

Transactionele analyse in de psychiatrie*

door P. A. Gribling**

Inleidende opmerkingen

Al voel ik mezelf allerminst als een tragische figuur, de psychiatrie is ergens wel een tragisch vak. Of juist: de psychiatrie vertoont een aantal tragische aspecten, die ik graag vermeld als uitgangspunt voor een inleiding over de Transactionele Analyse (T.A.) in de psychiatrie. Want T.A., zo komt het mij voor, heeft juist t.a.v. deze aspecten voor de psychiatrie zijn eigen betekenis. Het voornaamste en wellicht meest tragische aspect van de psychiatrie is dat dit vak, globaal gesproken gericht op het wegnemen van angst bij de mensen, in feite zo vaak angst oproept of versterkt. Zij die naar een psychiater toegaan om hulp, ervaren niet zelden een vage bedreiging: wat zal hij van me denken, hoeveel blijft er van me veilig, blijft er van me over? In de confrontatie met de psychiatrie staat mijn vrijheid op het spel, zo voelt het de mens die om hulp komt. Psychiatrie is een eng vak, dat huiver en afweer oproept. Wanneer wij dit beleven wat concreter bekijken, stuiten we op enkele andere aspecten die hierin opgesloten liggen. De psychiatrie, en speciaal de psychotherapie, waarover wij het nu voornamelijk hebben, moet altijd zo diep graven. Heel je verleden wordt nageplozen, je meest intieme intimiteit wordt blootgelegd, en een bizarre droom verraadt je zonder dat je het zelf weet. Psychotherapie is daardoor niet alleen vervelend, zij duurt ook altijd zo lang. De klassieke analyse van viermaal per week over jaren volgehouden mag dan al tot een zeldzaamheid geworden zijn, je loopt bij een psychiater toch drie keer zo lang als bij een willekeurig andere specialist. Er moet zoveel gepraat worden, en wat haalt het uit? Zo denken niet alleen cliënten erover. Ook andere hulpverleners van welke discipline of van welk niveau ook, kennen eenzelfde scepsis. Welke nog versterkt wordt door het onmogelijke psychiatrisch jargon van 'hysterische psychopatische karakterstructuur' tot 'omkering' en 'afweermechanismen' annex 'Super-

* Voordracht t.g.v. de 'van Hoytemacursus': inleiding in de transactionele analyse, 20 nov. 1974, T.H. Twente.

** Sociaal psychiater te Roermond, werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Ego' inclus. De taal versterkt de sfeer van geheimzinnigheid die het vak psychiatrie met zich meedraagt.

Tenslotte zijn er nog minstens twee andere aspecten aan het vak psychiatrie die het moeilijk maken. Het is een feit, dacht ik, dat de diagnostiek veel verder ontwikkeld is dan de therapeutische mogelijkheden. We zien vaak heel goed wat er aan de hand is, hoe een bepaalde stoornis ontstaan is of in stand wordt gehouden, maar deze inzichten verschaffen nog geen basis voor een hulpverlening. A fortiori wanneer wij denken aan de sociale, c.q. relationele factoren in de genese. En het laatste aspect wat ik wil noemen, is het feit dat in vergelijking met de somatische gezondheidszorg de geestelijke gezondheidszorg in het z.g. eerste echelon geen evenredige basis heeft, zoals ook de recente nota-Hendriks stelt. Daardoor ontstaat er een ongeselecteerde vraag aan het veel beperktere tweede echelon, dat daarmee aan zijn eigen mogelijkheden niet toekomt.

Wat kan nu de T.A. betekenen voor de psychiatrie tegen de achtergrond van deze hier vermelde tragische aspecten?

I Theoretische betekenis voor de psychiatrie?

Het komt mij voor dat de voornaamste betekenis van de T.A. voor de psychiatrie hierin gelegen is dat zij in haar opstelling een aantal ontwikkelingstendenzen in het psychiatrisch denken concreter manifesteert en deze nieuwere ontwikkelingen daarmee meer grijpbaar, meer hanteerbaar maakt. Anders gezegd: de stellingname van de T.A. expliciteert wat over langere tijd en meer impliciet al groeiende was in het psychiatrisch denken. Dit geldt met name, maar niet uitsluitend voor de psychotherapie, en dit heeft ook zijn consequenties voor de situering van de psychiatrie in het geheel van de welzijnszorg.

Ik wil proberen een en ander toe te lichten en te illustreren.

A Ontwikkelingen in het psychiatrisch denken

(1) *w.b. psychotherapie* — Wanneer wij onder psychotherapie verstaan alle psychiatrische hulpverlening welke zich baseert op de directe beïnvloeding van mens tot mens, dan kunnen wij globaal gesproken de verschillende psychotherapeutische richtingen samenbrengen in twee hoofdstromen, t.w. enerzijds die vormen van psychotherapie welke zich richten op de achtergronden de dynamiek van gestoord gedrag of gestoord beleven, anderzijds die vormen van psychotherapie welke zich richten op het manifeste gedrag of het bewuste beleven. De eerste hoofdstroom is gebaseerd op de psychoanalytische inzichten van Freud, de andere hoofdstroom vertrekt vanuit de leer-theorieën die speciaal na de tweede wereldoorlog op grond van Pawlow's bevindingen ontwikkeld werden. Vooral de veel langer bestaande dynamische psychiatrie heeft een ontwikkeling doorgemaakt, welke de oorspronkelijke kern nauwelijks nog herkenbaar laat zijn. Want deze oorspronke-

lijke kern van de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie bestond in het doorwerken van de overdrachtsrelaties tussen patiënt en therapeut. Deze overdrachtsverhouding kreeg zijn geheel eigen contouren naarmate de therapeut zich meer blanco, meer indifferent, als een zuivere spiegel opstelde. Het doel was hierbij om bij de patiënt te bereiken dat deze toegroeide naar een meer realistische, meer aangepaste houding in zijn persoonlijke betrekkingen.

De belangrijkste ontwikkeling hier is nu geweest dat de therapeutische aandacht verschoven werd van datgene wat er in de patiënt gebeurde naar datgene wat er in de wederzijdse interactie tussen patiënt en therapeut gebeurde: 'The nature and quality of this transactional system is now seen as the crucial factor in achieving therapeutic progress', zoals Marmor het formuleert. Deze aandachtsverschuiving bleek velerlei consequenties te hebben. Want hiermee kwam de persoon van de therapeut als een actieve deelnemer in het therapeutisch proces naar voren. Allerlei maatregelen om zijn neutraliteit veilig te stellen en hem incognito te laten konden vervallen. Wat hier en nu gebeurde in de therapeutische ontmoeting werd minstens zo belangrijk als wat ver weg in het verleden gebeurd was. Zodat de psychotherapeutische techniek radicaal veranderde. In plaats van de starre analyseprocedure kwam een flexibele opstelling, met een open oog voor de eigen inbreng. Een goede therapie vereiste dat ook de persoonlijkheid van de therapeut door en door gekend en begrepen moest worden, niet om deze zoals vroeger uit te schakelen in een streven naar een volstreekte neutraliteit, maar om deze juist in te schakelen als een actieve factor. Deze grotere flexibiliteit in de technieken bracht nieuwe toepassingsmogelijkheden mee, zodat psychoanalytische inzichten aangewend konden worden b.v. in crisis-interventie, in kortdurende psychotherapieën. En met het naar voren treden van het dokter-patiënt-systeem als centraal gegeven kwamen ook allerlei andere sociale en relationele componenten als therapeutisch relevant naar voren. Vanuit de kindanalyse had de aandacht zich al onvermijdelijk gericht op de ouders, zij ging nu ook uit naar het gehele gezinssysteem. Echtparen-behandeling werd een vanzelfsprekendheid, zoals ook groepsbenadering steeds meer naar voren kwam. Terwijl in het verlengde hiervan allerlei maatschappelijke en culturele gegevenheden hun therapeutische relevantie verkregen. Zodat de laatste decennia velerlei nieuwe richtingen in de psychotherapie naar voren gekomen zijn die bepaalde facetten in deze ontwikkeling methodisch uitgebouwd hebben: naast de varianten van de neofreudianen wijs ik op Rogers' client-centered therapie, Maslow's humanistische psychologie, Perl's Gestalttherapie, de network-therapie e.a., waarvan Hellinga een encyclopedisch overzicht gegeven heeft in zijn onlangs verschenen 'Tussen Aanhalingstekens' (Meppel 1974).

Ook de tweede hoofdstroom in de psychotherapie, die der gedrags therapie, heeft een aantal ontwikkelingen doorgemaakt, die hoofdzakelijk steunen op een verdere differentiatie van de inzicht-

ten in de leerprocessen. Het hoofdmoment hierbij is wel de plaats die men in het leerproces al of niet toekent aan het organisme zelf als prikkelverwerkende instantie. En daarmee komen wij toe aan een belangrijk aspect in de totaliteit van de ontwikkeling der psychotherapie: men gaat steeds meer oog krijgen voor wat ik zou willen noemen de verborgen overeenkomsten tussen de psychodynamische en de gedragstherapeutische oriëntatie in de psychiatrische hulpverlening. Bij de eerste, psychodynamisch gerichte oriëntatie spelen ook een heleboel gedragsconditionerende factoren een rol — denkt u maar aan het vaste ritueel van een orthodoxe psychoanalyse —, zoals omgekeerd in een gedragstherapeutische benadering allerlei belevingsmomenten impliciet benut en ingeschakeld worden. Motivatie, overdrachtsbeleven spelen bijzonder sterk mee als het gaat om het aanslaan van welke vorm van gedragstherapie ook, zoals Marmor nadrukkelijk aantoonst (vgl. *Dynamic Therapy and Behavior Therapy*, in: *Psychiatry in Transition*, New York 1974, 310-326).

(2) *w.b. psychiatrische diagnostiek* — Evenwel is er niet alleen in het psychotherapeutisch denken een ontwikkeling die nieuwere en bredere inzichten oplevert, ook in het denken over psychiatrisch gedrag zelf in meer diagnostisch gerichte betekenis vindt een ontwikkeling plaats, als ik het goed zie. En er lijkt een direct verband tussen beiden. Misschien is wel de beste, en zeker de meest bekende illustratie van dit verband het boek van Foudraïne, dat als bekend geen op zichzelf staand fenomeen is, maar exponent van een zich steeds wijder verbreidende tendens in de hele psychiatrie. De kern, lijkt me, is deze dat naarmate de psychiater zich meer engageert met de patiënt, naarmate men als therapeut de patiënt in zijn totaliteit van gedrag en beleven au sérieux neemt, in diezelfde mate de vreemdheid van het gedrag terug wijkt. Anders gezegd, hoe beter men de patiënt kent, hoe minder deviant of abnormaal of ziek hij voorkomt. Een discussie over het psychiatrisch ziekte-begrip willen we vermijden, maar het moet worden gezegd dat er een onmerkbare revolutie plaats vindt in het klinisch denken welke het begrip 'ziekte' lijkt uit te hollen.

Misschien is dit het beste te illustreren aan de hand van een gesprek dat ik had met een klinische collega. We wisselden wat ervaringen uit, en kwamen tot het inzicht dat eigenlijk de gewone psychiatrische diagnostiek weinig zegt over de patiënt. Er is behoefte aan een heel andere benadering, die niet meer groepeerd op basis van symptomen of gedragskenmerken, maar op basis van probleem-situaties. Het gedrag of de symptomatologie is slechts de top van een ijsberg. Wil je deze reëel tackelen, dan moet je je richten op het niet manifeste deel. Achter alle psychiatrische problematiek zit een cluster van levensproblematiek, van conflicten, waartegenover de patiënt-cliënt vanuit zijn eigen levensontwikkeling machteloos staat. Zijn symptomen vormen een surrogaat-oplossing, meestal in de zin van excuserend of alarmerend gedrag, dat de functie heeft van een compromis met de realiteit. De psy-

chiatrische ziekte heeft voor deze persoon in deze omstandigheden een positieve waarde, is zinvol met een functie in zijn levensontwerp. De achterliggende vraag blijft: waarom *déze* compromis-keuze, waarom loopt de ontwikkeling over *déze* wissel verder en niet over een andere. Maar fundamenteel is daarmee het perspectief toch veranderd. Ook in die zin dat hiermee de grens tussen psychiatrisch en niet-psychiatrisch gedrag vervaagt. De patiënten en hun psychiaters delen in wezen eenzelfde levensproblematiek. Waarmede de reeds besproken wijziging in de therapeutische attitude correspondeert. Men realiseert zich steeds meer dat de gangbare niet-psychotherapeutische therapie (medicatie, sluimerkuur) een wandelstok-functie heeft: heel nuttig, vaak onmisbaar en verlichtend, maar allerminst causaal-therapeutisch werkzaam.

B Plaats hierin van de T.A.

Met deze schets van de nieuwere psychiatrische ontwikkelingen als achtergrond is de theoretische betekenis van de T.A. voor de psychiatrie goed verstaanbaar. Ik noem u enkele kenmerken van de T.A. die duidelijk op deze ontwikkelingen inspelen of daaraan uitdrukking geven. Hierbij hoop ik aan te sluiten bij hetgeen u reeds van andere inleiders omtrent de T.A. hebt vernomen.*

Als het belangrijkste, in mijn oog centrale kenmerk van de T.A. in confrontatie met andere vormen van psychotherapie of psychiatrisch denken zie ik dit, dat de T.A. in opzet en expliciet mikt op gedrag voorzover het berust in de persoon, en mikt op de persoon voorzover deze zich in gedrag uit. Wat technischer uitgedrukt, de T.A. probeert een inter- en intrapersonlijke benadering in zijn opzet te combineren. Persoonlijk geloof ik dat het accent weliswaar ligt bij de intrapersonlijke visie, maar deze wordt in de T.A. a.h.w. gevisualiseerd, herkenbaar gemaakt in de interpersoonlijke manifestaties. Een transactie-analyse vereist een structuur-analyse, en een structuur-analyse wordt gebaseerd op de transactie-analyse. Men zou kunnen zeggen dat in de T.A. een ingebouwde dubbele feedback wordt gehanteerd, zoals Berne in de ondertitel van zijn vroege monografie al aangaf: *a systematic individual and social psychiatry*. Dat ik bij alle nadruk op de transacties, zoals ook in de naamgeving wordt uitgedrukt, toch het accent leg op de intrapersonlijke problematiek, is gegrond in de belangrijke plaats van de game- en script-analyse bij Berne. U weet dat deze in beginsel twee niveaus van toepassingen ziet. Het ene niveau van toepassing ligt op het terrein van sociaal gedrag dat geherstructureerd kan worden op basis van T.A.-inzichten; vgl. de 3-daagse cursussen voor gedragsveranderingen en organisatie-ontwikkeling voor bedrijfsfunctionarissen. Het tweede niveau is dat van de toepassing op de persoonlijkheidshouding achter het sociaal gedrag. Op het eerste niveau kun je volgens Berne met de twee eerste fasen van de T.A. volstaan, op het tweede niveau

* Hier terug te vinden in het inleidend overzicht van Hellinga (red.).

zijn fasen 3 en 4 nodig. Deze tweedeling, welke Berne uitdrukkelijk aan de orde stelt, betekent geen scheiding van twee verschillende soorten T.A., maar een verdieping, waarin het ene niveau op het andere inspeelt.

Daarmee kom ik terug op een net al even genoemd idee, n.l. dat van de ingebouwde feedback. Het komt mij voor dat daarmee een aansluitend en zeer belangrijk kenmerk van de T.A. genoemd is. Die feedback is in velerlei opzichten aanwijsbaar. Allereerst zie ik hem tenminste al in de z.g. eenvoudige structuur-analyse zelf: als een K-positie wordt onderkend, vindt deze zijn bevestiging of ontkenning van de zijde der O- of V-posities. En deze controlerende bijsturing ligt zelfs nog meer elementair in de bepaling van de posities zelf: als naar inhoud een K-positie wordt ingenomen, moet dit bevestigd worden in de formele presentatie van het Kind middels houding, klank, gebaar, mimiek enz. Die feedback is ook op het niveau van de transactie-analyse volop aanwezig. Een K-positie wordt alleen maar manifest in de O-perceptie, zoals ook een V-positie blijkt in de V-response. Ook in de game-analyse tref je weer hetzelfde aan omdat het spel in de zin van Berne steeds gaande is in de communicatie met de ander. Een louter eenzijdig spel knapt af, zoals Berne heel duidelijk aangeeft. Wanneer de medespeler niet meedoet, houdt het spel op en gebeurt er iets anders, als woede of wanhoop. Tenslotte de script-analyse. Ook daar ontbreekt een feedback in Berne's gedachtengang geenszins. Want het script dat nu speelt vindt pas zijn bevestiging in de prototypen uit de kindertijd, welke ook de basis vormen voor een losweken van het script. Het script — zelf lijkt mij de vergelijking met een constant terugkerend muziekthema dat een symfonie draagt nog beter dan die met een scenario? — moet reeds in de kinderjaren aanwijsbaar zijn, wil het een echt script zijn.

Ook als een vorm van feedback in de T.A. is te beschouwen het democratisch karakter van een T.A.-behandeling. Geheel en al aansluitend bij de vermelde nieuwere ontwikkelingen plaatst Berne aan de basis van zijn benadering het contract in een gelijkwaardig V-V-overleg tussen patiënt en dokter tot stand gekomen. In dit uitgangspunt ligt dan al besloten het volledig en als volwaardig accepteren van de ander als mens, als compagnon in het therapeutisch proces. Berne erkent principieel geen Ik-zwakke, en zijn therapie is dan ook niet gericht op Ik-versterking, maar op Ik-bevrijding. Het volwassen Ik is er, moet alleen worden gewekt eventueel. Dit mag soms even lijken op een woordenspel in vergelijking met andere vormen van psychotherapie die wel gericht zijn op Ego-versterking, het is toch meer dan dat blijkens de consequenties. Want op basis van deze vooronderstelling van een Volwassene in iedere patiënt komt Berne tot een naast en bij elkaar plaatsen van de patiënt en therapeut, die beiden tesamen werken vanuit eenzelfde persoonlijkheidsstructuur waarin dezelfde grenzen en hun overschrijdingen aan de orde zijn. Dit samenwerken krijgt gestalte in een uitgewerkt en besproken contract dat steeds weer op ieder moment een gezamenlijke evaluatie mogelijk maakt.

Naar de patiënt toe betekent dit een principieel loochenen van zijn patiënt-zijn en een naar voren halen van zijn mens-zijn. U kunt hier ook denken aan een doorbreken van zijn patiëntenrol, zoals deze de cliënt opgedrukt wordt vanuit zijn sociale context of zoals deze hem excuseert t.a.v. zijn levensproblematiek. Waarmee al een stukje herziene realiteit in diens vlucht-bestaan wordt teruggehaald. Annex hiermee is het actionistisch karakter van de T.A., waarop Berne zelf veel nadruk legt. De activiteit of zelfwerkzaamheid van de patiënt wordt vanaf het begin aangeboord vanuit de gedachte dat elke actie een versterking van het actiebeginsel meebrengt; zoals een spier door veelvuldig gebruik sterker wordt. Men herkent hierin bepaalde principes uit de gedragstherapie.

Komt hiermee achter het patiënt-zijn een vraagteken, de T.A. plaatst dit ook in meerdere opzichten achter het nosologisch denken. Het systeem van ziekte-eenheden wordt terzijde geschoven om zijn eerste plaats af te staan aan een structuur-analytische benadering van een gedragscomplex. Daar ligt de basis voor een indicatie-stelling, niet in het ziektebeeld of daarmee samenhangende persoonlijkheidskenmerken. Het gedrag en het zichzelf beleven in dit gedrag is belangrijker dan een nosologische diagnostiek. Ook hierin concretiseert de T.A. wat langs verschillende kanten de laatste jaren naar voren komt omtrent het verschijnsel 'geestesziekten'. Men zou kunnen stellen dat het medisch model-denken in de psychiatrie dat in de T.A. opgenomen is, ondergeschikt gemaakt is aan het sociaal model-denken.

Een ander kenmerk van de T.A., uiteraard niet losstaande van de reeds vermelde, is zijn open verstaanbaarheid. Het lijkt soms alsof Berne er vóór alles op uit geweest is om alle geheimzinnigheid uit de psychiatrie uit te bannen. Er blijven ook bij hem nog wel duistere punten over (denkt u aan zijn cathexis-belichting, en de wisselende grenscondities), maar deze zijn in het hele transactionele denken zo ondergeschikt dat zij b.v. in Harris' popularisatie nauwelijks terug te vinden zijn. Structuurinzichten en terminologie zijn bij Berne zo gekozen dat zij voor iedereen herkenbaar zijn, niet het minst ook door zijn frequent gebruik van beeldende diagrammen. Er ligt een duidelijke aansluiting bij het alledaagse leven, waarin een ieder zich thuis voelt. Berne zelf brengt als de meest belangrijke simplificatie naar voren de invoering van het begrip 'transactie', de eenheid van prikkel en antwoord. Het complexe sociaal gedrag is in wezen opgebouwd uit een reeks van aaneensluitende transacties. Deze vormen de eenheid van sociaal gedrag. Met deze begripsinvoering heeft Berne voor zijn T.A. ook bereikt dat deze een brugfunctie kan vervullen in de communicatie tussen de verschillende disciplines. U weet hoe deze nog al eens moeizaam verloopt doordat zij gebaseerd is op verschillende referentie-kaders. De T.A. presenteert de transactie als het referentie-kader, dat voor een ieder ongeacht zijn herkomst goed herkenbaar is.

Samenvattend zou ik de theoretische betekenis van de T.A. voor de psychiatrie willen aanduiden in vijf punten:

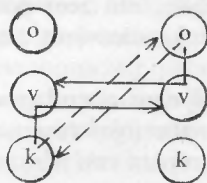
- 1 — zijn synthetiseert dynamische en gedragstherapeutische psychotherapie;
- 2 — zij versterkt middels de velerlei ingebouwde feedback de therapeutische consistentie annex de therapeutische evaluatie-mogelijkheid;
- 3 — zij democratiseert de psychiatrische praktijk, ook in taak en verstaanbaarheid, zodat zij ook een brugfunctie kan vervullen;
- 4 — zij stelt de mens in de patiënt voorop door het beroep erop; en
- 5 — zij relativeert de nosologie in sterke mate door deze ondergeschikt te maken aan een sociaal gezichtspunt.

II Praktische betekenis voor de psychiatrie?

Voor een juist aanvoelen van de betekenis van de T.A. voor de psychiatrie is het uiteraard nuttig om te zien hoe deze vermelde theoretische gezichtspunten doorwerken in de praktijk. Wat betekent een T.A.-houding in de psychiatrische praktijk, voor cliënt en psychiater? Waarbij eerlijkheidshalve een aanvulling moet komen m.b.t. de twijfels of moeilijkheden die een T.A. in de praktijk meebrengt.

A Pluspunten voor de cliënt — Voor de cliënt — en het gebruik van deze term heeft in T.A.-verband dunkt me een diepere zin dan alleen die van een modegril —, voor de cliënt zie ik in de toepassing van de T.A. meerdere voordelen gelegen, zowel op het methodisch vlak alsook op het vlak van de beleving.

Het meest belangrijke en centrale voordeel is gelegen in de primaire erkenning van zijn persoonlijkheidswaarde. Het mag zijn dat dit moeilijk te expliciteren is, maar de cliënt ervaart na een eerste kennismaking met de T.A.-opzet een anders, hem niet afschrijvend benaderen. Integendeel, in plaats van zijn klachten of symptomen meteen in het volle daglicht geplaatst te zien beleeft hij nu dat bij alle erkenning daarvan iets anders, hij zelf nog belangrijker geacht wordt. Dat is vanuit zijn niet zelden jarenlange achtergrond van behandelingen een geheel nieuw ervaren dat nog al eens verwondering oproept. Zijn chronisch negatief zelfbeleving wordt ineens onderbouwd door een positieve ervaring over hemzelf: hij is ook iemand, iemand met eigen mogelijkheden ondanks en naast alle moeilijkheden die hem zo vertrouwd zijn. Dit ook iemand zijn wordt nog danig versterkt door de houding van de therapeut die zichzelf in beginsel op hetzelfde niveau plaatst. De een mag hulpvrager, de ander hulpverlener zijn, daarachter zijn beiden mensen, Volwassen Ego's. Zwakke en sterkere kanten zijn minder belangrijk dan het gemeenschappelijke van beiden. Waar-



door het verhoudingsbeleven een wezenlijk andere situering verkrijgt dan in de doorsnee therapeutische relatie. Deze laatste wordt niet verdonkeremaand of geloochend, maar zij wordt opgenomen in het samen als gelijkwaardige partners aan het werk gaan (zie schema).

Voorwaarde voor en middel tot dit beleven is voor de cliënt de directe verstaanbaarheid van alle T.A.-terminologie. Het mag zijn dat de cliënt aanvankelijk nauwelijks mee durft of mee kan denken met zijn therapeut — hij is dit nooit gewend geweest —, maar het complex basisbegrippen is zo toegankelijk voor hem, ook al op grond van het eigen beleven in heden en verleden, dat hij bij enige stimulans gemakkelijk komt tot het zelf ter hand nemen van deze termen.

Waarmee een ander pluspunt in het zelfbeleven van de cliënt aan de orde komt: hij behoeft zich niet meer zo overgeleverd te voelen aan een vreemde mysterieuze macht. De onheilsvolle verwachting van 'wat hangt me boven het hoofd?' maakt plaats voor een zelf kunnen meedenken, kunnen meepraten over zijn eigen problematiek. Hij weet ergens waar hij aan toe is, en dit weten krijgt zijn uitdrukking in het in overleg overeengekomen contract. Daarmee is zijn passiviteit, zo vastzittend aan het medisch model, in beginsel vervangen door de eigen actieve inzet van een sociaal contract. Naast deze belangrijke formele pluspunten brengt de inhoud van de T.A. voor de cliënt ook enkele belangrijke voordelen mee. Misschien is het voornaamste wel dit dat het T.A.-denken therapeut en cliënt samen in staat stellen tot het aanbrengen van enige ordening in de chaos van gevoelens. In het problematisch beleven van een cliënt-patiënt nemen verwarring, onzekerheid en angst met aanverwante gevoelens van radeloosheid, geen perspectief meer zien e.d. een heel grote plaats in. Het geen gat er meer in zien, geen uitweg vermoeden en zich voortdurend verder weg voelen zakken in het drijfzand der problemen, dat soort beleven maakt vaak het probleem-beleven tot een kwellend. En het is juist op dit punt dat het structuur aanbrengen vanuit T.A.-beginselen zo verhelderend, en daardoor zo geruststellend kan werken. De chaos wordt minder chaotisch, de onduidelijkheid klaart op, en de kwellende spanning kan nu wegvallen. In die ontspanning kan een zucht van verlichting vallen waarin het Ik zichzelf terugvindt, zodat dit aan leefkracht gaat winnen.

Daarmede gaat dan gepaard het voordeel van een stuk zelfbevrediging in zelfherkenning. Temidden van alle negatieve emoties rond het zelfbeleven komt nu eens een andere emotie aan bod, met een andere kleur. Straks zullen we moeten terugkomen op de nadelen van deze voordelen, maar voorlopig blijft staan dat in deze zelf-ervaring de cliënt een zeer positieve 'streling' (om in Berne's termen te spreken) ondervindt die tegemoet komt aan een van zijn basis-behoeften.

Tenslotte zie ik als hierbij aansluitend groot voordeel dat de cliënt een stuk distantie kan aanbrengen tussen zijn problemen en hemzelf. Er mag een heel complex van hem verwarrende of belasten-

de factoren aanwezig zijn die hem in nauwelijks op te lossen conflicten brengen, de cliënt gaat in een T.A.-benadering een daarvan verwijderd rustpunt vinden in het V-zelf. Minder dramatisch uitgedrukt w.b. sociale conflicten, het vroegere 'eerst tot tien tellen en dan pas reageren' krijgt in de T.A. een nadere precisering, een meer hanteerbare inhoud. Wat moet je in die tien tellen doen? Vanuit T.A.-houding is dit heel concreet: je betreffende positie inschatten en op die basis een keuze maken.

B Pluspunten voor de hulpverlener — Naast deze voordelen voor de cliënt brengt de T.A. ook voor de hulpverlener de nodige voordelen mee. Ik denk zelfs wel eens dat deze nog belangrijker zijn, omdat zij tesamen neerkomen op het verhelderen van de hulpverleningssituatie in zijn totaliteit. Meer dan in welke andere mij bekende therapeutische oriëntatie het geval is stelt de T.A. in staat om zowel de verschillende componenten als het procesgebeuren, in de dwarsdoorsnede van het hier en nu en in de lengtedoorsnede van gisteren en morgen, vanuit één hanteerbare visie te overzien en er iets mee te doen. Ik heb er hier behoefte aan om heel sterk naar voren te halen wat Berne zegt over de relaties: je mag daarover alleen spreken als je goed herkent hoe deze precies gestructureerd zijn. Zowel het probleem-beleven van de cliënt, waarvoor hij in eerste instantie komt, alsook ons benaderen daarvan in diagnostische en hulpverlenende zin zijn geheel en al gebaseerd op de erin betrokken relaties. Deze vormen het merg van wat er gebeurt tussen cliënt en hulpverlener, zeker vanuit sociaalpsychiatrisch standpunt, en het is juist middels de T.A. dat de hulpverlener er greep op kan krijgen. De verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij hem, en dat kan ook niet anders zoals Berne met nadruk stelt. Want juist zijn deskundigheid is de titel waarop de mens-in-nood bij zijn hulpverlener komt. Welnu, de T.A. stelt de deskundige in staat om het totaal-gebeuren te overzien. En op die basis kan hij zijn beslissingen nemen. Ik moge dit grote voordeel in enkele punten in het kort illustreren.

Allereerst dit. Door de andere gerichtheid van zijn diagnostische belangstelling — vgl. hoger — kan de T.A.-hulpverlener scherper en sneller tot die inzichten komen die hij nodig heeft. De interactie zelf tussen hem en cliënt bevat het belangrijkste materiaal hiervoor, dat minstens zo nonverbaal als verbaal is. De presentatie van de cliënt verschaft meer informatie dan de inhoud van die presentatie. En dit meer nabije scherpere inzicht kan de hulpverlener vanuit T.A.-opzet onmiddellijk inbrengen en verifiëren bij de cliënt — daar hebt u weer die ingebouwde feedback —, zodat eventuele onduidelijkheden of fouten opgevuld of gecorrigeerd worden. Daarenboven reduceert de T.A. ingebrachte problematiek tot enkele hoofdgroepen, in zoverre zij zich juist richt op de veel breder voorkomende psychosociale problemen achter het manifeste gedrag verborgen. Ik wees u reeds op het zich wijzigende nosologisch denken. Berne goochelt weliswaar met astronomische aantallen van variatie-mogelijkheden, maar hij voegt er direct zelf

aan toe dat praktisch slechts enkele varianten voorkomen. Het komt mij voor dat m.n. een uitwerking van de diagnostiek op basis van T.A. een heel belangrijke, voor de praktijk waardevolle zaak zou zijn, en het is jammer dat Berne zelf in de herziene uitgave van zijn psychiatrie-compendium daar niet aan toe gekomen is. Op basis van een gemakkelijker te bereiken diagnose heeft de hulpverlener ook iets concreets aan te bieden aan zijn cliënt n.l. zijn T.A.-benadering. Dit aanbod heeft het aantrekkelijke dat de cliënt na enige uitleg hierin in beginsel een houvast kan ervaren dat hem aanspreekt. Dat hem bovendien niet geheel afhankelijk maakt en hem gerechtigd om ook iets in te brengen. Wat er gaat gebeuren, is vanaf het eerste moment in elk opzicht bespreekbaar tussen cliënt en hulpverlener. Het plan voor de behandeling ligt daarmee open, zodat de behandeling voortdurend van weerszijden althans subjectief te evalueren is. Kleine stapjes worden gezet in de mate van het mogelijke, en beiden 'hulpverlener en cliënt' weten voortdurend waaraan zij bezig zijn.

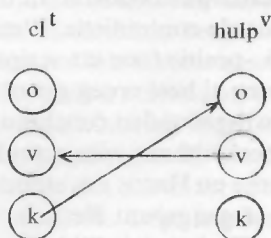
Nauw hiermee verbonden is het voordeel voor de hulpverlener dat opzet en beloop van behandeling vanuit T.A.-structurering mededeelbaar, bespreekbaar blijven, ook met derden. De zo nuttige supervisie of intervisie komt daarmee uit de sfeer van een louter subjectieve emotionaliteit en kan zich baseren op aanwijsbare structurele verhoudingen of uit te tekenen transactie-patternen. Wie enigszins vertrouwd is met staf- of teambesprekingen of aanverwante overlegsituaties, beseft hoe belangrijk dit is. Zoals het ook de cotherapie in groeps- of systeembenadering meer consistent maakt. De kritiek die elke hulpverlening constant nodig heeft, vindt in de T.A. een bruikbaar referentiekader. Kritiek van buiten, maar ook interne kritiek. De T.A. verschaft aan de hulpverlener een goed middel om de verschillende valkuilen waartoe een behandeling uitnodigt, te vermijden. Hoe langer men T.A. praktiseert, hoe meer men in de gaten krijgt dat cliënt en hulpverlener tesamen neigen om in bepaalde spelen te vervallen. Ik geloof dat je mag stellen: als een T.A.-benadering binnen een beperkt aantal contacten geen duidelijke verlichting brengt, dan moet er een rood lampje gaan branden als waarschuwing voor een eventueel spel dat er gespeeld wordt. Misschien moet dit spel nog doorgaan, maar dan weet je tenminste waar je aan bezig bent. T.A. is een waardevolle bron van voortdurende zelfkritiek.

Met het oog op het laatste voordeel voor de hulpverlener wijs ik u op het cruciale probleem van alle psychiatrische hulpverlening, wat Rümke destijds aanduidde als 'een maximum aan toenadering met behoud van distantie'. T.A. betekent een zeer grote nabijheid van cliënt en hulpverlener. Deze nabijheid kan diep medemenselijke gevoelens meebrengen, welke in het contact met een cliënt van weerskanten naar boven komen en geuit kunnen worden. De echtheid van de relatie, ook in Rogeriaanse zin, vraagt hierom als voorwaarde voor het reëel aanvaarden van het Zelf. De T.A. nu verschaft tegelijk een middel om de reële plaats van deze emoties te onderkennen en bespreekbaar te maken. Zij drukt die emoties

niet weg noch perkt zij ze in, maar reguleert a.h.w. de uitdrukking ervan: als volwassene K-emoities hebben is één, als volwassene reageren vanuit K-emoities is iets anders. Juist dit onderscheid dat zozeer in de T.A. gegeven is, beveiligd cliënt en hulpverlener. Hetgeen in een recente behandeling voor beiden een bijzonder waardevol aspect van de T.A. bleek te zijn.

C *Twijfels, moeilijkheden in de praktijk* — Het zal u duidelijk zijn dat al deze pluspunten voor cliënt en hulpverlener volop aan bod zijn in een cleane, zo u wilt orthodoxe T.A.-benadering, waarin beiden volop vanuit een V-positie samen aan het werk zijn. Maar wanneer is dit het geval? Hoe vaak lukt dit, en welke moeilijkheden ondervind je daarbij? Voor een juist beeld van de T.A. in de praktijk moeten wij onze aandacht ook daarop richten. Ik noem enkele moeilijkheden en twijfels zoals deze in mijn praktijk annex het overleg met mijn medewerkers naar boven gekomen zijn.

Een levensgroot probleem is nogal eens het bereiken van de V-positie van de cliënt of de cliënten. U weet hoe de V a.h.w. het bruggehoofd bij de cliënt moet vormen van waaruit de T.A. zijn werk kan doen. Welnu, de vorming van dat bruggehoofd is soms een hele opgave. Misschien moeten wij hierbij even terugdenken aan de twee behandelingsniveaus die eerder werden vermeld. Als iemand met een reële sociale of een reële communicatie-problematiek komt, is per definitie de V eigenlijk overeind, kun je hem dus aanspreken en ermee werken. Maar als de cliënt komt vanuit het psychiatrisch compromis, zoals ik u dat in het begin genoemd heb, ligt het anders. Dan is het niet eenvoudig om die V in hem te wekken, en dan moet de hulpverlener voortdurend weer zichzelf als V laten herkennen. Het risico van kruistransacties is levensgroot:



met alle risico's ook voor het vervolg van de hulpverleningscommunicatie. De perceptie van de hulpverlener door de cliënt heb je in feite niet in de hand. Hoogstens kun je de cliënt laten zien, letterlijk, hoe hij zich opstelt en hoe hij dit zelf doet, niet op basis van wat hem aangeboden wordt, maar op basis van een eigen, zij het negatieve keuze. Toch blijft het van wezenlijk belang dat men erin slaagt om dit V-bruggehoofd te vestigen. Hier ligt een vrij fundamentele T.A.-moeilijkheid: je moet ergens een stuk script-bevrijding bewerken terwijl je nog helemaal aan het begin staat. Het zal U dan ook niet verwonderen dat je ondanks alle goede bedoelingen van weerskanten blijft zitten met een pseudo-motivatie. De cliënt meent wel dat hij wil veranderen, en hij komt ook

trouw, maar in wezen wil hij niet echt veranderen; althans niet zo dat hij echt anders in het leven komt te staan tegenover zichzelf en zijn omgeving. En juist omdat er in sociale zin toch naar verandering wordt gestreefd, terwijl de cliënt het psychologisch niet wil, is de hele behandeling rijp voor allerlei spelen. Van de kant van de cliënt, maar ook van de kant van de hulpverlener, die misschien wel meent zich vanuit een V-positie op te stellen, maar in feite daarbij heel sterk gedirigeerd wordt vanuit zijn O- of K-positie: de cliënt is er dan voor de hulpverlener. En wanneer de spelen in gang gezet zijn zonder dat het rode lampje gaat branden, raken beiden opgesloten in een therapeutische, juister: een therapie-cirkel waar zij niet meer uitkomen. Het therapeutisch geloof (d.i. het herkennen van de V in de ander) raakt zoek, men moet toch weer een beroep doen op de wandelstokfunctie van opname of medicatie, en de hele T.A. raakt in de mist. Bij allerlei depressietoestanden kan dit nog al eens voorkomen.

Hierachter zit duidelijk het script-probleem. Het negatief zelfbeleven, in Harris' termen het niet-o.k.-gevoel, zit zo van jongsaf vastgebakken dat de cliënt niet anders kan dan vandaaruit waarnemen en reageren. Juist deze negatieve zelfperceptie met de bevestiging ervan in zijn dagelijkse ervaringen wordt voor de cliënt danig versterkt door het hopeloze van zijn problematiek, zodat een falend behandelingsbeloop de patiënt (zo mogen wij hem nu wel noemen) in zijn eigen zijn versterkt. Falen betekent hier zelfbehoud! Deze intrinsieke paradox vormt het grootste obstakel in de T.A.-praktijk. Zelfs de herkenning van het verliezersscript wordt nauwelijks opgebracht. Laat staan het loslaten ervan. De T.A., de meest optimistische van alle therapievormen volgens Berne, heeft hiertegenover alleen maar zijn geloofsaxioma te stellen: als je wilt, kun je anders over jezelf gaan denken. In dit axioma ligt n.m.m. een nog niet opgehelderde contradictie. Want de conclusie tot een bepaalde, i.c. niet-o.k.-positie (hoe dit script verder getekend moge zijn) is volgens Berne al heel vroeg getrokken, zo vroeg dat het een irrationele, niet wilsgebonden conclusie geacht moet worden. Is dit door een rationeel, althans wilsgebonden anders gericht besluit op te heffen? Berne en Harris e.a. stellen dit zo, maar ik denk dat dit fundamentele uitgangspunt niet juist is. Het zal er soms de schijn van hebben, maar in werkelijkheid moet zo'n ongunstige negatieve conclusie over het Ik-zelf gecorrigeerd worden door een eveneens irrationele, niet wilsgebonden conclusie, gebaseerd op het ervaren van de therapeutische situatie (= van de therapeut), dat wordt aangevuld met het ervaren van verwante situaties daarbuiten. Men kan de vraag opperen of het indicatie-gebied voor T.A. misschien zijn omlijning krijgt vanuit de script conditie. In samenhang met dit scriptprobleem blijkt in de praktijk een andere moeilijkheid boven te komen. Het herkennen van de O-positie in de inwendige dialoog betekent nog al eens een grondig opleven van het misschien al lang weggesloten ouder-beleven. Met alle spanningen vandien. Allerelei agressie en agressie-afweer dringt naar boven, zodat de aanvankelijke openheid voor de therapie ra-

dicaal dichtgegooid kan worden. Hoe juist het Ouder-concept van de T.A. ook is, de vrijmaking ervan vereist heel wat meer dan het hernieuwd poneren van een wilsbesluit. En de vraag mag hieromtrent gesteld worden of ook hier niet een ander ouder-ervaren, nu vanuit de therapeut, eerst moet groeien wil de Ouder als zodanig kunnen worden losgelaten.

Hetgeen de K-problematiek aan de orde stelt. Ook daar liggen wel voetangels en klemmen. Berne stelt dat je in enkele duidelijk aanwijsbare situaties (hij noemt kleine kinderen, psychotici) het Kind moet benaderen, dus je als Ouder moet opstellen. Het komt mij voor dat dit bij de psychiatrische cliëntèle veel vaker het geval is. De behoefte om als een Kind benaderd te worden is soms zo groot, m.n. in de zin van een koesterende, opvangende en stimulerende benadering, dat een hardnekkig insisteren op een V-benadering alleen maar het aangepaste Kind zou versterken met alle verdere onderdrukking van het spontane Kind vandien. Uiteraard is dit eventueel bespreekbaar, zoals ook in de praktijk blijkt, maar het betekent dan toch water in de klare T.A.-wijn; met een stilstand van het therapie-beloop althans in T.A.-zin. Een adequate, juist gedifferentieerde en gedoseerde K-benadering is heel belangrijk, maar niet eenvoudig.

Om deze lijn in het bespreken van enkele praktische T.A.-twijfels even vast te houden, ook de V-positie levert zijn moeilijkheden op. Als de T.A. aan de Volwassene een aantal kwaliteiten toekent (tesamen komend in het functioneren als een soepele computer), dan gebeurt dit wel vanuit een bepaald mensbeeld. Het Westerse cultuurideaal van de vrije, onafhankelijke, zelfstandige mens staat hierbij voorop. Gaan wij daarin mee, dan dwingen we de V in onze cliënt tot bepaalde keuzen: de V moet zelf beslissen wat hij in deze omstandigheden nu wel of niet aanvaardbaar acht. Wij plaatsen hem voor waarden en normen, hetgeen voor de cliënt misschien hoogst ongewoon en ver buiten zijn horizon is. Zelfs het houvast in zijn Ouder-dictaten verliest hij in beginsel, terwijl hij misschien niet zonder kan. Moet hij in de therapeut een nieuwe Ouder vinden? Gaan wij anderzijds niet in dat bepaalde cultuurideaal mee, of koestert de cliënt een ander beeld, dan zitten we met de T.A. toch moeilijk, dacht ik. Deze is gebaseerd op de Volwassene als de vrije onafhankelijk functionerende centrale regulerende Ik-functie. Maar wat als een cliënt reageert: 'Ja maar, ik wil helemaal niet die volwassene zijn?' Ik weet wel dat het T.A.-gezondheidsideaal – want daarvan is in feite ook sprake: samenwerking van V en spontane K – het Kind alle ruimte geeft, maar niet zonder die Volwassene.

Tenslotte zou ik aan deze lijst van inhoudelijke twijfels nog twee onzekerheden rond de T.A. van meer formele aard willen toevoegen. Een heel praktische vraag gaat uit naar de intensiteit, de contactfrequentie van een T.A.-behandeling. Persoonlijk hanteer ik als norm dat er slechts sprake kan zijn van een werkelijke T.A.-benadering bij een wekelijks therapie-contact van een uur. Wanneer het anders moet, zoals in de ambulante praktijk vrijwel steeds

het geval is, kun je nauwelijks op een echt T.A.-contact rekenen. Afgezien van de beginfase waarin je dit nog wel moet kunnen opbrengen wordt de behandeling dan een behandeling vanuit T.A.-denken. Hetgeen mij een alleszins aanvaardbare constructie lijkt, vooral vanuit het oogpunt der voordelen voor de hulpverlener. M.a.w. een gradatie van T.A.-behandeling lijkt mij gezien de praktische haalbaarheid een reële zaak, die de moeite waard is.

Mijn laatste twijfel inzake T.A. betreft die rond de bruikbaarheid in een samenwerkingsverband dat niet gegrond is noch bekend is met T.A. Het blijft dan toch de vraag in hoeverre men met zijn T.A.-inzichten uit de voeten kan. De sfeer van oversimplificatie die er (ten onrechte) in ligt, roept weerstanden op, terwijl het zeer geprononceerde therapeutisch doel van de V-revival geen doel kan zijn in het oog van anderen, die dit een te ver gaande bemoeienis vinden. De T.A. kan weliswaar een brugfunctie vervullen tussen verschillende disciplines, maar doen moet én een brug op zich én ook juist deze brug in het bijzonder wel gewenst worden.

III Enkele praktijk-ervaringen

Casuïstiek kan in een theoretisch exposé nauwelijks tot zijn recht komen. Maar zij kan wel bepaalde momenten illustreren. En als zodanig wil ik hier vanuit mijn praktijkervaring iets naar voren brengen; tevens om een bepaald perspectief t.a.v. toepassingsmogelijkheden te suggereren.

1 — Het eerste geval betreft een cliënt met een 'recidiverende endogene depressie', een varkensfokker, goed gehuwd, met drie kinderen, die weer voor de zoveelste keer depressief geworden was in aansluiting op een bedrijfsadvies van een voorlichtingsconsulent. Hij beleeft zichzelf als onmachtig tegenover het bedrijf en zijn opgaven, en omdat hij dit zo meent, doet hij vrijwel niets meer. Hij zit hele dagen te piekeren, valt uit tegen vrouw en kinderen en vindt dat hij maar ergens een vaste baan moet hebben. Na een fase van directieve en suggestieve therapie welke geheel vastliep in een halsstarrige weigering om hoe dan ook maar enig verband te zien tussen zijn uitwendige en inwendige conditie werd na een alarm van zijn vrouw gestart met een wekelijkse T.A.-benadering. Het insufficiëntie- annex slechtheidsbeleven kwam spoedig naar boven, de communicatie met zijn vrouw, die er mede in betrokken werd, kreeg de nodige impulsen en na een tiental contacten was het leefklimaat dermate verbeterd in sociale zin dat de behandeling aanzienlijk teruggeschoefd werd. Structuur- en transactie-analyse hadden verruiming bereikt met een verbeterd sociaal gedrag, dat volgens de aantekeningen wel enige als hypomaan aan te duiden trekjes ging vertonen. Alles ging heel goed, totdat de Italiaanse importbeperking de afzet van en de prijs voor biggen halveerde. Hij was juist de maand tevoren gestart met de bouw van een nieuwe schuur. Het T.A.-contact werd opnieuw geïntensi-

veerd, waarbij al heel gauw spel- en script-analyse aan de orde kwamen. De spelen hadden een gemengd karakter van 'Sla me dan toch' en 'Houten Been': hij deugde niet, hij was slecht en kon het niet, nu niet en nooit niet, ook in zijn goeie periode had hij het fout gedaan door veel te veel door te hollen. Het script dat hierachter lag, luidde zo ongeveer: je bent een slecht en stout jongetje, als ze niet op je passen gaat het helemaal mis met je. Onze cliënt was eigenlijk voortdurend zichzelf aan het bewijzen en anderen aan het laten zien hoe juist dit script was, zodat hij consequent weigerde om iets goeds van of voor zichzelf te erkennen. Met een zekere masochistische wellucht beroept hij zich dan ook voortdurend op zijn slechtheid, zijn sexuele afwijking uit de puberteitsperikelen overgehouden. Thans zitten we in de fase van de scriptlosweking middels de erkenning dat dit zelf-vonnis toch niet steeds juist is. Je krijgt zo de indruk dat het anders moeten gaan denken over zichzelf voor deze man, hoezeer hierin ook gesteund door zijn vrouw, een stap is even moeilijk en moeizaam als de eerste stap op de maan.

2 — Een tweede geval betreft een meisje van 19 jaar wegens aanpassingsmoeilijkheden door het M.W. naar ons verwezen. Zij blijkt de jongste uit een kleiner gezin, en heeft de MAVO-opleiding ondanks meerdere pogingen niet afgemaakt. Eerdere opnames bij zenuwartsen hebben al een behandelingsplaats in een neurose-centrum opgeleverd, maar daar was zij na twee dagen weer weg. In haar presentatie is het een vaal verlept meisje, erg mager, met nauwelijks een glimlach op haar gelaat. Langs allerlei infauste klinische diagnostiek heen meenden wij in haar een grote identiteitsonzekerheid te herkennen, welke zij tot nu slechts via het surrogaat van een uitbundige sexuele contactname had kunnen verbergen. Met T.A. begonnen, welke zij heel goed begreep, kwam er spoedig een verbetering, m.n. in het sociale gedrag, zich uitend in meer initiatief en activiteiten, o.a. het hervatten van de MAVO-opleiding. Helaas kon door omstandigheden de samen overeengekomen planning niet worden volgehouden, maar zij wist zich toch op een positieve manier los te maken van het huiselijk milieu. In de groepsbenadering, waarin zij zichzelf vergeleek met een overall snuffelende straathond, kwam het tot een complete crisis met een hysteropsychotisch beeld waarin zij volkomen onaan-sprekbaar was. Tijdens en na de kortere ziekenhuisopname is het script aan de orde gesteld en werden haar mogelijkheden om zich werkelijk anders op te stellen besproken en doorgewerkt. Sedertdien verloopt het proces der sociale ontplooiing weer in een weliswaar langzaam tempo, maar maakt daarbij een meer authentieke indruk. — Terloops zij vermeld dat de psychopathiforme versie van het onzekere identiteitsbeleven veel minder ruimte biedt voor een T.A.-behandeling vanwege de hoog oplopende sociale conflicten. Steeds moet een omgeving minstens de ruimte laten aan de cliënt en de hulpverlener om een behandeling op gang te krijgen. Kan de omgeving erin betrokken worden, des te beter,

doch dit is in de acting-out situaties nauwelijks realiseerbaar.

3 – Bij de puur neurotische depressies – zo deze als bestaan – is vooral het conflict van O en K opvallend duidelijk, terwijl de V terzijde toekijkt hoe het opstandige K toch niet zijn zin krijgt. De depressie is het zelfbeleven van het stoute falende Kind. Je zult dan ook steeds zien dat de depressieve figuur kans ziet om steeds weer aan alle kanten stimulerende en corrigerende Ouder-impulsen op te doen. En dat gaat goed zolang deze maar gul worden verschaft. Als die Ouder een meer straffend dan koesterend helpend karakter gaat krijgen, kan het opstandige Kind doorbreken. Ofwel, anders gezegd, het spontane Kind gaat zich melden. A fortiori wanneer de vastgeroeste constellatie door toevallige omstandigheden toch doorbroken wordt. In een bepaald geval was er zo'n samenvallen bij een bijna 40-jarige vrouw, wier spel ineens aan het licht kwam (inclusief dat van haar hulpverlener!) toen zij haar kapper belangrijker bleek te vinden dan haar psychiater, terwijl in dezelfde dagen haar altijd sterke man bij een feestelijke gelegenheid plots afknapte. Zodat zij ineens als de sterke figuur die beslissingen neemt moest gaan optreden. Vrijwel op slag veranderde haar hele beeld, en was het oude drukkende script vervangen door een ander dat voorlopig beter bevalt. Wel heeft nu de man grote moeite om zijn vrouw te kunnen volgen: 'Ze is niet meer die ze geweest is', zegt hij niet geheel ten onrechte.

4 – Een meer algemene indruk rond de toepasbaarheid van T.A. in de psychiatrische praktijk is deze dat T.A. voor het eigen denken van de hulpverlener steeds met veel vrucht toegepast kan worden. Enkele redenen daarvoor zijn hoger al genoemd. Naar de cliënt toe hangt het van velerlei omstandigheden af hoever men kan of wil gaan. Gericht vanuit een T.A.-denken kan men een willekeurig andere vorm van psychotherapie toepassen zonder T.A. te noemen. De velerlei ambivalenties die men ook in het zelfbeleven van cliënten tegenkomt, krijgen ook voor de cliënt een verduidelijking in het beroep op de verschillende posities. Men kan daarbij de termen van Ouder, Volwassene en Kind gebruiken of niet, zonder of met een bepaald structureel verband. Men kan ook vanuit T.A.-standpunt menen dat juist beter geen T.A. toe te passen is; denkt u maar aan de niet geringe groep van in een of ander opzicht misdeelden. Het zou iets wreeds en iets bodemloos hebben wanneer je daarbij het tekort primair zou gaan relativeren, zoals T.A. toch meebrengt. Kortom, T.A. is in velerlei gradaties of doseringen te gebruiken. Waarbij het vermeende cliëntenbelang de enige maatstaf moet zijn.

5 – Een heel andere toepassingsmogelijkheid voor de T.A. ligt in het aanwenden ervan in de groepsvoorlichting. Het is mijn ervaring dat het heel goed mogelijk is om algemene inzichten van psychohygiënische aard b.v. rond opvoeding, huwelijk en gezin, uit te dragen in een zeer gevarieerd samengestelde groep van mensen

met gebruikmaking van de T.A.-terminologie, inclusief de diagrammen. Het spreekt de mensen erg aan, en zij kunnen er zelf ook wat mee doen. Juist door het zo duidelijke verhoudingsaccent dat de T.A. legt bij de interpretatie van menselijk gedrag biedt deze manier van belichten een fraaie kans om de gewone mensen te confronteren met een niet geheimzinnige, een niet vreemde psychiatrie. Zij gaan herkennen dat zij zelf en de psychiatrische patiënt niet principieel verschillen, zoals zij ook niet zo ver af blijken te staan van die psychiater die hen dat vertelt. Men proeft dan een stuk bevrijding en gaat iets vermoeden van de mogelijk culturele betekenis van de T.A.

Daarmee hebt u een vluchtig perspectief op de T.A. in de psychiatrische praktijk. Meer ruimte voor toepassing en vergelijkende research ware misschien gewenst, maar de diversiteit van de aangeboden problematiek kan daarop niet wachten. Deze kan en zal met veel vrucht gebruik willen maken van de T.A. als een methodiek die zich flexibel op- en openstelt, terwijl zij toch daarbij een houvast geeft aan de hulpverlener.

IV Kritische geluiden over T.A.

Het zal u hieruit duidelijk zijn dat ik de T.A. een aanwinst acht voor de psychiatrische praktijk, zonder daarmee te willen suggereren dat ik geen kritische vragen heb. Die zijn er wel, gelukkig, zou ik zeggen, en meerdere daarvan zijn al in deze inleiding naar voren gekomen. Van een verdere kritische beschouwing wil ik daarom hier af zien.

Maar het dunkt me eerlijkheidshalve wel juist om nog enige aandacht te besteden aan een aantal kritische geluiden rond de T.A., zoals die dan hoofdzakelijk in Nederland worden vernomen. Hierbij kan ik niet de pretentie van volledigheid hebben. De situatie van een eenmans perifere sociaalpsychiatrische praktijk laat nu eenmaal geen grondig wetenschappelijk werk toe. Ik moet afgaan op wat mij, en misschien ook u, toevalligerwijze bereikt heeft tot op heden.

Vóór alles valt te noteren dat dit kritisch geluid in Nederland bijzonder dun gezaaid is. In de vakliteratuur als het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid of het Tijdschrift voor Psychiatrie tref je de laatste jaren geen enkele vermelding of bespreking van T.A.-literatuur aan. In het recente Amerikaanse boek van Marmor dat als vermeld de ontwikkeling van de psychiatrie belicht komt men de T.A. niet expliciet tegen. Hellinga bespreekt Berne wel in zijn encyclopedisch overzicht, helaas alleen op basis van diens 'Games People Play'. Hij lijkt ook verder niet op de hoogte. Rond de bestseller 'Ik ben O.K. Jij bent O.K.' van Harris hebben we dan het positief gestemde voorwoord van Jan Foudraine, die vooral de duidelijkheid en overdraagbaarheid van de T.A.-denkwijze apprecieert. Hij wijst erop dat T.A. geen methodiek is in de sfeer van 'hoe word ik in 5 dagen slank': T.A. is geen snelle kuur naar volwassenheid. De uitgangspunten mogen eenvoudig zijn,

pas met het aanvaarden ervan begint 'het lange en vaak pijnlijke werk' dat tot de bevrijdende O.K.-ervaring kan voeren. In de recensie van Marlet in het dagblad De Tijd meent deze dat Foudraïne het met dit voorwoord niet gemakkelijk moet hebben gehad, omdat het boek zich zou afzetten tegen de psychoanalyse. Ik zie dit niet zo erg. En Marlet wijst er zelf ook op dat T.A. niet zonder meer andere interactie-modellen afwijst. Ook hij haalt het aspect van de mogelijkheid tot selfsupporting naar voren zoals de T.A. deze biedt. Zijn boekaankondiging schreef Marlet in een sfeer van afwachtende neutraliteit, met overigens een ondertoon van lichte scepsis t.a.v. 'alweer een nieuw interactie-model'. Geheel anders van toon zijn twee recensies in het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk van begin 1974 van resp. A. Lange (m.b.t. twee publikaties van James en Jongeward) en R. Kern (m.b.t. Harris' boek). Beide recensies richten zich meer op de T.A. als geheel dan op de betreffende boeken, en beide auteurs wijzen de T.A. af. Lange acht de T.A. een waterhoofd, vrij arbitrair gestructureerd met het poneren van de drie Ik-posities. 'De werkelijkheid wordt in een aantal onwezenlijke vakjes ingedeeld die grotendeels terug te voeren zijn op ouderwetse concepten'. De T.A. is volgens hem een therapeutische stap terug. Waarop steunt deze afwijzing? Lange poneert als zijn bezwaren: 1e er wordt in de T.A. niet gefocust op concrete interacties tussen mensen; 2e T.A. neemt het individu weer als eenheid van behandeling, terwijl tegenwoordig juist het sociale systeem, m.n. het gezin, als behandelingseenheid wordt gezien. Deze kritiek komt mij geheel onbegrijpelijk voor, daar T.A. juist wel in haar uitgangspunten vertrekt vanuit de interacties en T.A. juist wel zichzelf bij voorkeur presenteert als een methode voor systematische groepsbenadering. Kern, de tweede recensent, ziet de T.A. als 'een simplistische synthese van de gedachten van Pawlow, Adler en Freud'. Hij meent dat Harris lanceert 'dat wij allen drie verschillende, gescheiden en onafhankelijke persoonlijkheden in ons verenigen', zodat hij er een mechanisch en gescheurd mensbeeld op na houdt. Kern vindt het voorwoord van Foudraïne dan ook onbegrijpelijk, en sluit zichzelf aan bij de critici die in de T.A. niets anders zien dan een nieuwe kunstmatige indeling van bekende concepten. Zijn grootste bezwaar lijkt mij te liggen in zijn indruk van simplificatie. Persoonlijk vind ik een afwijzing op deze gronden vrij zwak. Als het waar is dat T.A. een synthese is van Pawlow, Adler en Freud, dan verenigt de T.A. in zich heel wat inzichten omtrent het menselijk functioneren. Als dit dan ook nog gebeurt op een voor velen verstaanbare en aansprekende manier, is dat knap. Overigens bestrijd ik het simplistisch karakter van de T.A. zeer beslist. Je kunt deze indruk misschien krijgen op grond van enkele publikaties uit T.A.-kringen, bedoeld voor de grote massa, maar een T.A.-beoordeling moet zich baseren op de oorspronkelijke studies van Berne op de eerste plaats. En dat gebeurt in deze recensies van TMW niet.

Uit een ander verwant tijdschrift, Social Casework (maart 1972), komt ook een ander, veel positiever geluid. Vanuit een crisiscen-

trum in Massachusetts bericht Brechenser over de bruikbaarheid van T.A. Aldaar was men op zoek naar een methode om te komen tot een effectieve interventie in crisissituaties. Aan zulk een methode meende men vier eisen te moeten stellen. Hieraan leek de T.A. het beste te beantwoorden, juist vanwege het duidelijke uitgesproken contractkarakter: 'The language of T.A., which is simple and pragmatic, became a usefull tool for the patient, both on the unit and at home . . . The ability to analyze transactions has proven itself invaluable for the patient'. Hierbij aansluitend vermelden wij u het zeer uitvoerig overzichtsartikel over T.A. in *Intermediair* van 30.8.74 van Roosjen en Kouwenhoven, twee psychologen uit Ermelo Veldwijk. Dit artikel heeft meer het karakter van een refererend exposé dan dat het wil toekomen aan een kritische beoordeling. Maar op zich getuigt de zorgvuldigheid van de schrijvers al van een positieve waardering der T.A., lijkt me. Misschien is het interessant op te merken dat deze popularisatie op dit niveau al een voorganger gehad heeft op eenvoudiger niveau: in de *Avenue* van juni '73 verscheen reeds een ruime samenvatting van Harris' boek van de hand van Whitlau.

Misschien is het goed om ter afsluiting van deze kritische geluiden enkele commentaren vanuit mijn eigen kring van medewerkers te laten horen. Want deze medewerkers zijn bij alle positieve instelling toch ook kritisch. Hoe komt T.A. op hen over? Een zekere reserve of afweer is vrij algemeen. Waar steunt deze op? Men krijgt nog al eens de indruk van een bijzonder rationele benadering in de T.A. Alles wat er gebeurt in de therapie wordt zo redelijk, verstandelijk uit elkaar geplozen en naast elkaar gelegd. En een T.A.-interpretatie heeft zo gauw iets van een foefje: je kunt er alles mee vangen en het laat geen ontsnappen meer toe. Waarmee nauw samengaat de indruk van een zekere monomanie: waar het ook over gaat, wat er ook aan de orde is, bij de cliënt of de hulpverlener of het teamgebeuren, het ligt steeds binnen de reikwijdte van de T.A., en dan hoeft je er verder niets meer mee. — Deze impressies hebben wel een zekere bestaansgrond. Je kunt met de T.A. alle kanten uit. Maar daarom sluit zij ook juist niets uit: er is ruimte voor het emotioneel beleven, niet slechts op papier, maar ook met-terdaad. Berne wijst er voortdurend op dat het juist niet alleen gaat om het rationeel erkennen van een bepaalde Ego-state. Men moet deze volop herkennen, het herleven ervan in zichzelf ervaren en volop proeven. Om daarna met dit herkende beleven verder iets te gaan doen. En de monomanie van de T.A. is op zich een gegeven, dat geapprecieerd moet worden aan de hand van de realiteitswaarde. T.A. is een denkmanier, betekent een stuk identiteit van de hulpverlener. Naarmate deze identiteit beter gefundeerd is in de werkelijkheid van zijn mensbeleven, kan de hulpverlener beter functioneren. — Een heel ander bezwaar uit de medewerkerskring is een zekere huiver voor de T.A.-presentatie aan cliënten. Men heeft moeite om met deze eenvoudige taal en begrippen voor de dag te komen. Daar zit een stuk gêne bij van 'hoe zou mijn cliënt dit ervaren?', maar het heeft ook te maken met een ze-

kere vrees om de cliënt te kwetsen door diens probleem zo direct en zo scherp te doorlichten. Alsof men daarmee de cliënt niet helemaal au serieux zou nemen. — Dit heeft ook te maken met het sterke accent dat de K-positie in een T.A.-benadering verkrijgt: als er iets mis is, dan zal het wel weer het Kind zijn, het Kind heeft het weer gedaan. Voor de cliënt, die zichzelf hierin als een klein kind beoordeeld kan beleven, is dit vervelend. En voor de hulpverlener die steeds daarachteraan lijkt te jagen, is dit evenzeer vervelend. Als iets wordt geschoven op het onbewuste, is dat voor een ieder respectabel. Als steeds dat Kind naar voren wordt gehaald, doet dit pijnlijk aan. Ook deze belevingen zijn reëel, en zolang zij er zijn, zullen hulpverleners nauwelijks met T.A. uit de voeten kunnen. Het komt mij voor dat voor het te boven komen van zulk een beleven het noodzakelijk is om veel duidelijker dan doorgaans gebeurt in T.A.-literatuur je rekenschap te geven van waarom het gaat in T.A. M.a.w. het mensbeeld dat alle hulpverlening van welke aard ook draagt moet bij de hulpverlener eerst in T.A.-belichting geëxpliciteerd worden. Kan hij dit accepteren, staat hij hier achter? Zo ja, dan is T.A. mogelijk. Zo neen, dan moet hij er niet aan beginnen.

V Mogelijkheden in het eerste echelon?

Misschien is in het noemen van deze basisvoorwaarde voor T.A.-gebruik een passende opstap gegeven voor het laatste punt dat ik ter afronding van deze inleiding naar voren wil brengen. Na alles wat ik gezegd heb over T.A. in de psychiatrische praktijk kan de vraag opkomen: kunnen we daarmee wat doen in het eerste echelon? Met het stellen van deze vraag treed ik misschien buiten mijn eigen gebied, zodat ik enkele hierna volgende gedachten met voorbehoud moet presenteren.

Allereerst dit. De T.A. als een methode om welke problematiek ook in verstaanbare taal te bespreken heeft mogelijkheden als communicatiemedium tussen tweede en eerste echelon. Bij een aanwezig zijn van een beperkt aantal niet-moeilijke basisbegrippen is het mogelijk om bepaalde vraagstellingen met hun knelpunten exacter door te werken, en op grond daarvan hulpverleningsdoeleinden voor te stellen. Terwijl de weg daartoe eventueel gefaseerd samen uitgestippeld kan worden. Consultatie vanuit het tweede echelon komt daarmee binnen een hanteerbaar bereik. Omgekeerd kunnen vanuit het eerste echelon eventuele vraagstellingen scherper gepreciseerd worden. Het is een algemene waarheid dat je met een vraag slechts geholpen kunt worden in de mate dat die vraag werkelijk goed gesteld is. T.A. helpt in het onderkennen van problemen, en bevordert dus ook een juiste advisering. Persoonlijk heb ik in dit verband een heel beperkte ervaring, zowel naar de huisarts als naar de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker. Zij allen zijn zeker in staat om desgewenst zich te oriënteren in de hoofdlijnen van de T.A., en zij allen moeten evenzeer in staat worden geacht om daarmee iets te kunnen doen. Dat

is een kwestie van wederzijds willen. Maar ook wanneer deze basiskennis ontbreekt, ook dan is vanuit T.A.-optiek een vruchtbare communicatie tussen tweede en eerste echelon goed mogelijk; denkt u maar aan de eerder genoemde gedoseerde T.A.-toepassing.

Hoever kan men gaan in het eerste echelon? De verleiding is erg groot om de terreinafbakening tussen eerste en tweede echelon te laten samenvallen met de tweedeling van Berne die ik heb genoemd. Berne ziet hulpverlening t.a.v. sociale en relationele problematiek met een functionerende Volwassene als uitvoerbaar middels een gecombineerde structuur- en transactie-analyse. Hetgeen dus afhangt van de mate waarin de Volwassene meefunctioneert. Is dit onvoldoende, zoals ook uit het beloop kan blijken, dan moeten spel- en script-analyse aan bod komen, waarmee dus een reconstructie van de psychologische persoonlijkheid beoogd wordt. Er komt a.h.w. een verdieping, een verinnerlijking van de therapie aan de orde. Waarmee misschien een beroep op het tweede echelon een noodzaak wordt. Ik zou er zeker voor kunnen voelen om op deze wijze, aansluitend bij het gegeven van Berne's tweedeling, het terrein tussen eerste en tweede echelon verdeeld te zien. Dat betekent dat ook in het eerste echelon een reële basis voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevestigd, zodat T.A. ook kan helpen om voor het laatst genoemde tragische aspect van de psychiatrie uit de inleidende opmerkingen een oplossing te vinden.

Slotopmerking

Waarmee ik toekom aan een laatste samenvattende opmerking rond de 'T.A. in de psychiatrie'. Deze opmerking moge gestalte krijgen in drie stellingen.

Stelling 1: T.A. is een voor velen bruikbare bijdrage aan een verbreding van de werkelijke benadering der veelvormige psychohygiënische problematiek; te gebruiken overeenkomstig de aard van cliënt en hulpverlener.

Stelling 2: De bruikbaarheid van T.A. zal in hoge mate afhankelijk zijn van de ruimte (mentaal, financieel enz.) voor training, praktisering en verantwoorde popularisering.

Stelling 3: T.A. zal meebrengen een 'omturnen' van het beeld der psychiatrie, zowel bij beoefenaars als bij slachtoffers, in de zin van H. S. Sullivan's omschrijving: 'Psychiatrie is de leer van het menselijk gedrag'.

Literatuur

- E. Berne, *A. Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. Simon & Schuster, New York, 1957. (Pocket edit.: Penguin Books 1971.)
- E. Berne, *Transactional Analysis in Psychotherapy*. Grove Press, New York, 1961. (Pocket edit.: Ballantine Books 1973.)
- E. Berne, *Games People Play*. Grove Press, New York 1964. (Nederl. vert.: *Mens erger je niet*. A-boek, 's-Gravenhage, 1967¹.)

- E. Berne, *Sex in Human Loving*. Simon & Schuster, New York 1970. (Pocket edit.: Penguin Books 1973; Nederl. vert.: *Wat doe je met me?* Hollandia, Baarn 1974.)
- E. Berne, *What do you say after say hello?* Grove Press, New York, 1972. (Pocket edit.: Bantam Books 1973; Nederl. vert.: *Wat moet je zeggen nadat je hallo gezegd hebt?* Bert Bakker, Den Haag, 1974.)
- Th. A. Harris, *I'm OK - You're OK*. Harper & Row, New York, 1967. (Nederl. vert.: *Ik ben o.k. - Jij bent o.k.* Ambo, Bilthoven, 1973⁸.)
- M. James, *Born to Love - Transactional Analysis in the church*. Addison-Wesley, Reading, 1973.
- M. James, *What do you do with them now you've got them?* - Transactional Analysis for moms and dads. Addison-Wesley, Reading, 1974.
- M. James-D. Jongeward, *Born to win - Transactional Aanalysis with Gestalt Experiments*. Addison-Wesley, Reading 1971. (Nederl. vert.: *Wie waagt die wint*, Inter European Editions, Amsterdam, 1974.)
- J. Marmor, *Psychatry in transition*. Brunner/Mazel, New York, 1974.
- Th. C. Odden, *Game free*. Harper & Row, New York, 1974. (Nederl. vert.: *Vrijuit - De waarde van intimiteit - Een afpalen van Transactionele Analyse en van het geloof dat impliciet daarin aanwezig is*. De Toorts, Haarlem, 1975.)
- Cl. Steiner, *T.A. made simple*. S.I., 1973.
- A. Reuter, *Who says I'm o.k.?* Conordia Publ., St. Louis, 1974.