

De toepassing van communicatie theorie en systeemtheorie in de psychiatrie

door R. van Dijk, psychiater*

Deel II **: Toepassing in de psychotherapie en conclusies

A Therapeutische communicatie

Het paradoxale verzoek om hulp — De psychiatrische patiënt die zich voor psychotherapie aanmeldt of laat aanmelden, is in het voorgaande beschreven als iemand die gevangen zit in een patroon van paradoxale communicatie. Paradoxale manoeuvres hebben de eigenschap paradoxale reactie uit te lokken, zodat de interacties van de patiënt met zijn omgeving het beeld geven van een vicieuze cirkel, waarin de kansen op spontane verandering bij elke volgende stap afnemen. Behalve het wachten op het effect van de tijd, die op zijn manier in alle relaties ingrijpt en eventueel het vluchten uit de relatie, lijkt het beroep doen op een buitenstaander een van de weinige manieren die overblijven om een koerswijziging aan te brengen in een systeem dat die verandering klaarblijkelijk zelf niet kan produceren. Ongetwijfeld heeft de patiënt vanwege zijn omgeving al persuasie, bedreiging en verwijten over zich heen laten gaan, en ook maar zelden lukt het een therapeut door middel van rationele argumentatie of goede raadgevingen enige wijziging in het patroon aan te brengen. Een patiënt komt inderdaad maar tot paradoxale communicatie (met andere woorden symptomatisch gedrag), omdat dit hem op een bepaald punt in zijn relaties de enige overlevingskans lijkt. Om zich enigszins te handhaven heeft hij een methode geaccepteerd die minimale gratificatie en veel lijden oplevert, maar die de enige mogelijkheid schijnt. Het spreekt vanzelf dat hij er in deze omstandigheden niet gemakkelijk toe zal komen om zijn symptoom op te geven. Hetzelfde probleem dat hij in zijn vorige relaties had, namelijk de controle over de definitie van de relatie, rijst onmiddellijk in de interactie met de therapeut en inderdaad begint de gemiddelde patiënt na korte tijd ook de therapeut met een paradoxale communicatie te belegeren; zijn boodschap luidt: 'doe iets, maar ik wil niet dat je iets verandert'. Met andere woorden, binnen de context van een vraag om hulp vertoont de patiënt weerstand tegen de hulp die hem wordt geboden.

Hoe de verschillende therapeutische scholen deze paradox neutraliseren, is het onderwerp van het boek *Strategies of Psychotherapy*

* uit de universitaire psychiatrische kliniek 'Jelgersmakliniek' te Oegstgeest. Dir. Prof. Dr. J. Bastiaans.

** Deel IA en B verschenen reeds resp. in het oktober- en in het november/december-nummer.

van J. Haley (1963). Het is zijn bedoeling te illustreren dat de therapeutische communicatie, behalve de elementen van steun bieden, aanmoedigen tot zelfexpressie, opvoeden, etc. gebruik maakt van de invoering van paradoxen, en in zekere zin het spiegelbeeld is van de pathologische communicatie.

In het voorgaande hebben we symptomen en gedrag in het algemeen beschreven in een interactionele context i.p.v. in een klinische. We zullen hetzelfde doen voor therapeutische communicatie: de focus is niet de patiënt en hetgeen binnen hem omgaat, maar de uitwisseling tussen therapeut en patiënt en het soort relatie dat zij aangaan. Er zal dan blijken dat behandelingstechnieken die op zeer uiteenlopende of tegenstrijdige theorieën gebaseerd zijn, toch essentiële structurele gelijkenissen en strategieën vertonen. In dit licht zullen we achtereenvolgens hypnose, directieve —, non-directieve — en gezinstherapie bespreken.

Hypnose-inductie — De beschrijving van de hypnose als uitgangspunt van de psychotherapeutische strategie is niet alleen om historische redenen relevant, maar vooral omdat de hypnose beoogt in elke zitting te bereiken wat het uiteindelijke doel is van iedere psychotherapie, namelijk het gedrag van de patiënt ingrijpend te wijzigen: in casu is dit het induceren van een hypnotische trance. De klassieke literatuur over hypnose heeft met de klassieke beschrijvingen van psychiatrische pathologie gemeen dat de patiënt veelal als een op zichzelf staande entiteit wordt genomen. Het fenomeen van suggestibiliteit is hoofdzakelijk benaderd als een eigenschap die al of niet aanwezig is en die inherent is aan de patiënt, zoals bijvoorbeeld zijn lengte of de kleur van zijn haar. Maar hypnose is een fenomeen dat sterk gebonden is aan een bepaalde interpersonale relatie, wat ook blijkt uit het feit dat uitvoerig psychologisch testonderzoek van het geïsoleerde subject niet met enige betrouwbaarheid kan voorspellen in welke mate dat subject hypnotiseerbaar is.

Om de communicatieve aspecten van de hypnose te bestuderen, heeft Haley samengewerkt met Milton Erickson, een psychiater die vooral bekend is om zijn inventieve technieken in de behandeling van zeer therapieresistente patiënten. De hoofdlijnen van wat Haley als kenmerken van therapeutische interactie beschrijft dateren uit de tijd van deze samenwerking. In het kort komt de procedure van hypnose er op neer dat aan het subject gevraagd wordt bepaalde opdrachten uit te voeren op vrijwillige basis, om dan progressief meer en meer opdrachten *onvrijwillig* uit te voeren. Wanneer het subject zich geheel onvrijwillig gedraagt, met andere woorden alle suggesties opvolgt, dan spreekt men van een hypnotische trance. Elke hypnotische techniek begint inderdaad met een aantal vrijwillige handelingen te vragen, die de patiënt moeilijk kan weigeren, omdat hij zelf om de therapie heeft gevraagd. Deze vrijwillige handelingen kunnen bestaan uit het aannemen van een bepaalde houding op een stoel of divan, het fixeren van een voorwerp, het concentreren van de aandacht op een verschijnsel zoals de ademhaling of een metronoom, etc. Op dit punt hebben we een comple-

mentaire relatie. De moeilijkheid begint zodra de therapeut onvrijwillig of onwillekeurig gedrag gaat verlangen. Als illustratie nemen we de inductie van een 'handopheffing'. Eerst wordt aan de patiënt gevraagd zijn hand onbeweeglijk stil te houden en tegelijk zich volledig te concentreren op alle sensaties in die hand. Na een tijd kondigt de therapeut aan dat de patiënt zal merken dat lichte tintelingen in die hand optreden en dat de vingers de neiging hebben lichtjes te trillen. Dit is inderdaad een fysiologisch vermoeidheidsverschijnsel dat ook zonder de voorspelling van de therapeut zou optreden, maar de complementaire definitie van de relatie wordt hierdoor versterkt. Vervolgens kondigt de therapeut aan dat de hand in zijn geheel de neiging zal krijgen om grovere op- en neergaande bewegingen te maken. Dit kan nog binnen de fysiologische grenzen vallen. Maar dan deelt de therapeut mee dat de hand langzaam de hoogte in zal gaan, iets wat niet meer een vanzelfsprekend gebeuren is. Bovendien wordt met de mededeling of suggestie dat een handopheffing zal optreden een paradox gecreëerd: binnen het kader van het verzoek de hand onbeweeglijk te houden, wordt de patiënt gezegd dat die hand zal bewegen. Vroeg of laat in elke hypnose-inductie zal de patiënt blijk geven van weerstand tegen de suggesties en dus een symmetrische manoeuvre uitvoeren in de tot dan complementaire relatie. De ervaren hypnoticus zal dan niet eindeloos aandringen maar bijvoorbeeld aan de patiënt vragen zich tot het uiterste te verzetten tegen de suggestie. Dit is weer een nieuwe paradox in de interactie: de eerder gegeven suggestie wordt aangevuld met een bevel van het type 'wees ongehoorzaam'. Weerstand of verzet tegen de eerder bestaande complementaire relatie wordt op een hoger niveau niet meer als verzet maar als medewerking gedefinieerd.

Haley gebruikt voor dit type paradoxale relatie de term 'metacomplementair'. Vaak wordt in de hypnose-inductie een 'challenge' of uitnodiging tot verzet toegepast wanneer spontane weerstand uitblijft en de patiënt zich complementair blijft gedragen. Ook dit leidt weer tot een paradox en dus een metacomplementaire relatie. Dezelfde tactiek wordt gevolgd bij de 'procedure-van-het-ogen-sluiten'. Eerst moet de patiënt gedurende bijvoorbeeld drie tellen zijn oogleden met volle kracht toeknippen en dan wordt hem gevraagd ze te openen, met de mededeling dat dat dit niet zal lukken. Opent hij ze toch, dan herbegint de procedure met bijvoorbeeld de opmerking dat hij zijn ogen nóg krachtiger moet toeknippen. Bekijken we deze gang van zaken, dan merken we dat de therapeut zijn opdrachten zó construeert dat de patiënt ze moet uitvoeren en tegelijk aangeven dat hij ze niet op eigen initiatief, dus onwillekeurig uitvoert. Gedraagt de patiënt zich complementair dan vraagt de therapeut hem zich symmetrisch te gedragen. Gedraagt de patiënt zich symmetrisch dan herneemt de therapeut de controle door zich metacomplementair op te stellen. De hypnotische communicatie verloopt op een manier die aan de patiënt elke definitie van de relatie onmogelijk maakt. Binnen de context van het verzoek zijn arm onbeweeglijk te houden, wordt hem gevraagd zijn arm op te lichten en binnen de context van de opdracht zijn ogen te sluiten, wordt

van hem een poging gevraagd om ze te openen. Wat de patiënt ook doet, hij voert een opdracht van de therapeut uit, hij werkt mee. We hebben hier het tegengestelde van 'you are damned if you do and you are damned if you don't'. De relatie kan worden beschreven als een therapeutische double-bind, waarin elke opdracht wordt gegeven in het kader van een tegengestelde opdracht. Hierdoor wordt de patiënt de mogelijkheid ontnomen om zich of complementair, of symmetrisch te gedragen. Door de paradoxale opdrachten van de therapeut wordt het de patiënt onmogelijk gemaakt zich congruent te gedragen: hij wordt in de positie gemanoeuvreerd waarin hij moet ontkennen *dat hij zelf handelt*, met andere woorden hij moet zich onwillekeurig gaan gedragen, wat het kenmerk is van een hypnotische trance.

Erickson is een man die buitengewoon handig is in het creëren van dergelijke paradoxale situaties, waarin de patiënt meewerkt met de therapie, wàt hij ook probeert.

Daartoe gebruikt hij een soepele benadering die op de weerstand van elke individuele patiënt is afgestemd. Vooral met de zeer resistente patiënten die de therapeut in de kortste tijd machteloos maken, boekt hij opmerkelijke successen. Een typisch voorbeeld is de man die zich aanbiedt voor hypnotherapie en zodra hij de spreekkamer binnenkomt door het hele vertrek begint te ijsberen. Hij vertelt dat hij niet anders kan dan ijsberen en om die reden al door diverse psychiaters is ontslagen wegens gebrek aan coöperatie. Terwijl hij dit omstandig uitlegt, vraagt Erickson: 'Wil je met mij mee werken door te blijven op en neer lopen?' De man antwoordt met enige irritatie: 'Willen! Maar heb je dan nog niet begrepen dat dit de enige manier is waarop ik in deze kamer kan blijven?' Erickson spreekt dan af dat de patiënt op en neer zal lopen volgens de directieven van de therapeut. Hij krijgt de opdracht naar links te lopen, zich om te draaien, naar de deur te lopen, etc. De patiënt volgt getrouw. Na enige tijd begint Erickson te aarzelen in zijn aanwijzingen. Terwijl hij aarzelt en bijvoorbeeld zegt 'nu moet je naar euh . . . rechts lopen' staat de patiënt stil om te wachten op de richtlijnen. De pauzes worden steeds langer en de patiënt staat reeds langer stil, tot Erickson hem zegt in een stoel te gaan zitten, waarop de verdere hypnose inductie zonder moeilijkheden verloopt.

Een andere illustratie van deze techniek is het geval van een medisch student die na een voordracht over hypnose, vanuit de zaal opmerkt dat Erickson misschien wel veel patiënten in trance kan brengen, maar zeker niet iedereen, bijvoorbeeld hemzelf. Erickson vraagt hem naar het podium te komen. De student doet dit: de context is dus reeds gelegd, namelijk 'ik zal jou in hypnose brengen'. Het is duidelijk dat de student het voornemen heeft zich tot het uiterste te verzetten tegen elke opdracht die nu zal volgen. Erickson zegt hem: 'I want you to stay awake, wider and wider, wider and wider awake'. De student gaat geleidelijk in hypnose want de enige manier waarop hij zich kan verzetten, is door in trance te gaan. De essentie van de hypnotische relatie komt er dus op neer dat de therapeut de controle over de definitie van de relatie geleidelijk, maar volledig overneemt. De patiënt stelt zich paradoxaal op: hij vraagt

een complementaire relatie waarin de therapeut de leiding heeft. Maar zodra de therapeut die leiding opneemt, voert de patiënt een symmetrische manoeuvre uit, want het symptoom is niet alleen iets dat hij kwijt wil, het is ook de laatste strohalm waaraan hij zich blijft vastklampen. De therapeut antwoordt hierop met een andere paradox door in een metacomplementaire positie óók de weerstand van de patiënt als samenwerking te definiëren. Dan volgt een opeenstapeling van paradoxen die het de patiënt verder onmogelijk maken om zich anders dan coöperatief te gedragen. Deze strategie zullen we ook terugvinden in de therapeutische technieken die we hierna gaan beschrijven.

De directieve therapie — Deze heeft met de hypnose gemeen dat duidelijke richtlijnen worden gegeven aan de patiënt en dat inzicht als therapeutisch wapen niet wordt gehanteerd. De methode is vooral bruikbaar wanneer het gaat om symptomen die welomschreven zijn; hebben we te maken met vage klachten of karakterstoornissen, dan dienen eerst de klachten op een precieze manier omschreven te worden of er moet een andere methode worden gebruikt. Dezelfde Milton Erickson heeft een succesvolle stijl ontwikkeld van korte therapie. Zijn techniek, die een uitstekende illustratie vormt van communicatietheoretische principes, is overigens volledig los hiervan ontwikkeld. In zijn gepubliceerde casuïstiek, die blijk geeft van een bijna onwaarschijnlijke inventiviteit en virtuositeit, beroept hij zich overwegend op intrapsychische fenomenen van de patiënt. Typisch is dat hij vanaf het eerste gesprek een positieve sfeer probeert te creëren. Is de patiënt iemand die steeds opnieuw probeert en mislukt dan zal hij dit niet als moreel masochisme duiden, maar de patiënt feliciteren wegens zijn vasthoudendheid. Is de patiënt een passieve figuur die iedereen over zich heen laat lopen, dan definieert Erickson de patiënt als iemand die in de moeilijkste situaties een groot uithoudingsvermogen toont. De anamnese is niet gericht op de genese van het symptoom, maar op wat de patiënt met dit symptoom doet in zijn huidige relaties, met andere woorden op de secundaire ziektewinst. Vervolgens probeert Erickson, rekening houdend met psychodynamische en sociale behoeften van de patiënt, een situatie te creëren waarin het symptoom een nadeel wordt en geen voordelen in zijn relaties oplevert. Met enkele voorbeelden zal dit duidelijker zijn. Een patiënt, schrijver van beroep, vraagt behandeling omdat hij voortdurend zijn werk uitstelt en niets bereikt. Behalve dat, vindt hij dat hij meer contact met vrouwen zou moeten hebben, maar hij heeft er eigenlijk een hekel aan hen op te zoeken. Erickson maakt met hem de volgende afspraak: iedere week zal hij een precies aantal bladzijden volschrijven, het getal dat de patiënt zelf de wenselijke produktie lijkt, of een precies aantal keren een meisje uitnodigen voor een avondje uit. Schrijft hij, dan doet hij wat hij nodig vindt, schrijft hij niet, dan gaat hij meer met meisjes uit, wat hij ook nodig vindt.

Een tweede voorbeeld is dat van een 65-jarige man die aan hardnekkige slapeloosheid lijdt. De huisdokter heeft hem reeds een flinke dosis barbituraten voorgeschreven, maar de man slaapt nog

maar maximaal twee uur per nacht. Wanneer de patiënt om een verhoging van zijn medicatie vraagt, wordt de huisarts bezorgd over het risico van addictie en verwijst de man naar Erickson. De man lijkt zeer nauwgezet en betrouwbaar en Erickson maakt van die eigenschappen gebruik om zijn directieven te construeren. Hij vertelt de man dat hij van zijn slapeloosheid kan afkomen als hij bereid is 8 uur slaap op te geven. De patiënt aanvaardt onmiddellijk dit voorstel. Uit het verhaal komt Erickson te weten dat hij alleen met zijn zoon thuiswoont en het huishoudelijk werk opknapt, waar hij een hekel aan heeft. Hij heeft er vooral de pest in vloeren te boenen, omdat hij de geur van boenwas afschuwelijk vindt. De patiënt krijgt de instructie 's avonds om 8 uur, op zijn gewone tijd, zich klaar te maken voor de nacht. Maar in plaats van naar bed te gaan, moet hij de hele nacht de vloer boenen. Om 7 uur 's morgens moet hij stoppen, zoals elke dag ontbijten en met zijn gewone werk beginnen. De volgende 3 dagen moet hij het procédé herhalen en na 4 dagen zal hij 8 uur slaap opgegeven hebben vermits hij toch maar 2 uur per nacht slaapt. De patiënt gaat naar huis en boent plichtsgetrouw de eerste nacht, de tweede en de derde. De vierde nacht voelt hij zich wat moe. Met het voornemen ook deze nacht boenend door te brengen besluit hij eerst toch even op bed te gaan liggen om zijn ogen te laten rusten. Hij wordt de volgende ochtend om 7 uur wakker. De vijfde nacht staat hij voor een dilemma: moet hij naar bed gaan of boenen? Hij besluit om 8 uur op bed te gaan liggen en als hij om kwart over 8 nog wakker is te gaan boenen. Een jaar later geniet hij nog altijd van een goede nachtrust. Zoals hij zelf zegt: 'als ik niet maak dat ik meteen slaap, dan moet ik de hele nacht eruit om de vloer te boenen'.

In deze voorbeelden valt op dat de directieven van de therapeut *niet* een verbod van het symptoom inhouden, maar integendeel de patiënt de opdracht krijgt zijn symptoom te handhaven, zij het in een nieuwe context. Daarmee wordt bereikt, dat zodra de patiënt de directieven accepteert, zijn symptomatisch gedrag geen manifestatie van weerstand meer is, maar een vorm van samenwerking met de therapeut: met andere woorden hij bevindt zich in een meta-complementaire relatie. Tegelijk wordt de situatie zó gereorganiseerd dat het symptoom zijn functie als paradoxale communicatie verliest. Aan het optreden van symptomisch gedrag wordt een moeilijke opdracht gekoppeld die bestaat uit het uitvoeren van een of andere taak die hij vervelend vindt, maar bij voorkeur kiest de therapeut voor zijn directieven een of andere activiteit die de patiënt zelf nuttig of wenselijk vindt. De patiënt bevindt zich in een nieuwe paradoxale situatie: hij *kan* niet meer tegen zijn eigen belangen werken: wat hij ook doet, hij wint erbij, en bovendien krijgt hij terecht het gevoel dat hij actief aan zijn eigen genezing kan werken.

De opdrachten van de therapeut houden ook een andere paradox in: binnen het kader van een welwillende houding tegenover de patiënt, wordt hem een vervelende taak opgedragen. Dit 'benevolent ordeal' of goed bedoelde beproeving is, naast wat we in het stuk over de hypnose hebben gezegd, een tweede terugkerend aspect van

de therapeutische strategie. De techniek van 'prescribing the symptom' is, zoals Jackson opmerkt, natuurlijk niet eenvoudig. Niet alleen moet men de patiënt zover brengen dat hij de opdrachten werkelijk uitvoert, maar bovendien moet de constructie van de context die de verandering kan teweeg brengen werkelijk waterdicht zijn. Laat men een minieme ontsnapingsclausule over, dan zal de patiënt die in de kortste tijd ontdekken en gebruiken. Paradoxe opdrachten moeten dan ook volledig de secundaire ziekte winst kunnen neutraliseren.

Jackson gebruikt deze techniek ook in de loop van meer inzichtgevende therapieën. Een universiteitsstudente, die bij hem in behandeling is wegens werkstoornissen, begint zich na een tijd erg ongerust te maken over het feit dat ze er nooit in slaagt vóór 10 uur uit haar bed te komen en zodoende de belangrijkste colleges mist. Bespreking en duiding brengen geen wijziging in het symptoom, hoewel ze gemotiveerd schijnt. Hij geeft haar de volgende opdracht: die avond moet ze haar wekker op 7 uur afstellen, zodat ze om 8 uur op de colleges kan zijn. Slaagt ze er niet in uit bed te komen, dan mag ze niet zoals gewoonlijk om 10 uur opstaan en dan naar de universiteit rennen, maar dan moet ze die ochtend en de daaropvolgende ochtend de wekker op 11 uur afstellen en tot dan in bed blijven. In die tijd mag ze niet lezen, schrijven, naar de radio luisteren, ze mag alleen slapen of rusten. Om de double-bind compleet te maken, voegt Jackson eraan toe, dat als ze zich niet aan de afspraak houdt, hij voor haar geen nut meer heeft als therapeut. Het meisje vindt de opdracht erg gemakkelijk en ze gaat ermee accoord. Drie dagen later komt ze terug met het volgende verhaal: de eerste dag heeft ze zich zoals verwacht verslapen. Maar de geforceerde rust van die voormiddag en vooral van de daaropvolgende ochtend vond ze een echte kwelling: ze heeft zich nooit zo verveeld en zich zo schuldig gevoeld. De tweede dag kon ze geen minuut langer slapen dan 7 uur hoewel de wekker op 11 uur stond zoals was afgesproken. Vanaf de derde dag was ze op tijd voor haar colleges en nu pas lukt het ook de achtergronden van haar voortdurende mislukkingen bij examens werkelijk te bespreken.

Op dit punt kunnen we al inventariseren wat we ook verder als kenmerkend voor therapeutische communicatie zullen beschrijven. Het blijkt dan te gaan om drie verschillende pragmatische paradoxen die beurtelings op de voorgrond staan.

1 — De therapeut behoudt de controle over de definitie van de relatie op een bijzondere manier. De patiënt vraagt om hulp waarvoor hij een complementaire relatie met de therapeut aangaat. Maar vroeg of laat vertoont hij weerstand, dus symmetrisch gedrag. De therapeut neutraliseert dit door een metacomplementaire relatie aan te gaan, waarin ook de weerstand tot een vorm van samenwerking wordt gedefinieerd. Als weerstand op deze manier wordt opgevangen dan is de relatie symmetrisch noch complementair, maar op afzonderlijke niveaus beide tegelijk en dus paradoxaal. Dit aspect komt het meest naar voren in hypnose en, zoals we verder zullen zien, in non-directieve therapie.

2 — De tweede paradox van de therapeutische relatie is die van het

'benevolent ordeal'. Er is geen sprake van een regelrechte bestraffing, er is ook geen sprake van goedkeuring zonder meer, maar in het kader van onvoorwaardelijke tegemoetkoming wordt aan de patiënt een moeilijke en soms pijnlijke taak opgelegd. Ziektewinst wordt op deze manier a.h.w. opgeheven door 'ziekteverlies'. Het pijnlijke is vaak erg duidelijk in sommige suggestieve therapieën en ook in gedragstherapieën volgens aversieve technieken. Als in een behandeling het 'ordeal'-aspect geheel op de voorgrond zou staan dan wordt het inderdaad een regelrechte (eventueel sadistische) afstraffing, die ook zelden resultaat heeft. Hetzelfde gebeurt als de paradox wordt opgeheven doordat alleen de tegemoetkoming blijft bestaan.

3 — De meest opvallende paradox zit in de techniek van 'prescribing the symptom'. In het kader van een afspraak tot opheffen van het symptoom wordt datzelfde symptoom voorgeschreven. Behalve in het soort directieve therapieën zoals Erickson die uitvoert, staat dit principe op de voorgrond in de 'paradoxale intentie' van V. E. Frankl (1969) 1967, 1970), in de 'hyperdramatiseringstherapie' van Arndt (1958, 1962), in verschillende procedures van de gedragstherapie zoals 'negatieve practice' volgens Dunlap, (zie Eysenck 1965), 'implosive therapy' van Stampfl (1967), en systematic desensitization (Wolpe 1966). We beschreven eerder symptomen als paradoxale manoeuvres die tot een morbide homeostase van de interacties leiden. Wanneer de patiënt inderdaad het advies van de therapeut opvolgt en zijn klacht volgens afspraak, dus vrijwillig, laat optreden, dan wordt de paradox opgeheven, omdat die juist uit de onwillekeurigheid volgde. Hierdoor vervalt ook de homeostatische functie die het symptoom in zijn relatie had en wordt congruente communicatie opnieuw mogelijk.

Non-directieve psychotherapie — Ondanks het feit dat de theoretische achtergronden van non-directieve behandelingswijzen, zoals psychoanalyse en Rogeriaanse therapie, sterk verschillen met de eerder beschreven technieken, zoals hypnose of gedragstherapie, blijken toch structurele gelijkenissen te bestaan, wanneer men een interactionele beschrijving als uitgangspunt kiest. De drie basisparadoxen die we hierboven hebben opgesomd, zijn in dit soort benadering ook duidelijk aanwezig.

1 — Een paradoxale definitie van de relatie tussen patiënt en analyticus begint reeds bij hun eerste uitwisselingen. De patiënt wendt zich tot de analyticus in zijn hoedanigheid van expert en vraagt om hulp. Wanneer op dit verzoek positief wordt gereageerd, lijkt een eenvoudige complementaire relatie te zijn ontstaan. Het therapeutisch 'contract' is echter ingewikkelder. Menninger (1964, p. 31) zegt hierover: 'From one point of view the essence of psychoanalytic treatment is intellectual honesty, and no one in honesty can predict with definiteness what the future will bring. Yet if the analyst did not *expect* to see improvement, he would not start, and so taking the case *is* an implied prediction. The analyst can not promise cure; he can not even promise relief. He can only promise to try help the patient by a method which has helped others and

on the condition that the patient tries to help himself. In this sense, every psychoanalysis is a 'trial analysis'. But while this should be made clear to the patient before he starts, to emphasize it sounds to threatening, and certainly no special point needs to be made about it'.

Het soort hulp dat wordt geboden, is dus niet de gebruikelijke bijstand van een expert die aan een leek rechtstreekse aanwijzingen, waarschuwingen of voorbeelden geeft. De patiënt wordt verantwoordelijk gesteld voor zijn eigen daden in de toekomst en ook in het verleden. De Rogeriaan en de analyticus 'helpen de patiënt zichzelf te helpen'. De relatie met de patiënt wordt omschreven als één tussen gelijken en krijgt nu een symmetrisch karakter binnen de eerder gelegde complementaire context. Onafhankelijk van de communicatietheorie zegt hierover de analyticus Schlesinger (geciteerd in Menninger 1958, p. 27):

'One of the difficulties in teaching analytic technique stems from the series of dilemmas in which the would-be psychoanalyst is placed. These represent paradoxes, or as I prefer to think about them, 'dialectics', the synthesis of which must be accomplished individually by each psychoanalyst. For example, you (Menninger) state here that the physician is 'in charge' and yet, of course, his purpose is to demonstrate to the patient that he (the latter) is really in charge not just of the treatment but of his life. Elsewhere it was implied that the physician must sincerely want to get the patient 'wel'. Yet, to accomplish this, he must achieve an attitude of 'desirelessness'. There are, I believe, a number of such paradoxes, the continuous effort at resolution of which leaves its mark on the self concept of the psychoanalyst'. Inderdaad houden de paradoxen in de interactie tussen analyticus en patiënt hiermee niet op. Binnen de eerder als symmetrisch gedefinieerde relatie wordt nu de situatie rigoureus gestructureerd als een complementaire verhouding door een aantal regels die wel zeer strijdig zijn met de omgangsvormen van gelijke volwassenen: de patiënt moet vrij associëren en al zijn gedachten kritiekloos prijsgeven, de analyticus vertelt niets over zichzelf. De patiënt ligt op een divan, de analyticus bevindt zich buiten zijn gezichtsveld. De patiënt moet betalen voor de voortzetting van de relatie. De verhouding is dus als symmetrisch én complementair gedefinieerd, maar het wordt de patiënt verder onmogelijk gemaakt één van deze beide alternatieven consequent vol te houden. Gedraagt hij zich hulpzoekend, vraagt hij om raad, dan wijst de therapeut hem op zijn eigen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Gedraagt de patiënt zich symmetrisch door bv. te zwijgen in plaats van te associëren, dan reageert de analyticus permissief, maar definieert de manoeuvre als weerstand, die overigens als een noodzakelijk onderdeel van het proces wordt gekarakteriseerd. Op deze manier wordt weerom een situatie opgebouwd, waarin alles wat de patiënt doet van een interpunktie wordt voorzien die ertoe leidt dat de patiënt in alles wat hij onderneemt bezig is met aan het therapeutische proces mee te werken. Het doel van dat therapeutische proces is in onze terminologie dat de patiënt zelf een nieuwe interpunktie in zijn eigen handelingen aanbrengt,

of in de woorden van Fenichel (1941, p. 35, 36):

'Furthermore we demonstrate, whenever it is possible, that the patient in reality actively brings about things which he seems to experience passively (. . .) The purpose of analysis is in general to make the unconscious accessible to the ego, that is, to help the ego to understand that something it has passively experienced is really actively brought by a part of itself'. Deze interpunktie volgens 'vrijwilligheid' is precies het omgekeerde van wat in de hypnose-inductie wordt nagestreefd (namelijk onwillekeurig gedrag in trance) maar de interactionele strategie van de non-directieve therapeut die voortdurend overschakelt van een symmetrische naar complementaire context en omgekeerd, is qua structuur gelijk, zij het dat doel en inhoud van de interacties sterk verschillen.

2 — De 'benevolent ordeal' ligt al in verschillende elementen van de analytische situatie zoals honorarium, de moeilijke opdracht van de vrije associatie, maar zit ook in de merkwaardige relatie die de patiënt met de analyticus heeft. Niet alleen toont deze zijn welwillendheid in zijn tolerante houding en zijn acceptatie zonder morele veroordeling van wat hij aanhoort, maar tegelijk is hij iemand die de patiënt behoorlijk frustreert op verschillende momenten van de overdrachtrelatie. Freud (1917) zegt uitdrukkelijk:

'Der Kranke soll, was sein verhältnis zum Arzt betrifft, unerfüllte Wünsche übrig behalten. Es ist zweckmässig, ihm gerade die Befriedigungen zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äussert'.

3 — Het principe van 'prescribing the symptom' is in elke non-directieve therapie in bedekte vorm aanwezig, omdat tegen het symptoom niets rechtstreeks wordt ondernomen, want de therapeut gaat ervan uit dat de gedragsstoornissen spontaan zullen verdwijnen zodra een groeiproces op gang gebracht is, dat ze overbodig maakt. Ondertussen wordt het voortbestaan van de klacht stilzwijgend getolereerd. In het kader van een streven naar verandering moet de bestaande, ongewenste toestand volkomen worden geaccepteerd. ROGERS (1965, p. 48) brengt deze paradoxale opstelling van de non-directieve counselor als volgt onder woorden:

'Is he genuinely willing for the client to organize and direct his life? Is he willing for him to choose goals that are social or anti-social moral or immoral? If not, it seems doubtful that therapy will be a profound experience for the client. Even more difficult, is he willing for the client to choose regression rather than growth or maturity? to choose neuroticism rather than mental health? to choose to reject help rather than accept it? to choose death rather than life? To me it appears that only as the therapist is completely willing that *any* outcome, *any* direction, may be chosen, only then does he realize the vital strength of the capacity and potentiality of the individual for constructive action. It is as he is willing for death to be the choice, that life is chosen; for neuroticism to be the choice, that a healthy normality is chosen'. In de Rogeriaanse opstelling slechts sprake van een impliciete, bedekte vorm van prescribing the symptom, de analytische behandeling gaat hierin verder. In analytische termen worden neurotische symptomen on-

der meer opgevat als regressieverschijnselen. Volgens de beschrijving van Menninger (1964, p. 52) is de analytische situatie er een die verdere regressieverschijnselen (tijdelijk) in de hand werkt: 'He has invited the patient to let himself go, to let himself be as childish as he wishes, to say whatever comes to his mind regardless of the consequences that would ensue were this not a special situation. Thus the patient is not only permitted but encouraged to abandon those very devices which he has spent a lifetime in acquiring with respect to what he might say to and about another human being. Such an invitation from the therapist for the patient to become more self-preoccupied may not be needed; for many patients the urge to regress in this direction is only too strong. It occurs even outside the analytic hour. Regression is greatly favored not only by the 'permissiveness' of the analyst's attitude but also by the physical features of the analytic situation, the reclining posture, the invisible physician, the quietness of the chamber, the relative silence of the therapist'.

Hiermee is de lijst van paradoxen die inherent zijn aan een non-directieve therapie niet afgesloten. Jackson (1963, 1967) en Haley (1963) sommen nog talrijke andere elementen op waarvoor we naar de literatuur verwijzen.

We willen niet suggereren dat de non-directieve therapeut te werk gaat door op een machiavellistische manier dubbele bodems aan te brengen en valstrikken op te zetten. De zeer satirische en vaak controversiële schrijftrant van Haley wekt soms ten onrechte die indruk. (Zie Haley 1969). Evenmin is het de bedoeling te impliceren dat in het bovenstaande het proces van de non-directieve therapie uitputtend is weergegeven. Nogmaals, de communicatietheorie houdt zich slechts met bepaalde aspecten van een interactie bezig. Wat in dit referentiekader belicht wordt, zijn structurele elementen die gemeenschappelijk zijn aan diverse behandelingswijzen van de gestoorde communicatie, ondanks de verschillen in theoretische achtergrond.

Het soort relatie dat de patiënt met zijn psychotherapeut aangaat, is kwalitatief verschillend van de gebruikelijke sociale relaties; het therapeutisch effect houdt zonder twijfel verband met dit verschil. Dit alles kan vanuit diverse contexten verklaard worden; wanneer we een interactionele optiek kiezen en het communicatietheoretische aspect daarvan beschrijven, vinden we als gemeenschappelijk principe de therapeutische paradox, die als het ware het spiegelbeeld vormt van de neurotische paradoxen waarin de patiënt gevangen zit.

Gezins- en huwelijkstherapie — Vanuit uiteenlopende theoretische achtergronden zijn verschillende therapeuten er toe gekomen gezinnen of huwelijkspartners gezamenlijk te behandelen. Sinds de jaren vijftig is dit uitgegroeid van incidentele pogingen tot een geaccepteerde behandelingswijze, die door verschillende 'scholen' wordt gepropageerd, en, zoals haast overal in de psychotherapie, ook die scholen zijn niet vrij van onderlinge rivaliteit.

Het ligt voor de hand dat een systeemtheoretische benadering vanzelf tot een gezinstherapeutische aanpak leidt. In hun werkwijze en redeneertrant zullen we bij Jackson, Haley en de groep rond hen de toepassing vinden van de principes die in het eerste deel zijn uiteengezet. Hun therapie is gericht op het systeem in zijn totaliteit en niet primair op de individuen die er deel van uitmaken. Het manifest gestoorde individu, dat relativerend de 'identified patient' wordt genoemd, wordt niet a priori beschouwd als de zwakke schakel in de keten, maar als degene die waarschijnlijk het sterkst onder druk staat. Aan psychiatrische diagnoses wordt weinig waarde gehecht, omdat dit beschrijvingen van individuele toestandsbeelden zijn die op equifinale manier kunnen zijn ontstaan en dus weinig specifieke informatie geven over het gezin in zijn geheel. Een 'gezinsdiagnose', waar overigens nog nauwelijks enige systematiek in bestaat, wordt gesteld in termen van homeostatische gezinsregels en typische interactiepatronen.

Een voorbeeld van een dergelijk patroon kan zijn: moeder wijst vader erop dat een van de kinderen zich onbehoorlijk gedraagt en dat *hij* er wat aan moet doen. Vader reageert met een of andere bestraffing waarop moeder intervenieert en het kind in bescherming neemt, waarop vader zich verontschuldiging terugtrekt etc. De typische manier waarop de rigiditeit van dergelijke sequensen geëvalueerd wordt, is niet zozeer door middel van neutrale observatie, maar door vast te stellen hoe het gezin reageert op een poging de gang van zaken te beïnvloeden. De 'diagnose' wordt dus gesteld in termen van reacties op de interventies van de therapeut, wiens acties een uitdrukkelijk onderdeel van de beschrijving horen te zijn. Het doel van de therapie is verandering te brengen in de regels en de patronen die de morbide homeostase doen voortduren. Tot het verschaffen van inzicht hierover of tot het verklaren van die homeostase vanuit een historisch-genetisch perspectief zullen zij incidenteel wel overgaan, maar het is zeker niet hun voornaamste techniek om verandering teweeg te brengen. Evenmin zullen ze systematisch onderliggende conflicten en verdrongen affecten expliciet maken. Veelal leggen ze zich er op toe het in partijen en fracties verdeelde gezin te confronteren met interpunkties, waarin ieders gedrag als een positieve bijdrage in plaats van een bron van moeilijkheden wordt bestempeld. Niet alleen is dit een manier om de ongewenste rol te vermijden van scheidsrechter die moet kiezen tussen de twistende partijen, maar bovendien krijgt geen van de gezinsleden de kans om duidingen van de therapeut op een destructieve manier tegen de anderen uit te spelen, wanneer zijn commentaar voortdurend de strekking heeft dat iedereen met de beste voornemens bezielde is en uitsluitend ongewild het leven van de anderen moeilijk maakt. Om de homeostase te doorbreken, zullen zij bewust en expliciet de therapeutische paradoxen aanwenden die we eerder hebben beschreven. Vooral 'prescribing the symptom' heeft daarin een belangrijke plaats. Wanneer bv. een bazige moeder voortdurend de leiding van het gesprek in handen neemt en daarbij iedereen de mond snoert, dan wordt haar gevraagd voor de rest van de sessie volledig de gang van zaken te bepalen, wat zowel protest van haarzelf als van de

anderen uitlokt.

Aan de echtgenoot van de vrouw die aan huis gekluisterd is wegens straatvrees vraagt Haley voortaan elke ochtend tegen zijn vrouw te zeggen: 'Vandaag *moet* je thuisblijven, ik zorg zelf wel voor boodschappen en de rest'. Het beoogde resultaat is dat ze drie dagen later alleen ging winkelen, wat ze in jaren niet meer had gedurfd, en meteen brengt de echtgenoot bij de volgende sessie ter sprake dat hij eigenlijk bang is dat zijn vrouw zich *te* onafhankelijk zou gaan gedragen.

Bij een ander echtpaar vertoont de man ejaculatie precox en hij slooft zich daarna op alle denkbare manieren uit om zijn vrouw een orgasme te bezorgen, om na afloop angstig te informeren in hoeverre het is gelukt; dit voor beiden frustrerende patroon word doorbroken door aan de vrouw het advies te geven voortaan *altijd* te zeggen *geen* orgasme gehad te hebben (wat zij toch al meestal zegt). Wanneer aan een ruziemakend echtpaar wordt geadviseerd alles rustig uit te praten, is er weinig kans dat deze goede raad enig effect zal sorteren. Maar als de therapeut hun de raad geeft vaker ruzie te maken en daarbij zegt (wat niet in strijd met de waarheid hoeft te zijn) dat zij in navolging van het ongelukkige huwelijk van hun ouders een onbewuste behoefte hebben aan huwelijksconflicten, of dat ze angstig zouden worden als ze werkelijk affectieve warmte bij elkaar zouden ervaren en daarom niet anders kunnen dan ruzie maken, dan zullen hun toekomstige ruzies, voorzien van een dergelijke interpunctie, ongetwijfeld een ander karakter hebben. Omdat de therapeut zegt dat ze genooddaakt zijn om ruzie te maken, vanuit motieven waar ze niet enthousiast over kunnen zijn zullen ze er waarschijnlijk meer voor voelen de vrede te bewaren, wat ook de beste manier is om weerstand tegen zijn commentaar te manifesteren.

B Nabeschouwing

In dit artikel is getracht de visie en werkwijze weer te geven van enkele auteurs die in de Amerikaanse gezinstherapie bekend staan als de 'system purists' (Beels en Ferber 1969). Zij hebben systeem- en communicatietheoretische uitgangspunten gebruikt voor de beschrijving van het functioneren van vooral pathologische gezinnen. Dit is uiteraard niet de enige denkbare toepassing van systeemtheorie in de psychiatrie. Menninger (1964) hanteert een systeemtheoretische zienswijze voor de beschrijving van intrapsychische processen, Speck (1971) daarentegen schakelt met zijn 'network therapy' nog veel grotere systemen in dan het gezin; de familie, bureu, collega's, kortom alle significante figuren worden gemobiliseerd. We hebben al eerder betoogd dat het soort gegevens dat men zal verkrijgen afhankelijk is van het veld dat men in beschouwing neemt, ook wanneer éénzelfde theorie het uitgangspunt is. Een en dezelfde gebeurtenis krijgt een andere betekenis naargelang de context (individu, gezin, buurt, etc.), waarin ze wordt beschreven. Het zou verkeerd zijn te menen dat de ene beschrijving de andere weerlegt. Jackson (1963) concludeert dan ook:

'When one shifts from a focus on the individual to an interpersonal

orientation, many problems appear in a different light. This does not mean that one point of view is more true than the other; each is equally valid from the point where the observer stands. Individual psychology has built a solid foundation; interpersonal psychology is just beginning to be structured. The ultimate choice will reside in which approach is most consistent theoretically and most practical in application'.

Behalve dat elke invalshoek andere, eventueel nieuwe gegevens oplevert, gaat ook elke verschuiving van focus gepaard met bepaalde weglatingen. In het referentiekader dat we beschreven hebben, is het duidelijk wat 'onder de tafel' is gebleven. Ten eerste het individu met zijn intrapsychische dynamiek; van de persoonlijkheid is slechts een 'black box' overgebleven en alleen de formele, niet eens zozeer de inhoudelijke aspecten van de interacties zijn aan de orde geweest. Men moet deze beperking niet uit het oog verliezen. Noch onze beschrijving van pathologische, noch die van therapeutische communicatie pretendeert volledigheid, hetgeen overigens volgens de systeemtheorie in geen enkel referentiekader te realiseren is. (V. Bertalanffy 1968). Een tweede punt waar stilzwijgend aan voorbij wordt gegaan, is het bestaan van waardeoordelen en motieven van zowel de therapeut als de patiënt. Het doel van een therapie is hoogstens in formele zin aangegeven; communicatie dient congruent en niet paradoxaal te zijn. Waarover en waartoe congruent gecommuniceerd moet worden, is een vraag die buiten dit kader valt, maar in elke therapie toch impliciet of expliciet aan de orde komt.

In aansluiting op het probleem van waardeoordelen dient zeker iets gezegd te worden over de techniek van 'prescribing the symptom' die Jackson, Haley en Erickson systematisch toepassen en die regelmatig als 'manipulatie' wordt bestempeld. Hetzelfde verwijt werd gericht aan 'Direct Analysis' van Rosen (1953) en de 'Paradigmatic psychotherapy' van Marie Coleman Nelson (1968), die eveneens vergelijkbare interventies toepassen, zij het vanuit een psychoanalytische achtergrond. JACKSON (1961) zegt hierover het volgende.

'Interventions may also be criticized on the grounds that they involve manipulation or trickiness. I think this is a value judgement which ignores the fact that all psychotherapy or psychoanalysis attempts to influence the patient(. . .). Manipulations must not be employed if the therapist has any negative feelings toward the patient and they are especially counter-indicated as a way out of some sort of therapeutic impasse. That is, when the therapist feels that he does not know what is going on, things bog down and then a bright idea occurs to him. *This is exactly the time when an intervention should not be used*'.

Beels en Ferber (1969) stellen:

'There is something chilly about the idea of the therapist as trickster, as presented in their theory, and we have found it hard to recognize in their warm and concerned work with actual families'.

De enige zinnige stellingname lijkt mij dat zowel interventie als non-interventie (waarbij het nog de vraag is of dit laatste wel moge-

lijk is, zie Truax 1966) ingegeven kunnen zijn door verkeerde motieven en op een onjuiste manier kunnen worden toegepast, hetgeen in de resultaten merkbaar zal zijn. Wellicht zijn de eventuele fiasco's van een directieve therapie sneller zichtbaar. Overigens is geen enkele psychotherapie denkbaar waarin de persoonlijke integriteit van de therapeut niet van essentieel belang is.

Uit de voorgaande beschrijving zal duidelijk zijn dat de werkwijze van Jackson en Haley meer verwant is aan gedragstherapie dan aan psychodynamische psychiatrie. Met name hebben zij met gedrags-therapie gemeen dat ze weinig belang hechten aan het al of niet verwerven van inzicht, ze gaan nauwelijks in op de voorgeschiedenis of intrapsychische dynamiek en bedrijven een therapie die vanuit een psychoanalytisch referentiekader vaak als weerstandsgeneiging zou kunnen worden getypeerd. Overigens claimen ze, evenals de behaviouristen, dat hun resultaten duurzaam en geen tijdelijke successen zijn. Ze verschillen van de gedragstherapeuten in het feit dat ze een interpersoneel in plaats van een monadisch uitgangspunt hanteren. Maar in deze interpersonele context gaan ze op zoek naar de 'reinforcements' die voor het symptomatische gedrag bestaan en proberen de pathologische homeostase te bestrijden door die reinforcements te neutraliseren. Speciaal de techniek van 'prescribing the symptom' geeft gemakkelijk aansluiting met het concept van 'frustrative non-reward', (Amsel 1969), wanneer men inderdaad aanneemt dat het ene gezinslid reinforcements of rewards levert voor het paradoxale gedrag van de ander, en vice versa.

In diverse voorbeelden van 'prescribing the symptom' die in de loop van het artikel gegeven zijn, lijken wisselende elementen op de voorgrond te staan, hoewel zij soms in mindere of meerdere mate tegelijk aanwezig blijven. Een systematische beschrijving hiervan is, voorzover mij bekend, nog niet gegeven. Zonder dat ik volledigheid pretendeer of een kookboekrecept voor directieve interventies wil opstellen, lijkt mij de volgende inventaris wel zinvol:

1 — In het voorbeeld van de slapeloze man die van Erickson de opdracht krijgt vloeren te boenen, wordt het voortbestaan van het symptoom gekoppeld aan een 'benevolent ordeal'. Interpersonele factoren blijven verder buiten beschouwing. Dit is hetzelfde principe als aversitherapie, alleen is Erickson in zijn praktische toepassingen wel flexibeler.

2 — Wanneer we het symptoom als een paradoxale communicatie beschouwen waarin tegelijk een expliciete en daarmee tegenstrijdige impliciete mededeling vervat zit, dan is 'prescribing the symptom' vaak een procedure die de impliciete mededeling expliciet maakt en daardoor het symptoom overbodig. Dit geldt voor de instructies van Haley (1971) aan patiënten met psychogene hoofdpijn om in vervelende situaties te klagen over hoofdpijn, ook wanneer ze er geen hebben. Vaak maakt dan zowel de pijn als de impliciete, incongruente manier van communicatie plaats voor directe, congruente communicatie. Hetzelfde gebeurde in een andere therapie: een man die vaak zwijgend van tafel opstond en de kamer uitliep, vertelde dat hij niet wist wat hem op zo'n moment over-

kwam.

Wel beklaagde hij er zich over, in de loop van hetzelfde gesprek, dat zijn vrouw aan tafel op de kinderen en hem zat te vitten. Na de instructie om voortaan, als iets hem niet beviel de kamer zonder commentaar te verlaten, werd de feitelijke gang van zaken voor beiden duidelijk.

3 — In de 'paradoxe intentie' van Frankl, de 'hyperdramatiseringstherapie' van Arndt en de 'implosive therapy' van Stampfl wordt de expliciete, letterlijke betekenis van het symptoom geheel ter harte genomen door de therapeut; de impliciete betekenis komt niet aan de orde en wordt genegeerd. Nemen we bijvoorbeeld de angst voor een hartkwaal. Zowel in de procedure van Stampfl als in die van Frankl en Arndt zal deze angst op letterlijk en niet op symbolisch niveau worden behandeld en in deze technieken wordt van de patiënt gevraagd méér angst te ontwikkelen. Door een overdrijving tot in het absurde verliest het symptoom elke communicatieve betekenis en daarmee ook zijn karakter van symbolische, metafore boodschap over een intrapsychisch conflict. Zo ontstaat er opnieuw ruimte voor congruente communicatie, eventueel over het conflict dat aan dit alles ten grondslag lag.

4 — In directieve therapie wordt vaak, met of zonder behulp van hypnose, het symptoom in plaats of tijd verschoven op zo'n manier dat het ontkoppeld wordt van de secundaire ziektewinst en dus een belangrijke reden van bestaan verliest. Erickson past dit toe b.v. door psychogene pijnklachten in overleg met de patiënt naar bepaalde momenten van de week te verschuiven 'waarop ze geen kwaad kunnen'. Het effect is weer dat hierna de klachten spontaan verdwijnen.

5 — Het element van onwillekeurigheid, dat het kenmerk is van elk psychiatrisch symptoom, vormt, zoals we eerder hebben uiteengezet, de paradoxale kern van neurotische communicatie. De opheffing van de paradox door opheffing van de onwillekeurigheid is terug te vinden in paradoxale intentie, implosive therapy, hyperdramatisering, systematic desensitization en negatieve practice. Gemeenschappelijk aan al deze therapeutische technieken is het verzoek het symptoom met opzet te produceren. In zoverre er daarbij tevens 'spontaan gedrag' zoals 'angst op commando' wordt verlangd, houdt de opdracht op zichzelf al een paradox in.

Dit opheffen van de onwillekeurigheid lijkt ook het belangrijkste element van het advies dat Jackson aan de studente gaf om opzettelijk in bed te blijven en haar colleges te missen.

6 — 'Prescribing the symptom' vanuit een metacomplementaire relatie waarin de therapeut juist datgene aanbeveelt wat een weerstandsverschijnsel tegen de behandeling vormt, is reeds lang bekend onder de naam 'negatieve suggestie'. Het verzoek om de verdere leiding over te nemen aan de dominerende moeder die de gezinstherapie met haar voortdurende interventies lam legt, is hiervan een voorbeeld. Hier rekent de therapeut op een nieuwe symmetrische manoeuvre, te weten dat aan zijn opdracht om bazig te zijn weerstand zal geboden worden.

7 — Een belangrijke techniek bestaat erin het symptoom voor te

schrijven nadat het van een nieuwe interpunctie of 'duiding' is voorzien, in afwijking van de verklaring die de gezinsleden zelf voor hun gedrag hanteren. Dit is het geval bij het ruziemakend echtpaar (blz. 29). Niet alleen krijgt het ruziemaken daardoor een nieuwe, onverwachte expliciete betekenis, zowel wanneer zij de duiding accepteren als verwerpen, maar bovendien wordt een context gecreëerd, waarin zij bezig zijn mee te werken zowel wanneer ze ruzie maken, als wanneer ze er mee ophouden. Het zal overigens niemand verwonderen dat deze techniek des te meer effect heeft naarmate de duiding of interpunctie adequater is als beschrijving van de interactie die zich afspeelt.

8 — Een laatste variant van 'prescribing the symptom' bestaat erin de partner(s) van diegene die het symptoom vertoont tot andere reacties te induceren, terwijl het symptoom ongemoeid gelaten wordt. Hierdoor worden homeostatische mogelijkheden van het gezinssysteem zwaar op de proef gesteld en eventueel overschreden, waarna een nieuw evenwicht mogelijk en noodzakelijk wordt. Meestal vertoont de partner een ambivalente houding die wisselt tussen irritatie en sympathie. Hij levert reinforcements door op kritieke momenten door de knieën te gaan en bv. extra aandacht te geven, terwijl hij zijn irritatie meestal ventileert wanneer het goed gaat. Een voorbeeld van wijziging van deze hopeloze cyclus kwam ter sprake waar de echtgenoot van de vrouw met straatvrees de raad kreeg consequent zijn vrouw te bevelen thuis te blijven, wat tot resultaat had dat zij niet meer via fobieën haar protest tegen zijn complementaire, dominerende houding hoefde te uiten. Dit laatste kwam overigens pas goed aan het licht toen zij weer de straat op durfde en hij er zijn bezorgdheid over uitte dat ze te onafhankelijk van hem zou worden.

Tot slot een citaat uit *Communication, The social Matrix of Psychiatry* van J. Ruesch en G. Bateson (1951), dat naar mijn gevoel, uitstekend de relativiteit van elke theorievorming aangeeft en derhalve een argument vormt tegen het innemen van gepolariseerde standpunten in de psychiatrie:

'Gödel has now demonstrated with rigorous proof that no system of statements can be self-contained in the sense of explaining its own axioms and not self-contradictory; that always, as a result of the very nature of communication and metacommunication, contradiction of the Russellian type must creep in. This statement of Gödel's, and there is apparently at present no reason to doubt his proof, means in fact that psychology and the study of human communication can never hope to build a self-contained and coherent system which will not be self-contradictory (. . .). At the time of writing, the last word which must be added to the description of the authors' epistemological position is an acknowledgement that we expect our own position, like all others, to be, in the end, either incomplete or self-contradictory'.

Summary

The application of general systems theory and communication theory to psychiatric thinking (part II)

Theoretical concepts, derived from systems and communication theory as explained in part one, are applied in a description of therapeutic communication (part two). In this description Haley's views (Haley, 1963) on hypnosis, directive-, non-directive-, and family therapy are summarized. In spite of the large differences in theoretical background and techniques between these different therapies, the common elements, the therapeutic paradoxes, are isolated:

- 1 the use of the metacomplementary position by the therapist,
- 2 the benevolent ordeal,
- 3 the technique of (overtly or covertly) prescribing the symptom.

In the final discussion the advantages and limitations of the above frame of reference are indicated. Throughout the paper it is argued that this frame of reference leaves room for other theoretical positions and that theories should be judged in the first place on their practical applicability. An attempt is made to summarize the different ways in which the technique of prescribing the symptom can operate from a cybernetic and communicative point of view.

Literatuur

- Amsel, A., Frustrative Nonreward in partial Reinforcement and Discrimination Learning; some recent History and a theoretical Extension. *Psych. Rev.*, 69, (1962), 306-328.
- Arndt, J. L., *Genese en Psychotherapie der Neurose*. Den Haag, Boucher, 1958.
- Genese en Psychotherapie der Neurose*, tweede deel. Den Haag, Boucher, 1962.
- Beels, C. C. and Ferber, A., Family Therapy: *A view on Family Process*, (1969), 280-318.
- Bertalanffy, L. von, *General System Theory*. N.Y., George Braziller, 1968.
- Coleman Nelson, M. (eds.), *Roles and Paradigms in Psychotherapy*. New York, Grune and Stratton, 1968.
- Erickson, H. H., Haley, J., & Weakland, J. H., A Transcript of a Trance Induction with Commentary. *Am. J. Clin. Hypnosis*, 2, (1959/60), 49-84.
- Eysenck, H. J. & Rachman, S., *The Causes and Cures of Neurosis*. London, Routledge & Kegan Paul, 1965.
- Fenichel, O., Problems of psychoanalytical Technique. Albany N.Y., *The Psychoanalytic Quarterly*, 1941.
- Frankl, V. E., *Medische Zielszorg*. Utrecht, Erven J. Bijleveld, 1959.
- Paradoxical Intention: a logotherapeutic Technique, in: Greenwald, H. (ed.): *Active Psychotherapy*. N.Y., Atherton Press, 1967, 337-352.
- Logotherapie en haar klinische toepassing. *Literatuurdienst Roche*, 38, (1970) 29-33.
- Freud, S., Ges. Werke, Vol. XI. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1917). London, Imago Publishing C., 1948.
- Freud, S., Ges. Werke, Vol. XII. *Wege der psychoanalytischen Therapie* (1918). London, Imago Publ. C., 1948.
- Haley, J., *Strategies of Psychotherapy*. N.Y., Grune & Stratton, 1963.
- The Power Tactics of Jesus Christ and other Essays*. N.Y., Grossman, 1969.
- Communication and Therapy: Blocking Metaphors. *Am. J. Psychother.*, 25, (1971), 214-227.
- Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of*

- Milton H., Ericson M.D. New York, Grune & Stratton, 1967, b.
- Jackson, D. D., Interactional Psychotherapy (1961) opgenomen in Jackson D.D. (ed.). *Human Communication Vol. 2*. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1968, 129-145.
- The Individual and the larger Contexts. *Family Process*, 6, (1967), 139-154.
- Jackson, D. D. and Haley, J., Transference revisited. *J. Nerv. Ment. Disease*, 137, (1963), 363-371 (opgenomen in Jackson D.D. (ed.) op.cit Human Communication, Vol. 2).
- Menninger, K., *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York, Harper & Row, 1964.
- Rogers, C. R., *Client Centered Therapy*. Boston, Houghton Mifflin Co., 1965.
- Rosen, J., *Direct Analysis*. New York, Grune & Stratton, 1953.
- Ruesch, J. & Bateson, G., *Communication, The Social Matrix of Psychiatry*. New York, W. W. Norton, 1951.
- Speck, R. V., Social Network Intervention. In: Haley, J. (ed.). *Changing Families*, New York, Grune & Stratton, 1971, 285-332.
- Stampfl, T. G. and Levis, D. G., Essentials of implosive Therapy. *J. Abn. Psychol.*, 72, (1967), 496-503.
- Truax, C. B., Reinforcement and Non-Reinforcement in Rogerian Psychotherapy. *J. Abn. Psychol.*, 71, (1966), 1-9.
- Wolpe, J. and Lazarus, A. A., *Behavior Therapy Techniques*. Oxford, Pergamon Press, 1966.