilt behagen. Soms kunnen mensen die vroeg geleerd hebben om problemen op te lossen door in conflictueuze situaties mensen met elkaar te verzoenen, problemen krijgen doordat ze deze techniek ten koste van hun eigen zelfverwerkelijking blijven hanteren. Een hulpverlener, die zich bewust is van de achtergronden van zijn behaagvaardigheid, kan en moet er echter zijn voordeel mee doen. Mensen vertrouwen zich niet aan je toe omdat je een protocol goed hanteert, mensen vertrouwen je omdat ze in de gaten hebben of je wel of niet als medemens bij hun sores betrokken bent.

Richtlijnen, protocollen en best practices

Soms denk ik weemoedig dat er vroeger gelukkig geen richtlijnen, protocollen en best practices waren. De directieve therapeuten van het eerste uur waren het vak aan het uitvinden, maar dat gaf hun ook ruimte en tijd om samen met de patiënt te bezien hoe de problemen op maat aangepakt konden worden. Een – heel goede – supervisor zei me jaren later dat hij zich belemmerd voelde doordat hij steeds meer formuliertjes moest laten invullen door de patiënt en zelf steeds minder ruimte had om te improviseren.

In het navolgende wordt de behandeling van Jannie en haar man beschreven. Daarnaast haal ik een herinnering op aan een vakantie-liefde in mijn jeugd. Ik moest aan haar denken bij de behandeling van Jannie. De casus en de herinnering dienen als illustratie van twee zaken die ik van groot belang vind bij de langdurige behandeling van complexe problemen, en trouwens voor elke poging tot behandeling:

1. De uiterst beperkte bruikbaarheid van protocollen bij complexe problematiek in de GGZ. De koppeling van die protocollen aan de altijd op bezuiniging gerichte financieringssystematieken van de verzekeraars gaat ten koste van aandacht voor de patiënt als persoon.
2. Het belang van behaagvaardigheid, zeker in langdurige behande-

ling. Daarbij gaat het niet alleen om de werkzaamheid van behagen, het placebo-effect als therapeuticum, maar vooral om het belang van behaagvaardigheid als *sine qua non* om patiënten zo ver te krijgen dat ze de verklaringen van de therapeut omarmen en de op zijn interpretatie van de oorzaken van hun ellende gebaseerde adviezen accepteren.

‘Motivatietechniek’ vind ik een armzalige omschrijving van dit onmisbare onderdeel van het vak. Het gaat in de praktijk om een voor beide partijen emotionele dialoog, een gezamenlijke zoektocht naar methoden om het ondraaglijke te verbeteren.

De intake

Jannie Jacobs, 24 jaar, wordt aangemeld bij een dagcentrum. Het is een laatste poging van de verwijzer om gedwongen opname wegens eetbuien, alcoholmisbruik, somberheid, ernstige suïcidepogingen, seksuele en relatieproblemen te voorkomen. Het verhaal van de verwijzer geeft weinig reden tot optimisme. De suïcidepogingen worden ernstiger – Jannie is met haar auto tegen een boom gereden, ze vond de Euromast niet goed bereikbaar – en ze is de laatste weken mutistisch geworden. Ze spreekt haar schaarse zinnen in het eerste gesprek op een geaffecteerde, schijnbaar emotieloze manier uit. Ze reageert met een mysterieuze glimlach op vragen over haar gedrag. Haar ogen zwerven heen en weer, en ze maakt een indruk alsof ze voortdurend in ondraaglijke spanning verkeert. Ze vat in één zin trefzeker samen hoe ze zich voelt: ‘Ik houd dit niet uit!’

Ik vind haar een van de meest gecompliceerde patiënten die ik tot dan – we schrijven 1977, en ik ben al bijna een jaar gerechtigd me zenuwachtig te noemen – in het dagcentrum heb gezien. Tijdens het gesprek ben ik net zo gespannen als 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 wat ze moet opbrengen om niet in huilen, woede of waanzin uit te barsten, en ben erg bezorgd. Ik vrees dat ze gemakkelijk in een suïcidale schemer kan raken. Haar echtgenoot Eric is bij het gesprek aanwezig. Hij is een aardige, sensitieve man. Er bestaat duidelijk een liefdevolle relatie tussen Jannie en hem. Hij is wanhopig. Hij heeft haar tot op heden altijd weten op te vangen, maar de laatste tijd wordt hij onzeker. Hij durft de verantwoordelijkheid niet langer alleen aan.

Ik trek haar 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!' Ik teken met mijn pen een kruisje op de muur. Ze glimlacht en blijft vervolgens naar dat punt kijken. De toon en inhoud van deze interventie zullen typerend blijken voor de sfeer van de hele therapie: Jannie 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 mijn weerzin om iemand die zo jong is over zelfmoord als een oplossing te horen spreken. Ze kan niet van haar man en mij verwachten dat wij haar beslissing respecteren! Ze communiceert voornamelijk door ja en nee te knikken en we besluiten dat ze zal proberen het verblijf in het dagcentrum te verdragen. Ik heb het gevoel dat ik met moeite een zware eerste ronde van een lang gevecht heb gewonnen.

De voorgeschiedenis

Jannie heeft het niet getroffen met het gezin waarin ze opgroeide. Vader is vroeg overleden en moeder kon het gezin niet aan en werd dikwijls wegens depressies opgenomen. Jannie is altijd een dromerig meisje geweest, met wie moeilijk contact gemaakt kon worden. Ze had woedeaanvallen, was koppig en erg bang voor veranderingen. Ze was altijd bang om in de steek gelaten te worden. Ze verbleef wegens alle problemen tussen haar 3^{de} en 12^{de} jaar dikwijls in kindertehuizen. Ze ging naar de lomschool, omdat ze woordblind was. De relatie met moeder is altijd ambivalent geweest. Nadat Jannie de periode in de kindertehuizen definitief achter zich had gelaten, liet moeder zich in haar aanpak leiden door schuldgevoelens tegenover haar dochter, met overbezorgdheid als gevolg. Moeder raakte in paniek als zich normale opvoedingsproblemen voordeden. De broers en zussen namen het Jannie kwalijk wanneer moeder daardoor weer eens van streek was.

De psychoseksuele ontwikkeling heeft niet of nauwelijks plaatsgevonden. Jannie is primair anorgastisch. Ze is op haar 7^{de} verkracht door een familielid, dat daarvoor en daarna vele malen in psychiatrische ziekenhuizen werd opgenomen. Ze kan de aanraking en zelfs aanwezigheid van mannen, ook van haar eigen echtgenoot, nauwelijks verdragen. Ze vertrouwt haar man wel, omdat hij nooit heeft geprobeerd haar tot handelingen te bewegen waar ze bang voor is. Ze heeft een duidelijke behoefte aan warmte en nabijheid. Ze neemt het haar man kwalijk dat hij de ernst van haar suïcidepogingen onderschat en haar vermogen zich te beheersen overschat. Zij is zich ervan bewust dat ze op andere mensen dikwijls een kalme en weloverwogen indruk maakt. De mensen begrijpen niet dat dat komt doordat zij voortdu-

rend bezig is te overwegen welk effect haar woorden zullen hebben en welke indruk zij zal maken.

Op school is het wisselend gegaan. Jannie kiest uiteindelijk voor een opleiding tot ziekenverzorgster. Dat gaat goed, zolang zij zich in het praktisch werk kan beperken tot de zorg voor zwakzinnige kinderen of zwaar gehandicapten. Zij kan daar haar behoefte kwijt om te verzorgen en warmte te geven op een directe en fysieke manier. Tijdens een trainingsweekend, waar over gevoelens gesproken moet worden, gaat het mis. Zij merkt hoezeer haar mogelijkheden om vrijelijk te spreken over wat haar beweegt, afwijken van die van haar groepsgenoten. Ze raakt in paniek en spreekt op alarmerende wijze over uitgewerkte voornemens zich van het leven te beroven.

Haar echtgenoot, Eric, wordt door eerdere behandelaars omschreven als een onzekere, weinig krachtige man. Ik vind hem aardig en gevoelig. Hij lijkt wel iemand die door beschermende ouders verre is gehouden van de noodzaak zich in vervelende kwesties te verdiepen. Hij was thuis altijd de slimme en handige jongen. Hij is in zijn opvoeding niet voorbereid 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.

De behandeling in het dagcentrum

In de groep op het dagcentrum is Jannie zwijgzaam, maar duidelijk aanwezig. Zij maakt haar instemming of afkeuring met de gang van zaken van de eerste dag af meer dan duidelijk. Ze heeft 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-hulpverlener in de groep. Ondanks haar voortdurende gevecht tegen suïcidale gedachten corrigeert ze tactvol theateraal begaafde groepsgenoten die een onevenredig deel van de beschikbare tijd opeisen. In de individuele gesprekken blijft ze klagen over spanning. Ik durf het niet aan om de medicatie, die ze al lang gebruikt, te stoppen. Ze gebruikt tot 150 (!) mg oxazepam en 100 mg thioridazine per dag.

In de individuele gesprekken gaat het om de relatie met Eric en haar angst om in een vlaag van verstandsverbijstering zichzelf iets aan te doen.

Het zwarte gat

Er is een groot contrast tussen Jannies houding in de groep en die tijdens de gesprekken met haar en Eric. In de groep is ze zwijgzaam 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 dat met een angst die ik als kind had, wanneer ik een spannend boek las met enge plaatjes. Soms durfde ik een bladzijde niet om te slaan, omdat ik bang was dat de illustratie op de volgende bladzijde mij zou beangstigen. Vervelend was dat ik daardoor ook de leuke bladzijden niet kon lezen. Zowel Eric als Jannie spreekt deze herformulering aan. Zij reageren allebei goed op metaforen en positief herformuleren van hun problemen. Ik geef als verklaring voor het ontstaan van het zwarte gat 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 7 jaar om een dergelijke verschrikking letterlijk of figuurlijk 'onder ogen te zien'. Misschien zou dat nu wel kunnen. Zouden wij de vijand niet wat zichtbaarder kunnen maken? Wij komen op Sandeman als personificatie van het zwarte gat ('het geheim dat je deelt met Sandeman', een sherry-reclame in die dagen, waarin een Zorro-achtige, ongreepbare figuur optrad). Voor we iets aan Jannies angsten kunnen doen, moeten we precies weten hoe Sandeman er uitziet. Jannie kan erg goed tekenen en papier-machémaskers maken. Sandeman krijgt snel armpjes 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 naar hem gooien om hem, op heterdaad betrapt, te vernietigen. Hoewel ze nog wel eens een slaappilletje nodig heeft, verbetert haar nachtrust na dit advies snel.

Overdag blijft ze gespannen. We gaan na wat ze zelf aan oplossingen in huis heeft en stellen een hiërarchie van wenselijkheid van oplossingen op: Jannie kan werken, hardlopen, te veel eten of drinken, of zelfmoordpogingen doen. Activiteiten blijken een mogelijk alternatief voor zelfmoordpogingen. Zelfvernietigingsdrang wordt

geherformuleerd tot onhandige pogingen om Sandeman te vernietigen, wat weet een kind van 7 jaar? We komen uiteindelijk uit op krantenscheuren als voorkeursoplossing: dat is actief én 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 zorgdragen voor de verzameling van scheurmateriaal. Mocht scheuren falen, dan zal Jannie houthakken op het balkon; als minder gewenste mogelijkheden zou ze nog een afgesproken hoeveelheid whisky kunnen consumeren of een eetbui nemen. Mocht een eetbui noodzakelijk zijn, dan zal zij samen met Eric eten. Jannie zal dan een enorme slaschotel van lage calorische waarde bereiden – ze is veel te dik – en die samen met Eric opeten.

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

De seksuele problemen

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

Het poliklinisch vervolg

Na het ontslag van Jannie uit het dagcentrum heb ik haar en Eric nog drie jaar poliklinisch begeleid, het eerste jaar in een frequentie van eenmaal per twee à drie weken, daarna eenmaal per een à twee maanden. Het gaat aanvankelijk goed met hen. De medicatie kan worden afgebouwd en na verloop van tijd worden gestopt. Er blijven twee problemen over. Enkele maanden na haar ontslag uit het dagcentrum begint zij 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 van Jannie 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 er nog steeds toe neigt zich te overspannen. Ondanks al deze problemen beoordelen zowel Jannie als Eric de toestand als een grote verbetering ten opzichte van het 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 een halfjaar na ontslag 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 giehelig 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. Na het afsluiten van de behandeling krijg ik een kaartje: Jannie is zwanger geworden en later hoor ik dat alles mooi is afgelopen. Nog jaren lang heb ik berichten ontvangen dat ik me geen zorgen hoefde te maken.

Aan wie deed deze patiënte mij denken?

Als 19-jarige vertrok ik na mijn eindexamen naar Saint-Tropez. Ik herinner me nog als de dag van gisteren de opwindende en erotische geladenheid van die reis. Ik was niet de enige in de bus met dergelijke gevoelens. Ongeveer ter hoogte van Breda deelde een ondernemend uitziend meisje, gevraagd naar haar redenen om Frankrijk te bezoeken, mede dat zij haar best zou doen om een kind van een mooie Fransman te bekomen. Mij viel al na enkele minuten een andere vrouwelijke medereiziger naar het verre land op. Het was een mooi donkerharig meisje die, naast een vrolijk kwebbelende vriendin gezeten, stil, tragisch en geheimzinnig zat te wezen. Het was Mona Lisa zonder glimlach, die echter na een grapje van mij zo stralend lachte, dat de zon in de rumoerige bus verblindend opging. Ik probeerde haar daarna zo vaak mogelijk met flauwe grappen aan het lachen te krijgen. Ik ben daar tot wederzijds genoegen – en onder het geamuseerd toezien van de rest van het reisgezelschap – twee weken mee bezig geweest. Boukje, mijn uitverkorene, was wat somber omdat ze verloofd was. Ze had te laat beseft dat het bezit van een verloofde haar mogelijkheden op vakantie beperkte. Het werd

snel mijn taak om haar weer bij de groep te halen wanneer zij tijdens een gezamenlijk uitje te lang achterbleef en tragisch op een rustiek muurtje bleef zitten poseren. Ik loste dat op door haar op te tillen, over de schouder te werpen en weer bij de rest neer te zetten.

Smartelijk namen wij aan het eind van de vakantie afscheid. In mijn hart was ik echter niet ongelukkig dat aan de relatie een einde kwam, omdat ik veel verwachtte mee te maken tijdens mijn studententijd. Niettemin schreef ik nog een vurige brief, die, zo bleek uit haar 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 oprissing van ons geheugen.

Slot

Je moet blijven ploeteren.

Waarom blijven patiënten je bij? Jannie wekte mijn grote sympathie omdat ze personifieerde dat je kunt blijven vechten, ook wanneer er in je leven verschrikkelijk veel is misgegaan. Ik had aanvankelijk geen idee wat we moesten doen, en had zeker niet de illusie dat ergens in een boek protocollen met een oplossing voorhanden waren, maar we moesten wel wat. Het was spannend, maar we hadden als behandelars de ruimte en – vooral de tijd! – om samen met Jannie en Eric een 'gedeelde mythe' te ontwerpen, waar we allen in konden 'geloven'.

Ik vraag me af hoe tegenwoordig met de problemen van Jannie zou – kunnen – worden omgegaan. Jannie is bijna een jaar lang drie dagen per week dagklinisch behandeld, met een poliklinisch vervolg van nog eens drie jaar. Ze heeft deelgenomen aan groepsgesprekken, individuele gesprekken en echtpaargesprekken. Daarnaast heeft ze meegedaan met sport en creatieve therapie. Er was niemand die ons op de vingers keek of we wel de juiste DBC's hadden geopend, of hoe vaak we Jannie en haar man spraken, en hoe lang het allemaal duurde. Was het te lang of te duur? Ik denk het niet: mensen met aanzienlijk minder ernstige en acute problemen dan Jannie verbleven soms vijf jaar lang dag en nacht en zeven dagen per week in een zogenaamde therapeutische gemeenschap.

Het bovenstaande zou gelezen kunnen worden als een afwijzing van het hanteren van richtlijnen en protocollen. Dat is niet de bedoeling, ik denk dat het essentieel is voor de kwaliteit en de ontwikkeling van

het vak dat effectiviteit en efficiency systematisch getoetst worden. Men mag overigens vrezen voor perverse effecten: ik sprak laatst bij een organisatie over het nut partners bij de behandeling te betrekken. Een beheerfunctionaris zag onmiddellijk de mogelijkheden: 'Dus als we het wat anders noemen, kunnen we weer een extra DBC openen!'

Ruimte voor improvisatie en langdurigheid is een absolute voorwaarde bij de aanpak van complexe problemen. De huidige rigide koppeling van protocollen aan de op bezuiniging gerichte financieringssystematiek van de verzekeraars beperkt die onmisbare ruimte op gevaarlijke wijze. Juist wanneer geïmproviseerd moet worden, en de problemen meervoudig en complex zijn, is de kwaliteit van de therapeutische relatie van doorslaggevend belang. De huidige nadruk op protocollering lijkt ten koste te gaan van het ontwikkelen van behaagvaardigheid in de huidige opleidingen.

Voor wie sloof je je, desnoods lang, extra uit?

Wat heeft, los van de lengte van de behandeling, gewerkt in dit contact? Direct werd gewerkt met herformuleren, een voorzichtig beleid ten aanzien van de medicatie, echtpaargesprekken, gedragstherapeutische interventies voor de eetbuien en een directe, congruente, metafore aanpak van de angst en suicidaliteit. Ik denk dat belangrijker is dat Jannie indirect werd duidelijk gemaakt dat zij de moeite waard was. Ze werd verleid tot verbetering. Dat lukte ook 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* waartegen gevochten moest worden, wilde *zij zelf* overleven. Soms konden haar problemen geridiculiseerd worden: 'Zo zuster, weer patiëntje aan het spelen? Eén moment, dan trek ik mijn witte jas aan!' Deze relativerende benadering was alleen mogelijk in een relatie waarbinnen het volkomen duidelijk was dat de hulpverlener zich in bochten wrong om verbetering te bereiken, of op z'n minst een glimlach te oogsten.

De overeenkomst in mijn contacten met Boukje en Jannie is dat beiden aanvankelijk contact weigerden, terwijl mij daarnaast op vele, subtiele, tot op de dag van vandaag niet volkomen te doorgronden manieren werd duidelijk gemaakt dat de aanblik van de redder op z'n paard op den duur in de smaak zou kunnen vallen. In beide gevallen heeft het de dames mogelijk gerustgesteld dat de ruiter stevig genoeg in het zadel zat om zijn publiek niet in de steek te laten bij onvoldoende bewondering.

Mensen willen behagen en behaagd worden, veroveren en veroverd worden. Het pakt voor patiënten zelden verkeerd uit wanneer hun hulpverlener zich laat leiden door gedachten als: 'Over mijn lijk!' of

'Het moest Godverdomme niet mogen!' In de gesprekken die de briljante interviewer Coen Verbraak voerde met psychiaters trof mij het verschil tussen de psychiaters René Kahn en Jules Thielens. Kahn achtte gevoel niet van belang, psychiaters behandelden immers ziektes. Thielens meldde dat hij zonder aandacht voor de gevoelens van zijn patiënten überhaupt niet met ze in contact zou kunnen komen. Ik ben zelden zo blij geweest met de opmerking van een collega.

Elk wezenlijk contact behelst overgave, van twee kanten. Dit geldt juist in de therapeutische relatie, zeker in langdurige relaties. Voorzichtigheid, respect en inzicht in de oorsprong van je eigen 'redderfantasieën' zijn daarbij niet alleen een demonstratie van goede manieren, maar vooral absolute voorwaarden voor zowel een menselijke als een professionele relatie, want 'alles van waarde is weerloos' (Lucebert).

En, natuurlijk moeten je moeder, vader, geliefden en alle op hun lijkende opvolgers gelukkig worden!

ABSTRACT In this article the author – a pioneering directive therapist – explores the differences between the more rigid protocolized therapeutic treatments of today with the more experimental therapeutic sessions of yesterday. He does so on the basis of a case study. The author emphasizes the limited usability of protocols, the importance of insight in transference phenomena, and the ability and eagerness to please clients.

Referenties

- Joele, L. Gebeden zonder eind (2010). In: K. van der Velden, K. Hoogduin, & A. Lange (red.), *Directieve Therapie*, pp. 375-392. Amsterdam: Boom.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Sexuele stoornissen bij man en vrouw*. Amsterdam/Brussel: Paris/Manteau.

