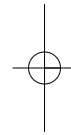
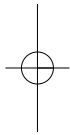


Mens zijn in relatie



Voor Ineke

*Want liefde is groeien aan elkaar ...
... en vervult mij met een groot dankbaar gevoel naar het heelal,
dat helaas geen gezicht en geen lijf heeft.
Dus draag ik dit gevoel maar op aan het onpersoonlijke leven.*

*Dat leven dat is zoals de miljoenen oude oceaan van energie,
die ons even voor honderd jaar in een bewust menselijke vorm
laat zijn als een van de vele golven op zee.
Hij of zij stijgt omhoog, aangeblazen door de wind,
de Nous oftewel geest of adem zoals de Grieken die noemden.*

*Dan, op de top, soms misschien even schuimen
en dan als een surfer naar beneden glijden tot in het diepste punt.
Om daarna...dat weet ik niet en niemand weet het.
Het zij zo. Amen. Halleluja!*

MENS ZIJN IN RELATIE

Marc Nevejan

Utrecht 2011

COLOFON

Dit is een persoonlijke uitgave van teksten die Marc Nevejan over zijn werk heeft geschreven.

Foto's in deze uitgave komen uit het archief van de familie Nevejan.

Illustraties zijn digitale fragmenten van het houtsnijwerk dat Willy Nevejan, de vader van Marc , in 1916 sneed.



© Marc Nevejan 2011

Uitgever: Familie Nevejan, Utrecht

Redactie: Caroline Nevejan

Eindredactie: Ruud Bekendam & Maartje Nevejan

Ontwerp en opmaak: Henny Scholten, Amsterdam

Foto's Houtsnijwerk: Henk Vink, Amsterdam

Scans en prints: CitoRepro Amsterdam - Haarlem

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	9
1990 Jezelf worden in relatie en gezin	17
<i>In Ervaringen uit de psychotherapeutische praktijk.</i>	
Redactie: Shanti van Iersel.	
Uitgeverij: de Toorts, Haarlem. Pagina 9-35	
1969 Verdriet en rouw	45
<i>In Weduwen, samen mens zijn.</i> Redactie; M.H.C.Vendrik, C.J.Straver.	
Uitgever: Paul Brand, Bussum. Pagina 30-68	
1969 Echtscheiding en echte scheiding	83
Een psychiatrische verkenning van het proces van scheiden uit de echt. <i>In Echtscheiding, samen mens zijn.</i>	
Redactie: M.Nevejan en J.Huijts.	
Uitgever: Paul Brand, Bussum. Pagina 47-88	
1971 The Family Therapy Movement in the U.S.A. in 1971	121
Rapport van onderzoek voor Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene, World Health Organization en Nationaal Bureau voor de Volksgezondheid.	
1972 Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland	165
<i>In Gezins- en echtparen behandeling in Nederland.</i>	
Redactie: Marc Nevejan.	
Uitgever: Van Loghum Slaterus, Deventer. Pagina 7-12	
1972 Parengroepsbehandeling	173
<i>In Gezins- en echtparen behandeling in Nederland.</i>	
Redactie: Marc Nevejan.	
Uitgever: Van Loghum Slaterus, Deventer. Pagina 218-242	

1972 Spanning in het gezin en familietherapie	203
Lezing voor de Nationale Belgische Bond voor Geesteshygiëne. Persoonlijk archief	
1977 Praktijk en effect van partner-relatietherapie	221
In <i>Benadering van gezinsproblemen, een orientatie voor hulpverleners</i> . Redactie: H.Janssen, A. Mattheeuwa, M.Nevejan, J. Verhulst. Uitgever: De Nederlandse boekhandel, Antwerpen/Amsterdam. 44-76	
1984 Persoonlijkheidsaspecten en huwelijks- welslagen bij echtparen in psychotherapie (samen met F. Zwart)	247
In <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , 26 (5). Uitgever: Boom, Meppel. Pag. 332-344	
1985 Multi-methodische relatietherapie in fasen	263
In <i>Tijdschrift voor Psychotherapie</i> , jaargang 11 (4). Pagina: 241-258	
1988 Relatie- en gezinstherapie: theorie en de praktijk	293
In <i>Psychotherapie in Nederland</i> , ed. A.P.Cassee, P.E.Boeke, C.P.F. van der Staak. Uitgever: Van Loghum Slaterus, Deventer. pagina 187 – 244	
1991 De ontwikkeling van MMRT	371
In <i>Systeemtherapie</i> , 3de jaargang, pagina 117-126	
2000 Liefde is groeien aan elkaar	385
Lezing voor de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie ter gelegenheid van Marc Nevejan's 70 ^{ste} verjaardag	
Gedichten	399

VOORWOORD

Ter gelegenheid van de 81ste verjaardag van mijn vader, Marc Nevejan, heb ik deze bundel met zijn teksten samengesteld. In november 2010 is hij ernstig ziek geworden. Ik had dit boek graag met hem samen willen maken, en ben blij en dankbaar dat deze verzameling nu toch voor ons bestaat: voor mijn moeder Ineke, mijn zusjes Maartje, Christine en Annick, de kleinkinderen Alex, Abel, Noa, Anouk, Japie en Mas en voor familie en vrienden om ons heen.

Caroline Nevejan

Marc Nevejan, psychiater/psychotherapeut, schreef de tekst *Jezelf worden in relatie en gezin* (1990) na meer dan 30 jaar praktijk, professionele uitwisseling, openbaar debat en het dagelijks lezen van academische publicaties, oosterse en westerse filosofie en literatuur. Zittend onder de lindeboom in België schreef hij deze tekst als testament voor zijn dochters. Met deze tekst opent dit boek, gevolgd door een chronologische volgorde van zijn belangrijkste publicaties.

Samen met zijn vrouw Ineke Nevejan-Broekhoven, en met steun van Kees Trimpos, startte Nevejan het Psychotherapeutisch Centrum op de Koningslaan te Utrecht in 1963. Zij ontwikkelden dit tot een inspirerende omgeving voor opleiding, reflectie en onderzoek. Synchroon in de tijdsgeest van de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw, exploreerden collega's met elkaar het werk van psychotherapeuten in Europa en de Verenigde Staten. Vele cliënten hadden baat bij hun werk. Praktijk en theorie werden in relatie tot elkaar ontwikkeld. De mens in haar volle potentie was uitgangspunt in dit onderzoek.

Als een van de eersten identificeerde Nevejan de verschillende fasen in een rouwproces. Niet alleen de psychologische aspecten van weduwe zijn, maar ook de sociale consequenties hadden zijn aandacht. Het rouwproces om een geliefde tekent een mensenleven, maar de sociale uitsluiting als gevolg van het weduwe zijn is niet nodig. Hij realiseerde zich dat de wijze waarop de meerderheid omgaat met een minderheid, als die van weduwen bijvoorbeeld, de mens in verdrukking brengt. In openbare debatten doorbrak hij taboes voor katholiek Nederland door openlijk te spreken over verdriet en rouw, over echtscheiding, over sexualiteit, over de positie van homo-sexuelen. Twee artikelen in dit boek uit die tijd zijn *Verdriet en rouw* (1969) en *Echtscheiding en echte scheiding* (1969).

In 1971 werd Nevejan door de World Health Organization in staat gesteld onderzoek te doen naar de ontwikkeling van gezinstherapie in de Verenigde Staten. Het verslag van dit onderzoek *The Family Therapy Movement in the U.S.A. in 1971* (1971) is ook in dit boek opgenomen. Dit onderzoek is van grote betekenis geweest voor het

1955

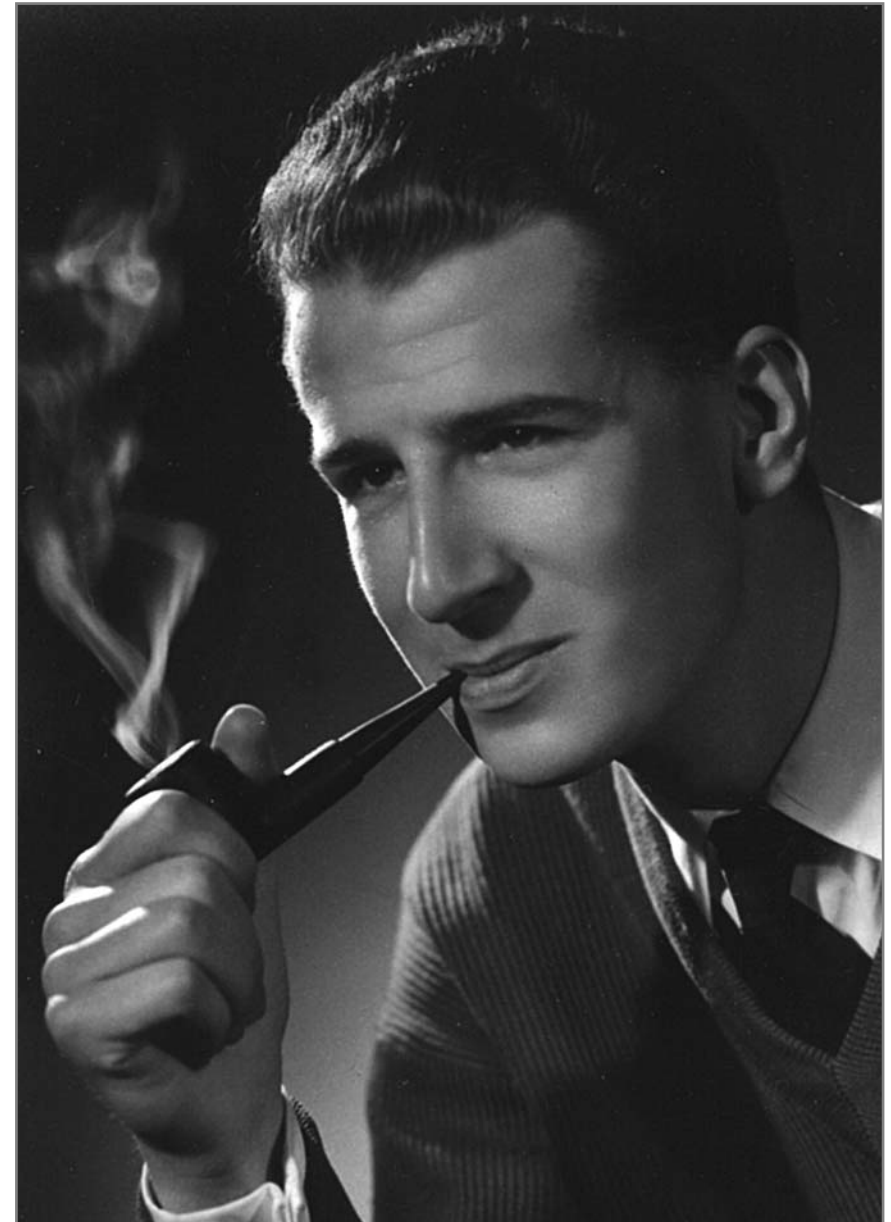
denken en de praktijk van Nevejan in de jaren die volgden. Vele psychotherapeuten die hij in het kader van het onderzoek in de VS had ontmoet, bracht hij naar Nederland om lezingen en workshops te geven. In het Psychotherapeutisch Centrum op de Koningslaan was inmiddels de Theoretische Technische Kursus (TTK) gestart waar jonge psychiaters, psychologen en maatschappelijk werk(st)ers hun inzicht en vaardigheden in de psychotherapie konden verrijken. De onderlinge uitwisseling en het internationale netwerk van psychotherapeuten dat hierdoor ontstond is van grote betekenis geweest voor de ontwikkeling van de psychotherapie in Nederland.

In de jaren '70, te midden van de drukke praktijk, vele lezingen en ontmoetingen, redigeerde Marc Nevejan de bundel *Gezins- en echt)parentherapie in Nederland* (1972). Zowel het voorwoord als zijn artikel *Parentgroepsbehandeling* zijn herdrukt in dit boek. Ook is de tekst van de lezing *Spanning in het gezin en familietherapie* (1972) bewaard gebleven. Deze geeft een mooi beeld van hoe hij samen met zijn vrouw nieuwe benaderingen succesvol in praktijk bracht. Ook in het artikel *Praktijk en effect van partner-relatietherapie* (1977) wordt een levendig beeld geschetst van hoe therapie zich in die tijd ontwikkelde.

In de jaren '80 consolideert Nevejan zijn werk in een drietal wetenschappelijke artikelen waarin hij zijn zienswijze en methodiek presenteert. Hij noemt zijn benadering Multi Methodische Relatie Therapie (MMRT). In zijn denken en praktijk is hij tot de conclusie gekomen dat iedere relatie zich in verschillende fasen ontwikkelt en dat in iedere fase specifieke methoden en technieken van therapie effectief kunnen zijn. In 1988 schrijft hij een groot overzichtsartikel *Relatie- en gezinstherapie: theorie en de praktijk*.

Deze compilatie van het werk van Marc Nevejan sluit met de lezing die hij in 2000 uitsprak ter gelegenheid van zijn 70^{ste} verjaardag. Hierin kijkt hij speels terug op zijn lange ervaring.

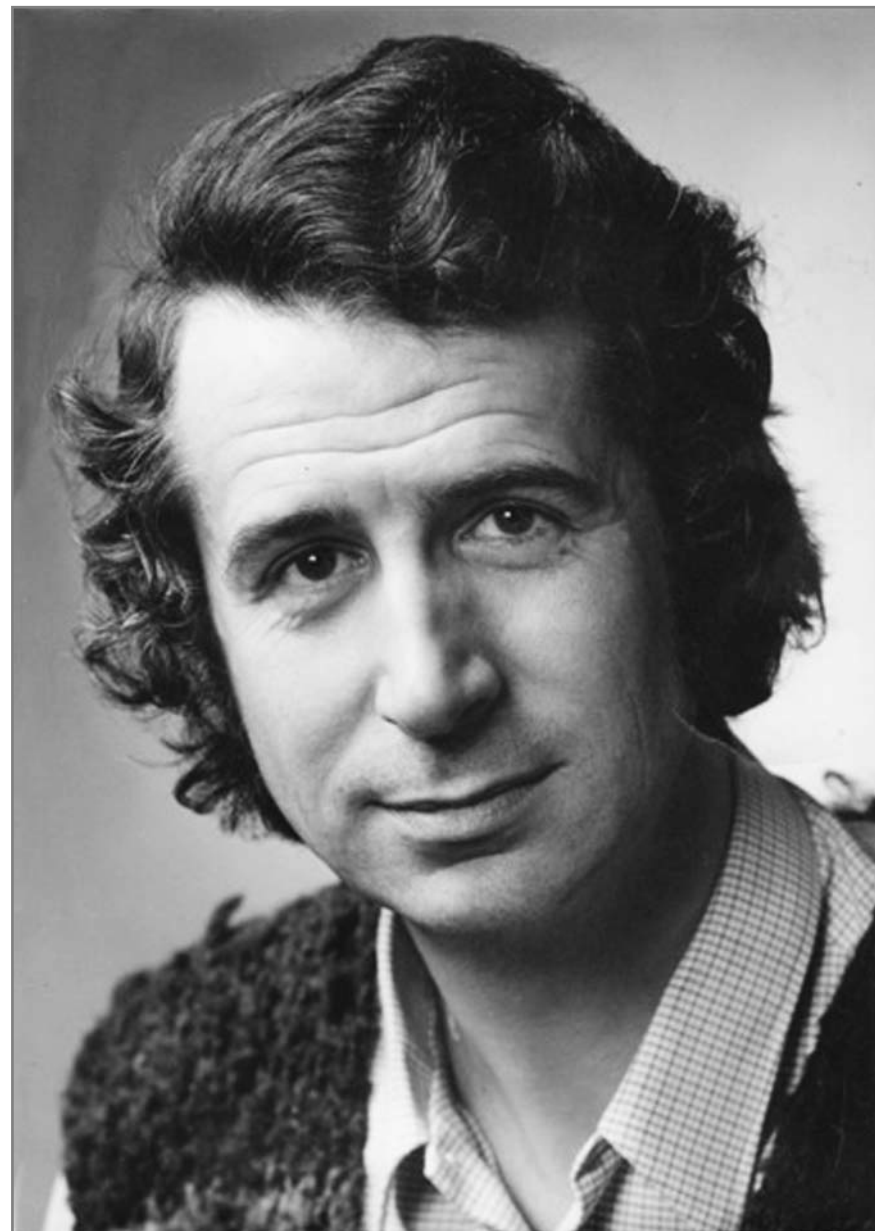
Dit boek bevat uitsluitend teksten die door Marc Nevejan zijn geschreven. De meeste artikelen zijn eerder gepubliceerd en bronnen zijn in de inhoudsopgave te vinden. Er is gekozen om de spelling van destijds te handhaven.



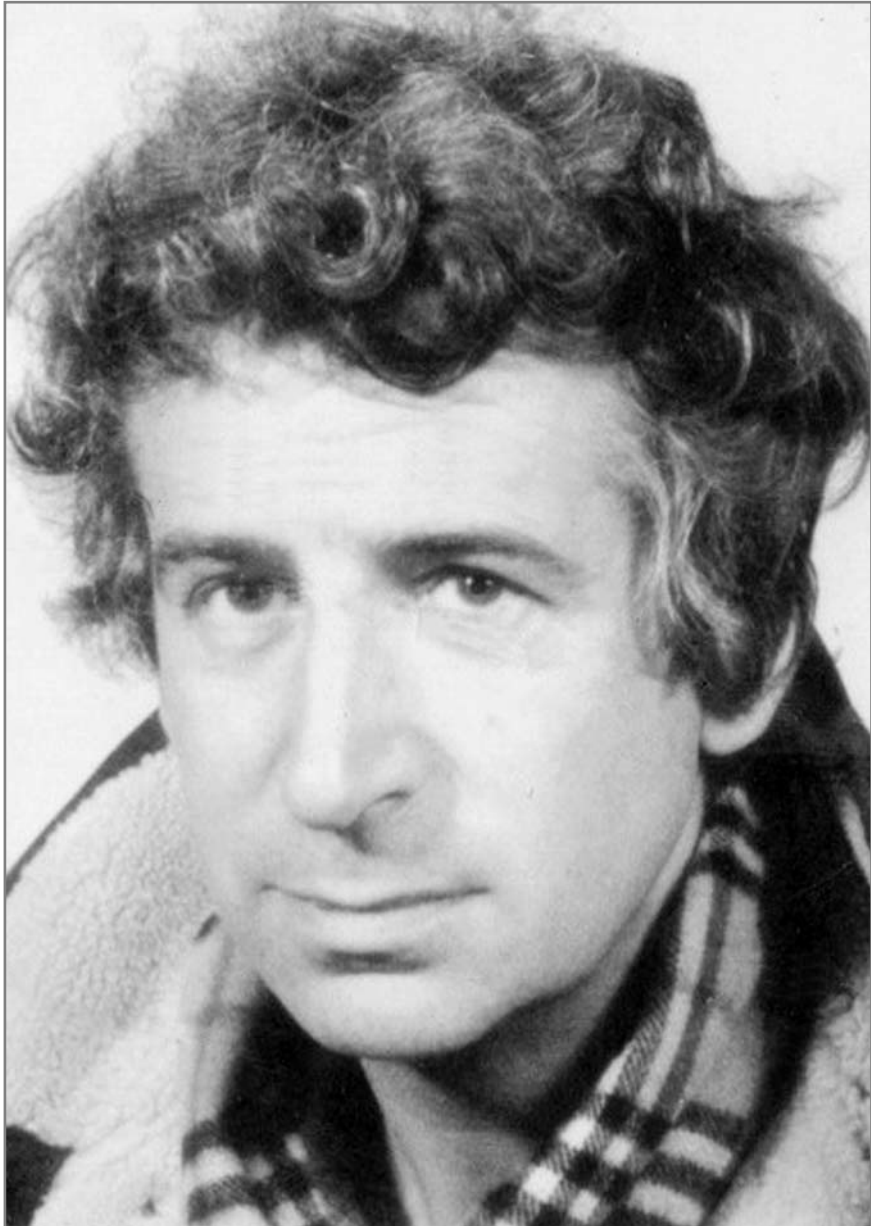
1965



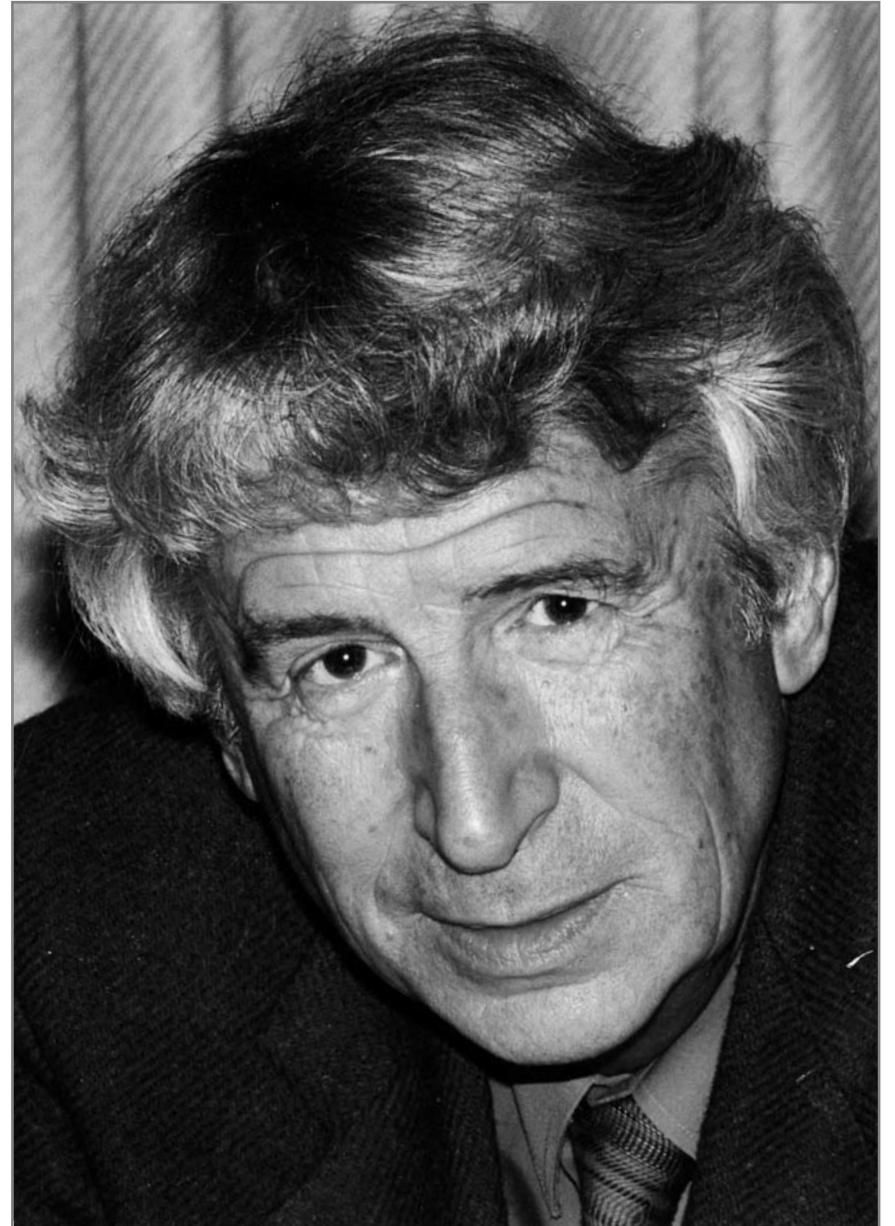
1975



1985

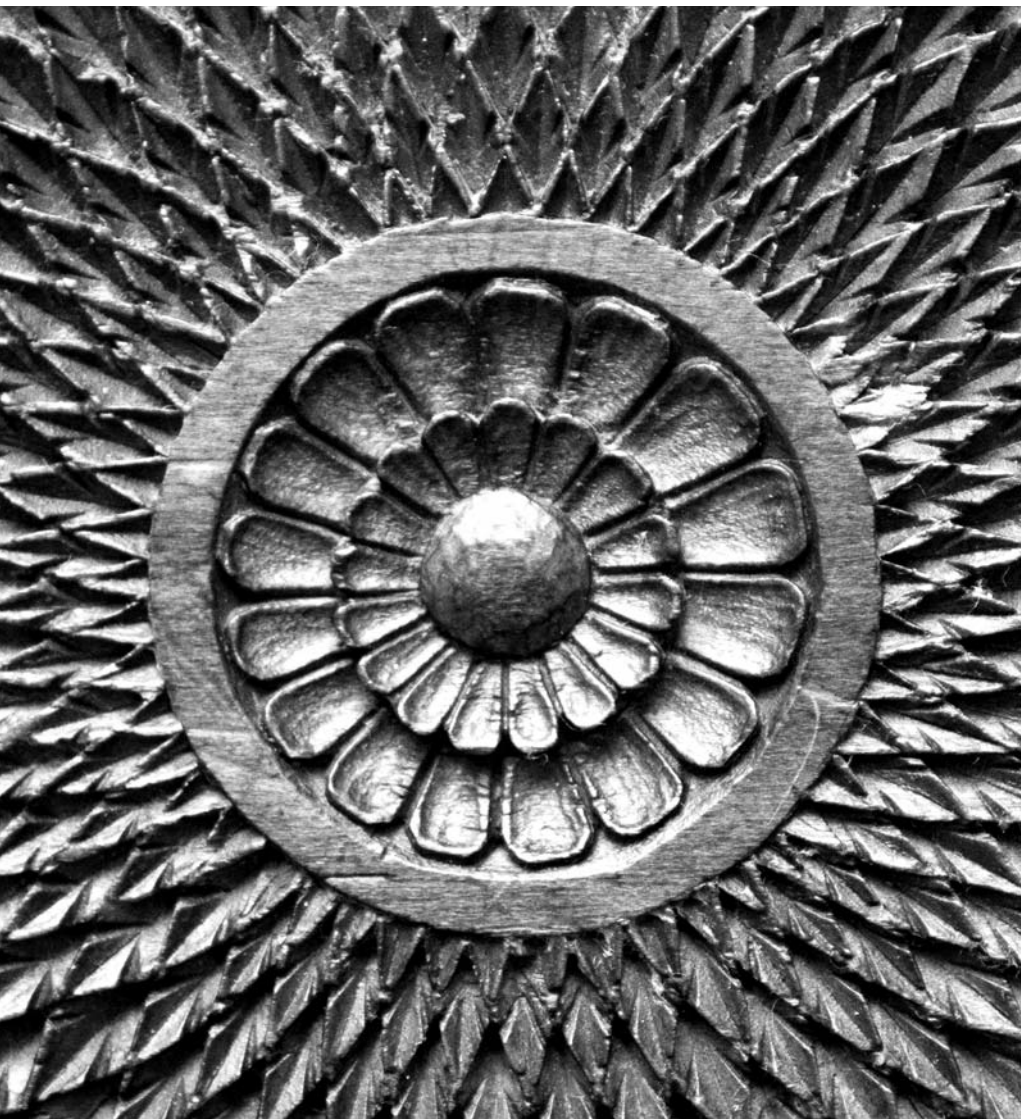


1995



In: Ervaringen uit de psychotherapeutische praktijk

1990



JEZELF WORDEN IN RELATIE EN GEZIN

Want altijd scheiding. Altijd weer begroeten.
Gedreven door verlangen en gemis.
Tot aan 't uur van 't eindelijk ontmoeten.
Waaruit geen scheiden is.

Jacob Israël de Haan

Inleiding

De vraag, aan mij gesteld door de samensteller van deze bundel, luidde: 'Wil je, als relatie- en gezinstherapeut, in tien tot twintig bladzijden opschrijven wat je het meest van belang vindt om door te vertellen (als een voorlopig "testament"), vanuit een terugblik op je 25 jaar van studie en psychotherapeutische praktijk op hetgeen je daarin tot op heden hebt geleerd en ontdekt aan de mens als partner en gezinslid. Dat ter mogelijke verheldering van de dagelijkse ervaringen van de lezers'.

Ik wil als antwoord mijn ervaring neerschrijven in de vorm van tien stellingen. Niet omdat ik zo stellig ben ten aanzien van de genoemde onderwerpen, maar omdat ik denk me aan de hand van die stellingen duidelijker te kunnen uitdrukken. Ze zijn meer bedoeld als veronderstellingen en als mogelijkheden ter overweging.

Ik heb het altijd als een voorrecht beschouwd om door mensen in vertrouwen te worden genomen over voor hen zeer persoonlijke levensproblemen. Dat heeft voor mij veel betekend. Bovenal besef ik telkens weer dat het grootste wonder van psychotherapie is dat het meestal helpt. Deze verbetering geschiedt door de ingeboren drang tot ontplooiing van zichzelf en de behoefte om van betekenis te zijn voor elkaar, op voorwaarde dat de betrokkenen en de therapeut(e) zich daarvoor inspanssen.

1e stelling:

Mensen met relatiemoelijkheden worden niet zozeer gekenmerkt door gerichtheid op zichzelf als wel door een te grote gerichtheid op de ander

In de volksmond heet het vaak dat iemand met psychische problemen te veel met zichzelf bezig is en geen aandacht heeft voor een ander. Bij nader inzien blijkt echter het tegendeel het geval. Als ik mensen met relatieproblemen vraag waarom zij hulp zoeken blijkt de meest gehoorde klacht als volgt te worden geformuleerd: 'Ik kan geen "nee" zeggen, ik kan me beter verplaatsen in de ander dan in mijzelf. Ik weet eigenlijk niet meer wat ik zelf wil. Ik pas mij te veel aan.' Bij doorvragen over de voorgeschiedenis blijken deze cliënten vaak in hun gezin van oorsprong als kind de rol te hebben gespeeld van bemiddelaar en vreedstichter tussen ouders met een meestal slecht huwelijk. Dit doet me denken aan het gedicht: 'Als ze als kind' van Liselore Gerritsen in de poëziebundel: *Een kind, een kind is zoveel meer* (Uitgeverij Bosch en Keuning, Baarn, 1987):

Als ze als kind niet altijd zo stil had hoeven zijn
had ze vandaag misschien het hoogste lied gezongen
als ze als kind niet altijd alleen was geweest
had ze vandaag misschien allang iemand gevonden

Als ze als kind niet altijd zo bang had hoeven zijn
had ze vandaag misschien van iemand durven houden
als ze als kind niet altijd zo'n puinhoop had gezien
had ze vandaag misschien kastelen kunnen bouwen

Als ze als kind de warmte van de zomer had gekend
was ze die warmte in haar winter nooit verloren
als ze als kind de warmte van een nest had gekend
had het haar hele leven lang niet zo gevoren

Als ze als kind niet al zo oud had hoeven zijn
had ze vandaag nog een kinderlied gezongen
als ze als kind gewoon een kind had kunnen zijn
was ze vandaag als een kind opnieuw begonnen.

Keer op keer blijkt dat een kind de neiging heeft de ouderrol ten opzichte van zijn eigen ouders op zich te nemen, zodra een of beide ouders zich onvolwassen ten opzichte van elkaar of van het kind gedragen. Als kind eert men zijn vader of moeder maar al te

gemakkelijk. Het zou nuttig zijn naast het 'Eert uw vader en uw moeder' te stellen: 'Eert uw kinderen'. Maar of dit zou helpen? Immers, de ouders die hun kinderen uitbuiten zijn zelf meestal als kind ook verwaarloosd.

Opvallend vaak blijkt het de oudste dochter of zoon van het gezin te zijn die de rol van de ouders op zijn of haar te jonge schouders neemt. Waarschijnlijk ervaren deze kinderen de verwachtingsdruk van hun ouders naar hen toe sterker dan hun broers of zusters. De gevolgen hiervan voor het desbetreffende kind in zijn latere leven zijn tweemaal. Het leert enerzijds van jongsaf aan voor een ander te zorgen in plaats van voor zichzelf en anderzijds leert het de touwtjes in handen te nemen en te houden. 'Zorg is de zonnige zijde van controle,' hoorde ik eens iemand zeggen. En inderdaad: deze kinderen worden later zorgers en beheersers. Zij willen zorgen en geven, maar verdragen het slecht als het anders gaat dan zij het zich hadden gedacht. Het lijkt erop dat voor deze mensen alleen de eerste zinsnede van het gebod: 'Bemin uw naasten als uzelf' geldt, en dat ze geneigd zijn te vergeten dat de vanzelfsprekende maatstaf bestaat uit de essentiële toevoeging: 'zoals u uzelf bemint.' De relatietherapie is er in dit geval op gericht om deze mensen te leren ook van zichzelf te houden, en verder om ze te leren te vragen en te ontvangen, voor zich te laten zorgen en iets aan een ander over te laten. Zodat zij uiteindelijk kunnen zeggen: 'Ik wil om je blijven geven, maar niet ten koste van mezelf.' Of anders geformuleerd: 'Ik ben wel goed, maar niet gek.'

Ik heb vaak gezien dat bij een dergelijk dominant/gevend iemand een partner past die graag veel aandacht en zorg ontvangt en het initiatief aan de ander overlaat. Meestal leiden dergelijke aanvullende combinaties van de prater en de luisteraar, van de onafhankelijke en de afhankelijke, of van de extraverte en de introverte niet tot problemen. De potje en dekseltje-pasvorm is bij 'normale' paren niet te sterk sluitend. Soms geldt dit bij-elkaar-passen slechts in bepaalde opzichten. Het komt ook voor dat dit patroon omkeerbaar is.

Bij de paren echter die mij wegens relatieproblemen consulteren zie ik dat tegenover iemand die té veel geeft iemand staat die zich té zeer aanpast. Ook de laatste houdt zó veel rekening met de eerste, dat hij of zij zich benauwd laat maken en geen

'nee' kan zeggen tegen de ander die te veel wil. In die zin zou je kunnen zeggen dat het verschil tussen normale moeilijkheden en moeilijkheden die het inschakelen van een deskundige noodzakelijk maken, ligt in de graad waarin zich bepaalde karaktertrekken voordoen en niet zozeer in de kwaliteit of de aard van de karakters op zichzelf. Het gaat er niet om hóe iemand is, maar om de mate waarin hij of zij dat is. Dat is dan ook de reden, dat iedereen zich wel min of meer kan herkennen in de soms extreme moeilijkheden waarin mensen met elkaar terecht kunnen komen. De pathologie – of anders gezegd: de onleefbaarheid – wordt dus bepaald door eenzijdige starre patronen in de partners en hun relaties. 'Normaliteit' is mogelijk door soepelheid, veranderlijkheid en door het vermogen tot compromissen sluiten met elkaar en met het leven. Dit lijkt soms saai en moeizaam in vergelijking met de hoge pieken en de diepe dalen van een neurotische relatie, maar het is op den duur wel leefbaarder.

Als therapeut probeer ik relaties met een te uitgesproken over- en onder-functionerende partner in eerste instantie in evenwicht te brengen door hen te helpen zich los te maken uit hun verstrengeld en versmolten zijn. Dit door hen te leren 'nee' tegen elkaar te zeggen, zich emotioneel iets losser te maken van elkaar en goed en kritisch voor zichzelf te leren zorgen, in plaats van alleen maar voor elkaar.

2e stelling:

Je zoekt in je partner de onderontwikkelde helft van jezelf

De Griekse filosoof Plato gebruikte tweeduizend jaar geleden het volgende beeld om de aantrekkingskracht tussen man en vrouw duidelijk te maken: de goden van de Olympus hebben de oorspronkelijk héle mens in tweeën gespleten. Sindsdien zijn de twee helften voortdurend op zoek naar elkaar om weer één geheel te worden. Dit beeld geeft goed weer wat ik in de dagelijkse praktijk hoor. Zij zegt bijvoorbeeld: 'Ik werd aangetrokken door zijn rust' en hij zegt: 'Ik door haar levendigheid.' Of zij: 'Ik door zijn zelfstandigheid' en hij: 'Ik door haar betrokkenheid.' Met andere woorden: je 'valt' op iemand met karaktertrekken die je zelf niet hebt. Samen passen de twee stukken als een puzzel goed in elkaar en vormen zij één geheel.

Bij de meeste paren loopt het proces van het in-elkaar-voegen goed af. Bij tien tot vijftientig procent niet. Waarom niet? Omdat zij té goed bij elkaar passen. Omdat zij te veel van het goede krijgen en zich daaraan gaan ergeren. Hij blijkt dan bij nader inzien té rustig, om niet te zeggen saai en zij té levenslustig, om niet te zeggen lastig. Dan wordt het: 'Als jij nu maar eens wat meer rekening hield met mij' (Lees: . . . werd zoals ik ben'). Omdat de ander echter met hetzelfde verwijt komt, ontstaat al snel een escalatie. Beiden graven zich in aan weerszijden van de stroom die hen scheidt, en beiden roepen om het hardst: 'Kom *jij* maar als eerste over de brug!' Of, om een andere veel gehoorde uitdrukking te gebruiken: *jij* scheidt de problemen, niet *ik*. ('*Jij bent gek*', zei de gek.)

Wat is de uitweg? Wat is het recept? In jezelf ontwikkelen wat je in de ander hebt getrouwd. De hand in eigen boezem steken en denken: 'Waar er twee vechten hebben er twee schuld' en nagaan wat je zélf zou kunnen doen of laten om de relatie beter te maken. Dit betekent bijvoorbeeld voor hem: 'Ik zal – naast mijn rustige aanleg – ook leren om levendig en betrokken te zijn.' En voor haar: 'Ik wil rustig en zelfstandiger worden en afleren om me overal mee te bemoeien.' Dit betekent dat de man wil leren om zijn vrouwelijke kant te ontwikkelen en de vrouw haar mannelijke kant. In de praktijk van alledag komt dat voor de man neer op leren haar nodig te hebben en voor de vrouw op leren hem los te laten.

Ik schat dat dit voor negentig procent van alle gevallen die ik gezien heb geldt. Zowel in de praktijk als om mij heen zie ik zelden stellen waarbij de man de actief betrokkene is en zij de afstandelijke. Leren zij ieder voor zich hun eigen schaduwkant te ontwikkelen, dan worden zij ieder voor zich een heler mens en minder afhankelijk van elkaar om bepaalde aspecten op te vullen. Zij worden dan niet zozeer dat éne oorspronkelijke geheel van Plato, maar twee hele mensen naast elkaar die ieder voor zich het leven alleen aankunnen als het moet, maar die het fijner vinden om dat in alle vrijheid samen te doen. Gibran vertolkt het in *De Profeet* (Mirananda, Den Haag, 1986) als volgt:

Hebt elkander lief, maar maakt van de liefde geen band: laat zij veeleer zijn een golvende zee tussen de kusten van je zielen.

Vult elkanders bekers, maar drinkt niet uit dezelfde beker. Geeft elkander van je brood, maar eet niet van hetzelfde stuk. Zingt en dans tezamen en weest blij, maar ben ieder alleen, etc.

Bij de eerste stelling heb ik beschreven hoe ik als therapeut in eerste instantie help door de partners te helpen zich losser te maken van elkaar. Wat daarna therapeutisch kan helpen heb ik met deze tweede stelling willen aangeven: jezelf een beetje veranderen in de richting van de partner. Niet om je daarna weer totaal en onwillekeurig aan te passen aan elkaar, maar nu welbewust en met mate. Het *lijkt* hetzelfde, maar is door de instelling waarmee het gebeurt iets geheel anders. Het doet me denken aan het verschil tussen een stel op hol geslagen paarden met hun wanhopige berijders en een span dat gebreedeld door kundige ruiters samen de kar van de relatie trekt.

3e stelling:

Om het samen goed te hebben, moet je het leven alleen aankunnen

Een gewaagde en provocerende stelling, maar daardoor, mijns inziens, niet minder waar. Het is ook weer niet zo ongewoon wanneer je bedenkt dat men niet echt 'ja' kan zeggen als men niet goed 'nee' kan zeggen. Immers, wat is het jawoord waard van iemand die geen keus maakt bij gebrek aan alternatief? Hij kan niet anders en dat geeft meteen zijn onvrijheid weer. Vaak hoor je zeggen: 'Het overvalt me; ik kan er niets aan doen.' Deze periodes van volkomen verliefdheid en hartstocht gaan echter na verloop van maanden of jaren over in een fase van een min of meer bevredigende intimiteit. Dit gaat meestal niet zonder slag of stoot. Je merkt dat de geliefde anders is dan je had gedacht. Je blijkt zelf ook niet zo ideaal. Behoeften, gewoonten en opvattingen blijken soms bij nader inzien zó verschillend dat ze tot irritatie en verwijdering leiden. Wat er dan optreedt is een proces van teleurgesteld worden in elkaar, je enigszins verwijderen van elkaar en proberen je eigen zin door te drijven. Was je eerst gedurende de verliefdheid als het ware tot één persoon versmolten, daarna treedt er een geleidelijk loslaten op. Ik vind dit een soort rouwproces en noem het 'de emotionele scheiding'. Je vindt het

jammer dat je niet meer zo verliefd kunt blijven. Je kunt er met heimwee aan terugdenken en het toch nog eens opnieuw proberen, maar je merkt dat het niet lukt en dat er andere gevoelens, zoals tederheid, dierbaarheid en genegenheid in de plaats komen van het hartstochtelijke bezeten zijn van en door de ander. Deze gedeeltelijke emotionele verwijdering gaat gepaard met de angst te ver van elkaar af te groeien en in een echte scheiding terecht te komen. Deze vrees kan zó groot zijn dat je je daarom maar overmatig aan elkaar aanpast en doet alsof je nog steeds gek bent op elkaar. Zoals ik het vijftien jaar geleden eens uitdrukke: 'Uit angst voor scheiding geef je een gedeelte van je persoonlijkheid op.'

Wil je jezelf niet zover verloochenen, maar kies je op bepaalde momenten voor jezelf in plaats van voor een conflict-loze relatie, dan ontstaat de tweede fase, die van individualisatie. Die houdt in dat je elkaars verschillen gaat accepteren en dit onderscheid juist gaat waarderen. Maar dit loslaten van de verstrengelde verliefdheid is niet mogelijk zonder de angst voor een totale of juridische scheiding onder ogen te zien. Zo geformuleerd is er geen relatie in vrijheid mogelijk zonder dat je het risico van een definitief uit elkaar gaan onder ogen ziet. Zoals in zoveel gevallen geldt echter ook hier: Wie niet waagt, die niet wint. En meestal valt dit waagstuk mee. De meeste paren slagen erin – getuige statistische onderzoeken – toch een nieuw evenwicht met elkaar te vinden. In de volksmond heet het dan dat de verliefdheid is overgegaan in liefde. Verkiest je echter het zekere boven het onzekere, dan ontstaat een relatie in onvrijheid. Je blijft, hoe dan ook, bij elkaar, verdoezelt de verschillen, ontkent elkaars zelfstandigheid en verzuipt in 'alles voor en met elkaar'. De partners zijn dan als twee drenkelingen die zich aan elkaar vastklampen en liever samen verdrinken, dan de moed hebben elkaar los te laten en ieder voor zich te proberen zwemmend de oever te halen, met het risico dat één van de twee óf beiden het niet halen. Als zij daarentegen het vertrouwen hebben in zichzelf en de ander dat ze de kant wél halen, voelen ze zich daardoor gesterkt. En als ze het dan samen halen, is de vreugde over elkaars en hun eigen zelfstandigheid des te groter.

4e stelling:

Jezelf worden tegenover je partner wordt bevorderd door jezelf te worden tegenover je ouders

Na de eerste fase van verliefdheid en de tweede van de individualisatie, volgt de derde en laatste fase van de integratie, die bestaat uit het jezelf zijn bij elkaar.

Je zou kunnen zeggen dat de eerste periode wordt gekenmerkt door het 'wij'. Dat wil zeggen dat je je als een eenheid ervaart zonder onderscheid des persoons. De tweede periode zou dan het 'ik en ik'-tijdperk kunnen worden genoemd, waarbij het paar zich als twee afzonderlijke individuen ervaart die een gemeenschappelijke basis hebben. En de laatste ontwikkeling houdt in, dat je bent geslaagd in de ontmoeting van 'ik en jij'. Ontmoeten is een mooi woord. Men kan het opvatten als: niet (meer) moeten.

Dit alles is makkelijker gezegd dan gedaan. Het vraagt vele jaren van strijd, conflicten en verzoeningen om zover te komen. Of twee partners dit met elkaar halen, blijkt merkwaardigerwijze sterk af te hangen van de relatie die elk der partners met de eigen ouders heeft. In de praktijk blijkt keer op keer, dat mensen met relatiemoeilijkheden onvolwassen staan ten opzichte van hun ouders, die zelf dan ook vaak een slechte onderlinge relatie bleken te hebben.

Hoe zit dat? Laat ik een voorbeeld noemen. Een vrouw verwijt haar man dat hij te weinig weerwoord geeft en alles zogenaamd goed vindt, als zij maar niet lastig is. Hij van zijn kant verwijt haar dat zij te veel van hem wil en hem niet met rust laat. Of, zoals ik het een man eens kernachtig hoorde zeggen: 'Onze relatie zou beter zijn, als jij hem goed vond.' Meestal zegt hij dat hij het benauwd van haar krijgt en zich daarom terugtrekt. Zij zegt echter dat zij zo achter hem aan zit omdat hij zich zo terugtrekt. Aan wie ligt dit nu? Wie was er eerst: de kip of het ei?

Bij nader inzien zou het kunnen zijn dat de man bijvoorbeeld een moederskindje blijkt te zijn dat zich nog steeds door zijn moeder laat verwennen en domineren. Zij zegt: 'Hij kiest eerder partij voor zijn moeder dan voor mij.' Wellicht is het niet overbodig om hier op te merken dat verwenning een vorm van emotionele verwaarlozing is. Het verwende kind wordt gebruikt als ver-

lengstuk van de verwachtingen van de ouders en wordt zoet gehouden als het lastig is. Het krijgt – met andere woorden – niet de stevige kost van de échte liefde die grenzen stelt als het kind gevaar loopt of zich aanmatigend opstelt. Die grens heeft kennelijk twee kanten, zoals een schutting. Enerzijds het beschermen van 'je hoeft dit niet te doen' en anderzijds de begrenzing van 'je mag dat niet doen'.

Wat helpt deze man om zich niet te laten verstikken door zijn vrouw, om méér van zich te laten horen en zijn eigen verantwoordelijkheid op zich te nemen?

Dat is dat hij in eerste instantie leert zichzelf bevestigend op te stellen tegenover zijn moeder door haar te zeggen dat hij door haar niet langer ontzien en gedomineerd wil worden en dat hij voortaan zal stellen wat hij wél en wat hij niet van haar wil. Dat hij respect voor haar als moeder wil bewaren, maar dat ook van haar verlangt ten opzichte van hemzelf. Dat hij praktisch gesproken zélf wil bepalen wanneer hij haar zal bellen of bezoeken, in plaats van zich schuldig te voelen omdat hij dit – volgens zijn moeder – nooit genoeg doet.

Stel dat deze man met de hulp en de steun van een therapeut(e) zover komt dat hij inderdaad zijn moeder de waarheid zegt, op een milde en respectvolle wijze, dan zal blijken dat deze man zich in de weken daarna ook anders gaat opstellen tegenover zijn vrouw en ook háár partij gaat geven. Met andere woorden: door zich volwassen en gelijkwaardig te gaan opstellen tegenover zijn ouder wordt het hem mogelijk dit ook te doen tegenover de partner. Zodoende doorbreekt hij de cirkel waarin hij voortdurend voor haar wijkt. Hij gaat bij wijze van spreken stilstaan, waardoor zij die hem achtervolgt, tegen hem op zal botsen en een eerste stevige ontmoeting het gevolg zal zijn.

Wellicht rijst de vraag of daarvoor eerst deze ik-jij-ontmoeting met de ouder nodig is. Kan deze man zich niet direct steviger tegenover zijn vrouw opstellen, zonder dit eerst ten opzichte van zijn moeder te hebben gedaan? Het antwoord is ontkennend, om de eenvoudige reden dat hij anders zijn moeder in zijn vrouw blijft zien. Eerst moet hij zich ontdoen van de oer-indrukken die hij van de eerste belangrijke vrouw in zijn leven – zijn moeder – heeft opgedaan, om vervolgens elke volgende vrouw – en dus ook zijn partner – wérkelijk te kunnen zien zoals zij zichzelf aanvaardt.

Dezelfde samenhang tussen het verleden en het heden of, anders gezegd, tussen de verticale en de horizontale relaties in ons leven geldt ook voor de vrouw van deze man. Zij verzorgt en controleert haar man, omdat zij dit bijvoorbeeld indertijd als kind gewend was te doen ten opzichte van haar onvolwassen ouders, in dit geval haar vader. Aan haar is het om – eenmaal volwassen geworden – alsnog tegen haar ouders te zeggen: ‘Ik heb begrip voor jullie tekortschieten in onze opvoeding, gezien jullie eigen jeugd, maar het neemt niet weg dat ik vind dat ik al meer dan genoeg voor jullie heb gedaan, en dat ik nu beter voor mezelf wil zorgen en aandacht voor mijn eigen behoeften wil.’

In dezelfde mate waarin zij dit kan, zal zij ook haar man als volwassen zien en zich minder met hem bemoeien. Op deze wijze doorbreekt zij dan van haar kant de neergaande spiraal van voortdurend-achter-hem-aanzitten. Zij gaat bij wijze van spreken stilstaan, waarop hij zal merken dat hij niet meer wordt gevolgd. Nieuwsgierig geworden omdat hij haar aandacht mist, zal hij waarschijnlijk op zijn schreden terugkeren en voor het eerst spontaan uit zichzelf met haar contact zoeken. Iets dat zij altijd had gewild, maar dat zich niet laat afdwingen.

Samengevat: Wil je een bevredigende relatie opbouwen met je partner, waarin je jezelf durft te zijn tegenover elkaar, dan is een van de beste mogelijkheden daartoe om schoon schip te maken met je verleden, en je te verzoenen met je ouders.

5e stelling:

Het al dan niet samenblijven na een relatietherapie lijkt mede te worden bepaald door een ondefinieerbare factor van lichamelijke aantrekkingskracht tot elkaar

Na vijftientig jaar relatietherapie met ongeveer duizend paren ben ik nog steeds niet in staat om na het eerste kennismakingsgesprek te voorspellen welke paren na een relatietherapie bij elkaar zullen blijven en welke zullen scheiden. Wel is het zo dat de kans dat de partners bij elkaar blijven kleiner is wanneer ze bij de aanmelding aangeven dat ze praktisch op het punt van scheiden staan. Uit een onderzoek in mijn praktijk bleek, dat al die paren die op hun vragenlijst voor de therapie hadden ingevuld dat zij mij consulteerden als laatste redmiddel, later uit elkaar gingen.

Zij die invulden dat zij het goed hadden met elkaar, maar hoopen het nog beter te kunnen hebben, bleven wél bij elkaar. Van de middengroep, die invulde: ‘Wij hebben ernstige problemen, maar vinden elkaar nog de moeite waard’, bleek tevoren niet te voorspellen of ze zouden scheiden of niet. En deze middengroep is juist de grootste groep die zich aanmeldt. Juist bij deze paren is de intrigerende vraag wát eigenlijk bepaalt of zij al dan niet bij elkaar zullen blijven. Ik heb er bij het afsluiten van de therapieën de betrokkenen regelmatig naar gevraagd. Er komen dan antwoorden als: ‘Tja, dwars door alle moeilijkheden heen deed hij mij toch nog altijd wat.’ Of de man zegt: ‘Ik vind haar nog altijd aantrekkelijk.’ Of zij zegt: ‘Hij heeft nog altijd diezelfde leuke ogen.’ Of hij zegt: ‘Zij is nog altijd zo hartverwarmend.’ Vaak hoor ik ook uitdrukkingen in de trant van: ‘We vrijen nog altijd graag met elkaar. Het is weleens minder geweest toen we het zo moeilijk hadden, maar we zijn elkaar altijd aantrekkelijk blijven vinden.’ Vaak bleken dit paren die hun relatie waren gestart vanuit een wederzijdse verliefdheid. (Ik bedoel niet te zeggen dat partners zonder aanvankelijke verliefdheid elkaar niet aantrekkelijk kunnen blijven vinden.) Daarmee is niet gezegd dat bij hen die verliefdheid altijd in dezelfde mate aanwezig bleef en evenmin dat zij niet een keer op een ander verliefd waren geweest. Er was echter toch nog altijd sprake van een moeilijk nader te omschrijven soort lichamelijke aantrekkingskracht tot elkaar. Ik hoorde het een vrouw eens zó uitdrukken: ‘Ik heb best fijn met een andere man gevreeën, maar ik dacht wel na afloop: “Ik heb geen zin om met hem te ontbijten”. En dat wil ik wél altijd graag met mijn eigen partner.’

Het lijkt een soort erotische factor te zijn die bepaalt of je iemand graag ziet en hoort, graag ruikt en aanraakt. Sommigen noemen het de chemie of het cement van de relatie. Het graag in elkaars nabijheid zijn wordt niet alleen of zozeer bepaald door de pure seksualiteit, maar veeleer door een algemene lichamelijke uitstraling. Ten overvloede zij vermeld dat het omgekeerde uiteraard niet waar is: dat wanneer de lichamelijke aantrekkingskracht sterk is, de relatie ook goed zou zijn. Verder zijn er natuurlijk ook paren die bij elkaar blijven zonder deze onbenoembare factor. Blijkbaar zijn er dan zoveel andere positieve factoren, zoals kameraadschap, gemeenschappelijke interesses en belangen,

trouw en genegenheid, dat die opwegen tegen het gemis aan aantrekkelijk vinden of worden gevonden. Andere stellen blijven bij elkaar op grond van negatieve motieven, zoals angst om alleen te komen staan of pure berekening om van twee kwaden (óf het uit elkaar gaan, óf het bij elkaar blijven, ook al is het niet boeiend meer) het minst kwade te kiezen.

Als therapeut laat ik deze keuze van het al of niet scheiden uiteraard aan de verantwoordelijkheid van de partners zelf over. Ik beschouw het slechts als mijn taak hen te helpen zich bewust te worden van wat er speelt en welke keuzen ze hebben. Ik denk echter dat het – naast alle sociale en psychologische invloeden op de dynamiek tussen de partners – vooral een biologische aantrekkingsfactor is die bepaalt of een relatie een tintelende uitstraling behoudt.

6e stelling:

Relatie-kwaliteiten worden sterk door de tijdgeest bepaald

Wij zijn allemaal kinderen van onze tijd, cliënten zowel als therapeuten. Ik ben zelf geboren in 1930 en heb daardoor overzicht over zestig jaar wisselende tijden en opvattingen over wat 'in' is. Ik herinner me als kind de benarde crisistijd van de jaren dertig, als puber het saamhorigheidsgevoel tijdens de oorlog van 1940-1945, als student de hoop en de opleving na de oorlog; ik heb als jong-volwassene de romantiek van de jaren vijftig beleefd. Ik had de tijd mee wat betreft de jaren zestig en zeventig. Zelf tussen de dertig en vijftig jaar oud, stond ik open voor vernieuwingen, voor het verleggen van grenzen en het doorbreken van taboes. Ik hoorde als lid van de brain-trust van het Nationaal Centrum van Geestelijke Volksgezondheid tot de groep die onlangs in een proefschrift werd betiteld als de groep van katholieke intellectuelen die opstand pleegden. 'Het verraad der clercken' was voor mij – en voor vele anderen – een geestelijke bevrijding van het kerkelijk juk. En nu hebben we de jaren tachtig net gehad, waarin iedereen sprak over *no-nonsense* en *het nut van begrenzing*. Hoe groot de invloed van algemeen aanvaarde waarden op relaties is, wordt geïllustreerd door een simpel onderzoekje uit de jaren vijftig. Hierbij werd aan overheersende mannen en hun onderdanige echtgenoten gevraagd of zij het goed hadden met

elkaar. Dit werd ook gevraagd aan een groep overheersende vrouwen en hun onderdanige partners. Men zou verwachten dat beide groepen eenzelfde antwoord zouden geven, gezien het feit dat bij beiden potje en deksel op elkaar passen. Toch bleek dit niet het geval. De laatste groep gaf aan niet gelukkig te zijn met elkaar. En waarom niet? Omdat de manier waarop hun karaktertrekken elkaar aanvulden niet paste bij de toen heersende sociale norm dat de man dominant diende te zijn en niet de vrouw. De dominante vrouwen en hun onderdanige mannen hadden niet het gevoel zo goed bij elkaar te passen, omdat hun relatie niet in overeenstemming was met de maatschappelijke opvattingen uit die tijd. Ook voor de zonen en de dochters van deze stellen moet het verwarrend zijn geweest dat hun vader en moeder precies het omgekeerde patroon voorleefden van wat zij in de rest van de maatschappij meemaakten. Het zou interessant zijn te zien hoe de uitslag van zo'n onderzoek in deze tijd zou zijn.

Een bijkomend aspect is dat opgroeiende kinderen het altijd anders willen doen dan hun ouders, vanuit de behoefte om een eigen identiteit te ontwikkelen. Zo ontstond in de jaren vijftig een verzet van de toenmalige jonggehuwden tegen de beperkende opvoeding van hun ouders. Zij zouden hun kinderen veel 'ruimer' opvoeden, hetgeen mede mogelijk werd dankzij de toenemende maatschappelijke welvaart. Deze kinderen werden de generatie jongeren die in de jaren zestig grenzenloos werden opgevoed, met het gevolg dat zij nu – zelf volwassen geworden in de jaren tachtig – hun kinderen weer méér grenzen stellen. Op het therapeutische vlak kan men een soortgelijk verschijnsel zien. Tot 1960 was de therapeut in het algemeen behoudend, vooral onder invloed van het sobere (om niet te zeggen sombere) wereldbeeld van de psychoanalyse die toen, als enige bekende psychotherapie-school, de toon aangaf. Kenmerkend voor deze levensfilosofie is de uitdrukking van Freud: 'Ik kan de patiënt slechts helpen af te komen van zijn neurotische ellende om te leren leven met de normale ellende.'

In de jaren zestig vond er een doorbraak plaats van de optimistische humanistische psychologie met sensitivity-trainingen, gestalt-therapie, Rogeriaanse therapie en lichaamsgerichte therapieën. Het was het tijdperk van sociaal-economische welstand, toenemende onkerkelijkheid, de uitvinding van de pil, de afbraak

van het taboe van de seksualiteit en de aandacht voor het lichamelijke en psychisch welbevinden. Wat betreft relaties werd er druk geëxperimenteerd met communes, met partnerruil, met het hebben van meerdere relaties tegelijk en met seksuele hoogstandjes. De therapieën uit die tijd hadden als gemeenschappelijk kenmerk: de cliënten helpen taboes te doorbreken en zich af te zetten tegen de inperking van ouders en maatschappij. Ieder moest zijn bewustzijn en zijn grenzen verruimen. Er was veel meer mogelijk dan men tot dan toe had gedacht. Dit werd met overtuiging door beide partijen beproefd. Men wist niet beter, men voelde zich er goed bij en besefte nauwelijks de gevolgen ervan. Psychotherapie was 'in'. Eind jaren zeventig begonnen – parallel aan de economische recessie – de consequenties van deze tolerante, maar soms ook vrijblijvende houding duidelijk te worden. Veel echtscheidingen volgden, met een veelvoud aan emotioneel ontwortelde kinderen. Er ontstond meer drug- en alcoholgebruik en meer criminaliteit. Dit bracht veel mensen ertoe om – mede door de toenemende werkloosheid en woningnood – de buikriem bij zichzelf (en de teugel bij de ander!) weer wat aan te halen. Dat heeft ertoe geleid dat we in de jaren tachtig enerzijds weer meer leefden volgens het motto: 'Doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg', maar anderzijds dreigden door te schieten naar een te grote beperking van vrijheid, wat kan ontaarden in een te harde en competitieve instelling.

Het is blijkbaar moeilijk het evenwicht te vinden en vooral te bewaren tussen enerzijds vrijblijvendheid en anderzijds dwang. De gulden middenweg van de goede ware vrijheid te bewandelen lijkt saai en gemakkelijk, maar is mijns inziens moeilijker dan geloof te hechten aan door hun absolute verleidelijke 'waarheden'.

Dezelfde uitdaging om de middenweg te vinden geldt voor de vraag hoe te leren leven met andere tegenstellingen, zoals alleen of samen, individu of samenleving, egoïstisch of altruïstisch. Hoe tot een betere synthese te komen van al deze polaire begrippen die elkaar oproepen? Door onthechting, zoals de boeddhisten prediken? Is het niet merkwaardig dat wij met het woord 'volledig' alleen *vol* bedoelen, terwijl het duidelijk gekoppeld is aan *ledig*; en dat het woord 'alleen' is opgebouwd uit *alles* en *een*? Ik vermoed dat de oosterling zal zeggen dat men niet vol

kan zijn zonder ledig te zijn. Kennelijk is dit niet de traditie in de westerse samenleving waar naastenliefde en eigenbelang om de voorrang strijden. Gelukkig vindt volgens onderzoek de meerderheid van paren en gezinnen een min of meer bevredigende tussenoplossing, bestaande uit een combinatie van een streven naar maximale zelfontplooiing en een optimale samenhang met elkaar.

7e stelling:

De ontwikkeling van de gezinstherapie heeft bijgedragen tot het minder kunstmatig zijn van psychotherapie

Tot dertig jaar geleden werden problemen van kinderen en jeugdigen individueel behandeld. Het kind of de puber werd getest door de psycholoog. De maatschappelijk werk(st)er sprak met de ouders. De kinderpsychiater deed speltherapie met het kind of gespreksbehandeling met de puber-adolescent. Geleidelijk aan is het gewoon geworden om in zo'n geval het gehele gezin tegelijk te behandelen.

In de jaren vijftig hadden enkele Amerikaanse pioniers het vermoeden gekregen dat er een samenhang bestond tussen het probleemgedrag van één of meer kinderen uit een gezin en de gezinssfeer, omdat de verschijnselen van de behandelde patiënt telkens terugkeerden als hij of zij uit het behandelingsinstituut werd ontslagen en weer in zijn ouderlijk gezin was teruggekeerd. Eerst kreeg de bezitterige moeder hiervan de schuld, later de afwezige vader. En ten slotte ontdekte men dat eigenlijk het *gehele* gezin de patiënt was. Ik heb deze ontwikkeling van de gezinstherapie van nabij meegemaakt, omdat ik als jong psychiater onvrede had met de individuele behandeling van gezinsproblemen. Ik vond dat ik als kinderpsychiater vaak een goedkoop succes behaalde bij het behandelde kind, ten koste van de ouders die er dag en nacht mee worstelden. Toen ik halverwege de jaren zestig in de Amerikaanse vakliteratuur las over het bestaan van gezinstherapie, leek mij dit dan ook het ei van Columbus. Ik toog met een beurs van de World Federation for Mental Health in 1969 en in 1971 naar Amerika en vond daar een bloeiende gezinstherapie. Enthousiast geworden over deze aanpak nodigde ik – als lid van het Nederlandse Centrum van Geestelijke Volksgezondheid – de voornaamsten van deze pioniers uit om in ons land trainingen

te geven aan de Nederlandse collega's. In de jaren daarna raakte gezinstherapie in ons land en in de rest van Europa in de mode. Ook de relatietherapie kreeg een impuls, omdat veel gezinstherapieën na verloop van tijd overgingen in de behandeling van het achterliggende probleem: de onderlinge relatie van de ouders als echtgenoten. Zo namen de relatie- en gezinstherapie in de jaren zeventig snel hun – nu algemeen erkende – plaats in binnen het veld van de psychotherapie. Relatie- en gezinstherapie worden nu praktisch in elke grote stad in Nederland, West-Europa, Amerika, Canada en Australië beoefend.

Wat verklaart deze snelle ontwikkeling? Ik veronderstel het feit dat deze behandeling van het echtpaar of het gezin zo natuurlijk past bij de dagelijkse verbanden waarin mensen leven. Het is minder kunstmatig om een kind met problemen ten opzichte van zijn omgeving (delinquentie, verslaving, storend afwijkend gedrag), tezamen met die omgeving (gezin, familie, school, vrienden) te behandelen dan zónder. Evenzo is het vanzelfsprekender een partner samen te zien met degene ten opzichte van wie hij of zij problemen heeft dan zonder hem of haar. 'Je moet het altijd van twee kanten bekijken,' luidt een oud gezegde. Mensen drukken hun angsten of remmingen of andere afwijkingen uit ten opzichte van iemand anders. Zij zeggen: 'Ik ben bang voor . . .', of: 'Ik ben geremd tegenover . . .', of: 'Ik voel me miskend door . . .', of: 'Ik ben kwaad op . . .', of: 'Ik heb communicatiemoeilijkheden met . . .'. Steeds formuleren zij hun gevoelens of problemen ten opzichte van iets of iemand uit hun omgeving. In de eerste helft van deze eeuw werd door de therapeuten slechts het individuele aspect gehoord: iemand is angstig, is geremd, heeft een depressie, is kwaad, voelt zich miskend, enzovoort. Van daaruit behandelden zij deze cliënten individueel en werd de invloed van partner of gezinsleden geweerd. Tegenwoordig zijn er (schat ik) in Nederland evenveel groeps-, relatie- en gezinstherapeuten als psychotherapeuten die alleen individuele behandeling toepassen. Men dient dus als cliënt goed te beseffen naar wie men met zijn klacht gaat. Zoals ook iemand met rugklachten anders wordt behandeld door een neuroloog dan door een orthopeed, zo geldt ook op het gebied der psychische verschijnselen dat zeer veel afhangt van de manier waarop de therapeut(e) de klachten ziet – en dus behandelt. Bovendien is

het van belang zich bij de keuze van een therapeut(e) te realiseren dat er op het persoonlijk gebied steeds een moeilijk te omschrijven factor meespeelt, namelijk of de betreffende therapeut(e) de cliënt 'ligt' en als persoon diens vertrouwen kan wekken. Ik vind het dan ook niet meer dan normaal dat de cliënt met verschillende hulpverleners gaat kennismaken, alvorens te beslissen met wie in zee te gaan.

Tenslotte wil ik hier in het kort enkele, mijns inziens, belangrijke ontdekkingen van de gezinstherapie vermelden:

1. Het afwijkende of probleemkind – ook wel genoemd de geïdentificeerde patiënt(e) – blijkt vaak bij nader inzien het gezondste gezinslid te zijn dat protesteert tegen de vervuilde gezins sfeer. Terwijl anderzijds de zeer brave, 'normale' kinderen vaak degenen zijn die later als volwassenen problemen krijgen.
2. Gezinsproblemen blijken vaak te kunnen worden teruggevoerd tot moeilijkheden tussen de ouders.
3. Ouders zijn ook kinderen van ouders. In zoverre blijken huidige gezins- en huwelijksmoeilijkheden vaak al geslachten lang bepaald.
4. Gezinsproblemen blijken vaak aan de oppervlakte te worden gekenmerkt door communicatiestoornissen, maar daaronder door een gebrek aan vertrouwen, rechtvaardigheid en het bevestigen van elkaar.
5. Zelfvertrouwen ontstaat onder andere door bevestiging door de ander. Omgekeerd kun je de ander beter bevestigen naarmate je zelf meer zelfvertrouwen hebt. Want als kind heb je het recht om te worden bevestigd. Als volwassene heb je de plicht tot het bevestigen van kinderen. Heb je als volwassene nog kinderlijk veel behoefte aan bevestiging, dan kan dit niet worden ingehaald door het te blijven verwachten. Je dient jezelf dan, zoals Baron von Münchhausen, met de haren uit het moeras te tillen, door jezelf op een overigens respectvolle wijze te bevestigen tegenover degenen door wie je indertijd onvoldoende werd bevestigd. Zijn dezen intussen overleden, dan kan dit in het kader van een psychotherapie tegenover familieleden van de overledenen worden gedaan, of door een bezoek aan het graf van de

overleden ouder, of door een brief te schrijven aan de overledene, of door een symbolische ontmoeting met deze laatste in een rollenspel.

In dezelfde mate waarin je je bevestigt en jezelf en anderen bevestigt, neemt het gevoel van welbevinden en gezondheid toe. Mij lijkt dit de psychologische basis van: 'Bemin uw naasten als uzelf'.

6. Weliswaar komt men alleen ter wereld en sterft men ook alleen als individu, maar men leeft tussen dit begin- en eindpunt altijd min of meer in groepsverband. Eerst in het gezin van oorsprong, dan in het eigen gezin of in een relatie met een partner, met vrienden, met kennissen en collega's. In zoverre zijn groeps-, relatie- en gezinstherapie vormen van voor ieder mens vertrouwde verbanden. Dit zou dus de snelle ontwikkeling van de gezinstherapie in de laatste dertig jaar kunnen verklaren.

8e stelling:

Het leven is een grote grap, een groot raadsel én een groot verlangen naar heel en één worden. Dit geldt ook voor het leven in relatie- en gezinsverband

In de innigheid tussen de mensen is een verborgen grens,
Die liefde noch passie overschrijden kunnen, –
Hoezeer ook in angstwekkende stilte de lippen ineenvloeien
En het hart aan liefde zich te buiten gaat.

Ook vriendschap is hier onmachtig, en
De jaren van diep en vurig geluk,
Wanneer de ziel vrij is en vreemd aan
De langzame uitputting door wellust.

Het is waanzinnig naar die grens te streven, en zij
die haar hebben bereikt, worden door weemoed overvallen
Begrijp je nu waarom onder jouw tasten
Mijn hart niet harder slaat.

Anna Achmatova (Uit: *En de nacht belooft geen dageraad*.
De Vries-Brouwers, Antwerpen, 3e druk 1985)

Menigeen beseft dat er een pijnlijk verschil bestaat tussen het weet hebben van verlangens naar volmaaktheid en het dagelijks ervaren van het onvermogen deze te realiseren. Wie droomt niet van totaal in elkaar opgaan, van – zoals iemand het mij vertelde – vederlicht in de armen van je geliefde zweven met een alles-overstelpend gevoel van één zijn en opgenomen zijn in een eeuwige vervoering? En wie ervaart niet dat dit nooit te verwezenlijken is? Dit besef van de innerlijke drang naar volkomenheid en het nooit bereiken daarvan is zo oud als de mensheid. Het wordt toegeschreven aan God buiten of binnen ons, of aan toeval of aan een 'Big Bang'-achtige expansiedrang van onbekende oorsprong. Maar het pijnlijke verschil wordt er daardoor niet minder om. En waarin men ook gelooft, het is en blijft een feit dat dit verschil bestaat en dat we er mee moeten leven. Hoevelen hebben dit niet gekund, ondanks het feit dat zij al het mogelijke en onmogelijke hebben geprobeerd om die volledigheid toch te bereiken? En hebben niet even zovelen gemerkt dat dit ten koste gaat van henzelf en hun omgeving? Keer op keer blijkt men de psycho-ecologische samenhang van alles met alles te verstoren, wanneer men probeert aan de goden gelijk te worden.

De Grieken noemden dit *hubris*. Hun symbool daarvoor was Icarus, die zo hoog wou vliegen, dat de was van zijn vleugels smolt en hij jammerlijk in zee stortte als straf voor zijn arrogantie. De Griekse tragedies staan bol van personen die door het lot, c.q. noodlot worden bepaald. De tragische figuur Oedipus, die onwetend zijn eigen vader vermoordt. Orestes, die welbewust zijn vader wreekt door zijn moeder te doden. Medea, die haar noodlot voltrekt door haar kinderen te doden om wraak te nemen op haar man. Dit alles uit hartstocht om de volmaakte relatie te verwirkelijken, of uit wraak dat dit niet lukte. Of kan men slechts 'berusten in walging over de absurditeit van dit leven', zoals Sartre stelt? Of is het als troostprijs slechts mogelijk te lachen om de wrede grap die met ons wordt uitgehaald? Zoals Camus Sisyphus laat lachen bij zijn zoveelste noodzakelijke en vergeefse poging om de steen tot boven op de berg te rollen? Of kan men troost putten uit de geëngageerde vrijheid van Marcel, die stelt dat wij althans samen kunnen zijn in de wetenschap dat wij nooit totaal samen zullen zijn? Of is het zo, zoals de joodse wijsgeer Buber stelt, dat in de ik-jij-relatie, in tegenstelling tot de ik-het (hij, zij)-

verhouding, een wezenlijke gelijkwaardige bevrijding plaatsvindt, die een afspiegeling zou zijn van de relatie van ik en de grote Gij, God?

Jung beweerde dat vele neurotische stoornissen samenhangen met een gemis aan religiositeit. Onze archetypen vormen volgens hem het bezinksel van eeuwen lang verlangen naar bij een groter geheel behoren en daardoor worden omvat. De Franse filosoof Levinas, ook van joodse afkomst, vindt zelfs dat het 'jij' primair is aan het 'ik'. Inderdaad leert een zuigeling eerst het 'jij' kennen in de persoon van zijn moeder en vader en als gevolg daarvan zijn 'ik'. Daarom gaat het 'jij' altijd vóór op het 'ik' en is dit het fundament van de ethiek van Levinas. Hierbij ruimt hij echter gelukkig veel plaats in voor lichamelijke en het belang om ook goed voor zichzelf te zijn. Hoe dan ook, elke tijd en cultuur kent zijn eigen waarheidsverkondigers: shamanen, koningen, theologen, politici, filosofen en sociale wetenschappers. Maar uiteindelijk zal elk mens voor zich zijn eigen houding tegenover dit pijnlijke en boeiende verschil tussen werkelijkheid en droom dienen te bepalen. Ook op het gebied van relaties is dit duidelijk voelbaar. Freud stelde: 'De verschillen tussen man en vrouw en tussen de generaties zijn, zoals de dood, onoverbrugbaar.'

Hoe worstelt ieder in zijn dagelijks leven met dit gegeven? Bestaat dat niet uit de overgang van verliefdheid naar liefde, van die zeldzame momenten van volkomenheid naar de duurzame band met iemand die hetzelfde verlangen kent en er net zomin in slaagt dit te realiseren, maar met wie je dat althans samen kunt delen? Ik hoop voor Sisyphus dat hij een partner heeft gehad met wie hij samen kon lachen om het leven als een grote grap. Is immers in het leven niet alles onzeker, en is dit niet de enige zekerheid die er is? Men kan zich nooit tweemaal baden in hetzelfde water van de rivier. Alles is in beweging, wijzelf inclusief. Behalve de zekerheid dat alles onzeker is, bestaat er nog de zekerheid van de dood. De dood, die met het voortschrijden der jaren steeds meer dichterbij komt in gedachten en daden en die het levensperspectief danig beïnvloedt. Tegenover de dood bestaat de zekerheid van het geboren zijn en van het leven. Leven en dood zijn in de mens vanaf zijn geboorte in een gevecht om de hegemonie gewikkeld. Duidelijk is dat te herkennen in de ver-

schillende levensstijlperken, die ieder van ons en wij gezamenlijk in de cyclus van onze relatie en ons gezin doorlopen. Eerst leven wij vervuld van hoop en geloof in het leven en hebben wij nauwelijks besef van de dood. Even is er in de puberteit een fase van Weltschmerz. Dit is een zo schrijnend besef van de onvolmaaktheid van het bestaan, dat sommige adolescenten er zelfmoord om plegen. Maar eenmaal daar doorheen gekomen, gaan de meesten door met hun illusie het eeuwige leven te hebben door verliefd te worden en door het scheppen van echte en geestekinderen. Dan volgt de fase van teleurstellingen door de alledaagse beperkingen van het leven, zoals drukte, routine, sleur, ziekte, tegenvallers in allerlei verwachtingen ten opzichte van je partner, je ouders, je kinderen, je collega's en je vrienden. Tussen het veertigste en zestigste levensjaar volgt een opleving in wat vroeger 'de tweede jeugd' heette en tegenwoordig de 'mid-life crisis' wordt genoemd. Een laatste stuiptrekking om toch nog die droom van eeuwig en totaal opgaan in het absolute hier en nu als een jonge god te verwezenlijken en zich niet door de dood te laten verslaan? Maar wie verliest dit gevecht niet vroeg of laat? Dan volgen de jaren van langzaam aan berusten of accepteren dat het leven zich niet laat dwingen. *Berusting* wanneer men als pessimist het levensglas 'half leeg' vindt. *Acceptatie* als men het 'half vol' vindt. Het is maar hoe je ertegenaan kijkt. Maar algemeen wordt het als feit aanvaard, dat het slechts tot de helft gevuld is, terwijl we weet hebben van het verlangen om het als 'vol' te ervaren.

Ten slotte volgt dan de ouderdom, die men – als men geluk heeft – samen met de geliefde partner mag beleven in steeds meer ontzucht worden van alle heerlijkheden, maar ook van alle illusies en desillusies van het leven, om uiteindelijk hopelijk te mogen sterven in het besef zo menselijk mogelijk te hebben geleefd. Hoe sterk ons verlangen naar volledig samenzijn is, blijkt uit de hoop om elkaar na de dood weer te zien. Uit interviews met honderden mensen die schijn dood zijn geweest, bleek dat velen van hen ervaren hadden dat ze hun eerder gestorven partner(s), ouders en kinderen weer ontmoetten. Deze mensen berichtten, toen zij eenmaal weer tot leven gewekt waren, dat ze het gevoel hadden door hun geliefde(n) aan het eind van de tunnel of aan

de overkant van de rivier te worden verwacht. Dit gegeven geeft uiteraard aanleiding tot vele komische en kosmische vragen. Wellicht is dit onderwerp slechts een modeverschijnsel, zoals ook op het ogenblik reïncarnatie 'in' is. Verliefd worden op iemand die heel vertrouwd overkomt of het gevoel hebben de ware geliefde gevonden te hebben, zou er dan op duiden dat men elkaar in een vorig leven eerder gekend heeft.

Waar of niet waar: dit alles wijst op de eeuwige niet te lessen dorst van de mens naar éénwording in overgave, zonder zichzelf te verliezen. Eén met een ander, met de natuur, met de kosmos, met al wat bestaat of met onze illusies daarvan. En dat alles in de hoop het verschil tussen man en vrouw, tussen twee partners van welke sekse ook, tussen ouders en kinderen en zelfs tussen dood en leven te overstijgen.

Zo hoop ik me op dit moment al schrijvende volkomen duidelijk uit te drukken, maar weet tegelijkertijd dat dit niet zal lukken. Niettemin blijf ik hopen dat u, mijn lees-partner, mij totaal zult begrijpen en invoelen.

9e stelling:

leder schept zijn eigen waarheid

Relatie- en gezinstherapeuten spreken de laatste jaren regelmatig over constructivisme. Met dit woord wordt bedoeld dat elk mens zijn eigen plaatje van de werkelijkheid construeert. Hoe men iets ziet bepaalt hoe men handelt. Bijvoorbeeld: kijkt iemand wantrouwend naar een ander, dan komt dat doordat hij zelf niet te vertrouwen is. 'Zoals de waard is vertrouwt hij zijn gasten', luidt het gezegde. In de relatie- en gezinstherapie wordt veel gebruik gemaakt van het gegeven dat ieder zijn eigen wereld schept. Dit maakt het mogelijk de cliënten een leefbaarder 'waarheid' aan te bieden. De kracht van het positieve denken ('Kijk, het glas is half vol') en het effect van paradoxale therapie ('Ik begrijp dat u liever het glas half leeg wilt blijven zien, ook al gaat dat ten koste van uzelf') berusten hierop. Waar het om gaat is dat de therapeutische ingreep werkt, niet of het waar is wat de therapeut beweert. Want wat is *waar*? Het is mijns inziens ook nuttig te beseffen dat ons huidig taalgebruik geen recht doet aan de wetenschap dat alles in beweging is, dat alles met elkaar

samenhangt, dat elk deel alle informatie van het geheel bevat en dat alles streeft naar heelheid. 'Primitieve' talen omschrijven meer en spreken nog in beelden. Wij in het westen zijn onder invloed van de renaissance steeds rationeler, bondiger en digitaler in onze taal geworden. Wij gebruiken een werkwoord, een onderwerp en een lijdend voorwerp, alsof er een oorzakelijk verband zou bestaan, in plaats van aan te geven dat alles met elkaar samenhangt en elkaar voortdurend over en weer beïnvloedt.

Tenslotte kan geen enkele taal, hoe primitief of anders geformuleerd ook, het onbenoembare benoemen. Kennelijk heeft de mens altijd weet gehad van een werkelijkheid die op een andere wijze wordt ervaren dan door woorden kan worden uitgedrukt. Hiervan getuigt de volgende uitspraak van Lao Tse, een naam die staat voor duizenden jaren overlevering van volkswijsheid:

Noem het Tao, en het is niet meer het eeuwige Tao
Geef het een naam en het is niet meer de eeuwige naam.
Eer hemel en aarde er waren was er woordloze oorsprong
Het woord schiep alle dingen.
Wees vrij en ken het woordloze zijn.
Ben je afhankelijk van woorden,
dan zie je slechts tegenstellingen.
Bestaan en niet bestaan
dat is van oorsprong één.
Die eenheid is een geheim
Dat geheim is de poort naar het wonder.

10e stelling:

Psychotherapie is niet alleen gespreksbehandeling. Het is ook stilstaan in verwondering

Na het schrijven van de voorafgaande stellingen heb ik een paar weken gewacht alvorens deze tiende en laatste stelling te formuleren.

In deze tussenliggende periode viel het me in de praktijk van elke dag op, dat de belevenissen van mensen veel genuanceerder en ingewikkelder zijn dan wat ik kan beschrijven. Het liefst zou ik de lezer een kijkje gunnen in de spreekkamer om te beseffen hoe tragisch sommige levens verlopen zijn en hoe wanhopig én moe-

dig gekwetste mensen proberen zich te helen. Ik vroeg me ook af of ik niet beter letterlijk het verloop van enkele therapiezittingen had kunnen weergeven. Want hoe kun je anders de inspanning van deze mensen, hun angst, hun verdriet, de pogingen om zich te beschermen en het toch ondanks alles gekend willen worden, begrijpelijk en invoelbaar maken? Maar ook had ik in dit letterlijke verslag hun verwondering willen uitdrukken, de ontroering en het plezier van de ontdekking van nieuwe mogelijkheden in zichzelf en elkaar. En in de marge had ik dan willen optekenen wat ik daarbij dacht als vakman en voelde als medemens. Dit zou echter veel meer pagina's hebben gevegd en dan nog slechts een klein deel hebben weergegeven van het grote, rijk geschakeerde geheel van menselijke ervaring. Een paar dingen echter moeten mij – hoe onbeholpen uitgedrukt ook – nog van het hart.

1. Dat elke mens die ik leerde kennen, gezien en erkend wil worden door ouders en eventuele partner en kinderen. Dat inbreuk – letterlijk of figuurlijk – op het lichaam en de ziel van een kind door seksueel of ander geweld, rampzalige gevolgen kan hebben voor de rest van zijn leven. Dat het merendeel van deze beschadigde mensen met psychotherapie kan worden geholpen en menswaardiger kan gaan leven en dat dit gelukkig door onze sociale voorzieningen en ons verzekeringsstelsel mogelijk wordt gemaakt voor wie dit wil.
2. Dat ook voor ons psychisch leven geldt wat opgaat voor ons hele leefmilieu: dat wie onherstelbare schade berokkent aan een ander daarmee schade berokkent aan zichzelf.
3. Dat niemand de waarheid in pacht heeft en dat het gevaarlijk is te geloven in systemen. Dat elk mens in staat is zelfstandig te denken en inzicht kan verkrijgen in wat wél en wat niet kan.
4. Dat het begrijpelijk is dat sommige mensen vanuit hun traumatische ervaringen overmoedig of hard geworden zijn en dat zij zich niet gewonnen willen geven of zich niet meer willen laten kennen. Zij, op zoek naar hun grenzen, testen hun medemensen uit of deze sterk genoeg zijn om zich aan hen toe te vertrouwen. Zij geven hun overlevingssituatie pas op als de ander hun werkelijk kan steunen. Dan pas blijkt

hoe zeer ze er altijd naar hebben verlangd om zich gewonnen te geven.

Dat het grondprobleem van vele neurotische relatiestoornissen is: het niet als kind gezien en erkend zijn, en dat de uitweg is alsnog deze erkenning te ervaren door de ouders of – als dit onmogelijk is – door zichzelf en de partner.

Dat het sparen van ouders of partner eigenlijk betekent dat de ander – en daardoor ook jezelf – niet meer serieus wordt genomen. En dat de ander het meestal uiteindelijk méér waardeert om wél ernstig te worden genomen, hoe moeilijk dat op het moment van de confrontatie ook is.

5. Dat verwenning en elke andere vorm van aan een kind geen grenzen stellen een vorm van emotionele verwaarlozing is die later leidt tot relatieproblemen. Echter: erkenning houdt in: belonen, zeggen als het kind te veel op zich neemt: 'Dat hoef je niet te doen', maar ook: 'Dat mag je niet' als het te zeer probeert. Tussen deze twee uiterste situaties ligt het terrein waarin een mens-kind, zoals elk jong dier, zijn krachten wil uitproberen door stoeien en bekvechten. Het is belangrijk dat de ouder hier toe gelegenheid geeft, het spel meespeelt, zonder de ouderrol op te geven. Zelfs een hond voelt aan wanneer het menens is of niet en wie uiteindelijk de baas is.
6. Dat voor alle ook hier geschreven woorden geldt dat zij afsteken tegen een achtergrond van onwetendheid, stilte en onbepaalde tijd.
7. Dat geluk vaak zit in het hier en nu opgaan in wat er is, hoe schijnbaar klein en onbetekenend ook: in de bloemen en de vogels in onze stille tuin, in de lach van onze kinderen en in de glimlach van jou, mijn vrouw.

Vandaar dat ik wil besluiten met een gedicht voor jou te citeren van Rutger Kopland:

Onder de appelboom

Ik kwam thuis, het was
een uur of acht en zeldzaam
zacht voor de tijd van het jaar,
de tuinbank stond klaar
onder de appelboom
ik ging zitten en ik zat
te kijken hoe de buurman
in zijn tuin nog aan het spitten
was, de nacht kwam uit de aarde
een blauwer wordend licht hing
in de appelboom

toen werd het langzaam weer te mooi
om waar te zijn, de dingen
van de dag verdwenen voor de geur
van hooi, er lag weer speelgoed
in het gras en ver weg in het huis
lachten de kinderen in het bad
tot waar ik zat, tot
onder de appelboom

en later hoorde ik de vleugels
van ganzen in de hemel
hoorde ik hoe stil en leeg
het aan het worden was
gelukkig kwam er iemand naast mij
zitten, om precies te zijn jij
was het die naast mij kwam
onder de appelboom, zeldzaam
zacht en dichtbij
voor onze leeftijd.

Rutger Kopland

(Uit: *Onder het vee*. Van Oorschoot,
Amsterdam, 8e druk 1988)

In: Weduwen, samen mens zijn

1969



1 Inleiding

Het is met een zekere schroom, dat in deze bijdrage gepoogd zal worden verdriet en rouw als psychologische processen te beschrijven. Verdriet zien en meebelevén is – ook indien het geschiedt in de spreekkamer – een intiem persoonlijk gebeuren, dat niet zonder meer te objectiveren valt. Zeker niet wanneer men als helper getuige is van het ergste wat een mens in zijn leven kan overkomen: het absolute verlies van een geliefd iemand door de dood. Het meemaken van de diepe droefheid van een ander brengt ons onwillekeurig tot intens meelevén, zodat het moeilijk is zich tegelijk nuchter te realiseren welk proces er zich precies afspeelt. Weliswaar geldt min of meer voor alles, dat wat wij door ons invoelingsvermogen leren kennen lastig te objectiveren valt. Dit lijkt echter wel in het bijzonder te gelden voor het verschijnsel verdriet. Zoals verderop zal worden beschreven is dit niet zonder reden. Bovendien zal het vaak voorkomen, dat de helper nog niet getroffen is door een dergelijke ramp in zijn eigen leven en daardoor niet aan den lijve ondervonden heeft wat voor gevoel dit met zich meebrengt. Het maakt het hem bijna onmogelijk om volledig de omvang en diepte van het leed te kennen en te beschrijven. De getroffene van zijn kant beseft dit en men krijgt dan ook vaak uitdrukkingen te horen als: ‘je moet dit zelf hebben meegemaakt om te weten wat het is’ en ‘alleen een ander die hetzelfde overkomen is zal mij kunnen begrijpen en helpen’.

ONDANKS deze bezwaren wordt hier toch geprobeerd het verdriet- en rouwproces objectief-wetenschappelijk te benaderen, in de overtuiging enerzijds dat kennisvermeerdering het gevoelsleven geen geweld hoeft aan te doen en anderzijds omdat wij menen dat verstand van zaken nodig is om goed hulp te kunnen bieden. Om toch ook het wezenlijke subjectieve aspect van verdriet tot uitdrukking te laten komen, worden tot slot van deze bijdrage een aantal citaten weergegeven uit het boek: ‘Niet meer

dan een ademtocht', waarin een Franse vrouw op ontroerende wijze haar verdriet om het verlies van haar man beschrijft.

Er wordt tegenwoordig minder gerouwd dan vroeger. Men ziet nog nauwelijks nabestaanden in het zwart gekleed gaan. De begrafenis zelf is een sobere aangelegenheid geworden. De kerkhoven zijn stiller dan ooit tevoren. Men kan zich afvragen: welke zijn de gevolgen van dit rouwverval in onze huidige cultuur voor het individu dat met een dodelijk verlies van een geliefd iemand geconfronteerd wordt? Voelt men zich bevrijd van het vroeger zo gangbare rouwritueel of mist men het eerder? Of bestaat er in onze tijd toch nog zo'n minimale mogelijkheid tot het uiten van verdriet, dat ieder naar gelang van zijn persoonlijke voorkeur al of niet kan rouwen? Met andere woorden: zouden onze sociale patronen zo soepel geworden zijn, dat er voor elke individuele vorm van beleving plaats is? Dan zou ieder die behoefte heeft om zijn smart met anderen te delen dit kunnen doen met een aantal verwanten, die hetzelfde voelen. Terwijl een ander, die het leed liever alleen verwerkt, zich daarin gerespecteerd zou voelen door zijn omgeving. Echter, het gevaar is niet denkbeeldig dat ons cultuurpatroon in dit opzicht van het ene uiterste naar het andere is omgeslagen en dat er op het ogenblik beslist onvoldoende gelegenheid tot rouwen bestaat. Als dit waar zou zijn, zouden nu die mensen die willen rouwen evenzeer onder ons huidige cultuurpatroon van rouw-afwezigheid gebukt gaan als omgekeerd vroeger zij die niet wilden of konden rouwen leden onder het toenmalig gebruik van verplicht rouwbetoon.

Naast deze veronderstelling was het een meer algemene bezorgdheid die De Horstink ertoe bracht een onderzoek in te stellen naar de manier waarop de weduwe* tegenwoordig haar verdriet verwerkt en de wijze waarop de buurt, de familie- en kennissenkring, de kerk, etc. haar hierbij trachten te helpen. Dit met het oog op een eventuele bijzondere hulpverlening die geboden zou kunnen zijn. Onder de mensen die een dodelijk verlies geleden hebben is de weduwe degene die meer dan welke lotgenoot ook (bijv. ouders die een kind verliezen of omgekeerd) alleen achterblijft en niemand meer heeft om haar op te vangen. Zoals zij het

* Ofschoon de vrouw die haar echtgenoot verloren heeft, tegenwoordig niet meer graag met het woord weduwe betiteld wordt, zal het in deze bijdrage als zuiver beschrijvend begrip gebruikt worden om deze groep vrouwen te duiden.

zelf uitdrukken: 'je hoort nergens meer bij, je komt overal alleen binnen' en 'als je je man kwijt bent, verlies je ook ergens de maatschappij; je leeft voortaan geïsoleerd'. Daardoor moet zij – of zij wil of niet – haar verdriet alleen verwerken. En – zo zou men zich kunnen afvragen – indien er sprake is van een moeten opkroppen van verdriet, zal dit dan niet ongezond zijn en tot lichamelijke en psychische stoornissen kunnen leiden? Indien beide veronderstellingen – het meer verdriet hebben en het klachten krijgen – door onderzoek bevestigd zouden worden, zou er alle reden bestaan om hier iets aan te doen.

Tot nu toe werd dit onderwerp nog niet in Nederland onderzocht. In Engeland en in de Verenigde Staten van Amerika daar-entegen wel; maar omdat daar andere gewoonten heersen dan hier, zijn die gegevens niet zonder meer op onze Nederlandse situatie en cultuur van toepassing. Daarom was een eigen studie nodig met een onderzoek van Nederlandse weduwen in de huidige tijd. Dit wil echter niet zeggen dat de buitenlandse gegevens zonder enig nut zouden zijn. Wij kunnen van de ervaring van de Engelse en Amerikaanse onderzoekers leren en ons in hun zienswijze verdiepen. Hun theorieën en onderzoekresultaten zouden onderling vergeleken kunnen worden.

Wij willen dit laatste in de volgende paragraaf proberen te doen en in het licht hiervan het Nederlandse onderzoek nader bekijken. Dit alles beperkt tot het individuele, innerlijke aspect. De invloed van de cultuurverandering op zich wordt hierbij – hoe belangrijk het sociale aandeel ook is – terzijde gelaten. (Zie hiervoor de andere bijdragen in dit boek.)

Vervolgens wordt de mogelijkheid van hulpverlening aan de weduwen besproken. Deze bijdrage wordt besloten met een weergave van verdriet, zoals het door Anne Philippe, de vrouw van de indertijd bekende filmster Gérard Philippe, geleden en beschreven werd.

2 Literatuur, theorieën

'Verdriet en rouw', schrijft Freud⁶ 'brengen sterke stoornissen van het normale levenspatroon met zich mee..., waarbij voor andere doeleinden en interessen niets over blijft. Eigenlijk is de enige reden waarom wij dit gedrag niet als ziekelijk beschouwen gele-

gen in de omstandigheid, dat wij het zo goed kunnen verklaren.’ Verder is verdriet een algemeen verschijnsel, dat niet alleen bij de mens maar tevens – naar het gedrag te oordelen – bij de hogere diersoorten voorkomt; dit ongeacht de leeftijd en de plaatselijke omstandigheden. Rouw daarentegen is als sociale uitdrukking van verdriet cultureel gedifferentieerd en komt niet bij dieren voor.

Wegens de intensiteit en uitgebreidheid van deze scherp afgebakende psychologische reacties vormen verdriet en rouw belangrijke onderwerpen van studie. Toch hebben onderzoek en ook theorievorming hierover – wonderlijk genoeg – lang op zich laten wachten en zijn deze nog steeds onvoldoende geschied. Eveneens is het merkwaardig dat het weinige wat er bekend is niet in het kader van de psychologie is gevonden, noch van de psychiatrie, maar in dat van de psychoanalyse. Van de hand van Freud¹, de grondlegger van de psychoanalyse, en van diens leerling Abraham verschenen de eerste publikaties over dit onderwerp. Zij richtten hun aandacht op verdriet en rouw als normaal voorkomende prototypen van depressief zijn, om door een bestudering van deze verschijnselen een beter inzicht te krijgen in het wezen van de ziekelijke vorm hiervan: de melancholie. Anna Freud en Melanie Klein⁹ bestudeerden de reacties van zuigelingen en kinderen op scheiding van de ouders. Bowlby³, de Londense psychiater die bekendheid verwierf door zijn publikaties over affectieve verwaarlozing, legde de verbinding tussen het verdriet en rouwproces van kinderen en dat van volwassenen. Omdat zijn opvattingen tot op heden de meest omvattende en origineelste zijn, worden zij hier uitgebreider weergegeven.

Bowlby betreft ook dier-psychologische onderzoeken van K. Lorenz¹¹ en andere ethologen bij zijn beschouwingen. Sommige diersoorten vertonen evenals de zuigeling en kleuter een bepaald ingewikkeld gedragspatroon, zoals bijv. huilen en zich vastklampen, als antwoord op een bepaald gedrag van een ander, bijv. weggaan van de moeder. Bowlby noemt dit soort gedrag een *Instinctual Response System* (IRS). Hij stelt nu dat verdriet en rouw het gevolg zijn van een dergelijk IRS. Deze opvatting verklaart volgens Bowlby zowel de intensiteit van de band tussen jong en moeder alsook de dramatische reacties van het jong op scheiding van zijn moeder. En dit zou een meer omvattende veronderstelling zijn dan de door Freud aangevoerde grondhypothese van

frustratie van fysiologische behoeften (zoals naar voedsel en warmte). Het verdriet dat zich aanvankelijk uit door huilen, chaotisch gedrag en uitkijken naar de moeder, is erop gericht de moeder zo snel mogelijk terug te roepen; evenals de wanhoop en depressie in een later stadium een versterkt appel op de teruggekeerde moeder betekenen om niet meer weg te gaan. Dit automatisch antwoorden van het organisme op een bepaalde prikkel wordt beschouwd als een aangeboren en erfelijk restverschijnsel uit de evolutie. Het IRS treedt op bij elk verlies van een geliefd object zonder te discrimineren welke scheiding wel en welke niet op te heffen is. Daardoor treedt het ook op bij een definitieve scheiding zoals door de dood van het geliefde of verzorgende object.

De verschijnselen die optreden bij scheiding zijn volgens Bowlby te onderscheiden in drie fasen.

a. De fase van het protest

De gedragskenmerken hiervan zijn: huilen, zich vastklampen en proberen te volgen. Zo wordt door een van de respondenten uit het Nederlandse onderzoek – laten we haar mevrouw A noemen – verteld dat zij bij het sterven van haar echtgenoot totaal overstuur raakte, het uitgilde en zich vastklampte aan haar man op het moment van het overlijden. Daarna was zij volkomen wezenloos.

De subjectieve belevingen in deze periode zijn: angst, pijn, teleurstelling en verdriet. Bovendien treden als psychische verschijnselen in deze fase op: een shock (een plotselinge schrikreactie waarna in een verdoofde toestand slechts nog routinematig wordt gehandeld), gepaard met een gevoel van derealisatie (een gevoel dat alles onwerkelijk is). Verder treden visuele en akoestische illusies en hallucinaties (het nog zien of horen van de overledene met of zonder fysieke aanleiding) op. Zo zegt bijv. mevrouw B: ‘De eerste tijd denk je bij alles aan die man. Ik zag hem gewoon achterom komen en in de tuin bezig; idioot natuurlijk’.

Aan deze fase ligt ten grondslag het IRS van attachment behaviour, dit wil zeggen de neiging om weer bij de geliefde te zijn.

Het tijdsverloop bedraagt voor kind en zuigeling een paar uur tot een paar dagen, terwijl dit voor de volwassene tot weken en maanden kan uitlopen.

b. De fase van wanhoop

De gedragskenmerken zijn: apathie, rusteloosheid, vermindering van eetlust, vermageren, slapeloosheid, een mat worden van de ogen en een droog worden van de huid, terwijl de libido (seksuele aandrift) daalt.

De subjectieve belevingen hierbij zijn: woede, wrok, verdriet, wanhoop en depressie. Mevrouw A vertelt: 'Het eerste half jaar heb ik in een roes geleefd en niet geweten wat er allemaal gebeurde in huis. Al die tijd deed ik eigenlijk niets, zat maar te staren en moest het werk aan de gezinshulp over laten.' En mevrouw B merkte op: 'In het begin dacht ik, als ik heel mijn leven zo door moet gaan, zonder dat iemand je begroet, zonder samen te zijn... dat red ik niet. Ik heb het eerste jaar een zenuwdrank gehad en slaapoeders. Ik slaap nooit meer, dacht ik.' Mevrouw C zegt dat haar zusters haar later verteld hadden, dat zij zo apathisch was en haar gedachten bij haar man had. Zij vertelt dan zelf verder: 'Ik kon niet anders, ik was wel plichtsgetrouw maar dat was alles.

Dat heeft zo'n jaar geduurd, dat er heel veel langs me heen gegaan is. Het is vanzelf geleidelijk overgegaan.'

Aan dit gedrag ligt ten grondslag hernieuwde pogingen om het object terug te winnen. Men zou dit kunnen beschouwen als een natuurlijke verstoring van het gedrag dat gericht was op het verloren object, om plaats te maken voor een eventuele band met een ander object.

De tijdsduur varieert voor kind en dier van weken tot maanden, terwijl deze voor de volwassene maanden tot jaren bedraagt.

c. De fase van het loskomen

De gedragskenmerken zijn: aandacht voor de omgeving, verzoek om hulp, beter slapen en eten, rustiger en doelgericht handelen.

De subjectieve belevingen hierbij zijn: opleven, hoop, opnieuw willen beginnen en door willen gaan. Zo antwoordt mevrouw A op de vraag 'Denkt u nog wel eens aan uw man?' het volgende: 'Ja, ik krijg andere herinneringen; nu komen ook de vrolijke dingen naar boven; de mooie dingen.' En mevrouw B antwoordt: 'Je denkt eerst: ik word nooit meer zoals in het begin, maar het gaat langzaam aan toch...'

Ook hieraan ligt ten grondslag de drang naar het zich hechten aan (attachment behaviour), maar nu op een nieuw object.

Dit kan afhankelijk van de lengte, de frekwentie en de intensiteit van de scheiding voor dier en kind een tijd vragen van maanden tot jaren, terwijl dit voor de volwassene meestal verscheidene jaren duurt, voordat hij of zij een stabiel nieuw evenwicht gevonden heeft.

Deze fase-indeling is een kunstmatige. In feite overlappen de stadia elkaar en gaan zij geleidelijk in elkaar over. Een dergelijke driedelige verwerkingstheorie als van Bowlby werd ook door Gorer⁷ en Tyhurst²² opgesteld. Door laatstgezegde naar aanleiding van de wijzen waarop mensen op rampen zoals aardbevingen en overstromingen reageren, evenals op andere plotse linge en intensieve veranderingen van levensomstandigheden zoals verhuizen en pensionering. Tyhurst noemt de eerste fase de periode van de schok (impact), de tweede periode die van de terugslag (recoil) en de derde die van het herstel (recovery). Deze stadia vallen in hoedanigheid en verloop in vele opzichten samen met de fasen van Bowlby. Zij hebben echter betrekking op een ruimer gebied. Men kan zich afvragen of hier van een algemeen biologisch reactiepatroon gesproken kan worden. In de fysiologie kent men een dergelijke zienswijze van Seley. Dit zou betekenen, dat het fysiologisch-psychologisch substraat op een plotse linge intensieve verstoring van zijn balans steeds zou reageren met aanvankelijk een fase van verdoofd zijn onder de slag, dan met een terugslag van een aantal functies en tenslotte met een herstel hiervan op een nieuw niveau. Het doet denken aan het effect bij verstoren van de balans van een weegschaal, met daar in begrepen de kans op doorslaan en op het definitief verstoord worden van de balans.

Empirisch onderzoek

De enige experimentele onderzoeken die meer omvatten dan een beperkte casuïstiek zijn verricht in de U.S.A. door Lindemann¹⁰ en in Engeland door Marris¹², Hobson⁸, Murray Parkes¹³ en door Gorer⁷.

Lindemann ondervroeg en observeerde 101 mensen die kort tevoren hun verwant(en) verloren hadden door oorlog, brand

e.d.. Een klein gedeelte van hen was reeds onder behandeling wegens een neurose. Lindemann heeft in deze gesprekken suggesties en interpretaties vermeden. Het op de band opgenomen gespreksmateriaal werd door hem nader bestudeerd. Op grond daarvan komt hij tot de opvatting, dat het plotseling verdriet ondervinden een bepaald syndroom op gang brengt dat bestaat uit vijf symptomen. Deze zijn:

1. Lichamelijk onbehagen (brok in de keel, diep zuchten, vermindering van eetlust, pijn, vermoeidheid).
2. Preoccupatie met het beeld van de overledene (visuele en akoestische hallucinaties).
3. Schuldgevoel (bijvoorbeeld wegens onvoldoende zorg of ruzie kort voor het moment van sterven).
4. Vijandigheid en prikkelbaarheid tegenover omgeving.
5. Verlies van normale gedragspatronen (druk maar inefficiënt bezig zijn en praten, terugvallen op routinehandelingen die nog slechts met veel moeite verricht kunnen worden, verlies van contactname).

De psychiater Lindemann interesseert zich verder voor ziekelijke verdrietverwerking en de behandeling daarvan. Het verdrietsyndroom kan zich bijv. pas veel later openbaren; wat niet zonder gevaar is, omdat het dan tevens destructiever is. Volgens Lindemann, die analytisch geschoold is, hangen het tijdstip van optreden en de duur van de reacties af van het succes waarmee de betrokkene het verdriet verwerkt (de 'grief-work' of 'Trauerarbeit'). Echter, omdat dit doormaken van het leed een pijnlijk proces vormt, is men geneigd het te vermijden. De ziekelijke verdrietverwerking leidt tot symptomen die bestaan uit een te sterk of te gering tonen van de normaal optredende verschijnselen. Dit kan bijv. psychosomatische ziektebeelden geven zoals astma, of leiden tot een schizofrene toestand of pathologische depressie. De behandeling bestaat uit 'hulp aan de patiënt om zijn verdriet te verwerken, namelijk zijn pogingen om zich van de band met de overledene los te scheuren en nieuwe wegen te zoeken naar heilzame contacten'.* En verderop zegt Lindemann: 'Vrees voor krankzinnigheid en voor acceptatie van overrompelende gevoelsbelevissen zoals hevige kwaadheid, moeten verwerkt worden.'* Hij vermeldt, dat het verdriet-syndroom ook optrad bij vermeende oorlogsweduwen en wel zo sterk dat de liefdesband met de dood gewaande man verdwenen bleek op het moment dat deze naar huis terugkeerde – een voorbeeld van het autonome karakter van het optreden van dit syndroom. In dit klinisch onderzoek van Lindemann zijn een aantal variabelen onbekend gebleven zoals geslacht en leeftijd van de geïnterviewden en gegevens over de duur van het syndroom en de reacties van de omgeving.

* Sharing the patient's grief work, namely his efforts at extricating himself from the bondage to the deceased and at finding new patterns of rewarding interaction.

nigheid en voor acceptatie van overrompelende gevoelsbelevissen zoals hevige kwaadheid, moeten verwerkt worden.'* Hij vermeldt, dat het verdriet-syndroom ook optrad bij vermeende oorlogsweduwen en wel zo sterk dat de liefdesband met de dood gewaande man verdwenen bleek op het moment dat deze naar huis terugkeerde – een voorbeeld van het autonome karakter van het optreden van dit syndroom. In dit klinisch onderzoek van Lindemann zijn een aantal variabelen onbekend gebleven zoals geslacht en leeftijd van de geïnterviewden en gegevens over de duur van het syndroom en de reacties van de omgeving.

Tabel I. Reactie op verlies door de dood

*Aantal weduwen dat per klacht reactie vertoonde
(van een totaal van 72 weduwen)*

Algemene klachten over de gezondheid	31
Slaapstoornissen	57
Verlies contact met de werkelijkheid	47
onvermogen zich het verlies te realiseren	17
telkens terugkerende herinneringen	5
gevoel dat de dode echtgenoot aanwezig is	36
zich gedragen alsof de echtgenoot nog leeft	15
Zich terugtrekken:	54
ontvluchten aan wat herinneringen oproept	13
lusteloosheid	44
Woede:	25
verwijtent	11
wrok	13
schuld	8

Het tweede relatief groot exploratief onderzoek over verdriet en rouw werd verricht door de socioloog Marris¹² bij 72 weduwen uit een arbeidersmilieu. De gemiddelde leeftijd van hen bedroeg 42 jaar, terwijl de gemiddelde huwelijksduur 16 jaar was. Het weduwschap duurde bij 90% van hen van 1 tot 3 jaar. De methode van

* Fear of insanity, of accepting surprising changes in feelings, especially the overflow hostility, have to be worked through.

onderzoek bestond uit een interview aan huis, waarbij eerst vragen gesteld werden over het inkomen en de hulp van familie en buurt, en daarna indirect over de emotionele reacties op het verlies van de man. Deze interviews werden binnen twee dagen zo volledig mogelijk uitgeschreven en daarna bestudeerd.

De verschijnselen die zich bij deze jonge in leeftijd en duur van de weduwschap, weduwen voordeden zijn weergegeven in tabel I.

Opvallend is het vaak voorkomen van apathie en van lichamelijke klachten, in het bijzonder slapeloosheid. Marris heeft noch de duur van de verschijnselen noch het verloop daarvan stelsmatig nagegaan. Maar hij heeft de indruk, dat er een karakteristieke wijze is waarop de weduwe tracht de pijn van het verlies te verwerken. Eerst treedt er volgens hem een onwillekeurig realiteitsverlies op, waarna aarzelend getracht wordt de dode in de herinnering terug tot leven te brengen. Maar als de kracht van deze zelfillussie te kort schiet, ontvlucht de weduwe alles wat haar aan de echtgenoot doet herinneren. Er ontstaat een conflict tussen het verlangen naar vroeger en de wens het verleden te vergeten. Alle andere dingen worden hiernaast onbelangrijk en de weduwe vervalt tot verwijten maken aan zichzelf en anderen. Dit proces verloopt met horten en stoten en kan in totaal twee jaar duren. Het rouwen lijkt het conflict te verzachten. De begrafenis, het dragen van rouwkleren, het bezoeken van het graf, vormen eerbewijzen aan de dode en houden de relatie met hem in stand. Als de weduwe het gevoel krijgt dat ze haar loyaliteit voldoende getoond heeft, kan zij zonder schuldgevoel herleven en de rouw verder nalaten. Vandaar dat zij weigert getroost te worden door opmerkingen zoals 'zet je over je verdriet heen' en 'denk eens aan je kinderen en aan jezelf', vooraleer zij voldoende doorgedaan is met alleen aan haar man te denken en dit te laten blijken door haar rouw. Slechts het begrip en de waardering van de omgeving voor de weduwe wegens het feit dat zij zo intens met haar gewezen echtgenoot heeft voortgeleefd zal haar op een gegeven moment het gevoel geven, dat het zo voldoende is geweest en dat zij nu – bevrijd van schuld – mag gaan denken aan anderen en zichzelf.

Mejuffrouw *Hobson*⁸ van de universiteit van Birmingham herhaalde het onderzoek van Marris en wel in een kleine industriegemeente. Zij veronderstelde dat hier, in tegenstelling tot de

besloten Londense wijk, beperktere werkgelegenheid, een losere familieband en minder hulpverlening door de buurt aanwezig zou zijn. Hierdoor zou de weduwe het in dit stadje – Blackton genaamd – moeilijker hebben dan in Londen. Zij interviewde 40 weduwen, allen tussen de 25 en 58 jaar oud, die een half tot vier jaar weduwe waren en wier man geschoold of ongeschoold arbeider was. De reacties op het verlies van de man vindt men in tabel II.

Tabel II. Reactie op verlies door de dood

(Aantallen bij een totaal van 40 weduwen)

Lichamelijke verschijnselen:	
gezondheidsstoornissen	40
blijvende slechte gezondheid	17
Verlies van contact met de realiteit:	
gevoel van verwijdering	16
onvermogen de dood te accepteren	20
gevoel dat de echtgenoot aanwezig is	32
zich gedragen alsof de man leeft	23
herinneringen koesteren	17
Zich terugtrekken:	
ontvluchten van herinneringen	12
lusteloosheid	29
zich terugtrekken uit de omgeving	19
Woede:	
verwijten aan arts, enzovoort	14
wrok	22
het noodlot ter verantwoording roepen	30
namens de kinderen	20

Hobson concludeert uit de vergelijking met het werk van Marris, dat 'de sociale structuur van een gebied een lichte verschuiving geeft in het oordeelspatroon van de weduwe'. Men ziet inderdaad dat zij relatief hoge cijfers geeft voor alle reacties, in het bijzonder voor de categorie van zich terugtrekken en woede. Zij schrijft dit toe aan het verschil in gemeenschapszin en het vertrouwd zijn met hulp vragen en krijgen tussen mensen uit een dorpskern-in-een-grote-stad en die uit een provinciestadje.

Opvallend is bij Hobson evenals bij Marris het hoge percentage van lichamelijke aandoeningen en functieverstoringen zoals slecht slapen en verminderde eetlust.

Dit blijkt bevestigd te worden door het volgende specifiek hierop gerichte onderzoek van Murray Parkes.¹³ Deze ging de geneeskundige geschiedenis na van 44 weduwen voor en na het overlijden van hun man. Daaruit bleek dat weduwen hun huisartsen in het halfjaar na het verlies voor 50% meer raadpleegden dan daarvoor, terwijl het consulteren wegens psychiatrische verschijnselen gedurende diezelfde tijd verdrievoudigde. Het bleek zelfs dat het sterftepercentage voor verschillende doodsoorzaken hoger lag voor weduwen en weduwnaren dan voor gehuwde mensen van dezelfde leeftijd. Zelfmoord is een van de oorzaken daarvan. Murray Parkes, psychiater, zag vooral ziekelijke verwerking bij mensen die sterk afhankelijk waren van de verlorene, of die (niet bewuste) negatieve gevoelens tegen de dode koesterden. Dit leidde tot verschillende vormen van ziekelijk reageren en wel:

a Het chronische type

Dit bestaat uit een abnormale lange duur van de eerste fase van Bowlby, waarbij de patiënten soms jarenlang gepreoccupeerd zijn met herinneringen aan de verlorene en herhaaldelijk angst en verdriet kennen.

b Het geremde type

Hierbij wordt het eigen verdriet niet of nauwelijks geuit, maar leeft de patiënt wel intens mee met verdriet van anderen of krijgt last van depressies of psychosomatische ziekten. Zo antwoordt bijv. mevrouw D op de vraag 'Denkt u nog wel eens aan uw man?': 'Dat denken slijt, ik heb het weleens, maar dan krijg ik migraine, soms lig ik twee dagen op bed; en soms als het me te benauwd wordt zoek ik afleiding, meestal ga ik dan naar buiten. Ik verzin een boodschap en als ik dan maar mensen gezien heb is het weer wat beter. Het alleen zijn is zo benauwend.'

c Het uitgestelde type

Hier blijft het verdriet maandenlang uit, maar breekt het later plotseling in alle heftigheid door naar aanleiding van een gering verlies.

Zoals ook Lindemann is Murray Parkes van mening, dat de pathologie steeds bestaat uit een kwantitatieve vermeerdering of vorming van één of meerdere van de normale verschijnselen. Er is geen absoluut verschil tussen deze pathologische en de normale reacties.

Gorer⁷, antropoloog, verrichtte een sociologisch onderzoek naar de gevolgen van het verlies van een nauwe bloedverwant, zoals ouder, broer, zuster, man, vrouw of kind. Hiertoe voerde hij een korte schriftelijke enquête uit bij een steekproef van 1628 mannen en vrouwen boven de 16 jaar, verdeeld over alle sociale klassen en streken van Engeland. De auteur interviewde daarnaast o.a. 23 weduwen over de gevolgen van de dood van hun man. De bedoeling van het onderzoek was aan te tonen dat er tegenwoordig in Engeland te weinig gelegenheid tot rouw bestaat, waardoor er lichamelijke en psychische stoornissen optreden. Er heerst volgens Gorer een taboe over de dood zoals die vijftig jaar geleden rond de seksualiteit bestond. De mensen – zowel de nabestaanden als de familie en kennissen – schamen zich verdriet en rouw te tonen en lijden er daardoor des te meer onder, wat tot pathologische gevolgen kan leiden. Aangezien de verwerking van dit onderzoek weinig materiaal bevat over het verlies van een echtgenoot, terwijl dit bovendien casuïstisch is weergegeven en sterk is gekleurd door de tendens van de onderzoeker-schrijver, zijn hier geen algemene conclusies uit te trekken. Wel bevat deze studie een aantal originele ideeën. Onder andere de indeling in vormen van rouw, namelijk: ontkennen van rouw, afwezigheid daarvan (niet voorkomend als de overledene de echtgenoot betrof), rouw intredend voor de dood van een ongeneeslijk zieke, verbergen van verdriet door middel van bezigheden zoeken, tijdgebonden rouw volgens een bepaald religieus ritueel, onbepaalde rouw in de zin van 'je raakt er nooit over heen' of mummificeren door alles van de overledene intact te houden. Gorer stelde via de enquête vast dat nog slechts een minderheid van de Engelse bevolking godsdienstig is en aangezien volgens hem de enige bron van rouwritueel de religie is, volgt hieruit dat de meerderheid van de Engelsen geen richtlijnen meer hebben om rouw te tonen. Dit zou antropologisch gezien zowel in het heden als in het verleden een unieke situatie vormen die buiten de joods-christelijke traditie niet voorkomt.

Zoals reeds opgemerkt, schrijft Gorer aan deze constellatie de door hem vastgestelde lichamelijke stoornissen toe zoals slaapmoeilijkheden en vermagering, alsook psychische verschijnselen zoals depressie en andere pathologische vormen van rouw.

3 Het Nederlandse onderzoek

In 1965 werden er bij 50 in Nederland wonende weduwen persoonlijk geïnformeerd naar een aantal aspecten, waarmede zij bij en na het overlijden van hun echtgenoot geconfronteerd waren. De meer sociologisch en sociaal-psychologisch gerichte vraagstelling van dit onderzoek bracht met zich mee dat slechts zijdelings door de weduwen verteld werd over het innerlijk verwerkingsproces op zich. Bedoeld wordt dat aspect wat zich vrijwel autonoom en onafhankelijk van de omstandigheden voltrekt. De psychologische vraag is of dit autonome gedeelte inderdaad bestaat en – zo ja – hoe zich dit ontwikkelt. De psychiatrische interesse gaat uit naar de ziekelijke vormen van dit verwerkingsproces en de wijzen waarop deze te behandelen zijn. De aard van het verkregen materiaal leende zich dus niet geheel voor een psychologische en psychiatrische exploratie. Toch wordt hier in het licht van de gerefereerde literatuur gepoogd iets van dit individuele aspect uit dit onderzoek te lichten. Naast kennisname van het rapport over dit onderzoek 'Gesprekken met weduwen' van de hand van mevr. Geerdink-van Erp werden er van de oorspronkelijke 50 uitgeschreven interviews 20 door mij bestudeerd. Getracht werd deze 20 protocollen in te delen volgens de verwerkingsfasen van Bowlby. Dit om na te gaan of deze wijze van rubriceren en diagnostiseren in de praktijk toepasbaar is.

Methode

Van de 50 onderzochte vrouwen bleken er 12 negen jaar lang weduwe te zijn, 8 acht jaar, 2 zeven jaar, 7 zes jaar lang, 10 vijf jaar, 10 vier jaar, en 1 drie jaar lang. In verband met de veronderstelling dat de verwerking met de tijd zal voortschrijden werden hieruit 2 groepen genomen, die qua duur van het weduwschap zo ver mogelijk uiteen lagen. Zodoende werd de groep van tien personen die vier jaar weduwe waren nader bekeken alsmede 10 van de 12 die negen jaar lang weduwe waren. De tijdsduur die op de protocollen stond

vermeld werd gemaskeerd. Vervolgens werden deze interviewverslagen – ieder so pagina's groot – in een willekeurige volgorde door elkaar gelegd zodat bij het ter hand nemen van een der protocollen niet uit te maken was of het een geval van vier jaar of van negen jaar weduwschap betrof. De 20 gesprekken werden doorgelezen, waarbij gelet werd op uitdrukkingen van de weduwe over gevoelens van protest, wanhoop of loskomen. Als criteria hiervan werden aangehouden de kenmerken opgesteld door Bowlby en weergegeven in de bespreking van de literatuur van paragraaf 2. Naargelang uitdrukkingen overwogen waarin kenmerken van fase 1, 2 of 3 voorkwamen, werd het betreffende protocol ingedeeld in groep 1, 2 of 3. De aldus verkregen verdeling der gevallen werd vergeleken met die welke mevrouw Geerdink-van Erp eveneens afgaande op de beschrijving van Bowlby – van dezelfde 20 gevallen gemaakt had. Zij en ik pleegden geen enkel overleg en verrichtten de indeling geheel onafhankelijk van elkaar.

Resultaat

Geen enkele van de zo door mij bestudeerde gespreksverslagen bevatte voor het merendeel kenmerken van fase 1. Anderzijds was het nodig een overgangsgroep van de 2e naar de 3e fase te maken, omdat sommige protocollen evenveel kenmerken van fase 2 als van fase 3 bleken te bevatten. Deze twee indrukken werden ook door mevrouw Geerdink-van Erp opgedaan.

Het resultaat van de twee onafhankelijk van elkaar verrichte indelingen is weergegeven in tabel III.

Tabel III. Aantal weduwen in verwerkingsfasen van Bowlby

gemaakt door

Indeling	fase 1	fase 2 à 3	fase 3	totaal
G. v. E.	10	4	6	20
N.	7	6	7	20

Bij de verdeling in drie groepen blijkt onderzoeker G.- v. E. (mevrouw Geerdink-van Erp) dezelfde 7 gevallen als onderzoeker N. (Nevejan) in de 2e fase in te delen maar bovendien 3 gevallen

meer aan de tweede fase toe te kennen, die onderzoeker N. tot de 2e à 3e fase (2 gevallen) en 3e fase (1 geval) had toegekend.

De conclusie is, dat er een lichte positieve aanwijzing bestaat van de mogelijkheid het verwerkingsproces in te delen in de fasen van Bowlby.

De moeilijkheden bij het beoordelen van de fasenkenmerken ligt in het operationaliseren van de subjectieve indruk. Tevens wordt de waarde van de indeling sterk gerelativeerd doordat de beoordeling niet uit de eerste hand geschiedde en het niet bekend is welk gespreksmateriaal door de interviewers niet is opgetekend. De gekregen indruk is dus slechts zeer globaal. Een paar voorbeelden mogen dit adstrueren.

Van mevrouw A werden bij de fasebeschrijving in paragraaf 2 reeds enkele kenmerken weergegeven die ons inziens bij fase 1, 2 en 3 behoren. Mijn indruk was: na een periode van intense wanhoop (1e fase) en een periode van depressie, waarvoor zij behandeld moest worden met een slaapkuur (2e fase), toont zij later tekenen van opleven en een positieve instelling. Op grond van deze laatste ontwikkeling werd zij ingedeeld in de derde verwerkingsfase. Op de vraag 'Denkt u nog wel eens aan uw man?' antwoordt mevrouw E: 'Nee, nu heb ik geen verdriet meer; je kunt er nu veel makkelijker mee leven.' Ook dit is een uitdrukking die ons inziens wijst op een verkeren in de derde verwerkingsfase.

Dan volgen nu enkele voorbeelden van fase 2.

Mevrouw F zegt over de tijd kort na het overlijden: 'Ik was in die dagen totaal apathisch.' En een paar maanden later: 'Ik miste totaal aanspraak. Ik liep er in het begin ontzaggelijk veel uit. Als de kinderen op bed lagen kwamen de muren op me af.' En nu negen jaar na het overlijden van haar man antwoordt zij op de vraag 'En hoe stelt u zich nu voor verder te zullen leven?' het volgende: '...en... nou ja... hoe moet ik het zeggen... je leeft met de dag. Ik heb weinig illusies meer geloof ik. Naarmate de tijd verder gaat wordt het gemis erger. Niet de wanhoop, dat radeloze dat ben ik goddank kwijt, anders kwam je in een gekkenhuis of je deed je iets aan. Maar het gemis wordt erger.'

Mevrouw H maakte een gesloten en verbitterde indruk. Zij zegt onder andere: 'Ik mis hem overal in. Je bent je gezelligheid

en je aanspraak kwijt.' Daarop barstte de respondente in snikken uit en vertelde huilend verder: 'Je leven is toch kapot; als je opstaat denk je aan hem en als je naar bed gaat denk je nog aan hem; al zetten ze je in een gouden paleis, dat kunnen ze toch niet meer goedmaken.' En verder: 'Nou, nee, ik praat nooit over mijn overleden man, daar kan een ander zich toch niet in verplaatsen, omdat ze het zelf niet meegemaakt hebben.'

De volgende vraag was of de fase-indeling positief zou correleren met de duur van het weduwschap. De veronderstelling luidde: hoe langer de duur van de weduwstaat, hoe verder de verwerkingsfase, waarin de weduwe verkeert, is voortgeschreden. Een bezwaar hierbij vormde wat de duur betreft de relatief oude opbouw van de totale groep. Er waren geen weduwen in opgenomen die nog slechts één of twee jaar weduwe waren, slechts één was het drie jaar lang en de overigen waren het langer, tot maximaal 9 jaar toe. Volgens Bowlby echter treedt in het algemeen het verschil in fasen juist in de eerste 2 á 3 jaren op. Een in dit opzicht jongere groep zou onlangs in de U.S.A. onderzocht zijn (Silvermann²¹).

Method

Nagegaan werd hoeveel jaar gemiddeld de vrouwen weduwe waren die in de tweede fase verkeerden, in vergelijking van die in de derde fase. Dit zowel volgens de indeling van mevrouw Geerdink-van Erp als van Nevejan.

Resultaat

Vergeleken werden uit de indeling van Nevejan de zeven respondenten van de tweede fase met de zeven respondenten die in de derde fase verkeerden. Het bleek dat van de zeven van de tweede fase er vijf 4 jaar lang weduwe waren en twee 9 jaar lang, terwijl op de zeven respondenten van de derde fase er vijf 9 jaar lang weduwe waren en twee 4. Volgens de indeling van mevrouw Geerdink-van Erp bedroegen die verhoudingen van de tien respondenten in de tweede fase zes 4 jaar weduwe en vier 2 jaar weduwe en van de zes respondenten die in de derde fase verkeerden twee die 4 jaar weduwe waren en vier 9 jaar weduwe.

Een en ander is samengevat in tabel IV.

Tabel IV. Aantal weduwen volgens duur van weduwschap

Fase-indeling		vier jaar	negen jaar
volgens G. v. E.	10 in 2e fase	6	4
volgens N.	7 in 2e fase	5	2
volgens G. v. E.	6 in 3e fase	2	4
volgens N.	7 in 3e fase	2	5

Conclusie: ook hier een lichte aanwijzing van een samengaan van de lengte van de duur van het weduwe-zijn met de fase-voortschrijding van het verwerkingsproces.

Echter, over de gehele groep van 50 respondenten bleek er volgens de indeling van mevrouw Geerdink-van Erp geen correlatie aanwezig: zowel voor de 14 respondenten van de tweede fase als voor de 16 in de overgangsfase als voor de 20 in de derde fase bleek voor elke groep afzonderlijk het gemiddeld aantal jaren van de weduwstaat hetzelfde (nl. 6 jaar). Dit kan betekenen dat reeds na 4 jaar weduwschap definitief is vastgelegd in welke fase de weduwe verkeert en blijft verkeren. Het doet er dan weinig of niets meer toe, of er nog een aantal jaren meer met het leed wordt geleefd: de wijze van verwerken ligt reeds vast in fase twee of drie en blijft daarop gefixeerd.

Er werd in het Nederlands onderzoek ook geïnformeerd naar de vroegere relatie met de echtgenoot. Mevrouw Geerdink-van Erp ging op basis hiervan na, welke rol de door de dood verbroken huwelijksrelatie in het verwerkingsproces speelde. Zij onderscheidde daartoe verschillende typen huwelijksrelaties, afgestemd op wat de respondenten over dit thema naar voren brachten. Zij ging verder na, in hoeverre het verwerkingsproces zich bij deze zelfde respondenten had voltrokken. Samengevat luidt haar conclusie: hoe zelfstandiger de vrouw naast haar man staat binnen het huwelijk, hoe verder zij komt in het verwerkingsproces. Zelfstandige vrouwen blijven weliswaar hun man missen als steun in de eigen activiteiten, maar dit gemis neemt niet de persoonlijke ontplooiing weg. Al deze vrouwen verkeerden in de derde verwerkingsfase. Onzelfstandige vrouwen daarentegen, die over hun man spraken als: 'mijn man was veel zelfstandiger, ik kon op

hem steunen', of 'mijn man was de leidende figuur, hij dwong ontzag af, ik keek tegen hem op', bleken nog vrijwel allen slechts in de tweede fase te verkeren. Zij worstelen allen met het probleem van zelfstandig worden. Zij voelen zich onzeker, missen de man in zover hij hun steun en leiding gaf. Soms wordt een schijnzelfstandigheid als een soort camouflage voor eigen onzekerheid opgebouwd. Dit spreekt uit een opmerking als: 'Ik red me prima, ik heb geen ander als hulp nodig.' Anderen zijn er met vallen en opstaan in geslaagd het leven in eigen handen te nemen. Een van hen zegt bijv. dat zij harder is geworden van karakter. Zij mist de leiding van de man, maar zou zijn 'eigengereidheid' moeilijk meer slikken

Een volgende vraag is: Mist de weduwe de man in seksueel opzicht? Hierop werd door 14 van de 50 vrouwen ontkennend geantwoord: zij hadden dit gemis nooit sterk ervaren. De een zegt: 'Soms voel je het even tijdens een vakantie, of in de lente;' een ander staat er zelf verwonderd over dat het zo is. Twee van de 14 ervaren dit gemis niet, 'omdat voordien de behoefte in dit opzicht al niet groot was'. Daar tegenover staan 23 respondenten die het gemis steeds ervaren hebben; 16 daarvan vooral de persoonlijke relatie met de man, 7 eerder de seksualiteit op zich. Daarnaast waren er nog vier vrouwen die het gemis de eerste tijd niet ervaren hadden maar pas na een jaar. Een van hen merkt op: 'De eerste tijd wordt de seksualiteit als het ware mee begraven.' In tegenstelling hiermee waren er negen die het juist de eerste tijd sterk ervaren hadden maar na verloop van ongeveer een jaar niet meer. Zoals een van hen het uitdrukte: 'iets wat niet meer gevoed wordt, sterft af.' Over het algemeen toonden de respondenten die in de eerste en tweede fase verkeerden een geringere openheid om over hun seksualiteit te praten dan degenen die in de derde fase verkeerden. Samengevat voelde de helft van de ondervraagde weduwen het gemis in seksueel opzicht wel en de helft niet.

Onder de vele vragen die ten aanzien van het verwerkingsproces nog over blijven, willen we er tenslotte nog twee bespreken wegens hun grote belang: Ten eerste of de vrouw voorbereid was op het sterven van haar man en ten tweede of zij nog met hem gesproken heeft over zijn heengaan en het alleen achterblijven van haar. In de literatuur (Murray Parkes) wordt veronder-

steld dat het verwerkingsproces beter plaats zal hebben, indien degene die het verlies zal lijden tevoren op de hoogte is gebracht van het naderende einde. In het Nederlandse onderzoek werd dit nagegaan en bleek dat deze variabele op zich als een te verwaarlozen factor beschouwd kan worden. Onafhankelijk van het al of niet onverwacht sterven van de man bleek voor iedereen de schok na het overlijden toch erg groot. Slechts daar waar voor het sterven een onderling gesprek in de zin van een emotionele uitwisseling plaats had gevonden, was dit de weduwe tot steun en gaf haar een positieve start bij het verwerken van het verlies. Uit de protocollen bleek deze vorm van contact echter zeer weinig voor te komen. Als reden voor het uitblijven hiervan werd opgegeven: de man verzwijgt van zijn kant het weten omtrent zijn naderende dood voor zijn vrouw. De weduwe zegt achteraf: 'Je stelt het praten aanvankelijk uit en dan blijkt het door een plotselinge dood te laat,' of 'Je wilt de dood niet accepteren en blijft op beterschap hopen,' en 'Je was te moe, ellendig en te druk om je alles goed te realiseren.'

Het rapport haalt hier Rümke aan: 'De dood is als een intrinsiek bestanddeel uit ons leven gebannen. De ontkerstening van de wereld draagt hiertoe bij. Het lijkt mij een taak van de diepste geestelijke gezondheidszorg de cultus van de dood daarin op te nemen. Het gaat niet alleen om het sterfbed. Ik zou echter willen zeggen: de meeste mensen zijn dan te moe, te uitgeput, te ziek, dat zij veel kunnen beleven. Natuurlijk zijn er uitzonderingen. Zouden wij met de dood leven, dan zou het vanzelfsprekend zijn en het zou ook kunnen over de mogelijkheid van het naderend sterven te spreken.'¹⁸

4 Commentaar

Het is opmerkelijk dat ongeveer de helft van de groep weduwen, die allen toch reeds vier tot negen jaar geleden hun man verloren hebben, nog steeds hun verdriet en rouw niet volledig verwerkt hebben. En wat nog meer zegt: er zijn geen tekenen dat er nog beweging in het ontwikkelingsproces zal komen. Want onder hen die negen jaar weduwe zijn zijn er evenveel die in de tweede fase verkeren als onder hen die dit vier jaar zijn. Het is mogelijk dat dit individueel anders ligt; dit was uit het onderzoek niet op

te maken. Maar voor de groep als geheel is dit perspectief niet aanwezig.

De interviews doorlezend viel mij als totaalindruk op, dat veel vrouwen berusten in een zeer beperkte en kleurloze wijze van bestaan. Dit wordt door de ondervraagden toegeschreven aan de harde werkelijkheid van het dagelijks bestaan (de zorg voor het levensonderhoud) en het noodzakelijk tekort aan begrip bij de omgeving ('Ze hebben het zelf niet meegemaakt'). Het is een trieste realiteit. Na jaren van wanhoop en depressie treedt er stilte in, niet die van de dood maar die van het ontmande leven. Er heerst een matheid en een gelatenheid die de pijn van het lijden weliswaar verzacht, maar anderzijds de vitale scherpte van het gezonde leven mist en verder onmogelijk maakt.

Anderzijds frappeert bij deze gelouterde vrouwen het veelvuldig voorkomen van het beroep op zelfstandig willen zijn en blijven, en het afwijzen van hulp als medelijden. Zo sterk en ook moedig klinkt dit geluid, dat men zich gaat afvragen of dit niet slechts een verweer tegen kwetsbaarheid is, maar eerder een eigen positieve reactie vormt van de moderne geïndividualiseerde mens. Laten vele traditionele bindingen weggevallen zijn en de mens daardoor zich pijnlijker bewust worden van leed, anderzijds heeft hij juist door deze zelfde ruimte de kans gekregen zich persoonlijker en zelfstandiger te ontwikkelen, zodat hij beter het wegvallen van een partner kan verdragen. Dit niet alleen daar waar de echtgenoot een druk legde op de vrouw en men het bekende opbloeien van deze laatste ziet na de dood van de man. Neen, dit komt in de protocollen ook voor bij goede huwelijken en wellicht juist dank zij dit laatste, omdat een dergelijke relatie een extra bevestiging kan betekenen voor de vrouw als individu en als geëmancipeerd mens. Het bleek echter niet mogelijk na te gaan of dit beroep op zelfstandigheid terecht werd gedaan. Met andere woorden of men in werkelijkheid ook volwassen was, of dat het slechts een rechtvaardiging betekende en het zich groothouden uit vrees voor kleinering. Dit viel uit dit onderzoek niet op te maken bij gebrek aan informatie van derden over het gedrag van de weduwe.

Zeker is dat men niet meer voelt voor weklagen en 'te koop lopen met verdriet'. Maar of dit berust op een sociale frustratie, of op een psychologische onmacht of op een nieuw verworven

verwerkingsmogelijkheid is onduidelijk. Waarschijnlijk speelt hierbij – naast een algemeen culturele invloed – de psychologische karakterstructuur van elke vrouw afzonderlijk een grote rol. Uit de bovenstaande bespreking van de huwelijksrelatie bleek trouwens, hoe sterk de persoonlijke aanleg de wijze van verdrietverwerking bepaalt.

Het zij echter nogmaals benadrukt dat dit alles slechts globale indrukken zijn, omdat zij gebaseerd zijn op een verkennend onderzoek. Dit neemt echter niet weg, dat er door de interviewers en de bewerkers van het rapport en – last but not least – door vijftig vrouwen, die ter wille van deze research hun leed wederom hebben willen uitdrukken, een stuk werk verricht is dat uniek is in Nederland en hier een eerste exploratie vormt van een tot nu toe vergeten gebied van menselijk lijden.

5 Hulp en behandeling

Alvorens ons te bezinnen op de kwestie hoe hulp te geven, moeten wij ons eerst afvragen of er bijstand dient verleend te worden. In de inleiding werd de vraag gesteld, of door het wegvallen van het rouwbetoon in onze huidige westerse cultuur degene die een geliefd iemand verliest, bijv. de weduwe, nu meer verdriet lijdt dan een generatie geleden toen rouwen algemeen gebruikelijk was. Psychiaters bij monde van Bowlby, Lindemann en Murray Parkes menen van wel. Sociologen zoals Marris, Hobson en Gorriss komen onder de indruk van het aantal klachten dat kort na het overlijden van de echtgenoot zich bij de weduwe voordoet. Uit het Nederlands onderzoek valt op, hoe bang de weduwe is dat ze met medelijden behandeld zal worden en hoezeer zij staat op haar zelfstandigheid. De vraag is, of dit laatste slechts een weer is vanuit vrees voor zelfmedelijden en afhankelijkheid of dat dit wijst op een nieuwe positieve verwerkingsmogelijkheid van de moderne geïndividualiseerde mens. De indruk is dat het antwoord hierop sterk bepaald wordt door de individueel-psychologische karakterstructuur van de betreffende. In het algemeen viel echter ook in het Nederlands onderzoek op, dat er vele psychische en lichamelijke verschijnselen bij de alleen achterblijvende vrouw optreden, zelfs nog jaren na het verlies van haar man. Wij weten weliswaar niet of men dertig jaar geleden bij de

toenmalige rouwcultuur meer of minder klachten had. Echter de huidige hoeveelheid van symptomen (zie paragraaf 2) vraagt op zich reeds om hulp en behandeling. Maar hoe deze te realiseren voor de groep als geheel en voor elke weduwe afzonderlijk?

Bij hulpverlening aan een minderheidsgroep in nood, zoals dit binnen onze cultuur ook de homoseksuelen en kleurlingen zijn, doen zich enkele sociologisch bekende moeilijkheden voor. Enerzijds wekt de meerderheid vlug de indruk, een goed werk te doen waarvoor de ander dankbaar moet zijn. Dit irriteert de hulpbehoevende. Anderzijds heeft de minderheid het gevoel, dat het niet meer dan normaal is dat er bijstand verleend wordt en dat op een wijze zoals zij die zich zelf gedacht heeft. Dit werkt prikkelend op de hulpverleners. Beiden rechtvaardigen hun standpunt met op te merken dat, indien zij tot de andere groep zouden behoren, zij zeker wel dankbaar zouden zijn, respectievelijk zeker die hulp zo zouden geven als die verwacht wordt. De moeilijkheid is dat ieder daarbij uitgaat van een abstracte veronderstelling. Want zodra men in feite tot de andere groep zou behoren, zou men zich daarmee vereenzelvigen en de groepsinteractie vanuit het eigen kamp bekijken. Het 'wishful-thinking' vertekent hier de realiteit en geeft aanleiding tot frictie, teleurstelling en zich terugtrekken binnen de eigen groep. Er binnen kan men elkaar dan gelijk geven.

Soms komt het ook voor dat enkele leden binnen de ene groep zich tegen hun groepsgenoten afzetten en daar niet meer mee te maken willen hebben. Zo zijn er alleen achtergebleven vrouwen die per se niet tot de groep van de weduwen gerekend willen worden en niet willen deelnemen aan bijeenkomsten met lotgenoten. Deze dynamiek gaat vaak schuil achter opmerkingen als 'Al die weduwen bij elkaar geeft maar geklaag; daar heb ik geen behoefte aan' en – iets wat reëler lijkt – 'ik wil niet al het geleden verdriet weer ophalen.' In de 20 door mij bestudeerde protocollen werd op de vraag of de respondenten zich bij een weduwenclub zouden willen aansluiten slechts vijf maal bevestigend geantwoord, dertien maal ontkennend en twee maal niet. Tot de ontkenning kan ook bijdragen de angst voor het onbekende en het hieraan niet alleen durven beginnen. Zoals iemand letterlijk het uitdrukte: 'Ik durf niet naar zulke bijeenkomsten alleen toe te gaan.' Even zo goed zijn er in het grote kamp enkele

lingen die zich opwerpen als helpers voor de verdrongen minderheid, maar door hun groepsgenoten worden beschouwd als uit-slovers en typen die ervan verdacht worden uit te zijn op persoonlijk gewin. En als deze helper dan nog een man is, die een alleenstaande vrouw wil helpen, kan men al vlug horen dat hij iets (i.c. seksualiteit) in de zin heeft.

Herhaaldelijk maakten de respondenten melding van de bittere ervaring, dat de echtgenote van de vriend, die haar hielp, de weduwe als een rivale ging beschouwen en als een mogelijk gevaar voor haar eigen huwelijksgeluk. En toch mist een weduwe nog vaak meer een man dan een vrouw om haar emotioneel te steunen, haar te helpen bij de opvoeding van de kinderen, of gewoonweg karweitjes op te knappen in haar huis. Dit soort harde feiten belemmeren ten eerste de communicatie tussen de minderheids- en meerderheidsgroep. Maar wat nog erger is: wij hebben nog geen middel gevonden om deze communicatiestoornis op te heffen. Voor zover mij bekend ontbreekt aan de toegepaste sociologie nog steeds een therapeutisch arsenaal. De sociologen weten heel wat over allerlei factoren die eigen zijn aan groepen en groepsinteractie; ze kunnen deze echter nog niet ten goede beïnvloeden. Dezelfde moeilijkheid kennen de psychische hygiënisten, die door middel van de zg. ‘sociale actie’ de geestelijke gezondheid voor gehele groepen in een of meerdere opzichten zouden willen bevorderen. Men voelt zich geconfronteerd met zulk een complex gegeven van cultuur, situatie en individu, dat men er geen duidelijk zicht op krijgt en zich te midden van een overstelpende hoeveelheid losse gegevens onthand voelt. En toch beschikken wij tegenwoordig over machtige communicatiemiddelen zoals televisie, radio en pers. De toekomst zal ons hopelijk leren hoe deze gericht te gebruiken.

Intussen zijn er in de verschillende Westerse landen wel enkele pogingen – op kleine schaal en vanuit particuliere initiatieven – ondernomen om tot hulpverlening van de weduwen onder elkaar te komen. In Frankrijk, België en het Zuiden van ons land worden weduwengroepen op religieuze (katholieke) basis gevormd; in de Angelsaksische landen en in het Noorden van ons land op grond van een gemeenschappelijke behartiging van economische, maatschappelijke en opvoedingskwesties (zie aanhangsel). Uit een onlangs in de U.S.A. verricht onderzoek (Silver-

man) blijkt, dat deze groepsvorming van de weduwen onderling, relatief gezien, nog het beste hulpmiddel is uit een gehele scala van maatschappelijke en geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Ook bij de Nederlandse interviews werd herhaaldelijk spontaan door de respondenten naar voren gebracht dat alleen een andere weduwe haar kan begrijpen en dat zij daarom alleen met deze haar verdriet wil delen. Meestal geschiedt dit in de persoon van een weduwe uit de buurt of kennissenkring; iemand die de weduwe tevoren niet zo goed kende maar die zij nu – verbonden door het lot – in vertrouwen neemt. Maar het wordt moeilijker zodra dit alleen in het kader van een hele groep lotgenoten kan geschieden. Hierbij speelt, zoals bij de onderzoeken naar voren kwam, ook de verwerkingsfase waarin de betreffende zich bevindt een grote rol. In de eerste fase is de weduwe nog zozeer door het eigen verdriet in beslag genomen, dat zij alleen behoefte heeft aan een zeer persoonlijk, ongestructureerd menselijk contact, meestal in de persoon van een andere weduwe of van een familielid. Zij is dan nog niet aan groepsbijeenkomsten toe. In de tweede fase wordt een confrontatie met de problematiek als erg pijnlijk ervaren. Niet alleen door de weduwe, maar ook – zoals zij dat ervaart – door de anderen tot wie zij zich wendt. Dit is een verrassend gegeven, waarbij we even willen stilstaan. Het is dus zo, dat de weduwe merkt dat zij de ander met haar verdriet in verlegenheid brengt. Zij verkeert dan in de tweede fase op het dieptepunt van haar verdriet: zij is dan zeer bedroefd en wanhopig of diep depressief. Zij zal tegenover een ander laten blijken dat zij niets meer om het leven geeft, dat zij er de zin niet meer van ziet, dat zij net zo lief dood zou willen zijn en dat niemand haar kan begrijpen of troosten. Zij zal in opstand komen tegen het noodlot, dat juist haar moest treffen en waarom niet een ander? Zo zal zij hem of haar die haar wil helpen belasten met alle angst en onzekerheid, die nu eenmaal aan het leven eigen is. De vanzelfsprekendheid van het gewone leven wordt daardoor ook voor de helper op de proef gesteld. Waarom zou hem of haar een volgend ogenblik ook niet hetzelfde treffen? Maar dat kan niet waar, dat mag niet waar zijn! En dan is het nog maar één stap en de helper gaat zogenaamd troosten door te zeggen dat het leven niet altijd zo hard is, dat er ook goede kanten aan zitten, dat men vooruit moet kijken, ons over het verdriet

moeten heenzetten, enz., enz. Allemaal troostwoorden die de weduwe niets doen en waarmee zij niet geholpen is, omdat zij zich op dat moment geheel anders voelt. Op de keeper beschouwd stelt de helper eigenlijk zichzelf gerust in plaats van de wanhopige vrouw. Dit komt doordat hij de eigen angst voor de dood of het verlies van een dierbaar iemand niet eerder onder ogen heeft gezien en daardoor niet bestand is tegen een confrontatie daarmee in de persoon van de weduwe. Te meer is het verleidelijk om op een zodanige wijze 'goedkoop' de ander moed in te spreken, omdat een depressief iemand een wonder van de ander verwacht en uitdrukkelijk vraagt om een advies, een magisch troostwoord of een bepaalde daad. Toch, zoals gezegd, geeft dit slechts een schijntroost, die een ogenblik later weinig waard blijkt, omdat deze niet gericht was op dat waar het werkelijk om gaat. En dit is: een durven delen van de wanhoop, een mee afdalen in de onzekere en depressieve gevoelens, en mee willen leven met de opstandigheid. Dit vereist op de eerste plaats dat men zelf met angst en onzekerheid durft te leven en deze gevoelens in zichzelf wil toelaten en na afloop daarvan open laten. Want dit is een tweede vereiste: dat men als helper niet het verdriet, de angst en agressie direct toedekt door een zogenaamde oplossing aan de hand te doen of direct klaar te staan met een goed bedoeld advies (dat uiteindelijk meer voor zichzelf bestemd is dan voor de ander). Het vraagt beheersing om dit alles niet te doen, maar te zwijgen en zijn intens meeleven te laten spreken door het oogcontact en de gelaatsuitdrukking. Dit laatste kan men niet gewild, maar geschiedt vanzelf indien men het eigen gevoel van verdriet en angst toelaat. Het bevrijdend effect voor de weduwe zit dan daarin dat een ander dit met haar durft delen. Uit het feit dat de ander haar gevoelens toelaat, blijkt voor de weduwe dat zij de ander niet lastig valt (iets wat zij ten onrecht steeds vreest), en dat die ander er niet bang voor is, maar een soort vertrouwen bezit en overdraagt dat alles spontaan weer goed zal komen als men maar niet forceert. Deze therapeutische houding van empathie is natuurlijk niet bij iedereen en altijd de aangewezen weg. Bijvoorbeeld niet bij mensen, die zelf sterk ingesteld zijn op doen en zich pas opgevangen voelen door indirecte bewijzen van meeleven, zoals materiële voorzieningen. Wat betreft de weduwenclubs voelt de weduwe in deze tweede

fase weinig voor deelname, omdat zij daar juist die pijnlijke confrontatie met haar verdriet vreest en omdat zij de indruk heeft dat andere mensen – hoe goed bedoeld ook – toch maar vlug van haar af willen zijn en niemand echt naar haar wil blijven luisteren.

Het is pas als zij in de derde fase gekomen is en zij zelf toe is aan opbouw en aan het zoeken naar een nieuwe richting, dat zij werkelijk openstaat voor hulp zoals geboden wordt door een weduwen- en weduwnaarsgroepering. De motieven luiden dan bijv.: 'Je kunt er nieuwe ideeën opdoen,' of 'De mogelijkheid ligt er dat je je aan elkaar kunt optrekken,' of 'Voor de gezelligheid' en 'Om een nieuwe huwelijkspartner te vinden.' Maar zoals mevrouw Geerdink-van Erp in haar rapport opmerkt: 'Een weduwigroepering zal dan alleen heilzaam werken, wanneer zij de weduwen zou stimuleren een weg naar de maatschappij terug te vinden; weduwen te zamen geven geen levensperspectief, geen status. Wanneer een groep op deze wijze werkt, moet zij zich voor de betreffende weduwen na enige tijd overbodig maken.'

Naast de verwerkingsfase speelt ook de eigen leeftijd van de betreffende vrouw een rol bij de hulp en behandeling. Vaak wil de oudere weduwe niet meer geholpen worden, omdat zij het leven niet meer de moeite waard vindt nu haar het dierbaarste ontvallen is. Waarschijnlijk heeft hier de dalende levenslijn invloed op. Men heeft het grootste stuk van het leven achter de rug, men verwacht niet veel meer van de toekomst en verkiest met het verleden te leven. Jonge weduwen daarentegen hopen op hertrouwen, hetgeen ook bij vier van de vijf geschiedt. Maar zij die tussen de dertig en vijftig jaar oud zijn, verkeren in een tussenpositie en kunnen als het ware kiezen tussen het verleden en de toekomst. De verleiding lijkt groot om hier halverwege het leven de moed op te geven en te gaan teren op de herinneringen uit de eerste helft. Vroeger werd de weduwe daartoe ook gebracht door de culturele druk van de katholieke kerk (na de maagdelijkheid volgde het weduwschap in rangorde van verkiesbaarheid boven het getrouwd zijn!) en de gemeenschap ('Zij houdt haar man in ere, zij leeft alleen voor haar kinderen'). Tegenwoordig is deze bepaalde rouwplicht weggefallen en heeft de weduwe de vrijheid te kiezen voor een nieuw leven. We zullen deze vrijheid moeten leren gebruiken en een andere rol ter hand durven nemen, nadat de vorige is afgebroken. We gaan dan niet meer

vanuit het verleden leven, zonder dat het daarom minder waardevol wordt, en gaan in plaats van het verleden te idealiseren met de huidige werkelijkheid leven. Dit kan zijn als hertrouwde vrouw, maar ook als bewust gekozen niet-her-trouwde. Dat wil zeggen dat een vrouw die haar man verloren heeft, het hertrouwen niet nalaat omdat zij weduwe is, maar omdat zij het verder ongetrouwd zijn ontdekt als een waardevolle manier van leven, als een rol die haar evenzeer goed ligt. Zo gezien zou de moderne mens meer soepel komen te staan tegenover zijn culturele bepaaldheid en kan hij het wegvallen van bepaalde ritens positief omzetten in een durven afgaan op het eigen verlangen om zich vervolgens daarnaar te gaan gedragen.

Samengevat, de individuele behandeling zal rekening moeten houden met de leeftijd en de verwerkingsfase waarin de betreffende verkeert. Is er duidelijk pathologie en wil de patiënt behandeld worden, dan is deskundige hulp aangewezen. Is het onduidelijk of er van een ziekelijke verwerking sprake is met afwijzing van hulp dan zal voorzichtige exploratie nodig zijn om uit te maken of dit een gezond verweer is uit behoefte aan zelfstandigheid of een ongezonde afweer uit angst voor een volgende teleurstelling en pijn. In het laatste geval zal de patiënte langzamerhand meer gemotiveerd dienen te worden voor een psychotherapie.

Verloopt het verwerkingsproces normaal, dan zal in de eerste fase de hulp vooral bestaan uit het present zijn en het overnemen van verantwoordelijkheid en zorgen. In de tweede fase zal de weduwe het beste gebaat zijn met een empathisch meeleven zoals hierboven beschreven. In de derde fase kan dan deelname aan een weduwengroepering overwogen worden als tussenstap naar het nieuwe zelf gekozen leven, wat het ook zij.

Naast de groepsgewijze en individuele hulp en behandeling kan men tenslotte ook nog denken aan een beïnvloeding van de culturele situatie. Maar in welke richting dient deze te geschieden en hoe deze te effectueren? Wat het eerstgenoemde betreft kan men met Gorer van mening zijn, dat het intensief sociale rouwpatroon van vroeger hersteld moet worden. Of men kan meer met de culturele stroom meeroeien en deze slechts iets meer willen verbreden naar een grotere tolerantie voor afwijkende verdriet- en rouwreacties. Wij hebben in de afgelopen halve eeuw gezien, hoe er een taboe rond de seks werd doorbro-

ken door de psychoanalyse en hoe sterk dit zijn invloed op onze huidige cultuur heeft gehad en nog heeft. Zouden we – pratend over de wijze waarop een cultuur van richting te veranderen is – dan ook mogen verwachten, dat het taboe rond de dood op dezelfde wijze zal opgeheven worden? In de spreekkamer wordt reeds sinds lang de dood zeker zo vaak als bron van moeilijkheden genoemd dan de seksualiteit. Wellicht is een eerste sociaal voorteken van een ontwikkeling in deze richting dit, dat wij ons sinds kort zorg gaan maken over een agressieve maatschappij (violent society) met haar pathologische discrepantie tussen enerzijds het stilzwijgen over de dood als de grote bedreiging en anderzijds het moorden alsof het een kleinigheid is. Na de levensdrift en zijn uitloper, de seksualiteit, zou dan nu de doodsdrift en zijn secundant, de agressie, meer de aandacht krijgen en meer in het leven opgenomen worden. Het zijn alle open vragen. De toekomst zal het nog leren. Maar het feit dat een groep onder ons en misschien wel geheel onze Westerse cultuur lijdt onder verzwegen doodsproblematiek, vraagt nadere bezinning.

6 Het subjectieve aspect

Dat, wat in de voorafgaande paragrafen beschouwendwijze over het proces van verdriet en rouw beschreven werd, geeft slechts een flauwe afspiegeling van hetgeen er in werkelijkheid wordt beleefd. Willen wij zelf voelen wat verdriet voor emoties met zich meebrengt, dan zullen wij direct aangesproken moeten worden door het leed van de ander. Dit laatste kan u overkomen bij het lezen van het boekje 'Niet meer dan een ademtocht', geschreven door de weduwe van de indertijd bekende Franse film-speler Gérard Philippe. Anne Philippe weet op een ontroerende en fijnzinnige wijze haar belevingen rond het overlijden van haar man uit te drukken. Vandaar, dat hier een aantal passages uit haar boek worden weergegeven, in het bijzonder die welke een aantal van de in paragraaf twee opgesomde fasekenmerken van Bowlby illustreren.

'Toen ik de vier doktoren in hun witte jassen op me toe zag komen, las ik op hun gezichten als in een open boek. Een van hen trok een stoel voor me naar voren zonder iets te zeggen. Ik had het al begrepen. Ik beleefde mijn executie,

maar hij die sterven ging sliep op enkele meters afstand. "Zal hij veel pijn lijden?" "Neen, hij zal zonder twijfel van uitputting sterven." Ik ben weer afgedwaald. Het was dezelfde lift, schijnbaar dezelfde mens die er in zat, maar van binnen beleefde ik het einde van de wereld. Ik heb tegen iemand gezegd: "Het is voorbij".'

Zo beleeft Anne Philippe het noodlottigste ogenblik van haar leven. Alles valt weg. Alleen leegte. Slechts gevoelens van onwerkelijkheid en van leven in een waas blijven over. Het is voorbij. Nog een paar weken resten hen. Dan gaat haar man onherroepelijk dood aan kanker.

'Ik ontdekte wat rampzaligheid is. Ik moest teruggaan tot de herinneringen uit mijn kindertijd om dit gevoel van in drijfzand te verzinken, van verstikking terug te vinden, onoverkomelijk, zwart als de nacht, zwart als roet.'

Zij klampt zich aan hem vast. Probeert het leven vast te houden. 'Gedurende elk van die dagen, die je laatste kon zijn, keek ik naar je, ik wou de liefde zien, maar ik vond de dood... Ik verzadigde me aan je aanblik, ik verdrong in je gebaren en in je blikken. Ik glimlachte tegen je om jouw glimlach geboren te zien worden, ik kuste je hand om te zien hoe jij mijn hand kuste, maar ik streed tegen het onvermijdelijke en ik zocht niet naar een oplossing, omdat de oplossing er was. Ze was onverdragelijk. Dat was alles.'

Dan volgt de dood en het afscheid.

'Ik herhaalde in mezelf: hij is dood, hij is dood, je bent dood. Ik moest die woorden onmiddellijk uitspreken, ik moest me er diep van doordringen voor eens en voor altijd, anders zou ik op de vlucht slaan, de catastrofe mijn rug toekeren, proberen te ontkennen en die weigering kon me alleen maar in een impasse brengen. Het was of massa's naalden van binnen af in mijn huid drongen, ik was één kreet van ellende. Ik hoopte dat mijn lichaam me niet in de steek zou laten, maar dat het me tot steun zou zijn. Ik klemde me vast aan de wanden van mijn leven. Ik dwong me om in de afgrond te kijken. De dood had jouw trekken, ik heb hem

duisrecht in zijn gezicht gekeken, bijna met aandacht beschouwd. Het afscheid van een dode is iets, dat geen mens zich kan voorstellen die het niet zelf heeft beleefd, het is niet na te vertellen. De geest stukt als hij de uiterste grenzen van de verschrikking bereikt; maar het is juist daar dat het allemaal begint.'

De begrafenis:

'Op die dag, vroeg in de morgen, heeft men beide vleugels van de deur geopend. Gedurende anderhalve dag heb ik achter je aan gereden. De herinnering is mij bijgebleven van een eindeloze weg, dorpen waar we door reden, auto's die we passeerden, terwijl we, altijd achter jou aan, die zwarte, met bloemen beladen wagen volgden, die ik niet uit het oog wilde verliezen. Ik herinner me bijna niets.'

Tenslotte:

'De tweede dag bereikten we het kerkhof. Daar verliet me het gevoel van irrealiteit.'

Dan:

'Mijn blik drong door het hout en het lood heen. Ik zou alles op de wereld hebben willen geven, en ik meen werkelijk alles, om je te zien opstaan, levend, met je over de heuvel te wandelen zoals we gewoon waren of onbeweeglijk te blijven staan en naar de zee te kijken. Tien minuten, meer niet en dan de dood, de marteling, het kwam er niet op aan wat, maar je terugzien.'

De wens komt op om zelf dood te gaan:

'De wolken die voorbij dreven... ik zou gewild hebben dat ze me meenamen.'

Onweerstaanbaar breekt dan het idee door – hoe onredelijk ook – dat hij nog leeft!

'Het gaf niets of ik tegen mezelf zei dat je dood was, het waanidee keerde steeds terug. Je kwam niet, maar je wachtte op me in de auto en een kleine waanzinnige hoop, waarvan ik wist dat ze waanzinnig was, vervulde me. Laat hij in

de auto zijn. En toen ik die leeg vond, ging ik door met mezelf te beschermen alsof ik me enig respijt wilde gunnen.

“Hij maakt een wandeling over de heuvel,” zei ik tegen mezelf. Ik keerde terug naar het huis en onder het praten met vrienden door zocht ik je op de weg, natuurlijk zonder werkelijk te geloven dat je daar kon zijn.

Die avond ben ik teruggegaan naar Parijs. Ik had het gevoel je in de steek te laten.’

De weg van het zomerverblijf in het zuiden terug naar Parijs lijkt tevens de overgang te markeren naar de tweede fase van verwerken.

‘Het is op het moment geweest dat mijn voet het perron aanraakte van het Parijse station, het station waarheen we na onze vakanties terugkeerden (wanneer we met een enkel woord onze plannen voor de winter ontwierpen, terwijl we zonder spijt de zomer achter ons lieten om ons te geven aan de komende tijd), het was in die seconde, waarop mijn lichaam in evenwicht was tussen de trede en het perron en zich overboog naar dat laatste, dat ik me plotseling realiseerde – precies, ijskoud, alsof er een mes door me heen ging – wat de eenzaamheid zou zijn. De tornado was voorbij, ik was er levend doorheen gekomen.’

Dan volgt de eerste tijd thuis:

‘Voorbij, voor altijd voorbij. De tijd versnelde zijn golfslag. Verdrinken of ademen, maar ik wilde zomin het een als het ander, ik weigerde een keus te doen. Het leven gedroeg zich als een tiran: “Leven of sterven”, zei het en ik bewoog me niet van mijn plaats. Je wilt niet eten en niet slapen, je wilt rondlopen met een ontdaan gezicht. Het leven stelde me in het ongelijk. Ik was niet laf, evenmin dapper. De kinderen waren een steun voor me: als zij er waren, hield ik me goed, hun argeloosheid, zoals de jouwe korte tijd geleden, hielp me. Ik was niet anders dan een façade, maar zonder die façade zou ik op sommige uren zijn ingestort. Ik heb de onbeweeglijkheid gekend, die niet anders is dan het begin van de dood. Slapen, het bewustzijn verliezen, je in het zwarte storten, maar zodra ik mijn ogen sloot, instal-

leerde een verblindend licht zich achter mijn oogleden. Ik leerde de eenzaamheid kennen, die zonder pardon is en zonder conflicten, een effen en glad oppervlak, dat zich uitstrekt van jezelf tot de horizon; geen blik of gedachte kan iets anders omvatten dan deze eenzaamheid. Ik wist niet wat te doen met mijn dagen, evenmin waarop ik mijn geest moest richten. Ik werd door jou verpletterd, je zat vastgeplakt op mijn gezicht, je verstikte me, al mijn visioenen hadden betrekking op je ziekte, ik wou terugvinden wat ons leven was geweest en ik werd verblind door je dood. Ik kon me er niet van losmaken. Ik had me schrap moeten zetten tegen die gesloten deuren, maar de dagen gingen voorbij en ik deed niets. Ik dwong me om de gewone dingen te doen, ik sprak de woorden die men van me verwachtte. Ik werd een stuk onverschilligheid.’

Anne Philippe wordt dan geconfronteerd met de verleiding om voortijdig alle verdriet af te sluiten door óf te gaan leven in het verleden met ‘brieven die men herleest, de foto die men kust, de kleren die men streelt’, óf door zich te storten in afleiding en verstrooiing en alles wat aan haar man deed herinneren te verbanen. Verleidelijk, maar volgens de helpers uit de praktijk gevaarlijk, omdat het kan leiden tot een ongezonde vervorming van het gevoelsleven.

Op dit kruispunt gekomen schrijft zij:

‘Ik behield voldoende helderziendheid om te weten dat men niet zonder zich te blameren kan doen alsof men een grens heeft overschreden, die men nog niet heeft bereikt.’

En verder:

‘...alleen door de bodem te bereiken van wat men de wanhoop noemt kon ik enigmatische met mezelf in het reine blijven. Als er een weg open bleef, dan leidde die door het drijfzand. Om hem te vinden moest ik de helleweg volgen, waarop jouw dood me had geplaatst, niet proberen me te verstrooien, niets in het donker laten, niets ontvluchten en de wanhoop in me toelaten zoals ik het de vreugde had gedaan.’

Zo schrijdt het proces der verwerking voort.

‘Er zijn dagen dat ik mezelf wantrouw, ik leef op mijn hoede. Ik weet dat ik door duizeligheid word beloerd. Ik moet aldoor druk bezig zijn. Ik gedraag me als de mier. Verboden te denken. Een doel: het volgende uur bereiken en zo van uur tot uur op een plaats komen, die niet omringd is door leegte. Maar het kwaad is vaak listig. De morgen begint goed. Ik heb geleerd om een dubbel leven te leiden. Ik denk, ik spreek, ik werk en tegelijkertijd blijf ik in gedachten vervuld van jou, maar een zekere afstand maakt je aanwezigheid prettig, een beetje wazig zoals foto’s, die niet scherp zijn. Op die ogenblikken wantrouw ik mezelf niet, ik laat me ontwapenen, mijn verdriet is rustig als een goed afgericht strijdros. Opeens, in een seconde, word ik verraderlijk aangevallen. Jij bent er. Je stem in mijn oor, je hand op mijn schouder of je stap in de hal. Ik ben verloren. Ik kan niet anders doen dan in elkaar gedoken te blijven zitten wachten tot het voorbij is. In dit onbewegelijke lichaam balt zich de gedachte samen als een aangeschoten vliegtuig, dat als een fakkel omlaag stort. Nee, je bent niet hier, je bent daarginds in het ijskoude niets. Wat is er gebeurd? Tengevolge van welk geluid, welke geur, welke mysterieuze gedachtenassociatie ben je in mij gegleden?’

Ook gevoelens van opstandigheid treden op:

‘Soms neem ik het je kwalijk dat je dood bent. Je bent geserteerd, je hebt me alleen gelaten. Het is door jou dat ik een grijze hemel, de regens van november, de laatste gouden bladeren, de zwarte en kale bomen waarin ik altijd een belofte van lente zag, niet meer kan verdragen. Ik ontvlucht de zonsopgang en de schemering, ik moet me aangorden om naar de zon of naar het maanlicht te kijken. Ik was licht en ernstig, nu ben ik zwaar, ik sleep me voort in plaats van voorwaarts te schieten. Alles valt me zwaar.’

Zoals na de vloed de eb intreedt en de golven ondanks hun telkens terugkerend aanspoelen toch steeds meer land laten droogvallen, zo ook voltrekt zich de rouw. Terwijl in totaal gezien

het leed langzaam afneemt, wordt de weduwe onderwijl en telkens weer overweldigd door het verdriet.

‘Soms is het of ik aan je afwezigheid gewend begin te raken. Ik word niet meer wakker met die doorn in mijn lichaam, ook niet met dat schelle sirenegeloei in mijn hoofd, sensaties die doordrongen tot in het diepst van mijn slaap en me iedere morgen het bericht van je dood aankondigden en niet ophielden het te herhalen. Ik denk er weer aan hoe laat het is, aan het boek dat ik bezig ben te lezen, aan allerlei dingen die ik in de loop van de dag moet doen. Maandenlang heb ik gedacht dat ik bijna gered zou zijn, zodra het me mogelijk was met vuur te spreken over iets anders dan over jou, zodra ik in mijn gedachten iets anders zou zien dan jou. Is het mogelijk dat ik nu gered ben? Ik weet het niet. Het verleden absorbeert me, aan het verleden breng ik verslag uit over het heden. Toch gaat in mij het werk van het leven door. Ik weet het, ik wil het, maar wat ik het duidelijkst zie is de grisaille van de dagen en de inspanning die het kost om je vast te klemmen aan de wereld om je heen, terwijl je in je hart liever de eenzaamheid zou zoeken. Nog kan ieder ogenblik een duizeling me overvallen, die me in de afgrond zou doen storten. Als ik ’s avonds uitga, laat ik de lamp branden. Als ik dan thuiskom, zie ik het licht door de gordijnen schemeren en ik glimlach om mijn ondoeltreffende listen, want zodra ik de deur open, slaat de eenzaamheid me in het gezicht. Ik open en sluit kasten, ik verzet flacons, ik draai kranen open, maar ik hoor niet anders dan de stilte en jouw afwezigheid. Ik luister, ik voel er geen angst voor, de stilte fascineert me zelfs. Ik heb helemaal geen lust haar te onderbreken. De slaap zal komen, honderden nachten is hij gekomen, terwijl ik lag te luisteren naar jouw afwezigheid. Op sommige dagen is het of je realiteit me ontglipt. Dat geluk en die schoonheid, hebben ze werkelijk bestaan? Zijn ze ons dagelijks voedsel geweest? Mijn gedachte weigert dan zich ergens aan te hechten, ze zweeft boven het verleden, ze vermijdt al wat scherp is, ze wordt substantieeloos. Ik bezit niet anders meer dan een droom en wat sintels, wat bestaan heeft vlucht weg en ik ontdek hoe die fameuze idealisatie ontstaat, die aangename herinnering

die geleidelijk schematischer wordt en de plaats inneemt van de waarheid, dat verraad waar men te gemakkelijker toe komt, omdat degene waar het om gaat, er niet meer is en dus het te zoetelijke beeld, dat zich in de geest vormt, niet kan afwijzen. Ik nader tot de valse berusting, maar ik verwijder me van de echte wijsheid, die vurig, intelligent en helderziend is. Ik roep je en ik stort me in het verleden om je niet te verliezen.'

De volgende zomer gaat Anne Philippe terug naar het zuiden en zij bezoekt het graf van haar man.

'Ik heb geloofd aan de vrede van kerkhoven. Maar die dag, bij jouw graf, leken de blauwe hemel, de bijna zwarte cipressen, het zachte briesje niet anders dan een decor. Mijn blik drong door tot de verborgen dingen, tot het onmenselijke, onderaardse leven, waar ieder eenzaam vergaat, jij zo goed als de anderen, op een meter afstand van mij. Opeens voelde ik me redelijk. Er was geen sprake van een rendez-vous. Ik stond alleen tegenover jou, die dood was, ik tegenover een ledig. Ik kon je stem doen herleven, opnieuw onze gesprekken horen, opnieuw je gebaren zien, ik kon zelfs een heden fantaseren, een denkbeeldige dialoog met je voeren, maar in werkelijkheid had ik niets van je te verwachten. Zo stonden de zaken. Jij was afwezig van deze wereld en dat voorgoed. Een kleine meedogenloze stem, die ik goed kende, herhaalde weer en weer: Leef of sterf,'maar neem een besluit, je moet weten te kiezen.'

Na maanden en jaren treedt dan geleidelijk de derde verwerkingsfase in. Anne Philippe schrijft hierover tot besluit:

'De lente doet pijn. Ik zou haar gratie willen vragen. Ieder jaar hoop ik zo ver te zijn dat ik haar kan verduren of immuun voor haar ben geworden. Ben ik dan geen stap verder gekomen? Ben ik als het gekooide eekhoortje, dat ronddraait op zijn wiel? En zou het allemaal niet minder erg zijn geweest, als ik me na je dood tot een bal ineengeroold had en weggekropen was diep in mijn bed? De zachtheid van de lucht doet me dromen over wat geweest is en over hoe het geweest zou zijn, als jij er nog was. Ik weet

dat die dromerijen niet anders zijn dan onmacht om in het heden te leven. Ik laat me meevoeren door die stroom zonder te ver vooruit en al te veel in de diepte te kijken. Ik wacht het ogenblik af, waarop mijn kracht zal terugkeren. Het zal komen. Ik weet dat het leven mij nog hevig boeit. Ik wil het aan kunnen, niet me bevrijden van jou.'

Zo eindigt deze ontroerende beschrijving met een paradox: Alleen verder leven en toch samen met de verloren ander.

Literatuur

- 1 *Abraham K.*, Selected Papers on Psychoanalysis (London, Hogarth Press, 1927).
- 2 *Bowlby J.*, Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood: The Psychoanalytical Study of the Child 15 (1960).
- 3 *Idem*, Processes of Mourning: International Journal of Psychoanalysis 42 (1961) 317-340.
- 4 *Egleson J.*, Ouders zonder partner ('s-Gravenhage, NVSH, 1965).
- 5 *Freud A. and Burlingham D.*, Infance without Families (New York, International Universities Press, 1944).
- 6 *Freud S.*, Trauer und Melancholie. Gesamm. in Werke X (London, Imago, 1949) 429.
- 7 *Gorer G.*, Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain (London, Cresset Press, 1965).
- 8 *Hobson C. J.*, Widows of Blackton: New Society, 24 september 1964.
- 9 *Klein M.*, Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, 1940 Contributions to Psychoanalysis 1921-1945 (London, Hogarth Press, 1948).
- 10 *Lindemann E.*, Symptomatology and Management of Acute Grief: American Journal of Psychiatry 101 (1944) 141-148.
- 11 *Lorenz K.*, Man meets Dog (London, Methuan, 1954).
- 12 *Marris P.*, Widows and their Families (London, Routledge Kegan Paul, 1958).
- 13 *Murray Parkes C.*, Effects of Bereavement on Physical and Mental Health. A Study of the Medical Records of Widows: British Medical Journal (1964) nr. 2, 274-279.
- 14 *Idem*, Widow's Reactions: New Society, 6 augustus 1964.
- 15 *Idem*, Grief as an Illness: New Society, 9 april 1964.
- 16 *Morris D.*, De Naakte Aap (Utrecht, Bruna, 1968).
- 17 *Philippe A.*, Niet meer dan een ademtocht (Utrecht, Bruna, 1967).
- 18 *Riimke H.*, De dokter en het probleem van de dood: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 103.42 (1951) 2097.
- 19 *Seley H.*, Stress. Acta Inc. Montreal (1950).
- 20 *Siggins L. D.*, Mourning: a Critical Survey of the Literature: International Journal of Psychiatry 3 (1967) nr. 5, 418-439.
- 21 *Silverman Th. R.*, Services to the Widowed: First Steps in a Program of Preventive Intervention: Community Mental Health Journal (Spring 1967).
- 22 *Tyhurst J. G.*, The Role of Transition States – including Disasters – in Mental Illness. Symposium on Preventive and Social Psychiatry (V.S. Gov. Print. Office 1958) 144-169.

ECHTSCHIEDING EN ECHE SCHEIDING

Een psychiatrische verkenning van het proces van het scheiden uit de echt

In: Echtscheiding, samen mens zijn

1969



1 Inleiding

Afscheid nemen doet even pijn. Voorgoed afscheid nemen doet meer pijn. Voor altijd afscheid nemen van iemand die jarenlang je beste levensgezel(lin) geweest is doet ontzaglijk veel pijn. Ook al is het zo gelopen dat je geleidelijk van elkaar af-gegroeid bent en zelfs elkaar ging haten, dan toch nog blijft scheiden een pijnlijk proces van afsterven. En wij die het zien gebeuren bij onze vrienden en kennissen schrikken ervan. 'Hoe is het mogelijk', denken wij en 'Als het ons maar niet overkomt'.

Uit deze reacties van de betrokkenen zelf en hun omgeving zien wij, dat echtscheiding een zeer emotioneel gebeuren is. Dit persoonlijke aspect wordt in dit hoofdstuk als een psychologisch en psychiatrisch proces gezien en beschreven. Dit wil zeggen, als een betekenisvolle gedragsverandering van twee mensen t.o.v. elkaar, wat meestal gepaard gaat met sterke emoties.

Het klinkt ons nu vertrouwd in de oren, dat de beslissing over al of niet echtscheiden op de eerste plaats aan het echtpaar zelf toekomt. Maar het is nog niet zo lang geleden dat dit voornamelijk een zaak was van de kerken en de maatschappij. Men hoorde vroeger niet te scheiden, want men zou daarmee tegen de kerkorde en het burgerlijk fatsoen ingaan. Man en vrouw werden verondersteld bij elkaar te blijven, hoe dan ook. (In 1870 bedroeg het aantal echtscheidingen in Nederland per 1000 bestaande huwelijken nog slechts 0,23¹, terwijl het nu honderd jaar later ruim vertienvoudigd is (2,6 in 1967). Vele echtparen konden vroeger bovendien niet scheiden, doordat sociaal-economische factoren dit belemmerden.

Pas in de loop van de laatste honderd jaar is, in wisselwerking met de industriële revolutie en welvaart, de mens in West-Europa losgekomen van een agrarische cultuur, waarin het huwelijk ondergeschikt was aan de middelen van voortbestaan.

In de laatste vijfentwintig jaar is er, mede door de ontwikkeling der exacte wetenschappen, een versnelling in de ontwikke-

ling van zijn zelfbewustzijn en zelfstandigheid opgetreden en brak de secularisatie volledig door. De rechten van de mens werden officieel erkend, alle gericht op diens persoonlijk geluk en welzijn. De menswetenschappen, waaronder de psychologie en de psychiatrie, kwamen tot ontplooiing.

Men ging zich afvragen: 'Hoe komt het dat dit echtpaar, ondanks het feit dat ze vele jaren lief en leed hebben gedeeld, er nu niet meer in slaagt hun huwelijk in stand te houden? En hoe komt het dat deze jongen en dit meisje, die eerst zoveel in elkaar zagen, nu na enkele jaren huwelijk al uitgekeken zijn op elkaar en willen gaan scheiden? Hoe begint zo'n proces van verwijdering? Wie van beiden komt op het idee van echtscheiding en wat wordt als reden daarvoor opgegeven? Waarom gaan, ondanks het voornemen daartoe, zo weinig paren als vrienden uit elkaar en wordt het meestal een over en weer kwetsen en kleineren? En als eenmaal de echtscheiding een voldongen feit is, hoe voelen zich dan deze wederom alleenstaande man en vrouw?'

Dit soort persoonlijke vragen worden in de volgende paragrafen beantwoord in deze volgorde: oorzaken van echtscheiding; psychologisch proces voor, tijdens en na de echtscheiding; preventie; hulp en behandeling; besluit met blik in de toekomst.

2 Oorzaken van echtscheiding

Men zou geneigd zijn te veronderstellen dat de oorzaak van echtscheiding gelegen is in een ongelukkig huwelijk. Echter, zo eenvoudig ligt het niet.

Er blijkt geen rechtlijnig verband te bestaan tussen ongelukkig zijn in het huwelijk en het verbreken van de echt. Niet ieder die ongelukkig gehuwd is, gaat scheiden. Dit blijkt uit het feit dat het aantal echtscheidingen slechts ruim 2 promille van de bestaande huwelijken bedraagt, terwijl er volgens onderzoek toch bij 10% van de huwelijken spanningen bestaan en het sein op rood staat!* En niet ieder die wel eens over echtscheiding denkt voltrekt dit ook. Op de vraag of men de laatste vijf jaar wel

* Men neme nota van het feit, dat de betrouwbaarheid en geldigheid van de resultaten van de in deze bijdrage aangehaalde resultaten van onderzoeken verschillend zijn. Methodologische gegevens werden terwille van de leesbaarheid weggelaten.

eens echtscheiding overwogen had antwoordde 12% der gehuwde Nederlandse mannen en 13% van de vrouwen bevestigend, terwijl zij toch tot op het ogenblik van de vraagstelling bij elkaar gebleven waren³.

Er is dus voor echtscheiding meer nodig dan het mislukken van het huwelijk. Sociologen hebben deze factoren opgespoord en uitgesplitst naar verschillende facetten. Men kan daar meer over vinden in de bijdrage van Douma. Hier worden slechts enkele sociale gegevens vermeld om de botsing daarvan met de mens als individu en tevens de interactie tussen sociale en psychologische factoren te illustreren.

Er bestaan op de eerste plaats zuiver uitwendige omstandigheden die echtscheiding onmogelijk maken. In Italië bijvoorbeeld wordt noch door de burgerlijke, noch door de kerkelijke wetgeving het echtscheiden officieel erkend. En in tijden van economische crisis en oorlog daalt bijvoorbeeld het echtscheidingscijfer, waarschijnlijk doordat de mensen elkaar dan te hard nodig hebben of omdat men door de oorlogsomstandigheden in feite reeds jaren gescheiden van elkaar leeft.

Naast externe factoren kunnen verder persoonlijke aspecten van invloed zijn. Verschil van opvatting in geloofszaken en in ideeën over de taak van de man en de vrouw in het huwelijk werden bijvoorbeeld door de socioloog⁴ ontdekt als feiten die meer voorkomen bij echtgescheidenen dan bij niet gescheidenen. Kennelijk wordt de kans dat men het niet met elkaar kan vinden groter, naarmate er meer verschil van opvattingen en gedrag is op het terrein van algemeen menselijke waarden en normen.

Tenslotte blijkt hoe sterk de invloed is van sociale factoren, die bepalen of men bij een ongelukkig huwelijk wel of niet uit elkaar zal gaan, onder andere duidelijk uit een Amerikaanse enquête bij tweeduizend studenten over het huwelijk van hun ouders. Het verschil tussen de groep ouders die alhoewel ongelukkig gehuwd toch bij elkaar gebleven was en de groep die gescheiden was bestond uit het al of niet jong getrouwd zijn, werken op een eigen bedrijf en de mate van opleiding.

Echter, hoe ingewikkeld het verband tussen een disharmonisch huwelijk en echtscheiding ook moge zijn, één ding is zeker: mensen die gelukkig zijn scheiden niet en alle die scheiden waren ongelukkig gehuwd (met een enkele uitzondering voor hen die

wegens financiële voordelen of nationaliteitskwesities een goed huwelijk verbreken). Met andere woorden: huwelijksongeluk is een absolute voorwaarde voor echtscheiding. Niet ieder die een onbevredigende huwelijksrelatie heeft gaat scheiden, maar wel is ieder die scheidt ongelukkig gehuwd.

Vandaar dat het onderzoek over huwelijksgeluk (of anders geformuleerd: over het succesvolle, harmonieuze of bevredigende huwelijk) en over de oorzaken van een verstoring daarvan van groot belang is. We willen ons daarom in deze paragraaf over de oorzaken van echtscheiding beperken tot een analyse van het individueel-psychologisch aspect van het zich al of niet gelukkig voelen in de huwelijksrelatie.

Huwelijksgeluk en -ongeluk

Onder huwelijksgeluk wordt verstaan het zichzelf kunnen zijn in een duurzame relatie met de huwelijkspartner. Het zichzelf kunnen zijn houdt in, dat men zich als persoon op verschillende niveaus bevredigd voelt, of zoals de uitdrukking zegt: 'Men voelt zich helemaal lekker en heeft het in alle opzichten naar zijn zin'.

Verskillende onderzoeken over huwelijksgeluk die hier vermeld zullen worden hebben slechts betrekking op een bepaald bevredigingsniveau. Om van al deze bevindingen een overzicht te kunnen geven hebben we een referentiekader nodig, waarbinnen alle aspecten te rangschikken vallen. Er bestaan verscheidene psychologische denkmodellen, volgens welke men de menselijke gedragingen en belevingen schematisch kan indelen. Elk heeft zijn eigen verdiensten en beperkingen. Hier wordt gekozen voor de psychoanalytische zienswijze, omdat de voornaamste onderzoekers op het gebied van huwelijks(on)geluk zich baseren op psychoanalytische veronderstellingen.

De psychoanalyse neemt aan, dat de mens te verdelen valt in een drijven- of behoeftenlaag (het Es), waarboven een niveau wordt gedacht van bewustzijn en realiteitszin (het Ik), met ten slotte daarop een etage waarin zowel ons geweten, onze normen en principes huizen, alsook onze idealen en toekomstwensen (zowel het SUPER-IK als het IDEEAL-IK). Wil een mens zich volgens deze indeling gelukkig voelen, dan zal hij op elk van deze drie niveaus en in hun onderlinge wisselwerking voldaan dienen

te zijn. Wellicht is men geneigd te denken dat dit ten aanzien van het huwelijk een veeleisende en schone wens is, maar geen werkelijkheid. Toch werd onlangs in Nederland door het merendeel der gehuwde mannen en vrouwen op de vraag of zij hun huwelijk goed vonden bevestigend geantwoord.⁶ Weliswaar is dit geen objectief feit en kunnen er bijkomende redenen ingewerkt hebben op dit positieve antwoord (onder andere het naar zichzelf toe redeneren), maar het weerlegt althans de veronderstelling dat het merendeel der echtgenoten zich subjectief ongelukkig gehuwd zou voelen.

Welke zijn de bevindingen die op ieder der genoemde niveaus betrekking hebben?

A. Op het vlak van de behoeftebevrediging is door Winch⁷ bij vijfentwintig Amerikaanse studentenechtparen ontdekt, dat de ene partner het complement van zichzelf bij de ander zoekt. Iemand die heerszuchtig van aard is vindt aansluiting bij een persoon die zich het prettigste voelt in een onderdanige positie. En degene die graag wil zorgen voor een ander treft niet toevallig iemand die bij voorkeur verzorgd wil worden. Afhankelijk van het feit of de man of de vrouw de ene of de andere behoefte heeft, krijgt men verschillende combinaties. Bijvoorbeeld: als de man dominerend is en de vrouw slaafs, dan krijgt men een paternalistisch huwelijk, zoals dit tot voor kort in onze Westerse samenleving als het standaardmodel gold.

In de psychiatrische praktijk en op bureaus voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden zien we in overeenstemming met de zienswijze van Winch herhaaldelijk huwelijksmoeilijkheden optreden bij die mensen, welke met onvervulde verlangens uit hun jeugd zijn blijven zitten en hopen dat hun partner deze alsnog zal vervullen. Hoewel in dat geval de verwachtingen complementair van inhoud zijn, wordt de huwelijksrelatie toch onbevredigend, omdat er wat betreft intensiteit meer gevraagd wordt dan ooit door een huwelijkspartner gegeven kan worden. Trouwens, een dergelijk iemand mag nog zulke kinderlijke behoeften hebben, hij zal anderzijds als volwassene toch niet verdragen in alle opzichten als een kind behandeld te worden. Daardoor wordt het ook voor hem of haar zelf onduidelijk wat er nu eigenlijk verlangd wordt van de partner. De psychiater Berne⁸ geeft van dit soort gecompliceerde interacties fraaie voorbeelden.

B. Nu wat betreft het niveau van de meer bewuste eigenschappen en mogelijkheden om met de realiteit rekening te houden.

Op dit vlak is veel onderzoek verricht, vooral in de USA. Reeds dertig jaar geleden werd aldaar het idee gelanceerd dat huwelijksgeluk afhankelijk is van de persoonlijke karaktereigenschappen van de partners.⁹ Men ondervroeg gehuwden en gescheidenen met behulp van allerlei vragenlijsten.¹⁰ Hieruit bleek dat gelukkig gehuwde mannen en vrouwen zichzelf en elkaar beschreven als: zeker van zichzelf, welwillend, optimistisch, conventioneel, conservatief, met verantwoordelijkheidsbesef, in staat aandacht te geven en ook – wat moeilijker is ook al lijkt dit niet zo – te ontvangen; tenslotte als voornaamste kenmerk: in staat zijn zich aan te passen aan wisselende omstandigheden. Ongelukkige echtgenoten bleken: onzeker, radicaal, individualistisch, dominerend, zich terugtrekkend, prikkelbaar, opstandig en vlug driftig met neiging tot vechten. Dergelijke kenmerken werden ook bij gescheidenen gevonden.¹¹

De theoretische mogelijkheid dat al deze trekken eerder veroorzaakt worden door een ongelukkig huwelijk in plaats van omgekeerd lijkt onwaarschijnlijk en is gedeeltelijk weerlegd door Winch.¹² Hij stelde namelijk bij verloofde stellen dezelfde verdeling van karaktertrekken vast. En het is al veel onwaarschijnlijker, dat deze trekken reeds na enkele jaren kennismaking zouden opgeroepen zijn dan na lange jaren huwelijk. Clemens¹⁰ vond bovendien dat deze karakterisering bij gehuwden en gescheidenen niet alleen verschillend waren van aard maar ook van intensiteit. De genoemde kenmerken werden opgespoord met behulp van vragenlijsten, die zich voornamelijk baseren op de 'Personality Inventory' van Bernreuter,¹³ een reeds dertig jaar bekende karakter-vragenlijst voor normale personen. Waarschijnlijk wordt met dit soort instrumenten een algemene factor gepeild, die onderscheid maakt tussen neurotische en gezonde mensen. Onder neurotisch wordt hier verstaan de neiging te reageren met angst, geremdheid en vage wisselende lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, moeheid en dergelijke. Gezonde mensen vertonen in hun relatievorming een openheid en een zich gemakkelijk verplaatsen in de ander. Zij sluiten zich niet af, noch bespelen zij een ander, maar hebben eerder een kritisch oog voor zichzelf. Het zijn echtgenoten die meer in termen van 'wij' en 'ons' spre-

ken, dan 'ik' en 'mij'.¹⁴ Tot het IK-niveau worden ook gerekend de verschillende wijzen waarop men moeilijkheden kan verwerken zoals gaan klagen, zich in het werk storten, prikkelbaar worden of – in positieve richting – zich goed over een teleurstelling heen kunnen zetten, zich aanpassen, en dergelijke. De verwerkingsmanieren bleken volgens een groot en goed opgezet onderzoek in de USA van groot belang voor de relatie tussen man en vrouw op momenten dat deze belast worden door buitengewone omstandigheden.¹⁵

C. Tenslotte de bespreking van de rol van het verwachtingspatroon en de ideaalstelling. Concreet: als dit meisje gaat trouwen, hoe verwacht ze dan dat haar jongen als echtgenoot voor haar zal zijn? Indien zij bijvoorbeeld uit een patriarchaal autoritair gezin komt, zal zij dan dezelfde houding van haar man verwachten als zij indertijd van haar vader heeft ondervonden (indien althans de relatie dochter-vader bevredigend was)? Stel dat de jongen uit een ander type gezin komt – bijvoorbeeld uit een modern gezin waarin de ouders kameraadschappelijk met hun kinderen omgaan – dan zullen de verwachtingspatronen van deze jongen en dit meisje over en weer niet kloppen met het werkelijke gedrag van de ander.

Dit soort verwachtingen oefenen niet alleen in het algemeen een invloed uit op het huwelijksgeluk.¹⁶ Er bleek ook een specifieke invloed op de huwelijkskeuze aanwezig van het beeld dat men zich van de ouders gevormd heeft.¹⁷ Hierbij kwam naar voren dat de echtgenote meer op haar schoonmoeder leek dan de echtgenoot op zijn schoonvader. De keuze van de jongen werd dus meer door zijn ouderbeeld bepaald dan die van het meisje. Een andere onderzoeker¹⁸ toetste de veronderstelling dat gescheiden paren een groter onderscheid in hun rolverwachtingen als echtgenoot en echtgenote vertonen dan gehuwde paren. Daartoe ondervroeg hij honderd gescheidenen en honderd gehuwden met een zelf gemaakte vragenlijst. Zijn hypothese werd volgens deze methode bevestigd. Het verwachtingspatroon wordt niet alleen bepaald door wat men bij de ouders heeft gezien, maar eveneens door de ontdekking buiten het gezin van dat wat in de maatschappij verwacht wordt ten aanzien van het optreden van man en vrouw. Het meest voorkomende patroon in onze Westerse maatschappij is dat de man de toon aangeeft en de

vrouw, hem toegewijd, de dagelijkse belangen behartigt en bestiert. Uit een Amerikaans onderzoek van honderd gelukkig gehuwde echtparen kwam naar voren dat de mannen 'masterful, but flexible' zijn, terwijl de vrouwen werden gekwalificeerd als 'devoted, but striving and equal'.¹⁹ Wat dit betreft lijkt er in de loop van de laatste tweeduizend jaar nog niet zoveel veranderd te zijn in de Westerse cultuur, gezien de bijbelse uitdrukking dat de vrouw voor de man is 'een hulp aan hem gelijk' (Gen. 2, 18).

Wanneer nu echter een onderdanige man een huwelijk sluit met een overheersende vrouw dan vullen zij weliswaar elkaars behoeften aan, maar vertonen zij een patroon dat tegengesteld is aan dat van de meeste mensen om hen heen. Uit een aanvankelijk onderzoek⁷ lijkt waarschijnlijk, dat het echtpaar dit verschil van hun relatie met dat van de omgeving erger vindt dan het voordeel van het onderling elkaar aanvullen op het individuele vlak. De onderdanige man zal door de maatschappelijke verwachting gedreven toch proberen overheersend te worden en de overheersende vrouw zal trachten onderdanig te zijn. De omstandigheden dat een rolpatroon in overeenstemming is met datgene wat als norm geldt in de maatschappij zal dus zogezien meer doorslaggevend zijn voor de onderlinge harmonie, dan een wederzijds aanvullende behoeftebevrediging.

Die huwelijken zijn het stabielste, waarin de persoonlijke rolverdeling samenvalt met een van de maatschappelijk aanvaarde rolpatronen.

Wat het idealiseren betreft is herhaaldelijk geconstateerd, dat verloofden geneigd zijn het huwelijk te romantiseren.²⁰ Bovendien heeft ook zonder dit laatste toch al in elk huwelijk een ontuchtering plaats, omdat de keuze van de partners niet toevallig is en de verdere loop der gebeurtenissen in een huwelijk dit wel is.²¹ Een derde vertekenende factor hierbij wordt gevormd door de omstandigheid dat de waarneming van een ander niet hetzelfde is als de ander zelf. Omdat de wens vaak de vader is van de gedachte en men niet objectief kan vaststellen of de ander werkelijk is zoals men veronderstelt uit de eigen waarneming (die weer door onze wensen gekleurd is), is het gevaar niet denkbeeldig dat men niet zozeer met elkaar overeenstemt als men gedacht had.²² Dit is te meer van belang omdat in een ander onderzoek naar voren kwam dat voor een huwelijkspaar

als groep van twee niet geldt wat voor een andere willekeurige groep wel opgaat, namelijk dat hoe langer en frequenter men met elkaar omgaat, hoe beter men elkaar gaat begrijpen en hoe meer men het onderling eens wordt. Weliswaar vertoonden gehuwde paren significant meer overeenstemming in belangrijke zaken dan willekeurig samengestelde paren, maar de mate van dit eens zijn verandert in de loop van de tijd niet meer door hun interactie. Evenmin bleek dat hoe democratischer de relatie lag hoe meer men tot overeenstemming kwam. We dienen daarbij in aanmerking te nemen, dat een huwelijk als groep van twee een geheel eigen karakter heeft door de gerichtheid op duurzaamheid. Een andere onderzoeker²⁴ vond overigens dat mannen ten opzichte van hun echtgenoten meer de leiding nemen bij het uitvoeren van een gemeenschappelijke taak dan tegenover vreemde vrouwen. Bovendien bleek dat mannen minder lachten met hun ega's dan met onbekende gehuwde vrouwen van dezelfde leeftijd! De hierboven genoemde drie factoren, te weten: neiging tot romantiseren, inwerking van het toeval en het verschil tussen wens en werkelijkheid, leiden onherroepelijk tot ontuchtering en desillusies. Geen wonder dan ook dat echtscheiding het frequentste voorkomt in de aanvangsjaren van het huwelijk.

Tenslotte bestaan er een aantal eigenschappen, waarvan het de vraag is tot welk psychoanalytisch niveau zij gerekend moeten worden. In een Nederlands onderzoek werd verzocht te antwoorden in welke mate man en vrouw vonden dat een van de twee opgegeven eigenschappen, die min of meer elkaars tegengestelde waren, bij hem of haar pasten. Dit waren uitersten zoals gezelschapsmens of teruggetrokken mens, tevreden met zijn bestaan of het liever anders willen, snel of langzaam reageren, houden van drukte en levendigheid of van stilte en kalme omgeving, al of niet godsdienstig, temperamentvol of laconiek, enzovoort; in totaal vijftien van dergelijke tegenstellingen. Op het eerste gezicht krijgt men de indruk dat in deze eigenschappen elementen gepeild worden die op alle drie de niveaus betrekking hebben. We vermelden dit onderzoek hier, omdat uit de bewering bleek, dat hier niet opging dat uitersten elkaar aantrekken, maar eerder: 'soort zoekt soort'.²⁵ Althans, hoe sterker de verschillen waren tussen de echtgenoten, des te sterker werd er door hen geklaagd over angst, geremdheid en lichamelijke func-

tiestoornissen. Tevens bleek, dat naarmate men minder op elkaar geleek in bovengenoemde eigenschappen, men des te meer een scheiding overwogen had.

Samenvattend kunnen wij grofweg – om niet te zeggen simplistisch – veronderstellen dat, voor zover dit tot nu toe psychologisch is nagegaan, huwelijksgeluk bepaald lijkt te worden door het verschijnsel dat op het driftniveau uitersten elkaar zoeken, terwijl voor het IK- en SUPER-IK-vlak eerder geldt: ‘soort zoekt soort’.

Globaal gezien lijkt de stabiliserende factor voor huwelijksgeluk: het geestelijk gezond zijn der partners en van hun relatie. Dit wil zeggen dat zij beiden een zo groot incassering- en integratievermogen hebben, dat zij teleurstellingen kunnen verwerken en zich soepel kunnen aanpassen aan onverwachte gebeurtenissen. Positief geformuleerd houdt dit o.a. in, dat men beiden mag, kan en durft te genieten van samen gelukkig zijn.

3 *Het verwijderingsproces voor de echtscheiding*

De tijd tussen de wettelijke echtscheiding en de eerste keer dat het woord echtscheiding serieus valt bedraagt gemiddeld twee jaar. Men gaat meestal reeds één jaar voor de officiële scheiding uit elkaar.²⁶ Deze getallen geven waarschijnlijk nog slechts in lichte mate weer, dat aan de juridische echtscheiding een jarenlang durend proces van verwijdering voorafgegaan is. Waardoor dit proces precies begonnen is, valt vaak moeilijk terug te vinden. Zoals uit de voorgaande paragraaf blijkt, kunnen dit vele factoren zijn die veelal met meerdere tegelijk inwerken. En ‘wie is er de schuld?’ is dan de vraag. Het Nederlandse spreekwoord antwoordt: ‘waar er twee vechten, hebben er twee schuld’. Inderdaad blijkt deze mening ten aanzien van de echtscheiding onder de bevolking te leven. Volgens het onderzoek ‘De balans van het huwelijk’ meent meer dan de helft van getrouwd Nederland (56% van de mannen en 59% van de vrouwen), dat echtscheiding meestal het gevolg is van fouten van beide echtgenoten.²⁷

Na de vragen over het waardoor en door wie een verwijderingsproces op gang komt, blijft nog de vraag hoe dit geschiedt. Volgens Goode²⁶ is het vooral de man die in onze Westerse maatschappij begint met het aansturen op een verwijdering. En deze

zou dit zo doen dat hij zijn vrouw ertoe brengt als eerste te gaan klagen. Dit komt door haar grotere afhankelijkheid. De gehuwde vrouw wordt weleens vergeleken met een vogel in een mooie kooi met alles wat haar hartje begeert. Zolang alles goed gaat en het mannetje ‘s avonds thuis komt en lief en leed deelt, voelt de vrouw niet dat zij gekooid is en afhankelijk van hem. Maar zodra het mis gaat tussen hen heeft zij het eerste reden tot klagen, omdat zij in een moeilijker positie verkeert. Er werd vastgesteld dat bij een overigens normale belasting in het huwelijk, zoals de geboorte van het eerste kind, de vrouw in klachten en de man in zijn werk vlucht.¹⁵

Enmaal het woord echtscheiding gevallen, verdwijnt doorgaans de humor en het spelelement uit het bekvechten en gaat men elkaar meer en meer kwetsen.

Er komen weliswaar bij wijze van uitzondering echtparen voor bij wie het gewoon geworden is om met zware dreigementen te gooien, maar in het algemeen gesproken is het uitspreken van de mogelijkheid van scheiding een bitter ernstige zaak. Het doet denken aan het noemen van zelfmoordideeën door een depressief iemand. Ten onrechte zegt de volksmond hiervan: ‘die het zeggen doen het niet’.

Integendeel, de psychiatrische ervaring leert dat zij die het vernoemen reeds bezig zijn vertrouwd te worden met de mogelijkheid tot, zodat de afstand tot de uiteindelijke daad kleiner wordt. Vandaar dat het uitspreken van de mogelijkheid echtscheiding een teken aan de wand is. Het is dan de hoogste tijd om de ernst van de situatie te beseffen en er iets aan te gaan doen, eventueel met behulp van een derde (zie paragraaf 6). Het proces bij de twee promisse die uiteindelijk tot echtscheiding komen, verloopt als een spiraal die de diepte indraait: het ene woord lokt het andere uit, men laat het er niet bij zitten en komt met een nog feller verwijt, enzovoort. Zo stoot men elkaar steeds meer af, komt steeds verder van elkaar af te staan en gaat men zich op een gegeven punt afvragen wat men eigenlijk nog gemeen heeft en waarom men niet uit elkaar zou gaan. Dan volgt vaak buiten medeweten van de partner de eerste gang naar een advocaat om zogenaamd vrijblijvend inlichtingen in te winnen voor geval dat... Het officieel echtscheiding aanvragen is dan nog slechts één stap. Sommigen laten dit laatste na, omdat zij nu pas beseff-

fen tot aan de uiterste grens gegaan te zijn en schrikken alsnog terug voor de laatste consequenties.

Anderen merken dat hun – vaak onbewuste – opzet zo doende geslaagd is: namelijk een noodsein uit te zenden naar de partner of druk op hem uit te oefenen. Hoe groot het aantal van deze bijna-gescheidenen bedraagt, is niet precies na te gaan. Het moet liggen tussen de 5% die echtscheiding overwogen hebben maar niet volvoeren en de 2 promille die er werkelijk toe komt. Echter, één ding is zeker: bij degenen die een dergelijke bijna-scheiding doorstaan hebben laat het zijn sporen na. Want dit proces van verwijdering, dat uitloopt op een bijna-scheiding of een feitelijke echtscheiding, is een emotioneel zeer ingrijpend gebeuren. De hevigheid ervan kan men vergelijken met het rouwproces bij nabestaanden van een overleden geliefd iemand of met het absoluut verdriet van kinderen die van hun ouders gescheiden worden.

Er is over dit verdriet- en rouwproces, op gang gebracht door het plotselinge, absolute en totale verlies van een geliefd persoon, reeds het een en ander in de psychiatrie en ontwikkelingspsychologie bekend.²⁸

Dit rouwproces om een dode heeft een wetmatig verloop in drie fasen.

De *eerste fase* wordt gekenmerkt door verbijstering, verdriet, het eigenaardige gevoel dat de ander nog aanwezig is, ijdele hoop op terugkeer van de verlorene en woede op het leven en zelfs op degene van wie men gescheiden is, omdat deze ons in de steek liet.

De *tweede fase*, welke tot maanden nadien optreedt, bestaat uit groeiende wanhoop, stil verdriet, zich eenzaam voelen en depressief worden. Men gaat aan zichzelf twijfelen, voelt zich schuldig omdat men meent te kort geschoten te zijn en ziet geen hoop meer in de toekomst. Er ontstaat een toestand van berusting en apathie, soms overdekt door rusteloosheid en zich storten in allerlei bezigheden.

Fase 1 en 2 gaan veelal gepaard met allerlei lichamelijke stoornissen zoals: slapeloosheid, hoofdpijn, vermoeidheid en spier- en gewrichtspijnen.²⁹

De *derde fase* tenslotte, na maanden of jaren pas doorkomend, is de fase van voortaan óf oppervlakkig contact houden met iedereen óf van langzaam herstel en heropleving.

Indien dit laatste het geval is, merkt men achteraf toch even helemaal opgegaan te zijn in een gesprek of bezigheid en even bevrijd te zijn geweest van een bedrukt gevoel. Deze momenten nemen toe; men bemerkt toch nog iets waard te zijn in de ogen van anderen en zichzelf; men krijgt hoop, gaat meer contacten aan en groeit eventueel toe naar een nieuwe duurzame band met een ander.

Het scheidingsproces van mensen, die indertijd uit liefde met elkaar huwden en door de jaren aan elkaar gehecht werden, verloopt in grote lijnen hetzelfde. De verschillen met het rouwproces om een dode worden veroorzaakt:

1. Doordat de scheiding niet plotseling geschiedt, maar meestal een lange voorgeschiedenis heeft van geleidelijk uit elkaar groeien.
2. Doordat de scheiding niet absoluut is, omdat de ander blijft leven en doordat de scheiding niet onherroepelijk is, maar in principe voor een tweede maal met dezelfde partner gehuwd kan worden.
3. Doordat de scheiding niet totaal is maar de ander na de scheiding altijd ergens aanwezig blijft.
4. Doordat de scheiding voor minstens een van beide partners niet meer het verlies van een geliefde betekent, althans op het moment van het feitelijk uit elkaar gaan. Echter wel ergens daarvóór, want men trouwt meestal uit liefde.

Indien dit laatste niet het geval was maar beide partners door een uiterlijke (bijvoorbeeld een zwangerschap) of innerlijke (bijvoorbeeld een neurotische instelling waarover in het vervolg meer gezegd zal worden) omstandigheid gedwongen werden te huwen, dan kan dit op dat moment zelf – psychologisch gezien – niet als een echte verbintenis beschouwd worden.

Maar in dit bijzondere geval van een huwelijk door een uitwendige noodzaak, kan er ondanks deze belemmerende beginomstandigheid toch nog een liefdesband groeien. En dan geldt ten aanzien van deze echtgescheidenen alsnog hetzelfde, als voor hen die oorspronkelijk uit persoonlijke voorkeur trouwden.

Wanneer echter in de loop van het huwelijk geen liefdesband groeit, kan er toch een zekere mate van gewend en vertrouwd worden met elkaar ontstaan en misschien zelfs een zekere gehechtheid in verschillende opzichten, zoals bijvoorbeeld het verzorgd worden of de eenzaamheid delen. De scheiding verloopt ook voor deze laatste mensen in de genoemde drie fasen, maar dan slechts ten aanzien van de gehechtheid. Daardoor zal de intensiteit minder sterk zijn dan wanneer er van het begin af liefde in het spel was. Het begrip liefde wordt hier gebruikt in de volle subjectieve betekenis van het woord. Nu, afgezien van bovengenoemde uitzondering, terug naar de vier onderscheidene factoren.

ad. 1. Een scheiding geschiedt niet altijd plotseling. Integendeel, meestal heeft deze een jarenlange voorgeschiedenis. Het komt voor, dat het innerlijk minder gericht worden op de ander slechts voor een van beiden geldt en dat de andere partner hiervan niets bemerkt en blijft liefhebben. Als deze laatste dan plotseling verast wordt door het voornemen van de partner om te scheiden of – nog bruusker – geconfronteerd wordt met diens plotselinge vertrek, dan zal de scheiding vrijwel even hard aankomen als na het verlies van een geliefde partner door de dood. Men kan zich afvragen of het in stilte van een partner afgroeien mogelijk kan zijn, als er ooit van ware liefde tevoren sprake is geweest. In elk geval heeft het dan toch aan minimale communicatie tussen het paar ontbroken. En dit in combinatie met toch wel aanwezige liefde is weer zo uitzonderlijk en merkwaardig, dat men een ziekelijke in casu neurotische constellatie als achtergrond gaat vermoeden.

Gewoonlijk echter heeft reeds voor het definitief verlaten van elkaar bij beide partners een proces plaatsgehad, waarin de liefde geleidelijk omgeslagen is in haat, ergernis of onverschilligheid. In dat geval is op het moment van de laatste groet geen sprake meer van een afscheid van een geliefde. Het scheidingsproces is dan gesplitst geworden in een psychisch uit elkaar groeien vóórdat een van beiden het huis verlaat en in een lijfelijke separatie daarna. Men is geneigd de draagwijdte van het laatste te onderschatten. We vinden de typische menselijke kwaliteiten zoals begrip hebben voor en invoelen in en meeleven met een ander zo belangrijk, dat wij vergeten dat dit slechts mogelijk is bij de gratie van het lichamenlijk aanwezig zijn. Verder is de

lichamelijkheid van elkaar zo vanzelfsprekend gegeven in duizend en één gewoonten en gebaren, dat wij het gemis pas voelen als de ander afwezig blijft. Een vrouw zal haar man missen om even een karweitje op te knappen; de eenzame man mist plotseling bloemen in zijn kamer; beiden worden zich pijnlijk bewust dat het huis of de kamer waar zij binnen komen niet meer verlicht en warm is maar donker, koud en leeg.

Samenvattend brengt de lichamenlijke scheiding op zich, hoe zeer men ook psychisch reeds van elkaar af staat, toch weer een opleving van het pijnlijke separatieproces met zich mee. Zij het niet zo intensief als wanneer, zoals bij de dood van een geliefde echtgenoot, psychische en fysieke scheiding samenvallen.

ad 2. Wat het tweede verschil betreft: bij echtscheiding is het afscheid niet absoluut in die zin dat het niet onherroepelijk zou zijn. Weliswaar zal het zelden tot een hertrouwen met dezelfde partner komen, maar de mogelijkheid daartoe werkt vaak op andere manieren voort. Bijvoorbeeld in de hoop dat de ander zijn fout of schuld zal inzien, of dat deze door heil gemis eens goed zal gaan beseffen wat een waardevol iemand hij of zij in de steek gelaten heeft. Of bijvoorbeeld in de vorm van jaloezie op een nieuwe partner van de ander of in het kwalijk nemen dat hij of zij niet loyaal is in het alleen voortleven.

In dit soort zaken is menselijk gevoel even onlogisch en absoluut als een kind dat pas afstand van iets wil doen, indien een ander er ook niets meer aan heeft.

ad 3. De derde factor die een onderscheid geeft met het rouwproces is het blijven voortleven van de partner. Op allerlei manieren wordt men herhaaldelijk aan diens voortbestaan herinnerd: door de alimentatie, door de kinderen, door vrienden en kennissen en door allerlei gemeenschappelijke belangen en gewoonten. Telkens zal deze confrontatie met de gewezen echtgeno(o)t(e) iets doen en een bepaalde bewuste instelling vragen. In de tijd tussen het feitelijk uit elkaar gaan en de juridische echtscheiding speelt dit uiteraard nog sterker dan daarna.

ad 4. Tenslotte het vierde aspect: de omstandigheid dat de geliefde geen geliefde meer is op het moment van het laatste

afscheid. Zoals onder het eerste punt al beschreven is, heeft een groot gedeelte van het separatieproces al voor de scheiding plaatsgehad. Ook al wordt het lichamelijke gemis dat op het lieflijk-uit-elkaar-gaan volgt onderschat, toch is de totale breuk dan minder pijnlijk omdat al een groot stuk psychische scheiding verwerkt is. Soms is er sprake van een zekere opluchting, omdat men niet meer dagelijks geconfronteerd wordt met ergernis, haat, beklemming of angst die door de ander opgeroepen wordt. Zeker op het moment van de scheiding zelf en kort daarna kan men deze bevrijding ervaren. Maar enige tijd later blijkt veelal dat men toch met meer banden aan elkaar vastzat dan men zich realiseerde en volgt alsnog een stuk ontwennen en losraken van elkaar.

Zo lijkt ook het echtscheidingsproces, althans psychologisch gezien, een variatie op het algemeen bekende separatieproces, dat een van de belangrijke en instinctmatig bepaalde reactiepatronen is van de mens. Zoals een dierenjong krijst en tekeergaat als het verlaten wordt door het moederdier, waarschijnlijk om daardoor de moeder terug te roepen, zo zou het kunnen zijn dat het menselijk verdriet bij scheiding oorspronkelijk dezelfde betekenis had. Men wil niet verlaten worden, men wil niet scheiden en gescheiden worden van iemand die men nodig heeft om zijn liefde of uit behoefte aan verzorging.

Daarnaast echter leeft tevens een drang tot zelfstandigheid en zichzelf kunnen zijn in vrijheid, alleen of samen met een ander. Wanneer dit zichzelf kunnen blijven in relatie met de huwelijkspartner bedreigd wordt, ontstaat de strijd tussen de drang naar zelfbehoud en de drang naar affectie en relatie met de ander. Moet men zichzelf voor een stuk prijs geven of scheiden van de levenskameraad? Volgt het laatste dan brengt dit, zoals hierboven beschreven, veel pijn met zich mee. Het eerstgenoemde, zij het echter op een heel andere wijze, niet minder. De sterken en de gezonden kunnen de scheiding echter verwerken en zullen een nieuw leven opbouwen. De ervaren clinicus Rümke placht te zeggen dat een geestelijk gezond mens in staat is een zwaar persoonlijk verlies in een half jaar tijd te boven te komen.

Zij die echter trouwden uit onzelfstandigheid, om in het huwelijk op de andere partner te kunnen steunen, zullen het na een scheiding veel moeilijker hebben, omdat zij het leven alleen nauwe-

lijks aankunnen. Deze onzekere mensen lopen bovendien meer gevaar te scheiden, doordat zij teleurgesteld worden in hun kinderlijke en te hoog gespannen verwachting van de ander (wat zij zelf niet kunnen, verlangen zij van de ander). En verder doordat de partner van zijn of haar kant het benauwd krijgt van het opeisende karakter van zijn onzekere gezellin.

Wanneer twee zulke onuitgegroeide mensen elkaar vinden kan het zijn dat zij, wanneer zij precies aan elkaars behoeften beantwoorden, minder kans lopen te scheiden dan wanneer een van de twee minder volwassen is dan de ander. Murstein³⁰ vond, dat paren die volgens een geijkte vragenlijst in gelijke mate over geestelijke gezondheid beschikken zich verder ontwikkelden dan stellen waarin deze ongelijk was. Wanneer beiden gezond zijn spreekt dit voor zich, maar het gold ook voor partners die beiden neurotisch waren. Zij gingen samen verder vooruit in hun relatie dan wanneer een van beiden neurotisch was. In sociaal-psychologische termen vertaald is de dissonantie tussen de twee ongezonden kleiner dan tussen een gezond en een ongezond iemand. Populair gezegd helpen deze mensen elkaar zoals een blinde en een kreupele. Er dreigt echter scheiding als het evenwicht verbroken wordt doordat de blinde enigszins gaat zien of de kreupele beter leert lopen.

Samenvattend kan het uit elkaar groeien en het elkaar verlaten bij ieder der partners een psychologische dynamiek op gang brengen, die met enige variatie te vergelijken is met het separatieproces van kind en moeder of met het rouwproces na het plotseling overlijden van een geliefd iemand. Dit proces en de variatie daarvan bij het proces van echtscheiding werden beschreven.

4 De wettelijke scheiding, psychologisch bezien

Psychologisch gezien valt er op de huidige wettelijke regeling en uitvoering der echtscheiding in Nederland wel het een en ander aan te merken. Daarbij moet men in aanmerking nemen dat de psycholoog en psychiater zich in de eerste plaats richten op de geestelijke gezondheid van het individu en pas in tweede instantie op die van de gehele maatschappij. Het doel is de bevordering van de harmonie tussen mens en omgeving, waarbij men dit meer benadert vanuit de persoon dan vanuit de gemeenschap.

De psychiater Fromm³¹ bijvoorbeeld definieert geestelijke gezondheid niet in termen van aanpassing van het individu aan de gemeenschap, maar in termen van aanpassing van de gemeenschap aan de behoeften van de mens.

Wat huwelijk en echtscheiding betreft betekent dit, dat het huwelijk er voor de mens is en niet de mens voor het huwelijk. Of anders geformuleerd, de waarde van een huwelijk gaat niet boven de waarde van de enkeling.

Deze individualistische gedachtengang leeft sterk in onze tijd. De mensen zelf laten hier geen twijfel over bestaan. Bijvoorbeeld, op de vraag of men meende op wettelijke gronden te kunnen scheiden met wederzijds goedvinden antwoordde 60% van de Nederlandse gehuwde mannen en vrouwen bevestigend, terwijl de wet dit in feite niet toestaat.³² Men kan dit interpreteren als onwetendheid of stellen: 'dit zegt nog niets over de wenselijkheid daarvan'; maar het ligt veel meer voor de hand dat bij de respondenten de wens de vader van de gedachte is. Zo ook werden langdurige krankzinnigheid en niet in staat zijn tot seksuele omgang in ongeveer de helft van de gevallen als wettelijke echtscheidingsgronden verondersteld, terwijl de wet deze punten evenmin erkent. De vraag rijst dan toch wel of uit de beantwoording niet een subjectief aanvoelen spreekt van hoe men zich dit wenst. En verder dat men als gehuwde meent het recht te hebben om in de genoemde situaties uit elkaar te gaan, omdat men dit terecht vindt. Gehuwden weten uit ervaring hoe er in feite van geen huwelijk meer sprake is, als men niet langer met elkaar in een psychisch en lichamelijk contact staat.

De wet echter beschouwt het huwelijk als een gemeenschapsgoed en verbiedt daarom scheiding op grond van wederzijds goedvinden. Dit berust historisch gezien op een bescherming van kinderen en eigendom tegen een kennelijk veronderstelde willekeur of onvolwassenheid van de mens. Maar deze wetgeving die reeds ruim honderddertig jaar oud is loopt noodgedwongen op de feitelijke normen van de huidige mens achter. Immers, het vraagt veel tijd de gemeenschapswaarden te ontdekken en vast te leggen en nog meer tijd om aan de letter van de wet ook maar een jota te veranderen.

Zo zien wij in Nederland een wetgeving, die nog dateert van uit de tijd voor de industrialisatie en urbanisatie, en die uitgaat

van bevoogding, van de schuldvraag en van het toekennen van rechten en plichten. Kortom, de wet pretendeert het beter te weten dan de gehuwden zelf en beschermt hen zogenaamd tegen henzelf. De wetgever is hier trouwens inconsequent: hij erkent wel de volwassenheid en rechtsgeldigheid van een besluit tot huwen, maar miskent deze op het moment dat deze zelfde mensen, intussen jaren ouder en waarschijnlijk meer ervaren en volwassen geworden, uit elkaar willen gaan!

Als psycho-hygiënist zou men dan nog liever voor het omgekeerde pleiten: beschouw *de* mensen op het moment van trouwen nog niet geheel volwassen, maar wel op het moment van uit elkaar gaan. In feite gaan er stemmen op, zoals bijvoorbeeld van de bekende antropologe Margaret Mead³³, die pleiten voor een proefhuwelijk dat gemakkelijk te ontbinden is en waarvan het de bedoeling is dat er geen kinderen uit voortkomen. Dit eerste beperkte contract kan dan later eventueel gevolgd worden door het volledige huwelijk. Met het oog op de echtscheidingsfrequentie is dit een logische suggestie omdat scheidingen vooral in de eerste jaren van het huwelijk voorkomen en er dan meestal kleine kinderen de dupe van zijn. Samenvattend: wat er psychologisch valt aan te merken op de wettelijke regeling van huwelijk en echtscheiding is dat deze uitgaat van een achterhaalde mensopvatting en van de prioriteit van de gemeenschap boven het individu. Wat er te wensen valt is, dat de wet vanuit een positieve kijk op de mens ruimte zou laten voor zelfstandigheid en ontplooiing der burgers. Dit zou inhouden dat deze hun huwelijk zowel zelf kunnen sluiten als ook zelf kunnen ontbinden. De wet zal slechts bescherming dienen te bieden voor ongewild gedupeerden door goede sociale voorzieningen te eisen, maar dit zonder naar schuld te vragen en met gelijkwaardige erkenning van man, vrouw en kind. Intussen wordt op het ogenblik in Nederland het huwelijksrecht herzien. Het zal waarschijnlijk een verruiming van de bestaande echtscheidingsregeling met zich meebrengen (zie bijdrage van M. Rood-de Boer).

Wat de kerkelijke wetgeving betreft geldt, psychologisch gezien, hetzelfde als hiervoor ten aanzien van het burgerlijk recht gezegd is. Dat dit ook onder het kerkvolk leeft, bleek uit de aanbevelingen die tijdens het tweede Nederlands Pastoraal Conilie in januari 1969 door de meerderheid van de plenaire verga-

dering werden aangenomen (zie de bijdrage van M. de Jong). Ook hieruit kan men opmaken, dat in deze tijd de antropologische betekenis van het huwelijk als zó waardevol wordt beleefd, dat zij als maatgevend beschouwd wordt.

Nu wat betreft de psychologische consequenties van de huidige gang van zaken bij echtscheiding. Op de eerste plaats de langdurigheid van de procedure die meestal een half tot een jaar bedraagt. Dit brengt voor de betrokkenen met zich mee, dat deze al die tijd in spanning moeten afwachten. En dit niet zozeer op de uitslag van de beslissing van de rechter, maar vooral op het moment dat alles eindelijk definitief achter de rug is en dat er een punt gezet kan worden achter een jarenlange strijd. Een vrouw³² schrijft: 'De scheiding duurde van november tot april, lang, te lang. Je leeft op de toppen van je zenuwen, ik zat constant onder de librium'. Op de tweede plaats de verzoeningscomparitie. De rechter roept beide echtelieden nog eens vóór het instellen van de vordering tot echtscheiding op, om te proberen alsnog een verzoening te bewerkstelligen. Alsof er nu op zijn gezag binnen een half uur bereikt zou kunnen worden, wat beide betrokkenen samen niet voor elkaar kregen in honderden uren van vruchteloos pogen tot elkaar te komen! Ook dit is gezien vanuit het standpunt van de geestelijke gezondheid een onnodig pijnlijke confrontatie.

Wat valt er op te maken uit de gronden waarop echtscheiding aangevraagd wordt? Levinger³⁴ vermeldt een onderzoek in de USA van zeshonderd mensen die echtscheiding aanvroegen en op verzoek van de rechter door een huwelijksraadsman werden bezocht. Zij hadden allen kinderen onder de achttien jaar. De reden van echtscheiding werd in twaalf klassen gerangschikt, te weten: verwaarlozing van huis en kinderen, financiële problemen, lichamelijke mishandeling, woordmisbruik, ontrouw, seksuele onverenigbaarheid, drankmisbruik, moeilijkheden met de schoonfamilie, geestelijke wreedheid, gebrek aan liefde, overdreven eisen en andere gemengde klachten. De resultaten waren ten eerste dat de vrouwen gemiddeld tweemaal zoveel bleken te klagen als de mannen. Ten tweede dat de mannen over twee onderwerpen meer klaagden dan de vrouwen en wel over seksuele onverenigbaarheid en moeilijkheden met de schoonfamilie, terwijl in alle andere opzichten de vrouwen meer klachten vertoonden. Ten

derde dat de betere middenstand meer psychische klachten opnoemde en de lagere klassen eerder financiële problemen, lichamelijke mishandeling, ontrouw en drankmisbruik. Ten vierde dat hoe beter de opleiding was, hoe meer relatieproblemen er genoemd werden. De schrijver haalt in zijn nabeschouwing Galbraith aan die zegt, dat hoe hoger de sociale klasse is, hoe meer psychologische in plaats van economische factoren de problemen bepalen. Verder geeft Levinger de behoeften-rangorde van Maslow weer: voedsel, veiligheid, affectie, respect en zelfverwerkelijking. Als de twee aangehaalde auteurs gelijk hebben, zou dit betekenen dat naarmate in onze welvaartsstaat de mensen tot een hogere klasse gaan behoren en een betere opleiding genieten, de psychische kant van eventuele relatieproblemen van groter gewicht gaat worden, en dat met name huwelijk en echtscheiding meer bepaald zullen worden door het al of niet aanwezig zijn van affectie, respect en de kans op zelfverwerkelijking. Het feit dat steeds meer Nederlanders vinden dat de echtscheidingsgronden gemakkelijker gemaakt moeten worden, mag wellicht ook geïnterpreteerd worden als een toenemende mondigheid van de moderne mens (zie de NIPO-enquête over het moeilijker of makkelijker maken van de echtscheiding in de bijdrage van Douma). Op deze evolutie zou ook kunnen wijzen dat in Nederland reeds 40% van de getrouwde vrouwen en 33% van de getrouwde mannen het voor het geluk van de kinderen beter vinden, dat de ouders die niet meer met elkaar kunnen opschieten, gaan scheiden.

Sommigen zullen zeggen: Is het geen veeg teken dat het jaarlijks aantal echtscheidingen de laatste jaren in Nederland stijgt van 6000 in 1963/64 tot 7000 in 1966/67? Anderen zullen er echter op wijzen dat ook het aantal huwelijken is toegenomen en dat men beter oprecht kan scheiden dan een schijnhuwelijk in stand houden. Deze houding van oprechtheid spreekt bijvoorbeeld ook uit een ander onderzoek³⁵ onder de Nederlandse bevolking. Hierbij vond 70% van de ondervraagden, dat een echtpaar dat niet met elkaar kan opschieten en geen kinderen heeft beter uit elkaar kan gaan; 8% vindt dit ontoelaatbaar, 22% ongewenst. Hier spreekt een meerderheid der Nederlandse bevolking zich uit – en dit in tegenstelling tot de wet – voor een scheiding bij wederzijds goedvinden van twee ongelukkig gehuwden zonder kinderen.

5 Het psychologisch proces na de echtscheiding

Zoals in de vorige paragrafen reeds beschreven werd ligt het zwaartepunt van het emotioneel gebeuren niet zozeer bij de juridische echtscheiding, maar rond het uit huis gaan. Meestal valt dit moment vóór de wettelijke scheiding en betekent dit laatste nog slechts een bevestiging van een reeds op gang gekomen ontbinding. Een bevestiging echter, die voor een enkeling die nog steeds op herstel hoopte een definitieve breuk kan zijn met alsnog een verlate inzet van het separatieproces.

Voor de meesten begint na de juridische echtscheiding echter het leven als alleenstaande man of vrouw. 'Eindelijk vrij', zullen velen denken en nog meer zullen hopen: 'Nu begint mijn tweede leven, veel mooier en gelukkiger dan het eerste.' Het lijkt erop, dat hier weer een zeker romantiseren de kop opsteekt, zoals in de tijd rond het sluiten van het huwelijk. De ontzuivering kan dan ook niet uitblijven. Temeer omdat er in onze Westerse cultuur geen sociaal erkende plaats voor gescheidenen bestaat. Nog minder dan weduwen en weduwnaars horen zij bij een eigen groep en warden zij opgenomen in de kring der gehuwden. Enkele nuchtere cijfers geven dit harde en trieste feit weer. Uit 'De balans van het huwelijk'³ bleek dat 50% van alle getrouwde vrouwen het niet prettig zouden vinden regelmatig een gescheiden vrouw bij zich in huis te ontvangen. Zij zijn bang dat dit een gevaar voor hun eigen huwelijk oplevert. Bij de getrouwde mannen denkt 48% er net zo over. Heeft de gescheiden man het in dit opzicht gemakkelijker? Neen, want 47% van de getrouwde vrouwen ziet hem ook niet graag over de vloer komen en 52% van de mannen ziet in een gescheiden huisvriend toch wel een bedreiging. Men zou kunnen zeggen dat de helft van alle getrouwde Nederlanders de deur liever dicht houdt voor een gescheiden vrouw of man. Maar gelukkig staat daar die andere helft tegenover, die zegt: kom binnen. Maar doet een gescheiden vrouw dat gemakkelijk? Nee, antwoordden volgens Libelle³ vele gescheiden vrouwen die hiernaar gevraagd werden. 'Ook al ben je welkom, toch voel je je altijd het vijfde rad aan de wagen. Je vriendin ontvangt je samen met haar man en jij komt alleen. Zo'n hele avond denk je: ik wou dat hij ook maar eens wat zei, dan voelde ik me niet zo op visite.' En zo verslapt langzaam de vriendschapsband

in een periode, waarin die gescheiden vrouw meer dan ooit warme, oprechte vriendschap nodig heeft. Dat is de praktijk: zij is echt alleen, met haar verdriet, met haar problemen en met haar kinderen. Uit deze interviews* met gescheiden vrouwen citeren wij ook nog een andere vrouw die zegt: 'Ik heb ook wel eens het gevoel dat de mensen bang zijn voor het verschijnsel echtscheiding, omdat ze er zelf heimelijk naar verlangen, maar het niet aandurven'. Dit is een tweede reden waarom mensen gescheidenen weren.

En wat veel gescheiden vrouwen van gehuwde mannen ondervinden wordt vertolkt door een respondente die zegt: 'Ik wil het dan nog niet eens hebben over die getrouwde mannen, die je als jachtbuit beschouwen onder het verheven motto: die vrouw wil ook wel eens een verzetje'. Gezien de ervaring van gescheidenen dat zij door hun omgeving op een afstand worden gehouden is het geen wonder, dat velen van hen op zichzelf worden teruggeworpen. Trouwens, al zou hij of zij tot de gelukkigen behoren die goed door hun vrienden en kennissen worden opgevangen, dan nog zal hierdoor slechts een klein gedeelte van het vele uren alleen zijn gevuld worden. Vrijwel alle ondervraagden spreken dan ook van een persoonlijke crisis die na de echtscheiding optreedt. Niet zozeer de eerste weken maar meer in de maanden daarna, wanneer de stilte en de eenzaamheid zich laten voelen. Deze crisis doet zich vaak voor als een depressie en een twijfel aan zichzelf, zoals beschreven in de tweede fase van het rouwproces. De verschijnselen kunnen zo hevig zijn, dat ziekenhuisopname nodig is. Temeer omdat de patiënt(e) niet alleen thuis kan blijven en evenmin afhankelijk wil zijn van anderen. Zelfmoord komt bij gescheiden vrouwen driemaal meer voor dan bij gehuwde seksegenoten. Een andere uitweg wordt door een van de vier gescheiden vrouwen in de drank gezocht. Vijf van de zes gescheiden vrouwen zou volgens een overigens oppervlakkig Amerikaans onderzoek³⁶ binnen het jaar met meer dan één partner tot seksuele gemeenschap komen. Een van deze vrouwen merkte op: 'Toen we scheidden deed ik eerst een aantal dingen waar ik nu niet trots op ben, maar ik vroeg me af of er seksueel iets mis was met me. Ik wilde dit uitzoeken'.³³ Hoe redt zich ech-

*Wij zijn de Geïllustreerde Pers erkentelijk voor de toestemming door haar te doen verrichte interviews met tien gescheiden mannen, tien gescheiden vrouwen en tien kinderen van gescheiden ouders te hebben mogen bestuderen.

ter het merendeel uit deze moeilijke tijd? Gescheiden mannen vluchten veelal in hun werk of studie, de gescheiden vrouwen concentreren zich op de hun toegewezen kinderen (60% van de gescheiden vrouwen had in 1967 in de USA kinderen onder de achttien jaar). Een van hen zei: 'Als ik geen kinderen had gehad, weet ik niet of ik wel de kracht zou hebben gehad door te zetten. Ik vond het mijn plicht door te gaan tot het einde om wille van de kinderen. Maar het heeft me veel pijn gekost voorgoed met hem te breken'.³² Naast de opvoeding van de kinderen moet de moeder ook vaak gaan werken, omdat de alimentatie ontoereikend is of in het geheel niet wordt uitbetaald. Nog steeds verkeert de vrouw in Nederland in dat opzicht in een kwetsbaarder positie dan de man. De alimentatie is niet waardevast, de man kan de betaling daarvan op velerlei wijzen ontduiken en de vrouw verliest door de scheiding het recht op haar deel van het pensioen van de man. (Behalve voor vrouwen van rijksambtenaren die een pensioen krijgen in evenredigheid met de tijd dat zij met deze ambtenaar gehuwd zijn geweest.) Anderzijds echter zijn wij in ons land nog niet voldoende vertrouwd met de idee, dat een vrouw ook alimentatie aan een man kan betalen, indien zij meer verdient dan hij. De gelijkberechtiging zal ertoe moeten leiden, dat de vrouw van haar kant ook de voorrechten van de zogenaamde 'zwakste' opgeeft, anders vervallen we van de ene dubbele moraal in de andere. Men kan nu grosso modo zeggen, dat de rechtspraktijk de vrouw bevoordeelt door haar de kinderen, het huis en alimentatie toe te wijzen en de maatschappij de man voortrekt door erkenning van diens zelfstandigheid in beroep en relatievorming. Deze onevenwichtige balans zal slechts rechtgetrokken kunnen worden door een voortschrijdende emancipatie en pluriformiteit van rolgedrag van man en vrouw. We zien zich dit hier en daar reeds ontwikkelen.

Tenslotte de meest gekozen uitweg: het tweede huwelijk. Op januari 1968 stonden in Nederland 63.905 vrouwen en 37.547 mannen als gescheiden ingeschreven. Dit grote verschil moet, afgezien van een klein percentage dat te wijten is aan andere factoren, voornamelijk veroorzaakt worden door de omstandigheid dat gescheiden mannen kennelijk dus meer hertrouwen dan hun vrouwelijke lotgenoten. En dat bij voorkeur met een vrouw die nog nooit getrouwd is geweest of met een weduwe. In de

USA werd voor 1940 reeds vastgesteld dat 78% van de gescheiden mannen en 71% van de gescheiden vrouwen hertrouwen.³⁷ Hoe jonger, hoe meer kans op een tweede huwelijk. Van de vrouwen onder de 38 hertrouwt in de USA 80 tot 95%. In Nederland liggen de percentages voor mannen en vrouwen verder uit elkaar en waarschijnlijk voor beide groepen iets lager, omdat de gemiddelde huwelijksduur langer is dan in de USA. Het echtscheidingsrisico begint in Nederland pas af te nemen na het zesde tot negende jaar, terwijl dit in de USA reeds na vier jaar huwelijk het geval is. Toch is het zo, dat ook in ons land vijf van de zes gescheiden personen hertrouwen. Het tweede huwelijk vormt dus de meest voorkomende beëindiging van de gescheiden staat. Wat dat betreft is het gescheiden zijn geen uitzichtsloze situatie. De meesten slagen erin, weer contact te leggen met medemensen, gaan een relatie aan met een van hen en besluiten het huwelijks-experiment te herhalen. De vraag is of deze tweede keuze wel geheel volwaardig is en niet uit nood geboren. Afgaande op de echtscheidingscijfers blijkt dat meer dan de helft van de tweede huwelijken stabiel is: 3 van de 5 blijven bij elkaar. Weliswaar ligt dit echtscheidingsrisico hoger dan bij de eerste huwelijken, waar dit niet 2 op 5, maar 1 op 5 bedraagt.³⁸ Hoe komt het dat volgende huwelijken een groter echtscheidingsrisico hebben dan de eerstgeslotenen? Bij een tweede scheiding gevolgd door een derde huwelijk is dit verschijnsel nog duidelijker: de helft hiervan. Psychologisch gezien kan dit het gevolg zijn van een zekere geneigdheid tot echtscheiden in een bepaald persoon. Om dit met een vergelijking duidelijk te maken: wij vinden het niet meer toeval-ig wanneer dezelfde mensen herhaaldelijk verkeersongevallen maken. Evenmin kan herhaalde echtscheiding alleen aan toeval-ige omstandigheden toegeschreven worden, maar moet er ook iets in deze mensen zelf zijn dat hen telkens tot een volgende scheiding drijft. Wij hebben in de derde paragraaf gezien, dat de 'aanleg' hiervoor bestaat uit een zeer groot en complex geheel van factoren, waarvan het geestelijk ongezond zijn een van de belangrijkste is. Uit veldonderzoek³⁹ over geestelijke gezondheid onder echtgescheidenen in vergelijking met nooit gescheidenen kwam een betekenisvol verschil tussen beide groepen naar voren, vooral wat betreft drankzucht en opname in een ziekenhuis wegens overspannen of depressief zijn. Geestelijke gezondheid

werd hier omschreven in termen van drinken, zelfmoord, depressie, overspannen zijn, visite aan doktoren of opname wegens emotionele problemen en een symptomenlijst. Overigens bleek in sociaal lage klassen én de geestelijke gezondheid lager te zijn én de echtscheiding meer voor te komen dan in sociaal hogere klassen. Gescheidenen van lage klassen bleken echter nog minder geestelijke gezondheid te bezitten dan nooit gescheidenen van dezelfde klasse. Geestelijke labiliteit, veelal in de vorm van een neurose, speelt reeds mee bij de partnerkeuze, zodat het niet toevallig is dat telkens weer bij dezelfde mensen het huwelijk mislukt. Het zou te ver voeren om op de details van een neurotische partnerkeuze en interactie in te gaan. Dat er zoiets bestaat als meer kans op echtscheiding bij een huwelijk met een gescheiden man, blijkt ook uit de bevinding in de USA dat huwelijken tussen gescheiden mannen en weduwen korter duren dan gemiddeld, in tegenstelling tot huwelijken tussen vrijgezellen en weduwen.⁴⁰ En een andere Amerikaanse onderzoeker vond bij een vergelijking van vijftig hertrouwden (na scheiding) en vijftig gehuwden (eerste huwelijk), dat wat betreft hun huwelijksaanpassing gescheiden mannen significant minder aanpassing vertoonden dan gescheiden vrouwen. Zijn conclusie is de nieuwe hypothese, dat gescheiden hertrouwde vrouwen geen groter risico voor een volgend huwelijk vormen dan vrouwen die éénmaal huwen, in tegenstelling tot gescheiden hertrouwde mannen die een groter risico vormen dan mannen die éénmaal huwen. Overigens bleek bij de groep van de gescheiden hertrouwden de aanpassing in hun huidig huwelijk even goed als bij de éénmaal gehuwden.

Dit alles zijn, zoals gezegd, globale gegevens. Men zou elk tweede huwelijk op zich moeten kennen om te kunnen beoordelen of dit een vluchthaven is voor onverwerkte persoonlijke en scheidingsproblematiek, of dat het een gezond samengaan is van twee zelfstandige mensen, die ieder voor zich volledig losgegroeid zijn van de band met het eerste huwelijk. Maar als de eerste man of vrouw in het eigen gevoel nog voortleeft en men niet goed los kan komen, wat dan te doen? Deze en dergelijke vragen worden in de volgende paragraaf ter sprake gebracht.

6 Preventie, hulp en behandeling

Het beste middel tegen echtscheiding is een goed huwelijk. Naast en in wisselwerking met vele factoren op juridisch, sociologisch en ethisch terrein, die ertoe bijdragen dat een man en een vrouw bij elkaar blijven, is de voornaamste psychologische reden om niet te scheiden: het gelukkig gehuwd zijn.

Maar wat noemt men gelukkig of goed? In de meeste onderzoeken komt dit neer op wat de ondervraagde zelf aangeeft, dus op het subjectief gevoel van gelukkig gehuwd te zijn. In Nederland werd onlangs een groot onderzoek verricht, representatief voor de gehele gehuwde bevolking, waarin een objectieve maat van huwelijksstabiliteit werd gehanteerd.⁴² Een goed huwelijk is daarin een huwelijk waarin de echtparen goed communiceren (dit wil zeggen een juist oordeel uitspreken over elkaar) en waarin man en vrouw dezelfde mening hebben over een aantal belangrijke punten. Welnu, aldus geoperationaliseerd bleek dat dit positief correleert met twee factoren: huwelijkskwaliteit van de ouders (volgens de ondervraagden) en geestelijke gezondheid van de respondenten zelf (gemeten door middel van een klachtenschaal). Deze twee factoren bleken bovendien onafhankelijk van elkaar in te werken. Wat het voorkómen van echtscheiding betreft betekent dit waarschijnlijk, dat kinderen die het huwelijk van hun ouders als gelukkig beleven (dat wil zeggen dat zij het als zodanig waarnemen, wat nog niets zegt over de objectiviteit daarvan) later de mensen zijn die niet scheiden. En verder, dat een kind hoe geestelijk gezonder het kan uitgroeien tot volwassenheid, des te minder kans maakt later tot de groep der echtgescheidenen te gaan behoren. Deze vermoede predictie is een extrapolatie uit de gevonden correlaties. Uit een ander, wederom Amerikaans, onderzoek, blijkt dat het gevoel van geestelijk gezond zijn (gedefinieerd volgens en gemeten met de MMPI-vragenlijst) een voorspellende waarde heeft voor bijvoorbeeld de subjectieve vooruitgang van een verkering.⁴³ De jongen bleek daarin meer doorslaggevend dan het meisje, waarschijnlijk omdat de man in onze cultuur hierin een actievere rol vervult. De omstandigheid dat een meisje tijdens haar verlovingstijd aan de juistheid van haar keuze twijfelde maar toch trouwde²¹ bleek later een factor die de kans op echtscheiding verhoogde.

Deze bevindingen onderstrepen nogmaals het belang van een opvoeding tot psychische weerbaarheid binnen een gezin met open communicatie en eensgezindheid tussen de ouders.

Een goede preventie van eventuele schadelijke gevolgen van de echtscheidingsprocedure zelf komt mijns inziens neer op een geheel andere wettelijke regeling dan de tot nu toe gebruikte. De schuldvraag, de wettelijke gronden, de grote leugen, de lange wachttijd met zijn provisorische maatregelen, de verzoeningscomparitie, het ontbreken van een goede alimentatieregeling en van het bezoekrecht: het vormen alle even zovele psychisch-onhygiënische aspecten van de huidige gang van scheidingszaken.

Preventie betekent niet alleen voorkomen van ziekte, maar ook bevorderen van gezondheid en welzijn. Dit vraagt een positieve houding, die vertrouwen in de medemens veronderstelt en hem gunt om dat wat hem goed lijkt zo mogelijk op eigen wijze te bereiken. Er bestaat een vrees dat, hoe gemakkelijker men de echtscheiding bij de wet toelaat, hoe meer er gescheiden zal worden. Zo simpel gesteld wel: we hoeven niet terug te gaan naar vroegere tijden waarin het driemaal uitspreken van 'Ik houd niet van je' voldoende was om te scheiden. Maar zoals een verbod op alcoholgebruik het drinken niet doet verminderen, maar eerder een destructieve protesthouding oproept, evenmin voorkomt een straffe echtscheidingsrechtspraak het uit elkaar gaan. Er heerst nergens een zo sterke dubbele moraal en er komt nergens zoveel verlaten voor als juist in die landen waar echtscheiding bij de wet verboden is. Maar een verruiming van de maatschappelijke grenzen en een appèl doen op eigen verantwoordelijkheidsgevoel en solidariteit tegenover partner en kinderen is wel denkbaar en wordt langzamerhand reëel. Vooral als men goed en tijdig hulp kan bieden wanneer een echtpaar ongewild vastloopt met hun huwelijk. Men hoeft in dat geval niet bang te zijn voor zedelijke ontaarding van de mens of een maatschappelijke chaos en dergelijke spookbeelden, die de mensheid altijd voor invoering van iets nieuws gehad heeft. Of het nu de introductie van de fiets of van de pil betrof, er zijn altijd onheilsprofeten geweest, die het ergste voorspelden maar de loop der evolutie niet konden tegenhouden. Intussen echter vertragen zij deze laatste wel, bederven zij er het plezier van en belemmeren een positief kunnen meewerken en bijsturen. Vanuit het standpunt van de geestelijke

gezondheidszorg is het van fundamenteel belang om niet negatief en defensief te reageren uit angst en wantrouwen, maar vanuit een gezond zelfvertrouwen en kennis van de realiteit te geloven in de medemens en diens maatschappelijke ontwikkeling. Dit geldt zeker voor een van de hoogste menselijke waarden: het zichzelf zijn in totale verbondenheid met een ander.

De hulp die bij echtscheiding geboden kan worden, strekt zich qua tijd uit over de periode vóór, tijdens en na de scheiding en qua persoon van de buurvrouw tot en met de psychiater.

Wat de tijd ervoor betreft: in paragraaf drie is beschreven dat het ernstige en herhaaldelijk overwegen of uitspreken van de mogelijkheid te gaan scheiden een waarschuwingsteken is. Het wijst op een zodanig conflict tussen de echtelieden, dat hulp van een derde nodig is om het sneeuwbaaleffect te doorbreken. Gelukkig begint men in Nederland de huiver om hulp in te roepen voor dergelijke problemen te overwinnen en gaat men eerder naar huisarts (23%), familielid (17,5%), zielzorger (10%), bureaus voor huwelijksmoeilijkheden (6%), maatschappelijk werker (5%), psychiater (3%) en psycholoog (1,5%) (percentages uit 'De balans van het huwelijk' als antwoord op de vraag 'Hebt u zelf in verband met problemen in uw huwelijk wel eens gesproken met een van de volgende personen of instelling?').

Ook hier geldt: hoe eerder men hulp vraagt, hoe sneller en beter men te helpen is. En eveneens dat voorkomen beter is dan genezen. Ook voor de geestelijke gezondheid van de kinderen (over wie in dit hoofdstuk verder niet gesproken wordt, omdat dit in de bijdrage van Van den Bogaert geschiedt) is het van belang dat de tijd van de huwelijksmoeilijkheden zo kort mogelijk duurt. Zij lijden hieronder vaak nog meer dan van de scheiding op zich.

Tijdens de scheiding komt meestal de familie te hulp, maar die is veelal vooringenomen en partijdig. Zij helpen bij de acute moeilijkheden en bieden een eerste opvang en gezelschap. In de vorige paragraaf is vermeld hoe, volgens onderzoek, vrienden en kennissen zouden reageren.

Na enkele maanden wordt de gescheidene vergeten en krijgt deze het nog moeilijker. De verschillende uitwegen zijn beschreven in paragraaf vier. Echter, de mogelijkheid om deskundige hulp in te roepen is nog niet vermeld. Onder deskundig versta ik hier:

kennis hebben van huwelijksrelatiestoornissen en van hun behandeling. Daarvoor is nodig dat huisarts, sociaal werker, pastor, psycholoog en psychiater voldoende opgeleid worden en oog krijgen voor het stuk psychopathologie dat vrijwel altijd aanwezig is, wanneer er wegens echtscheidingsplannen geconsulteerd wordt. Betreft het hulp bij het verwerken van het reeds gescheiden zijn, dat is kennisname van de psychologie van het reparatieproces vereist en dient de helper althans enigermate vertrouwd te zijn met een psychotherapeutische benaderingswijze.

Op bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden krijgen de gespecialiseerde sociale werk(st)ers en psychiaters de cliënten gezamenlijk of afzonderlijk te zien. Vaak schuift de ene partner de schuld op de ander en verklaart deze tot patiënt(e). Meestal hoort men van de ander dezelfde reeks klachten en dezelfde zienswijze op de ene, zoals deze zelf gaf op de ander. Na stafoverleg in teamverband wordt besloten tot het al of niet geven van een gespreksbehandeling; en dit of afzonderlijk, waarbij iedere partner een eigen therapeut(e) krijgt toegewezen, of gezamenlijk als paar met een of twee therapeuten erbij. Ook wordt groepsbehandeling met meerdere echtparen tegelijk toegepast. En tenslotte ontwikkelt zich de laatste jaren meer en meer de behandeling van het gehele gezin tegelijk. Dit laatste omdat gebleken is dat ook vaak de kinderen een grote rol spelen in de huwelijksrelatie tussen de ouders en omgekeerd. De wijze van gesprekvoering verschilt naar gelang van de problematiek en de aard der cliënten. Maar altijd zijn deze methoden gericht op een emotioneel veranderen van zichzelf en de relatie met de partner. Dit vraagt van de cliënt, behalve de bereidwilligheid daartoe, ook een grote mate van eerlijkheid, kritisch naar zichzelf kijken, tijd en geld. De geldelijke bijdrage is overigens op de bureaus voor huwelijksmoeilijkheden, die gedeeltelijk gesubsidieerd zijn door het rijk, aangepast aan het inkomen van het echtpaar.

Het is een veel voorkomende misvatting dat therapeuten steeds proberen het huwelijk aan elkaar te lijmen. Vooral op christelijk georiënteerde bureaus en helpers rust dit vooroordeel. Deskundige helpers zullen echter, in de overtuiging dat medisch-sociaal handelen dient vrij te staan van elk moraliseren, proberen niet te oordelen in termen van goed en kwaad, maar in die van gezond en ziek. Wanneer een huwelijksrelatie stoornissen ver-

toont, zal men medisch gezien dan ook niet anders doen, dan trachten de oorzaak daarvan op te sporen en te behandelen. Pas als dit niet mogelijk is, zal men de oplossing zoeken in het uit elkaar gaan. Vandaar dat, op geheel andere dan godsdienstige gronden, altijd eerst beoordeeld wordt of het huwelijk gezond te maken is. Jammer genoeg worden soms mensen door de kerkelijke gestrengheid weerhouden om hulp te zoeken op de verzuilde bureaus uit schaamte of uit overtuiging toch niet geholpen te kunnen worden in alle objectiviteit en zonder kerkelijke beïnvloeding. Niets is minder waar. De helpers zitten daar niet als katholiek, protestant en dergelijke, maar op de eerste plaats als vaklieden die proberen zo deskundig mogelijk te helpen. Maar het is wel een begrijpelijke reactie van menigeen, omdat de kerken in de ogen van het kerkvolk te zeer het huwelijk als instituut verdedigen tegenover en soms ten koste van de huwelijkspartners zelf. De medisch-therapeutische instelling garandeert echter voor de mensen een zorg voor het huwelijk die primair gericht is op hun persoonlijk welzijn en niet op dat van de maatschappij of kerk. Dit alles slechts in de mate waarin de betrokkenen het zelf willen. Voor het overige heeft de therapeut, in tegenstelling tot de politicus of pastor, geen boodschap te brengen.

Soms helpen de gescheidenen zichzelf door elkaars gezelschap te zoeken in bepaalde bars, restaurants of andere gelegenheden. De journalist Hunt geeft in zijn boek 'Het leven na het mislukte huwelijk's⁵ een indruk van deze aparte wereld.

Naast deze informele groepsvorming bestaan ook georganiseerde clubs zoals 'Parents without partner'⁴⁴, een beweging die zich vanaf 1956 snel over de gehele USA verbreidde.

Opgezet als een ontmoetingsplaats van alleenstaande ouders (weduwnaars, weduwen, gescheiden mannen en vrouwen) om elkaar te helpen met de opvoeding van hun kinderen, werd het tevens een gelegenheid om lotgenoten te leren kennen en een middel om spanningen kwijt te raken door angst en ergernis te kunnen uitspreken en delen.⁴⁵ In Nederland bestaat een vereniging van gescheiden vrouwen, Divortium geheten, en een Organisatie voor Gescheiden Mannen (zie Bijlage 5).

7 Besluit met blik in de toekomst

Men is het er in het algemeen over eens dat het ten aanzien van de toekomst gewenst is, dat er steeds minder echtscheidingen noodzakelijk zijn. Want niemand trouwt om te scheiden. Uit elkaar gaan is hoogstens van twee kwade oplossingen de minst slechte kiezen, hetgeen toch nog vaak gepaard gaat met pijnlijke en nadelige gevolgen voor echtgenoten, kinderen, directe omgeving en maatschappij.

Ook uit het oogpunt van geestelijke gezondheid is het voor de betrokkenen beter om gelukkig bij elkaar te kunnen blijven. Men mag stellen dat een duurzaam en harmonisch samenzijn van echtgenoten en eventuele kinderen de beste garanties biedt voor een gezond leef- en opvoedingsklimaat. Waar dit niet aanwezig is, ontstaan allerlei vormen van ongezond gedrag, lopend van een lichte prikkelbaarheid tot een zware geestesziekte, al of niet gepaard aan min of meer uitgesproken vormen van asociaal gedrag.

Ten aanzien van echtscheiding wordt zo gezien ook voor de psychiater en de psycholoog de vraag van de toekomst: hoe echtbreuk te voorkomen? We hebben gezien bij de bespreking van de oorzaken van echtscheiding (zie paragraaf twee) dat huwelijks-geluk het beste middel tegen echtscheiding is. En verder dat voor de echtgenoten tegenwoordig – en waarschijnlijk ook in de naaste toekomst – steeds meer dit huwelijks-geluk bestaat uit het goed bij elkaar passen. Dit wil zeggen uit een warme alles omvatende vriendschap tegenover elkaar waar men altijd (omdat dit niet voorstelbaar is liever langdurig genoemd) van op aan kan.

Ondanks het feit echter dat de meeste jongens en meisjes een verkerings- en verlovings-tijd van minstens een jaar nemen om elkaar goed te leren kennen, zien we toch dat nog te veel van hen na een paar jaar huwelijk tot de ontdekking komen niet zo goed met elkaar te harmoniëren in het huwelijk als men verwacht had. Intussen zijn er meestal een of meer kinderen geboren, die van een eventuele scheiding de dupe dreigen te worden.

Wij gaan bij de beantwoording van de vraag hoe echtscheiding te voorkomen ervan uit, dat ook in de naaste toekomst man en vrouw in het huwelijk vooral een eigen kameraad voor lange tijd en kinderen zullen zoeken. Met andere woorden dat zij zullen kiezen voor een monogaam en duurzaam huwelijk. Het is

mogelijk dat, gezien de huidige snelle verandering van onze westerse cultuur, in de verdere toekomst andere en waarschijnlijk minder geïnstitutionaliseerde vormen van samenleven van man en vrouw verwezenlijkt zullen worden.

In algemene termen geformuleerd zal het antwoord waarschijnlijk gaan in de richting van een betere opvoeding en voorlichting om de trouwlustigen tot een goed besef en grote draagkracht van de werkelijkheid van het huwelijk te brengen. Voor zover dit niet door de ouders of directe omgeving gebeurt, is dit een taak van de gemeenschap en van de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder. Meer specifiek geantwoord, lijkt mij de reeds meermalen geopperde mogelijkheid van de instelling in de toekomst van een proef- of voorbereidend huwelijk het overwegen waard. Niet een proefhuwelijk in de zin van nu eens met de een en dan weer met de ander trouwen. Neen, een voorbereidend huwelijk, dat gesloten is uit een verlangen naar een langdurige vriendschap, waarin men voor alle zekerheid gedurende de eerste jaren afziet van het verwekken van kinderen. Juist omdat echtscheiding relatief gezien in de eerste jaren van het huwelijk het meeste voorkomt, zou door deze maatregel voorkomen kunnen worden dat veel kinderen de dupe van een echtbreuk worden. Verder zou dit voorbereidend huwelijk alle rechten en plichten van de gehuwde staat dienen te bevatten, alleen met de mogelijkheid op een makkelijker wijze uit elkaar te gaan dan bij het eventueel later te sluiten definitieve huwelijk. Het voornaamste motief van dit voorstel is dat het huwelijk kennelijk zoveel onbekends bevat, dat alleen door ervaring geleerd kan worden of men bij elkaar past of niet. Zoals men niet op de wal kan leren zeilen maar slechts in volle zee. Oplossingen als serie-huwelijk, wederzijdse poligamie, leven in een commune en dergelijke houden geen rekening met het verlangen naar monogamie en duurzaamheid.⁴⁶

In feite voltrekt de praktijk van het voorbereidende huwelijk zich reeds spontaan, maar niet erkend door de gemeenschap. Er zijn steeds meer jongens en meisjes die jarenlang als man en vrouw samenleven zonder kinderen te verwekken, alvorens zij eventueel besluiten te trouwen. Dit is onder andere mogelijk geworden door de effectieve middelen tot geboortenbeperking en een snelle bestrijding van geslachtsziekten. Echter vooral door

een lossere opvatting van de moraal en een toenemend besef van eigen verantwoordelijkheid. Naast deze spontane ontwikkeling blijft toch de vraag of het niet wenselijk is – en ook de maatschappij ter wille van de kinderen niet het recht heeft – om het instituut van een voorbereidend huwelijk officieel in te stellen. De bekrachtiging of het sluiten van het definitieve huwelijk kan dan na één of twee jaar volgen.

Deze regeling lijkt voor de toekomst des te meer van belang omdat men door de toenemende verlenging van de levensduur bij het huwelijk besluit om vijftig jaar of langer bij elkaar te blijven. Indertijd in 1838, toen het echtscheidingsrecht werd opgesteld, bedroeg dit minder dan de helft!

Daarom is het van groot belang deze beslissing van 'n duurzame verbintenis na een zekere ervaring te kunnen nemen.

Wat betreft de psycho-hygiënische aspecten van het echtscheidingsrecht in de toekomst lijkt mij de door mevrouw Roodde Boer (zie haar bijdrage en het recente rapport over echtscheiding van een commissie ingesteld door de humanistische stichting Socrates⁴⁹) voorgestelde herziening van het echtscheidingsrecht vanuit psycho-hygiënisch standpunt een nastrevenswaardige zaak. Dit omdat dit voorstel uitgaat van volledige autonomie en vrijheid der partners en van verbondenheid in plaats van gebondenheid. Ik geloof ook dat dit mettertijd haalbaar zal zijn, omdat ik met haar uitga 'van de levensinstelling dat de mens in essentie goed is en in staat tot groei, dat de mens volwassen is, althans het kan worden'.

Ik verwacht echter dat wij eerst de tussenfase zullen moeten passeren van een wettelijke regeling waarin het vaststellen van de ontwrichting centraal staat. Hoezeer ik ook overtuigd ben van de juistheid van dit laatstgenoemde antropologisch criterium voor huwelijk en echtscheiding, toch besef ik hoe moeilijk het zal zijn deze ontwrichting eventueel op verzoek van de rechter langs psychiatrische weg objectief vast te stellen.

Wat de behandeling betreft zullen psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg zich meer dan tot nu toe dienen toe te leggen op voorkomen van echtscheiding door de psychische gezondheid van de mensen individueel en gezamenlijk te bevorderen.

Literatuur

- 1 Kooy G. A., Het modern-Westers gezin (Hilversum 1966).
- 2 'Balans van het Huwelijk' in Libelle no 41 (14 oktober 1967).
- 3 'Balans van het Huwelijk' in Libelle no 45 (9 november 1967).
- 4 Goode W. J., Family Disorganisation, in: *Merton R. and Nisbet R., 'Contemporary Social Problems'* (London 1965).
- 5 Landis J., Social Correlates of Divorce or Nondivorce among the Unhappy Married: Marriage and Family Living (mei '63) 178-180.
- 6 'Balans van het Huwelijk' in Libelle no 39 (30 september 1967).
- 7 Winch R., Another look at the Theory of Complementary Needs in Mate-Selection: J. of Marriage and the Family (november 1967) 756-762.
- 8 Berne E., Mens, erger je niet. De psychologie van de intermenselijke verhoudingen ('s-Gravenhage 1967).
- 9 Terman L., Psychological Factors in Marital Happiness (New York 1938).
- 10 Clemens A. H., Personality Traits in Successful and Failing Marriages: Bull. Guild Cath. Psych. VII, 4 (oktober 1961) 211-219.
- 11 Raines S., The Temperaments of the Divorced: Am. Psychologist 5, 9 (september 1950) 462.
- 12 Winch R., Personality and Marriage Adjustment (Englewood Cliffs) en: Am. J. Sociology 46 (1941) 686-693.
- 13 Bernreuter R., Personality Inventory (Stanf. Un. Press 1935).
- 14 Raush H., Goodrich W. and Campbell J., Adaptation to the First Years of Marriage: Psychiatry 26, 4 (november 1963) 368-380.
- 15 Goodrich W., Ryder R. and Raush H., Patterns of Newly-wed Marriage: J. of Marriage and the Family (augustus 1968) 383-389.
- 16 Dyer W. G., Analysing Marital Adjustment Role Theory: Marr. and Fam. Liv. 24, 4 (nov. 62) 371.
- 17 Strauss A., The Influence of Parent-Images upon Marital Choice: Am. Soc. Review (1946) no II, 554 en in: Landis J. and M., 'Readings in Marriage and Family' (Englewood Cliffs 1952).
- 18 Jacobson A., Conflict of Attitudes toward the roles of the husband and wife, in: Marriage: J. Marr. Fam.
- 19 Mudd E., Mitchell H. and Taubin S., Success in Family Living (New York 1965).
- 20 Burgess E. and Wallin P., Engagement and Marriage (Philadelphia 1953)
- 21 Pineo P., Disenchantment in the Later Years of Marriage: Marr. and Fam. Living 23, x (febr. '61) 3-11.
- 22 Blaylock B., Similarity and Assumed Similarity of Attitudes between Husbands and Wives: J. of Abn. and Soc. Psych. 67, 6 (1963) 636-640.
- 23 Udry J., Nelson H. and Nelson R., An Empirical Investigation of Some Widely Held Beliefs About Marital Interaction: Marr. and Fam. Living (nov. '61) 388-390.
- 24 Ryder R., Husband-Wife Dyads versus Married Strangers: Family Process 7, 2 (september '68) 233-238.
- 25 'Balans van het Huwelijk' in Libelle 17 (1968).
- 26 Goode W. J., Women in Divorce (New York 1956).
- 27 'Balans van het Huwelijk' in Libelle 47 (23 november 1968).
- 28 Nevejan M., Verdriet en Rouw, in: *Vendrik M. en Straver C., 'Weduwen'* (Bussum 1969).
- 29 Nevejan M., De weduwe, medisch en psychologisch gezien: Katholiek Artsenblad 47, 7 (juliKR19 -) 193-200.

- 30 *Murstein B.*, The Relationship of Mental Health to Marital Choice and Courtship Progress: *J. of Marr. and Fam.* (aug. '67) 447-451.
- 31 *Fromm E.*, *The Sane Society* (London 1956).
- 32 'Balans van het Huwelijk' in *Libelle* 46 (16 november 1968).
- 33 *Newsweek* van 13 februari 1967, p. 36.
- 34 *Levinger G.*, Sources of Marital Dissatisfaction among Applicants for Divorce: *Am. J. Orthopsychiatry* (1966) 803-807.
- 35 'Huwelijk en Gezin in Nederland' in *Margriet* (februari 1965).
- 36 *Hunt M.*, *Het leven na het mislukte huwelijk* (Utrecht 1966).
- 37 *Bernard J.*, Remarriage of the widowed and the divorced, in: *Cavan R.* (ed.), 'Marriage and the Family in the Modern World' (New York 1965) 461-469.
- 38 *Jacobson P.*, *American Marriage and Divorce* (New York 1959).
- 39 *Blumenthal M.*, Mental Health among the Divorced: *Arch. Gen. Psychiat.* 16 (mei 1967) 603-608.
- 40 *Monahan Th.*, The Duration of Marriage to Divorce: Second Marriage and Migratory Type: *Marr. and Fam. Living* 21 (mei '59) 139-146.
- 41 *Locke H. and Klausner W.*, Adjustment of the Divorced in Later Marriages: *Sociol. Society* 16 (1948) 30-32 en in: *Landis J. and M.*, 'Readings in Marriage and Family' (Englewood Cliffs 1952).
- 42 *Kooy G.*, *Het Huwelijk in Nederland* (Utrecht 1969).
- 43 *Murstein B. and Glaudin V.*; The Use of the M.M.P.Z. Determination of Marital Maladjustment: *J. of Marr. and Fam.* 30, 4 (nov. '68) 651-655.
- 44 *Egleson J.*, *Ouders zonder Partner* ('s-Gravenhage 1965).
- 45 *Ilgenfritz M.*, Mothers on Their Own-Widows and Divorces: *J. of Marr. and Fam.* (febr. '61) 38-41.
- 46 *Packard V.*, *De Sexuele wildernis* (Amsterdam 1969).
- 47 *Humanistische Stichting Socrates*, *Echtscheiding* (Uitg. van Stockum '69).
- 48 *Freezer H.*, *Graag goed zijn. Het verhaal van een scheiding* (Amsterdam 1967).
- 49 *Echtscheiding. Rapport van een commissie ingesteld door de humanistische Stichting Socrates* (1969).

P.S. De onder no 2, 3, 6, 25, 27 en 32 vermelde literatuur is gefundeerd weergegeven in het onder no 42 vermelde boek van Kooy 'Het Huwelijk in Nederland', dat na het schrijven van mijn bijdrage verscheen en zodoende pas daarna geraadpleegd kon worden.

Rapport van onderzoek voor Ministerie van Volksgezondheid
en Milieuhygiene, World Health Organization en
Nationaal Bureau voor de Volksgezondheid

1971



THE FAMILY THERAPY MOVEMENT IN THE U.S.A. IN 1971

Preface

This is a report of a study in family-therapy and training in the U.S.A., done in May and June 1971 by me as a W.H.O.-fellow. I made this study through visiting the main American family-therapists. By sharing their therapies and trainings and by discussing with them what was not clear to me, I became up to date with the family-therapy-movement in the U.S.A.

Furthermore I became involved in a self-growth experience as a therapist, trainer and – last but not least – a family-member. In making this report I had to choose between giving a short abstract of the results of this study, or to give a full account of all my experiences. The former would have been insufficient in relation to the richness of my experience; the latter would have demanded too much space and time. So I decided to compromise the two.

I shall take the reader with me on my trip and let him see day by day, hour by hour, what I did, but I will restrict myself to what struck me in all these encounters and experiences. Because of this I think this report will not be so worthwhile for beginners in family-therapy, but will be more interesting for the experienced family-therapists.

I assume that – just as I – these experienced therapists will want to be informed about the development in family-therapy in other countries. They will find in this report the description of the state of the family-therapy-movement in the U.S.A. in 1971. I think that through my acquaintance with twenty of the most well-known family-therapists in the U.S.A., I received a very good impression about the situation of the family-approach in the U.S.A. concerning treatment, training, planning and working with non-professionals. I also became a bit informed about the family-approach in prevention of mental health disorders.

I want to express my gratitude to the Dutch Government, the World Health Organisation, all my American hosts and the Dutch Centre for Mental Health. All of them helped me in such a cordial

way that I will always remember this experience as an example of good human interactions.

Introduction

When I visited the U.S.A. two years ago to attend the annual meeting of the American Psychiatry Association in Miami, Florida, I took the opportunity, being in the U.S.A., to visit several well-known family-therapists: Murray Bowen, M.D., (Washington D.C.), Iwan Bösörméngyi-Nagy, M.D., David Rubenstein, M.D., Dr. Gerald Zuk, Ph. D. Salvador Minuchin, M.D., Mr. Jay Haley (all in Philadelphia) and Nathan Ackerman, M.D., and Andrew Ferber, M.D. (both from New York City).

My interest in 1969 in couple- and family-therapy grew out of my experience in a marriage guidance clinic, where I did psychotherapy with couples; first collaborative (the partners treated by different therapists), then concurrently (partners seen by the same therapists, but still at different times), then conjointly (both partners treated together in the same session by the same therapists, also called joint-interview or three-some), and then four-some, in which the two partners meet each other with their own therapist.

By sharing the confrontation of two people with marriage problems, I discovered the great impact of interaction between partners and the way they misform and abuse the perception of each other. In my training in clinical psychiatry and psychoanalysis (from 1959 to 1965), I learned to think in nosological classifications and individualistic psycho-dynamics. However, out of the fear of becoming monomaniac in my way of looking to and treating people, I tried to stay open to new developments in the field of psychotherapy. In dealing with relational problems, my interest was aroused in the interactional approach. I studied the literature about it and visited the Institute of Marital Studies of the Tavistock Clinic in London. Besides this European centre, I did not find - mentioned in the world literature - any other interactional institutes than American ones. I realized, that if I wanted to visit them, I had to go to the U.S.A. Another discovery in the literature, which struck me as a revelation, was reading the description of doing psychotherapy with a whole family. So it would not be

seeing only the partners together, but also with the children present. Because I had had the experience that couples spoke often about their children, while they were dealing with their own problems, and because I had noticed the influence children have on the relationship between their parents and vice versa, this family-approach struck me as a very simple but correct answer to dealing with the problem of treating relationship disorders in families; a real "egg of Columbus" solution!

Concluding from my own experience as a psychotherapist and hearing the way my colleagues were doing psychotherapy, I noticed a great difference in style of doing psychotherapy and also a great difference between the way one does it and the way one writes about it. The above was another reason for me to decide to visit the main American family-therapists in 1969 to see them at work.

By the combination of the experience of having been a medical director of a Marriage Guidance Clinic (in Amsterdam) and my function as a staff-member of the National Institute of Mental Health of the Netherlands, I discovered the national significance of the interactional approach for the Dutch mental health workers.

I asked myself: is this interactional method more efficient for helping people with relationship problems? If this is so, how would one introduce and organize this approach in the Netherlands?

The above questions are very important to our country, because the mental health services were – and still are – in a crisis. They are wrestling with the problem of how to evade the isolated position of their too expensive services for too few people and too restricted to only middle-class people. The problem also was how to move to a more efficient way of helping more families of more diverse origin. Problems of integrating the splitted clinics and of preventing instead of only curing mental disorders are also in discussion now. These main developments in 1969 and 1970 formed the motives of my plan to go back to the U.S.A. in 1971 for a longer time and to look for three topics:

1. What are the new developments in family-therapy and how to learn them myself and teach them to others?
2. How to promote and organize a national wide program of family-therapy-services, including a training-program for the mental health workers?

3. How to prevent mental disorders in a community, especially in the field of marriage and family life?

This idea of mine to orientate myself about these three main issues in the U.S.A., was once more stimulated by the following fact: just in the last two years there appeared to raise an astonishing interest in family-therapy among the mental health workers in the Netherlands. For example: 800 people subscribed and attended enthusiastically a family-therapy-symposium held in September 1970 under the directorship of Norman Bell. But on the other side only a few Dutch social workers and one or two psychiatrists and psychologists are trained in this field and are practising it. So to bridge the gap between a huge amount of interest and very little experience and training, we had to develop to my view, very soon, a fully credited training program in family-therapy in the Netherlands.

This was one more reason for the Dutch government to accept my request for a fellowship. I am especially grateful for the support given by the medical head inspector of mental health in the Netherlands, Dr. P. Baan, formerly president of the World Federation for Mental Health. Thanks to my contacts of 1969 and the very friendly answers of my American colleagues, I could make my schedule as I had planned it: first to visit the same leading experts in family-therapy as I did in 1969, secondly to orientate myself in the national policy and organization of preventing and curing relational disorders, and finally to visit some prevention-oriented mental health services. A fourth aim, until now not mentioned, was a more private one: to explore with my wife, a social worker, the possibility of working as a therapist-couple in the near future. My wife came over to the U.S.A. and joined me for three weeks for this reason. Because we wanted to train other people in family-therapy, it was one more reason to train ourselves as a therapist-couple. The significance behind this idea is that in our opinion, a therapist-couple (of a married man and woman) is the most profitable co-therapist combination for family-therapy.

Part 1:

First goal: to meet most of the well-known American family-therapists.

Let me start with the description of the encounter with more than 20 American family-therapists by mentioning what I, for myself, experienced as the most important discovery, applicable to all these therapists: that each of them is doing family-therapy in a different way, that each one has his own style, that this style is in accordance with his personal character. Because I was invited by most of them to stay with them at their home and to share their daily life for some days or weeks, I had the opportunity to notice that all these men were just the same in their relations to their own family-members as to their client family-members. This means that they were genuinely being themselves and openly expressing the typical characteristics of their personalities.

I really appreciated this, because, as a host, colleague, co-therapist or client, I was given the opportunity to be myself in all these situations. Even if I sometimes fell back into a more functional roll-set, I was invited or challenged to become myself by the way they were confronting me with their authenticity.

This also means, that there does not exist a general family-therapy-technique or -theory. There are as many family-therapy-techniques and -theories as there are original family-therapists!

This discovery was already the greatest surprise during my trip in 1969 and it was confirmed even more during this longer visit, during which I became more deeply acquainted with these pioneers in family-therapy. So, the learning aspect of my visit to the main family-therapists of the world did not exist in the picking up of the common denominator in their way of doing therapy, but to experience as personally as possible each one's personality and his style, by opening myself for the different effects of these approaches and by looking for the amount and quality of resonance they aroused in my own heart and mind. Going from one colleague to the other, I became involved in a self-confrontation process about the typical characteristics of my own personality. This was an important issue for my work, because I wanted to learn to express myself to my clients as much as possible in an authentic way. Through the experiences with my differ-

ent colleagues, I realized that in reality I looked for my so-called "psychological twin". By perceiving and experiencing this twin, I hoped to unravel my own deficits and qualities. It also turned out to become a personal growth-process for myself as a human being and as a therapist. On the other hand the distinction between these two is in my opinion artificial, since a good therapist should be an ever-developing person, to whom nothing humanlike is strange.

Thursday, May 13, 1971

- 1) Visit to my Regional Officer, **Mrs. Marvell B. Toney** of the World Health Organisation, to discuss administrative matters about my W.H.O. -Fellowship.
- 2) Visit to **Murray Bowen, M.D.** at Georgetown University Hospital, 3800 Reservoir Road N.W. Washington D.C. 20007.

Bowen is the chief of the psychiatric department of this general hospital and moreover professor in psychiatry at the University in Richmond, Virginia. Bowen was the first director, who introduced research in family-psycho-dynamics to the National Institute for Mental Health, Bethesda. I had a discussion of a few hours with this very creative man about the last developments in his theories in family-dynamics and in his new techniques of practising family-therapy. Bowen now coaches his clients in a genealogy study of their own family up to three or four generations ago. The aim is to discover the relationship-patterns, which are typical for one's family. This can lead to the discovery of the so-called "psychological twin" between one's ancestors. Finding out one's family-history one has a chance to get into personal contact with one's significant family-members, which can lead to a move in the whole family-system.

Then I participated in a family-therapy conducted by Bowen. The family consisted of one couple, which was the last one of a group of four couples treated for years by Bowen. Bowen, however, considers therapy with one couple or one person also family-therapy, because the focus of his therapy is always on the interaction between the client(s) and the family-system.

Friday, May 14, 1971

- 1) Visit to **James Enneis, Ph. D.**, Director of the National Centre for Mental Health Services, Training and Research, St. Elisabeth Hospital, Congress Heights D.C. Washington D.C. 20032.

Enneis is a well-known psycho- and socio-dramatist and producer of instructional films for professional and non-professional helpers in mental health. Because I am interested in introducing psychodrama techniques in family-therapy and also in teaching other people how to do it, I was glad to be able to visit this man.

First I attended a quadratic psychodrama (a combination of psychodrama, group-dynamics, sociometry and social systems, innovated by Enneis).

Next, I saw the fully equipped television studio and psychodrama theatre, where Enneis made his teaching-films of role-playing, crisis intervention, prevention, etc. I closed this visit with an interesting discussion with Enneis about the ethics of bringing powerful emotion-mobilizing films on to public television.

- 2) Visit to **Lyman Wynne, M.D.** director of the Family Studies Centre of the National Institute for Mental Health, Bethesda, Maryland and **Helm Stierlin, M.D.**, chief of the residential program for delinquent adolescents in this institute.

Wynne developed for these youngsters a research-therapy-program, which is an experimental combination of family-therapy, couple-therapy (of their parents), individual therapy of the hospitalized client, milieu-treatment and of residential treatment. All these therapies, around one patient, are integrated as much as possible and scientifically evaluated. As Wynne was unable to discuss his program with me (because he was upset by a farewell session with his staff, being appointed to be professor in psychiatry at Rochester University in New York), we just shook hands and I talked about this research program with Stierlin. The therapeutic frame of reference is psychoanalytic, but special changes in this approach are necessary for the work with these delinquent adolescents and their families.

Monday, May 17, 1971

- 1) Visit to **James Framo, M.D.**, Chief Family Training Unit Jefferson Community Mental Health Centre, 1234 Locus Street, Philadelphia 19107.

This centre is located in down-town Philadelphia. Much of the work is done by black non-professionals, who go to the clients in the ghetto. I saw a couple-group-therapy behind the one-way visual screen, together with some black and white social workers and non-professionals.

We saw Framo doing therapy together with a female co-therapist (a Dutch social worker in training in the U.S.A.) in an analytic way (giving interpretations and discussing the relation of the clients to him and his co-therapist). This approach was accompanied with group-dynamic aspects, for instance mentioning role-behaviour, giving suggestions and even home-assignments. He also asked a lot of questions to help people to become aware of how and what they were doing and the impact this has on their partner. Framo is clearly the leader of the group, but if necessary, he does not hesitate to discuss openly his leading role with his co-therapist and his clients.

- 2) Visit to **Salvador Minuchin, M.D.**, Director of the Philadelphia Child Guidance Clinic, 1700 Bain Bridge Street, Philadelphia, Pa. 19146.

Minuchin is well-known, because he developed a special technique in family-therapy to reach verbally underdeveloped people. Most of these people are poor and most of these poor people are blacks.

This time I did not see Minuchin at work with families, as I did in 1969, but he showed me a group-supervision-session (led by Braulio Montalvo, reviewing video-tapes of a session of one of the therapists in training). This manner of teaching and learning by using video-recording seems, at this moment, the most efficient way to me in the field of psychotherapy.

I talked several hours with Minuchin about family-therapy and -research. He told me about his studies in psychosomatic diseases of children, their connection with the family of origin and how to

evaluate these relations. He also mentioned the developments of an extensive training program in family-therapy, given by him and his staff and supported by the state of Pennsylvania. The aim of this program is to train professionals and non-professionals in family-therapy and to send them out to the several psychiatric clinics and the other mental health centres in the state of Pennsylvania.

- 3) Visit to **Jay Haley**, Chief Research Unit Philadelphia Child Guidance Clinic, 1700 Bain Bridge Street, Philadelphia, Pa. 19146.

Jay Haley is looked upon as one of the greatest theoreticians in the field of family-therapy. He introduced the communication-theory and founded "Family Process", which is the leading journal in family theory, -research and -therapy.

After working for more than ten years in the Mental Research Institute in Palo Alto, California, he moved some years ago to the east coast to work together with Minuchin in Philadelphia. Here he is the leader of the research-program and one of the innovators of the Pennsylvania training program in family-therapy.

I had a very interesting talk with him about his recent ideas in family-theory and his view on the future development of family-therapy in the U.S.A. Haley stated among others that he believes more in goal-directed action and a behaviour-therapy oriented approach than in a psychoanalytical frame of reference for family-therapy. According to Haley, this systematic, symptomatic and research-approach also has to be combined with a system-approach. Instead of focussing on the individual one should look for the significant system of this individual and his symptoms; be it a family-system, the extended network or another system. He wanted to attack this system along a role-guided and goal-directed plan, involving action and manipulation, to get people unbalanced and to let them experience another way of relating to each other.

Tuesday, May 18, 1971

- 1) Visit to **Iwan Böszörményi-Nagy, M.D.**, Director of the Family Psychiatric Division of the Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Henry Avenue and Abbotsford Road, Philadelphia, Pa. 19129.

Through a closed-circuit television it was possible to look at Nagy, doing a family-therapy with a black family, consisting of a mother and her three sons. The co-therapists were a white community mental health worker, a white social worker in training and two black non-professionals: this speaks for the diversity of people Nagy works with. The discussion was held mainly between the co-therapist and the mother. The boys expressed themselves by a lot of horseplay. Nagy sat silently in the circle, making notes of his observations.

During the entire hour Nagy made only four comments about the rights that the mother had, but did not use (e.g. to go to the school of the children and talk with the teachers). Nagy wants to give the family the feeling, that he backs them up and that he is trustful and loyal to them. According to him it is difficult to give each other this feeling of trustfulness and loyalty; why for example should the poor black mother trust this white sophisticated therapist? Nagy tried to get this feeling across by being himself, by being human and not pretending too much. This takes time, because Nagy does not like to rush or to push at all.

During the weekend I spent with Nagy's family at home, I had the opportunity to talk a lot with Iwan about his ideas. I understood that he – just as the other two most experienced family-therapists in the U.S.A.: Bowen and Whitaker – attaches great importance to the multi-generation-exploration. This has an existential meaning for Nagy "as long as one has not really met one's parents as one's fellow-men, so long one is not able to have a real contact with one's partner and children". This "psychological genealogy" is also important in discovering the typical relationship-patterns of one's family, given down from generation to generation. I am looking forward to the book Iwan is writing about this issue: that "there is more in therapy than to rid the neurotics of the taboos" (paraphrasing Martin Buber), but that the heart of the matter is to meet one's clients as human beings on an existential level, where one can trust and rely on each other.

- 2) Visit to **David Rubenstein, M.D.**, Associate Professor of Psychiatry, Temple University Medical School, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Henry Avenue and Abbotsford Road, Philadelphia, Pa.19129.

Also through closed-circuit television I was able to look at a family-therapy-session, done by Rubenstein and one of his assistants. What I found striking in Rubenstein was his power and easiness in manipulation of clients. The aim of manipulation is to sidetrack the clients (here a mother with her promiscuous daughter) from their usual problem-behaviour. For example: he took the side of the daughter; telling the mother that she could learn a lot of sex-matters from her daughter (making manifest the latent desires of mother to be promiscuous herself?). In the discussion of the therapy Rubenstein called the milieu, in which the daughter lived, sociopathic. He proposed the co-therapist that he should go to the daughter's family at home, to drink a beer with the stepfather, and to get as much information from the neighbourhood as possible. But although one can get a better idea of this sociopathic milieu in this way, that does not mean, as Rubenstein underlined, that it is possible to change it. If one would want to change the daughter, the mother and the whole family, one would first have to change the system, which governs the family-system; and in this case this was the sociopathic milieu of the neighbourhood.

Rubenstein pointed out again and again, that in the relationship-systems the rule of system-theory applies (just as in electronic or other systems) that the highest systems govern the lower ones. So it would be more economical to change the highest system, which can still be influenced.

- 3) Visit to **Gerald Zuk, Ph.D.**, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Henry Avenue and. Abbotsford Road, Philadelphia, Pa.19129.

I attended two family-therapies, led by Zuk. By chance these families consisted only of a husband and wife. The content of the problem was the same: a father irritated by the growing independence of his sons and the mother functioning as a go-between between her husband and her sons. Zuk's goal in these two therapies was in the first place to hold the fathers in therapy, which was not so simple, because these fathers were very convinced of being in their right and could hardly stand, that they themselves needed a therapy. By asking questions and making a

few uncommon comments, Zuk tried to change the usual way of communicating between the parents.

May 19, 1971 (to June 6, 1971)

Visit to **Andrew Ferber, M.D.** Director, Family Studies Section; Department of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, Bronx State Hospital 1599 Waters Place Bronx, N.Y. 10461.

I met Andrew Ferber for the first time in 1969. I was impressed by his enthusiastic involvement, his training-program and his good team (Margaret Mendelsohn S.W, Chris Beels, M.D. and Fred Sander, M.D.). Moreover something clicked between Andy and me. All this together brought me to the plan in 1969 to go back to Ferber for a longer period and to get some more training in family-therapy by him. So I was very glad to be able to spend nearly three weeks in 1971 with him and his staff at the clinic and with his wonderful family at his home (his wife Jane Schwarzenberg-Ferber, M.D., working now as his co-therapist, and their two children).

Ferber invited me to work as a co-therapist with him in these three weeks and to share his daily activities as a therapist, a consultant, a workshop-leader, or whatever function he was asked working in at the moment.

On Wednesday May 19, I visited, in the company of Ferber, the staff of the Department of Psychiatry at the University of Cincinnati, Ohio. Ferber was asked to help the clinic staff to introduce family-therapy to the faculty of the university. He was also asked to give a lecture to the local association of psychiatrists at their monthly scientific meeting.

So I first attended as an "auxiliary ego", a role-play of the staff, directed by Ferber. I realized that by this kind of socio-drama Ferber let the people experience themselves the resistance, family-therapy invokes in a psychoanalytic established faculty.

This was the first surprise for me: instead of telling people how to do it, Ferber led them into a personal experience of what it is all about. The second surprise came in the evening when Ferber, instead of taking now the opportunity to lecture to a group

(which was clearly expecting this), showed a film about non-verbal greeting behaviour. This greeting behaviour was filmed on the birthday party of his son. We saw the subtle but unmistakable differences in the way he and his wife greeted and were greeted by the parents; the parents in law, their good friends and their not so good friends! This research work of looking at people's body language is inspired by Albert Scheflen, professor in psychiatry at the Albert Einstein College of Medicine. It is a way of studying human beings, just as ethnologists study the behaviour of the primates.

Thursday May 20, Friday May 21 and Saturday May 22, 1971

During these three days I participated in a workshop in family-therapy organized by the Family-therapy Institute (Merle Fossum, Rene Schwarts, Gregg Gilett and Diane Dovenberg), 790 South Cleveland. Avenue, St. Paul, Minnesota 55116.

Ferber was asked to be a member of the faculty (together with his wife Jane), just as Frederick Ford (and his wife), Norman Paul and Carl Whitaker. Fifty professional helpers in mental hygiene from Minnesota subscribed to this workshop and stayed these days together to learn how to do family-therapy. The program consisted of life demonstrations of interviewing families by one of the faculty-members and of discussions (which later turned into sensitivity-like group sessions).

I saw Andy and Jane working as co-therapists with a so-called "normal family".

I saw Norman Paul mobilizing feelings in a family by playing back a tape, on which one could hear somebody crying about the loss of a loved one.

I saw Carl Whitaker weakening the defences of a very stiff family by playing with the children and by meanwhile giving hints to the parents. I noticed that Whitaker is quite humorous and that he both literally and figuratively moves in and out the situation.

I heard Fred Ford giving comments on a video-tape (made by himself) of the family-interview done by Carl Whitaker. These

comments astonished me because of the richness one can notice through this medium in non-verbal communication and anticipation of cues.

But most of all, this workshop meant a lot to me because of the personal growth-process I experienced by the sensitive and very intense involvement of all group-members.

Monday, May 24, 1971

- 1) Attendance at a weekly consultation-session of Ferber at the staff of a nursery school. The aim of this consultation was to help the personnel to become familiar with a "family-look" at the child, instead of focussing on individual child-behaviour-disorders. From the point of prevention this point of consultation work seemed to me to be very useful. Ferber and I did some role-playing with the group to clarify internal group-tensions. The fact that this was possible is a testimony, to my opinion, of the benefit of such consultation-work to one of the primary screening possibilities, to which such a social institution as a nursery school can be used.
- 2) Attendance at two individual therapies, done by Ferber at his Family Studies Section. I sat in as a co-therapist. These two sessions were examples of family-therapy, done with one member of the family, in as far as the focus was on the relations of the client to his spouse, parents and siblings.
- 3) Participation in two married couple-therapies. It struck me that Ferber expressed his own feelings towards the partners very explicitly, as well verbally as non-verbally. He lets himself go in the here and now, became very involved and entered into a straight confrontation with the people. It reminded me of the Gestalt-therapy (which I experienced in a workshop led by Walter Kempler).

Tuesday, May 25, 1971

Ferber's day-off. Visit to the "Space for Innovative Development", 344 West 36 Street, New York City, a new private

institute, which promotes artistic ways of expression (ballet, music, etc.) by giving artists and other people space and financial support.

Ferber looked here for new possibilities in helping people to express themselves more personally. We also visited an exhibition at the Metropolitan Museum.

I mention the fact that Ferber takes off one day a week for himself and also described his activities on a day like this, because I think it is important for a psychotherapist to reserve some time for himself and regularly to inform himself about all kinds of creativities.

Wednesday, May 26, 1971

- 1) Family-therapy-session. Striking was the way Ferber moved in right from the beginning. For example to mother: "I don't want you to speak for your daughter", or "I don't see a possibility to help you" and even in the middle of the session to the whole family: "You are a bunch of murderers". Mother threatened Ferber with an action against him, if he would not co-operate in hospitalizing her daughter! It became clear that a family-therapist has to have much leadership power to be able to break through such strong defences of a family and not to be sucked in or blackmailed by their system!
- 2) Visit to **Edgar H. Auerswald, M.D.**, Director Applied Behavioural Sciences, Jewish Family Service, New York, N.Y. 10023.

First I saw a presentation to the staff of the Jewish Family Service by Chris Beels, M.D. and Jane Schwarzenberg-Ferber, M.D. of their research-project in non-verbal behaviour. They showed an analysis of the non-verbal communication (in a filmed interview) of Don Jackson, M.D. (†) and a family (the so-called Hillcrest family).

It was amazing for me to discover by this work, inspired by Albert Scheflen, that there does exist a whole non-verbal language, which goes on between the family-members and the therapist. I had the impression that there is a whole new field here for the therapist who wants to treat communication disorders.

Secondly I had a talk with Dick Auerswald about his well-known ideas about prevention of mental disorders and about system-approach. (See also par. 2).

- 3) I closed the day with a family-therapy-session with Jane Schwarzenberg-Ferber at the Jewish Family Service. She invited me to sit in as a co-therapist. It is surprising to European standards, that colleagues ask so readily somebody else to participate in their therapies and that the family usually does not object. It was quite a session, in which I had the chance to express myself directly to the family and to become a little bit more aware again of what family-therapy is all about.

Thursday, May 27, 1971

- 1) I presented to the staff of Ferber's Family Studies Section an overview of the Dutch psychiatry and the development of family-therapy in the Netherlands.
- 2) Ferber showed a video-taped interview of himself and his family, exploring their own relationship to each other. This was a very courageous example of the principle (see the visit to Bowen and Nagy) that it is necessary for a therapist first to explore his own relationship to his family-members in order to be able to help other people with their relationship.
- 3) Supervision given by Ferber to an assistant, presenting on video an intake-interview with a couple. Once again I got an impression of the usefulness of video-recording for teaching and learning psychotherapy in general and specifically family-therapy. Video is especially useful for family-therapy, because in families so much communication (verbally and non-verbally) is going on between so many members, that it is impossible to notice them all at once without seeing it again and again.
- 4) Attendance at a weekly group session of eight caseworkers, who had asked Ferber to train them in family-therapy.

Because this was the next to the last session of the whole course, this turned out to be a very moving happening. This was again for me an experience, which convinced me of the power and efficiency of doing therapy, consultation, supervision and training if it is done in such a way that it becomes a personal experience for the members of the group.

*Saturday, May 29, Sunday, May 30 and
Monday, May 31, 1971*

Visit to **J.L. Moreno, M.D.**, and **Mrs. Zerka Toeman-Moreno** at the Moreno Institute, Academy of Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy, 259 Wolcott Avenue, Beacon, New York 12508.

I followed a training with seven other people by Zerka Moreno in the use of psychodrama (a special form of group-therapy) in treating families. This training consisted of three 2 hour sessions a day. The trainees played back situations, which were to them significant. These situations were symbolic of their relationship to one or more of their family-members (role-played by other trainees). By exploring our own family-relationships in this way, we enriched ourselves as human beings and therapists. As a matter of fact J.L. Moreno was one of the first in the world, who stressed the interest of the encounter, to look for interactions (instead of intra-actions) and to treat couples and families as a whole at the same time.

Because J.L. Moreno was now too old to give training himself, we were glad to have the opportunity to see films of him doing marriage therapy some years ago. Moreover we spent some hours at his home, listening to the memories of this pioneer.

His wife, Zerka Moreno, now probably one of the most experienced and powerful psycho-dramatists in the world, directed our sessions and gave us an introduction into the theory of psycho- and socio-drama. She gave us an example for instance of how to work with two or more protagonists (main role-players). She also pointed out that sociodrama and sociometry are very useful for working with the extended network.

Tuesday, June 1, 1971

- 1) Visit to the West Side Crisis Unit, 320 West End Avenue, New York, N.Y. 10023, a division of the Jewish Family Service. See for the description of this visit par. 3.
- 2) Visit to the New York Moreno Institute, 236 West 78 Street-Corner of Broadway, New York, N.Y. 10024.

Sessions, open to the general public, are held in this house every night, conducted by trained specialists in psychodrama. These sessions are of a didactic nature. I attended a session with Andrew and Jane Ferber and I worked there as an "auxiliary ego" with a family with a generation-gap problem. Just as in 1969 I was impressed again by this presenting of psychodrama to the general public. It is a challenge to use psychodrama to explore interpersonal and intergroup relations in society.

Wednesday, June 2, 1971

- 1) Visit to **Nathan W. Ackerman, M.D.**, Director of the Family Institute, 149 East 78th Street, New York, N.Y. 10021.

Ackerman was with Don Jackson and Virginia Satir one of the trias, which founded family-therapy in the U.S.A. It was an honour for me to pay a visit, as I did in 1969, to this master and to see him at work.

I first attended, behind the one-way visual screen, a family-therapy-session, conducted by Ackerman. Striking was his moving in and out in a very flexible way, his open "side-talking" and the easy way he drew the children into the therapy.

Next I was present at a staff-discussion under supervision of Ackerman, in which we analysed the content and form of the previous session. Finally I had a talk with him about how to introduce family-therapy and how to propagate it in the Netherlands.

Ten days later this great pioneer and gifted personality died of a heart attack. It is a great loss for the whole family-therapy-movement.

- 2) Later in the afternoon **Mrs. Peggy Papp, M.S.W.**, Training supervisor of the Family Institute, allowed me to sit in a multiple family-therapy of three couples and their children. One of the advantages of doing therapy with more than one family became clear when two boys started to defend their own school. Each one stated that his one was the best, because of this and that reason. When I made the remark: "I wonder if both of you also think in these terms about your mother" (the fathers were absent); they immediately changed to a comparison with their mothers, in which a lot of relationship-dynamics between the mothers and the sons became manifest. In other words: by bringing together several families at one time, it becomes possible to mobilize and clarify the interpersonal attitudes and behaviour-patterns in the different families.

Thursday, June 4, 1971

- 1) Visit with Ferber to the Department of Psychiatry at the Albert Einstein College of Medicine to attend a staff-conference about how to increase the efficiency of the internships of the new residents in psychiatry. Ferber proposed a marathon session of all the ward personnel together: scientific and nursing-staff together with the assistants. The goal was to get to know each other very personally as a base for further co-operation and better interpersonal relationships of the staff. For if the staff-members do not have good contacts with each other, how could they expect them from their clients?
To my view the possibility to hold a marathon session is something to remember as a tool for integrating new members into a team.
- 2) Another exchange of therapeutic ideas between Ferber's staff-members: Marilyn Mendelsohn, M.S.W., for years co-therapist of Ferber, reviewed a video-tape of a family-therapy conducted by her. She demonstrated how she, by supporting the "scapegoated child", tried to make contact with the parents.

- 3) Participation in the last session of the group caseworkers, who were trained for one year once a week by Ferber. On suggestion of one of the members the week before (see Thursday May 27), this session took place at his home and had the character of a farewell-party. To me it was exalting to see and experience how close people can come to each other and say good-bye after having had such a good, although sometimes very hard, time together. Another striking point of this group was, that they had learnt family-dynamics by bringing in their own family and letting the group look at their interactions with their family-members. Ferber, as the trainer, had proposed the above interviews and had also been consequently the first one to demonstrate his own family to this group of trainees!

Friday, June 5, 1971

A family-therapy-session with a black family was cancelled by the family at the last moment. Instead of this, Ferber showed me the film he made of one of the first interviews he had had with this family at home the year before. His co-therapist was then an anthropologist, who had become acquainted with this family before during some field-research among black people in New York City. This again is a testimony of the unorthodox way Ferber approaches families, namely by asking a non-professional as a co-therapist, because that person happens to know the family better than he did himself. This appeared to be a good move, as was clear on the movie, because the black father and mother seemed to feel more at ease in talking about their problems with the anthropologist than with Ferber.

During the weekend of June 5 and 6, 1971 my wife came by plane from the Netherlands to join me for the rest of my trip through the U.S.A. One goal was to learn to work together as a therapist-couple. Together we flew to Madison, Wisconsin, to work there for four days with Carl Whitaker and his wife Murriel, also a therapist-couple.

Monday, June 7, 1971

Visit to **Carl Whitaker, M.D.**, professor of psychiatry at the Wisconsin Psychiatric Institute, Medical Centre, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin 53706.

- 1) Participation in a family-therapy at home by an assistant of Whitaker. The interview was conducted by Whitaker and William Few, Ph.D., a Rogerian co-therapist. Whitaker finds it very important for prospective psychotherapists to go through a learning-therapy with their own family. So he trains his own assistants in family-therapy. The fact that one is trained by one's own professor, led for me to a lot of questions. Among others what are the advantages and/or the disadvantages of sharing one's inner life with one's teacher. To me family-therapists seem to consider the exploring of important interpersonal relationships together even more important than e.g. psychoanalysts do.
- Participation in a therapy-session with a family, consisting of parents and four children, of which one of the children had an anorexia nervosa. My wife and I were asked by Whitaker to sit in at all his therapies and not to remain silent, but to participate. Typically for Whitaker is – among others – that he purposefully evades placing the focus on the scapegoat. Instead of this he zooms in on the other family-members to discover what is “crazy” about them. The hypothesis, which is the base of all family-therapy, is that it is not the scapegoat who is ill, but the whole family-system. The scapegoat is just “the top of the iceberg” and can be the healthiest one in as far he is still able and willing to protest against the unhealthy family-sphere.
- Another point, mentioned by Whitaker, is that children are often the best therapists in a family-therapy.
- Last point, I wish to mention, is that Whitaker's way of doing therapy can be characterized as using paradoxes. This throws the clients of their track and makes them think over and over again about their so-called ‘common behaviour’.

- 2) Participation in a first therapy-session of a family with seven children. Whitaker quickly gets an idea of what is typical about the relationship of a certain family by cutting very sharply and deeply into the family-patterns by asking "crazy" questions, e.g.: "Are you a killer?". He also makes provocative suppositions and reverses things, e.g. by asking children what they think about their parents, instead of asking the parents what they think about their children.
- 3) Participation in a couple-therapy. It was remarkable the way Whitaker took over and was purposefully the leader of the relationship-system. This is in accordance with his view that if a psychotherapist wants to have influence on the client(s) (which is necessary to change other(s), he has to be the leader of the others. This leadership-position is to some therapists such an important issue that they try to make this clear from the first moment they meet the clients. First arguments in family-therapy, as in any other group-therapy, are power-struggles about who is going to set the rules here.
- 4) Attendance at a staff-meeting on a psychiatric ward. To my surprise behaviour-therapy-approach was used here in the same department that family-therapy was introduced.
- 5) Attendance at an interview, led by a student, of a hospitalized client and his wife. It was a testimony of the influence family-approach has – thanks to Whitaker – in the training of students in the Medical Centre of the University of Wisconsin.

Tuesday, June 8, 1971

- 1) Visit with **Gus Napier, Ph. D.** (co-therapist of Whitaker), to the Wisconsin Children's Treatment Centre, 3418 Harper Road, Madison, Wisconsin 53704 (super-intendant: Martin B. Fliedel, M.D.).

This visit was paid, because the residential treatment-centre changed its "Bettelheim-approach", under influence of Whitaker, to a family-orientation. For example this was clear by the fact

that in the inpatient-service the families of the hospitalized children (from 0-12 years; 25 beds) were asked to stay as much as possible in the centre. In the outpatient-service the staff moved more out to the home, to the school or whatever spot the child might be in trouble. As a result from this approach the staff discovered that in 50% of the so-called children-problems, the child was not the patient, but the scapegoat.

I must mention again that I was struck by the combination of a behaviouristic approach in combination with the family-therapy-method.

- 2) Talk with Whitaker about the development of his ideas in the last few years concerning family-dynamics and family-therapy.
- 3) Attendance at a family-conference in a psychiatric ward.

Once a week one of the hospitalized patients is, together with his family, seen by Whitaker and the staff of the ward. In this case the family consisted of the father and the mother and the two sons Jeff and Frank. Frank was considered by his family as a patient and was hospitalized in the psychiatric department; Jeff, his younger brother, came with his parents to participate in this family-conference.

Napier, in training under Whitaker, attended as co-therapist. Whitaker opened the session by asking the father straightforwardly: "What about your craziness?!" This is typical of Whitaker: giving attention in the beginning to somebody else than the identified patients, for example by mentioning craziness as a common phenomenon in all of us. Napier proposed to the mother that she should move from the chair, which was next to her son, and go and sit next to her husband, because: "You, Mam, seems to have married your son, but your place is next to your husband." Other directive remarks were: "You, Dad, married your work." "You Jeff, (the not-identified patient) are the hero in the family" and "You, Frank (the hospitalized patient) are the villain in this family." Whitaker attacked the father and openly took side with the identified patient. In his comments, afterwards, he stated that one must make a distinction between the single crisis-inter-

vention-interview (also known as the “one-shot-therapy”) and the long-lasting psychotherapeutic relation. In the latter Whitaker looks for the key issues, does not push very much and is more patient and silent. As a matter of fact Whitaker was quite different in lengthy interviews than he was in single interviews.

- 4) In the evening my wife and I had a talk with Carl and Muriel Whitaker about our own relationship; we, a new therapist-couple, wanted to be helped by an experienced one, as the Whitakers are.

Wednesday, June 109 1971

- 1) Attendance at a supervision-session. Whitaker participated in a therapeutic session between an assistant of his and his client. I saw Whitaker moving in and getting also involved.
- 2) Participation in an individual therapy of Whitaker with a social worker. Striking was how Whitaker spoke about his own characteristics and their background to the client. He even suggested to him “Are you not aggressive towards me, because I am keeping it off?” Whitaker said on this occasion to be furious at social workers in general, because they underestimate themselves. He said to have learned most, just by social workers! He proposed the social worker to fight their aggression out along certain rules; and they did!
- 3) Another family-conference on another psychiatric ward. In this interview one of Whitaker’s therapeutic attitudes became quite clear. It is what he calls “hanging loose”. This means that he evades setting goals in therapy. By remaining “unprejudiced” at the moment, Whitaker is more open for what is really happening. An example of this in everyday life is the fact that one can find a lost object more easily by not purposely thinking about it, but simply by waiting for it to turn up on its own. Whitaker put his “hanging loose” attitude into practice for example in an interview of a family, of which the son had attempted suicide. Whitaker did not mention the suicide directly. Instead of this he started ques-

tioning everybody except the “identified patient” (the hospitalized son, who had attempted suicide) about the aggression, drives and repulsion of them. It became clear that the father repressed aggression out of fear hitting someone too hard (which had happened to him once in his youth). The result of this negative experience was that nobody was allowed to express aggression in his family. Aggression became the “ghost” of the family. It was concluded that his son, out of fear of this ghost, had turned his aggression towards himself in the form of an attempted suicide. Another example of Whitaker’s paradoxical therapy methods was that through being aggressive to his clients, he made them stand up to him to let them make contact.

- 4) Participation as co-therapist (with my wife) at two family-therapy-sessions. In the first one it became clear among others, how what appeared to be an individual problem, could be closely linked to the family-structure. For example: a girl’s problem, that she was not able to have good contact with her boyfriend, could be traced back to a strong attachment to her alcoholic mother and also whose role she had taken (“mother” for her siblings and substitute-wife for her father). In the second session we saw how a child can be the best therapist for its family. In this case a 17 years old boy was imitating the hysteric play of his mother in such a “blown-up” way that the mother was not able any more to manipulate her family, as she was totally unmasked by this behaviour of her son.

Thursday, June 11, 1971

- 1) Discussion with **Gene Abrams, M.D.**, Head of the inpatient reform program of the Department of Psychiatry, University of Wisconsin, Madison. See part 3.
- 2) Talk with **Leo Ganser, M.D.**, Administrator of the Division of Mental Hygiene, Department of Health and Social Services, State of Wisconsin. See part 3.

Friday, June 12, 1971

My introduction to the staff of the Wisconsin Children's Treatment Centre about the general development of psychiatry in the Netherlands and especially family-therapy.

Sunday, June 14, 1971

Attendance at the "Frederick Stoller Memorial Meeting" in the Continental Heights Hotel, Los Angeles, California. We were invited by **George Bach, Ph.D.**, founder and director of the Institute for Group Psychotherapy, 450 Bedford Drive, Beverly Hills, California.

Here we had the privilege to hear Dr. Gregory Bateson from the Oceanic Institute Waimanalo, Hawaii 96795.

Bateson is a great anthropologist and one of the original introducers (with Don Jackson, Jay Haley and John Weakland) of the communication-theory in the field of family-therapy. Bateson presented a paper about "Thoughts and Feelings in Growth, an epistemological research in encounter feelings".

It was a pleasure to have heard this wise man speak and also to have had the opportunity to spend a wonderful evening with him at Bach's house.

Monday, June 15, 1971

- 1) Visit to Bach's Institute for Group Psychotherapy, 450 Bedford Drive, Beverly Hills, California.

Attendance at an "intake-interview" of a couple with marital problems. Bach did not want to ask the usual questions, such as "What are your problems?" etc., because he did not want to receive prepared and stereotyped answers. What he considers a better method is to change the communication-structure of the partners by giving them another frame of reference. For example Bach said to the partners: "Look each other in the eyes", "Take the optimal distance from you to your partner", "Ask him to re-

peat what you have just heard", "Thank him (or her) with a kiss", "Ask permission to say that", etc.

Bach directs this unusual way of relating in order to help people to express their feelings as clearly and easily as possible.

- 2) Attendance at Bach's second interview with a couple.

Here we heard Bach stressing the question: "Did you come here to get a better relationship or did you come to divorce?" He wanted this clarified, because he has a special group for people, who want to divorce and for people, who want to stay with each other, but wants to make their relationship better. He also wanted it made clear that he was the leader and they had to listen to him and fulfil for example their home-assignment. Bach believes in the possibility in teaching new behaviour and deconditioning unwanted habits.

Here, my wife and I, for the first time attended the so-called "mind-reading exercises". The purpose of these exercises is to check one's suppositions about one's partner to discover false prejudices towards each other and to correct them.

- 3) Participation in a Growth-Group-session (a Growth-Group is a special group where the attention is focussed on the individual growth of the group-members).

We saw a lot of action and rituals brought into the group by the leader, e.g.:

- a) "Introducing-behaviour" (an old member is asked to introduce a new member to the group),
- b) "Fighting into the group" (all the group-members make a closed circle except the one who doesn't have the feeling of belonging to the group; the latter has to fight himself through that barrier into the middle of the group),
- c) "Warming up" (leader walks around with a group-member next to him and talks about the member's problem).
- d) "Challenging a member" (group-member must face someone else in the group and tell him what he really thinks and feels about him; if this member does this well, he is praised by the group by handclapping),

- e) "Farewell-ceremony" (everyone says goodbye to the group-member leaving and also express to each other how and what they liked and disliked about each other; closing with this member being placed in the middle of a narrow circle of the group-members remaining there for some time close to each other in silence.
- f) "Mind-reading".
- g) "Home-assignments" (tasks formulated by the members themselves and written down by the leader; the results of the assignments are checked the next week).

Tuesday, June 15, 1971

Participation in a "Pairing Group" (a group special aimed at ameliorating the way one makes relationships with another). Conducted by a staff-member of the Institute of Group Psychotherapy. Total amount of members: fifteen. Duration of session: four hours.

Here we saw other exercises:

- a) So-called "Beltlines" exercises: the group is splitted up in subgroups of three people; two of these three-somes try to say something, which is very vulnerable for the third one; this is to test where ends a defensive fearful masking of the inner feelings of the third one and where begins his real non-negotiable area.
- b) Training in assertiveness: "go to somebody and tell him what you like and you do not like about him" and "don't ask questions but make statements".
- c) "Haircut", "Vesuvius", and "Bataca" ; these three rituals are exercises to learn to express oneself very aggressively, but within certain boundaries.
- d) Home-assignments, e.g.: "take the initiative in making contacts", "reject somebody openly, if you want to do so" and "write down a self-portrait".

Wednesday, June 16, 1971

Participation in a "Fighting Class" at Bach's Institute.

Group-members were married couples with severe relationship-problems. The goal of this kind of group-therapy is to teach partners how to discuss difficult matters and how to come onto negotiable terms. The session was conducted by Jessie Bernhard, a co-worker of Bach. My wife and I were surprised to see the very strict way in which Mrs. Bernhard checked the homework of the couples, set new contracts between the partners, made them repeat and confirm each other's statements, made them seal a new understanding through kissing each other, etc..

If partners tended to become emotionally involved in the discussion and started to blame each other, Mrs. Bernhard interrupted, talked with each of the partners separately until their point was clear to themselves and, let them repeat it in a quiet clear fashion to the other partner.

Thursday, June 17, 1971

- 1) Discussion for one hour with George Bach about his ideas about family-therapy.

Flight to San Francisco.

- 2) Visit to **Martin Kirschenbaum Ph.D.**, Director of the Family-therapy Institute of Marin, 1353 Lincoln Street, San Rafael, California 94901

As Kirschenbaum was not there, I had a talk with the co-director Shirley Luthman, A.C.S.W. and the co-worker Armando Maliano, non-professional and "former drug addict and delinquent", as was indicated officially in the pamphlet of the institute. The institute has 13 staff-therapists all experienced in families, groups, and individual therapy. The approach to the treatment of family-problems is a multi-faceted one. The institute has, next to a treatment division, its own training-program in group- and family-therapy and a research program (at this moment in drug problems). The staff-members all work together as consultants for each other, facilitating each other's growth. I had the impression that this institute was a perfect example of a treatment unit.

- 3) Visit to **David Rosen, M.D.**, a psychiatrist doing “primal-scream” therapy in the Medical Psychotherapeutic Centre, 1715 Lincoln Avenue, San Rafael, California 94901.

I paid this visit, because I had been impressed by Janov’s book: “Prima’ Scream”. I wanted to know more about this new way of doing psychotherapy. However, because it is an individualistic form of therapy, I will not discuss it in this report.

- 4) Participation in an introductory session of “Experience with Couples” by **Gerald W. Smith Jr., Ed. D.** from the Esalen Institute, 1776, Union Street, San Francisco, Cal. 94123.

Here, my wife and I, experienced together with thirty other couples, different kinds of verbal and non-verbal explorations of each other, within the “rules”, which were set by Smith. The goal of this session was to discover one’s own stereotyped attitudes and to introduce new ways of relating to each other.

Friday, June 18, 1971

- 1) Visit to **Arthur Bodin, Ph. D., John Weakland** and **Richard Visch** at the Mental Research, Institute, 555 Middlefield Road, Palo Alto, Cal. 94301.

The M.R.I. is famous because it was the cradle of family-therapy based on the communication theory. After the death of Don Jackson, the founder of the M.R.I., Jay Haley and Virginia Satir left for the East Coast. John Weakland is as far as I know the only one left of the original staff. The present staff does not treat so many families any more, nor does it train professionals on family-therapy and communication theory. In the past 700 men were trained and some of these trained people formed their own training institutes all over the States. There are now for example five other training institutes in the area of San Francisco, where Palo Alto is located. Arthur Bodin told us that the focus of the M.R.I. has now shifted to the training people, who work in the first echelons in the mental health field, e.g. nurses, policemen and probation officers. They are the people to whom one goes, when

one is in trouble. This is the reason that it is so important – especially from the point of view of prevention of behaviour-disorders and of crisis-intervention – to train the first echelon workers to help these people with their minor problems as soon as possible.

- 2) Lunch with Martin Kirschenbaum and his wife. He explained his view of family-therapy and the path along which he developed his institute. Because he mentioned he was coming to Europe within a fortnight to give a family-therapy-seminar in Sweden, I invited him to come to the Netherlands and give a presentation of his ideas. This happened as a matter of fact on July 9; 30 Dutch family-therapists participated enthusiastically in a one-day workshop in a family-therapy conducted by him at Utrecht.

Saturday, June 19, 1971

Visit to **Frederick Ford, M.D.**, 2232 Carleton Street, Berkeley, Cal. 94704.

Ford was, just as Kirschenbaum, trained in the nineteen sixties at M.R.I. by Don Jackson, Jay Haley and Virginia Satir. He is now in private practice and consultant in family-therapy (e.g. of the Family-therapy Institute in St. Paul, Minnesota). We saw his original work in family-assessments through his interpretation of video-taped family-therapy-sessions conducted by him and his co-worker, Joan Herrick, M.S.S.

Sunday, June 20, 1971 till Friday, June 25, 1971

My wife and I went to a couple-workshop at Esalen Institute, Big Sur, California 93920. This workshop was conducted by Betty Fuller, trainer in Gestalt-therapy.

We participated there with seven other couples in a workshop of one week, consisting of three group-sessions a day. This was a very intensive learning experience about ourselves as individuals and about ourselves as partners in a relationship. Through this also about ourselves as therapists and our relationships with our clients.

It would take too much space to describe this experience in this report. Allow me to say that my wife and I are still after three months working through this revival of our relationship. We are trying to integrate what we learned there into our-couple-group-therapies which we conduct as therapist-couple and also into training of colleagues.

Saturday, June 26, 1971

Flight back to the Netherlands.

Summary First Goal

Looking back to all the contacts I tried to describe in this paragraph, it is very difficult to discern a common denominator in this diversity of impressions. To my wife and I, all these encounters with people, who are talented in working with relationships, had a catalytic effect on our personal growth and relationships with each other, our clients and trainees. I had not expected this. I thought it would have brought me only "know-how" in doing family-therapy. Now I realise that this was a false supposition (probably it was a defence against exposing ourselves and becoming vulnerable). I was reminded again that there is no better way for the psychotherapist to do the job himself. He is his own tool. He cannot afford the luxury of staying outside of what he is doing with his clients. I hope that this report stimulates some readers to go into such a personal experience themselves. Moreover I hope that it has become clear through my description who are the most well-known American family-therapists and what they are doing.

Part 2:

Second goal of my visit: to gather information about how to introduce the family-therapy-approach into a national mental health program and how to develop a prevention and crisis intervention program in this field.

In the Netherlands the mental health services are centralized in a National Centre for Mental Health. There exists a national Dutch policy in the development of mental health and there are people who can give information about this matter. I expected this to be the same in the U.S.A. But to my surprise, not one of all the leading family-therapists in the U.S.A. could refer me to such a national American organizational centre or give me addresses of national experts in this field. Of course there does exist the problem of scale-amplification: each one of the single states of the U.S.A. is bigger than the state of the Netherlands. So one had better compare the organization of a single state of the U.S.A. with the Netherlands, than the whole U.S.A. with such a small country as ours.

As a matter of fact most of the information I gathered concerned the different state-programs in the U.S.A.

- 1) Nevertheless the first program I ran into had a more national character. It was the program, supported by the National Institute of Mental Health of the U.S.A., to make teaching-films for mental health workers. This was carried into effect by James Enneis, director of the National Centre for Mental Health Services, Training and Research at Saint Elisabeth's Hospital, Washington, D.C. 20032 (see paragraph 1, visit on May 14, 1971). Enneis makes these films about crisis-intervention, non-professional help, consultation, group-work, role-playing, etc. He films professionals and non-professionals doing these different kinds of work in an exemplary way. I think this work is very important, because people learn more quickly by the use of audio-visual media. This applies especially for this branch of help in relational matters, because there are so many parameters in this field. These variables are better to pick up by empathizing and identifying with live examples on audio-visual media than through the indirect ways of teaching them.
- 2) Second program I heard of was the Pennsylvania family-therapy-training program, set up by Minuchin and Haley, co-directors of the Child Guidance Clinic, 1700 Bain Bridge Street, Philadelphia, Pa. (see par. 1, visit on May 17, 1971).

This was an example of a state-supported program for the benefit of all psychiatric and mental health services in the state of Pennsylvania.

All these centres in Pennsylvania are visited one day a week by a trained family-therapist. This is so that every professional mental health worker in Pennsylvania has the chance to learn to know the family-approach. A “conditio sine qua non” to be able to realize such a program is the presence of such a good family-therapy-centre as e.g. the Child Guidance Clinic in Philadelphia. In the Netherlands we have no family-therapy-institute at all. This is not only a question of a lack of money (until now it is not subsidized by the government, because it has not yet been looked upon as important), but this is also a matter of lack of manpower to staff such an institute.

- 3) In the discussion with Nathan Ackerman (see my visit on June 2, 1971) we also dealt with the subject of the place of family-therapy in the mental health field. He stated: “I don’t view family-therapy as a specialization. I see it as a development in the opposite direction, away from or against specialization. I view it as the general practice of psychiatry.” Furthermore: “Family-therapy is not just a new method in treatment. It is also a social movement, a social-plugged movement.” He also told me that he had for the past eleven years purposefully avoided introducing family-study and -treatment into the university. He had done this because of two reasons:
- a. A family-study-program would be swallowed up in the university; it would be shot into a corner.
 - b. A financial reason: the university would be an additional drain.

Ackerman preferred to study and treat families outside the university. He would not have liked to make family-therapy another kind of specialization with an official association, and so on.

Especially because the family-study-approach is a general social movement, it should be given the chance to grow unlimited and become a totally new way of thinking about and doing mental health care.

I think this view is also very important for the planning and the promoting of family-study and -treatment in the Netherlands.

- 4) Discussion with **Gene Abroms**, Assoc. Prof. of Psychiatry, University of Wisconsin, Medical School, Madison, Wisconsin 53706.

This gifted young psychiatrist introduced milieu-therapy to the psychiatric wards. He involves the nursing staff in the treatment-program, allows the patients to care for each other and even hospitalizes whole families, eight hours a day for a week. He works more with his staff than with his patients, because he believes that on the long run the efficiency of treating patients can be much greater through the influence of the ever present nurses than through the now and then contacts of the patients with their doctor. For the out-patient services he had not yet given form to his ideas; ideas which were the following:

- a. To work with non-professionals, who were to be warm, naturally gifted people and who had already worked through their own family relationship problems,
- b. An equal salary for all the mental health workers.

Because this is still an unrealistic and unreachable goal, he saw a more realistic solution to get people by creating a new profession: “Dr. in Mental Health”. This degree could be reached after a selection on openness to people and being practical and then having followed special university courses for e.g. 2 years. These officially recognized mental health workers should be paid according to their function.

I think Abroms’ ideas can be very stimulating for the Dutch situation in mental health work. Is it not more realistic to develop – next to our efforts to build up a non-professional corps – the possibility of a specific helping profession in mental health? This career would be open not only to the young people, but also to the old, who can use their life-experiences in helping others to make life meaningful again for themselves and others.

- 5) Talk to Leo Ganser, M.D. Administrator of the Division of Mental Hygiene, Department of Health and Social Services, State of Wisconsin.

Ganser explained to me the difficulty of integrating the national and the local state mental health programs into society. For example: on the national side there is the Comprehensive Community Mental Health Program made possible by the Kennedy Acts. On the local side there are e.g. in the State of Wisconsin three programs already subsidized by the local government; from 1890: the local county hospitals; from 1957: community mental health clinics; from 1969: day care for mentally handicapped.

Ganser attempts to centralize these overlapping programs. But this is very difficult and very risky, because on one side it is a hard job to give historically rooted provisions a new identity; and on the other side it is uncertain of the U.S. Senate what will continue to support the Comprehensive Community Mental Health program. As a matter of fact only 400 centres have been built instead of the 4000 planned, and the money sources are already drying up. In Wisconsin there are 11 comprehensive community mental health centres, which consist of:

1. An in-patient service
2. An out-patient service
3. An emergency service
4. A consultation service
5. A partial program (daycare or night hospital).

In the local program the child and marriage guidance clinics were substituted by the community mental health clinics. The community mental health clinic is an all-purpose clinic, one for every 50.000 people, staffed by full-time social workers and psychologists and part-time psychiatrists. Minimum staff capable of being subsidized consists of: 3 social workers, 1 psychologist, 1 part-time psychiatrist. The maximum staff would be: 8 social workers, 2 psychologists, 4 full-time psychiatrists (included: 1 social worker as a clinical administrator and one M.D. as director). In these 35 clinics in Wisconsin were relatively less children seen than in the older child guidance clinics. This was a problem. There was also

tension between the older individualistic approach of the psychiatrists and the more community approach of the younger personnel. The main problems of the clients were: disorders by moving (from the southern to the northern states of the U.S.A. and from the country side to the cities) and the symptomatology of bereavement (widows, divorcees).

Consultation is also done in these clinics. Family- and couple-group-therapy are known, but not yet practised.

Another field of help-programs consists of social and family agencies, where people are helped with financial problems, adoption, etc. In practically every district there are public, religious and non-sectarian agencies.

Comparing the present status of mental health in the state of Wisconsin with the Netherlands, I think there are not so many differences. We have the same structure and the same expectations; especially in the field of out-patient services. Our child and marriage guidance clinics are still in the process of integrating themselves to all-purpose clinics.

I hope that family-therapy will be a stimulus for this integration and that the family-approach will remain the main approach in these clinics. We also have the same problems with personnel, new methods and with bringing into practice the prevention of mental health.

Part 3:

Third goal of my study-trip through the U.S.A.: orientation about the prevention of mental health disorders in the U.S.A. and about working with non-professionals; both especially in the area of family-life

I closed part 2 by stating that we in the Netherlands have the same problem in creating a prevention-action program as they have in the state of Wisconsin, U.S.A.. Ganser, head medical inspector of mental health of the state of Wisconsin, told me that in his opinion there are two big problems, which block a fast development of this very much needed prevention program:

- a) The financial support is delayed again and again by the local government because of the more acute curative needs.
- b) There are not yet working-models developed for prevention.

I asked all the people I visited if they knew of prevention-action centres or units, which I could visit. The answer was practically always "no". This surprised me because I had assumed that this field was fairly well developed in the U.S.A.. It is possible that the family-therapists – the category to which I restricted myself on this trip – are not well informed about this matter. Talking about working with and through non-professionals, I met non-professionals at practically every family-therapy-centre I visited. But all of these non-professionals were working more or less in the curative section, together with or supervised by the family-therapists (see the visit to Framo, Minuchin, Nagy, Ferber, Auerswald, Whitaker and Kirshenbaum). The only strictly prevention-orientated centre I could visit was the West Side Crisis Unit.

- 2) Visit to the West Side Crisis Unit, 320 West End Avenue, New York, N.Y. 10023.

This unit, a division of the Jewish Family Service at New York, is supervised by Dick Auerswald (see the visit on May 26, 1971) and conducted by Carol Haber, social worker. This unit of 6 professionals and non-professionals is located in an area, in which 60.000 people live. It not only intervenes with crisis but also gives service to the local community through social action. The specific characteristics of this mobile unit are:

- a) It is task-oriented (help is given for no more than is asked for),
- b) It helps everyone with everything, be it medical, psychological, social, economical, judicial etc. (this according to Auerswald's system-approach),
- c) The unit tries not to become politically involved, but on the other hand openly takes the victim's part,
- d) The unit tries not to become fatalistic but to be satisfied with the little help they can give to some individuals

against "society's powerstream". The unit was often consulted for housekeeping problems, nursing and did social action in youth projects in the area.

As I understood, the team spirit is very important in such a vulnerable situation as these units are. Everybody must know each other very well. Salary-discrepancies cause tension, because everyone, qualified or not, does the same work. Furthermore the division of work is a troublesome matter, because sometimes specialists in a certain area (e.g. judicial) are needed, while at other times non-professionals are more qualified than professionals (e.g. in helping youth with drug-problems).

Another big issue for such a unit is how to become and to remain integrated in the area instead of becoming isolated.

I spent some hours with the team talking about these matters. During this time there were some phone-calls and one or two people walked in with minor problems. So I did not have the chance to go out into the area with some of the team-members and to see how help was given on the hot spot. Carol Haber told me that the amount of help asked for varied very much for unknown reasons.

My over-all impression of this kind of unit is that it is, theoretically seen, one of the best answers one could imagine to the needs in the mental health field at this moment, but that in practice it is hard to actualize. This new method is clearly still in development. So if one wants to begin with actualizing a prevention-action program in the Netherlands, one will have to learn it on one's own, because the experience in this area in the U.S.A. is as far as I know, very limited.

Summary of part 2 and 3

As enthusiastic as I am about the more than expected satisfaction of my first need (see par. 1) of my trip to the U.S.A., I am still disappointed about not having reached totally my second and third goal: how to develop a national family-training and -treatment program, and how to prevent de facto family-disorders. The

cause of this deception is not quite clear. Either I was not well enough informed about these topics or my hosts in the U.S.A. were not, or the two domains of planning and prevention are still underdeveloped in the U.S.A. (For further information I might refer to the forthcoming report of Mrs. Mimi Bremer-Schulte, an UNESCO-fellow, who made also an orientation-trip to the U. S.A. in May and June 1971 and concerned herself with the areas of prevention and work with non-professionals.) My final impression is that working with non-professionals in the curative field is more common in the U.S.A. than in the Netherlands; that there are only a few centres in the U.S.A. where prevention is actually done by professionals and non-professionals; and that one wrestles with the same economical and operational problems in actualizing prevention.

Concerning the gathering of information about the planning of a national network of family-therapy-centres in the U.S.A., I could not find such a program mentioned, nor could I find the right experts; maybe they do not exist. What I found was local state programs and people organizing them (e.g. Leo Ganser, M.D., in Madison, Wisconsin). I received the impression that this state-planning is in the same situation as the one in the Netherlands: a lot of diverse overlapping provisions, a need for centralization, a lot of invigorating ideas for the future and the difficulty to introduce new methods and new provisions.

The training in family-therapy is quite well established in the U.S.A., but on a private basis and linked to the diverse family-therapy institutes. In the Netherlands we have not as yet one single family-therapy-institute. So we must organize the training of family-therapists through the Dutch Association for Group-therapy and through the National Centre for Mental Health in the Netherlands. As a representative of these two organizations, I have asked several well-known American family-therapists to come to the Netherlands and teach family-therapy to the Dutch professionals and non-professionals in the next three years. (e.g. Walter Kempler, Martin Kirschenbaum, Salvador Minuchin, Andrew Ferber and Carl Whitaker). As soon as some of our own Dutch people are trained satisfactorily, we hope to staff the training faculty by Dutchmen and to build up Dutch family-therapy and training institutes.

Commentary

In my opinion family-therapy is in the Netherlands at the edge of breaking through into the general practice of mental health care and social work.

What we need to get over the edge is primarily some experienced Dutch family-therapists, who are willing to staff a family-therapy-institute and to give training. Secondly, what we need is a government, which will subsidize such an institute. In contrast with the U.S.A. such institutes can hardly be run on private basis in the Netherlands. This is the case, because the Dutch people, living in a more socialistic society than the American one, are not accustomed to pay psychotherapy out of their own pockets. Nearly 100% of the Dutchmen are insured for medical help. Consequently, because psychotherapy is looked upon as medical help by the insurance companies, these companies will not reimburse psychotherapy done by so-called paraprofessionals, such as psychologists, social workers and non-professionals. However, social workers, young clinical psychologists and social psychologists are more natural equipped to work with the family-setting than the psychiatrists. The psychiatrists are hindered by training in a causalistic mechanical way of thinking during seven years of training in medicine and are then even more misformed into an individualistic nosological way of thinking during their four years of specialization in clinical psychiatry and psychoanalysis.

As a matter of fact, in the Netherlands there are far more social workers and psychologists interested in family-therapy than there are psychiatrists.

Fortunately there are some young psychiatrists, who are developing a more socially involved, so-called "critical or alternative" psychiatry. They are very much interested in all kinds of group-work, milieu-therapy, prevention and working with non-professionals. I hope that out of them will grow some pioneers in the field of relation-therapy in families and couples, just as I have seen this kind of colleagues in the U.S.A.

It is clear to me that family-therapy in the U.S.A. is developing rather fast under the surface of the officially recognized psychiatry and under the classical forms of doing casework and psychological testing. It is also clear that family-therapy in the U.S.A.

is closely linked to socially deprived groups: e.g.: poor people, delinquent youths, psychotics, drug addicts, emotionally and judicially divorced peoples etc.

The family-therapy approach in the U.S.A. has also become the method of choice in the field of prevention. This is because one can observe that the source of conflicts is practically always located in the group-sphere, in which the individuals live. Prevention becomes more efficient by working through the group to the individual than vice versa. Through this group-approach more people are helped at the same time and in a more dynamic way.

So family- and group-therapy have a future as a totally new approach in the different fields of mental and social well-being.

Perhaps this approach in influencing the networks of the symptom barriers will become a significant method of action for the whole mental and social health work.

I do hope so, because we need another more efficient approach to prevent and to fight against the pollution of the psychological atmosphere, which is threatening the Western Culture. We will have to become whether we want to or not more mass-orientated and more group- and system-sensitive. The family-approach is such a social movement, which seems to be one of the correct and efficient answers to this threat.

I hope that we in the Netherlands – a country with a good mental health reputation will soon have the opportunity to test this approach.

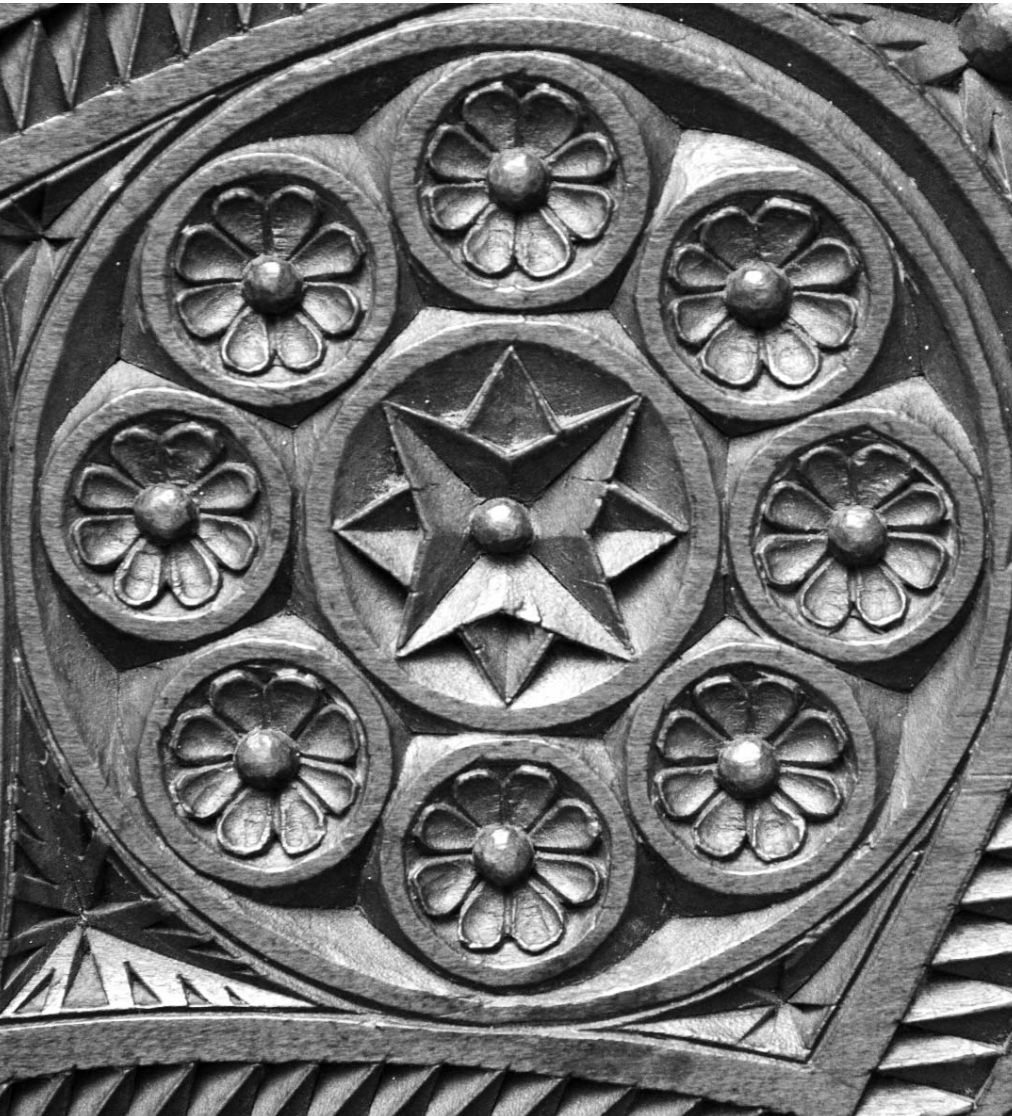
Selected recent literature

- 1 Abroms, G., Fellner, C. and Whitaker, C., "The Family Enters The Hospital" *Amer. J. Psychiat.* 127: 10, April 1971; Pages 99-106.
- 2 Ackerman, N., "The Growing Edge of Family-Therapy", to be published in *Family Process*.
- 3 Auerswald, E.H., "Families, Change and The Ecological Perspective", to be published in a book in the autumn of 1971 by Ferber, A. and Napier. A.
- 4 Bach, G., and Deutsch, R., "Pairing", Peter Wyden Publisher, N.Y. 1970
- 5 Bach, G., Bernhard, J., and Bondo (probably titled.) "Constructive Agression Techniques", to be published by Kendall/Hunt Publishing Corp, Dubuque, Iowa, 1971.
- 6 Bateson, G., "Steps To An Ecology Of The Mind", Intext Publishers, Scranton, Pennsylvania, 1971.
- 7 Boszormenyi-Nagy, I., "Loyalty Implications of the Transference Level in Psychotherapy", modified version of a paper read at the 22nd Annual Meeting of the American Association of Psychiatric Services for Children, Philadelphia. November 7, 1970.
- 8 Bowen, M., "From Couch To Coach", abstract of a paper presented at the Annual Georgetown Family Symposium, Georgetown University, Washington, D.C. 1970.
- 9 Bowen, M., "Family and Family Group Psychotherapy", to be published in Wilkinson "Grouppsychotherapy", 1971 or 1972.
- 10 Ferber, A. and Ranz, J. "How to Succeed In Family Therapies: set reachable goals, give workable tasks". Stencil.
- 11 Ferber, A. and Mendelsohn, M. "Training for Family-Therapy", *Family Process*, 811, March 1969.
- 12 Ford, F. and Herrick, J., "Family Assessment via Videotaped Interview", Project V, 2232 Carleton Street, Berkeley, Cal. 94704, not yet published.
- 13 Ford, F. and Herrick J., "What We Have Learned From Doing The Family Assessment". Not yet published. Project V. 2232 Carleton Street, Berkeley, Cal. 94704.
- 14 Framo, J., "Symptoms from a Family Transactional Viewpoint", *Int. Psychiatry Clinics* 7: 4, 1970, Little Brown and. Company, Boston, Massachusetts. Also in a chapter in N. Ackerman's "Family-therapy In Transition", Basic Books, 1970.
- 15 Haley, J., "Changing Families. A Family-therapy Reader" Grune and Stratton, N.Y. 1971.
- 16 Minuchin, S., "The Use of an Ecological Framework in The Treatment of Child", in "The Child in his Family", Ed. R.J. Anthony and C. Kupernik. John Wiley and Son 1970.
- 17 Moreno, J., "Psychodrame d'un mariage", *Temps Modernes*, 1950, 6, 59, 451 – 475 et 609 633 – 667.
- 18 Paul, N., "Parental Empathy: its Role in the Decline of the Contemporary Jewish Family". Presented at Identicom weekend on February 27, 1971, Pittsburgh, Pa.
- 19 Stierlin, H., "Conflict and Reconciliation; a Study In Human Relations and Schizophrenia" . Anchor Books A 614, Doubleday, N.Y. 1969.
- 20 Whitaker, C., "Process Techniques of Family-Therapy". Stencil.
- 21 Zuk, G., "Family-Therapy During 1964-1970". In: *Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, Vol. 8, Spring 1971.
- 22 Zuk, G., "Triadic-Based Family-Therapy". *Int. J. Psychiatry*, 1969, 8, 539-548.

GEZINS- EN ECHTPARENBEHANDELING IN NEDERLAND

In: Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland

1972



Voorwoord

Dit boek is getiteld 'Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland', omdat het een beeld wil geven van een belangrijke ontwikkeling gedurende de laatste tien jaren in het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Want gezinsbehandeling is niet de zoveelste nieuwe techniek om sociale en psychische problemen te helpen oplossen. Het is een totaal andere kijk op en een geheel andere benadering van deze problemen. Met de ontwikkeling van de gezinsbehandeling – ook wel familietherapie genoemd – heeft zich dan ook een revolutionaire verandering van opvatting in de welzijnszorg in Nederland voltrokken.

Kort geformuleerd houdt deze in: een verschuiving van de zorg voor het individu naar de hulp aan de gehele groep waarvan het individu deel uitmaakt. Deze omzwaai is slechts mogelijk geworden dank zij een totaal andere basisfilosofie over efficiënte psycho-sociale hulpverlening dan die welke in Nederland in zwang is vanaf het ontstaan van de psychiatrie (± 150 jaar geleden), de psychologie (± 100 jaar geleden) en de opkomst van de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg (± 50 jaar geleden). Het oude geloof der helpers hield in dat als mensen zich – door wat voor een oorzaak ook – afwijkend (m.a.w. 'gek') gaan gedragen, dit toegeschreven dient te worden aan het onvermogen van de betreffende om 'zich normaal' aan te passen. De individuele mens wordt zo niet altijd als de bron van functiestoornissen, dan toch wel altijd tot voorwerp van individuele zorg gemaakt. Hij wordt geholpen bij de heraanpassing aan het milieu en het systeem waarin hij leeft. Volgens de nieuwe opvattingen, die o.a. aan de gezinsbehandeling ten grondslag liggen, wordt de oorzaak van psychische moeilijkheden gezocht in een wisselwerking tussen het individu en de mensen om hem heen en grijpt men in deze interactie in, om de situatie te veranderen. Vaak blijkt een symptoom van iemand, bijvoorbeeld moeheid van vader, niet

slechts een betekenis op zich te hebben, maar heeft dit ook een functie tegenover anderen, bijvoorbeeld aandacht vragen van moeder of de kinderen tot rustig gedrag dwingen.

Dit boek heeft de vorm van een bundel; dat wat men in Angelsaksische landen een reader noemt. Ik heb die eerder verschenen artikelen hier verzameld welke tot de m.i. belangrijkste publikaties op dit gebied in Nederland behoren, en welke tevens pasten in het kader dat ik voor het boek opgezet had.

Dit omvat een inleiding over wat gezinsbehandeling is en een beschrijving van de ontwikkeling daarvan in de USA, de bakermat van de 'family-therapy'. Vervolgens een deel theorie, waarin de voornaamste richtingen in de gezinsbehandeling door Nederlanders beschreven worden. En ten slotte een gedeelte praktijk, waarin een beeld wordt gegeven over hoe gezinsbehandeling gedaan wordt, wat er in Nederland aan experimenten op dit terrein verricht is en hoe men erin getraind en onderwezen kan worden.

De aanleiding tot het idee om deze bundel op te zetten vormde het herhaalde verzoek van werkers in het veld van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg om studiemateriaal over gezinsbehandeling. Zelf al jarenlang overtuigd aanhanger van deze nieuwe beweging, heb ik als medewerker van het Nationaal Centrum van Geestelijke Volksgezondheid een trainingsprogramma ontwikkeld om de gezinsbehandeling in Nederland een stevige basis te geven. Maar in het kader van deze praktische oefeningen ontstond er behoefte aan in het Nederlands geschreven informatie over dit onderwerp. Dit materiaal bleek schaars aanwezig en bovendien zodanig her en der verspreid, dat het voor menigeen moeilijk toegankelijk was. Vandaar het idee om de voornaamste artikelen zodanig te bundelen dat ze een zo goed mogelijk overzicht zouden geven over de voornaamste aspecten van gezinsbehandeling.

Daarnaast zijn er in dit boek twee artikelen opgenomen over (echt-) parengroepsbehandeling. Dit is gedaan omdat deze koppelingstherapie niet alleen nauw verwant is aan gezinsbehandeling, maar soms een nog efficiëntere variant hiervan is om relatieproblemen te helpen oplossen. Ik heb geen artikelen opgenomen over de behandeling van één paar door de therapeut (het z.g. drie-gesprek of joint-interview), noch over het vier-gesprek (het paar en twee therapeuten). Het is niet de bedoeling van dit boek

een overzicht te geven van allerlei vormen van relatiebehandeling.

De beweging van de gezinsbehandeling is ongeveer 20 jaar geleden begonnen in de Verenigde Staten van Amerika en tien jaar geleden in Nederland. In augustus 1964 hoorden enkele Nederlanders op het zevende internationale congres voor psychotherapie te Londen voor het eerst over de ontwikkeling van de gezinstherapie in Amerika. Zij namen het initiatief voor het eerste seminar over dit onderwerp in ons land in juni 1965 te Amersfoort. Hier sprak o.a. de later zo bekend geworden kritische psychiater Roland Laing. Dit seminar vormde de ommekeer van een gezinsgeoriënteerde benadering (in ons land bekend geworden door het werk en de publikaties van mej. M. Kamphuis) naar een nieuwe visie en techniek: de gezinstherapie. Deze omzwaai is tot stand gebracht door Norman Bell, Canadees, hoogleraar in de sociologie en de psychiatrie aan de universiteit van Toronto, die – aangetrokken door het werk van prof. A. Querido – in '64 – '65 een studiejaar doorbracht aan de hervormde stichting van geestelijke volksgezondheid te Amsterdam. Hier introduceerde hij, die onder ingewijden de naam heeft van de 'vader van de gezinsbehandeling', het begrip gezinsbehandeling en gaf daarin de eerste cursus aan een twintigtal geïnteresseerde Nederlanders. Door zijn invloed werd de studiereis in 1965 in de USA door mej. A. van Heusden, maatschappelijk werkster verbonden aan deze stichting, gericht op gezinsbehandeling in plaats van op gezinsgeoriënteerde benadering.

Indien Norman Bell de vader van de gezinsbehandeling genoemd wordt, kan Ammy van Heusden wel als de moeder van deze beweging in Nederland beschouwd worden. Want zij was degene, die n.a.v. haar oriëntatie in de USA, de eerste Amerikaanse gezinstherapeuten uitnodigde een cursus in gezinstherapie in Nederland te komen geven. Dank zij haar jarenlange pioniersarbeid konden o.a. in 1967 de psychiaters Ivan Boszormenyi-Nagy en David Rubinstein en de psycholoog Gerald H. Zuk, alle drie verbonden aan het Eastern Pennsylvania Psychiatrie Institute te Philadelphia (USA), aan vijftig Nederlanders een training in gezinsbehandeling geven gedurende drie maanden. Niet onvermeld mag blijven dat al deze activiteiten van het seminar te Amersfoort, de studiereis van mej. Van Heusden, het werk van

Norman Bell en de drie maanden training in Leiden, mogelijk waren dank zij de activiteiten en de financiële steun van het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, in samenwerking met de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn. Het is een opvallend verheugend verschijnsel dat een Ministerie vanaf het eerste uur het belang van de gezinstherapiebeweging beseft heeft en deze heeft gestimuleerd en nog blijft steunen. Men heeft dit gedaan door de vorming van een departementale werkgroep gezinsbenadering die vanaf 1966 tot 1971 de training in de gezinstherapie opzette en een aantal stichtingen voor geestelijke volksgezondheid en instituten voor maatschappelijk werk in de gelegenheid stelde experimentele projecten in de gezinstherapie te verrichten.

Tussen 1966 en 1971 verbleven enkele enthousiaste Nederlanders, waaronder ikzelf, gedurende enkele maanden tot jaren in Amerika om zich te bekwamen in de gezinsbehandeling. De meesten daarvan vindt U als auteurs in dit boek terug. Intussen had ik, als lid van de departementale werkgroep gezinsbenadering en als staffunctionaris van het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, een workshop in family-therapy, geleid door de Amerikaanse gezinstherapeut Walter Kempler, in Zweden gevolgd. Ik nodigde hem uit in Nederland eenzelfde soort trainingen te komen geven. Hij heeft vanaf 1970 zeker honderd tot tweehonderd Nederlanders voor het eerst laten kennismaken met gezinsbehandeling. Daarnaast leerde ik op mijn studiereizen in 1969 en 1971 in de USA een aantal andere vooraanstaande gezinstherapeuten kennen, die zich eveneens bereid verklaarden om in Nederland een trainingsprogramma te verzorgen. Er werd in 1971 een commissie gezinstherapie gevormd vanuit de Nederlandse vereniging voor groepstherapie en het nationaal centrum voor geestelijke volksgezondheid om dit trainingsprogramma te verzorgen. Zodoende wordt de Nederlandse veldwerker in de unieke gelegenheid gesteld – wat in de USA zelf ongekend is – om in de loop van twee jaar (1972/1973) regelmatig een of meer weken getraind te worden door tien vooraanstaande Amerikaanse gezinstherapeuten. Dit zijn: Ivan Boszormenyi-Nagy (in Nederland in 1967), David Rubinstein (1967), Gerald H. Zuk (1967), Walter Kempler (1971, 1972 en 1973), Martin Kirschenbaum

(1971 en 1972), Salvador Minuchin (1972 en 1973), Andrew Ferber (1972), Ross Speck (1973), Carl Whitaker (1973) en Virginia Satir (1973).

Wat de toekomst van de gezinsbehandeling in Nederland betreft is het de bedoeling dat de training geleidelijk van de Amerikanen wordt overgenomen door Nederlanders. Iets was intussen reeds geleidelijk geschiedt. Daarnaast zijn er plannen om – wederom gesteund door het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en *eveneens* door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne – een centrum voor gezinsbehandeling in Nederland op te richten. Dit zal dienen als een nationaal centrum voor informatie, documentatie, het opzetten van trainingsprogramma's en het op gang brengen van onderzoek over gezinsbehandeling in Nederland. Zoals de Commissie Gezinstherapie vanaf 1971 praktisch het werk heeft overgenomen van de Werkgroep Gezinsbenadering, zo zal wellicht de staf van dit centrum het werk van deze Commissie voor de verdere toekomst overnemen. De meeste ingewijden in de gezinsbehandeling in Nederland zijn van mening dat het beter is om geen vereniging op te richten, omdat gezinsbehandeling als een totaal nieuwe benadering in, en techniek van welzijnsproblemen thuis hoort bij alle verenigingen die de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg in Nederland behartigen. Wil de gezinsbehandeling in ons land zich verder goed blijven ontwikkelen, dan zullen twee gevaren vermeden dienen te worden; enerzijds dat het verengd wordt tot een zoveelste nieuwe vorm van behandeling die alleen geschikt is voor bepaalde doeleinden; en anderzijds dat het beschouwd zal worden als een panacee voor alle welzijnsproblemen. Ik verwacht voor de toekomst dat de gezinsbehandeling zich in ons land, in navolging van Amerika, zal ontwikkelen naar een belangstelling voor grotere natuurlijke groepsverbanden zoals de familie, de buurt, het werkverband, de stad, de regio en steeds meer omvattende systemen. Hoe groter en hoe hoger in rangorde de groep is die de helper ten goede kan beïnvloeden om bepaalde problemen te helpen oplossen, des te efficiënter wordt zijn benadering. Wat betreft de praktische verwikkeling verwacht ik dat de gezinsbehandeling op stichtingen van geestelijke volksgezondheid zal gaan werken als een integratiebevorderend element tussen de afzonderlijke diensten

binnen deze instellingen. Tevens dat de maatschappelijk werk(st)er vrij snel de hem aangeleerde maar altijd wat geforceerd gebleven individuele gevalbenadering (case-work-methode) van gezinsleden zal verlaten, zodra hij de voor zijn gezinswerk zo geëigende methode van de behandeling van het gezin als geheel heeft ontdekt. Verder zullen verplegend personeel, huisartsen en specialisten, opbouw- en vormingswerkers, reclasseringsambtenaren, politiefunctionarissen, de rechterlijke macht en andere dienstverleners, die met het individu als gezinslid te maken hebben, hun blik verruimen door het gezin of het huwelijk, waarin de betrokkene leeft, in hun benadering te betrekken. Hopelijk zal het nog niet eens een volgende tien jaar hoeven te duren voor de gezins- en echtparen- behandeling geaccepteerd wordt op universitair niveau en onderwezen zal worden aan huisartsen, psychiaters, psychologen en andere academisch gevormde welzijnswerkers.

Tenslotte verwacht ik dat de gedachten en de werkwijzen die de grondslag leggen aan de gezinstherapie (of breder opgevat de systeembehandeling) met veel nut gebruikt zullen worden in de sector preventie, die op het ogenblik in Nederland opgebouwd wordt.

De gezinsbehandeling staat of valt niet met het bestaan van huwelijk en gezin. Hij verdedigt deze instituten ook niet, noch valt hij deze aan. Hij is dienstig voor elke groep mensen, die een samenhangend geheel vormen, zij het een huwelijk, een gezin, een commune, of welke andere vorm van leef- of woongemeenschap ook. Zijn kracht ligt juist in zijn opvatting dat de groep meer is dan de som van zijn delen. De paradox is dat juist door de systeem-gerichte behandeling van relatieproblemen in samenhangende groepen, de eigen individuele ontwikkeling van elk der groepsleden mogelijk gemaakt en bevorderd wordt.

Utrecht, december 1972

In: Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland

1972



Inhoud

Inleiding – Geschiedenis – Waarom groepsbehandeling van paren? – Bezwaren tegen groepsbehandeling – Wanneer is parengroepsbehandeling aangewezen? – Welke zijn de specifieke consequenties voor de therapeut van de aanwezigheid van paren in een groep? – De aanzet tot een parengroepsbehandeling – Het verloop van een paren- groepsbehandeling – Theorieën over relatiestoornissen – Het effect van parengroepsbehandeling – De toekomst van de parengroepsbehandeling – Literatuur.

Inleiding

Onder (echt)parengroepsbehandeling versta ik de gesprekstherapie van relatiestoornissen tussen twee partners in een groep van paren met gelijksoortige moeilijkheden. Met het woord 'paren' worden niet alleen bedoeld echtparen, maar ook die duo's, welke ongehuwd samenwonen. Verder heeft het niet alleen betrekking op heteroseksuele maar ook op homoseksuele relaties en alle seksuele mengvormen daartussen. Het gemeenschappelijke kenmerk van al deze paren is: een duurzame tweerelatie. Doordat echtparen (nog) veel meer voorkomen dan alternatieve paren, bestaan de parengroepen praktisch alleen (nog) uit echtparen.

Parengroepsbehandeling toont grote overeenkomst met gezinstherapie. Op de eerste plaats zijn degenen die met elkaander moeilijkheden hebben liefelijk aanwezig. Daardoor kan een ieder direct een reactie geven op wat over hem of haar door de ander gezegd wordt. Op de tweede plaats vormt een stel mensen die al lange tijd met elkaar samenwonen evenzeer een zgn. natuurlijke groep als een gezin. Sterker nog: in elk volledig gezin wordt de meest invloedrijke relatie gevormd door die tussen de ouders. Geen wonder dan ook dat veel therapeuten die relatie-

moeilijkheden behandelen vinden dat parengroepsbehandeling en gezinstherapie bij elkaar horen. Het verschil tussen deze twee vormen van relatiebehandelingen wordt nog kleiner als men bedenkt dat sommige behandelaars soms meerdere gezinnen tegelijk behandelen (de zgn. gezinsgroepsbehandeling) en dat anderzijds sommige therapeuten kinderen betrekken bij de parengroepsbehandeling.

Daarnaast vertoont een parengroepsbehandeling kenmerken van de groepsbehandeling van enkelingen. Vele verschijnselen die zich voordoen in groepen van acht van elkaar losstaande mensen doen zich ook voor in groepen van vier paren. Zo gezien verenigt een parengroepsbehandeling in zich kenmerken van zowel gezinsbehandeling als van groepsbehandeling van enkelingen.

Geschiedenis

Voor zover mij bekend uit de literatuur, is de behandeling van relatiemoeilijkheden in groepsverband pas ontstaan ver na de Tweede Wereldoorlog. Met uitzondering van één pionier die reeds in 1940 met deze vorm van behandeling experimenteerde, worden rond 1950 in de USA de eerste groepen van parengroepsbehandeling gevormd. Onze landgenoot Van Emde Boas startte in 1951 zijn eerste echtparen-groep. Hij was zijn tijd vooruit. Pas in de jaren zestig volgden schoorvoetend enkele door hem opgeleide collega's zijn initiatief. Sedert drie jaar wordt de parengroepsbehandeling in Nederland meer en meer toegepast. Hiertoe heeft bijgedragen de toenemende belangstelling voor de verbetering van huwelijksverhoudingen en van duurzame relaties in het algemeen. Joint-interviews (drie-gesprekken van één (echt)paar met therapeut) worden in Nederland de laatste tien jaar veelvuldig gehouden. Uit de behoefte aan efficiëntie ontstond het idee meerdere (echt)paren tegelijk te spreken. Ook de recente ontwikkeling van de gezinsbehandeling versterkte de groei van de parengroepsbehandeling. Gezinsbehandeling gaat vaak over in een echtpaarbehandeling. Dit is het geval zodra de gezinstherapeut meent dat de aanwezigheid van de kinderen niet meer bij de gesprekken nodig is en hij zich voortaan slechts wil richten op de behandeling van de moeilijkheden tussen de ouders als echtpaar.

Waarom groepsbehandeling van paren?

Waarom wordt er niet met twee mensen alleen gesproken wanneer ze moeilijkheden hebben? Waarom geven sommige helpers, zoals ik, er de voorkeur aan om hen samen met drie andere stellen regelmatig te spreken? Hier zijn verschillende redenen voor.

Op de eerste plaats wordt de geladenheid van het onderlinge gesprek veel groter. Want acht mensen horen en zien veel meer van elkaar dan één therapeut, hoe goed ook, zou kunnen opmerken. Er wordt dus veel eerder en veel meer ingegaan op datgene wat iemand zegt. Mannen en vrouwen herkennen zich in datgene wat een stel onderling uitvecht. Sommige groepsleden vallen de ene partner bij, anderen keuren hem of haar af. Soms wordt er gehuild en troost men elkaar, soms valt men elkaar aan en wordt er gevochten. De geladenheid die zo ontstaat is nodig om emotionele veranderingen op gang te brengen. Als je wilt weten hoe mensen (inbegrepen jezelf) werkelijk zijn, zei Kurt Lewin, probeer ze dan te veranderen. Het is juist in de smeltkroes van het groepsproces dat individuele hebbelikheden en daarmee gepaard gaande relatie-eigenaardigheden zich gaan omvormen.

Het tweede specifieke voordeel van de behandeling van duurzame relatiemoeilijkheden in groepsverband is dat een stel mensen zich niet alleen voelt staan met zijn moeilijkheden. Immers beide partners kunnen zien hoe ook bij andere paren dezelfde of soortgelijke moeilijkheden spelen. Hoe schraal ook deze troost schijnt dat wij niet de enigen zijn die deze moeilijkheden hebben, toch blijkt vaak dat gedeelde smart halve smart wordt. En dat niet alleen: het vormt ook vaak de aanzet tot een instelling van 'we zitten allemaal in dezelfde boot, we zullen er samen uitkomen'. Het is vaak indrukwekkend om te zien hoe bijzonder goed en gevoelig mensen elkaar kunnen helpen.

Een derde voordeel van het behandelen van langdurige relatiemoeilijkheden met meerdere paren tegelijkertijd, is de mogelijkheid die aan elke partner op zich geboden wordt om zichzelf te ervaren als een zelfstandig mens met een eigen karakter, een eigen wil en met eigen opvattingen. Dit is hierom zo belangrijk, omdat relatiemoeilijkheden vaak blijken te berusten op een te nauw verweven zijn van de ene partner met de andere in plaats

dat ieder zijn eigen individualiteit behoudt. Doordat elke partner in de groep met zeven andere individuen zit, krijgt hij regelmatig te horen dat hij hier- of daarin verschilt van zijn partner en dat dit of dat typisch kenmerkend is voor hem of haar op zich. Door deze ervaring wordt elk groepslid regelmatig geconfronteerd met datgene wat uniek is voor hem. In vaktaal geformuleerd bevordert het groepsverband de individuatie, een proces dat leidt tot versterking van de eigen identiteit van elk der deelnemers. En deze identiteit van elk der partners is weer nodig als bouwsteen voor de onderlinge relatie.

Als vierde voordeel heb ik vaak meegemaakt dat de groep wordt ervaren als een steun, ja zelfs soms als de enige plaats waar het veilig is om iets moeilijks tegen je partner te zeggen. Want de verwachting is, dat de ander in de groep niet zo fel zal durven reageren met schelden of slaan als thuis. En bovendien: 'er zullen altijd wel een paar groepsleden zijn die het met mij eens zullen zijn'. Deze extreme vorm van steun zoeken in de groep is uitzonderlijk. Wat meer voorkomt is dat men zich niet meer zo alleen voelt staan met zijn mening tegenover de partner, maar dat men blij is dat er derden aanwezig zijn om mede te oordelen over wat er gaande is en wie gelijk heeft. 'Eindelijk is er dan eens een gewillig oor om te luisteren naar al datgene wat ik al zo lang opgekropt heb en wat mijn partner niet ernstig neemt.' Het voordeel van steun ondervinden van de groep – een typisch kenmerk van elke vorm van groepsbehandeling – is van groot belang in paren-groepsbehandeling, omdat partners soms jarenlang geheimen voor en wrok tegen elkaar kunnen hebben en die slechts met steun van anderen tegen elkaar kunnen uiten.

Een vijfde argument voor groepsgewijze behandeling van relatieproblemen is dat het groepsverband – niet alleen van paren maar in het algemeen – leidt tot een zich bezighouden met elkaar in het hier en nu. Wanneer men met acht mensen bij elkaar zit, is men niet zo vlug geneigd zich te verdiepen in het verleden of in de toekomst, maar maakt men eerder opmerkingen in de trant van: 'ik vind dat je heel echt bent, zoals je nu tegen je vrouw praat' of 'wat zit je toch te zeuren' of 'ik geloof dat je verdrietig bent'. En ik, als therapeut, vind het werken in het hier en nu zo belangrijk, omdat m.i. daardoor sneller resulta-

ten bereikt worden dan door analyse van het verleden (zie de paragraaf 'Het verloop van een parengroepsbehandeling').

Tenslotte een zesde argument: de groepssituatie biedt voor de therapeut meer mogelijkheden om verschillende veranderingsmethoden te gebruiken. Ik kan bijv. bij een felle woordenwisseling tussen twee partners voorstellen dat een van beide partners plaatsmaakt voor een ander groepslid die dan tijdelijk de rol van deze partner overneemt. Het voordeel van dit rollenspel is dat door de nieuwe inbreng van het groepslid op de stoel van de partner, de maar al te goed bekende negatieve manier van praten tussen het paar doorbroken wordt. Voor zover echter de plaatsvervanger de rol van de partner goed heeft overgenomen, kan deze laatstgenoemde zichzelf bezig zien in de persoon van de plaatsvervanger. Op die manier kan hij zijn eigen gedrag gespiegeld zien in het rolgedrag van zijn plaatsvervanger en daarvan leren. Of indien iemand zich er niet bij voelt horen, kan ik de groep vragen een hechte cirkel te vormen en de betreffende voorstellen zich de kring in te vechten. Dit zijn enkele voorbeelden van de vele groepsmogelijkheden die er zijn. Sommige daarvan schijnen oppervlakkige spelletjes. In feite blijken zij echter meestal een intense emotionele belevenis op te roepen.

Bezwaren tegen parengroepsbehandeling

Als argument tegen de behandeling van parenmoeilijkheden in groepsverband, wordt vaak aangevoerd dat een bepaald stel niet zoveel tijd voor zichzelf heeft dan wanneer ze beiden alleen met een therapeut zouden werken. Dit is ontegenzeggelijk waar, maar ik vind dat de kwaliteit van het groepsgesprek zoveel beter is om veranderingen te bewerkstelligen dan de sfeer die in een enkelvoudige paarthherapie te bereiken valt, dat – in verhouding daarmee – het verlies van tijd voor elk stel daartegen opweegt.

Het meest gehoorde en grootste bezwaar dat ik te horen krijg van mensen aan wie ik een groepsbehandeling voorstel, is: 'ik heb geen zin om onze persoonlijke problemen met anderen te delen'. Of: 'wat heb ik eraan. Ik schaam mij er trouwens voor'. Of: 'ik ben veel te gevoelig, ik zou mij al die moeilijkheden van andere mensen teveel gaan aantrekken'. Mijn antwoord daarop is dat het inderdaad in het begin een grote moeilijkheid is om intieme

zaken met andere mensen te delen, maar dat mijn ervaring is dat dit meestal na een paar bijeenkomsten meevalt. En dan ontstaat het tegendeel: men gaat gaandeweg door het toenemend vertrouwen en de steun van de groep eerder moeilijke dingen tegen elkaar zeggen dan wanneer men met zijn beiden alleen is.

Soms veronderstelt men dat in een groepsbehandeling minder seksuele fantasieën, dromen of geheime wensen geuit zouden kunnen worden, die immers van belang zijn om zichzelf en elkaar beter te leren kennen. Naar mijn ervaring is dit niet het geval: ik heb in de laatste vijf jaar waarin ik meer en meer groeps therapie ben gaan doen, niet minder diepgaande onthullingen gehoord dan in de voorafgaande vijf jaar waarin ik alleen individuele behandelingen toepaste. Ook werd indertijd, voordat men aan groepsbehandelingen durfde te beginnen, gevreesd dat dergelijke bijeenkomsten van stellen zouden leiden tot het aangaan van intieme relaties tussen niet-partners. In de 10 paren- groepen die ik de laatste jaren geleid heb, is dit echter bij mijn weten nooit voorgekomen. Dit in tegenstelling tot het optreden van deze verhoudingen binnen groepen van enkelingen. Trouwens al zouden seksuele relaties tussen leden van een parengroep zich voordoen, dan nog is dit bespreekbaar in de groep. Het verwerken hiervan kan veel betekenis hebben voor de personen in kwestie en hun partners.

Een ander veel gehoord bezwaar tegen parengroepsbehandeling is de vrees voor echtscheiding. Ook hiervan kan ik direct zeggen dat deze niet terecht is. Het hangt er natuurlijk enigszins vanaf hoe dicht een stel al bij echtscheiding staat op het moment dat zij in een groep komen, maar in het algemeen gesproken is het eerder opvallend hoe weinig scheiding voorkomt. Ook al zeg ik uitdrukkelijk bij het begin van de behandeling dat het niet mijn bedoeling is om de richting van de relatie te beïnvloeden noch naar scheiding noch naar bij elkaar blijven, toch blijkt keer op keer dat wanneer twee mensen alsnog de moeite nemen om een relatie te verhelderen dit eerder leidt tot een verbetering van de verstandhouding en een welbewust bij elkaar blijven dan tot een uit elkaar gaan.

Ik heb in de afgelopen drie jaar de groepsbehandeling, van in totaal eenentwintig paren afgesloten. Hiervan zijn er twee tijdens de behandeling gescheiden en twee daarna. In de vijf parengroe-

pen die ik op het ogenblik begeleid, komt tot nu toe geen enkel stel voor dat bezig is uit elkaar te gaan. In de vakliteratuur van de laatste tien jaar over dit onderwerp vond ik slechts twee vermeldingen van resultaten. Linden geeft aan dat van elf behandelde paren er negen verbeterd waren in hun relatie, één stel gescheiden was en één stel de behandeling volgens de therapeut, voortijdig verlaten had. Van Emde Boas beschrijft dat van de acht behandelde paren er zeven een aanmerkelijk betere huwelijksverhouding verworven hadden, en dat één paar de therapie reeds na de eerste zitting staakte.

Tenslotte wordt van psychoanalytische zijde als bezwaar tegen parengroepsbehandeling aangevoerd dat in groepsverband analytisch therapeutisch werkzame factoren zoals een sterke overdrachtsontwikkeling en het ontwikkelen van regressief gedrag zich niet zo goed kunnen voordoen in en door de aanwezigheid van de partner.

Inderdaad komen deze elementen minder sterk in een groepsbehandeling naar voren dan in een individueel psychoanalytisch behandelingskader en nog minder in een parengroep dan in een enkelingengroep. Een groepsbehandeling van paren, kan echter ook volgens andere efficiënte methoden beoefend worden dan alleen volgens de psychoanalytische. Ik kom daar nader op terug bij de bespreking van: Het verloop van een parengroepsbehandeling.

Wanneer is parengroepsbehandeling aangewezen?

Relatiestoornissen tussen twee mensen kunnen in verschillende kaders behandeld worden. Ten eerste kunnen beide partners afzonderlijk door een verschillende therapeut individueel behandeld worden. Ten tweede kunnen beide partners door dezelfde therapeut maar op een verschillende tijd, dus ook afzonderlijk, behandeld worden. Ten derde kunnen beide partners tegelijk door dezelfde therapeut gezien worden. Ten vierde kan een paar samen met andere stellen door dezelfde therapeut(en) begeleid worden. De volgorde in deze opsomming is dezelfde als die zich in de loop van de laatste 35 jaar psychotherapie voor de behandeling van relatiemoeilijkheden voltrokken heeft. Ook al zijn er grote overlappingsen, meen ik te kunnen zeggen dat de eerste

vorm gebruikelijk was tot 1940, de tweede vorm zich ontwikkelde in de periode van 1950 tot 1960, de derde manier (ook in Nederland bekend onder de Engelse term *joint-interview*) zich snel ontwikkelde in de periode van 1960 tot 1970, terwijl pas de laatste drie jaren er meer en meer belangstelling ontstaat voor de parengroepsbehandeling.

Ik denk dat zich in deze volgorde van psychotherapievormen voor relatieproblemen een verschuiving in onze cultuur weer spiegelt, van een individualistische naar een meer groepsgerichte mentaliteit. Het lijkt mij dan ook niet mogelijk om objectief en waarde vrij te bepalen welke van deze vier vormen voor een bepaald stel met een bepaald soort relatieproblemen de meest aangewezen is. Zowel de cliënten als de therapeut zijn kinderen van hun tijd *en* hebben onder invloed daarvan een voorkeur voor een bepaalde vorm van behandeling. Pas doordat in de laatste tien à twintig jaren vele taboes op het gebied van de seksualiteit en andere relatie-uitingen doorbroken zijn, en er een grote openheid ontstaan is in het praten over persoonlijke en relatieproblemen, is de groepsbehandeling van tweerelaties mogelijk geworden. Praktisch gesproken ligt tegenwoordig de keuze, welk behandelingskader het meest aangewezen is, tussen paartherapie (de 3e vorm) en parengroepsbehandeling (de 4e vorm).

In de eerste oriënteringsgesprekken met een paar ga ik verschillende aspecten na. Ten eerste of de moeilijkheden de relatie betreffen of eerder van individuele aard zijn. In het eerstgenoemde geval is een gezamenlijke behandeling aangewezen. De therapie van algemene problemen kan, maar hoeft niet gezamenlijk te geschieden. Gesteld dat er sprake is van relatieproblemen dan ga ik ten tweede na of deze acuut en sinds korte tijd opgetreden zijn of integendeel reeds jarenlang spelen. Is er een acute crisis dan ben ik eerder geneigd om het paar buiten een groepsverband op korte termijn te helpen. Wanneer de moeilijkheden chronisch zijn en de mensen niet beter weten dan dat ze altijd met problemen gezeten hebben, dan adviseer ik paren groepsbehandeling. Inderdaad zouden deze langdurige moeilijkheden ook met driegesprekken (*joint-interviews*) te behandelen zijn, maar ik vind deze vorm hiervoor minder effectief

dan de groepsgewijze behandeling om redenen die ik beschreven heb (zie: *Waarom groepsbehandeling van paren?*).

Welke zijn de specifieke consequenties voor de therapeut van de aanwezigheid van paren in een groep?

Op de eerste plaats komen er niet alleen acht individuen de spreekkamer binnen maar ook vier subgroepen. Dit wil zeggen dat er vier maal een formatie binnenkomt met een historische geladenheid. Elk woord of gebaar van de ene partner heeft een bekende betekenis vanuit het verleden voor de andere. En van daar heeft het een bepaalde consequentie voor het heden en een specifieke bedoeling voor de toekomst. Alleen de partners onderling kennen deze betekenis. Zij spreken als het ware *een* eigen taal, die onbekend is voor de andere aanwezigen. In een groep van acht van elkaar losstaande enkelingen ontwikkelt zich het proces van informatie-uitwisseling en het betekenis krijgen van uitdrukkingen geleidelijk vanaf het punt nul. Alle aanwezigen, inclusief de therapeut, blijven in dezelfde mate op de hoogte van elkaar. In een parengroep voltrekt zich hetzelfde proces (met uitzondering van de relatie tot één bepaald groepslid nl. de partner). Daarnaast voltrekt zich echter in een parengroep een specifiek ander extra dynamisch proces, nl. dat de therapeut van meet af aan geconfronteerd wordt met vier betekenisvolle relatieverbanden, die hij niet kent. Daardoor kan het bijvoorbeeld voorkomen, dat wanneer een partner iets zegt, wat de andere aanwezigen neutraal in de oren klinkt, dit plotseling de andere partner in woede doet ontsteken. De therapeut zal dus niet alleen moeten letten op de communicatie tussen de acht groepsleden onderling en hemzelf, maar tegelijk ook op die tussen de partners. De behandelaar zal als het ware naast het tegelijk met de acht andere aanwezigen aanleren van *een* gemeenschappelijke groepstaal, zich ook zo snel mogelijk vier nieuwe talen eigen moeten maken, die reeds vanaf het begin in deze groep gesproken worden.

Een tweede kenmerkende eigenschap van een parengroepsproces is dat er naast de individuele weerstanden tegen emotionele verandering bij acht enkelingen, ook nog vier maal een weerstand leeft tegen veranderingen van de tweerelaties. Want

juist zoals een individu weliswaar in een behandeling gaat om te veranderen maar tegelijkertijd zich daartegen verzet, zo ook komt een paar weliswaar om hun relatie te verbeteren maar verzet zich tegelijkertijd tegen een verstoring van hun relatieve evenwicht. Zoals elk systeem vertoont ook deze subgroep een tendens tot homeostase. Dit wil zeggen een in evenwicht houden van de balans. Dit uit zich praktisch bijvoorbeeld door het regelmatig gebruiken van het woord wij door een partner wanneer hij het eigenlijk over zichzelf heeft en voor alle gemak maar aanneemt dat zijn partner het met hem eens is zonder dat hij dit zeker weet. Door te zeggen: 'Wij vinden dat ...' kapselt hij de partner in en geeft hij de buitenwacht te kennen dat 'wij' een lijn trekken. Dit één front maken komt duidelijk naar voren wanneer een partner wordt aangevallen door iemand anders uit de groep. Terwijl het kan zijn dat de partners het kort tevoren nog onderling zeer oneens waren, verdraagt dan kennelijk de ene partner het toch niet goed dat de andere partner nu over ditzelfde onderwerp wordt aangepakt door andere groepsleden. Op dat moment zal elk voor zijn partner opkomen. Het is het bekende fenomeen dat het kind zelf veel kritiek op zijn ouders heeft maar zodra men het daarmee eens is, die ouder gaat verdedigen, want 'het is nog altijd mijn vader of mijn moeder'. Dezelfde solidariteit kan soms echter te ver gaan, ook tussen partners. Hun relatie-systeem kan gesloten en daardoor star en levenloos geworden zijn. Het is dan nodig dat dit systeem doorbroken wordt door een tegengesteld gedragspatroon. Dit wordt t.a.v. het 'wij'-verschijnsel gedaan door elke partner keer op keer te laten merken dat hij een individu op zich is. Om een praktisch voorbeeld te geven: de therapeut kan elke keer wanneer een partner het woord wij gebruikt hem verzoeken om het woord ik en jij te gebruiken. Deze simpele opdracht kan reeds leiden tot een versterking van het ik-gevoel en een zich gaan realiseren dat 'mijn' partner iemand anders is. Veelal zit achter de weerstand tegen het laten vervallen van het woord wij de angst dat ik en jij zo verschillend zullen blijken dat we niet meer bij elkaar kunnen blijven.

Een derde kenmerk van een parengroep is dat elke partner de neiging heeft om derden tot partij te maken voor hemzelf in zijn machtsstrijd tegen zijn partner. Alle andere groepsleden en met name de therapeut lopen het gevaar hierin onwillekeurig

betrokken te worden. Ik zie overigens, als therapeut, geen heil in het mij voordurend onpartijdig houden maar geloof eerder in een soepele houding waarin ik het soms eens ben met de een en soms met de ander naargelang mijn oprecht eigen gevoel daarover.

Een vierde karakteristiek van een parengroep is dat de therapeut zich moet realiseren dat er telkens na de groep vier groepen twee aan twee weggaan, de hele week samen delen, en de volgende bijeenkomst binnenkomen met intussen een week gemeenschappelijk leven achter de rug. Nog minder dan in een groep enkelingen is het daarom doenlijk om de draad van het vorige gesprek, een week tevoren, op te pakken en weer door te gaan waar de therapeut met de groep of met een enkel groepslid gebleven was. Intussen is er immers weer zoveel gebeurd en zo actueel en wellicht zo geladen, dat dit slechts gedaan zou kunnen worden ten koste van voorhanden dynamiek. Parengroepen verlopen dan ook nog levendiger dan groepen van enkelingen.

Tenslotte zijn er nog enkele specifieke inhoudelijke aspecten. Seksualiteit is een nog belangrijker onderwerp in een parengroep dan in een enkelingengroep, omdat vier maal twee mensen uit de groep – naar ik mag aannemen – ook een seksuele relatie hebben en de wisselwerking daarvan met de psychologische relatie van enorm belang is. Verder zijn er in een parengroep vier maal twee stellen die een aantal gemeenschappelijke belangen en mogelijke strijdvelden delen. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen, familieleden (ouders!), een huis, een auto e.d. Daarnaast heeft elke partner nog zijn eigen domein zoals de man zijn beroep en de vrouw het huishouden en daarnaast wellicht ook een beroep. In parengroepsbehandelingen komt vaak een emancipatieproces van de vrouwen tegenover de mannen voor.

De aanzet tot een parengroepsbehandeling

Wanneer iemand mij belt om een afspraak te maken, informeer ik altijd of de moeilijkheden te maken hebben met de verhouding tot andere mensen zoals hun echtgenoot(e), vriend(en) of vriendin(nen) met wie men samenwoont en/of met eigen kinderen. Is dit het geval dan zal ik, afhankelijk van mijn eerste indruk, voorstellen of men samen met die ander(en) wil komen, die kennelijk zoveel voor de hulpzoeker betekenen. Zodoende zie ik

soms in het eerste gesprek een echtpaar of een heel gezin of een ongehuwd heteroseksueel of homofiel paar mensen. Meestal spreek ik daarna nog eens afzonderlijk de partners om tenslotte de oriëntering af te sluiten met weer een gezamenlijk gesprek. In dit laatste diagnostische onderhoud geef ik mijn indrukken over de aard van de problemen weer en stel afhankelijk daarvan een bepaalde vorm van behandeling voor. Indien het chronische relatiestoornissen tussen een paar betreft, zonder dat hun kinderen hierin een belangrijke rol meespelen, stel ik een parengroepsbehandeling voor.

Zodra ik vier stellen met dergelijke moeilijkheden in mijn praktijk ontmoet, die op taal- en begripsniveau enigszins overeenstemmen, verzoek ik deze acht mensen samen te komen voor de eerste groepsbijeenkomst. Hierbij treed ik op als gespreksleider/therapeut, eventueel vergezeld van een gelijkwaardige co-therapeut of een collega, maatschappelijk werk(st)er, psycholoog of psychiater, die een opleiding wil volgen in deze vorm van behandeling. Ik vertel de aanwezigen dat de bedoeling is dat ieder probeert zo oprecht mogelijk uit te drukken met woord en gebaar wat er in hem of haar omgaat en wat hij of zij opmerkt van de andere groepsleden; verder dat niemand iets hoeft te zeggen maar dat alles gezegd en ook een heleboel gedaan kan worden; en ten slotte dat hoe meer men zich emotioneel involveert en dit weergeeft, hoe meer resultaat men van de behandeling kan verwachten. Verder vraag ik uit respect voor elkaar geheimhouding over datgene wat zich binnen de groep afspeelt.

Intussen heb ik iedereen reeds bij het laatste diagnostische gesprek gevraagd om zich bij de eerste groepsbijeenkomst aan de anderen voor te stellen met de voornaam en zeg ik dat het gebruikelijk is om elkaar in de groep te tutoyeren. Het gebruik van voornamen is bedoeld om het gesprek onderling makkelijker te laten lopen. Het vormt tevens een lichte bescherming tegen het ongewild laten vallen van een achternaam tegenover derden buiten de groep. Sommige mensen hebben trouwens zo'n bekende achternaam in een of ander opzicht dat zij er de voorkeur aan geven hier in de groep niet direct mee bekend en vereenzelvigd te worden met alle bezwaren van vooringenomen ideeën bij de andere groepsleden vanden. Overigens worden in de loop van de behandeling – naarmate men meer met elkaar vertrouwd

raakt – de achternamen en beroepen meestal toch wel genoemd, juist omdat ze veelbetekenend kunnen zijn. Maar ieder heeft de vrijheid voor zich om dit te laten of te doen op het moment dat het hem of haar goeddunkt.

Ik adviseer de groepsleden niet langer om, zoals sommige groepstherapeuten nog voorstaan, niet met elkaar om te gaan tussen de groepszittingen. Vroeger was dit gebruikelijk omdat de therapeut daarmee wilde voorkomen dat er zodanige relaties onderling zouden ontstaan, dat men zich in de groep niet meer vrijuit tegenover elkaar zou kunnen uiten. Het is mij echter gebleken dat dit praktisch gesproken een onhaalbaar verzoek is, omdat men meestal na afloop van de groep een stuk samen reist of met de hele of gedeeltelijke groep nog even wil napraten in een nabijgelegen café. De suggestie om tussendoor niet met elkaar om te gaan is trouwens voor een parengroepsbehandeling in zoverre absurd, dat uiteraard elk paar dag en nacht tussen de bijeenkomsten met elkaar omgaat. Wel verzoek ik de aanwezigen uitdrukkelijk om elkaar de ruimte te laten en zichzelf de vrijheid voor te behouden om altijd in de groep datgene terug te brengen wat er zich tussen hem of haar en een ander groepslid heeft afgespeeld. Dit geldt uiteraard voor de partners onderling, maar ook voor de contacten met andere groepsleden. Hierdoor wordt zoveel mogelijk voorkomen dat er geheimen tussen sommige groepsleden ontstaan en er zich binnen de groep dingen gaan afspelen die voor niemand anders meer begrijpbaar zijn. Ik zeg ook dat wanneer een van beide partners niet op een groepsbijeenkomst kan of wil komen, ik toch altijd op de aanwezigheid van de andere partner reken. Hiermee druk ik mijn opvatting uit dat ik elk der partners eerder als een individu op zich beschouw dan als een deel van een paar. Tevens wordt hiermede zowel voorkomen dat de ene partner de andere kan manipuleren om mede weg te blijven, als dat de ander zich uit een onterecht gevoel van solidariteit zou aansluiten bij eerstgenoemde.

Juist omdat het naar de groepsbijeenkomst komen soms al moeilijk genoeg is op zich stel ik uitdrukkelijk dat ik elke keer op ieders aanwezigheid reken. Ik zeg hier niet bij dat men dit ook behoort te doen terwille van de anderen, omdat ik van mening ben dat ieder groepslid er op de eerste plaats voor zichzelf zit en niet voor de anderen. Ik spreek dus alleen voor mezelf wanneer

ik dit verzoek doe. Verder vertel ik dat het de bedoeling is om elk kwartaal enkele zittingen te besteden aan het nagaan wat er in de afgelopen drie maanden wel en niet bereikt is, of men wel of niet in de groep wenst te blijven en waarom. Zodoende wordt er regelmatig goed rekenschap gegeven van datgene wat men gedaan heeft en nog wil bereiken. Ik vind het belangrijk dat dit zo scherp mogelijk omschreven wordt zodat er doelgericht gewerkt kan worden. Ik adviseer om nooit plotseling uit de groep weg te blijven maar wanneer er over gedacht wordt om eruit te gaan dit bijtijds aan te kondigen en nog enkele zittingen daarna te blijven. Dit omdat het plotseling wegblijven elk verder gesprek over de reden waarom en de gevolgen daarvan verder onmogelijk maakt. Verder ook omdat de wens om uit de groep te gaan niet alleen kan betekenen dat men daar in feite aan toe is, maar ook vele andere min of meer onbewuste bedoelingen kan hebben. Het komt dan ook regelmatig voor dat iemand bij nader inzien toch blijft. Anderzijds is het zo dat wanneer iemand er werkelijk aan toe is om weg te gaan, de groep dit feilloos aanvoelt en dit een extra bevestiging kan zijn voor de vertrekkende.

Het verloop van een parengroepsbehandeling

Wat gebeurt er nu praktisch in de bijeenkomsten van een parengroep? Het antwoord hierop is sterk afhankelijk van de therapeutische richting die de gespreksleider volgt. Om er enkele met name te noemen: de groepsanalytische, de groepscommunicatieve, de Rogeriaanse ontmoetingsgroep, de Gestalttherapeutische en de leertheoretische.

Beginnende therapeuten zijn veelal wat meer schools ingesteld. Meer ervaren therapeuten ontwikkelen een eigen stijl, waarin vaak elementen uit verschillende richtingen terug te vinden zijn.

Mijn stijl is in de loop der jaren verschoven van een spiegelend-analyserende instelling naar een meer meelevende en confronterende aanpak. In vaktaal geformuleerd: van een psychoanalytische houding via Rogeriaanse naar een Gestalttherapeutische benadering. Dit naar gelang mijn eigen karakter veranderde van overwegend gesloten en beschouwend naar meer open en belevend. Hieraan hebben de dagelijkse omgang met mijn

vrouw en kinderen en het regelmatig zelf als cliënt deelnemen aan groepstrainingen bijgedragen. Verder word ik praktisch dagelijks door de groepsleden met mezelf geconfronteerd in de vorm van kritiek of lof op mijn gedragswijze. Deze botsingen en bevestigingen vormen een voortdurende prikkel tot bezinning en eventueel verandering van mezelf.

De groepen, elk uit vier paren bestaande, komen wekelijks anderhalf à twee uur samen. Gemiddeld blijven de mensen vijftig keer terugkomen. Gaat er een paar de groep uit dan wordt deze open plaats ingenomen door een nieuw stel. Ieder kan uiteraard uit de groep gaan op het tijdstip dat hij wil.

Om een idee te geven hoe parengroepsbehandeling praktisch verloopt, kan ik niet meer doen dan een stuk eigen ervaring weergeven. Bij het begin van de bijeenkomst zwijg ik en wacht af of er iemand is die spontaan iets naar voren wil brengen waarmee hij of zij zit. Andere groepsleden haken hierop in en er wordt een bepaald groepsthema duidelijk. Ik doe hieraan mee door goed te luisteren en de communicatie te verhelderen. Meestal wordt na vijftien à dertig minuten duidelijk naar welke richting de stemming van de groep toegaat en welk groepslid of paar deze het duidelijkst vertegenwoordigt. Ik werk dan verder met deze enkeling of die twee partners, indien zij dit zelf wensen. De werkwijze wordt bepaald door het idee dat ik over deze mensen en hun relatie heb alsmede door de inhoud van het probleem.

Stel het thema wordt bijvoorbeeld kritiek op elkaar als partners, omdat men elkaar niet kan vertrouwen. Speelt dit tussen een paar mensen die alleen maar elkaar de schuld geven, dan zal ik bijvoorbeeld dit mokkend zwijgen of de bekvechterij onderbreken en vragen of de een wil herhalen wat hij de ander heeft horen zeggen. Hierdoor nodig ik hen uit beter naar elkaar te luisteren inplaats van alleen maar door te drammen volgens het eigen gedachtenspoor. Ik kan ook vragen aan de een of de veronderstelling die de ander over hem of haar heeft geuit ('Je denkt natuurlijk dat ik ...') klopt. Vaak blijkt dit niet het geval te zijn, waardoor meteen duidelijk wordt dat: 'zoals de waard is, hij zijn gasten vertrouwt'. Ik kan bijvoorbeeld ook aan twee ruziemakende echtgenoten voorstellen om van rol te verwisselen en letterlijk op de stoel van de ander te gaan zitten. Dit om te leren zich beter in de plaats van de ander te kunnen indenken en aan

den lijve te ondervinden hoe de houding van jezelf (gespeeld door je partner) op je partner (gespeeld door jezelf) overkomt. Ik denk hierbij o.a. aan een vrouw die dank zij deze rolwisseling tot haar eigen verrassing achteraf kon opmerken, dat zij nu pas gemerkt had hoe zij haar man door haar gepraat machteloos maakte.

Dit zijn drie willekeurige voorbeelden van de vele mogelijke methoden om een vruchteloze woordenwisseling of dodelijk zwijgen te doorbreken en de partners te laten ervaren dat zij twee aparte mensen zijn met verschillende gedachten en gevoelens.

Laat ons nu veronderstellen dat hetzelfde thema van kwaadheid op elkaar (uit angst elkaar kwijt te raken) voorkomt bij een paar mensen die daarbij ook een stuk zelfkritiek hebben. Partners dus, die niet alleen de splinter in het oog van de ander zien, maar ook willen zoeken naar de balk in hun eigen ogen. Ik stel dan bijvoorbeeld voor om de achtergrond van deze vrees om verlaten te worden, door iemand die je liefhebt, te onderzoeken. Ik kan vragen naar vroegere beroerde ervaringen in dit opzicht (leven je vader en moeder nog?, 'hoe heb je dit verlies ervaren?'). Blijkt een dierbare overledene of een verloren vriend of vriendin nog sterk in de gedachten en gevoelens voort te leven, dan zou ik bijvoorbeeld willen voorstellen om alsnog definitief afscheid van de verlorene te nemen om zodoende van hem of haar los te komen. Ik kan dit doen door de betreffende te vragen in gedachten zich rechtstreeks te wenden tot degene die hem dierbaar was. Om dit te vergemakkelijken kan ik een lege stoel voor de betreffende plaatsen en hem vragen zich voor te stellen dat hierop de verlorene voor een ogenblik terug zit. Ik kan ook vragen of een van de groepsleden de rol van deze dierbare wil spelen. Vervolgens wordt dan dit afscheidsgesprek gehouden. Door deze uitbeelding in een rollenspel worden eventuele verdrongen gevoelens van verdriet of zich in de steek gelaten-gevoeld-hebben weer opgeroepen. Na uitgehuild te hebben of woedend geweest te zijn, voelt de betrokkene zich vaak opgelucht. Het is alsof er een last van hem afgevallen is. Hij voelt zich daarna vaak een stuk vrijer en lossen van de band met de verlorene. Hij kijkt iets anders om zich heen en ziet zijn partner nu wellicht iets meer zoals deze zich zelf beleefd heeft en niet langer vertekend door het beeld wat de betreffende hem toegedicht had. Want wij zien allen de

werkelijkheid om ons heen gekleurd door onze voorgaande ervaringen. En wij komen hiervan niet los tenzij wij de gevoelens die hieraan verbonden zijn ook emotioneel kwijt gekund hebben of alsnog uiten.

Dit alles is geen toverwerk. Het is vaak een moeizaam en pijnlijk gebeuren, dat in allerlei variaties telkens weer opgeroepen en herbeleefd dient te worden, wil men zich bevrijden van spaken uit het verleden.

Meestal is het verkeerd waarnemen van elkaar een wederkerig gebeuren ('ja maar jij bent toch nooit ...' waarop de ander antwoordt: 'maar jij moet ook altijd ...'). De partners houden elkaar in de houdgreep. Wil de een zich bevrijden, dan doet de ander des te harder pogingen om dit ongedaan te maken. Dit door te verleiden ('ach kom, wij zijn het er toch samen over eens dat ...') of te provoceren ik heb gisteren zo'n leuke man/vrouw ontmoet ...'). Dit vasthouden aan het eigen idee wat men over de ander heeft kan doorbroken worden door de wederzijdse specifieke provocaties te laten realiseren en ieder van hen voor te stellen welbewust te oefenen om deze een tijdlang na te laten. Kennelijk werken bepaalde gezegdes of daden op ons als een rode lap op een stier of – om het modern te zeggen – als ponskaarten op een computer (waarop wij het ons bekende programma gaan afdraaien!). Eenmaal de escalerende spiraal van negatieve interacties welbewust doorbroken, gaan de partners meestal weer oog krijgen voor het goede in elkaar. Zij willen daarna attent blijven op het voorkomen van dit soort destructieve interacties.

Gesteld dat iemand los is gekomen uit de negatieve band met de partner en zijn persoonlijkheid voldoende (terug) heeft gevonden. Echter dat zij – gesteld dat het een vrouw is – nu merkt dat zij zich niet durft te laten gaan bij haar man (wat zich bijvoorbeeld kan uiten in het onvermogen om te genieten van het seksueel samenzijn). Dan zou ik – uiteraard na het nodige doorpraten hierover – kunnen voorstellen om dit zich overgeven te oefenen. Daartoe wordt de betreffende verzocht midden in de groepskring te staan en zich met gesloten ogen te laten vallen naar voren of achteren of opzij. De groepsleden vangen haar dan op en duwen haar naar een andere richting. Ten slotte kan zij door de hele groep gedragen worden, en in de lucht gegooid worden.

Deze op het oog simpele oefening kan toch heel wat inhouden voor sommige mensen. Eerst aarzelend en controlerend komen zij er langzaam toe zich voor het eerst lieflijk aan anderen en met name aan hun partner toe te vertrouwen.

De tijdsduur van dit soort bewerkingen (die vaak in allerlei vormen herhaald dienen te worden) is ongeveer een uur per keer. Er volgt dan nog een nabespreking van een half uur waarin de groepsleden uitgenodigd worden te zeggen in hoeverre zij zich herkend hebben in datgene wat zich afgespeeld heeft. Er wordt stoom afgeblazen en gelachen. In deze zich ontspannende sfeer kan ik dan samenvatten wat er gebeurd is, verbanden leggen en eventueel daar een interpretatie over geven. Na anderhalf á twee uur wordt de bijeenkomst afgerond en gesloten. Het nadeel van deze wekelijkse zittingen is dat zij vrij kort zijn, het voordeel is dat telkens actuele zaken aan de orde kunnen komen en mensen telkens uit de realiteit de behandeling instappen en even later weer met datgene wat daar bewerkt is terug de werkelijkheid van het dagelijkse leven ingaan. Soms combineer ik deze wekelijks terugkerende korte stoot met een langer durende behandeling van één of twee dagen aaneengesloten werken met een groep per kwartaal. Hierdoor kan ik enigszins het voordeel meenemen dat verbonden is aan onafgebroken behandelingen: dat de onderlinge band tussen de groepsleden sterker wordt en de mensen die langere tijd nodig hebben om los te komen, nu daarvoor de gelegenheid krijgen. Op het ogenblik bevat mij deze combinatie van korte krachtige wekelijkse behandelingen onderbroken met per jaar een paar maal één à twee dagen aaneengesloten werken het beste. Hoe fijn en indrukwekkend ook de ervaring kan zijn na een à twee weken onafgebroken partnergroepsbehandeling, toch weet ik uit eigen ervaring dat deze resultaten in het daarop volgende dagelijkse leven weer dreigen te verzanden. Het lijkt mij efficiënter om deze zestig à honderd uur behandeling dan te spreiden over een jaar. Dit is uiteraard een subjectieve indruk. Objectief onderzoek over hoe de behandelingstijd het best verdeeld kan worden is bij mijn weten nog niet verricht.

Ik vind het erg belangrijk om bij het uitoefenen van mijn praktijk zoveel mogelijk mezelf te kunnen zijn en mij oprecht en duidelijk te kunnen uitdrukken. Alleen dan is naar mijn ervaring

deze intensieve vorm van psychotherapiebeoefening niet alleen vol te houden, maar zeer boeiend en verrijkend voor de eigen persoonlijkheid. Ik heb herhaaldelijk de ervaring dat ik iemands angsten en geremdheid in de relatie tot zijn partner het snelste kan doorbreken door het ene moment als medemens mee te vechten, te troosten, te huilen of te liefkozen, en een volgend moment mij als therapeut te bezinnen op wat er gaande is. Voor mij bestaat de therapeutische kunst op het ogenblik uit afwisselend iemand maximaal te kunnen benaderen en even later in staat te zijn me terug te nemen om een nadere strategie te bepalen. Een strategie, die – zoals ik in de vorige voorbeelden beschreven heb – altijd gericht is op ten eerste een doorbreken van de onbevredigende manier van omgaan met elkaar, ten tweede een bevorderen van eigen zelfstandigheid en ten derde een opnieuw zich durven toevertrouwen aan elkaar.

Theorieën over relatiestoornissen

Er bestaat nog niet één alles omvattende sluitende theorie over het ontstaan en in stand blijven van de relatiestoornissen. Er is zelfs nog geen relatietaal ontwikkeld. En dit terwijl wij toch duidelijk zoiets als bijvoorbeeld de sfeer in een huisgezin of tussen twee partners kunnen aanvoelen. Toch moeten wij, wanneer wij zoiets gemeenschappelijks als een relatie gaan onderzoeken, nog – bij gebrek aan beter – terugvallen op individuele termen, bijvoorbeeld: ‘hij draagt hieraan zoveel bij doordat hij ...’ of: ‘zij is zo toegewijd en zorgzaam en daardoor ...’. Er bestaan vele verschillende wijzen waarop relaties en relatiestoornissen beschreven kunnen worden. Nye en Berardo bijvoorbeeld geven in hun boek ‘Emerging conceptual frameworks in family analysis’ elf referentiekaders weer, waarin relaties beschreven kunnen worden (vijf uit de sociologie, twee uit de psychologie, één uit de economie, één uit de religie, één uit de rechtswetenschap en één uit de antropologie).

Wat voor een kader men echter ook volgt, ik vind het bij de behandeling van de relatieproblemen belangrijk dat de therapeut twee aan praktisch alle scholen gemeenschappelijke aspecten onderkent en bewerkt. Het eerste hiervan wordt weergegeven in de uitdrukking: ‘waar twee vechten, hebben twee schuld’.

Met andere woorden: het komt zelden voor dat relatiemoeilijkheden terug te voeren zijn op één partner.

Ook al hebben wij allemaal de neiging om te zeggen 'niet ik ben gek, maar jij' en ook al maak ik vaak mee dat de ene partner de andere als patiënt komt inleveren, toch blijkt keer op keer bij nader inzien dat beide partners een praktisch evengroot aandeel hebben in het veroorzaken van de moeilijkheden. Het valt meestal evenmin uit te maken wie er begonnen is met problemen te scheppen.

Wat men eveneens terug vindt in de meeste theoretische opvattingen, zij het telkens in andere bewoordingen, is het gegeven dat de meeste relatiestoornissen eerder berusten op een te nauw verweven zijn dan op een te ver van elkaar verwijderd zijn. In de klinische psychiatrie duidt hierop het begrip 'folie à deux', in de psychoanalyse de term 'de neurotische symbiose' (door van Emde Boas ritssluitingrelatie genoemd), in de communicatietheorie: elkaar negatieve feedback geven, in de ik-psychologie (van M. Bowen): de ongedifferentieerde ik-brei, in de Gestalttherapie de term 'confluence' e.d. meer. Ook dit gegeven leeft onder de mensen als een volkswijsheid gezien de uitdrukking: 'bij elkaar mogen ze niet en zonder elkaar kunnen ze niet'.

Het heeft mij, vanaf het moment dat ik kennismakte met huwelijksmoeilijkheden van cliënten, keer op keer getroffen hoe zeer twee mensen elkaar het leven moeilijk kunnen maken maar toch elkaar geen moment vrij kunnen laten. Het valt daarbij op hoe onzelfstandig ieder op zich is. Het doet me denken aan het beeld van twee invaliden die elkaar helpen: de lamme geleidt de blinde, en de blinde ondersteunt de verlamde. Zodra de een beter gaat zien of minder steun nodig heeft bij het lopen, wordt de ander bang alleen achtergelaten te worden en zich niet te kunnen redden. Vandaar dat men nog liever in velerlei opzichten problemen met elkaar heeft, dan elkaar los te laten.

Ik zie het als de taak van de relatietherapeut om ten eerste deze te nauwe verwevenheid met elkaar te doorbreken, d.w.z. te helpen bij het onder ogen zien van de angst het niet alleen te redden, en ten tweede hen zelfstandiger (i.c. meer valide) te maken. En ten slotte, als die twee mensen zichzelf gevonden hebben, hen te helpen brengen tot het punt waar zij alsnog een nieuwe relatie met elkaar willen aangaan, of niet.

De eerste fase van het doorbreken gaat gepaard met protest ('Wij horen toch bij elkaar'), woede ('Dacht jij, therapeut, het beter te weten dan wij'), verdriet ('Ik kan jou niet missen', 'Ik word in de steek gelaten'), wanhoop ('Ik red het nooit alleen') en depressie ('Ik geef het op, het ligt toch aan mij').

De tweede fase van het zelfstandig worden brengt met zich mee een zekere hardheid ('Dat vind ik en wat jij er van vindt moet je voor jezelf uitmaken'), een bevrijd gevoel ('Ik voel een stuk ruimte om me heen'), ook een stuk eenzaamheid ('Ik sta zo alleen') en angst ('Verlies ik de ander voorgoed, zou hij mij nog moeten als ik zo mijn eigen weg ga'). Dan bezorgdheid om bij zichzelf te blijven en niet verleid te worden om zich ongewild aan te passen. Vaak willen mensen in deze fase een tijd alleen zijn en willen ze niet gestoord worden. Soms hebben ze fantasieën over ergens ver weg alleen willen wonen. Wanneer dit proces bij de ene partner eerder op gang komt dan bij de ander leidt dit uiteraard tot botsingen ('Wil jij gaan wandelen zonder mij?'). Komt het tegelijk voor dan is het gemakkelijker en positiever (We gingen ieder op eigen gelegenheid naar het feestje en kwamen ieder afzonderlijk terug: een heerlijk onafhankelijk gevoel niet de hele tijd op elkaar te moeten letten.) Ook de ontdekking dat je weer andere mensen gaat zien en waarderen en wederzijds opgemerkt wordt door hen, kan als zeer bevrijdend ervaren worden. M.a.w. dat het geen vanzelfsprekende zaak meer is dat je alles zoekt bij je partner of dat omgekeerd je partner jou mag opeisen. Maar toch blijkt dit zich zelfstandig opstellen telkens weer een angstig aangaan omdat altijd het spook van de scheiding en daarmee van het liefdesverlies opduikt. Het is een risicovol avontuur dat doorlopen moet worden wil men de ander en zichzelf vinden. Hierbij kan de groep van grote steun zijn omdat alle groepsleden in dit opzicht in dezelfde boot zitten, zich herkennen in elkaar en er samen uit willen komen. Het is vaak ontroerend te zien met hoeveel pijn, tranen, vechten maar ook met hoeveel tederheid en fijngevoeligheid mensen dit proces doorleven en elkaar hierbij helpen.

De overgang van de tweede naar de derde fase is een kritische, die meestal met de nodige aarzeling verloopt. Een voorbeeld hiervan is wat een groepslid mij schreef: 'Vrijheid is voor mij met verschillende mensen omgaan wanneer ik er zin in heb

en geen rekening met de ander te moeten houden. Ben ik, in feite, klaar om een vaste verhouding met mijn man te hebben of zal ik gelukkiger zijn alleen? Ik schrik van mijn eigen woorden; ik vind mezelf zo egocentrisch.'

De overgang tenslotte naar de derde fase wordt gekenmerkt door een zich opnieuw openstellen voor een ander. En wanneer dit uiteindelijk geschiedt, blijkt de partner vaak degene te zijn tot wie men zich het eerst richt. Men heeft als het ware een optie op elkaar, gezien ook het gedeelde verleden, de kinderen, de familie en zoveel andere gemeenschappelijke interesses. Aan de eventueel nieuwe keuze gaan allerlei vragen vooraf. 'Waarom zou ik me weer investeren in mijn partner? Ik heb het eindelijk nu goed met mezelf. Loop ik geen grote kans terug te vallen in het oude patroon? Dat wil ik voor geen prijs. Maar van de andere kant zou ik het toch fijn vinden om echt samen te zijn met iemand. Het is zo fijn om een beetje van iemand te houden en mijn partner doet me toch nog altijd wat. Hij zeurt gelukkig niet meer zo en is ook zelfstandiger geworden. Zal ik de sprong nog eens wagen?'

Intussen heeft er vaak wel een relatie plaats gehad met een derde of heeft men daarover gefantaseerd en plannen gemaakt. Maar meestal komt men hiervan terug om het weer met elkaar te proberen. Er ontstaat dan een nieuw soort relatie, waarbij de partners eerst ieder nog op hun *qui-vive* zijn om niets van hun zelfstandigheid prijs te geven. Men komt echter op een gegeven moment toch voor het punt te staan waar men moet kiezen om nu al of niet een bepaald soort vrijheid prijs te geven, wil men iets meer met met elkaar bereiken. Dit komt neer op het filosofisch onderscheid tussen vrijheid van en vrijheid tot. Het is het eeuwig moeilijke dialectisch proces tussen ik en jij rond de vraag: 'Raak ik mijzelf kwijt (tot verschraling van mijzelf en dus van onze relatie) of vind ik mijzelf nog meer (tot verrijking van elkaar) door op te gaan in jou?'

Ik heb verscheidene malen meegemaakt dat een paar in de loop van de behandeling niet de tweede of de derde fase bereikte maar daarvoor de behandeling afbrak. Ik kreeg soms de indruk dat men liever bij elkaar wilde blijven zonder de verwevenheid te doorbreken en dat men terugdeinsde voor het eventuele risico van een scheiding.

Het bereiken van de derde fase betekent meestal het einde van de therapie: het paar acht zich nu zelfstandig genoeg om uit te maken of ze bij elkaar willen blijven of niet. Men heeft elkaar met nieuwe ogen leren zien en het is een kwestie van tijd om met behoud van de eigen identiteit een nieuwe relatie op te bouwen met elkaar. Het is overigens een grote voldoening voor de groepsleden en de therapeut om regelmatig een stel zo verbeterd te zien vertrekken. Blijkt het opnieuw kiezen voor elkaar niet haalbaar dan blijft een paar soms nog een tijdlang in de groep om het proces van emotionele scheiding af te wikkelen. Want door dit in de groep te doen krijgt men steun en ondervindt men een zekere bufferwerking om dit – anders meestal mensonwaardige – scheidingsgevecht zo humaan mogelijk te laten verlopen.

Het effect van parengroepsbehandeling

In de literatuur worden weinig resultaten vermeld. Ik noemde reeds het onderzoek van Linden en van Van Emde Boas. Zij zeggende dat van negentien behandelde gevallen er zestien verbeterd zijn, twee te vroeg weggegaan zijn en één stel gescheiden is.

Sinds een paar jaar doe ik vijf parengroepsbehandelingen per week. In november 1972 verrichtte ik een klein onderzoek onder degenen, die intussen de groepen verlaten hadden. Dit bleken 21 paren in totaal te zijn die ongeveer één á twee jaar geleden de behandeling staakten. De behandelingsduur varieerde van drie maanden tot twee jaar. De huwelijksduur van twee jaar tot achttien jaar. Ik vroeg deze 21 echtparen onderstaande kleine vragenlijst in te vullen door man en vrouw afzonderlijk, zonder voorafgaand overleg. De 21 paren zijn alle echtparen. Twee ervan zijn kort na de behandeling gescheiden. Twee andere stellen blijken op dit ogenblik scheidingsplannen te hebben. Zeven van de 21 stellen hebben de behandeling tegen mijn advies te vroeg afgebroken (alle op initiatief van de man); onder deze zeven bevinden zich de twee scheidende en één (van de twee) gescheiden paren. Alle andere paren verlieten de groep op een bevredigende wijze d.w.z. dat zijzelf, de overige groepsleden en ik van mening waren dat een verdere behandeling niet meer nodig was.

Van de 42 vragenlijsten gestuurd naar 21 echtparen ontving ik 37 formulieren terug. Hieruit bleek dat er van verbetering in

de relatie (de categorieën iets beter, beter en veel beter) sprake was bij 11 van de 21 echtparen (ik kan hier van een gemeenschappelijk echtpaaroordeel spreken omdat de beoordeling van man en vrouw nooit meer dan één punt uit elkaar liep). Bij drie echtparen was de relatie hetzelfde gebleven en vijf paren gaven aan dat deze verslechterd was (van drie van deze vijf stellen antwoordde slechts de vrouw, één paar reageerde in het geheel niet). Wat betreft de veranderingen als persoon gaven 20 van de 42 personen aan dat zij verbeterd waren, twee dat zij hetzelfde gebleven waren en zes dat zij er slechter aan toe waren (drie mannen en één paar antwoordden niet). Wat betreft de veranderingen van de sfeer in het gezin sinds de behandeling bleken negen echtparen aan te geven dat deze intussen verbeterd was, vijf dat deze hetzelfde gebleven was en geen dat deze verslechterd was sinds de behandeling. (Zes echtparen zijn kinderloos.)

Men kan uit deze cijfers niet afleiden dat de behandeling oorzaak is van verbetering of verslechtering van een relatie, een persoon of een gezinssfeer. Want tijdens de behandelingsperiode en gedurende de tijd tussen de behandeling en het tijdstip van dit onderzoek, hebben zich tegelijkertijd allerlei andere omstandigheden in het leven van deze paren voorgedaan die wellicht ook invloed hebben uitgeoefend op het nagevraagde resultaat. Er laat zich alleen een verband vermoeden tussen de behandeling en de verandering in de relatie, de persoon of de gezinssfeer, gezien het feit dat er jarenlang voor de behandeling geen sprake was van verandering en sinds de behandeling wel. Helaas zijn er op dit moeilijke gebied van psychotherapie-onderzoek nog geen goede methoden om resultaten te meten uitgevonden. Ik moet daarom volstaan met het weergeven van bovengenoemde eenvoudige gegevens en waarschuwen tegen te vergaande gevolgtrekkingen daaruit.

De antwoorden op vraag vier zijn boeiend en veelzeggend, doordat de mensen hier zelf aan het woord kunnen komen. Zo wordt de verbetering meerdere malen aangegeven als: 'Ik heb beter leren luisteren, ben opener en kan beter met hem (of haar) praten.' En ook: 'het resultaat is dat ik anderen en mezelf beter accepteer.' Een volgend aspect dat meerdere malen genoemd wordt bij de verbetering is dat men iets zelfstandiger geworden is. Ook dat men de partner meer vrij kan laten en toleranter is in

de relatie. Iets anders wordt als volgt uitgedrukt: 'Ik ben me meer bewust van mijn eigen gevoelens en van mijn eigen aandeel in de relatieconflicten'. En over zichzelf: 'Ik ben me meer bewust dat de oorzaak van mijn eigen onvrede bij mezelf begint: ik heb meer twijfels en ben minder overtuigd dat ik het zelf bij het juiste eind heb. In het gezin hangt een minder drukkende stemming; er zijn meer ups en downs die door iedereen worden meebeleefd maar niet blijven hangen als donderwolken.' Een vrouw antwoordt: 'Mijn man is voor mij minder ver en onbereikbaar geworden, ik vind mezelf nog steeds een moeilijk mens maar kan het makkelijker relativieren.' Een man schrijft: 'We zijn wat onze relatie betreft minder afhankelijk van elkaar. Wat mijzelf betreft leef, voel en reageer ik veel meer vanuit mezelf en niet vanuit het oordeel van een ander.'

Onder de vijf relaties die ik als verslechterd reken, blijken er twee bij te zijn met een dreigende scheiding en één die intussen gescheiden is. Een vrouw met een dreigende scheiding streepte de zeven mogelijkheden van veel slechter tot veel beter door en vulde als achtste mogelijkheid in: 'De relatie is nu anders van aard, er is geen sprake meer van een huwelijksrelatie' (haar man antwoordde niet). De tweede vrouw met een dreigende scheiding omcirkelde evenmin één van de zeven mogelijkheden over de veranderingen van de relatie maar schrijft dat zij wil scheiden.

Zonder dat ik wil zeggen dat ik een scheiding een slecht behandelingsresultaat vind, heb ik voor de eenvoud en om de uitslag niet te flateren, deze scheidingsrelaties bij de categorie verslechterde relaties gerekend. Drie van de vier scheidende of gescheiden vrouwen geven aan dat zij als persoon sinds de behandeling verbeterd zijn. Eén drukte het als volgt uit: 'Mijn gevoel van eigenwaarde, gewoon goed ik-gevoel, is teruggevonden. Het is helemaal de mist in geweest. Ik heb nog regressies maar ben het nadien nooit helemaal meer kwijt geweest. In noodsituaties vernauwt mijn bewustzijn zich tot dat ene: 'Laat het je niet afpakken', en het helpt!'

De vrouw van het tweede stel dat nog tijdens de behandeling de emotionele scheiding afwikkelde, schrijft nu dat de verhouding tot haar gewezen man verbeterd is, omdat zij niet veel met elkaar te maken hebben, behalve i.v.m. de kinderen. Zij schrijft verder: 'Zoals het nu gaat, gaat het goed. Ik kan het misschien

het beste omschrijven met een variant die voor mijn gewezen echtgenoot geldt: beter een verre vriend dan een goede buur. En het verleden rust in vrede.' Zij voelt zich als persoon veel beter en vindt ook de sfeer in het gezin nu beter. Van de vier stellen, wier relatie verbroken is of dreigt verbroken te worden, blijken er drie kinderen te hebben.

Van het ene paar mensen die niet geantwoord hebben, kan ik op grond van andere informatie aannemen dat hun relatie hetzelfde gebeven is; en tevens dat zij als personen en als gezin er niet op voor- noch op achteruit gegaan zijn.

Samenvattend is de relatie van ruim de helft (twaalf) van de 21 behandelde paren verbeterd, van vier hetzelfde gebeven en van vijf verslechterd. Van deze laatste vijf geven tweemaal de mannen aan dat de relatie slechter is geworden, een man geeft echter aan dat deze hetzelfde gebeven is, en twee mannen geven geen antwoord. Van de verslechterde groep geven twee vrouwen aan dat de relatie slechter geworden is, twee vrouwen zeggen slechts dat hij anders geworden is door scheiding, en één vrouw antwoordde niet. Het valt verder op dat slechts vier mensen van deze vijf paren aangeven dat zij als persoon erop achteruitgegaan zijn.

Tweederde gedeelte (29 van de 42 ondervraagden) geeft duidelijk aan dat zij als persoon verbeterd zijn.

Wat betreft de gezinssfeer tenslotte wordt geen enkele maal aangegeven dat deze verslechterd is.

De toekomst van de parengroepsbehandeling

Afgaande op de toenemende vraag in mijn praktijk naar behandeling als paar en gezien de lange wachtlijst, die ook mijn collega's hebben wat betreft het in behandeling nemen van paren in groepen, veronderstel ik dat de belangstelling voor parengroepsbehandeling toeneemt. Ook onder de jongere collega's, die zich interesseren voor allerlei vormen van relatiebehandeling zoals het drie- en viergesprek, de gezinstherapie en de parengroepsbehandeling hoor ik meer en meer vraag naar opleiding in parengroepsbehandeling. Dit lijkt mij samen te hangen met de hierboven opgenoemde voordelen van parengroepsbehandeling in het algemeen en in het bijzonder met het voordeel dat men vier

relaties (en dus ook gezinssferen) tegelijk kan helpen. Er zijn in Nederland, schat ik, op het ogenblik niet meer dan tien ervaren therapeuten van paren in groepen. Er ontstaat een grote behoefte aan meer deskundigen in dit opzicht.

Ik heb in dit artikel uitdrukkelijk alleen gesproken over parengroepsbehandeling en dit niet synoniem gemaakt met echtparengroepsbehandeling. Ook al is het in feite op het ogenblik zo dat praktisch alle paren die in een groep komen nog echtparen zijn, toch krijg ik langzamerhand meer verzoeken voor paarbehandeling van partners die samenleven maar niet gehuwd zijn, en van homoseksuele vrienden en vriendinnen, die hun relatie willen verbeteren. Het lijkt mij voor de toekomst ook goed denkbaar dat deze vorm van behandeling geschikt is om grote leefgroepen, zoals communes (waarvan veelal de tweerelaties de basis vormen), desgewenst in hun onderlinge relaties te helpen. Net zomin als gezinsbehandeling staat of valt met het instituut gezin, maar eerder een behandelingsvorm is die geschikt is voor elke samenhangende groep, zo ook is de parengroepsbehandeling niet alleen toepasbaar op echtparen maar op alle groepen van twee of meer personen waarin de twee-relatie als de meest belangrijke beleefd wordt.

Vragenlijst

Afzonderlijk in te vullen door man en door vrouw zonder voorafgaand overleg (tegen het kennismaken van elkaars antwoorden na het invullen bestaat mijnerzijds geen bezwaar).

Bij vraag 1, 2 en 3 a.u.b. één van de 7 aangeboden antwoordmogelijkheden omcirkelen en wel die, die volgens jou het meest van toepassing is.

1. Hoe is jullie relatie volgens jou sinds de behandeling?

Antwoord:

1. veel slechter
2. slechter
3. iets slechter
4. hetzelfde
5. iets beter
6. beter
7. veel beter

2. Hoe ben jezelf als persoon er sinds de behandeling aan toe?

Antwoord:

1. veel slechter
2. slechter
3. iets slechter
4. hetzelfde
5. iets beter
6. beter
7. veel beter

3. Hoe is de sfeer in jullie gezin sinds de behandeling?

(Alleen van toepassing als jullie kinderen hebben)

Antwoord:

1. veel slechter
2. slechter
3. iets slechter
4. hetzelfde
5. iets beter
6. beter
7. veel beter

4. Indien er een verandering is opgetreden, wil je dan a.u.b. beschrijven welke veranderingen er zijn opgetreden in jullie relatie, in jezelf en in je gezin.

Naam:

Huwelijksdatum:

Behandeld van tot

Literatuur

- Emde Boas, C. van, 'Intensive Group Psychotherapy with Married Couples', *Int. J. Group ps. ther.*, 1962, 12, p. 142-153 en in dit boek.
- Gottlieb, A. and Mansell Pattison, E., 'Married Couples Group Psychotherapy', *Arch. of Gen. Psychiat.*, 1966, 14, p. 143-152.
- Grunebaum, H. Christ, J. and Neiberg, N., 'Diagnosis and Treatment Planning for Couples', *Int. J. Group Psychiat.*, 1969, 19 p. 185-202.
- Grunebaum, H. and Christ, J., Interpretation and the Task of the Therapist with Couples and Families', *Int. J. Group ps. ther.*, 1968, 18, p. 495-503.
- Haley, J., 'Marriage Therapy', *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, 8, p. 213-234, en in *Strategies of Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York 1963.
- Hillel, J. M., Fostin J. N., Bordelaeu J. M. et Tétreault, L., 'Traitement d'un Groupe de Couples: approche méthodologique', *Laval Médical*, 1967, 38, p. 47-57.
- Jackson, D. D., and Bodin, A.M., Paradoxical Communication and the Marital Paradox'. In: S. Rosenbaum and I. Alger (eds), *The Marriage Relationship*, Basic Books, New York 1968.
- Jones, W., 'The Villain and the Victim. Group Therapy for Married Couples', *Am. J. Psychiat.*, 1967, 124, p. 107-110.
- Kirschenbaum, M. J., and Blinder, M. G., 'Growth Processes in Married Couples Group Therapy', *Fans. Therapy*, 1972, 1, p. 85-104.
- Lieberman, R., 'Behavioural Approaches to Family and Couple Therapy', *Am. J. Orthopsychiat.*, 1970, 40, p. 106-118.
- Linden, M. E., Goodwin, H. M., and Resnik, H., 'Group Psychotherapy of Couples in Marriage Counseling', *Int. J. Group ps. ther.*, 1968, 18, p. 313-324.
- Markowitz, M., 'Analytic Group Psychotherapy of Married Couples by a Therapist Couple'. In: S. Rosenbaum and I. Alger (eds), *The Marriage Relationship*, Basic Books, New York 1968.
- Nye, P. D. and Berardo, F. M., *Emerging conceptual frameworks in family analysis*, MacMillan, New York 1966.

Analytisch georiënteerd zijn de artikelen van Van Emde Boas, Hillel, Jones, Markowitz en Sperling.

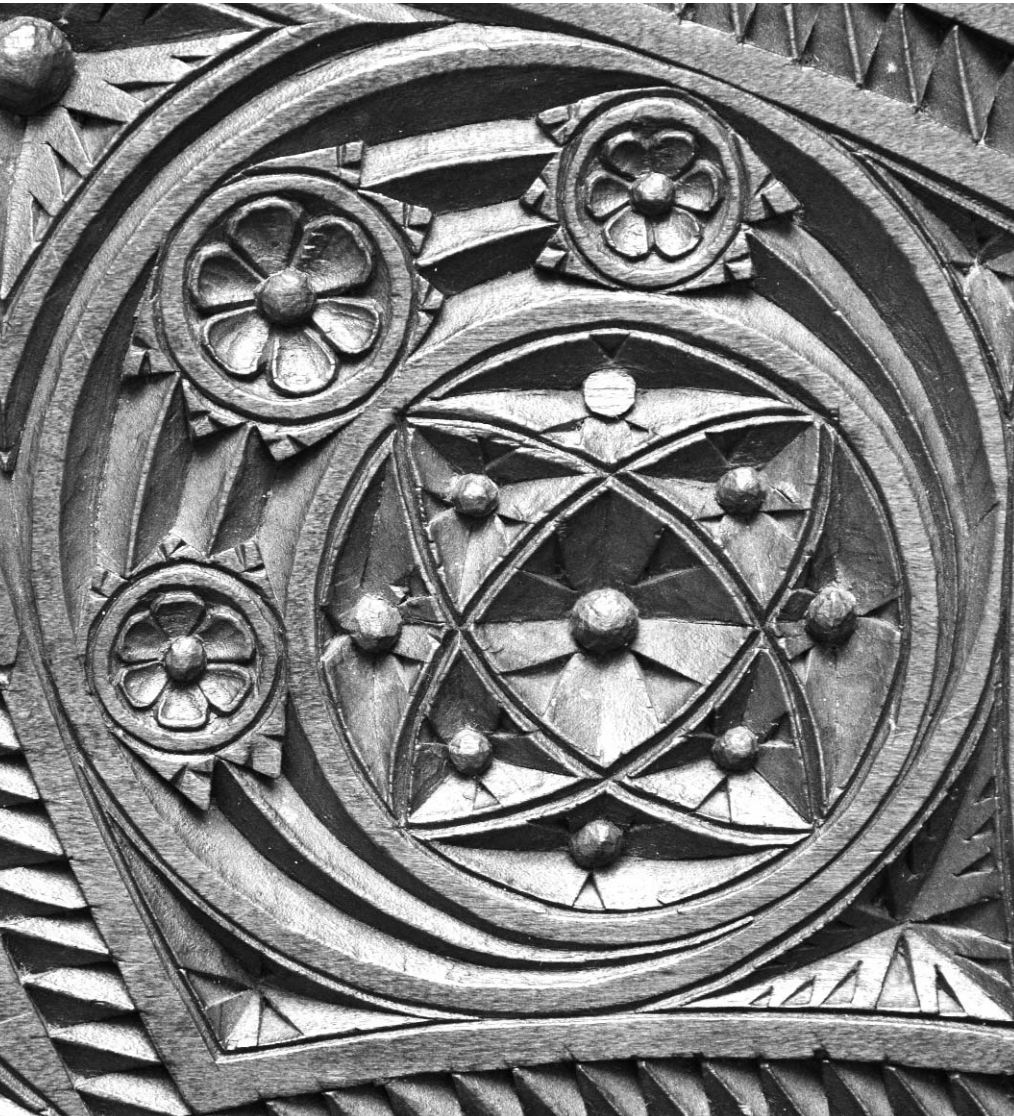
Communicatief georiënteerd zijn de artikelen van Haley en Jackson. Gestalt-psychologisch georiënteerd is het artikel van Kirschenbaum. Leertheoretisch ingesteld is het artikel van Lieberman.

Voor verdere literatuur over relatiebehandeling zie:

Glick, I. G. and Haley, J. *Family-Therapy and Research, An Annotated Bibliography of Articles and Books Published 1950-1970*, Grune and Stratton, New York 1971 and London. Speciaal hoofdstuk 1, 3 Marriage Therapy p. 44-55.

Lezing voor de Nationale Belgische Bond voor Geesteshygiëne

1972



SPANNINGEN IN HET GEZIN EN FAMILIETHERAPIE

Zoals U leest ben ik zo vrij geweest de titel van mijn voordracht, oorspronkelijk door het bestuur van Uw Bond voorgesteld als 'Spanningen in het gezin', uit te breiden met de *behandeling van deze spanningen*, omdat U, zoals ik, een veldwerker bent die gericht is op iets doen met de spanningen in het gezin.

Het is weliswaar nuttig om te weten wat er aan de hand is in het gezin en waardoor het komt, maar *deze wetenschap op zich brengt nog geen verandering*.

Het gaat er juist om dat wij proberen er iets aan te doen, dat wij proberen het gezin zo te helpen veranderen dat nadelige spanningen worden opgelost.

Ik voel mij zelf, eerlijk gezegd, veel meer thuis bij deze toepassing van de wetenschap dan bij de pure beoefening van de wetenschap op zich en om zichzelf.

Ik wil trouwens mijzelf nog iets meer bekend maken voor U, zodat ik niet een onpersoonlijke robot blijf die een aantal woorden uitspreekt en omdat mijn persoonlijke gang door de psychotherapie U een doorsnee beeld geeft van de ontwikkeling van de behandeling van spanningen in het gezin in Nederland in de laatste tien jaar.

Na mijn opleiding in de psychiatrie ging ik werken op een medisch opvoedkundig bureau van een stichting van geestelijke gezondheidszorg in Utrecht. Een dergelijke stichting omvat een M.O.B., een huwelijksbureau, ook wel genoemd een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, een sociaal-psychiatrische dienst (hoofdzakelijk een voor- en nazorg dienst) en meestal een alcoholistenbureau of liever een bureau ter bestrijding van het alcoholisme, wat recentelijk ook uitgebreid is tot de bestrijding van drugmisbruik. Ik zag daar op het M.O.B. voor onderzoek kinderen met gedrags- en leerproblemen en deed soms spelbehandeling. Ik herinner me hoe ik het zelf soms prachtig vond om met de kinderen in het kader van de therapie in de tuin van het deftige stich-

tingsgebouw vuurtje te gaan stoken. Maar wat dwaas was het dat ik intussen de ouders niet mocht spreken en dat de maatschappelijk werkster alleen de ouders zag en niet het kind mocht zien. En dat daarnaast ook nog eens afzonderlijk het kind lichamenlijk onderzocht werd door een kinderarts en psychologisch getest werd door een psycholoog. Tot slot volgde dan een eendeloze stafdiskussie, waarna het eindadvies aan de ouders afzonderlijk werd gegeven door de maatschappelijk werkster alleen. Als ik erop terugkijk, dan geloof ik dat nog nooit in de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg – met overigens de beste bedoelingen – zoveel tijd en mankracht versplinterd werd over zoveel van elkaar afgesplitste gezinsleden.

Wat hier gebeurde, en nog steeds gebeurt, is dat hier mijns inziens ten onrechte, in de geestelijke gezondheidszorg het *medisch-organisch model gevolgd* werd. Zoals iemand in de fysieke sfeer een objekt wordt in het onderzoek en gezien wordt door een specialist voor inwendige ziekten, een oogarts, een neuroloog, een neus-, keel- en oorarts, enz., zo wordt iemand ook in de psychische sfeer apart bekeken door een sociaal werker, een psycholoog, een psychiater, een kinderarts, een neuroloog, enz. Zodoende missen wij juist door deze opsplitsing datgene waar het om gaat, namelijk de spanningen van het gezin in zijn geheel. Een gezin is namelijk niet een toevallige verzameling van een aantal individuen, die al of niet spanningen hebben. Neen, een gezin is een totaliteit met een eigen sfeer en het dient dan ook als zodanig benaderd te worden. Ik bedoel, dat ik kies voor een holistische, d.w.z. totale benadering uit de menswetenschappen in casu fenomenologie in plaats van voor een atomistische, moleculaire, individualistische benadering die stamt uit de natuurwetenschappen. Dat betekent in de praktijk dat men er mijns inziens beter aan doet om alle gezinsleden tegelijk te zien en te spreken dan afzonderlijk. Indien een moeder een veldwerker op zijn bureau belt met het bericht dat: 'Onze Camiel zo lastig is', dan zal de veldwerker mijns inziens dienen voor te stellen, dat hij zo spoedig mogelijk moeder en Camiel en alle andere gezinsleden thuis komt opzoeken. En wel om te zien wat zij gezamenlijk er aan kunnen doen.

Hoe zo'n gezinsbehandeling dan verder verloopt, wil ik U duidelijk maken aan de hand van een recent voorbeeld uit mijn eigen psycho-therapeutische praktijk.

Ik kreeg een telefoontje van een moeder die zei dat zij door de huisarts naar mij was verwezen voor onderzoek en behandeling van de chronische hoofdpijn van haar 14-jarige dochter. Mijn vraag, of Maria hiervoor al meer onderzocht was, antwoordde zij: 'Ja, wij zijn met Maria al bij een internist, een neus-keel- en oorarts, een neuroloog en een oogarts geweest, en niemand kan wat vinden. Toch denkt mijn man dat het misschien iets in haar hoofd is, een gezwel of zo. Maar ik zeg als Maria danslessen heeft of speelt met haar vriendinnen, dan heeft ze er geen last van. Het ergste is echter dokter, dat ze door die hoofdpijn niet kan studeren. Ze is slechts voorwaardelijk overgegaan naar de volgende klas en dreigt nu teruggezet te worden, wat zij niet wil.'

Ik zei daarop dat ik Maria graag eens wilde zien, maar dat het mij beter leek om haar thuis op te zoeken, zodat ik meteen een indruk kon krijgen van het hele gezin en de sfeer waarin men leefde. Moeder duidde daarop nog een paar keer dat het alleen om Maria ging, maar toen ik konsekwent aanhield dat het mij nuttiger leek om Maria in haar eigen omgeving te zien omdat het mij toescheen dat het gedrag van Maria voor iedereen in het gezin iets verschillends betekende, beaamde moeder dit en stemde zij in met een afspraak bij het gezin aan huis.

Zo togen mijn vrouw, sociaal werkster eveneens getraind in gezinsbehandeling, en ik gewapend met een bandrecorder op de bewuste datum naar het huis van Maria. Dit bleek een woning boven een tekstielzaak in het midden der stad te zijn. Haar vader was een keuriggeklede kortgeknipte veertiger met een tipische middenstandsmentaliteit van 'de zaken gaan voor het meisje' en 'geen sentimenteel gedoe, maar een ferme hollandse jongen zijn'. Moeder was een flinke intelligente vrouw die meehielp in de zaak, maar het betreunde dat zij vroeger wegens geldgebrek niet had kunnen studeren voor onderwijzeres. Maria bleek een leuke tiener, met een guitige snuit en een ontwapenende charmante manier van doen. Verder was Jan aanwezig, de oudste zoon van 18 jaar die zich wat slungelig afzijdig hield. Tijdens het gesprek in

de keurige bovenwoning met blinkende meubels werden wij herhaaldelijk gestoord door vragen van verkoopsters uit de zaak en door een grote hond die voortdurend de aandacht opeiste van alle gezinsleden door zijn onrustig gedrag. Twee dochters ontbraken nog, de ene zat wegens studieredenen nog in Amerika, de andere had geen tijd gevonden. In het eerste gesprek bleek alras dat vader nog steeds vond dat de hoofdpijn van Maria waarschijnlijk een lichamelijke oorzaak had en dat hij dat verder onderzocht wilde zien. Mijn vrouw en ik gingen hierop niet direkt in, gezien het feit dat dit door de huisarts voldoende onderzocht was en vroegen ieder van het gezin of zij het naar hun zin hadden thuis. Het antwoord van vader was meteen een toedekkend en geruststellend ja, ja, ja, maar Maria zei hierop tegen haar vader dat hij nooit tijd had voor zijn gezin, maar dat de zaak altijd voorging.

Er ontspoon zich toen een woordenstrijd tussen enerzijds de ouders die het belang van prestaties benadrukten en anderzijds Maria en Jan die meer belang hechtten aan een gezellig samenzijn en een goed contact hebben met elkaar. Jan stelde overigens dat het hem allemaal thuis niet meer zo interesseerde, omdat hij toch binnenkort uit huis ging en als student op kamers ging wonen. Op doorvragen van onze kant bleek echter dat hij het huis ontvluchtte, omdat hij juist geen contact meer kon krijgen met zijn ouders en de hoop daarop eigenlijk had opgegeven. In het tweede gesprek bleken de andere twee dochters nu ook aanwezig, de oudste Carolien was hoewel getrouwd en ergens anders wonend, toch nog vrij sterk aan het ouderlijk huis gebonden, de tweede dochter van 20 jaar had geprobeerd de opleiding voor onderwijzers te volgen, maar was overspannen geworden van het harde studeren en had de studie moeten onderbreken. Zij was nu student in de pedagogiek aan de universiteit.

In dit gesprek konfronteerden mijn vrouw en ik de ouders met hun prestatiemoraal en het feit dat zij deze aan hun kinderen oplegden. Wij stelden dat de kinderen als het ware als nog die studie en carrière-verwachtingen waar moesten maken, die de ouders voorzichzelf indertijd door geldgebrek niet hadden kunnen realiseren. Dit gold vooral voor moeder. Tegen vader zei ik dat mij zo opviel dat hij achter zijn grote woorden mij zo gevoe-

lig leek en dat hij zijn gevoelens voor mij niet hoefde te verbergen. Dat voor mij een man niet flink en stoer hoeft te zijn, maar ook mag huilen en vertederd mag zijn. Het was ontroerend te zien hoe de man deze opmerking probeerde te negeren, maar anderzijds toch liet blijken wat een opluchting deze erkenning voor hem betekende.

Wij hielpen Jan meer contact te krijgen met zijn vader door hem te ondersteunen, zodra hij een opmerking tegen zijn vader maakte die kennelijk bedoeld was als een poging om weer de communicatie met zijn vader op gang te brengen. Telkens als dit gesprek tussen hen beiden dreigde vast te lopen door negatieve veronderstellingen ten opzichte van elkaar en door snelle conclusies te trekken, bemiddelden wij door te onderbreken, naar verheldering te vragen en op die wijze meer duidelijkheid te scheppen tussen hen beiden. Maria vertelde dat zij bij een paar leraren regelmatig aan huis kwam en daar meer gezelligheid eigenlijk vond dan bij haar eigen ouders. Moeder beantwoordde deze aanval met op te merken dat Maria probeerde de leraren in te palmen om zodoende door hun voorspraak niet teruggezet te worden. Wij als therapeuten realiseerden ons toen hoe groot het belang was van de houding van de schoolleiding ten opzichte van Maria. Immers als sommige leraren Maria wegens haar charme zouden voortrekken, zou het meisje eens te meer gesterkt worden in het idee, dat zij al vanaf haar tweede jaar had gekregen; namelijk dat zij door haar Shirley Temple-achtige gedrag ieder voor zich kon winnen en niets zelf hoefde te doen. Dit vonden wij voor het kind een ongezonde ontwikkeling omdat zij op deze wijze nooit autonoom een eigen identiteit zou ontwikkelen, maar zich in het leven zou blijven redden door manipuleren en aanpassen. Om dit onheil te voorkomen stelden wij aan de gezinsleden voor om de konrektor van de school uit te nodigen aan het volgende gesprek deel te nemen. Gelukkig was de konrektor daartoe bereid. In mijn aanwezigheid zeiden wij tegen de ouders en de vier kinderen, dat mijn vrouw en ik de indruk hadden gekregen dat de kinderen in het gezin geleden hadden onder te weinig direkte belangstelling van de ouders en in plaats daarvoor slechts goede verzorging en te hoge studieverwachtingen te horen hadden gekregen. De kinderen hadden hier voor hun

geweten uit dankbaarheid aan moeten beantwoorden, omdat zij zagen hoe hun ouders dag en nacht hun best deden het geld voor deze studies bij elkaar te verdienen. Daarentegen zeiden wij, zagen de kinderen ongetwijfeld buitenshuis hoe welvaart en bezit een vanzelfsprekend iets geworden was en presteren uit angst voor armoede niet meer aktueel was.

Wij veronderstelden dat zij eerder, zoals vele moderne jongeren tegen deze prestatie-moraal in protest kwamen, en verlangden van hun ouders dat zij wat meer aandacht zouden hebben voor wat de kinderen zelf belangrijk vonden, en wat zij waren, en niet wat zij konden.

Gevangen als de kinderen waren tussen enerzijds een schuldgevoel ten opzichte van de ouders als zij niet aan de verwachtingen van hun ouders zouden voldoen en anderzijds hieraan te ontsnappen en een eigen leven te gaan leiden, had ieder van de kinderen – zo stelden wij – een eigen ontsnappingsweg uit deze ambivalentie gevonden: de oudste dochter door zich maximaal aan te passen, maar zodoende te sterk gebonden te blijven aan haar ouders; de tweede dochter door overspannen te worden; de oudste zoon door het huis te ontvluchten en Maria door een zogenaamde lichamelijke klacht te ontwikkelen. Door haar hoofdpijn was zij voor zichzelf en voor haar omgeving geëkskuseerd om ook hard te studeren wat temeer niet nodig was, omdat zij door haar vertederend kinderlijk gedrag menigeen kon inpalmen om te werken voor haar. Mijn vrouw en ik richtten zich daarop rechtsstreeks tot Maria. Wij zeiden haar dat wij haar oud genoeg vonden om aan haar eigen zelfstandigheid te werken, dat het tijd werd om zich te realiseren en op te houden met zichzelf voor de gek te houden door steeds een beroep op een ander te doen.

Ik zie mijn vrouw nog in haar vurig pleidooi vlak voor Maria gaan zitten en haar proberen te overtuigen van haar belang van op te komen voor zichzelf.

‘t Is mijns inziens juist en slechts dankzij een maximale betrokkenheid mogelijk cliënten met moeilijk verteerbare zaken omtrent henzelf te konfronteren.

De konrektor viel ons daarin bij. Hij zei dat hij een heel andere kijk op Maria gekregen had en dat hij haar tot nu toe ge-

ekskuseerd had wegens haar hoofdpijn, maar dat hij nu begreep wat de ware oorzaak kon zijn. Hij stelde voor dat Maria beter een klas terug kon gaan en zodoende kon inhalen wat zij allemaal gemist had, om zodoende beter voorbereid te zijn op de volgende klas.

Vanzelfsprekend reageerde Maria hier verbolgen op. Zij huilde uit verdriet en stampvoette van kwaadheid, omdat wij haar onbewust spel doorzien hadden. Zij vond ons gemeen en ontkende heftig dat zij dit met opzet gedaan zou hebben. Wij gaven haar in dit laatste gelijk: natuurlijk had zij dit niet ekspres gedaan, maar als reactie op de te hoge verwachtingen van haar ouders enerzijds en hun verwenning van Maria anderszijds. Wij zeiden echter tot Maria dat hoe goed het waarom van een en ander ook te verklaren viel, zij moest kiezen: of doorgaan met haar vertrouwd gedrag van leraren inpalmen of werkelijk voor zichzelf kiezen.

En dit laatste betekende volgens ons een klas teruggaan, echt gaan studeren voor zichzelf (en niet omdat haar ouders dat willen) en te leren een stuk eigenwaarde te ontwikkelen meer op grond van een bewuste inzet voor haar zelf, dan op grond van haar knappe gezichtje en simpatische maniertjes. De andere kinderen kwamen nu tevoorschijn met allerlei voorvallen, waaruit bleek dat Maria in vele opzichten werd voorgetrokken door de ouders en dat zij alleen van haar ouders gedaan had gekregen, wat zij met z'n drieën daarvoor nooit hadden klaargespeeld.

Vader en moeder waren eerst verbijsterd en vonden Maria zo huilend eigenlijk wel zielig. Maar uiteindelijk gingen zij toch mee met de zienswijze van ons en de konrektor, omdat zij, denk ik, als ouders ook wel beseften dat Maria beter een klas teruggezet kon worden, en daarna goed zou kunnen doorgaan, dan dit niet te doen.

Bij het begin van het volgende gesprek vertelde Maria dat zij een beslissing genomen had. Zij was direkt na het vorige gesprek kwaad het huis uitgelopen en had daarna een uur lang door de stad lopen dwalen. Zij vertelde dat nadat haar kwaadheid wat gezakt was, zij een en ander nog eens had overwogen en toen voor zichzelf erkend had, dat wij het eigenlijk wel bij het rechte

eind hadden. Daarom ging zij toch maar een klas terug. Over de hoofdpijn sprak zij niet meer. Wij prezen haar voor haar moedig besluit.

In de rest van dit laatste gesprek vroegen wij aan ieder wat hij of zij aan deze gesprekken gehad had. Daarop hoorden wij van Jan dat hij blij was dat er nu tenminste weer een gesprek mogelijk bleek tussen hem en zijn ouders en Christine zei dat zij haar studieprogramma nu zelf ging indelen en ging verlichten. Carolien had ons inziens nog niet zoveel van deze gesprekken opgestoken, getuige o.a. het feit dat zij nog steeds bezig was als een soort tweede moeder met eerder hulp te geven aan Maria, dan voor zichzelf te spreken. Zij vond het ook nog steeds heel gewoon dat vader haar elke zondag zou komen opzoeken. Zelfs t.o.v. de hond was er iets veranderd; hij werd in de laatste gesprekken niet langer geduld als stoorzender, en werd indien hij lastig werd uit de kamer gezet. Vader zei: 'Niet voor het een of ander, maar ik heb er veel aan gehad. Ik heb leren luisteren.'

Moeder zei: 'Ik vind het fijn dat wij nu eindelijk eens openlijk met elkaar hebben kunnen praten. Wij zullen proberen dit ook zonder U te blijven doen.'

U ziet uit het voorbeeld hoe het afwijkende gedrag van een gezinslid onverbrekelijk samenhangt met dat van de anderen. Zouden wij hier slechts de geïdentificeerde patiënten behandeld hebben, dan zouden wij ten eerste slechts één van de symptoomdragers behandeld hebben (de z.g. zondebok of het zwarte schaap) en niet gezien hebben dat alle kinderen leden onder de spanningen in huis.

Ten tweede zouden wij wellicht Maria hebben kunnen helpen door individuele gesprekken en studiebegeleiding, maar niet de mogelijkheid bestreden hebben dat zij even later toch weer door de onveranderde sfeer thuis hervallen zou zijn in haar verschijnselen; of dat een van de andere kinderen verschijnselen van het gezinsconflict zou zijn gaan vertonen.

U ziet hoe hier een benadering van het gehele gezin in de plaats komt van de behandeling van één individu. Tevens hoe hier niet meer gedacht wordt in rechtlijnige oorzakelijke verbanden, zo-

als: 'Wat is de oorzaak van de hoofdpijn?' maar eerder in cirkelvormige systeemverbanden. Dit wil zeggen dat wij ons hier eerder afvroegen: 'Wat voor betekenis en functie heeft de hoofdpijn en hoe werkt het verschijnsel op zijn beurt weer in op de sfeer binnen het gezin?' Het gevolg wordt dus weer teruggekoppeld naar de oorzaak en hiermede wordt de cirkel van oorzaak en gevolg gesloten en houdt het systeem zichzelf in evenwicht. Met andere woorden, als de ouders wat meer druk uitoefenen op een van de kinderen om harder te gaan studeren, dan ontwikkelen zij des te sterker hun symptoom, zoals Maria bv. de hoofdpijn, waarop de ouders weer bezorgd werden en minder van de studie verwachtten. Het is zoals een fietser of een autobestuurder die in een rechte lijn rijdt: zodra je iets naar links afwijkt corrigeert hij naar rechts en wijkt hij iets naar rechts af dan corrigeert hij automatisch naar links. Slechts door een krachtige en veelzijdige beïnvloeding, bv. van de zijde van de therapeut, zal deze terugkoppeling doorbroken kunnen worden en er zich een nieuw evenwicht kunnen instellen.

Vandaar dat ik mij later ook verdiepte in de gedragsterapie en de laatste jaren in groeps- en gezinsbehandelingen.

Tenslotte wordt door dit voorbeeld geïllustreerd hoe volgens bepaalde hiërarchieprincipes van de systeemtheorie een hogere systeemorde een lagere orde meer bepaald dan omgekeerd. Ik bedoel: wil men een gezinslid veranderen, dan zal men het gezin dienen te beïnvloeden; wil men iets aan de gezins sfeer doen dan zal men de gehele familie bij elkaar dienen te brengen; wil men een clan-geest doorbreken, dan zal men oog moeten krijgen voor de invloed van de buurt en van de plaatselijke gewoontes, van het dorp, de stand, de provincie, het land, het volk, het ras, de kultuur, enz. U ziet, hoe de veldwerker er op deze wijze niet omheen kan om zich maatschappijkritisch op te stellen. Hoe zou hij ook anders kunnen zonder het idee te hebben bij tijd en wijle, dat hij tegen de bierkaai vecht door voortdurend achter de symptomen aan te hollen. Maar het is voor de veldwerker evenmin mogelijk om sociale wantoestanden op zijn eentje te doorbreken. Het beste wat hij m.i. kan doen is nog dat hogere systeem zien te beïnvloeden wat hij kan bereiken, bv. indien er in het gezin iets mis is, ook de andere familieleden erbij betrekken die een grote

invloed hebben op een bepaald gezin, zoals de grootouders of andere belangrijke familiefiguren.

Maar laat ik terugkeren naar de behandeling van gezinsspanningen in Nederland. Ik vertelde U dat ik in 1961 dus ging werken op een medisch opvoedkundig bureau, wat volgens het traditionele-medische model geschoeid was, waarop de gehele child-guidance clinic movement 30 jaar geleden in Amerika gestart was. Daarna ging ik bij Trimbos werken op een huwelijksbureau van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg te Amsterdam en op het Nationaal Bureau voor Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht. De laatste organisatie is te vergelijken met Uw Nationale Belgische Bond voor Geesteshigiëne.

Daarnaast bouwde ik een eigen psycho-therapeutische praktijk op.

Intussen volgde ik, zoals het toendertijd elke psychiater betaamde – de psycho-analytische opleiding – en richtte met nog enkele andere enthousiaste kollega's de vereniging van Roggeriaanse therapie op. Want ik vind dat men idealiter als groeps-psychoterapeut meerdere psychoterapeutische methoden tot zijn beschikking moest hebben om cliënten te kunnen helpen naar gelang hun aard en hun verschijnselen.

Maar weer terug naar 1961. Op het huwelijksbureau in Amsterdam leerde ik voor het eerst met twee cliënten, d.w.z. man en vrouw tegelijk, praten. Dit z.g. joint-interview opende voor mij de ogen voor de inter-psychische dynamiek i.p.v. alleen maar in intra-psychische termen te denken. Het was een openbaring te zien hoe de verschijnselen van de vrouw die van de man beïnvloedden en omgekeerd. Bv. een echtgenoot komt wegens depressies van de vrouw; de vrouw klaagt over de uithuizigheid van haar man, een musikus, op vele avonden in de week. Vanaf het moment dat hij meer thuis blijft, knapt zij op en wordt hij depressief. Ik leerde nog meer op het huwelijksbureau. Omdat nl. de samenwerking met de artsen en psychologen vrij slecht verliep (door eenzelfde versnippering als op de M.O.B.'s), werden zij vriendelijk doch beslist voor hun medewerking bedankt en het bureau omgevormd naar een bureau van louter maatschappelijk werkers met slechts

voor een paar uur een konsulent-psychiater. Dit zuivere sociaalwerkers-bureau-model is ontwikkeld in de Tavistock-Clinic te Londen. Hierdoor konden de cliënten vanaf het eerste tot het laatste gesprek met dezelfde helper doorwerken. Tevens was er een betere samenwerking, omdat alle medewerkers full-time waren en men elkaar kon ontmoeten op voet van gelijkheid. Er werd toen ook nog een begin gemaakt met twee helpers praten met één echtpaar. Het voordeel was dat men door deze co-therapie veelzijdiger kon werken, van elkaar kon leren hoe men het deed en elkaar na afloop informatie kon geven over ieders indrukken. Ik deed als konsulent ook mee in deze gesprekken met de sociaalwerkers en ervaarde door deze samenwerking dat er een stuk status- en autoriteitsverschil wegvalt. Immers, zowel de sociaalwerker als de psychiater doen hetzelfde werk, zijn even goed en slecht en daardoor heeft de ene niet meer autoriteit dan de andere. Voor mij hangt iemands competentie als effectief veldwerker of psychoterapeut dan ook niet af van zijn academische graad, maar slechts van zijn specifieke trainingen, ervaring en een bepaalde geartheid. Ik zou niet weten waarom iemand, of het nu een leek is of een psychiater, sociaalwerker, of psycholoog die een training volgt in bv. gezinsterapie, voor deze behandeling minder goed gekwalificeerd zou zijn dan iemand die een hoop boekenwijsheid leert achter zijn bureau en op grond van deze theoriekennis een academische en maatschappelijke erkenning krijgt.

Een ander opvallend verschijnsel op dit huwelijksbureau wat mij te denken gaf, was wat soms in de gesprekken met de echtparen duidelijk naar voren kwam, hoe groot de invloed van de kinderen was op het huwelijk van de ouders.

Zoals een vrouw het eens uitdrukte: 'Ja, als mijn man en ik het samen goed hebben, is het mis tussen ons en de kinderen, maar als het goed gaat tussen mijn man en de kinderen of tussen mij en de kinderen, dan zit het mis tussen mijn man en mij.'

Ook kwam het herhaaldelijk voor dat terloops door ouders met huwelijksmoeilijkheden gemeld werd dat een en ander op het M.O.B. een deur verder behandeld werd, of dat de sociaal-psychiatrisch verpleegster bij hen aan huis was geweest, omdat ze zo'n ruzie gehad hadden. Hieruit bleek eens te meer hoe de

relatie tussen de ouders samenhangt met die van de relatie tussen ouders en kinderen en omgekeerd. Op de M.O.B.'s waren ze van hun kant vaak wanhopig omdat zo vaak bleek dat de behandeling van kinderen met gedragsmoeilijkheden niet vooruitging door de huwelijksmoeilijkheden van de ouders.

Vandaar dat – toen ik toevallig over het bestaan van gezinsbehandeling in de literatuur las – er een wereld voor mij openging. Dit was voor mij het ei van Columbus. En nu vraag ik mij achteraf af, hoe het bestaat dat dit tegelijkertijd zien van alle gezinsleden al niet veel eerder ontdekt is. Want natuurlijk is het gezin de natuurlijke groep bij uitstek in onze maatschappij waarin wij allemaal geboren en getogen worden om even later zelf weer een gezin te gaan vormen. Met andere woorden: de meeste mensen leven van de wieg tot het graf in een gezin, leren, lachen, praten, denken en voelen, in een groep als het gezin, leren samen zijn, alleen zijn, een deel zijn van en toch een individu zijn in het gezin; ze leren evenwicht vinden tussen horen bij en een eigen identiteit hebben in een groep. En ga zo maar door. Wat ligt er dan meer voor de hand dan de mensen ook in deze natuurlijke groep die het gezin is, samen te behandelen. We gaan een vis toch ook niet uit het water halen om hem beter te kunnen bekijken op straffe van een zodanige onnatuurlijke toestand voor de vis in kwestie te scheppen dat die wel eens zeer kwalijke gevolgen kan hebben. Geen wonder dan ook dat menige cliënt naar lucht hapt als hij individueel wordt gezien dan wanneer hij in het kader van zijn gezin gezien wordt. Opleiding in gezinsbehandeling bestond tot voor een paar jaar geleden nog niet in Nederland. Daarom vroeg ik een studiebeurs voor een dergelijke opleiding in Amerika aan. In afwachting hiervan volgde ik een opleiding in de groeps therapie in het algemeen en speciaal van echtparen bij Professor van Emde Boas in Amsterdam.

Deze echtparen-behandeling vind ik ook bijzonder belangrijk omdat de echtelijke relatie nog altijd de voornaamste relatie is in het gezin.

Het is soms niet nodig om de kinderen bij de behandeling van huwelijksmoeilijkheden te betrekken, omdat deze reeds helemaal gekristalliseerd zijn tussen de ouders en de kinderen er

geen directe moeilijkheden meer van ondervinden. Door de verbetering van de relatie van de ouders zal dan ook later de relatie met de kinderen en tussen de kinderen onderling verbeteren.

Het kan zelfs beter zijn de kinderen ekspres niet bij een gezinsbehandeling te betrekken of uit te ontslaan, omdat er soms een punt bereikt kan worden dat het voor de kinderen ontlastend werkt om niet bezig te hoeven blijven met de moeilijkheden tussen hun ouders en zij daarom meer aan hun eigen zelfstandigheid kunnen toekomen. Zo gezien kan het zeer efficiënt zijn om met echtparen alleen te werken. Het rendement hiervan wordt echter nog hoger door met meerdere echtparen tegelijkertijd groepsterapie te beoefenen. En wel omdat door het groepsproces de intensiteit van het emotionele gebeuren verhoogd wordt, waardoor – zoals in een smeltkroes – er sneller een verandering optreedt in de relatie tot elkaar, dan wanneer zij alleen behandeld zouden zijn. Echtparen herkennen elkaar in hun relaties en karakter en steunen en troosten of bestrijden elkaar. En niet alleen als paren maar ook als individuen. Want geen enkele relatie is volgens mij vrij en volwaardig, als niet ieder der partners eerst geleerd heeft uit een schijnaanpassing en simbiose los te komen, vervolgens zichzelf leert ontdekken tegenover de ander, om elkaar tenslotte weer te gaan kiezen met behoud van de eigen zelfstandigheid.

Men kan kortweg gezegd iemand niet werkelijk winnen als men hem eerst niet verloren heeft. Evenmin kan men hartgrondig ja tegen elkaar zeggen, als men ook geen neen heeft leren zeggen. Vandaar dat in mijn gezins- en groepsbehandelingen veel emoties geuit worden, gehuild wordt en gevochten, het zeer rumoerig kan zijn en het zo stil kan zijn dat men er een speld kan horen vallen.

Dit voert mij naar mijn huidige werk- en denkwijze van de behandelingen van spanningen in een gezin. Ik vind dat, – wil men stoornissen in een gezin opheffen – de therapeut een zeer krachtige leider dient te zijn. Hiermee bedoel ik dat hij moet durven afgaan op zijn eigen subjektieve indrukken, die hij van ieder van de gezinsleden en van het hele gezin in zijn totaliteit opdoet. Deze indrukken moet hij toetsen aan zijn eigen ervaring en aan verbale en non-verbale uitingen van de gezinsleden. Bv. de tera-

peut krijgt na verloop van tijd de indruk dat de vader van een gezin telkens gaat lachen als er iets emotioneels-beladen gezegd wordt door zijn vrouw of een van de kinderen. Wanneer iemand iets gevoeligs of moeilijks zegt, antwoordt hij telkens in de trant van: 'Nou zeg, doe niet zo dramatisch', of 'Straks barst ik nog in tranen uit' of 'Laat me niet lachen', 'Kom, kom, zoiets hebben we toch allemaal' en dit soort uitdrukkingen. De therapeut zal dit patroon van weglachen van spanningen, ook in zichzelf als een menselijk verschijnsel herkennen als een middel tot relativering en ontduiken van problemen. Indien hij vader telkens zo ziet reageren, zal hij dienen te zeggen, bv.: 'Het valt mij op mijnheer, dat U telkens de problemen die genoemd worden, weglacht.' Vader zal dit ontkennen op dezelfde wijze: 'O ja, heus? Laat me niet lachen, dat is toch wat overdreven van U. Nee hoor, ik zie het allemaal niet zo zwaar.'

De therapeut zal dan vol moeten houden op straffe van door vader op dezelfde wijze uitgeschakeld te worden als de zoveelste die onder de indruk raakt van zijn z.g. grappigheid.

De therapeut zal dan zeggen: 'En toch heb ik die indruk. U doet het nu weer met mijn opmerking. Het is of U deze niet ernstig in overweging wilt nemen.'

Men ziet dan meestal dat een paar kinderen bijvallen en een paar je afvallen; moeder zal bv. – gezien haar nauwe relatie tot vader – waarschijnlijk nog eerst zwijgen. Er ontspint zich dan een discussie over het al of niet weglachen van vader. En pas dan blijkt of de therapeut juist geweest is met zijn indruk of niet.

Verder vind ik dat de therapeut meer dient te letten op de interactie, – d.w.z. dat wat zich tussen de mensen afspeelt – dan op het innerlijk van ieder gezinslid afzonderlijk. Het kan bv. veel betekenen indien een vrouw, voordat zij iets zegt, telkens haar man even aankijkt en pas doorgaat als hij geen teken van afkeuring geeft.

Een van de voornaamste doelen in de behandeling is voor mij het bereiken van een eigen individualiteit van elk der aanwezigen. Want naar mijn ervaring berust de meeste relatiepatologie op het te nauw verweven – zijn met elkaar, van man en vrouw, of van ouders en kinderen. Zij vormen dan een z.g. 'undifferentiated ego mass', d.w.z. ongedifferentieerde 'ik-brij', wat bij ons bekend

is onder de uitdrukking: 'het is allemaal één pot nat, bij de familie De Koenens, of de Hendriksen of welke familie ook'.

Inderdaad rijst bijvoorbeeld in de talrijke serie 'Wij heren van Zichem' een konflikt binnen de familie Koenen omdat Herman probeert anders te zijn dan de anderen en vecht voor zijn identiteit. En dit niet alleen in de gezinsfeer, maar ook op het seminarie en op straat, met alle strijd vandien.

De methode die ik op het ogenblik volg is nauw verwant aan de Gestalt-therapie van Perls en Kempler. Ik gebruik daarbij ook rolspel en non-verbale technieken. Het is een kwestie van goed leren luisteren (wat men in een Rogeriaanse opleiding leert) dan duidelijk te durven weergeven wat je voelt (wat men in een Gestalt-therapie training leert) en eventueel besluiten met een interpretatie, om datgene nog eens steviger te onderbouwen wat eerst emotioneel beleefd is geworden (en dit interpreteren leert men in een analitische opleiding). Het belangrijkste is m.i. dat men probeert zijn medemens op een echt en eksistentieel niveau te ontmoeten.

Naarmate ik zelf veranderd ben door ouder worden, door de omgang met mijn vrouw en kinderen en door de regelmatige ontmoetingen met mijn cliënten, verandert ook mijn stijl van omgaan met anderen. Tevens volg ik ter voorkoming van stereotiep gedrag en ter verruiming van mijn mogelijkheden als helper regelmatig trainingen in verschillende therapeutische benaderingen.

Zo kon ik vorig jaar dank zij de World Health Organization een studiereis door de Verenigde Staten maken om vijftien toonaangevende gezinstherapeuten te bezoeken. Ik werd door praktisch allen van hen als co-therapeut aan het werk gezet. Zodoende heb ik eens te meer ervaren dat men overgelijkelijk meer leert door met iemand samen te werken en daarover samen na te praten, dan slechts artikelen en boeken van desbetreffenden te lezen. Juist wegens dit belang van workshops (d.w.z. werkweken met ± 20 personen onder leiding van een therapeut) heb ik verscheidene van deze gezinstherapeuten uitgenodigd dit en het volgend jaar naar Nederland te komen om trainingen te geven. Ik deed dit namens de Geestelijke Gezondheidszorg en de Nederlandse Ver-

eniging van Groeps-psychotherapie. Zo komen dit jaar Minuchin, Kirschenbaum, Kempler en Ferber, en in 1973 Kempler, Whitaker en wellicht Virginia Satir en Ross Speck naar Nederland om trainingen te geven.

Ik hoop dat overgekomen is dat wat ik als psychotapeut doe niets anders is dan wat elke veldwerker kan doen. Ik behandel voornamelijk lichte neurotische relatie-stoornissen. Ik werk regelmatig samen met sociaal werkers en -werksters (o.a. mijn vrouw) en ik zie geen verschil tussen het werk wat ik doe en dat wat een getrainde psycholoog of een sociaal werker doet.

Gelukkig is het verschil in status en autoriteit tussen de veldwerkers aan het verdwijnen. Dezelfde ontwikkeling zal, dunkt mij, in de naaste toekomst ook plaats hebben tussen de vrijwilligers (ook wel 'non-professionals' genoemd) en de beroepskrachten (de z.g. 'professionals').

In de behandeling van spanningen in het gezin voornamelijk beschreven in termen van de gezinsterapie, omdat ik deze laatste methode van werken en de theorie die hierachter staat op dit ogenblik de meest efficiënte en relevante vind ter bestrijding van destructieve spanningen in het gezin. Ik vermeld hier wellicht ten overvloede, dat het hier om destructieve spanningen gaat, omdat ik een onderscheid wil maken met de konstruktieve spanningen in het gezin, die niet bestreden hoeven te worden.

Laat dit tot slot vooral duidelijk zijn: ik geloof niet in een spanningsloos gezond gezin. Dus niet in eindeloze aanpassing, en harmonie en homeostasis. Ik geloof veeleer in de groeibevorderende werking van het konflikt, in de vooruitgang die ontstaat door de botsing der krachten. Wanneer man en vrouw nooit felle woordenwisselingen hebben. geef ik niet veel om hun z.g. geslaagde huwelijk.

'Panta Rei', zei reeds een bekend Grieks filosoof 2000 jaar geleden. Met anders woorden: alles is in beweging. Vandaar dat onze opgave m.i. is voor mijzelf en voor anderen om flexibel te blijven en te leren leven met veranderingen en botsingen en onzekerheid i.p.v. het leven in vaste patronen en zekerheid proberen te

bevriezen. Weliswaar voorkomt dit laatste risico's en daardoor soms teleurstellingen, maar al te veel wordt vergeten dat men daarmee ook de groeimogelijkheid uitsluit en: 'Wie niet waagt, wie niet wint'.

Zo gezien staat de veldwerker, zal men zeggen, misschien in de spanningen: hij wordt geraadpleegd wegens negatieve spanningen, en hij probeert te helpen door positieve spanningen op te roepen. Men zou bijna medelijden krijgen met onze veldwerkers, zo zielig altijd in de spanningen! Maar hoe veeleisend en vermoeiend ons vak ook vaak is, het vormt tegelijk een unieke gelegenheid om zelf te groeien door anderen te helpen, en dat is een voorrecht wat niet aan elk vak verbonden is.

In: Benadering van gezinsproblemen,
een oriëntatie voor hulpverleners

1977



PRAKTIJK EN EFFEKT VAN PARTNER-RELATIETHERAPIE

Voorbeeld:

Ik zal het hebben over de praktijk en het effect van paren-(groeps)behandeling. Ik wil dat doen aan de hand van een voorbeeld door mij samengesteld uit elementen die vaak voorkomen in de praktijk. Er waren eens een jongen en een meisje. Hij heette Herman en was 22 jaar. Zij heette Maria en was 19 jaar oud. Ze leerden elkaar kennen op een dansavond. Hij had haar zien zitten een eindje verderop in de zaal en het was hem opgevallen hoe zij met haar vrienden en vriendinnen gezellig kletste en lachte en heel spontaan leek. Na enige aarzeling vatte hij alle moed samen, stapte op haar toe en vroeg haar ten dans. Zij had hem nog niet gezien maar nu hij zo plotseling voor haar stond viel haar op dat hij groot was en stevig en een rustige zelfverzekerde manier van optreden had. Ze dansten samen en raakten aan de praat. Ze ontdekten tot hun verrassing dat ze niet zover van elkaar afwoonden en dezelfde liefhebberijen hadden, zoals dansen, en luisteren naar moderne muziek. U kunt raden hoe het verder ging. Zoals in alle sprookjes werden zij verliefd op elkaar, maakten een afspraak om elkaar meer te zien en leerden elkaar beter en beter kennen. Ze ontdekten dat ze dezelfde ideeën hadden over samenwonen, over de maatschappij en over de kerk. Ze spraken veel samen over hun ouders en de manier waarop ze opgevoed waren. Het bleek dat zijn ouders het niet gemakkelijk gehad hadden met elkaar. Zijn vader was wiskundeleraar. Een nauwgezette man vol plichtsbetrachting. Herman respecteerde zijn vader wegens diens doorzettingsvermogen en verantwoordelijkheidsgevoel, maar miste soms het ongedwongen samenzijn met zijn vader. Zijn moeder had voor onderwijzeres geleerd en voor de klas gestaan, maar was hiermee opgehouden toen er meer kinderen kwamen en het te druk werd om het te combineren met het huishouden. Toen de jongste kinderen echter naar school gingen had zijn moeder het werk weer hervat. Hij vond moeder zorgzaam maar niet echt lief. Zij was wat bazig en hij

had gemerkt hoe vader en moeder in de loop der jaren een minder goed huwelijk met elkaar hadden als hij altijd gedacht had. Vader leek te berusten in het moeilijke gedoe van moeder, terwijl moeder doorging met klagen over het gebrek aan steviger optreden van haar man en over zijn irriterende gelijkmatigheid van stemming.

Maria's vader was vertegenwoordiger. Een leuke vlotte man, met wie zij het goed kon vinden maar die haar soms als het er op aankwam wel eens in de steek liet. Zij had geleerd dat zij dan zelf de beslissing moest nemen omdat vader het dan wel goed meende maar niet krachtig genoeg was om door te zetten. Hij paste zich volgens haar te veel aan datgene wat van hem verwacht werd. Moeder had vroeger in een kapsalon gewerkt. Ze besteedde nog veel zorg aan haar uiterlijk en vond het heerlijk om veel uit te gaan en in het middelpunt van de belangstelling te staan. Maria's moeder was teleurgesteld in de carrière van haar man, en het bescheiden inkomen waar ze het van moesten doen. Vader van zijn kant ergerde zich er over dat zijn vrouw niet, zoals hij, graag thuis bij de eigen haard zat. Herman en Maria spraken hierover vaak en namen zich voor om het anders te doen. Hij zag in haar de mogelijkheid van een warme, spontane, hartelijke vrouw. Zij dacht dat hij haar de rust en de stevigheid zou kunnen geven die zij zo sterk bij haar vader gemist had.

Sociologische theorie over partnerkeuze

In datgene wat ik tot nu toe beschreven heb zitten een aantal theoretische elementen die ik expliciet wil noemen zodat u ze beter kan herkennen. In de eerste plaats beantwoordt het verloop van de kennismaking tussen Herman en Maria op de zogenaamde filtertheorie uit de sociologie (1). Volgens deze theorie over de partnerkeuze verloopt de kennismaking eerst op grond van de lichamelijke aantrekkingskracht, vervolgens ontdekken de aanstaande partners dat ze dezelfde ideeën hebben op het vlak van de voornaamste sociologische variabelen zoals het wonen in elkaars buurt, van dezelfde stand afkomstig zijn, in dezelfde kerk en politieke richting opgegroeid zijn en ongeveer dezelfde ontwikkeling en opleiding doorlopen hebben. Ten derde ontdekken zij dat wat betreft hun meer psychologische gevoelsmatige

behoefte zij aan elkaar complementair zijn. Dit wil zeggen dat het in tegenstelling tot de gelijkheid in sociologische variabelen opvallend is dat mensen bij de partnerkeuze iemand kiezen die in psychologisch opzicht eerder het tegengestelde of aanvullend is aan hun eigen eigenschappen. In dit geval wordt Herman aange trokken door de emotionele warmte en hartelijkheid van Maria, elementen die hij zelf in zijn karakter niet heeft, terwijl Maria juist wordt geboeid door de rust en degelijkheid en beslissingskracht van Herman; eigenschappen die zij aan haar kant niet heeft en ook sterk gemist heeft in haar opvoeding.

Vervolg van het voorbeeld

Herman en Maria trouwen, krijgen kinderen, en merken dat ze na een zevental jaren huwelijk van elkaar afgroeien. Ze hebben elkaar niet zoveel meer te zeggen. Hij heeft ontdekt dat Maria niet zo zeer warm en hartelijk is, maar dat ze hem lastig valt met steeds meer aandacht te vragen. Ze is opvliegend en wispelturig van humeur en is niet vlug tevreden te stellen, ook al doet hij naar zijn overtuiging nog zo zijn best. Ze valt volgens hem te veel en te vaak uit tegen de kinderen, verdraagt niet dat hij rustig zijn krant leest of nog een biertje drinkt en is in bed ook lang niet zo hartstochtelijk als hij gedacht had. Maria van haar kant vindt Herman eigenlijk saai. Was ze eerst geïmponeerd door het feit dat hij als een rots in de branding leek te staan, nu was er niet veel meer van hem overgebleven dan dat hij alleen maar van steen leek. Hij was nooit eens echt driftig of echt uitgelaten vrolijk. Nee, hij was altijd even gelijkmatig en voorzichtig. Hij keek haar nooit meer verkikkerd aan, pakte haar ook overdag veel te weinig en deed nooit eens iets gekks. En in bed wist ze precies van te voren wat hij zou gaan doen en hoe het zou verlopen. Soms klapte zij bijna van ongeduld en razernij en het volgend ogenblik leek zij te berusten in deze gang van zaken.

Ontstaan van een neurotische relatiestoornis

Wat ik hier nu verteld heb over Herman en Maria is een illustratie van een veel voorkomende desillusionering van elkaar in de loop van de eerste huwelijksjaren. De verliefdheid die geken-

merkt wordt door het toedichten van allerlei superlatieven aan de partner, gaat voorbij. Herman ontdekt dat dezelfde karaktereigenschappen in Maria die hem eerst hadden aangetrokken en positief werden beleefd, nog dezelfde zijn maar nu eerder door hem als negatief en irriterend worden ervaren. Men zou kunnen zeggen: de spoken uit het verleden doemen terug op. Met andere woorden gezegd: de vroegere neurotische ontwikkeling in de jeugd zet na een aantal jaren huwelijk door en komt weer te voorschijn.

Hoe is deze tragische ommekeer te verklaren? Hoe is het mogelijk dat datgene wat eerst aantrekt, later weer afstoot? Waarop berust de aantrekking van de complementaire behoeften? (2). Vele veronderstellingen zijn mogelijk. Ik zal u degene weergeven die mij het meeste bevredigt en de theoretische basis vormt van mijn praktisch therapeutisch handelen. Het is de psycho-analytische relatietheorie van Melanie Klein uit Londen.

Analytische relatietheorie van Melanie Klein

Haar opvattingen in boekvorm, door haar zelf en andere auteurs weergegeven, zijn moeilijk leesbaar (3), maar ze worden regelmatig in artikelvorm helder weergegeven (4, 5, 6). De theorie van Melanie Klein is te kenmerken als de leer van de projectieve identificatie.

Projectieve identificatie

Ieder van ons is geneigd om – zoals het spreekwoord zegt ‘zoals de waard is, vertrouwt hij zijn gasten’ – de ander toe te dichten datgene waar hij zelf tweeslachtig tegenover staat. Dat wil zeggen dat de waard er zich op wil beroepen dat hij zijn gasten vertrouwt maar in feite wantrouwt, omdat hij zelf wantrouwig van aard is. En dat in het geval van Herman en Maria, Herman – vanuit zijn behoefte aan hartelijkheid – deze laatste projecteert, of – in goed nederlands gezegd – toedicht aan Maria. Dit vanuit zijn eigen tekort aan hartelijkheid. De theorie zegt dat Herman in zijn jeugd niet de gelegenheid heeft gehad of genomen om dat stuk van zijn persoonlijkheid te ontwikkelen dat uiting geeft aan hartelijkheid en spontaneïteit. Hij had het thuis ook niet voor-

geleefd gekregen. Hij had zich als jongen geïdentificeerd met zijn nauwgezette en plichtsbetrachtende vader, terwijl zijn moeder hem alleen maar zorgzaamheid, maar geen echte liefde wist te geven vanuit haar eigen gefrustreerde ontwikkeling in dit opzicht. Zo ook had Maria een sterke behoefte ontwikkeld aan rust en degelijkheid, aan beslissingskracht en van op iemand aan kunnen, vanuit het gemis daaraan bij haar vader. Terwijl haar moeder alleen maar de uiterlijke sier vertoonde van een spontaan iemand maar niet echt emotioneel betrokken was geweest op haar. Maria dicht dus deze eigenschappen – volgens het gezegde ‘de wens is de vader van de gedachte’ – toe aan Herman. De persoon waarop wij verliefd worden blijkt toevallig min of meer die eigenschappen te bezitten die wij hem of haar toedichten. Althans dat menen wij in onze verblindheid van de verliefdheid te zien. Vervolgens identificeren wij ons dan met die persoon die die gewenste eigenschappen heeft en zo spreekt men dan van projectieve identificatie. Men vereenzelvigd zich dus met het geprojecteerde. Ik word verliefd op de ander die juist de eigenschappen lijkt te bezitten die ik hem of haar graag toedicht. Geen wonder dat dit de hemel op aarde lijkt.

Vervolg van het voorbeeld

Helaas, helaas, helaas, het sprookje gaat verder en zoals in alle sprookjes komen nu de moeilijkheden naar voren. Want elke neurotische ontwikkeling eist zijn tol. De spoken van het verleden komen weer opzetten. Het blijkt dat datgene wat in mijzelf onderontwikkeld is gebleven in mijn jeugd, zich toch op de lange duur gaat wreken in die relatie die zo sterk lijkt op de relatie die ik vroeger met mijn ouders had: namelijk de huwelijksrelatie. Dat wil zeggen dat dag in dag uit samen leven met iemand slechts in twee fasen in het leven zolang en zo intensief op gelijksoortige wijze lijkt voor te komen. Ten eerste als kind ten opzichte van zijn ouders en ten tweede als partner ten opzichte van zijn huwelijkspartner. Geen wonder dat dezelfde sfeer dezelfde verschijnselen oproept. Herman heeft de emotionele warmte gemist bij zijn vader en zeker ook bij zijn moeder; hij heeft deze niet in zichzelf tot ontwikkeling gebracht; vervolgens veronderstelt dat Maria ze wel had, maar dan ontdekt dat zij hem niet datgene kan geven

wat hij zelf niet heeft. Voor Maria geldt andersom hetzelfde. Zij mist in haar vader de soliditeit en in haar moeder de echte betrokkenheid; heeft geen van beide in zichzelf tot ontwikkeling zien komen; heeft ze toegedacht aan Herman maar begint nu na een aantal jaren te zien dat ook hij dat niet heeft, althans niet haar datgene kan schenken waar zijzelf niet aan toegekomen is.

Vraag

Dat laatste lijkt een vraagstuk. Hoe is het mogelijk dat iemand niet datgene kan opvullen bij mij wat ik zelf gemist heb en omgekeerd? Het zou toch ideaal zijn dat je datgene wat je in je eigen jeugd gemist hebt alsnog opgevuld krijgt als volwassene door een ander. Dat zou toch moeten kunnen.

Vervolg van het voorbeeld

Maar ook hier zegt de sprookjesverteller helaas, helaas, helaas, zo eenvoudig is het niet. Het blijkt dat later nooit meer datgene opgevuld kan worden wat je op een bepaalde leeftijd gemist hebt. Immers je bent niet meer dat kind, je zit niet meer in die levensfase die voor die bepaalde ontwikkeling diende; en wanneer die eenmaal voorbij is, is het nooit meer hetzelfde. Het blijkt nog gecompliceerder. Het is niet alleen zo dat ik verlang naar datgene wat in mijzelf niet tot ontwikkeling is gekomen. Nee, ik sta er ook tweeslachtig, tegenover.

Dit wil zeggen, dat wanneer Herman verlangt naar hartelijkheid, hij er tevens wat negatief tegenover staat. Bijvoorbeeld hij vindt hartelijkheid vlug overdreven. Hij krijgt een wee gevoel in zijn maag wanneer iemand uitdrukkelijk zegt hoe lief zij hem vindt. Hij vindt dat niet alles zo met naam en toenaam gezegd hoeft te worden. Hij weet er ook niet goed raad mee als iemand hem aanhaalt of hem een beetje lief plaagt. Hij vindt dat maar een raar gedoe, overdreven en sentimenteel. 'Wat koop je tenslotte voor zo'n gedoe, wat heb je eraan als het er op aankomt; het is wel aardig maar snijdt geen hout,' en dit soort argumenten. Van de andere kant heeft Maria een broertje dood aan de mensen die zo oerdegelijk zijn. Ze zijn zo saai en je kunt er nooit eens mee lachen, ze zou zelf nooit zo willen zijn; ze heeft er al

vreselijk veel moeite mee om op tijd het eten klaar te hebben en te zorgen dat het huis schoon is, of gewoon haar afspraken te houden. Ze vindt het wel leuk een zekere regelmaat en rust, maar het moet niet overdreven zijn.

Vraag

Wat gebeurt nu vanuit deze tweeslachtige houding ten opzichte van dat deel wat niet in onszelf ontwikkeld is en wij vervolgens aan andere hebben toegedicht? Het betekent dat wij ook ten opzichte van die ander zo tweeslachtig staan. Het betekent dat wij hem of haar niet alleen aantrekkelijk vinden maar ook afwijken als dit gedrag niet precies datgene is wat we verwacht hadden. Wij gaan met andere woorden precies zo ten opzichte van de ander staan als ten opzichte van onszelf wat betreft dit onderontwikkelde gebied. Het komt erop neer dat wij de ander bevechten en vervolgens weer vragen om het voor ons te tonen. Het wordt het bekende neurotische over en weer van: 'naar je toe trekken, maar niet te dicht bij komen' en dan weer 'van je afduwen maar niet helemaal weg laten gaan'. Ik zou bijna zeggen de neurotische afstand van met elkaar omgaan is één meter. Dit wil zeggen: niet dichtbij maar ook niet ver af. In dit middengebied voltrekt zich dan de strijd tussen de partners om datgene te krijgen waar ze alsnog behoefte aan hebben en wat ze van de andere kant juist bevechten in de ander. Er ontstaan dan snel woordenwisselingen als volgt: Herman zegt wanneer hij thuis komt (onderweg zat hij te dromen dat Maria hem bij thuiskomst om de hals zou vliegen, maar hij treft haar radeloos druk bezig in de keuken aan om nog op tijd klaar te komen): 'Ik dacht dat we om 6 uur aan tafel zouden gaan, ik heb mij extra gehaast, waarom moet het altijd laat worden?' En Maria antwoordt (zij had intussen boven de kachel staan fantaseren dat hij thuis zou komen met een bloempje voor haar of haar in de keuken plotseeling van achter omhelsd zou hebben): 'Ach, jij ook altijd met je opmerkingen over op tijd zijn, ik ben geen machine! In plaats dat je naar mij toekomt en vraagt hoe het met me is en me eens een zoen geeft.' Hij begint zich dan te verweren, doet er nog een schepje bovenop dan zij weer, enz., tot de escalatie in een explosie eindigt of in dodelijk stilzwijgen wordt onderdrukt.

Aanmelding

Hoe gaat het verhaal van Herman en Maria nu verder? Als volgt: onlangs werd ik gebeld, ik neem de telefoon op en zeg:

N 'Hallo, met Nevejan.'

M 'Ja, met Maria Hendriks. Kan ik een afspraak maken?' 'Jazeker, mevrouw, maar ik wil eerst enige informatie van u krijgen om te kunnen beoordelen of u bij mij aan het juiste adres bent en of u beter alleen kunt komen of samen met de mensen op wie eventueel uw moeilijkheden betrekking hebben.'

M 'Ja, ik ben bij de huisarts geweest (dit zou ook kunnen zijn een sociaal werk(st)er of kennissen die reeds eerder bij mij in behandeling geweest zijn) en die zei dat ik maar eens naar u moest toe gaan. U bent toch voor huwelijksmoeilijkheden?'

N 'Ja, maar niet direct dat ik er voor ben om ze te hebben... (gelach). Alhoewel een mens door moeilijkheden ook soms verder kan komen. Maar als u bedoelt dat ik ervaring heb met het behandelen van mensen met huwelijksmoeilijkheden: ja, dat is zo. Maar in dat geval zou ik ook graag hebben dat uw man meekomt. Is hij ermee akkoord?'

M 'Ja, ik heb het met mijn man er over gehad. Eerst wilde hij niet, omdat hij dacht dat het vooral aan mij lag. Maar ik denk wel dat hij wil meekomen als ik hem dat vraag.'

N 'Ja, oké, dan kunnen we een afspraak maken. Maar eerst wil ik u nog vragen of u ook kinderen hebt.'

M 'Ja, twee kinderen. Een jongetje van 6 jaar en een meisje van 4 jaar.'

N 'Dan zou ik graag hebben dat u die in het eerste gesprek meebrengt. Want ik wil graag uw kinderen leren kennen en zien hoe het met hen is en hoe de verhouding is tussen u als ouders en de kinderen.'

M 'Maar is dat nodig? En kunnen we dan niet vroeg in de avond afspreken of anders op een zaterdag want anders moeten ze vrij van school nemen?'

N 'Ja, mevrouw, het is volgens mijn ervaring echt nodig. Ik wil u niet alleen als echtgenoten leren kennen maar ook als ouders. En ik wil zien wat het voor de kinderen betekent dat u deze moeilijkheden hebt. Dat wil niet zeggen dat ze er altijd bij hoeven te blijven. Als u en uw man met mij alleen willen

spreken, dan kunnen zij zolang in de wachtkamer wachten. En wat mij betreft, zullen zij inderdaad vrij van school moeten nemen want ik werk alleen maar gedurende de gewone werktijden, omdat ik ook zelf een gezin heb.'

M 'Ja, daar hebt u wel gelijk in.'

N 'Goed, laat ons dan afspreken om..., even kijken in mijn agenda, op donderdag 2 september 's morgens om 9 uur, akkoord?'

M 'Ja, ik zal het met mijn man overleggen; als het niet kan bel ik u nog terug.'

N 'Mag ik dan nog even uw naam en telefoonnummer zodat ik u kan bereiken, mocht er iets tussenkomen van mijn kant'

M 'Ja, mijn naam is Hendriks en ons telefoonnummer is 030/51 32 66.'

N 'Goed, tot dan.'

M 'Ja, tot ziens dan.'

Het 'waarom' van het 'hoe' van dit telefoongesprek

Ik heb dit telefoongesprek woordelijk weergegeven om u zo letterlijk mogelijk de praktische gang van zaken te laten meemaken. Ik wil hier nog enkele opmerkingen over maken. Ten eerste wanneer de verwijzer mij zelf belt en de cliënt wil verwijzen dan vraag ik altijd of de betrokkene zelf mij ook nog wil bellen. Dit om zelf de motivatie te kunnen horen van de betrokkene en bovendien een aantal zaken te kunnen navragen die u in het voorgaande gesprek gehoord hebt. Dit zijn: wat is de aard van de moeilijkheid? Hier in dit geval waren het vrij duidelijk huwelijksmoeilijkheden, maar het kan ook zijn dat iemand komt wegens individuele moeilijkheden of werkmoeilijkheden of moeilijkheden met hun kind of seksuele moeilijkheden of andere zaken. Wat echter ook de aanmeldingsklacht is, ik vraag altijd, zoals ik ook in dit gesprek gedaan heb, naar de relatie met anderen wat betreft de moeilijkheden. Men kan namelijk elke klacht en elk neurotisch gedrag formuleren in relatie tot. Dus bijvoorbeeld ik ben angstig tegenover..., ik ben geremd in bijzijn van..., ik ben verdrietig over..., ik heb moeilijkheden met..., ik kan mezelf niet zijn in nabijheid van..., enz., enz. Achter al deze voorvoegsels kan men deze of gene invullen, mijn vader, mijn moeder, mijn broer, mijn

zus, mijn werkgever, mijn vrouw, mijn kinderen, altijd staat gedrag en ook neurotisch gedrag in relatie tot iemand. Om dit gedrag zich voor mijn ogen te kunnen zien afspelen en als zodanig therapeutisch te kunnen aanpakken, is het nodig dat de partner meekomt. Dat is ook de reden waarom ik de kinderen meevraag. In het begin vond ik dat niet gemakkelijk maar nu ik het eenmaal gewend ben, blijkt dat niet alleen ik maar ook de mensen aan wie ik dat voorstel het vrij vanzelfsprekend vinden. Op het ogenblik ben ik aan het overwegen om ook de grootouders van de kinderen mee te vragen en het eerste gesprek met drie generaties tegelijkertijd te voeren. Dit omdat blijkt dat de moeilijkheden van de ouders, zoals hier van Herman en van Maria vaak samenhangen met de moeilijkheden tussen hun ouders. Ook in de literatuur is door bekende gezinstherapeuten (7, 8) geschreven dat de horizontale relaties (i.e. de huwelijksrelaties) sterk beïnvloed worden door de verticale relaties (i.e. de relaties tot de ouders uit het gezin van afkomst). Verder hebt u gehoord dat ik het van belang vind dat de partner zelf ook gemotiveerd is om mee te komen. Vandaar dat ik aan Maria vroeg of Herman uit eigen beweging ook mee wilde komen. Dit blijkt hier nog een twijfelachtige zaak maar in elk geval kan ik – nu ik haar man heb meegevraagd – bekijken hoe de motivatie in het eerste gesprek ligt. Tenslotte hebt u gehoord dat ik alleen op werkdagen werk omdat mijn vrouw er mij op attent maakte dat ik hypocriet bezig was als ik aan de cliënten vertelde dat ze meer tijd aan elkaar moesten geven en ik intussen zelf haar en de kinderen (en daarvoor ook mezelf) dreigde te verwaarlozen.

Eerste oriënterend gesprek

Goed. Dan volgt nu het eerste gesprek. Veronderstel dat het donderdagmorgen 9 uur is en dat Herman en Maria en hun kinderen Jeroen en Christien binnenkomen. Ik wacht tot iedereen zit en ga als laatste zelf zitten om te zien wie naast wie gaat zitten. Want onwillekeurig drukken de mensen in het al dan niet dicht bij elkaar zitten uit hoe zij zich ten opzichte van elkaar verhouden. Stel dat de kinderen tussen Herman en Maria in gaan zitten, dan kan het betekenen dat Herman en Maria zulke grote moeilijkheden hebben dat ze liever niet naast elkaar gaan zitten en de

kinderen tussen zich inhouden als een buffer. Dit hoeft het natuurlijk niet te betekenen, het kan ook zijn dat ze het zo goed met elkaar hebben dat het geen punt is of de kinderen tussen hen in zitten of niet, maar het kan dit wel betekenen en alle kleine aanwijzingen tellen mee. Gaan ze bijv. naast elkaar zitten dan kan dat aanduiden dat zij eerder als echtgenoten hier aanwezig willen zijn dan als ouders. Eenmaal gezeten is mijn eerste vraag: *'Wat is er aan de hand?'* Bij deze vraag richt ik mij niet speciaal tot één iemand maar doe dit al rondkijkend. Hieruit ontstaat vaak de wat komische situatie dat man en vrouw elkaar aankijken; hij zegt dan: *'Doe jij het woord?'* tegen zijn vrouw waarop zij dan zegt: *'Goed'* of *'Nee, doe jij het maar.'* Ook dit hoeft niet, maar kan weer iets betekenen wat betreft wie de regels bepaalt in het gezin. En het is bekend uit de communicatieleer dat het van groot belang is niet alleen wát de regels zijn maar ook wié de regels bepaalt.

Vaak blijkt dat de vrouw dan het eerste begint, zoals ook vaak het geval is dat de vrouw degene is die zich het eerste aanmeldt. Het is trouwens uit onderzoek bekend dat vrouwen over het algemeen zich meer en makkelijker aanmelden dan mannen. Sommige interpreteren dit als vrouwen klagen makkelijker, andere zeggen daarbij: vrouwen zijn expressiever opgevoed en mogen ook eerder klagen van zichzelf en hun omgeving terwijl mannen meer instrumenteel opgevoed zijn en verondersteld worden verder als ferme Hollandse jongens of Vlaamse Leeuwen flink te zijn en eerder te zwijgen dan te spreken.

Ook hier antwoordt Maria als eerste:

Maria: *'Het gaat niet meer zo goed tussen ons. We hebben veel ruzie en we zien elkaar bijna niet meer staan.'*

Ik: *'Ehm. Wat ik u wil vragen is alleen voor uzelf te spreken, dus in termen van ik en jij.'*

Maria: *'Nou ja, goed. Ik vind dat Herman de laatste tijd prikkelbaar is en dat hij mij niet eens opmerkt als hij thuiskomt of als hij in de kamer zit. Hij zit altijd achter zijn krant gedoken, of kijkt de hele avond t.v. en dan moet iedereen stil zijn.'*

Ik: *'En wat vindt u, mijnheer?'*

Herman: *'Nou, dat vind ik nogal overdreven gezegd door mijn vrouw. In plaats dat zij er eens gezellig bij komt zitten. Maar*

nee hoor, ze loopt de hele avond maar op te ruimen en te redderen.'

Hierop heeft Maria weer een weerwoord en dan Herman weer en zo ontstaat de escalatie.

Ik laat dit even z'n gang gaan om te zien hoe hun communicatiepatronen liggen en welke positie ze innemen, maar vrij snel stel ik daarop voor om rechtstreeks tegen elkaar te spreken en te zeggen tegen elkaar ten eerste datgene wat ze waarderen of nog liefhebben in de andere en op de tweede plaats ook te noemen de zaken die ze elkaar kwalijk nemen of die hun ergeren. Hiermede beoog ik een direkt gesprek tussen de partners onderling op gang te brengen (in plaats van via mij), waardoor de emoties uit hun beide sneller naar boven komen.

Ik vraag verder naar de aanleiding van het inroepen van hulp. Dit blijkt vaak te zijn de ontdekking van een relatie van een van beide met een ander; of een lichamelijke klacht zoals voortdurende hoofdpijn, moeheid of maagklachten; of een van de kinderen die angstaanvallen krijgt en 's avonds in bed voortdurend aandacht vraagt; of het feit dat een van beide met echtscheiding bedreigd heeft. Op een gegeven moment vraag ik in de loop van het gesprek naar de eigen motivatie door te zeggen: 'U kent het spreekwoord "als er twee vechten hebben er twee schuld," en nu is mijn vraag aan u: kunt u mij zeggen welke de 50% zijn welke u van uw kant bijdraagt aan de moeilijkheden tussen uw beiden?' Meestal volgt hierop een stilte van verbijstering. Men had tot nu toe slechts gedacht dat het aan de ander lag en niet aan zichzelf. Het antwoord hierop is van groot belang omdat men aan de hand daarvan kan vaststellen of elk van beide partners gemotiveerd is voor de behandeling. En dit is weer van belang om te weten omdat in de loop van de behandeling blijkt dat wanneer slechts één van beide gemotiveerd is (en de andere meekomt om de eerstgenoemde een plezier te doen), dit niet lang volhoudt en vrij snel de niet gemotiveerde de behandeling wil opbreken. Is het zo dat een van beide niet gemotiveerd is en alleen maar de ander als patiënt komt inleveren, dan zeg ik hen ronduit dat ik hen niet als paar in behandeling wil nemen omdat ik geen voldoende aanknopingspunten heb om bij ieder van hen een therapeutisch proces op gang te brengen. Want volgens mij ziet een

relatie eruit zoals een versierde daklijst zoals men die hij tempels kan zien en die gedragen wordt door twee zuilen. Deze twee zuilen zijn man en vrouw en wanneer een van beide niet meedoet of zich klein houdt zakt de relatie scheef. Het is van belang dat zij ieder voor zich proberen zelfstandig en uitgegroeid te staan. Dan pas kunnen ze samen evenwichtig een relatie dragen.

De volgende vraag is wat ieder van mij verwacht of nog beter gezegd, wat ieder van hen van plan is om met de behandeling te doen. Dit wil zeggen: waarvoor willen zij de behandeling voor zichzelf gebruiken; hoe willen ze deze nuttig maken voor zichzelf? Ik vraag dit om hen bewust te maken van niet alleen hun eigen motivatie, maar ook van de omstandigheid dat ik ervan uitga dat zij zelf werkzaam zijn in de therapie en ze niet hoeven verwachten dat ik alles aandraag en opvul. Ik zeg hen ook dat ik een eventuele therapie niet opvat als een middel om de relatie te lijmen of uit elkaar te doen drijven. Want gesteld dat ik dat zou kunnen doen (wat ik niet geloof), dan zou het nog niet ethisch verantwoord zijn om deze verantwoording over te nemen. Ik zeg hen dat ik dat niet wil maar dat mijn mening is dat de therapie dient om de misverstanden tussen hun beiden op te helderen en duidelijk te worden voor zichzelf. Verder, dat wanneer ze zover zijn dat ieder weet wat hij of zij voor zichzelf wil t.a.v. de relatie, dat het dan de verantwoordelijkheid van ieder van hen is om te beslissen of zij op een andere voet met elkaar willen doorgaan, of besluiten om te scheiden. Ik geef als voorbeeld dat ik hun niet wil trekken maar als een gids wil begeleiden naar het punt waar zij naar toe willen. Ik wil die weg wel wijzen maar ze zullen zelf moeten lopen.

Intussen kan ik aan het gedrag van de kinderen zien of zij een min of meer ongecompliceerde manier van doen hebben of dat zij erg angstig of geremd zijn. Soms ook maken jonge kinderen spontaan veelzeggende opmerkingen zoals bij Jeroen hier tegen vader: 'Ja, maar jij zegt ook nooit iets.' Bij oudere kinderen kunnen wij vragen hoe zij hun ouders als ouders vinden. Hierop komen vaak voor ieder onthullende antwoorden. Ik vraag man en vrouw ook naar de aard van hun seksuele relatie, omdat die vaak als een graadmeter fungeert van hun emotionele relatie. Maar dan omgekeerd als de gewone thermometer voor de arts bij een infectieziekte; hoe lager hier de (seksuele) temperatuur hoe zieker de emotionele relatie.

Wanneer de ouders aangeven dat zij het bezwaarlijk vinden om over hun intieme relatie te praten in bijzijn van hun kinderen, vraag ik of de kinderen even weggaan.

Indicatiestelling

Stel nu dat Herman en Maria goed gemotiveerd zijn voor een behandeling, het nodige probleembesef hebben en bereid zijn om ieder voor zichzelf te werken aan zichzelf. Dan zeg ik dat een behandeling voor elk van hen mogelijk is en dat wanneer de relatieproblemen op de voorgrond staan een behandeling samen effectiever blijkt te zijn dan van elk van hen apart. Verder zeg ik dat ik bij voorkeur groepstherapie doe, omdat ik uit eigen ervaring en op grond van onderzoek weet dat groepstherapie zeker zo effectief is bij relatieproblemen dan een behandeling met zijn tweeën alleen bij een therapeut. Ook zeg ik hen als zij toch verkiezen om in individuele behandeling te gaan (ieder voor zich, of samen bij een persoon) dat ik hen daarvoor dan kan verwijzen naar een ander. Bij mij kunnen ze óf als enkeling in een groep met 7 anderen aan een groepstherapie deelnemer (dus zonder partner), óf samen met hun partner in een groep komen samen met 3 of 4 andere echtparen.

Uitleg over eigen praktijk

Ik werk in mijn praktijk dus slechts met drie modellen: of gezins therapie, of groepstherapie van paren, of groepstherapie van enkelingen zonder partners. De grootte van de groep is gemiddeld 8 personen dus of 4 paren of 8 enkelingen. De duur van de zitting is 1.30 uur en heeft 1 maal per week plaats. Als de mensen nog niet van vrienden of kennissen, die reeds bij mij in behandeling geweest zijn, vernomen hebben dat ik gewoon ben om met groepen te werken, komt dit voorstel vaak als een verrassing.

Bezwaren van parengroepsbehandeling

‘In de groep zou ik nooit zo open over mijzelf kunnen praten, wat hebben andere mensen van node met mijn problemen, ik zal me de problemen van anderen te veel gaan aantrekken, en ook –

ofschoon dit zelden openlijk gezegd wordt – er zal niet zoveel tijd voor mij zijn als wanneer ik alleen kom.’ Ik zeg daarop dat ik me de huiver voor de deelname in een groep kan voorstellen, dat iedereen die heeft in het begin, maar dat de ervaring uitwijst dat reeds na een paar zittingen er een vertrouwelijkheid gaat groeien onder de groepsleden omdat men allemaal in dezelfde boot zit met dezelfde soort moeilijkheden en men zich doorgaans gesteund voelt door elkaar (9).

Mijn opvatting van mijn taak

Ik zeg hun dat ik het als mijn taak opvat om het groepsgesprek en groepsgebeuren zodanig te laten verlopen dat het zo vruchtbaar mogelijk is voor ieder van de deelnemers. Ik wijs hen erop dat ik de groepstherapie van elke deelnemer opvat als een individuele therapie in bijzijn van de partner (waardoor het meer geladen wordt) met behulp van de groep (waardoor het proces intensiever verloopt). Na de nodige informatie gegeven te hebben over de verschillende vormen van therapie en vragen daarover beantwoord te hebben, vraag ik aan de ouders en de (oudere) kinderen, voor wat voor vorm van therapie zij kiezen. Als laatste zeg ik welke vorm van behandeling mij, vanuit mijn standpunt gezien, hier het meest geïndiceerd lijkt.

Indicaties en contra-indicaties

We komen dan op het terrein van indicaties en contra-indicaties voor de verschillende vormen van psychotherapie. Aangezien aangetoond is door wetenschappelijk onderzoek (waar ik straks verder op in zal gaan) dat groepstherapie bij relatieproblemen effectiever is dan individuele therapie, vind ik het niet meer nodig om de speciale indicatie voor groepstherapie te vermelden. Eerder is het omgekeerd; de individuele psychotherapie zal nu moeten bewijzen dat ze effectiever is dan groepstherapie en dienen aan te geven of er speciale indicaties bestaan voor individuele therapie bij relatieproblemen. Ik kan daarom zeggen: bijna iedereen die volgens de oude normen geschikt was voor individuele psychotherapie is ook en bij relatiestoornissen nog meer geschikt voor groepstherapie. Ik kan mij daarom beperken tot de

contra-indicaties voor groepstherapie. Op de eerste plaats is daar natuurlijk het feit dat de patiënt soms zelf niet in groepstherapie wil maar alleen in individuele therapie. Verder gelden als absolute contra-indicaties voor groepstherapie, evenals overigens voor elke vorm van psychotherapie, de volgende verschijnselen. Ten eerste psychisch lijden op basis van een lichamelijke oorzaak. Ten tweede psychotische verwardheidstoestanden. Ten derde acuut zelfmoordgevaar. Ten vierde acute sociale problemen of andere acute crisis-situaties op grond van externe factoren. Als relatieve contra-indicaties voor groepstherapie, en ook voor elke vorm van psychotherapie, gelden: sterke ziekelijke achterdocht (paranoïdie) en psychopathisch gedrag, omdat deze destructief voor de gehele groep kunnen zijn. Verder extreem sadomasochisme omdat dit te veel geweld in een groep kan oproepen. Verder valt er in een groep niet te werken met schizofrenen die een oppervlakkige aanpassing bereikt hebben en extreem-narcistische mensen, omdat zij zich niet laten raken en na verloop van tijd de nodige irritatie oproepen door hun oninvoerbaar gedrag. Tenslotte kan men groepstherapie met adolescenten of lichamelijk gehandicapten of mensen die sterk stotteren beter doen in groepen die allemaal uit patiënten bestaan met soortgelijke klachten.

Differentiële indicatiestelling van gezinstherapie, parentherapie en groepstherapie

Afgezien van deze vrij uitzonderlijke extreme contra-indicaties komt het advies meestal neer op het onderscheid maken tussen gezinstherapie of parentherapie of therapie van een enkeling in groepsverband. Wat betreft de gezinstherapie wil ik alleen de kinderen en/of de grootouders betrekken in de behandeling wanneer zij een actieve rol spelen in de gezinspathologie. Ik bedoel dat wanneer de kinderen en/of de grootouders zelf symptomen vertonen en/of het neurotisch evenwicht tussen de ouders mede in stand houden. Wanneer zij dus geen actieve rol spelen in de relatiestoornis tussen vader en moeder is het niet nodig dat zij er bij zijn. Niet dat het gecontra-indiceerd is. Ik zou er geen bezwaar tegen hebben, wanneer de kinderen of de grootouders dit zelf zouden willen, dat zij bij een paren-groepstherapie aan-

wezig zouden zijn. Er zou dan een meerdere gezinentherapie ontstaan zoals die wel meer beoefend wordt. Echter vind ik het niet nodig om hen erbij te vragen en hen als het ware als helpers te gaan gebruiken, wanneer ze dat zelf niet willen. Een feit is immers dat, wanneer de stoornis vooral tussen de ouders zit, kinderen en/of grootouders van groot nut kunnen zijn om hen uit deze problemen te helpen, ook al spelen zij zelf er geen actieve rol in. Soms geven de kinderen zelf aan dat zij niet meer mee willen doen door iets te zeggen zoals: 'Vader en moeder zoeken het zelf maar uit, ik heb een eigen leven', of in de mond van de grootouders: 'Onze kinderen zijn groot genoeg om hun eigen huwelijksproblemen op te lossen.' Zodoende leidt een gezinstherapie nogal eens tot een huwelijks therapie. Er bestaat dus geen principiële indicatie voor een paren- groepstherapie maar eerder een indicatie van effectiviteit: alleen met die mensen verder doorwerken die het nauwste bij de problemen betrokken zijn. En meestal blijken dit de echtgenoten zelf te zijn omdat de huwelijksrelatie meestal de kardinale relatie is in het gezin. Voor het paar zelf zoals hier Herman en Maria, leg ik de voordelen van paren-groepstherapie boven parentherapie in zo eenvoudige bewoordingen uit. Ik zeg bijv. dat zij in een groep behalve van de therapeut ook nog commentaar kunnen verwachten van drie andere paren en dus zesmaal zoveel. En ook dat er van een grotere kwaliteit van informatie sprake is omdat de andere mensen in de groep hen soms beter kunnen aanvoelen dan de therapeut(e). Het paar zal zich meer gesteund voelen maar ook meer geconfronteerd worden door anderen dan wanneer zij alleen met een therapeut werken. Ik zeg hen ook dat het er in een groep levendiger aan toegaat dan in een individuele therapie. Voor mijzelf denk ik dan dat de veelvoud en de snelheid waarmee de informatie gegeven wordt in een groepstherapie bijdraagt aan de emotionele intensiteit van het gesprek. En dit laatste is mijns inziens nodig om mensen ertoe te bewegen uit hun evenwicht te geraken en te veranderen, want er is als het ware een bepaalde temperatuur in de smeltkroes van de groep nodig, wil de neurotische enkeling die geneigd is om zijn evenwicht te bewaren, onder zo hoge druk komen dat hij voor verandering vatbaar wordt. Tenslotte zeg ik hen ook dat ik als therapeut over meer mogelijkheden beschik in een groep dan in een individuele

therapie bijv. doordat ik in een groep gebruik kan maken van de aanwezigheid van andere deelnemers bij rollenspel of non-verbale oefeningen. Stel ik het paar een paren-groepstherapie voor dan is het antwoord hierop meestal ja.

Effect

Wat is nu het effect van parentherapie die ook wel huwelijks-therapie genoemd wordt? Het is niet eenvoudig om het effect van psychotherapie te meten en dus ook niet van huwelijks-therapie. Van een dergelijk onderzoek naar effect wordt verwacht dat de verbetering objectief wordt vastgesteld d.w.z. niet door de cliënt en de therapeut zelf maar door meerdere buitenstaanders. De volgende moeilijkheid is dat ook geëist wordt dat de verbetering afgezet kan worden tegen een groep die niet behandeld is (een zogenaamde controlegroep), om te kunnen concluderen dat de verbetering niet aan een of andere toevallige factor te wijten is, maar aan het enige verschil tussen de controlegroep en de behandelde groep: namelijk de behandeling. Tenslotte is de huwelijks-therapie, relatief genomen, een vrij jonge loot aan de stam van de psychotherapie, waardoor onderzoek pas eigenlijk sinds een jaar of tien op gang is gekomen. En het is pas eigenlijk in het jaar 1976 dat er een boek uitgekomen is dat verslag doet van verschillende onderzoeken die beantwoorden aan wetenschappelijke maatstaven (10). Hieruit blijkt dat huwelijks-therapie gemiddeld in 66% van de gevallen verbetering geeft en in 21% een verslechtering van de relatie. Onder verbetering wordt in deze onderzoeken verstaan toegenomen tevredenheid met het huwelijk, verandering in het communicatiepatroon, verminderde vijandigheid en conflicten, hogere frequentie van positieve uitingen tegenover de partner; plus bovendien een aantal positieve veranderingen in elke echtgenote of -genoot op zich zoals minder zenuwachtig, minder in verdediging, minder depressief en minder gepreoccupeerd met zichzelf. Anderzijds meer aanspreekbaar, open en bereid tot zelfonderzoek en toename van het gevoel van eigenwaarde.

Ook werd onderzocht welke vorm van huwelijks-therapie de beste resultaten gaf: of het individuele gesprek (een aparte therapeut voor elke partner apart) of de gelijk verlopende individu-

ele huwelijks-therapie waarbij beide partners worden behandeld in afzonderlijke individuele therapiezittingen door dezelfde therapeut. Of ten derde de gemeenschappelijke individuele of ook wel genoemd joint-huwelijks-therapie. Hierbij wordt een paar samen behandeld in een en hetzelfde interview met dezelfde therapeut. Of ten vierde de gelijkverlopende groepshuwelijks-therapie waarin beide echtgenoten worden behandeld in aparte groepen. Tenslotte gemeenschappelijke groepstherapie waarin een paar samen wordt behandeld in een groep met andere paren met de bedoeling om de huwelijksproblemen op te lossen. Er zijn nog andere combinaties van therapie denkbaar maar deze vijf zijn wel de voornaamste. Deze vormen van therapie dienen niet verward te worden met theoretische oriëntaties zoals Gestalt-psychologie, systeem-theorie enz. Evenmin met technieken zoals psychodrama, non-verbale expressie en dergelijke. De vorm geeft aan of we met de echtgenoten samen of apart werken en in individuele sessies of in groepsverband. Via deze vorm kunnen natuurlijk verschillende methoden en technieken worden toegepast. Welke vorm van therapie bleek nu het effectiefste? Deze bleek uit verschillende onderzoeken herhaaldelijk de joint- vorm te zijn, dus de gemeenschappelijke behandeling van beide echtgenoten tegelijk of één echtpaar met een therapeut of in een groep met meerdere echtparen samen. De gemeenschappelijke therapievormen (het gesprek van één paar met één therapeut of van vier paren met één therapeut), bleken elkaar niet veel te ontlopen in effect; gemiddeld 70% verbetering. Daarop volgt met gemiddeld 50% verbetering de gelijktijdige behandeling van de echtgenoten alleen of in groep bij één-en-dezelfde therapeut. Tenslotte komen als slechtste uit de bus: het individuele gesprek met gemiddeld 40% verbetering zoals het individuele gesprek van één echtgenoot met één therapeut of van één echtgenoot in een groep van enkelingen (zonder de partner). De consequentie van deze bevinding is groot, nl. dat het als een kunstfout kan aangemerkt worden wanneer men bij huwelijksproblemen de echtgenoten individueel apart behandelt en niet gemeenschappelijk. Uit onderzoek blijkt ook dat individuele therapie meer tot echtscheiding leidt dan gemeenschappelijke behandeling. Alleen wanneer het echtpaar al gescheiden woont blijkt individuele therapie betere resultaten te geven dan gemeenschappelijke inter-

views. Verder werd gevonden dat huwelijksproblemen niet zozeer te maken hebben met persoonlijke problemen of sociale moeilijke aanpassing, maar dat huwelijks- relatiestoornissen een gegeven op zich zijn die onafhankelijk voorkomen van de persoonlijke en sociale gegevens. Huwelijksstoornissen en huwelijks-therapie zijn dus categorieën op zichzelf die niet herleid kunnen worden tot andere variabelen. De huwelijksconsuler of -therapeut krijgt hiermede duidelijk een eigen identiteit en ook een eigen vorm van therapie in handen namelijk het gemeenschappelijke therapeutische gesprek met de beide echtgenoten. De relatiebehandeling van gezinnen en echtparen heeft ook een eigen theoretisch fundament gevonden in de systeemleer. De specifieke werkzaamheid van het gemeenschappelijke interview bestaat uit het analyseren van het systeem dat twee of meer mensen met elkaar vormen, d.w.z. van de wijze waarop ze elkaar beïnvloeden. Verder komt uit deze onderzoeken naar voren dat kortdurende therapieën van 10 á 20 zittingen meer effect geven dan langer durende open-behandelingen. Een volgend belangrijk gegeven is dat behandelingen die gericht zijn op een scherp omschreven aspect, zoals de communicatie of seksuele relatie, zeker zulke goede resultaten hebben dan behandelingen die zich op alles richten wat zich voordoet. Tenslotte blijken deze doelgerichte behandelingen net zo goed gedaan kunnen worden door niet professionele mensen die een speciale training gevolgd hebben voor het leiden van dit soort therapieën, dan door professionals. Dit alles zijn belangrijke gegevens die vergaande consequenties kunnen hebben voor de aanpak van de veel voorkomende huwelijksproblemen zoals die geschiedt op bureau's van levens- en gezinsmoeilijkheden, sociaal psychiatrische diensten, huisartsen, specialisten en in klinieken. Blijft nog de vraag: – nu eenmaal bewezen is dat gemeenschappelijke therapie beter is dan individuele – of het beter is om het gemeenschappelijke gesprek met één echtpaar te voeren of met meerdere tegelijkertijd in groepsverband. Zij blijken immers beide even effectief te zijn. Mijn mening is dat men beter kan beginnen met eerst het gemeenschappelijke gesprek met één echtpaar goed te voeren voordat men zich kan veroorloven om met meerdere echtparen tegelijkertijd te spreken. Want het laatste is natuurlijk moeilijker omdat men met een veelvoud van dezelfde problematiek zit.

Wanneer men echter na de nodige ervaring opgedaan te hebben met één echtpaar, meent dit ook met meerdere paren tegelijkertijd te kunnen doen, dan is dit natuurlijk wel effectiever wat betreft het aantal mensen dat tegelijkertijd geholpen kan worden. Hij kan nu in een zitting drie- of viermaal zoveel echtparen helpen dan in de tijd waarin hij anders een gesprek met één echtpaar heeft. Daardoor wordt het ook economisch voordeliger voor beide partijen. Daarnaast heeft paren-groepsbehandeling ook de voordelen die ik u reeds genoemd heb van het kunnen toepassen van bepaalde methoden en technieken die meer dan twee mensen vereisen.

Na-onderzoek

Wat zeggen de cliënten nu zelf na afloop van een behandeling? Ik heb een na-onderzoek gedaan onder de paren die ik behandeld heb door hen een vragenlijstje te sturen een jaar na de behandeling, met drie vragen. Ten eerste: – hoe is jullie relatie volgens jou sinds de behandeling? Ten tweede: – hoe ben je er zelf als persoon sinds de behandeling aan toe? Ten derde: – hoe is de sfeer in jullie gezin sinds de behandeling? Ik geef u hier nu een paar antwoorden weer. Eerst dat van een huisarts en zijn vrouw. Hij schrijft: 'Ten aanzien van de relatie was het vroeger zo dat bij relatieproblemen ik probeerde mijn vrouw te veranderen en nu doe ik dat bij mezelf. Vroeger gaven wij elkaar geen ruimte en nu wel. Wat mijzelf betreft, enorm veel verandering! Vroeger gespannen als een veer, ook tengevolge van mijzelf opgelegde eisen en idealen. Nu ben ik meer ontspannen, dat is vooral te merken bij opvang van bijvoorbeeld patiënten. Het gaat veel losser, het krampachtige en de angst voor risico's is er van af. Verder merk ik het lichamelijk: beter slapen, minder dwangmatig eten enz. Ook nu, een jaar na staking van de behandeling, werken die dingen nog door! In het gezin: weinig, daar waren tevoren ook weinig problemen, de kinderen hebben er alleen last van gehad denk ik omdat wij gespannen waren.'

Zijn vrouw antwoordt onafhankelijk van hem op een apart formulier: 'Wat betreft onze relatie: wij kunnen nu beter met elkaar praten zodat we meer tegen elkaar durven zeggen en ook omdat ik mijn man niet meer zoals vroeger zover in vele opzich-

ten boven mij zie staan. De huispraktijk en de activiteiten van ieder van ons geven geen spanningen meer tussen ons. Wat betreft mijzelf: ik voel me nooit meer een nul en ik ben er nu van overtuigd dat ik niet zo dom ben. Ik voel me nu waardevol en durf nu allerlei plannen te maken voor de toekomst.'

Ook wil ik u de antwoorden laten horen van een paar dat na de behandeling uit elkaar gegaan is. Zij schrijft: 'De verandering in de relatie is in de eerste plaats gekomen door de echtscheiding, de beslissing daartoe kwam van mij. Daarna heb ik pas het gevoel gekregen minder zwaar en geladen tegenover mijn man te staan. Het is gek maar ik ervaar hem nu meer als mens; objectiever dus. We leven nu inmiddels bijna 6 maanden gescheiden. Hoe angstig het af en toe was en nog wel eens is om alleen te zijn moet ik zeggen dat het me goed doet. Ik voel me steeds steviger op mijzelf staan. Juist de angst voor het op mijzelf moeten staan heeft me ertoe gebracht dit eerst wel te doen omdat het beslist nodig was. Hierdoor merk ik hoe gemakkelijk ik in het verleden alles wat ik deed en wilde van mijn man liet afhangen. Daarbij vooral hem dikwijls als schuldige aanwees voor mijn eigen fouten. Het komt erop neer dat ik mijzelf meer leer waarderen en daardoor de ander en in het bijzonder mijn man en niet te vergeten de kinderen.' En hij schrijft: 'Na de scheiding is er behalve verdriet ook een groot gevoel van opluchting en ruimte. Ik heb ook het gevoel dat ik kritischer dan voorheen naar mijn vrouw kijk als ik haar ontmoet. Of is het alleen objectiever? Er is ook meer nuancering in mijn gevoel jegens haar. Lief is niet meer zo lief meer en boos niet meer zo boos. Ik vind mijzelf in het algemeen harder, d.w.z. steviger geworden. Ik vind mijn vrouw nog steeds een eindeloos mens, maar durf me wel aan haar te ergeren en aan haar als rotwijf te denken als ik dat voel. Ik voel me dan niet meer schuldig.' Verder schrijft hij: 'Ik heb geen angst voor relaties, alhoewel ik wel geleerd heb dat er behalve investeren nog veel meer komt kijken om een monsterverbond (dat is een relatie tussen individuen toch eigenlijk) te doen slagen. Ik denk dat ik daar mijn leven niet op uitgeleerd raak. Mijn scheiding ervaar ik absoluut niet alleen maar negatief en in ieder geval ben ik er dankbaar voor door de therapie begeleid en voorbereid te zijn zodat datgene wat er in mijn relatie goed was, goed kon blijven.' Deze protocollen spreken voor zich. U hoort hoe in de

behandeling een dubbele emancipatie zich voltrekt; deze van de man in gevoelsmatig opzicht; hij durft meer zijn gevoel te tonen; en van de vrouw wat betreft haar zelfstandigheid: zij durft meer voor zichzelf op te komen en zichzelf even veel waard te vinden als haar man. Ook hoort u hoe een scheiding toch nog gepaard kan gaan met een verbetering van elk van de beide partners.

Besluit

Als besluit wil ik u nog, het verschil laten zien wat bij een onderzoek gevonden is tussen echtparen die behandeld waren en echtparen die geen behandeling nodig hadden. Hierbij werd gevonden, dat niet behandelde paren meer positieve daden tegenover elkaar stellen dan behandelde. Ten tweede, dat niet behandelde echtparen een gelijkwaardiger machtsverdeling hebben dan behandelde paren. Ten derde, dat de vrouwen van de niet behandelde groep minder dominant zijn dan de vrouwen van de behandelde groep. U kunt nu allemaal uitmaken of u bij de groep hoort die behandeld dient te worden of niet. Verder is het natuurlijk van belang om te weten hoe de relatie ligt bij min of meer gezonde mensen omdat dat hetgene is waar wij in de behandeling toch naar toe willen.

Ik wil besluiten met enkele conclusies die de situatie anno 1977 weergeven van de parentherapie: Ten eerste: parentherapie heeft bewezen te bestaan. Ik bedoel dat parenbehandeling beslist iets anders is dan individuele behandeling. Ten tweede: parentherapie heeft aangetoond dat het effectief werkt, d.w.z. echtparen in behandeling gaan meer vooruit dan degenen die op de wachtlijst staan. Ten derde: er is gebleken dat parentherapie in bepaalde gevallen meer geïndiceerd is dan andere behandelingswijzen. Ik bedoel dat individuele behandeling bij relatieproblematiek schadelijk kan werken. Het is verheugend dat voor een veel voorkomend euvel in onze welvaartsstaat, nl. relatieproblematiek een specifiek middel gevonden is. Er valt op dit nieuwe gebied van relatiebehandeling nog veel te ontdekken en te onderzoeken, maar we zijn op de goede weg.

Literatuur:

1. Kerchhoff, A.C. en Davis, K.E., *American Sociological Review*, 1962, p. 295-303.
2. Winch, R.F., *Mate Selection*, New York, 1958.
3. Klein, M., Heiman, P. en Moneykyrle, R., *New directions in psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1954.
4. Tas, C., *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 5, 1976, p. 215.
5. Stewart, R., Peters, G., Marsch, *Fam. Process*, 14, 1975, p. 161.
6. Nevejan, M., *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 120, 51 en 52, p. 2268 en 2314.
7. Bowen, M. zie Olson, D.
8. Böszörményi-Nagy, I. en Spark, G., *Invisible Loyalties*, Harper and Row, New York, 1973.
9. Nevejan, N., *Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974.
10. Olson, D., *Treating Relationships*, Graphic Press, Lake Mills, Iowa, U.S.A., 1976.

PERSOONLIJKHEIDSASPECTEN EN HUWELIJKSWELSLAGEN BIJ ECHTPAREN IN PSYCHOTHERAPIE *(samen met F. Zwart)*

In: Tijdschrift voor psychiatrie, 26 (5)

1984



Inleiding

Praktijk – In de psychotherapeutische praktijk is het opvallend dat bij paren die hulp inroepen wegens huwelijksmoeilijkheden, er steeds weer sprake lijkt van kenmerkende ‘karaktercombinaties’. Bijvoorbeeld van een introverte, gesloten, rustige man met een emotioneel-expressieve, aandacht vragende vrouw.

De vraag rijst of bij hulp inroepende paren andere kenmerkende combinaties voorkomen dan bij paren die geen hulp inroepen.

Literatuur – Er is veel onderzoek verricht naar de samenhang tussen gelijk-zijn (homogamie) versus verschillend-zijn (heterogamie) van persoonlijkheidskenmerken bij partners en hun huwelijkswelslagen. De resultaten zijn echter niet eenduidig. Zo zeggen Fisher & Fisher (1967): ‘The nature of the similarities that exist between spouses is still an unsettled issue. Some have underscored the point of spouses being alike (Burgess & Wallin, 1953, Terman, 1938), whereas others, such as Winch (1958) and Katz et al. (1963) have tried to picture the spouse interrelationship in terms of complementarity. The notion underlying the concept of complementarity is that spouses possess trait and need patterns that supplement and contrast with each other as part of an equilibration process. Considerable controversy may be found in the literature concerning similarity versus complementary models.’ En Murstein (1961): ‘The heterogeneity-homogamy dichotomy seems a gross simplification of the actual marital situation... The assumption seems far more plausible, thus that for adequate marital adjustment some needs require complementary needs in the marital partner, while others necessitate homogamous need patterns’.

M.a.w.: ‘depending upon the variables one chooses to measure, spouses will appear to be similar, different, or both’. (Fisher & Fisher, 1967).

In het artikel van Van der Ploeg, Van Dijck & Groenewold (1979) wordt geconcludeerd: ‘Een duidelijk patroon van speci-

fieke persoonlijkheidskenmerken dat bij de ene of andere huwelijks categorie behoort, ontbreekt echter.’

Probleemstelling – In dit onderzoek wordt nagegaan of en zo ja in welke opzichten similariteit (homogamie) of complementariteit (heterogamie) anders voorkomt bij paren met een geslaagde huwelijksrelatie dan bij paren bij welke dit niet het geval is.

Het begrip ‘geslaagde relatie’ en met name de beleving van de relatie is tot nu toe niet duidelijk en definitief omschreven. In dit onderzoek wordt huwelijksmislukking geoperationaliseerd naar het concrete gegeven dat paren professionele hulp inroepen, terwijl van huwelijkswelslagen wordt gesproken als het gaat om paren die deze hulp niet inroepen.

De kenmerken waarvoor de homogamie/heterogamie wordt nagegaan betreffen deels persoonlijkheidskenmerken in de zin van ‘eigenschappen’, bijvoorbeeld bedachtzaam, of doortastend. Daarnaast worden aantal en ernst van klachten in het onderzoek betrokken, alsmede het gedrag dat zich voordoet in een concrete situatie, nl. bij onenigheid. Hierin lijkt een maat te liggen voor de mate van expressiviteit die de omgang met elkaar kenmerkt.

Onder homogamie, of similariteit wordt hier verstaan het gelijk zijn van patronen van eigenschappen, klachten en gedragingen bij beide partners; bij heterogamie, of complementariteit is er sprake van verschillend zijn van deze patronen.

De similariteit of complementariteit binnen een relatie wordt afgeleid uit een vergelijking van uitspraken over beide partners. Als de ene partner als doortastend, en de ander als bedachtzaam wordt beschreven, is er sprake van complementariteit; worden beiden doortastend genoemd, dan spreken we van similariteit.

Er zijn meerdere mogelijkheden om een dergelijke vergelijking te maken:

1. Men kan uitspraken van beide partners over zichzelf vergelijken. Deze vergelijking betreft twee zelfwaarnemingen. Hiervoor wordt de term ‘objectieve vergelijking’ gebruikt.
2. Een andere vergelijkingsmogelijkheid is die tussen uitspraken over zichzelf en uitspraken over de ander. Hier wordt vergeleken hoe men zichzelf ziet in vergelijking tot hoe men de partner waarneemt. Deze vergelijking wordt verder ‘toedichtingsvergelijking’ genoemd, als aanduiding van een mogelijk optredend mechanisme.

3. Een derde mogelijkheid is de vergelijking tussen het beeld dat iemand van zichzelf heeft met het beeld dat de partner van hem of haar heeft gevormd. Hiervoor wordt de term ‘aanpassingsvergelijking’ gebruikt, eveneens een mogelijk werkzaam mechanisme beschrijvend.

Hoewel er meer vergelijkingsmogelijkheden bestaan, bijvoorbeeld tussen het van zichzelf gevormde beeld en het beeld dat men denkt dat de partner daarover heeft, beperkt dit onderzoek zich tot de 3 bovengenoemde vergelijkingen:

1. twee zelfwaarnemingen;
2. zelfwaarneming met hoe men de ander waarneemt;
3. zelf waarneming met hoe men door de ander wordt waargenomen.

Methode

Subjecten – Er werden twee groepen van paren vergeleken. De ene groep bestond uit 73 paren die hulp inriepen van een psychiater/psychotherapeut wegens huwelijksmoeilijkheden. Deze groep wordt verder aangeduid als ‘patiëntengroep’. De andere groep (verder ‘niet-patiënten’ genoemd) werd gevormd door 64 paren die zich aanmeldden voor dit onderzoek naar aanleiding van een daartoe geplaatste advertentie. Beide groepen waren afkomstig uit de midden en hogere socio-economische klasse, de leeftijden varieerden tussen 25 en 55 jaar. De huwelijksduur lag tussen 3 en 20 jaar.

Metingen – Door alle personen uit beide groepen werden 3 vragenlijsten ingevuld. Voor de patiëntengroep werd de afname gedaan tijdens het aanmeldingsgesprek; de paren uit de niet-patiëntengroep kregen de vragenlijsten toegezonden na hun aanmelding voor het onderzoek. De gebruikte lijsten werden ontleend aan een landelijk onderzoek naar huwelijkswelslagen in Nederland (Kooy, 1969)*. Het zijn:

1. een *eigenschappenlijst*, bestaande uit 15 paren van eigenschappen (bijv. bedachtzaam – doortastend). Voor elk paar

* De drie vragenlijsten zijn bijgevoegd na de literatuurlijst van dit artikel.

- moet worden aangegeven welk van beide termen het meest van toepassing wordt geacht;
2. een *klachtenlijst*, bestaande uit 14 items (bijv. neerslachtigheid). Voor elk van de klachten moet de mate van voorkomen worden aangegeven;
 3. een *reactielijst*, bestaande uit 15 items, die reacties beschrijven op onenigheid binnen een relatie (bijv. weglopen). Ook hier moet de mate van voorkomen voor elk item worden aangegeven.

Elk van deze lijsten werd door ieder tweemaal ingevuld, met voor beide invullingen verschillende instructies. De eerste invulling vroeg om beantwoording van de lijsten met betrekking tot zichzelf; de tweede invulling vroeg om beantwoording van de lijsten met betrekking tot de partner. Instructie 1 voor de eigenschappenlijst bijv. luidde: 'Wilt u aangeven in welke mate u vindt dat de eigenschap bij u past'; instructie 2: 'Wilt u aangeven in welke mate u vindt dat de eigenschap bij uw partner past'.

De vragenlijsten geven een beeld van hoe men zichzelf waarneemt, en hoe de ander wordt waargenomen. De mate van overeenstemming tussen twee waarnemingen binnen een relatie komt tot uiting in verschillen in beantwoording door beide partners op de lijsten. Vergelijking van deze twee beantwoordingen levert een maat voor de discrepantie tussen beide waarnemingen, m.a.w. een in de relatie waargenomen discrepantie.

Deze discrepantie wordt berekend door voor beide waarnemingen per lijst de absolute verschillen in schaalwaarden te sommeren tot een totaalscore.

Resultaten

Parendiscrepantiescores – De drie genoemde vergelijkingen die als basis voor een discrepantieberekening hebben gediend, worden in tabel 1 samenvattend aangegeven. Vermeld wordt welke waarnemingen met elkaar worden vergeleken en de benaming die aan de vergelijking is gegeven.

1. De 'objectieve vergelijking' – De berekening van de discrepantie voor de drie lijsten bij vergelijking van twee zelfwaarnemin-

gen levert de in tabel 2 vermelde gemiddelde discrepantiescores en standaarddeviaties bij beide groepen.

Tabel 1: De verschillende waarnemingsvergelijkingen

Type	Waarnemer	Waargenomene	Benaming
1	man →	man	'objectieve vergelijking'; vergelijking van twee zelfwaarnemingen
	vrouw →	vrouw	
2	man →	man	'toedichtingsvergelijking'; vergelijking tussen zelf- waarneming en hoe men de ander waarneemt
	man →	vrouw	
	vrouw →	vrouw	
	vrouw →	man	
3	man →	vrouw	'aanpassingsvergelijking'; vergelijking tussen zelf- waarneming en hoe men door de ander waargenomen wordt
	vrouw →	vrouw	
	vrouw →	man	

Tabel 2: Discrepantiescores voor patiënten en niet-patiënten: gemiddelden, standaarddeviaties, en de significantie van het verschil tussen de gemiddelden

Waarnemingslijst	Patiënten n=73		Niet-patiënten n=64		t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		
Eigenschappenlijst	17.2	8.1	13.9	6.4	2.61	<.05
Klachtenlijst	20.4	7.7	15.7	7.8	3.47	<.01
Reactielijst	18.8	6.0	14.6	5.5	4.21	<.01

Voor elk van de lijsten wordt een significant hogere discrepantiescore gevonden bij de patiëntengroep, vergeleken met de niet-patiëntengroep.

2. De 'toedichtingsvergelijking' – De discrepanties die hier zijn berekend hebben betrekking op de vergelijking van een zelfwaarneming met de waarneming die men van zijn partner heeft. Per lijst zijn twee discrepanties bepaald: een vergelijking van hoe de man zichzelf waarneemt met hoe hij zijn vrouw ziet, en een vergelijking van hoe de vrouw zichzelf waarneemt en hoe zij haar man ziet.

In tabel 3 worden de resultaten van deze vergelijkingen gegeven.

Tabel 3: Discrepantiescores voor patiënten en niet-patiënten: gemiddelden, standaarddeviaties, en de significantie van het verschil tussen de gemiddelden

Waarnemingslijst	Patiënten n=73		Niet-patiënten n=64		t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		
Eigenschappenlijst	17.3	8.6	14.1	8.6	2.15	<.05
	18.8	10.0	15.1	7.6	2.41	<.05
Klachtenlijst	21.0	8.9	13.4	7.6	5.32	<.01
	20.2	8.1	15.1	8.9	3.46	<.01
Reactielijst	16.2	7.0	12.2	6.4	3.50	<.01
	18.0	7.2	12.6	6.5	4.53	<.01

Bij de patiëntengroep worden hier eveneens voor elke lijst hogere discrepantiescores gevonden dan bij de niet-patiëntengroep.

3. Samenvatting – In alle onderzochte opzichten blijken patiënten- paren een hogere discrepantiescore te vertonen dan niet-patiëntenparen. Dit geldt voor elke lijst, en in elke vergeleken waarnemingssituatie.

Hierdoor wordt steun gegeven aan de hypothese dat in een relatie binnen paren die professionele hulp inroepen, in bepaalde opzichten meer complementariteit wordt aangetroffen dan in een relatie van paren die deze hulp niet behoeven.

Opvallend is dat bij de aanpassingsvergelijking veelal een lagere discrepantiescore wordt gevonden dan bij de toedichtingsvergelijking. Dit geldt het sterkst voor de eigenschappenlijst, voor zowel patiënten als voor niet-patiënten; voor de beide andere lijsten treedt dit verschil voornamelijk bij de patiëntenparen op. Het betekent dat bij de vergelijking van hoe men zichzelf ziet met hoe men door de partner wordt waargenomen er sprake is van een grotere similariteit; terwijl bij de vergelijking van hoe men zichzelf ziet met hoe men zijn partner waarneemt een grotere complementariteit optreedt.

Gezien de hoogte van de discrepantiescores bij de objectieve vergelijking lijkt een verklaring te kunnen liggen in de aanname dat men zich bij het beoordelen van zijn partner inderdaad 'aanpast' aan het beeld dat die partner van zichzelf heeft, en dat wat eigenschappen betreft dit een algemene tendens is, terwijl bij de waarneming van klachten en expressief gedrag het voor patiënten in sterkere mate het geval is dan voor niet-patiënten.

De waarneming van zichzelf, en van de ander – De paren-discrepantiescores geven de hoeveelheid discrepantie aan die binnen een paar in de waarneming bestaat. Het zijn absolute verschillen: met de richting van deze verschillen is geen rekening gehouden.

Teneinde een beeld te krijgen van de eventuele vertekening die bij de waarneming binnen paren kan optreden, is in het volgende de waarneming van zichzelf vergeleken met hoe men de ander waarneemt, en is nagegaan of er verbanden aantoonbaar zijn met het al dan niet tot de patiëntengroep behoren, en sexe. Daartoe werden voor de klachten- en reactielijst gewogen scores berekend, die de mate van klagen, resp. de hoeveelheid en frequentie van voorkomen van reactiewijzen aangeven. Een hoge score betekent dat meer en frequenter klachten of reactiewijzen worden gerapporteerd, een lage score dat er weinig of zelden klachten of reactiewijzen worden waargenomen. De eigenschappenlijst werd niet bij deze vergelijking betrokken, omdat door de andere instructie bij de invulling een dergelijke scoreberekening niet mogelijk is.

Tabel 4: Gemiddelde klachtenscores en standaarddeviaties voor vier groepen, bij zelfwaarneming en bij waarneming van de ander

		Patiënten n=73		Niet-patiënten n=64	
		gem.	s.d.	gem.	s.d.
Zelfwaarneming	mannen	9.3	5.7	7.5	5.4
	vrouwen	13.5	5.8	8.4	5.0
Waarneming van de ander	mannen	13.8	6.3	7.1	5.0
	vrouwen	10.4	5.7	7.4	5.9

1. De klachtenlijst – De gemiddelde scores op de klachtenlijst, voor de zelfwaarneming en voor de waarneming van de ander, zijn voor de vier te onderscheiden groepen weergegeven in tabel 4. Variantieanalyse van de *zelfwaarnemings*score geeft een significant interactieeffect ($F = 5,86$; $df = 1/270$; $p < .05$). Enkelvoudige analyse van de hoofdeffecten laat zien dat in de patiëntengroep de vrouwen een hogere score hebben dan de mannen ($t = 4,38$; $p < .01$), terwijl in de niet-patiëntengroep geen verschil bestaat tussen vrouwen en mannen.

De vrouwen uit de patiëntengroep hebben ook een hogere score dan de vrouwen uit de niet-patiëntengroep ($t = 5,43$; $p < .01$); voor de mannen bestaat dit verschil niet.

Voor de *waarneming van de ander* ontstaat hetzelfde beeld: een significante interactie ($F = 6,86$; $df = 1/270$; $p < .01$). Hier hebben de mannen in de patiëntengroep een hogere score dan de vrouwen in deze groep ($t = 3,38$; $p < .01$), en bestaat tussen mannen en vrouwen in de niet-patiëntengroep geen verschil.

De vrouwen in de patiëntengroep hebben ook hier een hogere score dan de vrouwen in de niet-patiëntengroep ($t = 3,08$; $p < .01$). Ook voor de mannen geldt dit: de mannen in de patiëntengroep hebben een hogere score dan de mannen in de niet-patiëntengroep ($t = 6,83$; $p < .01$).

2. De reactielijst – In tabel 5 worden de gemiddelde scores op de reactielijst gegeven voor de vier groepen, bij zelfwaarneming en bij de waarneming van de ander.

Voor de *zelfwaarnemings*scores bleek geen interactieeffect. Er werd een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen ($F = 11,34$, $df = 1/270$; $p < .01$), en eveneens tussen patiënten en niet-patiënten ($F = 25,38$, $df = 1/270$, $p < .01$). Vrouwen hebben een hogere score dan mannen; patiënten hebben een hogere score dan niet-patiënten.

Voor de *waarneming van de ander* werd eveneens geen interactieeffect aangetroffen. Hier bestaat tussen mannen en vrouwen geen verschil, wel tussen patiënten en niet-patiënten ($F = 16,83$, $df = 1/270$, $p < .01$). Patiënten hebben een hogere score dan niet-patiënten.

Tabel 5: Gemiddelde reactiescores en standaarddeviaties voor vier groepen, bij zelfwaarneming en bij waarneming van de ander

		Patiënten n=73		Niet-patiënten n=64	
		gem.	s.d.	gem.	s.d.
Zelfwaarneming	mannen	12.5	3.3	10.8	3.2
	vrouwen	14.0	3.3	11.9	3.2
Waarneming van de ander	mannen	12.8	3.8	10.5	2.5
	vrouwen	11.8	3.3	10.9	2.8

3. Samenvatting – Bij de *klachtenlijst* blijken de scores in de niet-patiëntenparen voor mannen en vrouwen op hetzelfde niveau te liggen, zowel bij de zelfwaarneming als bij de waarneming van de ander.

Bij de patiëntenparen hebben de vrouwen bij zelfwaarneming een hogere score dan de mannen. In overeenstemming daarmee is de scoreverhouding bij de waarneming van de ander in deze groep; hier vertonen de mannen een hogere score dan de vrouwen.

Vergelijking van patiënten- en niet-patiëntenparen laat zien dat voor vrouwen in de patiëntengroep bij zelfwaarneming een hogere score wordt aangetroffen dan voor vrouwen in de niet-patiëntengroep. Ook hier is er overeenstemming met de scoreverhouding bij de waarneming van de ander: hierbij vertonen de mannen in de patiëntengroep een hogere score dan de mannen in de niet-patiëntengroep.

De mannen in de patiëntengroep verschillen in hun zelfwaarneming niet van de mannen in de niet-patiëntengroep. De scoreverhouding bij de waarneming van de ander is hiermee echter niet in overeenstemming: vrouwen in de patiëntengroep blijken ook een hogere score te vertonen dan de vrouwen in de niet-patiëntengroep wanneer zij hun man waarnemen.

Voor de *reactielijst* geldt dat bij de zelfwaarneming vrouwen een hogere score hebben dan mannen. Bij de waarneming van de ander bestaat dit verschil niet.

Bij vergelijking van patiënten- en niet-patiëntenparen blijkt in de patiëntengroep een hogere score te worden aangetroffen dan in de niet-patiëntengroep. Dit verschil treedt bij mannen en

bij vrouwen op, en bij de zelfwaarneming als ook bij de waarneming van de ander.

Concluderend kan gesteld worden:

- in de patiëntengroep geven de vrouwen meer klachten aan dan de mannen; dit komt niet alleen tot uiting in hun eigen waarneming: ook de mannen geven dit over hun vrouw te kennen;
- in de niet-patiëntengroep verschillen mannen en vrouwen niet in dit opzicht;
- in de patiëntengroep kennen de vrouwen aan hun mannen meer klachten toe dan zij over zichzelf aangeven; voor de mannen in de patiëntengroep wordt dit 'vertekende' beeld van de partner niet aangetroffen;
- op de reactielijst hebben patiënten een hogere score dan niet-patiënten, zowel bij de zelfwaarneming als bij de waarneming van de ander;
- op de reactielijst hebben vrouwen alleen bij de zelfwaarneming een hogere score dan de mannen; bij de waarneming van de ander verschillen mannen en vrouwen niet van elkaar.

Klinische betekenis

De bevinding dat patiëntenpartners meer van elkaar verschillen dan niet-patiëntenpartners, wordt klinisch bevestigd door de indruk dat patiënten minder volwassen reageren dan niet-patiënten en eerder meer kinderlijke en ouderlijke houdingen aannemen (zie het model van de transaktionele analyse (Berne, 1967)).

Theoretisch valt volgens het object-relatieve model (Willi, 1983) te begrijpen dat patiëntenparen daardoor een sterkere col-lusie (d.w.z. symbiotische gebondenheid) vertonen dan niet-patiënten, en dat zij daardoor in de problemen komen, die hen hulp doen inroepen.

Dat het aanpassingsverschijnsel blijkens dit onderzoek sterker optreedt bij patiëntenparen dan bij niet-patiëntenparen is vanuit deze zelfde nog sterke afhankelijkheid van de ander verklaarbaar.

De bevinding dat vrouwen uit de patiëntengroep meer klagen stemt overeen met de klinische ervaring dat bij het eerste kennismakingsgesprek vaak blijkt dat de vrouw degene is, die haar man naar de therapie meeneemt; en tevens dat zij veelal

degene is die de meeste klachten uit. De mannen beperken zich in hun klachten over hun vrouw meestal tot 'onze relatie zou beter zijn, als zij hem goed vond'.

De onderzoeksbevindingen pleiten voor een therapiebeleid dat een man helpt zich emotioneel beter uit te drukken en de vrouw helpt zelfstandiger te worden. Een beleid dat verder beïden leert zich minder onwillekeurig te veel aan elkaar aan te passen of te hoge verwachtingen te hebben. Tenslotte kan het grotere verschil bij patiëntenparen kleiner gemaakt worden, als de patiënten leren uit eigen keuze (en niet omdat het door de partner verwacht wordt) dat stuk complementariteit in zichzelf te ontwikkelen, dat zij eerst in de partner gezocht hadden (De Bruijn en Nevejan, 1980).

Literatuur

- Annink, K. (1981). *Literatuurstudie persoonlijkheidskenmerken en huwelijkssatisfactie*. Doctoraal scriptie, Sociologisch Instituut, R.U. Utrecht. Bruijn G. de, en M. Nevejan (1980). *Groepstherapie voor partners*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Berne, E. (1967). *Mens erger je niet*. NVSH, 's-Gravenhage.
- Burgess, E.W. en Wallip, P. (1951). *Engagement and Marriage*. Lippincott, Philadelphia.
- Fischer, S. en Fischer, R.L. (1967). The complexity of spouse similarity and difference. In: Zuk, G.H. en I. Boszormenyi-Nagy, P (eds.), *Family-therapy and disturbed families*. Science and Behaviour Books, Palo Alto.
- Katz, I., et al (1963). Effect on one type of need complementarity on marriages partners' conformity to one another's judgements. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 8-14.
- Kooy, P. (1969). *Het huwelijk in Nederland*. Spectrum, Utrecht.
- Laing, R.D., Phillipson, N. en Lee, A.A. (1966). *Interpersonal Perception*. Tavistock, London.
- Murstein, B.I. (1961). The complementarity need hypothesis in newly-weds and middle-aged married couples. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 194-197.
- Ploeg, H.M. van der, Van Dijk, R. en Groenewold, R.V. (1979). Persoonlijkheid en huwelijkswelslagen, een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21. 273-286.
- Terman, L.M. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. McGrawHill, New York.
- Trost, J. (1967). Some data on mate selection: homogamy and perceived homogamy. *Journal of Marriage and the Family*, 739-755.
- Udry, J.R. (1963). Complementarity in mate selection: A perceptual approach. *Marriage and Family Living*, 281-289.
- Wint, J. (1983). *De partnerrelatie*. Donker, Rotterdam.
- Winch, R.F. (1958) *Mate selection: a study of complementary needs*. Harper, New York.

Vragenlijst 6

U ziet hieronder nu een lijst, waarbij steeds links en rechts twee eigenschappen staan die min of meer elkaars tegengestelde zijn. Wilt u eens aanstrepen hoe die eigenschappen passen bij uzelf. Als u vindt dat de linker eigenschap meer bij u past dan de rechter, zet dan een kruisje aan de linkerkant. Vindt u dat de rechter eigenschap beter bij u past, dan zet u een kruisje aan de rechterkant. U kunt dan ook nog aangeven in welke mate u vindt dat de eigenschap bij u past, door het kruisje te zetten onder 'past precies' of 'past vrij goed'. Bovenaan staat een voorbeeld van de manier van invullen. Bij die eigenschappen is het kruisje al gezet.

<i>Voorbeeld</i>	past precies	past vrij goed	past vrij goed	past precies	
wel gesteld op huisdieren		x			niet gesteld op huisdieren
	past precies	past vrij goed	past vrij goed	past precies	
gezelschapsmens					teruggetrokken mens
tevreden met mijn bestaan					zou het liever anders willen
snel reagerend					langzaam reagerend
hou van drukte, levendigheid					hou van stilte, kalme omgeving
werk liever met het hoofd					werk liever met de handen
optimistische instelling					pessimistische instelling
liefhebber van gezelschap					liefhebber van eenzaamheid
veel fantasie					weinig fantasie
gesloten, stug					vriendelijk, open
bedachtzaam					doortastend
gevoelsmens					verstandsmens
aktief					beschouwend
godsdienstig, religieus					niet godsdienstig religieus
uit mijn gevoelens makkelijk					uit mijn gevoelens moeilijk
temperamentvol					lakoniek, onverstaanbaar

Vragenlijst 9

Hieronder worden een paar dingen genoemd waar mensen nogal eens last van hebben. Zoudt u eens willen aankruisen, in hoeverre u wel eens last daarvan hebt?

Klachten	dikwijls	soms	(bijna) nooit
slapeloosheid			
verlegenheid			
het gevoel dat het leven zinloos is			
angstgevoel zonder dat er een bepaalde reden is			
droevige stemmingen, neerslachtigheid			
gevoel het leven niet goed aan te kunnen			
het gevoel je niet voldoende te kunnen uiten			
gevoel misdeeld te zijn in het leven			
gevoel opgejaagd te worden			
last van gedachten en gevoelens die buiten je wil opkomen			
gevoel niet begrepen te worden			
gevoelens van eenzaamheid			
gevoelens van opstandigheid			
twijfels over de juistheid van de genomen beslissingen			

Vragenlijst 28

Natuurlijk komen in ieder huwelijk momenten van onenigheid voor. Zoiets blijkt dan op verschillende manieren. Hieronder staat een aantal manieren waarop onenigheid kan blijken. Wilt u eens aankruisen in hoeverre die dingen bij u voorkomen wanneer er onenigheid is.

260

M A R C N E V E J A N
M E N S Z I J N I N R E L A T I E

	vaak	soms	nooit
1. Ik praat dan langere tijd niet tegen mijn vrouw/man bijv. een hele dag			
2. Ik loop dan het huis uit			
3. ik begin dan een woordentwist, ruzie			
4. ik smijt dan met deuren en dergelijke			
5. ik ga dan in een andere kamer slapen			
6. ik zoek dan troost bij andere mensen			
7. ik veroorloof me dan kleine plagerijen			
8. ik probeer het dan direkt uit te praten			
9. ik probeer het dan voorgoed te vergeten			
10. ik probeer het dan uit te stellen om er later nog eens op terug te komen			
11. ik denk dan dat het aan hem/haar ligt			
12. ik denk dan dat het aan mij ligt			
13. ik denk dan dat het aan de omstandigheden ligt			
14. ik voel me dan kwaad worden			
15. ik voel me dan verdrietig worden			

MULTI-METHODISCHE RELATIE- THERAPIE IN FASEN

In: Tijdschrift voor Psychotherapie, jaargang 11 (4)

1985



In dit artikel wordt beschreven hoe men verschillende therapeutische methoden – ieder op zich – na elkaar volgend – kan aanwenden bij de behandeling van één of meer echtparen. Dit op geleide van de relatiefase waarin het paar zich bevindt. Er worden drie fasen en acht methoden beschreven. De twee voornaamste theoriën, die aan de grondslag liggen van deze verschillende technieken, worden beknopt weergegeven. Tenslotte worden enige beperkingen en resultaten van deze manier van werken – de gefaseerde multimethodische relatietherapie – weergegeven.

1 Inleiding

Bij de psychotherapie van paren met een relatiestoornis valt bij herhaling op, dat zich bepaalde gedragspatronen tussen de partners ontwikkelen, naar gelang het therapieproces voortschrijdt, in een begin-, midden- en eindfase van de therapie (Skynner, 1981). Bij relatietherapie worden de fasen meer dan bij individuele en groepstherapie gekenmerkt door de relatie tussen de partners, dan die tussen de patiënt(e) en de therapeut(e), of tussen de groepsleden onderling. Ook bij ongestoorde relaties doen deze fasen zich voor, zij het minder uitgesproken. Dit 'normaal' optreden van de fasen maakt het begrijpelijk dat zij in elke therapie te onderscheiden zijn, onafhankelijk van de gevolgde methode.

Over het algemeen worden vier relatietherapiemethoden, ieder met hun eigen theorie onderscheiden, ten eerste de psychoanalytische (de object-relatie theorie), ten tweede de systeemtheoretische (inclusief de communicatieleer), verder de gedragstherapeutische (gebaseerd op de leertheorie) en tenslotte de experiëntiële (d.w.z. op de ervaring gerichte methode) (Paolino en Mc.Crady, 1978). Deze vier zijn niet innerlijk tegenstrijdig, maar elkaar aanvullend en soms elkaar overlappend (Gurman, 1984).

De vraag is nu of de specifieke verschijnselen van een bepaalde fase aangepakt kunnen worden met een passende therapeutische methode. Hiermede wordt bijvoorbeeld bedoeld of

communicatiestoornissen, die kenmerkend zijn voor de eerste fase, zich wellicht meer lenen voor een behandeling met een methode gebaseerd op de systeemtheorie, dan op die van de psycho-analyse. Het doel van deze vraagstelling is de therapeutische methoden zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de kenmerken van een specifieke relatiefase. Niet zozeer met het oog op een beter therapeutisch effect – wat dit ook moge zijn – , maar vanuit de klinische ervaring van patiënt en therapeut, dat de ene therapeutische aanpak op een bepaald moment meer aanspreekt dan de andere. Het doel is geen willekeurig eclecticisme, maar een systematisch, sequentieel en innerlijk consistent toepassen van verscheidene methoden op een bepaalde indicatie. In de psychotherapie lijkt (voorlopig) het ideaal niet realiseerbaar om, bijvoorbeeld in de geneeskunde, voor elk uniek individu of paar een unieke specifieke behandeling te ontwerpen.

Zou het dan wellicht mogelijk zijn om een iets grover indicatie-criterium te vinden voor het toepassen van bepaalde therapeutische methoden? In de multimethodische therapie wordt ervan uitgegaan dat hiervoor de fasekenmerken zouden kunnen dienen.

Alvorens op deze kwestie in te gaan, worden eerst de verschillende fasen nader beschreven. Daarna wordt het schema gegeven van verscheidene fase-specifieke methoden, zoals ik die sinds jaren toepas. Tot slot volgt een bezinning op de theoretische achtergrond van deze methoden en een kort verslag over resultaten en beperkingen van deze multimethodische relatie-therapie in fasen.

2 Proces in drie fasen

Op grond van de opvallende gelijkvormigheid in de uitspraken van partners in behandeling en beïnvloed door de literatuur over het therapeutisch verloop, kwam ik ertoe het proces van de behandeling van een relatie in drie fasen op te delen. Deze zijn: de verstrengeling (of symbiose), de individuatie en de heroriëntatie (of integratie).

2.1 De verstrengelingsfase

Zonder dat de partners dit zelf beseffen, blijken de meesten, die hulp zoeken, eerder te veel dan te weinig aan elkaar gebonden ('zonder elkaar kunnen ze niet met elkaar mogen ze niet'). Soms geschiedt dit in een gelijkvormige, ook wel genoemd symmetrische relatie- of machtsstrijd; zie bijvoorbeeld: 'het bekvechten als kat en hond' en het 'welles-nietes'-type gesprek. Vaker zijn zij aan elkaar gebonden in een elkaar aanvullende, ook wel complementaire relatie genoemd. Bijvoorbeeld: 'Hoe meer jij je afsluit, des te meer zal ik aandacht vragen.' Als reactie daarop: 'Hoe meer jij zeurt, hoe meer ik mij afwend.'

Soms zie je paren, die als los zand met elkaar omgaan: ieder hun eigen weg, met sterke afgrenzing van de eigen identiteit met als gevolg grote onderlinge afstand en weinig of geen communicatie. Meestal echter zijn de onderlinge grenzen vervaagd, teert men op elkaar, worden eigen privé-meningen en gedragingen niet gerespecteerd door de ander en ontstaat er zodoende een intens verwarrende communicatie. Het komt ook voor, dat de afstand (bijvoorbeeld door het elkaar doodzwijgen) het gevolg is van de verstrengeling (het elkaar doodpraten). Het therapeutisch doel in deze symbiosefase is het bewustmaken van verstrengeling en de partners helpen de knoop te ontwarren door te helpen beter te communiceren. Een simpel voorbeeld. Op de vraag van de therapeut 'Waarom zoekt u hulp?' antwoordt veelal elk der partners in de wij-vorm. De man zegt bijvoorbeeld: 'Wij verstaan elkaar niet meer.' Vraagt de therapeut dan aan de vrouw: 'Klopt dit ook voor U, mevrouw?', dan volgt negen van de tienmaal een ontkennend of genuanceerd antwoord: 'Nee, dat niet, het is eerder dat hij niet genoeg tijd voor mij heeft.' De therapeut kan daarop bijvoorbeeld zeggen: 'Meneer, is dit voor U waar? en zou U willen antwoorden in de ik- en jij-vorm in plaats van in de wij-vorm?' Met andere woorden de therapeut helpt het 'wij' ontwarren in twee individuen, die ieder voor zich spreken.

Een ingewikkelder voorbeeld. De therapeut probeert in het gesprek op een speciale manier de praterige partner enigszins te maken tot de zwijgzame partner en omgekeerd. Hierdoor wordt een star éénrichtingsverkeer in de communicatie verbroken, met de kans op doorslaan in het andere uiterste. Echter, zoals een

scheve balans – door tegendruk uit zijn evenwicht gebracht – meestal na een aantal schommelingen in evenwicht komt, zo ook is het mogelijk dat de partnercommunicatie door dit therapeutische ingrijpen zich herstelt tot een wederzijds en soepeler afwisselend spreken en luisteren (Willi, 1978).

2.2 De individuatie-fase

Nadat de partners zich in de loop van enkele maanden lossen hebben gemaakt van elkaar, ontstaat meestal spontaan de behoefte om meer aandacht aan zichzelf te geven. Zij zijn minder bereid zich aan te passen aan de verwachtingen van de ander. Ieder van hen wil zich een tijdje afzetten (zoals een kind in de 'nee-fase, of zoals een puber) en genoeg aan zichzelf hebben. De partners beginnen zich van elkaar te onderscheiden. In de angelsaksische literatuur wordt deze fase dan ook aangeduid met het begrip 'differentiation'. Elk van hen durft als het ware verschillend te zijn van de ander en de angst onder ogen te zien: 'Blijft de ander dan nog wel van mij houden?'

Eénmaal de smaak van het zichzelf worden geproefd, blijkt dit proces van het zichzelf worden praktisch altijd door te zetten. Ik hoor herhaaldelijk uitdrukkingen in de trant van: 'Het leven tussen ons wordt er nu niet direct gemakkelijker op. Maar ik zou voor geen prijs terug naar vroeger willen. Ik zou het trouwens niet eens meer kunnen.'

Geleidelijk blijken de meeste partners in deze fase dan open te gaan staan voor de uitdrukking: 'Waar er twee vechten hebben er twee schuld.' Op grond hiervan kan de therapeut elk der partners in deze fase uitnodigen het eigen aandeel in de relatie-moeilijkheden na te gaan in plaats van alleen maar aan de ander verwijten te maken ('als jij nou maar zo en zo en zo, dan zou ik...'). Wat in feite in deze tweede fase geschiedt is een afscheid nemen van de oude band van elkaar. Dit met al de kenmerken van een separatie-proces (Bowlby, 1981; Mahler, 1975). Ik noem deze fase dan ook wel de fase van het emotionele scheidingsproces. Het is mijn indruk, dat hoe beter de partners emotioneel durven te scheiden van wat hen tot nu toe gebonden heeft, hoe minder kans zij lopen op een juridische scheiding. Pas als men geleerd heeft in principe het leven alleen aan te kunnen wordt

een relatie vrij. Men wordt dan geen belasting voor de ander. Integendeel. Men kan elkaar verrijken, omdat het fijner is samen te leven dan alleen (ook al kan men het desnoods alleen wel aan).

Daar waar men na een aantal jaren samenleven niet opnieuw naar zichzelf durft te kijken en zich niet los durft te maken van al datgene waardoor men in de loop der jaren vastgeslibd is in de relatie, daar wordt de kans op een plotselinge juridische scheiding groter, omdat alsnog het bloed kruipt waar het niet gaan kan. Dat wil zeggen een mens kan het toch niet laten om voor zichzelf op te komen – op welke wijze dan ook.

Men zou het ook zo kunnen stellen: de eerste huwelijkskeuze is meestal gebaseerd op verliefdheid en niet op realiteit. Een tweede huwelijkskeuze doet zich voor na een aantal jaren waarin een onvermijdelijke ontzuivering heeft plaatsgehadt door het leven van alledag. En het is pas eigenlijk deze tweede huwelijkskeuze, die een volwassen keuze wordt op grond van het feit dat men geleerd heeft te leven met de dagelijkse realiteit. Dit mede doordat men bewuster inzicht heeft in de voor- en nadelen die een relatie met de ander met zich meebrengen. Een criterium voor het passeren van deze tweede fase is, dat de partner zegt in principe eerder te willen scheiden dan zichzelf nog langer te verwaarlozen en te verloochenen ter wille van de relatie. Hoe mooi dit laatste ook moge klinken, men dreigt dan eerder een molensteen om de nek van de ander te worden dan dat er sprake is van een bijdrage tot een wederkerige relatie in vrijheid. Anders gezegd: het is juist bij de gratie van het feit, dat er gescheiden kan worden, dat een huwelijksrelatie open, vrij en dynamisch kan blijven.

2.3 De heroriënterings-fase

Als men eenmaal geleerd heeft zelfstandig te zijn, wordt nu de vraag: 'Ook al kan ik het leven voortaan alleen aan, is het niet nog fijner om met een ander samen te leven?' Want ook al is het leven – dank zij de (her) ontdekking van mijzelf – nu een opwindend gebeuren geworden, toch is het maar een eenzaam avontuur. Ook al kan ik bij wijze van spreken de levensreis voortaan op eigen kracht maken, liever doe ik dat in gezelschap van een ander. Meestal wordt bij deze heroriëntatie op een nieuwe rela-

tie, de nog aanwezige partner als de eerste kandidaat beschouwd om verder het leven mee door te gaan. Dit wegens gemeenschappelijke kinderen, voorgeschiedenis en financiële belangen. Regelmatig kan men uitdrukkingen horen als: 'Ik wil het graag met jou proberen, maar voor geen prijs ben ik bereid mijn eigen ontdekte zelf op te geven (uit angst voor terugvallen in de eerste fase). Wat ik wil is echter met wederzijds geven en nemen een nieuwe balans tussen ons zien te vinden'. Er vindt dan een integratie plaats van het tegelijk individu en samen zijn. Soms valt de keuze van een of beide partners op verder alleen door het leven te gaan of een relatie met een ander aan te gaan. Door één op de drie paren wordt volgens onderzoek (zie par. 6) voor een wettelijke scheiding gekozen. Wanneer dit laatste tijdens de therapie geschiedt, blijft de winst wel, dat men zichzelf beter heeft leren kennen en daardoor is de kans kleiner geworden dat een volgende relatie wederom tot een scheiding zal leiden. Uit onderzoek (de Bruijn en Nevejan, 1980) blijkt dat naarmate de partners een therapie eerder als een laatste redmiddel zien dan als het opheffen van een gedeeltelijke relatiestoornis, de kans op een definitieve echtscheiding toeneemt.

3 Multi-methodische praktijk

In de multi-methodische therapie wordt een specifieke therapeutische methode gebruikt al naar gelang de relatiefase, waarin het echtpaar zich op dat moment bevindt. Dat wil niet zeggen, dat de therapeut alleen maar gestructureerde actiemethoden aanwendt. Ik schat dat ongeveer de helft van de therapeutische zittingen van anderhalf uur gevuld wordt met het onderling gesprek tussen de twee partners (bij een drie-gesprek) of met het groepsdynamische gesprek tussen de acht partners. (De bespreking van de voor- en nadelen van het drie- of groepsgesprek, en het werken met open of gesloten groepen, volgt in paragraaf 5.) De andere helft van de tijd wordt aan ervaringsgerichte methoden besteed, omdat ik geloof dat verbaal verworven inzicht hierdoor verrijkt kan worden. Bijvoorbeeld dat de partners lijfelijk uitbeelden hoe zij ten opzichte van elkaar staan. Of door dit zich in fantasie te laten voorstellen. Een mens is niet alleen een taal-begaafd

wezen. Hij kan zich eveneens symbolisch uitdrukken met gebaar en verbeeldingsvermogen, met alle verrijking vandien.

Welke op ervaringsgerichte methoden worden er, en wanneer, aan de partners voorgesteld? Al naar gelang de bepaalde relatiefase, waarin de partners verkeren, zijn dat de volgende:

Tijdens de eerste (zgn. verstrengelings)fase:

- 3.1. communicatie-oefeningen.
- 3.2. projectie-oefeningen.
- 3.3. Gestalttherapie methoden (F. Peris, 1951).

Tijdens de tweede (zgn. individuatiefase):

- 3.4. de gezinsreconstructie (V. Satir, 1975).
- 3.5. de Pessopsychotherapie (A. Pessó, 1973).
- 3.6. contextuele therapie principes (I. Boszormenyi-Nagy, 1973).

Tijdens de derde (zgn. heroriëntatie)fase:

- 3.7. rituelen (G. Bach, 1968; O. van der Hart, 1978).
- 3.8. psychosynthese-methoden (R. Assagioli, 1965).

Elk van de methoden wordt in het vervolg kort beschreven.

3.1 Communicatie-oefeningen

Een van de typische kenmerken van relatiemoeilijkheden tijdens de eerste fase is een gestoorde communicatie. Op de vraag wat er aan de hand is volgen antwoorden als: 'We passen niet meer bij elkaar' (maar zijn stilzwijgend toch nog aan elkaar verbonden) of 'We praten langs elkaar heen', 'We verstaan elkaar niet meer' en 'We krijgen direct ruzie, vaak over de geringste zaken'.

Uit onderzoek (L'Abate, 1981) is komen vast te staan, dat communicatiebevordering door therapeutische communicatie-oefeningen verbetering geeft van de onderlinge relatie. Hier volgen een paar voorbeelden van oefeningen:

- a. De eerste partner vraagt de tweede te herhalen, wat de eerste gezegd heeft. Dit om na te gaan of de tweede inderdaad goed gehoord heeft wat de eerste zei.
- b. De eerste partner vraagt de tweede in eigen woorden de bedoeling van het gezegde van de eerste uit te drukken. Bij-

voorbeeld door te antwoorden: 'Bedoel je te zeggen, dat...?' Dit net zo lang tot een 'Ja' verkregen wordt van diegene, die het eerst gesproken heeft. Kennelijk voelt deze zich dan pas goed begrepen. (Vansteenwegen, 1983).

- c. De partners leren na te gaan of datgene wat zij over de ander zeggen ook werkelijk klopt. Bijvoorbeeld: 'Ik denk, dat jij in de put zit Klopt dat?' Door een dergelijke communicatie toont men respect voor de eigen mening van de ander en doet men in principe afstand van de weliswaar goed bedoelde, maar toch aanmatigende houding, dat men wel weet wat er in de partner omgaat en dat men hem of haar beter kent dan zichzelf. Kortom, ik-boodschappen geven minder aanleiding tot misverstanden dan jij- uitdrukkingen.

Dit soort oefeningen beogen de partners te leren zich beter uit te drukken, het onderscheid te leren maken tussen 'ik'- en 'jij'-boodschappen, actief te luisteren, te onderhandelen, problemen samen op te lossen en bevestiging te geven aan elkaar. Sommige oefeningen kunnen door de paren thuis beoefend worden aan de hand van boeken (Gottman, Notarius, Gonso and Markman, 1976; Satfr, 1975).

Andere voorschriften kunnen door de therapeut tijdens de therapie worden gegeven (zie de achttien suggesties van Sluzki, 1978). Wanneer welke oefening te geven, hangt af van het inzicht, de ervaring en de creativiteit van de therapeut Een bron van inspiratie van dit soort oefeningen is te vinden in de encounter- en Gestaltliteratuur (Schulz, 1972; Stevens, 1973).

3.2 Projectie-oefeningen

Deze dienen om de partners bewust te maken van het eigen aandeel in de relatiemoeilijkheden ('Waar er twee vechten hebben er twee schuld'), in plaats van deze geheel aan de ander toe te dichten. Dus om af te komen van de houding: 'Als jij nu maar zo en zo zou veranderen, dan zou ik ...' naar 'Als ik zo en zo zou veranderen, zou onze relatie ...'. In de volksmond komt dit toedichten van eigen opvattingen en gevoelens aan een ander (projectieverschijnsel genoemd) tot uitdrukking in het gezegde: 'Zoals de waard is, vertrouwt hij zijn gasten.'

Een paar voorbeelden:

- a. Elk der partners wordt gevraagd zich met gesloten ogen de andere partner voor de geest te halen. Eerst met aangespannen spieren en ingehouden adem, dan in ontspannen houding. Meestal blijkt tot verrassing der deelnemers bij de eerste oefening de partner in de verbeelding ook gespannen gezien te worden en tijdens de tweede fase eveneens ontspannen gezien te worden. Met andere woorden de eigen instelling bepaalt sterk de waarneming van de ander.
- b. Elk der partners wordt voorgesteld de volgende zin in te vullen, op te schrijven en tegen de ander te zeggen: 'Onze relatie zou beter zijn, als jij ...' De eerste communicatieopdracht is na te gaan of datgene wat gezegd is ook waar is voor de ander. Door de tweede opdracht wordt het projectiefenomeen duidelijk. De therapeut stelt nl. aan elk der partners voor om de beurt in plaats van het woord 'jij' het woord 'ik' in te vullen en verder de zin op te lezen, zoals hij oorspronkelijk geformuleerd is. Bijvoorbeeld: in plaats van te zeggen: 'Onze relatie zou beter zijn, als jij meer zelfvertrouwen had' zegt de betreffende partner: 'Onze relatie zou beter zijn, als ik meer zelfvertrouwen had.' Soms blijkt dat datgene wat men de ander toegewenst heeft, ook voor zichzelf geldt en de bron is van de projectie.
- c. De partners wordt gevraagd tegenover elkaar te gaan zitten en beiden de ogen te sluiten. Vervolgens moeten ze zich voorstellen welke negatieve gedachten de ander over jou heeft. Bijvoorbeeld: 'Hij of zij zal toch wel over mij denken, dat ik egoïstisch ben.' Dan wordt de deelnemers gevraagd zich voor te stellen, dat er achter de partner, die tegenover je zit, een andere persoon staat, die ook zo over jou denkt of gedacht heeft. Deze oefening kan eventueel nog herhaald worden met positieve gedachten als inhoud. Wat voor deze oefening vaak als plotseling inzicht duidelijk wordt, is dat wat de partners toegedicht wordt niet alleen op hem of haar betrekking heeft, maar ook op iemand anders. Vaak blijkt degene die men achter de partner ziet, één van de eigen ouders te zijn. Met andere woorden: men realiseert zich door deze oefening, dat men in de partner bepaalde aspecten ziet van de eigen vader of moeder.

Zo bestaan er meer oefeningen voor partners om projecties te ontdekken. Inspiratie om deze oefeningen zelf te ontwikkelen kan men vinden in literatuur van humanistische-psychologische aard (bijv. Lewis and Streitfeld, 1974).

3.3 Gestalt-therapiemethoden

Bij deze methode wordt elk der partners uitgenodigd hardop met zichzelf te praten. Dit door zich voor te stellen, dat zijn andere ik op een lege stoel tegenover hem zit. Bijvoorbeeld: gezeten op de eerste stoel zegt een deelnemer tegen zijn denkbeeldige tweede ik op de andere stoel: 'Ik vind, dat jij meer aandacht aan je partner moet geven.' Dan stelt de therapeut voor, dat er van stoel gewisseld wordt, zodra de betreffende deelnemer zijn alter ego hoort antwoorden.

Bijvoorbeeld: 'Ja, dat zeg je wel, maar dat doe ik al genoeg. Ik vind dat jij zo veeleisend bent.' Dit wordt dus gezegd door hemzelf, gezeten op de lege stoel. Zodra dan weer vanuit de eerste stoel een antwoord komt, wordt wederom gewisseld en volgt weer het antwoord door de eerste stem. Op die manier leert ieder der partners, dat hij een voortdurende innerlijke dialoog voert, die meer met zichzelf te maken heeft, dan met de andere partner. En het daarom zinvoller is aan het eigen aandeel te werken in plaats van het toe te dichten aan de partner. De individualiteit wordt bevorderd door elk der partners op deze wijze aan zichzelf te laten werken. Bovendien herkent bij een relatietherapie de toeschouwende partner zichzelf vaak in het andere ik van de werkende partner. Dit kan een verlossend inzicht zijn. Temeer als de toeschouwende partner ziet, dat de werkende partner actief probeert dit geprojecteerde stuk terug te nemen en alsnog in zichzelf te integreren. De Gestalt-therapiemethoden vindt men beschreven in het werk van F. Perls (1951).

3.4 Gezinsreconstructie

Dit is een vorm van rollenspel, bekend geworden door V. Satir (1975). Hierbij wordt het gezin van oorsprong gereconstrueerd met behulp van rollenspelers. Het is iets anders dan de bekende gezinsuitbeelding ('family-sculpting'), waarbij alleen de feitelijke

verhoudingen lijfelijk weergegeven worden zonder verder therapeutisch ingrijpen, en die wegens zijn diagnostische en verhelderende betekenis eventueel tijdens de eerste fase aangewend kan worden. Soms wordt gezinsreconstructie gelijkgesteld aan het maken van een genogram (zie par. 3.6). Bij de reconstructie echter geschiedt een omzetting van negatieve naar positieve aspecten doordat de therapeut-regisseur aan de rollenspeler vraagt om op bepaalde wijze te antwoorden aan de hoofdspeler.

Bijvoorbeeld de hoofdspeler zegt tegen zijn vader: 'Je hebt alleen maar op mijn prestaties gelet.' De therapeut vraagt nu aan diegene, die de vader speelt 'Wil je niet op inhoudelijk niveau antwoorden, maar je afvragen, wat het je doet, dat je zoon zo iets tegen je zegt. Antwoord niet vanuit je hoofd, maar vanuit je hart'. Het gevolg van deze vraagstelling is vrijwel altijd, dat de rollenspelende ouder zal antwoorden in de geest van begrip. Bijvoorbeeld: 'Afschuwelijk, dat heb ik helemaal niet zo bedoeld. Het doet me pijn dit te horen en het verdriet mij, dat ik je het daarmee moeilijk gemaakt heb.' Daarop vraagt de therapeut ook aan de hoofdspeler om op gevoelsmatig niveau te antwoorden. Bijvoorbeeld: 'Wat doet het je, dat je vader dit zegt?' Daarop zal de hoofdspeler waarschijnlijk antwoorden in de geest van: 'Dat lucht me op.' Doordat de therapeut-regisseur aan de spelers vraagt hun gevoelsreacties te geven in plaats van hun gedachten bereikt hij twee zaken. Op de eerste plaats wordt een woordenstrijd voorkomen en op de tweede plaats wordt een algemeen menselijk aspect (het goed bedoelen en het desondanks falen) in beide opgeroepen en ontstaat een nabijheid door herkenning van het beiderzijds falen. Op deze manier wordt de gelegenheid geboden voor een gecorrigeerde emotionele ervaring. Vandaar ook de naam gezinsreconstructie, omdat de oorspronkelijke constructie zodanig geherstructureerd wordt dat een 'corrective emotional experience' (Alexander, 1946) plaatsvindt.

Soms verloopt een gezinsreconstructie niet zo gewenst als hierboven beschreven. Dit komt doordat de negatieve gevoelens in de patiënt zo sterk zijn, dat hij niet de positieve houding van de rollenspelende ouder kan toelaten. In dat geval is psychomotortherapie (zie de volgende paragraaf) aangewezen, omdat in die techniek wel gelegenheid geboden wordt om de negatieve

gevoelens te uiten en daardoor plaats gemaakt wordt voor het ontvangen van de positieve boodschap.

3.5 *Pesso-psychotherapie*

Dit is een vorm van dramatische structurering, ontwikkeld door A. Pesso (1973). Rollenspelers passen zich aan (accommoderen) aan de betekenis en de behoefte van de cliënt. Hierbij worden de negatieve en positieve aspecten van een belangrijk persoon in het leven van een van de partners symbolisch uitgesplitst en door twee verschillende rollenspelers gespeeld. Daardoor kunnen de negatieve gevoelens van de betreffende partner-protagonist tegenover de zuiver negatieve rollenspeler totaal geuit worden, omdat deze laatste niets positiefs vertegenwoordigt. Op dezelfde wijze kunnen ook de positieve gevoelens totaal tegenover de positieve rollenspeler geuit worden. Dit laatste nog meer als van deze positieve rollenspeler gevraagd wordt eerder een ideale ander (partner of ouder) te spelen dan alleen de positieve aspecten van een betekenisvolle persoon. De partner kan dan weliswaar op symbolische, maar daarom niet minder werkzame manier, alsnog datgene horen, waarvan hij heel zijn leven lang gehoopt heeft het te horen of te voelen. Zegt bijvoorbeeld een partner: 'Ik zou graag willen horen van mijn ideale vader dat hij zegt: "ik houd van je"', dan stelt de therapeut voor aan degene, die de ideale vader speelt om deze zin op dezelfde wijze en toon te zeggen. Een ogenblik later hoort de betrokkene deze zin gezegd door de ideale vader. En dan blijkt vaak, dat deze partner – ondanks het feit, dat even tevoren op volwassen niveau deze zin door hem of haarzelf aangegeven is – toch, zodra deze zin op symbolisch vlak gehoord wordt, sterk ontroerd wordt. Een symbolische ervaring is tenslotte een echte ervaring in een symbolische situatie.

Waarom deze methode in deze fase bij paartherapie aangevend? Omdat – naar mijn bepaalde en beperkte objectrelatievisie – blijkt, dat de individuatie vaak vastzit op een onafgewerkte binding met een of beide ouders. Of breder gezegd: met de archetypen van het moederlijke en vaderlijke, respectievelijk het vrouwelijke en mannelijke element in de mens. Door deze 'structuur', welke ongeveer een uur duurt, wordt de mogelijkheid aan

den lijve ondervonden hoe goed het doet van introjecties (bijvoorbeeld 'ik ben mislukt') een projectie te maken tegenover de negatieve rollenspeler (bijvoorbeeld door te zeggen: 'jij hebt alleen maar op mijn prestaties gelet'). En dit met alle daarbij behorende emoties, zoals verdriet, kwaadheid, schaamte, schuld, verontwaardiging, e.d.

De structuur tegenover de negatieve rollenspeler bestaat uit een soort iosmakingsproces, waarin het indertijd machteloze kind alsnog de kans krijgt de sterkere te worden en zijn ingehouden woede te uiten tegenover die persoon, welke door de rollenspeler wordt vertegenwoordigd. Het uiten van de negatieve gevoelens heeft een catharsis-effect, waarbij eertijds bevroren energie wederom vrijkomt en er tevens plaatsgemaakt wordt voor andere gevoelens. Bij het ervaren van de ontmoeting met de ideale ouders of archetypen kan dan een emotionele correctie ervaren worden op een oorspronkelijk traumatische situatie (Alexander, 1945). De gewenste woorden en gebaren werken als even zovele tegengiften en heilzame medicijnen. Ook al beseft ieder van de aanwezigen en de betrokkene zelf, dat dit slechts op het symbolische vlak plaats heeft, toch blijkt regelmatig het effect in de realiteit van het leven van alledag tussen de partners duurzaam door te werken. Het is juist dit samenspel van het volwassen ik 'ik zou graag willen horen, dat mijn ideale vader zegt...' en het regressieve ik ('Oh, wat heerlijk dit eindelijk te horen') dat een voorwaarde vormt voor en een kenmerk is van deze therapievorm.

Een Pesso-structuur kan dan ook alleen gevoerd worden met mensen, die in staat zijn onderscheid te maken tussen het niveau van realiteit en volwassenheid enerzijds en van symboliek en regressie anderzijds. Vaak blijken meerdere structuren nodig, wil men diep geraakt worden. Ook voor de toeschouwende partner kan het inzichtgevend en ontroerend zijn mee te maken hoe zijn of haar partner worstelt om zich te bevrijden van oude banden en alsnog erkenning te ervaren van zijn verdrongen behoeften. Het gevolg hiervan is regelmatig dat de partners zich anders ten opzichte van elkaar gaan verhouden. De vraag rijst of hiervoor een symbolische herstructurering van de relaties naar de ouders voldoende is, of dat hiertoe ook de werkelijke houding van elk der partners tegenover hun ouders in feite dient te veranderen. In de volgende paragraaf zal daarop antwoord gegeven worden.

3.6 Contextuele therapie

Hierbij gaat het om een vorm van contact met de nog levende ouder(s) en eventuele andere betekenisvolle familieleden te leggen, waarbij een zo volwaardig mogelijk menselijke 'ik-jij'-ontmoeting (in de zin van M. Buber) ontstaat. Zodanig, dat wanneer de partners zich zouden indenken, dat een van de ouders – bij wijze van spreken – de volgende dag zou overlijden, hij als nabestaande een goed gevoel tegenover de gestorvene zou overhouden. In de trant van 'Ik heb geen wrok- of schuldgevoel, dat ik te veel of te weinig voor moeder of voor vader gedaan heb. Ik zou willen, dat mijn kinderen later ook zo met mij zullen omgaan, als ik oud ben geworden.' Dit is eenvoudiger gezegd dan gedaan. Ieder heeft het daar moeilijk mee, maar ik heb de indruk dat partners met onderlinge relatiemoeilijkheden meer dan gemiddeld een slechte relatie met de ouders hebben. Zij staan als het ware nog onvolwassen tegenover hun ouders. Het separatieproces (Bowlby, 1981; Mahler, 1975) heeft zich niet totaal voltrokken. Zij zijn vaak blijven steken in een nog kinderlijke afzet- of ontzienhouding. Een voorbeeld van een afzethouding is 'Zij begrijpen mij toch niet en dat hebben ze ook nooit gedaan.' Het sparen of ontzien van je ouders komt tot uitdrukking in een zin als bijvoorbeeld: 'Ach, ik laat ze maar praten. Ik zoek ze wel elk weekend op, maar echt een gesprek ...? Nee, dat kan ik ze toch niet aandoen! Ze krijgen er nog een hartverlamming van! En ze zullen me toch niet begrijpen. Daar is het nu te laat voor.' Weenigen beseffen, dat ze door zo'n afstandelijke of zgn. positieve instelling in feite blijf geven nog aan hun ouders gebonden te zijn.

Daarnaast bestaan openlijk te positieve bindingen (bijv. het moederszontje). Waarom is het veranderen van je onvolwassen houding ten opzichte van je ouders van belang voor verbetering van je gestoorde partner-relatie? Omdat er, gezien de ervaring in de praktijk, een rechtstreeks verband tussen beiden lijkt te bestaan. Bijvoorbeeld: direct nadat een moederszoon zich in een stevig, maar respectvol, gesprek had afgegrensd van zijn moeder, gaf hij aan zich minder benauwd te voelen tegenover zijn aandachtvragende vrouw en kon hij zelfstandiger functioneren in plaats van impliciet te rekenen op door haar verwend te worden.

Het voorbereiden van dit volwassen gesprek kan in een therapiezitting gebeuren door het maken van een genogram en door dit gesprek te oefenen met iemand uit de groep die de rol van de betreffende ouder speelt. Het eigenlijke gesprek tussen de betrokkene en diens ouder in levende lijve dient om coalitievorming en schaamtegevoelens te voorkomen, onder elkaar – dus zonder de andere partner – te geschieden.

Waar het bij het inschakelen van de contextuele therapie in multi-methodische relatietherapie om gaat, is alsnog een volwassen 'ik-jij'-ontmoeting met je ouders – een voor een – aan te gaan, om zodoende tot eenzelfde gelijkwaardige relatie met je partner te komen. Op een manier zoals dat gebruikelijk is tussen goede vrienden, wel de waarheid zeggen, maar op een milde en menselijke wijze. Waarom dat? Omdat ieder van ons in zijn hart verlangt om een zo volwaardig mogelijk mens te zijn: maar ook dat ieder van ons daarin faalt. Door het delen van deze intentie en het tekortschieten daarin heft men elkaars eenzaamheid op. Door te zeggen tegen elkaar, wat men goed in elkaar vond en waar men dankbaar voor is, bevestigt men elkaar. Door zo uit de kinderlijke op- of neerkijkhouding te stappen en de ouders gelijkwaardig tegemoet te treden, kan elke partner zich bevrijden van een kinderlijke ouder-kindrelatie en zichzelf volwassen maken.

Dit komt niet alleen ten goede aan de onderlinge partnerrelatie. De volwassen- menselijke houding tegenover de ouders is ook een groot goed op zich. Uiteindelijk betekent dit recht doen wedervaren – door de balans van geven en nemen in evenwicht te brengen – aan mensen die, zoals onze ouders en broers en zusters, zoveel positiefs en/of negatiefs voor ons betekend hebben. Bloedverwanten heeft men niet gekozen, maar zijn door het leven gegeven en als zodanig emotioneel beladen. Men kan ze daarom niet meer kwijt. Je kan er niet definitief van scheiden, zoals van een zelfgekozen partner of vriend. Je moet dus iets met je ouders, of je wil of niet. Door dit echter welbewust te doen, kiest men als het ware alsnog voor wat je toebedeeld is. Bovendien maakt men zichzelf en zijn directe familieleden daardoor minder eenzaam. In plaats van de ouders te sparen, als waren het onmondige kinderen, neemt men hen ernstig. Veelal vreest men hierbij ten onrechte dat de ouders dit niet zullen kunnen waarderen of verwerken. Soms is dit inderdaad het geval. Maar wat dan

blijft staan is dat men al het mogelijke gedaan heeft om het contact te herstellen en daardoor geen of minder schuldgevoel heeft. Voor het overige wordt verwezen naar de oorspronkelijke publikatie van de ontwerper van de contextuele therapie: (Boszormenyi-Nagy 1973) en naar een Nederlandse uitgave over hem (Van Neusden en Van den Eerenbeemt, 1983).

Ik zal hier volstaan met een voorbeeld te geven uit een partner-relatietherapie. Een man uit de groep klaagt erover, dat, hoezeer hij ook zijn best doet het zijn vrouw naar de zin te maken, zij toch niet naar hem wil luisteren. Een paar weken later doet hij een gezinsreconstructie. Hij plaatst in dit rollenspel zijn moeder letterlijk tussen zijn vader en hemzelf in. Plots realiseert hij zich daarbij, dat hij ook figuurlijk gesproken zijn vader nooit goed gezien heeft, omdat alles via zijn moeder liep. Bijvoorbeeld zei zijn moeder: 'Je vader zegt dat ...' of 'Laat maar, vader zal dat wel niet goed vinden ...'. etc. etc. En hij beseft tevens, dat hij jarenlang – en eigenlijk nog steeds zijn best heeft gedaan om moeder te vriend te houden. En dat hij daardoor zijn vader te weinig heeft leren kennen. Na afloop van het spel, waarbij hij zijn moeder opzijgezet had om zijn vader beter te kunnen zien en naar hem was toegegaan, sprak hij als wens uit zijn vader nu ook in werkelijkheid te willen ontmoeten, van man tot man. Een paar weken later vertelt hij in de groep, dat hij inderdaad zijn vader heeft gesproken, zonder zijn moeder, en dat hij hem verteld heeft, wat hij zich in de therapie gerealiseerd had. De vader bleek hetzelfde idee te hebben, maar had het van zijn kant nooit gezegd, omdat hij dacht dat zijn zoon hem niet mocht en omdat hij de goede relatie tussen moeder en zoon niet wilde verstoren. Kortom de beide mannen vonden elkaar in hun verlangen naar beiderzijds contact. En ook waren zij het er roerend over eens, dat elk van hen tot nu toe teveel rekening had gehouden met de wensen van hun respectievelijke vrouwen. De week daarop zegt deze man in de groep tegen zijn vrouw: 'Luister, ik denk erover om een tijdje alleen te gaan wonen. Ik wil niet langer achter je aanlopen, me onwillekeurig uitsloven voor je en zitten wachten op een vriendelijk woord terug.' Natuurlijk reageerde de vrouw hierop geschrokken. In de weken daarop ging zij zich meer bewust voor haar man inzetten en bleek het niet nodig, dat hij van huis ging. De man zei in de nabespreking, dat hij door het

contact met zijn vader zich gesterkt gevoeld had als man; en daardoor tegenover zijn vrouw zich authentieker had kunnen opstellen. Uit dit voorbeeld blijkt dat het werken aan de verticale relaties (ouders-kind) invloed heeft op de horizontale relatie (partner-partner). Of anders gezegd: datgene wat onaf is gebleven in de relatie met de ouders wrekt zich in de relatie tot de partner. Door alsnog deze onaffe gevoelens tegenover je ouders daadwerkelijk uit te spreken, brengt men zichzelf op een ander plan en wordt men volwassener, ook tegenover de partner.

3.7 Rituelen

Rituelen hebben een kracht in zich. Zij worden daarom in de psychotherapie bewust toegepast, echter nog niet zo lang (Bach, 1968) en nog zeer beperkt. Dit laatste waarschijnlijk omdat ontdekkende therapeuten, naast een algemene huiver voor het gebruik van actiegerichte methoden, er speciaal voor terugschrieken een voor hen nog onbekend gebied te betreden, waarin zij zelf een sterk leidende rol moeten spelen.

Rituelen kunnen ingedeeld worden in de overgangs- en bestendighedsrituelen (Van der Hart, 1978). Beide kunnen in de heroriënteringsfase gebruikt worden. Bijvoorbeeld: een vrouw is langzamerhand tot de ontdekking gekomen, dat zij niet langer getrouwd wil zijn met haar partner. Zij is in de tweede fase geëmancipeerd geraakt en durft – nu zij sterk genoeg is geworden om alleen het leven aan te kunnen – toe te geven dat zij eigenlijk al jaren lang haar huwelijk niet meer zag zitten, maar bang was voor het alleen komen staan. Als ritueel is dan mogelijk voor te stellen, dat de partners een soort omgekeerde huwelijksluiting aangaan. Dat wil zeggen tegenover elkaar gaan staan en zeggen: 'Nee, ik wil jou niet meer als partner.' Dan ringen aan elkaar teruggeven en weggaan van elkaar, de man naar de overige mannen in de groep, de vrouw naar de vrouwen om door hen opgevangen te worden. Dit alles ten overstaan van de therapeut en de gehele groep als getuigen. Een bevestigingsritueel is bijvoorbeeld zinvol wanneer twee partners besluiten bij elkaar te blijven, maar niet goed weten hoe vorm te geven aan het nieuwe verbond.

Men kan dan in de groep een hernieuwd samenlevingsritueel regisseren of bijvoorbeeld voorstellen, dat zij regelmatig tijd nemen om hun gedachten en gevoelens uit te wisselen. Dit dient op een vast tijdstip en vaste plaats te geschieden en met enig ceremonieel omgeven te worden, bijvoorbeeld eenmaal per week door een feestelijk getint etentje. Door een dergelijk regelmatig terugkerend onderhoud kan de relatie levendig gehouden worden. Vooral in los-zand-relaties kan dit van therapeutisch belang zijn (Vansteenwegen, 1983).

3.8 Psychosynthese methoden

In dezelfde periode, dat Freud befaamd werd om zijn psychoanalytische, reducerende, deterministische therapie-opvatting, ontwikkelde een minder bekend geworden tijdgenoot van hem als tegenhanger de psychosynthese. Deze laatste, Assagioli, ziet de mens eerder als een open geheel, dat tendeert naar een harmonische uitgroei. Hij wil de mens helpen op-de-toekomst-gerichte krachten te versterken met behulp van zijn verschillende methoden (Assagioli, 1965). Hoe deze toe te passen bij partnerrelatietherapie?

Bijvoorbeeld: men verzoekt de partners tegenover elkaar te gaan zitten, de ogen te sluiten, ieder voor zich terug te denken aan een ervaring van ontroerende schoonheid en deze weer zo levendig mogelijk te herbeleven. Vervolgens stelt men voor elkaars handen vast te houden en deze gevoelens nu te richten op de innerlijke unieke schoonheid van de partner. Dit laat men in stilte enige tijd geschieden totdat de partners dit afsluiten; meestal spontaan met een liefdevolle blik of gebaar. Zij merken dan of zij hiertoe in staat zijn of niet. Zo nee, waarom niet. En zo ja, hoe goed het doet om elkaar positieve energie te geven en wellicht daardoor een vlam weer te doen branden.

Een iets minder in- en aangrijpende oefening is elk der partners zich klassieke symbolen te laten inbeelden (Leuner, 1958), zoals het verblijf in een wei; of huis, of zich voor te stellen op een rivier of een berg te vertoeven. Dit alles echter niet alleen maar samen met de partner. Na enige tijd wordt deze oefening afgesloten met het aan elkaar vertellen, wat men beleefd heeft. Hier-

bij wordt onder meer duidelijk hoe bij alle gebeurtenissen de relatie tot de partner was.

Zo bestaan er meer dergelijke oefeningen o.a. ook beschreven door Assagioli's opvolger Ferruci (1981). Het gebruik hiervan hangt mede af van de eigen ontwikkeling in deze opzichten van de therapeut en van diens creativiteit om ze aan te wenden op het juiste ogenblik en de juiste wijze. Anders wordt het gemakkelijk halfzacht of ridicuul.

4 Theorie

De multi-methodische relatietherapie is, zoals in de inleiding reeds vermeld, vanuit de praktijk ontstaan. Eerst werd gekeken naar de thematiek van de betreffende fase. Dan werd gezocht naar die benaderingswijzen, die goed leken te passen bij dit onderwerp. Tenslotte werd nagegaan welke de basistheorieën waren, waarop deze benaderingswijzen oorspronkelijk berustten. Zo lijkt in de eerste fase de problematiek te bestaan uit communicatiestoornissen, ontstaan door het symbiotisch in elkaar verstrengeld zijn. Communicatieoefeningen worden hier bij voorkeur gekozen, omdat deze opheldering geven over wie wat hoe zegt en wat en hoe bedoelt. Aan deze oefeningen liggen de systeem- en communicatietheorie ten grondslag (Steinglass, 1978).

De projectie-oefeningen en de dialoog met zichzelf kunnen verklaard worden vanuit de Gestalt-therapie, de psychoanalyse en de psychosynthese. Psychomotortherapie werkt met een analytisch denkkader. De contextuele therapie werkt met analytische, fenomenologische en ethische concepten. Rituelen zijn te verklaren vanuit de antropologie en de Jungiaanse psychologie. De psychosynthese tenslotte berust op de innerlijke doelgerichtheid van de mens naar harmonieuze uitgroei en heeft daarin verwantschap met de humanistische psychologie. Uit deze grote verscheidenheid van achterliggende theorieën valt op het eerste gezicht niet een enkele basistheorie te destilleren. Dat er toch, zoals in de inleiding, gesproken wordt van de systeem- en objectrelatietherapie als de gemeenschappelijke noemer, hangt samen met mijn persoonlijke scholing in – en voorkeur voor – de systeem- en neo-analytische therapieën. Uiteraard zijn deze therapeutische zienswijzen betrekkelijk. Menig therapeut ontwikkelt na

verloop van tijd zijn eigen modellen van denken en doen, meestal bestaande uit meer dan één methode en gebaseerd op verschillende verklaringstheorieën. Regelmatig kan men dan ook het gebruik van één en dezelfde methode door verscheidene therapeuten verklaard horen op verschillende manieren. Kennelijk hangt dit af van het vooringenomen theoretische standpunt van de betreffende therapeut.

Een combinatie van analytische en systeemtheoretische standpunten werd voor het eerst ingenomen door enkele onorthodoxe analytici (Ackerman, 1958; Bowen, 1978; Whitaker, 1953), die zich in de vijftiger jaren tot gezinstherapeuten ontwikkelden.

Wat betreft de relatietherapie liet de uitwerking van deze beide theorieën iets langer op zich wachten. In de zestiger jaren werden de objectrelationele theorie over echtpaardynamiek in Engeland (Dicks, 1967) en de systeemtheoretische zienswijze van partnerrelatietherapie in Noord-Amerika (Lederer en Jackson, 1968) geformuleerd. Beide theorieën werden voor het eerst gecombineerd toegepast tussen de jaren 1970 en 1980 bij de behandeling van één paar (Willi, 1975 en 1978; Bockus, 1980) en van meerdere paren tegelijk in een groep (Nevejan, 1973; Skynner, 1981). Ik zal nu proberen in het kort weer te geven wat elk van deze beide theorieën inhoudt en hoe hun integratie verloopt.

4.1 De objectrelatietheorie van de partnerrelatie

Hoe worden huwelijksmoeilijkheden door de objectrelatietheorie begrijpelijk gemaakt? Dicks (1967) stelt dat de ene partner die gevoelens aan de andere partner toedicht (projecteert), welke niet in zichzelf ontwikkeld zijn en zich vervolgens met die persoon vereenzelvigd (identificeert). Men wordt aangetrokken tot die persoon, die iets heeft wat jezelf complementeert, bijvoorbeeld zelfstandigheid of warmte. Geschiedt dit door de drijfveer om heel te worden? Meestal ziet men dat partners aan elkaar groeien, doordat ze gestimuleerd worden door het voorbeeld van de ander om alsnog in zichzelf datgene te ontwikkelen, wat zij tot nu toe misten. Sommige paren echter raken hier na korte of langere tijd in de problemen, omdat zij vasthouden aan het ideaalbeeld van hun partner of, in hun illusie ontgoocheld, zich hiervan afwenden. Zij komen er niet aan toe om datgene wat zij

toegedicht hebben aan de ander (en afgesplitst hebben van zichzelf), terug te nemen en nuchter te bezien dat de ander niet ideaal is en zichzelf trouwens evenmin. Dit geschiedt vooral bij die partners, waarbij het afgesplitste deel zo groot is, dat zij niet – tenzij met hulp van buitenaf – in staat zijn om er met de nodige aarzeling en weerstand naar te kijken en dit facet van hun persoonlijkheid alsnog in zichzelf te ontwikkelen. In de therapie blijkt, volgens de objectrelatietheorie, dat deze grote en sterke lading van het afgesplitste gedeelte juist bij die mensen voorkomt, die in hun jeugd een ongezonde kind-ouderrelatie hebben gehad.

Dicks (1967) voerde het begrip collusie in om aan te geven, dat dit proces tussen partners wederzijds geschiedt. Zij haken op elkaar in en raken verstrengeld in hun beider afweer van een gemeenschappelijke, onbewuste, gestoorde grondmodaliteit, bijvoorbeeld: bevestiging, zorg, macht of sexualiteit. Het verstrikt zijn van een paar in een van deze vier basisgevoelens en behoeften is door Willi (1975) beschreven in vier soorten collusies. In wat voor collusie echter de partners ook verwickeld zijn, steeds is het doel van de therapie dat elke partner alsnog datgene in zichzelf ontwikkelt wat hem of haar in de partner aangetrokken heeft. Zo wordt bijvoorbeeld een te afhankelijke vrouw geholpen zelfstandig te worden in plaats van alleen op haar stevige man te steunen. En anderzijds wordt de man geholpen beter zijn emoties te leren uitdrukken in plaats van daarin afhankelijk te blijven van zijn expressieve vrouw.

Zo gezien verrijken de beide partners zichzelf en wordt ieder een iets completer mens. Zij worden voor elkaar herkenbaarder, doordat zij meer op elkaar gaan lijken, in plaats van te polariseren naar uitersten ('Als jij nu maar ..., dan kan ik ...').

Geformuleerd in termen van de analytische psychologie van Jung ontwikkelt ieder der partners zijn of haar schaduwzijde. Meestal komt dit neer bij de man op de ontwikkeling van zijn archetypische vrouwelijke zijde en bij de vrouw van haar oerachtige mannelijke kant (Sanford, 1980).

Bij de multi-methodische relatietherapie wordt zowel getracht het gestoorde evenwicht tussen de partners te herstellen volgens systeemtheoretische principes, als ook, volgens de objectrelatietheorie, te helpen bij de individuele herstructurering van

die persoonlijkheidsaspecten van eik der partners die de relatie verstoren.

Naar gelang de fase, waarin de partner zich bevindt, ligt nu eens meer het accent op het bewerken van het individuele, en dan weer meer op dat van het relationele aspect. Uiteraard is een en ander een ideale doelstelling. In de praktijk wordt dit slechts gedeeltelijk verwezenlijkt. Maar toch meestal voldoende om het onleefbare evenwicht te doorbreken. Vanzelfsprekend is dit een nooit eindigend proces, dat in crisissen of – positiever uitgedrukt in groeiversnellingen – verloopt naar gelang de individuele leef-tijdsfase en de gezinscyclus.

4.2 De systeemtheorie van de partnerrelatie

De systeemtheorie, als zodanig genoemd vanaf 1945 door Von Bertalanffy (1968), verklaart een interactie tussen partners niet vanuit de intrapsychische eigenschappen van de partner, maar vanuit de positie – of anders gezegd de relatie – die de partners ten opzichte van elkaar innemen (Lederer en Jackson, 1969). Zoals twee mensen met een bepaald gebaar ten opzichte van elkaar een bepaalde houding aangeven en dezelfde figuren in een andere positie ten opzichte van elkaar een ander soort relatie uitdrukken, zo ook zal de huwelijksrelatie bepaald worden door de relatie van de partners onderling. Verhouden zij zich anders, dan zal ook hun huwelijk veranderen. Een systeem, zoals het huwelijk en het gezin, is een samenhangend geheel van delen met bepaalde eigenschappen (Steinglass, 1978). Bijvoorbeeld: een systeem heeft de eigenschap zichzelf in evenwicht te houden bij dreigende verstoring. Zou bijvoorbeeld in een partnerrelatie de aanvankelijk aandachtvragende vrouw gaan zwijgen, dan zal de eerst stille man nu gaan praten en vragen: 'Is er wat?' Het gaat er in de systeemtheorie dus eerder om hoe mensen zich ten opzichte van elkaar verhouden en gedragen, dan om de individuele kenmerken van elk der deelnemers op zich. Een andere eigenschap van een relatiesysteem is dat het wordt uitgedrukt door verbale en nonverbale communicatiemiddelen. Zelfs zwijgen heeft een communicatiebetekenis. 'Men kan niet niet communiceren' (Watzlawick, 1970).

Een volgende eigenschap van een levend systeem is, dat het openstaat en beïnvloed wordt door factoren van buitenaf. Een echtgenoot zal zich bijvoorbeeld anders gedragen tegenover zijn vrouw dan tegenover een collega. Hoe sterk ook het karakter van de partner is, hun gedrag wordt beïnvloed door elkaar en hun situatie i.c. hun relatie. Verder roept iedere actie een reactie op. In de huwelijksysteemtheorie is dit principe bekend geworden als het 'quid pro quo'-principe (Lederer en Jackson, 1969). Letterlijk vertaald: iets voor iets. Vrij vertaald: 'Voor wat hoort wat', of 'in de partnerrelatie is het geven en nemen', of 'niets voor niets'. In elk huwelijk ontstaan terugkerende en voorspelbare patronen van quid pro quo. Als een vrouw bijvoorbeeld ruzie dreigt te maken, loopt de man weg. Of als hij lang stil is zal zij vragen: 'Wat gaat er in je om?' Er bestaan heilzame quid pro quo's en destructieve. Een systeemtherapeut zal proberen, gelet op de eigenschappen van het huwelijksstelsel, om deze destructieve patronen te veranderen in heilzame (Watzlawick, 1970). De systeemtheorie, zoals deze wordt toegepast bij relatieproblemen is op dit moment nog geen geïntegreerde theorie, maar meer een serie losse concepten bij elkaar (Steinglass, 1980).

5 Beperkingen

Welke zijn de beperkingen van de multi-methodische relatietherapie?

1. Dat beide partners gemotiveerd dienen te zijn voor een behandeling. Daarbij is inbegrepen het willen erkennen van het eigen aandeel in de moeilijkheden en het willen bewerken daarvan.
2. Dat deze vorm van relatietherapie moeizaam of niet toepasbaar is bij weinig verbaal ontwikkelde mensen. Ook al bevat deze vorm van therapie veel nonverbale elementen, toch vraagt het inzien van het eigen aandeel en de herstructurering van bepaalde persoonlijkheidsaspecten, een instelling van zich willen bezinnen op – en kunnen verwoorden van – innerlijke emoties en gevoelens.
3. Dat de partners openstaan voor een congruente therapeutische benadering. Zij zijn ondubbelzinnig in hun verzoek om hulp, in plaats van hiertegen onwillekeurig weerstand te bieden

(‘Ik wil dat jij me helpt zonder dat ik er iets voor hoef te doen’ of ‘Ik zal je bewijzen. dat ik niet geholpen kan worden’). Bij uitgesproken rigide relatiesystemen, die de strijd om de macht met de therapeut – op een vaak verholten wijze – aangaan is eerder een paradoxale aanpak geïncideerd. Het zou te ver voeren om hier te beschrijven wat paradoxale therapie is. Ik verwijs hiervoor naar de publikatie van Evers en Rijnders (1982). Casuïstiek over de paradoxale benadering van één paar kan men vinden bij Van der Velden e.a. (1978). Een zuivere systematische en ook theoretisch verantwoorde paradoxale relatietherapie in een groep van echt-paren wordt beschreven door Caillé en Hartveit (1984) en Papp (1983). In het kader van de overwegend congruent werkende multi-methodische relatietherapie worden paradoxen slechts toegepast wanneer de congruente aanpak niet helpt. Soms is het mogelijk om na een tijdelijk paradoxale benaderingswijze weer door te gaan met congruente therapie.

4. Dat de therapeut, die de multi-methodische relatietherapie in groepsvorm beoefent, zowel scholing moet hebben in het geven van relatietherapie aan één paar als ook – indien multi-methodische relatietherapie in groepsverband beoefend wordt – ervaring moet hebben in het leiden van groepen, van enkelingen. Men dient relatietherapeut te zijn, omdat ook de relatiedynamiek van vier sub-systemen ieder op zich en gezamenlijk aan de orde is (Laqueur, 1972; Nevejan, 1973). Daarnaast dient de multi-methodische relatietherapeut ervaring te hebben in zowel verbale als nonverbale therapiemethoden. In het bijzonder vraagt het zuiver toepassen van elk der acht methoden op zich, een gedegen opleiding in elk dezer benaderingswijzen.

5. Dat de groepsvorm van relatietherapie bij voorkeur verricht dient te worden door twee therapeuten. Omdat er zoveel tegelijk gebeurt, is het nauwelijks voor één therapeut te bevatten (Whitaker, 1981). En tevens om een model te vormen voor de patiëntenparen. Het meest analoge therapeutisch model is uiteraard dat van een mannelijke en vrouwelijke therapeut, die zelf een paar vormen (Skynner, 1981). Iets minder als voorbeeld dienend is dat van twee niet getrouwde mannelijke en vrouwelijke collega's (Markowitz en Kadis, 1972) en tenslotte dat van twee mannelijk of vrouwelijke co-therapeuten. Elk van deze vormen

roept zijn eigen specifieke identificatiemogelijkheden en overdrachtsgevoelens op.

6. Dat de multimethodische relatietherapie beter toepasbaar is met meerdere paren tegelijk dan met één paar. Werkt men met één paar, dan kunnen uiteraard geen rollenspelen gedaan worden bij gemis aan rollenspelers. Men kan dit bij een driegesprek gedeeltelijk opvangen door hiervoor kussens of stoelen te gebruiken en zelf als therapeut de stemmen van de betreffende rollen te vertolken. Alle andere methoden, zoals communicatie-oefeningen, Gestalt, contextuele therapie, rituelen en psychosynthese zijn wel te gebruiken bij één paar. Zij het dat men het cumulatieve aspect mist van de groeps- en pareninteractie, zoals die optreedt bij een groep met paren.

7. Dat multi-methodische relatietherapie weliswaar beter toe te passen is in gesloten dan in open groepen, maar dat gesloten groepen praktisch gezien moeilijk te vormen zijn. Een gesloten groep betekent, dat de deelnemers blijven van het begin tot het einde van het groepsproces. Dit heeft het voordeel, dat alle paren gelijktijdig door de verschillende fasen heengaan. En dus, dat de verschillende fasegebonden therapeutische methoden voor alle paren tegelijk toegepast kunnen worden. Dus bijvoorbeeld, dat het bij de aanvang zinvol is om alle paren communicatie-oefeningen te laten doen. Of tegelijk: elk paar tegenover elkaar zittend. Of na elkaar: één paar in het centrum van de groep met nadien navragen om herkenning bij de andere drie paren. Herkenning, die groot zal zijn, omdat zij in dezelfde fase verkeren als het eerste paar. Het is echter moeilijk vier paren te vinden, die in dezelfde beginfase verkeren. Regelmatig verkeert een paar, dat zich aanmeldt, reeds in de tweede fase, of althans één van hen beiden (meestal de vrouw). Verder doorlopen de paren de drie fasen niet in hetzelfde tempo. Vaak ontwikkelt het ene paar zich sneller dan het andere. Het grootste bezwaar echter van de gesloten groepen is, dat zij praktisch gesproken moeilijk te vormen zijn in een poliklinische praktijk. Immers melden zich regelmatig nieuwe paren aan; deze moeten telkens wachten tot een groep vol is. Bovendien als een paar een gesloten groep (voor de duur van één jaar bijvoorbeeld) toch onverwacht vroeg verlaat (bijvoorbeeld na drie of vier maanden), wordt de gesloten groep kleiner, zonder dat men aan kan vullen. Zo kan een geslo-

ten groep doodbloeden. Vandaar dat in de praktijk toch meestal gekozen wordt voor het model van open groepen. Hierbij komt een nieuw paar in een groep, zodra er plaats komt, doordat een van de deelnemende paren de groep verlaat. Het nadeel is, dat het nieuwe paar in fasen achterligt bij de reeds langer aan de groep deelnemende andere drie paren. En dus dat de therapeut zijn methodes per paar moet aanpassen en niet of minder groeps-oefeningen kan doen, die voor allen passen. Het voordeel is echter, dat er minder wachttijd is, dat de groep altijd vol blijft en dat elk paar zijn eigen tempo kan volgen en de groep kan verlaten, zodra het klaar is. Het verschil in fasen, waarin de paren verkeren heeft ook een nuttige kant: de nieuwe paren leren sneller aan het voorbeeld van de oudere. Terwijl deze laatsten zich juist door het gedrag van de nieuwkomers realiseren, hoe zij vroeger waren en hoe zij veranderd zijn. In een gesloten groep leren de paren van elkaar door hun gelijk zijn, in een open groep juist door hun verschillend zijn.

8. Dat het effect van multi-methodische relatietherapie, zoals van elke andere vorm van psychotherapie, sterk afhangt van de persoon van de therapeut, met name diens ervaring en diens instelling. Mijn instelling probeert die te zijn, welke de cliënt tot zijn recht laat komen door hem, zoals Dante in de *Divina Comedia*, maximaal te begeleiden door de diepten en hoogten naar een optimaal leefbare realiteit.

6 Resultaten

Wetenschappelijk verantwoord onderzoek over het proces en het effect van partnerrelatietherapie is buitengewoon moeilijk. Bovendien worden de weinige objectieve onderzoeken, die er gedaan zijn, verschillend geïnterpreteerd naar gelang de therapeutische richting van de interpretator (Gumian, 1978). Over het algemeen worden goede resultaten vermeld bij tweederde van het aantal behandelde gevallen en een verslechtering bij 5 á 10%. Ook uit recente onderzoeken wordt, evenals uit vroegere, duidelijk dat er een hogere verbetering (66%) van huwelijksmoeilijkheden te verwachten is wanneer beide partners samen behandeld worden, dan wanneer slechts één van hen in behandeling is geweest (48%) (Nevejan, 1976). Bovendien wordt ook

hier duidelijk, dat de relatiebekwaamheden van de therapeut een doorslaggevende invloed hebben op de uitkomst van de huwelijks therapie, onafhankelijk van de therapeutische school, die deze aanhangt.

Welke zijn in het bijzonder de resultaten van de multi-methodische relatietherapie? Praktisch gesproken beëindigt het merendeel der paren de groepstherapievorm na 60 groepszittingen (met 4 paren) van elk anderhalf uur lang. Dit komt gemiddeld neer op 15 zittingen per paar. Zo gezien is de multi-methodische relatietherapie in groepsverband een kortdurende behandeling van veelal reeds langer bestaande huwelijksmoeilijkheden. Elk van de 3 fasen neemt voor zijn uitwerking ongeveer 25 zittingen in beslag. Bij een therapiefrequentie van eenmaal per week zijn dus totaal ongeveer 75 zittingen, anderhalf jaar therapie, nodig. Echter de meeste paren beëindigen de therapie bij het begin van de derde fase, vandaar dat men gemiddeld uitkomt op 60 zittingen. Het motief hierbij luidt meestal als volgt 'Ik ben nu zover uit de problemen en heb weer zoveel perspectief, dat ik het verder wel alleen kan samen met mijn partner.' Het is de vraag of het verdere heroriëntatieproces zich verder spontaan voltrekt in de eerstvolgende maanden na de therapie.

Uit een eenvoudig onderzoek (Nevejan, 1973) mag men dit wellicht concluderen. Het merendeel der ondervraagde paren gaf een half jaar na therapie aan vooruitgegaan te zijn in hun onderlinge relatie. Daarnaast gaf elk der deelnemende partners aan persoonlijk veel aan de therapie gehad te hebben, zelfs als men uiteindelijk tot een echtscheiding besloten had. Echtscheiding komt tijdens en kort na de therapie voor bij 1 op de 3 á 4 paren. Uit een later meer wetenschappelijk verantwoord onderzoek (De Bruijn en Nevejan, 1980) bleken vooral individuele kwaliteiten, zoals innerlijk welbevinden en zelfstandigheid in correlatie met de groepstherapie van paren toegenomen te zijn.

Deze onderzoeken berusten op subjectieve beoordelingen door de partners en de therapeut zelf. Echter, zoals de ervaren onderzoeker Gurman (1978) zegt, zijn objectieve maatstaven uiteraard niet beter dan die welke gebaseerd zijn op subjectieve maatstaven.

Literatuur

- Ackerman, N.W., *The Psychodynamics of Family Life*. New York: Basic Books. Inc. 1958.
- Alexander, F. *Fundamentals of Psychoanalysis*. New York: W.W. Norton & Co. 1948. Assagioli, R. *Psychosynthesis*. New York: The Viking Press. 1965.
- Bach, G.R. en Wyden, P. *The Intimate Enemy*. New York: Avon, 1968.
- Von Bernalanffy, L. *General System Theory*. New York: George Brasiler, 1968.
- Boskus, F., *Couple Therapy*. New York: Jason Aronson, 1980.
- Bowibry, J., *Attachment and Loss*, Vol 1-3. New York: Penguin Books, 1981.
- Bowen, M., *Family-Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, 1978. Boszormenyi-Nagi, I. en Spark, G.M. *Loyalties*. New York: Harper and Row. 1973.
- De Bruijn. G. en Nevejan, M. *Groepstherapie voor partners*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.
- Ph. en Hartvelt, H. Couples in difficulties or the cruel of Janus. *Family Networker*, 1984 en in *Fokus fur Familiera*, nr. 2.
- Gainé. Ph. en Hartvelt, H. When effons come to nothing. *Family Networker*, 1984 en in *Fokus fur Familiera*, nr. 3.
- Dicks. H.V., *Marital Tensions*. New York: Basic Books, 1967.
- Evers. R. en Rifnders, P. *Paradoxe benadering*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom, 1982. Ferruci, P., *Heel je leven*. Haarlem: de Toorts, 1981.
- Frank. J. en Ascher, E. Corrective emotional experiences in group *J. of Psychiatry*, 1951, 108 pp. 136-131.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., en Markman, H., *A Couple's Guide to Communication*. Champaign: Research Press, 1976.
- Greenberg. J.R., and Mitchell, S.A. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge (U.S.A.) and London: Harvard Univ. Press, 1983.
- Gurman, A.S., Contemporary markt! therapies. In: Th.J. Paolino en B.S. McCrady (eds), *Marriage and Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Gurman, A.S. *Issues in the development of Integrative Approaches to Merkel Therapy*. Lezing op het symposium voor Partnertherapie in Zürich. sept. 1984.
- Van der Hart, O., *Overgang en bestendinging. Over het ontwerpen en voorschrijven van rituelen in psychotherapie*. Deventer Van Loghum Slaterus, 1978.
- Van Heusden. A. en van den Eerenbeemt, E. 1. *Boszormenyi-Nagy*. Haarlem: De Toorts, 1983.
- L'Abate, L. Skill Training Programs for Couples and Families. In: A.S. Gurman and Kniskern, D.P., *Handbook ol Family-Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Laqueur, H.P., Mechanisrns of Change in Multiple Family-Therapy. In: C.J. Sager en H.S. Kaplan (eds), *Progress in Group and Family-Therapy*. New York: Brunner/Mazei. 1972.
- Lederen, W.J. en Jackson, D.D., *The Mirages of Marriage*. New York: Norton and Co., Inc., 1968.
- Leun, H., Einfuerung in das experimentelle Katathymes Bilderleben. In: *Aktuelle Psychotherapie*. München: Lehmanns Verlag, 1958.
- Lewis, H.R. en Streitfeld, H.S., *Speel je vrij*. Haarlem: De Toorts, 1974.
- Mahler, M., Pine F., and Bergman, A. *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books, 1975.
- Markawitz, N., en Kadis, A. Short term analytic treatment of married couples in a group by a therapist couple. In: C.J. Sager en H.S. Kaplan (eds), *Progress in Group and Family-Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1972.
- Nevejan, M. (red.). *Gezins- en ethtparenbehandeling in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1973.
- Nevejan, M., Gezins- en echtparentherapie. *Capita Selecta, Ned. T. Geneeskunde*, 120, 51, 1976, 2268-2274.
- Paolino, Th.J.Jr., en B.S. McCrady (eds), *Marriage and Moraal Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1978.
- Papp, P., *The PR:trees of Change*. New York. London, The Guilford Press, 1983.
- Peris, F., Hefferline, R., en P. Goodman, *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. Delta Book, New York: Dell Publishing Co., inc., 1951.
- Pesso. A., *Experience in Action, A Psychomotor Psychology*. New York: N.Y. University Press. 1973.
- Sanford, JA., *De onbekende partner. Invloed van het mannelijk en het vrouwelijk in ons zelf op onze relaties*. Rotterdam: Lamniscaat, 1980.
- Satir, V., *Mensen Maken Mensen. De kunst om een gezin beter te laten functioneren*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.
- Schutz, W.C., *Allemaal! 's-Gravenhage*: N.V.S.H., 1972.
- Skyunner, R.A.C., An Open-Systems Group-Analytic Approach to Family-Therapy. In: A.S. Gurman en D. Kniskern. *Handbook of Family-Therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Slizki, C.E., Marital Therapy from a Systems Theory Perspective. In: Th.J. Paolino en B.S. McCrady, *Marriage and Marital Therapy*. New York: Brunner/ Mazel, 1978.
- Steinglass, P., The Conceptualization of Marriage from a Systems Theory Perspective. In: Th.J. Paolino en B.S. McCrady, *Marriage and Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Stevens. J.O., *Bewust-zijn. 's-Gravenhage*: Bert Bakker, 1973.
- Vansteenwegen, A., *Helpen bij partnerrelatieproblemen*. Deventer, Van Loghum Slaterus. 1983.
- Van der Velden. K., e.a., *Directieve Therapie 1 en 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978 en 1980.
- Watzlawick, P., Bearin, J.H., en Jackson, D.D., *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Whitaker, C., en Malone, T., *The roots of Psychotherapy*. New York: Blakiston. 1953.
- Whitaker, C., en Keith, D., Symbolic Experiential Family-Therapy. In: A.S. Gurman en D. Kniskern, *Handbook of Family-Therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Willi, J., *Therapie der Zweierbeziehung*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt, 1978.
- Willi, J., *Die Zweierbeziehung*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt. 1975. (Vertaald in het Nederlands als: De partnerrelatie, Rotterdam: Donker, 1983.)
- P.S. Na afsluiten van dit artikel nam ik kennis van: Krop. J., *Aktietherapie*. Bloemendaal: Nelissen. 1984.
- Dit boek bevat vele lichaams- en fantasie-oefeningen, toepasbaar in de actie-gerichte multi-methodische therapie.

Summary

The multimethodical relationstherapy in fases consists of the application in therapy of different consistent therapeutical techniques in a certain chronological order, which is made according to the peculiar episode of the relationship of a couple in therapy.

Each fase has its own specific methods to apply. Three fases and eight practical methods are mentioned, as applied in a couples-group formate. Follows a short description of the two main theoreticai frames on which the applications are based. — the object-relations theory and the system theory.

RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE: THEORIE EN PRAKTIJK

In: Psychotherapie in Nederland, ed.

1988



1 Inleiding

1.1 Definitie

Onder relatie- en gezinstherapie wordt verstaan de psychotherapie van de onderlinge verhoudingen tussen twee partners en/of tussen gezinsleden in elkaars aanwezigheid.

Het begrip psychotherapie houdt volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie in: 'het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten, in die zin, dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen, door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie, teneinde de psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen op te heffen of te verminderen'.

Wat betreft relatie- en gezinstherapie zou men voor de duidelijkheid eigenlijk moeten spreken van relatiepsychotherapie en gezinspsychotherapie, zoals dit bijvoorbeeld ook gebruikelijk is voor groepspsychotherapie.

Maar in de spreektaal zijn de ingekorte uitdrukkingen relatie- en gezinstherapie en relatie- en gezinstherapeut(e) ingeburgerd.*

Het woord relatietherapie heeft overigens een geschiedenis van 25 jaar achter de rug.

In de jaren vijftig en begin van de jaren zestig sprak men nog van echtpaar(relatie)-therapie. Toen eind jaren zestig en begin jaren zeventig vele andere niet gehuwde, maar wel duurzame relatievormen ontstonden (zoals samenwonenden, LAT (Living-Apart-Together)-relaties en andere woon- en leefvormen van zowel hetero- als homoseksuelen), bleek het woord echtpaar niet meer van toepassing.

* Voortaan wordt terwille van de leesbaarheid de manlijke vorm aangeduid, daar waar zowel de manlijke als de vrouwelijke therapeut als patiënt of cliënt bedoeld wordt. De woorden patiënt en cliënt duiden op hetzelfde en worden beiden als zodanig gebruikt.

Toen ontstond de mijns inziens lelijke aan het Engels ontleende uitdrukking: partnerrelatietherapie (in de wandel afgekort tot PRT).

De laatste jaren is het woord partner weggevallen en spreekt men kortweg van relatietherapie, wanneer men bedoeld de relatietherapie van de relatie tussen twee (en bij de uitzonderlijke duurzame drie- of vierrelaties tussen drie of vier) volwassen levenspartners van dezelfde generatie. Dus zonder de eventuele kinderen van hen beiden of van elk van hen en zonder hun ouders of grootouders. Onder gezinstherapie verstaat men de psychotherapie van gezinsleden van meer dan één generatie. Dus: van de partners met de kinderen óf met hun ouders óf met beiden (de zogenaamde drie-generatie gezinstherapie).

Het tegelijkertijd aanwezig zijn (de eenheid van tijd en plaats) van de partners en/of de gezinsleden was en is nog steeds het kenmerkende van relatie- en gezinstherapie. De therapeut behandelt de relatie of het gezin als geheel. Elk paar en gezin heeft een specifieke sfeer (bijvoorbeeld door meer of minder saamhorigheid) met eigen taal, gewoonten, waarden, geheimen en dergelijke. Slechts doordat de therapeut allen tegelijk meemaakt, kan hij de typisch-eigen kenmerken van dit geheel observeren, meebelevend en behandelen. Uiteraard wordt dit geheel vertekend door zijn aanwezigheid.

Gedurende de ongeveer eerste 10 jaren van de ontwikkeling van deze nieuwe vorm van psychotherapie, werd aan dit tegelijk aanwezig zijn van alle betrokkenen strikt vastgehouden. Later kwamen er uitzonderingen op de regel, dat wil zeggen dat men ook van relatie- en gezinstherapie ging spreken, wanneer de therapeut slechts één of enkele leden van een geheel zag, wanneer hij dit tenminste deed vanuit het gezichtspunt van de relatie of het gezin. Dat wil zeggen dat hij met de wel aanwezige(n) sprak over hun relatie tot de afwezige(n). Er zijn zelfs bepaalde indicaties voor deze behandelwijze ontstaan.

Maar dit voert reeds tot een verdere specifieke ontwikkeling van de relatie- en gezinstherapie. Laat ons deze eerst in zijn algemeenheid beschrijven.

1.2 Ontstaan en ontwikkeling van de relatie- en gezinstherapie

Stel dat een oplossing van een bepaalde stof op een gegeven moment verzadigd wordt. Men ziet dan op verscheidene plekken tegelijkertijd een kristallisatie ontstaan. Zo iets gebeurde bij het ontstaan van de relatie- en gezinstherapie in de jaren vijftig in Noord-Amerika. Toen ontdekte nl. tegelijkertijd een aantal individuele psychotherapeuten aan de oost- en westzijde van de Verenigde Staten de nieuwe en specifieke mogelijkheden van het behandelen van hun cliënten samen met familieleden of partner.

Eigenlijk is dit een verbazingwekkend gebeuren: Relaties en gezinnen zijn er altijd al geweest, maar nog nooit was iemand op het idee gekomen of had het aangedurfd om deze verbanden dan ook als zodanig te zien en te behandelen. Men wist niet beter of een vertrouwelijke behandeling diende strikt gescheiden van anderen plaats te hebben. Contact met familieleden werd, in navolging van Freud, afgeweerd om het vertrouwen van de patiënt niet te beschadigen. En dit terwijl er in individuele psychotherapie uiteraard zeer veel gesproken werd door de patiënt over zijn partner, zijn ouders en zijn kinderen.

De psychodynamische theorieën van Freud en andere bekende psychotherapeuten uit de eerste helft van deze eeuw bevatten veel opvattingen over de betekenisvolle relaties van een mens in ontwikkeling. Niemand kwam echter voor 1950 op het idee om de betrokkenen of verwanten direct bij de behandeling te betrekken en samen met de patiënt te zien. Of wellicht, dat de onbekende collega uit het verleden, die dit overwoog, het niet durfde uit angst om onwetenschappelijk genoemd te worden en uit de gevestigde kringen van zijn vakbroeders gestoten te worden. Het individualistisch tijdsbeeld van de negentiende eeuw zal daar zeker aan bijgedragen hebben. Door de Eerste- en Tweede Wereldoorlog veranderde dit perspectief geleidelijk en ontstond er meer groeps- en gemeenschapsgerichtheid. Mede daardoor konden de eerste relatiegerichte pioniers hun blik zo anders richten dat zij eindelijk datgene zagen wat altijd al aanwezig was geweest: de levendige relatie tussen twee of meer mensen, op dezelfde tijd en plaats aanwezig.

In hoofdstuk twee en drie volgt een beschrijving van de voornaamste theoretische en technische stromingen in de relatie- en

gezinstherapie, zoals die zich in de laatste paar decennia ontwikkeld hebben.

Eerst wil ik in het kort de bronnen van de relatie- en gezinstherapie aanduiden aan de hand van wie de pioniers waren en hoe de relatie- en gezinstherapieinstituten ontstonden.

1.3 De pioniers van de relatie- en gezinstherapie in de VS van Noord-Amerika

Als geboortjaar van de relatie- en gezinstherapie houd ik 1962 aan. In dat jaar verscheen het geboortekaartje: het tijdschrift 'Family Process'. Ongeveer negen jaar lang was men in verwachting geweest van dit gebeuren.

Verscheidene pioniers hadden in de jaren vijftig in isolement gewerkt: Ackerman, Bowen, Lidz, Nagy, Satir, Whitaker en Wynne aan de oostkust van Noord-Amerika; anderen in teamverband, zoals Bateson met Jackson, Haley en Weakland (waarbij zich later Satir voegde) in Californië.

Sommigen hadden elkaar op congressen ontmoet en waren begonnen artikelen en videotapes uit te wisselen; anderen zochten elkaar persoonlijk op en keken naar elkaars werk.

Zij deelden hun enthousiasme over de nieuwe ontdekkingen en vonden steun bij elkaar tegen de afwijzing van deze afwijkende vorm van psychotherapie door hun behoudzuchtige vakgenoten.

Gezinstherapie begon een strijd om erkenning door de heersende individueel analytische therapeuten. Een gevecht, merkwaardigerwijze vergelijkbaar met eenzelfde situatie, waarin Freud en zijn volgelingen vijftig jaar eerder verwickeld waren geweest tegen hun toenmalige collega's.

Relatie- en gezinsgesprekken konden in de jaren vijftig alleen plaatshebben onder de noemer van onderzoek of in de beslotenheid van de eigen praktijk. Dit onderzoek bestreek twee terreinen: dat van de schizofrenie en dat van het delinquente of psychotische kind.

Zo kon Bateson, antropoloog, de Rockefeller-subsidie voor zijn studieproject (1952-1954) naar menselijke communicatie (waarvoor hij Haley en Weakland had aangetrokken) alleen verlengen door te stellen, dat hij schizofrenie – een beladen onderwerp – zou onderzoeken. Met behulp van de Macy Foundation (een

soort 'V&D' in Amerika) kon hij toen doorwerken en Jackson als psychiater erbij betrekken. Zij publiceerden in 1956 het beroemde artikel: 'Toward a Theory of Schizophrenia' (Bateson et al., 1956).

Toen het project van Bateson begon af te lopen, richtte Jackson met geld, gekregen van een patiënt, het Mental Research Institute in Palo Alto op. Haley, Weakland en Satir kwamen bij hem werken. Bateson ging zijn eigen weg. Namen van kinderpsychiaters, die via kindtherapie tot gezinstherapie kwamen, zijn: Ackerman, Bowen en Minuchin. Nathan Ackerman had reeds in 1938 een artikel gepubliceerd met de titel: 'The Unity of the Family' en voerde kort na de Tweede Wereldoorlog in New York in zijn privépraktijk gezinsgesprekken. In 1957 richtte hij de 'Family Mental Health Clinic' voor de Jewish Family Services in New York op, en in 1960 zijn eigen 'Family Institute' (na zijn dood in 1972 het 'Ackerman Institute' genoemd).

Het waren Ackerman en Jackson, die in 1961 de koppen bij elkaar staken om een eigen tijdschrift over relatie- en gezinstherapie uit te geven.

Zij vroegen de hun bekende pioniers in de redactiestaf: Haley en Bateson (uit Palo Alto), Bowen (Washington), Lidz (Yale) Whitaker (Atlanta) en Wynne (Washington).

Murray Bowen had, zoals Ackerman, op de Menninger Clinic met psychotische kinderen gewerkt. In het begin van de jaren vijftig kreeg hij de kans om op het National Institute for Mental Health te Washington een toenmalige hypothese te toetsen. Namelijk, dat schizofrenie bij het kind door de 'schizofrenogene' moeder zou worden veroorzaakt.

Theodore Lidz, analyticus zoals Ackerman en Bowen, zocht eveneens de oorsprong van psychotisch gedrag van adolescenten bij de ouders. Hij deed dit eerst (1940-1950) op de John Hopkins University, vanaf 1951 op Yale.

Carl Whitaker werkte tijdens de oorlog op Oak Ridge, het centrum waar de atoombom ontwikkeld werd. In deze geïsoleerde gemeenschap begon hij echtgenoten en andere gezinsleden te betrekken bij behandelingen van kinderen en adolescenten met problemen. Na de oorlog vestigde hij zich met een paar collega's in Atlanta, waar zij naar elkaars werk keken. Soms nodigden zij anderen uit: bijvoorbeeld in 1955 Gregory Bateson (Palo Alto), Don Jackson (toen nog op Chestnut Lodge), John

Rosen (bekend om zijn alternatieve empathische behandeling van schizofrenie) en Albert Scheflen (zoals Bateson, etnoloog, geïnteresseerd in observatie van nonverbaal schizofreen gedrag). Lyman Wynne had na zijn medische opleiding op Harvard ook nog psychologie gestudeerd. Reeds vanaf 1947 zag hij gezinnen in het Massachusetts General Hospital. Hij verrichte deze behandelingen op de afdeling van Lindemann, toen al bekend door zijn onderzoek over de invloed van rouw en gezinsstructuur op het psychosomatisch welbevinden van de patiënt. In 1952 vertrok Wynne naar het Nationaal Instituut voor Geestelijke Gezondheid bij Washington, waar Bowen zich een paar jaar later bij hem voegde. Ook Wynne had in 1956 en 1957, net als Bowen, Lidz, Ackerman en Jackson, het jaarlijkse congres van de American Psychiatric Association (APA) bezocht en hen daar leren kennen. Daarna troffen deze pioniers elkaar regelmatig.

Langzaam groeide de gezinstherapiebeweging in de jaren vijftig tot zij in 1962 publiek tevoorschijn trad met de uitgave van 'Family Process'.

Ik heb zelf het voorrecht gehad de meeste van de genoemde pioniers persoonlijk gekend te hebben. Eerst op het APA-congres in 1969 en daarna in 1971 op een studiereis door de Verenigde Staten (Nevejan, 1971). Jackson was toen helaas reeds overleden (in 1968), maar Ackerman leerde ik nog kort voor zijn dood (in 1972) kennen. Wat mij trof op deze rondreis langs alle toen bekende gezinstherapeuten was, hoe zij in hun werk dezelfde karakteristieken toonden als in hun persoonlijke omgang. Er is zelfs een indeling gemaakt door Beels en Ferber (1969), op grond van dezelfde waarneming, in relatie- en gezinstherapeuten, die zich als leiders (charismatisch, bewogen, manipulatief) opstellen en zij die meer reageren op het gezin.

Een andere bekende indeling van gezinstherapeuten werd in 1970 gemaakt in een monografie (1970) van de Group of the Advancement of Psychiatry (GAP) over de behandeling van het probleemgezin. Daarin hanteert men een indeling van A tot Z, waarbij A de individuele therapeut is, die af en toe gezinstherapie doet en de Z-therapeut een therapeut is, die alleen maar patiënten in gezinsverband wil zien. De meeste collega's bleken zich ergens tussen A en Z te bevinden. Virginia Satir en Salvador Minuchin zijn bijvoorbeeld uitgesproken leiders en Z-positie-therapeu-

ten. Iwan Boszormenyi-Nagy daarentegen, ook een pionier van het eerste uur, was eerder een reagerend man, die aanvankelijk meer naar de A- dan de Z-positie neigde. In de loop van de laatste vijftien jaar is hij meer een leider geworden en een Z-therapeut.

De pioniers van de gezinstherapie zijn bijna ook allen pioniers op het gebied van de relatietherapie. Zij behandelden paren en gezinnen naar gelang de aanmeldende personen, het probleem, de mogelijkheden en de doelstelling.

Carl Whitaker bijvoorbeeld publiceerde in 1958 over de behandeling van 30 paren tussen 1955 en 1957. En Virginia Satir wijdt een groot gedeelte van haar bestseller 'Conjoint Family Therapy' uit 1964 aan echtpaarbehandeling. Don Jackson schreef met zijn collega Lederer een apart boek over relatietherapie in 1968 (Lederer & Jackson, 1968).

Daarnaast zijn er pioniers geweest op het gebied van de relatietherapie, die zich niet op het gebied van gezinstherapie begeven hebben, of pas veel later. Ik denk daarbij aan Henry Dicks (1967), Robin Skynner (1976) en Lily Pincus (1960), allen van de Tavistock Clinic in Londen. Verder aan Van Emde Boas (1962) in Nederland, Jürg Willi (1975) in Zwitserland en Lemaire (1974) in Frankrijk. Allen mensen, die het voor het eerst aandurfd partners samen te behandelen. De relatietherapie had in tegenstelling tot de gezinstherapie, reeds vanaf de jaren dertig twee soorten voorlopers. Enerzijds de vele naamloze min of meer professionele medewerkers (counselors) van de bureaus voor huwelijksmoeilijkheden in Amerika (daar de 'marriage guidance clinic' genoemd) en in Europa. Zij zagen de echtgenoten wel gezamenlijk, maar behandelden hen met individuele concepten uit het analytisch georiënteerde casework.

Anderzijds waren er enkele analytici, zoals Oberndorf (1934), Mittelman (1944) en Fairbairn (1954), die begonnen met de analytische begrippen om te bouwen tot relatie-gerichte concepten, ofschoon zij nog geen partners tegelijk ontvingen. Langzaam ontwikkelde zich het behandlingsmodel van de gescheiden behandeling van twee echtelieden door verschillende therapeuten (separate treatment) naar een vorm, waarin de twee therapeuten overleg pleegden en samenwerkten (collaborative treatment), tot verder naar de situatie waar beide echtelieden, weliswaar elk apart, door een en dezelfde therapeut behandeld werden (concurrent treatment) (Greene, 1965).

Ten slotte bedacht Don Jackson in 1959 de term 'conjoint therapy' om aan te geven dat de therapeut de partners tegelijk (conjointly) ontmoet. Daarnaast heeft de gezinstherapie de gemeenschappelijke (conjoint) relatiebehandeling van partners sterk bevorderd, zodat het in de jaren zestig ook op de bureaus voor huwelijksmoeilijkheden de gewoonte werd om de partners samen te behandelen. Van Emde Boas (1962) ging nog verder: hij behandelde reeds in de jaren vijftig echtparen samen in groepsverband.

Peggy Papp (1976) introduceerde deze vorm van groepstherapie voor partners in Amerika en Robert Skynner (1981) in Engeland.

De sterke ontwikkeling van de groepspsychotherapie in de naoorlogse jaren heeft zeker als derde factor invloed uitgeoefend op het doorbreken van het taboe van gemeenschappelijk behandelen van partners en gezinsleden.

1.4 De ontwikkeling van de relatie- en gezinstherapie in Nederland, Vlaanderen en Europa

1.4.1 De gezinstherapie

Ik verwijs voor de geschiedschrijving van de gezinstherapie naar twee recente Nederlandstalige publikaties in het Handboek Gezinstherapie: één over de ontwikkeling van de gezinstherapie in Nederland door Van der Pas (1986), en één over het ontstaan in Vlaanderen door Compennolle (1984).

De belangrijkste gebeurtenis sinds 1986 op dit gebied in Nederland is, dat de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (de NVRG, met meer dan 1.000 leden en aspirant-leden) in 1986 erkend werd als specialistische vereniging in de psychotherapie door de overkoepelende Nederlandse Vereniging van Psychotherapie (NVP). Hierdoor heeft de NVRG dezelfde erkenning en status gekregen als andere specialistische verenigingen, zoals die van de psychoanalyse, de rogeriaanse therapie, de gedragstherapie, de groepstherapie en de kinder- en jeugdpsychotherapie. Het is ook een bewijs van het bereiken van de volle wasdom van de gezinstherapiebeweging in Nederland, na een ontwikkeling die begonnen is in de jaren zestig. In praktisch elke stad in Nederland wordt gezinstherapie beoefend aan de

Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) en door zelfstandig gevestigde gezinstherapeuten. In Vlaanderen heeft deze ontwikkeling nog plaats, doordat deze daar een tiental jaren later begon.

Gezinstherapie is een specialistisch vakbekwaamheid, te verwerven door een vier tot vijf jaar durende opleiding. Voorwaarde om hieraan te kunnen deelnemen is het met succes gevolgd hebben van een universitaire opleiding aan een van de menswetenschappen (het merendeel psychologie en psychiatrie) of aan een hogere beroepsopleiding (veelal maatschappelijke werk(st)ers). Bovendien het gevolgd hebben van een basisopleiding in de psychotherapie (aan de Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding, de zogenaamde RINO's).

Er bestaan plannen voor het uitgeven van een 'Tijdschrift voor Relatie- en Gezinstherapie'. Tot nu toe zijn de meeste artikelen over beide onderwerpen verschenen in het 'Tijdschrift voor Psychotherapie'.

Ook is in het verschiep de aansluiting bij een nog op te richten Europese Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie met een eigen tijdschrift.

In praktisch alle landen van West-Europa heeft de gezinstherapie zich verder ontwikkeld. Nederland en Scandinavië waren de eerste landen – de bruggehoofden van de Amerikaanse invloed in Europa –, waar de gezinstherapie zich het eerste en het meest algemeen ontplooidde.

Italië leverde een eigen specifieke bijdrage door de ontwikkeling van de cybernetische methode te Milaan, die veel weerklank vond in de rest van Europa, en in Noord- en Zuid-Amerika en Australië.

In de meeste Westeuropese landen bestaan zelfstandige instituten voor gezinstherapie. Ook wordt in vele landen een tijdschrift in de eigen taal over gezinstherapie uitgegeven. In Oost-Europa heeft de gezinstherapie zich nauwelijks ontwikkeld; enigszins in de Oostbloklanden maar nog nauwelijks in de Sovjet-Unie. In mei 1987 vond te Praag het eerste internationale gezinstherapiecongres achter het ijzeren gordijn plaats met een deelname van een duizendtal geïnteresseerde Oost-Europeanen.

1.4.2 De relatietherapie

Echtparen met moeilijkheden konden in de jaren dertig en veertig terecht bij kerkelijk verzuilde huwelijksbureaus. Deze werden in die tijd bemand door niet-professionele ongeschoolde hulpverleners (veel oudere huisvrouwen) onder leiding van een huisarts en pastor of humanistisch raadsman. Vaak was er een psycholoog en jurist als consulent aan verbonden.

Daarnaast werden deze paren ook wel behandeld op bureaus van maatschappelijk werk door individueel-therapeutisch geschoolde medewerkers. Van echte relatietherapie in de zin van een methodisch verantwoorde aanpak was nog geen sprake. In de jaren vijftig en zestig werden de bureaus voor huwelijks- en levensvragen geleidelijk bezet door professionele stafmensen zoals psychiatrisch bijgeschoolde maatschappelijke werkers en psychologen onder leiding van psychiaters.

Geleidelijk veranderde de stijl van hulpverlening aan echtparen. Naast het individuele analytisch-georiënteerde casework ontstond de object-relationale aanpak van beide echtgenoten (door een of twee therapeuten) (Dicks, 1967) en het gemeenschappelijk driegesprek (het echtpaar plus therapeut) op communicatief-systemische basis (Satir, 1970).

Ook ontstond toen al het model voor het behandelen van drie of vier echtparen tezamen in groepsverband (Van Emde Boas, 1962; Nevejan, 1973). Dit werd mede in de hand gewerkt door de parallelle ontwikkeling van de groepstherapie van enkelingen in de jaren vijftig en zestig en van de gezinstherapie een tiental jaren later. Dit leidde tot een uitbreiding van theorieën over de methoden in relatietherapie, die verwant zijn aan die in de groeps- en gezinstherapie. Zo kent men nu een analytische, rogeriaanse, gedrags-theoretische en systeem-theoretische stroming in de relatietherapie in Nederland en Vlaanderen.

In de praktijk is het zo dat de meeste relatietherapeuten ook gezinstherapie doen en omgekeerd. Vandaar dat ze vaak in één adem genoemd worden. Soms gaat de relatietherapie schuil onder de meer omvattende term gezinstherapie. In feite besteden veel gezinstherapeuten een groot deel van hun tijd aan relatietherapie. Dit omdat de mensen zich direct melden met partnerproblemen, of als uitvloeisel van een gezinstherapie, waarbij de kinderen na verloop van tijd niet meer aanwezig hoeven te

zijn. Dit laatste vindt plaats, omdat beginnende gezinsproblemen vaak eigenlijk bestaan uit huwelijksproblemen, die hun weerslag op de kinderen hebben en waarbij aanvankelijk de kinderen als de patiënten naar voren geschoven worden.

Voor de relatietherapie geldt, zoals voor de gezinstherapie, dat men in de meeste steden in Nederland en Vlaanderen terecht kan voor hulp op gespecialiseerde bureaus, die meestal dezelfde zijn als voor gezinstherapie. Hier en daar bestaan centra die zich alleen toeleggen op de behandeling van relatieproblemen en een eigen opleiding in de relatietherapie geven. De algemeen erkende opleiding wordt in Nederland verzorgd door de NVRG. In Vlaanderen bestaat nog geen aparte vereniging met een eigen opleiding in dit opzicht. Hier wordt de relatietherapie-opleiding gegeven door zelfstandige instituten in Leuven, Antwerpen, St. Niklaas, Gent en Brugge. Er bestaat sinds een twintigtal jaren veel literatuur over relatietherapie in boekvorm. Aparte tijdschriften voor relatietherapie bestaan niet of nauwelijks. De meeste artikelen over dit onderwerp vindt men in de tijdschriften voor gezinstherapie.

2 Relatietherapie

2.1 De theorieën en methoden van de relatietherapie

2.1.1 De psychoanalytische object-relatietherapie

Behalve in enkele vroegere losstaande studies (Oberndorf, 1938; Mittelman, 1944) is het eigenlijke theoretische fundament voor de psychoanalytische object-relatietherapie gelegd door de Engelse psychoanalytische school van Klein e.a. (1948). Dit fundament berust op het concept van 'identificatie door projectie' (naast de identificatie door introjectie, waar Freud vooral in geïnteresseerd was). Bondig geformuleerd houdt dit in dat de mens reeds als zuigeling een onderscheid zou ervaren tussen de goede en kwade borst en later als kind tussen de goede en kwade moeder.

Vandaar komt hij later als adolescent en volwassene tot het afsplitsen binnen zichzelf van een stuk dat hij idealiseert maar niet zelf kan verwezenlijken en hetzelfde stuk dat hij tegelijk uit woede om het gemis wil bevechten of ontkennen. Kortom, dit is een deel van het zelf waar hij ambivalent tegenover staat en wat

hij naar buiten projecteert. Bijvoorbeeld: een op het eerste oog rustige stabiele jongeman en een zogenaamd warm hartelijk spontaan meisje worden op elkaar verliefd. Na een paar jaar irriteren zij elkaar. Hij vindt haar nu veeleisend en onzelfstandig en krijgt het benauwd van haar opdringerigheid en van haar voortdurende verwijten dat hij te weinig aandacht voor haar heeft. Zij ergert zich eraan dat haar 'rots in de branding' ook niets anders kan dan alleen maar staan te staan: zij vindt hem saai en geremd.

De interpretatie volgens de psychoanalytische relatietheorie van Klein is dat in hem, als kind, de spontaneïteit onderdrukt is. Sindsdien verlangt hij naar deze spontaneïteit, maar tegelijk staat hij er ook angstig tegenover. In haar is onderontwikkeld gebleven het opkomen voor zichzelf en 'neen' durven zeggen. Het gevolg is dat beiden tweeslachtig staan ten opzichte van een stuk van zichzelf; dit stuk dichten zij dan de ander toe (projectie) en worden er vervolgens verliefd op (identificatie). Ieder kan nu de strijd tegen het ambivalente stuk in zichzelf afsplitsen naar buiten en het beminnen en bevechten in de partner. De behandeling richt zich bij elk van beiden op het terugnemen van de projectie en op het alsnog binnen zichzelf bevorderen van de ontwikkeling van het teruggenomen ambivalente stuk. Slaagt de behandeling dan wordt elke partner rijker als persoon door de groei van het aanvullende gedeelte binnen zichzelf. Bovendien wordt de relatie vrijer en minder kwetsbaar, *omdat beide partners niet meer afhankelijk zijn van elkaar voor een minimale complementaire behoeftenbevrediging*. Dat wil overigens niet zeggen dat het niet verrijkend blijft om met iemand samen te leven, die het andere deelaspect van hetzelve van nature vertegenwoordigt. Maar juist doordat de innerlijke vrijheid is verworven van 'zonder jou kan ik het leven aan als het moet, maar met jou is het fijner', krijgt de relatie meer ruimte. Tevens wordt deze boeiender, omdat ze niet langer een vanzelfsprekend conventioneel verbond is (zoals de lamme en de blinde, die elkaar niet durven loslaten), maar een uitnodiging wordt om bij elkaar te blijven op het levenspad, ieder op eigen benen en met eigen (in)zicht.

De theorie van de object-relatietherapie door Klein (1948) en Fairbairn (1954) ontwikkeld, werd voor het eerst praktisch bruikbaar gemaakt door Dicks (1967). Hij liet op de Tavistock Clinic het echtpaar behandelen door twee therapeuten. Soms sprak één

echtgenoot met zijn therapeut apart, dan weer hadden er gesprekken met alle vier tegelijk plaats. De taak van de therapeuten was elk der partners het eigen aandeel te laten zien en hen dan te helpen dit om te zetten in een positieve ontwikkeling in zichzelf. Zo werd bijvoorbeeld de man geholpen zijn gevoelens beter uit te drukken en de vrouw om zich emotioneel lossier te maken van haar man en zelfstandiger te worden.

Dicks ontdekte dat partners, ondanks hun ogenschijnlijke tegenstellingen, vaak op dieper niveau met dezelfde moeilijkheid kampten. Bijvoorbeeld, een man, die uitzonderlijk veel bewonderd wil worden en een vrouw, die graag dweept met haar man, beiden kunnen een storende afwijking vertonen in hun gevoel van eigenwaarde. Hij wil te veel krijgen (in plaats van er zelf voor te zorgen) en zij wil te veel geven (in plaats van het bij zichzelf te houden). Ze tonen dus beiden een stoornis op hetzelfde vlak van geven en nemen. Meestal zijn de partners dit zichzelf niet bewust. Dicks noemde dit onwillekeurig inspelen op elkaars afwijking: een collusie.

Een volgende stap in de ontwikkeling van de object-relatietherapie met echtparen werd door de Zwitserse psychiater Willi (1975) gezet. Hij beschreef vier verschillende vormen van collusies, gebaseerd op de analytische ontwikkelingsstadia. Namelijk de narcistische, de orale, de anale en de hysterische collusie. Het zoëven beschreven voorbeeld van een afwijking in het gevoel van eigenwaarde, zou hij een narcistische collusie noemen. Bij een orale collusie is sprake van een gemeenschappelijke stoornis in de sector zorg, de ene laat zich te veel verzorgen, de ander zorgt te veel. Bijvoorbeeld: een alcoholist zonder werk, getrouwd met een overbezorgde, hardwerkende en zorgzame vrouw.

Willi spreekt bij alle vier de collusies van enerzijds een regressieve partner, dit wil zeggen een in een bepaald opzicht te weinig functionerend mens, en anderzijds een progressieve, namelijk een te zeer functionerende. Beiden houden elkaar in evenwicht. Hij zegt: 'als jij je nu maar niet zoveel bemoeide met mij (met mijn drinken en werkeloosheid), dan zou ik wel ...' en zij zegt 'als jij nu maar eens beter naar mij zou luisteren, dan zou jij wel ...' Er ontstaat een circulus vitiosus: hoe meer of minder jij dat doet, hoe meer of minder ik dit doe. Willi hanteert, naast de object-

relatietheorie, ook begrippen uit de systeemtherapie om het element van op elkaar inhaken te verklaren en te behandelen.

Een andere ontwikkeling in de van oorsprong analytische echtpaartherapie, bestaat uit het afwisselen van echtpaarbehandeling met gesprekken met het gezin van herkomst van elk der echtgenoten. Dit om de overdracht van pathologische patronen van de ene generatie op de andere onder ogen te krijgen en aan te kunnen pakken. Bijvoorbeeld blijkt regelmatig een partner, die een te nauwe band met zijn levensgezel ontwikkelt, zelf reeds een te nauwe band met een van zijn ouders gehad te hebben. Een ouder overigens, die zelf ook weer door onzichtbare loyaliteitsverbanden op zijn beurt zich te veel had opgeofferd om het huwelijk van zijn ouders te redden. Zo lijdt deze huidige partner onder de huwelijksmoeilijkheden van zijn grootouders en wreekt dit zich in zijn eigen relatie, tenzij hij er in slaagt zich los te maken uit de band der geslachten, bijvoorbeeld door gespreksterapie met zijn ouders en grootouders. Deze inter- of multigenerationele kijk op echtpaarproblemen is met name uitgewerkt door Framo (1981).

Zelf (Nevejan, 1985) pas ik deze methode ook toe, maar dan voorbereid door een multimethodische aanpak, waarbij communicatieoefeningen, rollenspelen e.d. worden toegepast naar gelang de relatiefase, waarin het echtpaar zich bevindt.

De eerste fase bestaat vaak uit verstrengeld zijn door zich te zeer aan elkaar aangepast hebben en op elkaar ingespeeld zijn. Methoden om deze knoop te ontwarren zijn communicatie- en projectieoefeningen en elementen uit de Gestalt-therapie.

De tweede fase, die zich meestal na een half jaar of 25 wekelijkse therapiezittingen ontwikkelt, is die van het zich losmaken van de te nauwe band en een zich gaan onderscheiden en verschillend durven zijn van de partner. Ik noem het de fase van de individualisatie. Populair gezegd kan men dit het Ik-tijdperk noemen. De eerste fase zou men dan als de Wij-periode kunnen kenschetsen. Tenslotte volgt dan – als er niet gescheiden wordt – een derde fase van jezelf blijven in relatie tot je partner. Hierin staat de ontwikkeling van 'Ik-Jij' op de voorgrond. Dit wil zeggen dat men geleerd heeft zichzelf te zijn, maar ook beseft dat men dan pas ten volle medemens kan zijn doordat ik mij aan jou beken, in lief en leed, en jij aan mij.

In de tweede fase worden individualisatie-bevorderende technieken gebruikt, zoals het zich losmaken van het oorsprongsgezin in fantasie- en rollenspel. Tenslotte wordt, zonedig met behulp van de therapeut, gewerkt aan een nieuwe, meer gelijkwaardige en meer open relatie tot de ouders, broers en zusters.

In de derde fase worden integratiemethoden gebruikt, zoals rituelen en elementen uit de psychosynthese. Deze derde fase noem ik de heroriëntatie- of integratiefase.

Zoals bij Willi en Framo berusten mijn methoden hoofdzakelijk op de object-relatietheorie, maar ook gedeeltelijk op de systeemleer. Men kan nu eenmaal moeilijk met twee mensen, die voortdurend op elkaar inspelen, werken zonder systeemconcepten, zoals feedback- of circulaire elementen van 'ik doe dit, omdat jij ...', erbij te betrekken. En dat betekent dat men wel rekening moet houden met de relatie op zich, met dit geheel, met dit systeem.

Dat brengt ons tot de tweede stroming in de relatietherapie: die van de systeemtheorie en -therapie.

2.1.2 De systeem-relatietherapie

Zoals de psychoanalyse ontstaan is dankzij het genie Freud, zo heeft de systeemtheorie zijn bestaan te danken aan het genie Gregory Bateson. Als zoon van een Engelse hoogleraar opgevoed in de academische traditie, verwierf hij voor de Tweede Wereldoorlog bekendheid als antropoloog door zijn onderzoekingen met zijn echtgenote, Margaret Mead, in Nieuw-Guinea. Reeds toen en daar was hij gefascineerd door de mechanismen, waardoor groepen, zoals primitieve stammen, dreigen uiteen te vallen of zich, dankzij en ondanks oorlogen, toch handhaven of zich in subgroepen afsplitsen.

Hij vond aanvankelijk geen wetenschappelijk denkkader voorhanden om zijn observaties te verklaren. Later nam hij kennis van de tijdens de oorlog voor de artillerie ontwikkelde informatietheorie van Wiener. Deze theorie stelde kanonnen in staat bewegende voorwerpen, zoals vliegtuigen, met zekerheid te treffen door de te verwachten koers van het doelwit tevoren in het richtsysteem in te calculeren en eventuele missers door feedback te corrigeren. De ontdekking van dit terugkoppelings- of feedbackmechanisme groeide uit tot de stuurkunde of cybernetica.

Daarna nam Bateson – op zoek naar verklaringenmodellen – kennis van de systeemtheorie. Deze was in de biologie reeds in de jaren 1920-1930 ontwikkeld door Von Bertalanffy (1968), om organische celprocessen te kunnen verklaren. Hoe kan men bijvoorbeeld verklaren dat bepaalde cellen van een embryo zich ontwikkelen tot bepaalde organen? Zulk een ontwikkeling staat in tegenstelling tot elementen, zoals gasmoleculen, die zich volgens de natuurkundige wetten gedragen.

Von Bertalanffy formuleerde een aantal wetten, die voor levende organismen gelden.

Bateson kwam op het idee om de structuur- en communicatieregels van Von Bertalanffy op menselijke verhoudingen toe te passen en na te gaan of deze principes ook de stoornissen in menselijk gedrag, zoals bij schizofrenie, zouden kunnen verklaren. Hij trok daartoe – zoals reeds vermeld – een psychiater in zijn onderzoekteam aan: Don Jackson.

En het was Don Jackson (Lederer & Jackson, 1968), die op zijn beurt de bevindingen, die golden voor afwijkend gedrag van psychotische mensen, overdroeg naar het domein der neurotische stoornissen, zoals dat zich openbaart in huwelijksmoeilijkheden.

Hij beschrijft bijvoorbeeld huwelijksstypen, waarbij blijkt dat de systeemwet geldt dat het geheel meer is dan de som der delen. Hoe anders te verklaren dat een gruwelijke verbintenis, zoals tussen George en Martha in Albee's 'Who is afraid of Virginia Wolf?', blijft bestaan ondanks alle pijn en frustraties der partners (Watzlawick, 1970)? Omdat zij zelf tot het systeem behoren, hebben zij er zelf geen zicht op en kunnen zij er geen einde aan maken.

Gregory Bateson verklaarde dit laatste verschijnsel met de leer der logische typen van een Amerikaans filosoof uit het begin van deze eeuw, Russell. Deze maakt theoretisch helder hoe het komt dat een buitenstaander veel beter dan de betrokkene zelf kan zien waar het in de relatie aan schort. Hij doet dit door de inhoud van de communicatie (bijvoorbeeld 'houd je van me?') te onderscheiden van de boodschap in de communicatie, ook wel genoemd de metacommunicatie (bijvoorbeeld: 'ik wil bevestiging'). Deze boodschapsfunctie wordt duidelijk uit de context, zoals uit de toon waarop zo'n mededeling uitgesproken wordt ('c'est le ton qui fait la musique') of uit de gezichtsuitdrukking.

Deze nonverbale vormen van een communicatie kunnen in overeenstemming zijn met de verbale inhoud (ook wel congruente communicatie genoemd), of niet in overeenstemming zijn (ook wel als incongruente of paradoxale communicatie beschreven).

Virginia Satir werd door haar bestseller 'Conjoint Family Therapy (1964)' de vertolkster van congruente communicatieregels en stoornissen. Haley (1963) en Watzlawick (1967), werden de vertegenwoordigers der paradoxale communicatie. Haley noemt zijn therapievorm dan ook strategische therapie, omdat het om het effect gaat en niet om de oprechtheid.

Nog sterker werd deze paradox en tegenparadox-therapie later in Milaan uitgewerkt door Selvini Palazolli (1979).

Om een voorbeeld te geven: een eeuwig strijdend echtpaar – een kat en hond- type relatie – wordt toegevoegd: 'Wat hebben jullie een zeldzaam levendige relatie. Jullie zijn echt aan elkaar gewaagd. En ik ben onder de indruk van het feit dat ieder van jullie – zelfs ten koste van zichzelf – de ander de gelegenheid biedt zijn krachten te tonen door telkens tegenspel te bieden. Jullie moeten vooral zo doorgaan. Wie weet wat er anders met jullie relatie gebeurt!' Het effect bij zo'n strijdend echtpaar, dat op geen enkele andere congruente manier is te stoppen met hun machtsstrijd, is meestal dat ze stil vallen van verwarring en verbazing om deze positieve etikettering van hun probleem. De paradoxale boodschap van het echtpaar 'Help ons af van ons bekeven, maar denk niet dat jij sterker kan zijn dan wij' wordt therapeutisch aangepakt door de tegenparadox 'Ik bestrijd jullie niet. Integendeel, ik prijs jullie, zij het dat ik even het denkertje weggeef dat het ten koste van jezelf gaat.'

In de praktijk van de systeem-relatietherapie gaat het er om eerst een goede diagnose en indicatie te stellen voor congruente en paradoxale therapie en die vervolgens toe te passen.

Op grond van mijn vijftiengjarige dagelijkse ervaring met echtpaartherapie, schat ik dat ongeveer tachtig procent van de relatieproblemen congruent van aard en als zodanig te behandelen zijn en twintig procent paradoxaal. Soms is een combinatie nodig: afwisselend congruent en paradoxaal. Ik realiseer me, zoals elke therapeut, dat mijn onvermijdelijk vooringenomen blik mede bepaalt of ik de problemen als congruent of paradoxaal zie en als zodanig definieer. De eigen partnerrelatie en levens-

ervaring van de betreffende therapeut speelt daarin een grote rol. Het enige dat men daarom kan doen, is zich deze vertekening bewust te worden (in de eigen opleiding als therapeut) en er zoveel mogelijk rekening mee te houden.

Juist omdat de therapeut deel wordt van het behandelde systeem, wordt consequent volgens de systeemtherapie-gedachte een tweede therapeut achter een doorzichtige spiegel ingeschakeld, om als buitenstaander de blinde vlekken van de behandelbaar te helpen zien en hem daarvoor te waarschuwen.

Het is een uniek technisch kenmerk van systeemtherapie van gezinnen en paren om een collega – en zodoende het gehele wetenschappelijk forum – toegang te verlenen tot hoe er behandeld wordt. Dit bijvoorbeeld in tegenstelling tot de beslotenheid van de analytische behandelingen, die daardoor eerder het gevaar van geslotenheid en onmogelijkheid van intercollegiale toetsing lopen.

Omdat het metacommunicatieniveau, zich openbarend in gebaren en mimiek, zo belangrijk is, wordt supervisie bij voorkeur gegeven door directe observatie of door middel van video-reproductie.

2.1.3 De gedrags-relatietherapie

Deze stroming is gebaseerd op de leertheorie, waarin gesteld wordt dat gedrag wordt aan- of afgeleerd volgens bepaalde wetmatigheden, die onder meer samenhangen met beloning of bestraffing van voorafgaand gedrag. Het klassieke conditioneringsmodel van Pavlov en de operante conditioneringswetten van Skinner verklaren volgens gedragstherapeuten veel van echtelijk gedrag. Zij kunnen dan ook worden toegepast bij de behandeling van stoornissen in dit gedrag. De klacht 'Hij geeft mij niet genoeg complimentjes' kan bijvoorbeeld aangepakt worden door de vrouw te leren de weinige complimenten die gegeven worden direct te belonen, door iets te zeggen of te doen wat de man leuk vindt. Bijvoorbeeld antwoorden: 'Wat leuk dat je dat zegt. Wat ben je toch een lieverd,' of hem een kus te geven. Volgens de operante conditioneringstheorie werkt deze directe beloning bekrachtigend op het compliment-geven, zodat dit zal toenemen. Voor de verdere uitwerking van deze theorie en therapie verwijst ik naar het hoofdstuk in dit boek van de hand van Orlemans.

Hoe simpel deze theorie ook lijkt en hoezeer menigeen moeite heeft met het besef dat we in menig opzicht als dieren te conditioneren zijn, toch dient men de kracht van deze mechanismen niet te onderschatten. Men kan bijvoorbeeld regelmatig het nuttig effect zien van het geven van huiswerk. Om bij het zo even beschreven voorbeeld te blijven: wanneer men de vrouw voorstelt om thuis minstens driemaal per week haar man te belonen voor een compliment en dit op te schrijven en het verslag daarvan op de volgende zitting mee te brengen, ziet men dat dit simpele conditioneringsadvies vaak het gewenste resultaat geeft. Wat op zich weer een stimulans is om zo verder te gaan. Er zijn op deze wijze omvangrijke gedragsrelatieprogramma's beschreven, zoals bijvoorbeeld door Saer (1976) in zijn boek 'Marriage Contracts'. Een goed overzicht van de gedrags-relatietherapie vindt men in het 'Clinical Handbook of Marital Therapy' van de hand van Jacobson (1986). Daarin vindt men ook de werkwijze van andere bekende gedrags-relatietherapeuten, zoals Stuart, Liberman en Patterson, beschreven. De behandeling van seksuele functiestoornissen, die regelmatig een onderdeel vormen van de relatietherapie in het algemeen, is hoofdzakelijk gebaseerd op leertheoretische principes. De ontwikkeling van de revolutionaire behandelingsmodellen van Masters en Johnson (1970), Kaplan (1974) en de LoPiccolo's (1978) in de jaren zeventig, heeft op haar beurt bijgedragen tot de groei van de gedrags-relatietherapie.

Ook therapeuten, die andere stromingen in de relatietherapie volgen, passen bij het voorkomen van seksuele moeilijkheden tussen partners deze effectieve behandelingsprogramma's vaak toe.

Een ander terrein waarop de gedrags-relatietherapie wordt toegepast, is dat van de begeleiding van de proefscheiding en/of de juridische echtscheiding. Bij het toepassen van contracttechnieken (o.a. bij proefscheiding) en van het hanteren van het conflictmodel (bij de verwerking van de definitieve scheiding) worden leertheoretische wetmatigheden ontleend aan de theorieën van Liberman en Stuart door de Nederlander Mac.Gillavry (1984).

In ons land vindt men ook een sterke invloed van gedragstherapeutische principes bij de directieve relatietherapie (Lange, 1985; Van der Velden, Van der Hart, Hoogduin, Joele, Lange, Oudshoorn en Van Dijck, 1977). Deze vorm van therapie wordt directief genoemd, omdat het gemeenschappelijke van alle ver-

schillende gebruikte methoden is, dat ze berusten op het geven van directieven.

De directieve therapie is zeer bruikbaar – en als zodanig geïndiceerd – bij scherp omschreven gedragsklachten, die niet (meer) steunen op diepe drijfveren of frustraties, maar eerder op hardnekkige gewoontepatronen, die zichzelf onderhouden en een leven op zich zijn gaan leiden. Gewoonlijk zijn deze therapieën kort en krachtig en goed te onderwijzen en te onderzoeken door hun leer- theoretische aspecten van eenvoud, helderheid en concreetheid. Echter zoals vaak is een sterkte tegelijk ook de zwakte van een eigenschap, zo ook hier. De beperking van een gedragsrelatietherapie is dat zij door dezelfde zo even genoemde eigenschappen niet het wezenlijke en onvoorspelbaar-menselijke van relatiegedrag- en problemen kan vatten. Dit unieke betekenisverlenende en zin-ervullende aspect van menselijk optreden wordt in de volgende stroming benadrukt.

2.1.4 De existentiële ervaringsgerichte relatietherapie

Deze theorie berust op de fenomenologie. Deze filosofische leer van de verschijnselen zegt dat iets is, zoals het is. Met andere woorden, dat men zich niet afvraagt waarom of waartoe iets is, maar eerder wat en hoe het is. Wat is de mens en hoe is de mens, ook als partner? De grote initiator van deze ervaringsgerichte (in het Engels 'experiential' genoemde) therapie is Carl Rogers.

Aanvankelijk begon Rogers deze vorm van psychotherapie te ontwikkelen als individuele therapeut. Zie hiervoor het hoofdstuk in dit boek van de hand van J. J. Dijkhuis. Later werkte Rogers zijn benadering uit voor de behandeling van paren met huwelijksproblemen (1972).

De ervaringsgerichte therapeut tracht in de partners dié kwaliteiten over en weer te ontwikkelen, die volgens Rogers aan de basis liggen van elke bevredigende, menselijke ontmoeting. Namelijk, warmte, echtheid en begrip. Hij doet dit door zelf, in zijn benadering ten opzichte van de partners, het stimulerende, goede voorbeeld te geven en ze te helpen zoeken naar de unieke en wezenlijk bevredigende elementen in hun relatie. Het is een zeer menselijke benadering in beide betekenissen van het woord. Menselijk in de zin van acceptierend en relativerend, en menselijk in de zin van dat het om datgene gaat, wat de mens van het dier

onderscheidt. Namelijk, dat de mens zichzelf bewust is, keuzen heeft (uiteraard binnen bepaalde grenzen) en voldoening vindt in verantwoordelijkheid op zich nemen. Verantwoorden betekent een antwoord geven op wezenlijke vragen als: wat is de zin van mijn bestaan? Op relatietherapie toegepast: wat is de zin van mijn relatie en hoe geef ik die gestalte?

Het woord gestalte brengt ons tot de Gestalt-theorie, waarin gesteld wordt dat alles wat leeft de immanente drang heeft tot uitgroei en voleinding van een bepaalde aangeboren vorm. Zo heeft de mens als partner de immer aanwezige neiging om van betekenis te zijn voor de ander, zowel in geven en als in het verkrijgen ervan.

Walter Kempler is een voorbeeld van een Amerikaans therapeut die relatietherapie verricht op basis van principes uit de Gestalt-therapie, zoals geformuleerd door Fritz Perls (1951). Kempler geeft hiervan sprekende voorbeelden in zijn publikaties, (1974, 1981) en workshops, die sinds 15 jaar ook regelmatig in Nederland plaatsvinden. Zijn stijl is zeer betrokken en oprecht, confronterend en steunbiedend. Bovenal is hij uit op wat deze twee mensen in het hier en nu voor elkaar betekenen. Er wordt voorbijgegaan aan het waarom en alleen gelet op het wat en hoe van de relatie.

Vele relatietherapeuten, o.a. Bockus (1980) en Krop (1984), evenals ik zelf (Nevejan, 1985), gebruiken Gestalt-principes in behandeling van mensen met huwelijks- of samenlevingsmoeilikheden.

2.2 De praktijk van de relatietherapie

Na het beschrijven van de theoretische kaders volgt nu een weergave van de praktische toepassing van relatietherapie. Hoe komen de paren bij een psychotherapeut? Hoe verloopt de aanmelding en het eerste gesprek? Wat wordt er gevraagd? Hoe gaat zo'n behandeling verder? Deze en soortgelijke vragen zullen in het komende hoofdstuk besproken worden.

2.2.1 De aanmelding bij relatietherapie

Meestal geschiedt de verwijzing voor relatietherapie door de huisarts, of door een psycholoog of maatschappelijk werker. Eén

van beide partners klaagt over zijn partner en spreekt zijn bezorgdheid uit over de relatie. Soms ook komt iemand met vage lichamelijke klachten of depressieve gevoelens op het spreekuur van zo'n eerstelijns gezondheidswerker. Het hangt dan mede van diens deskundigheid af of hij ontdekt dat de achtergrond van dergelijke klachten mede door relatiemoeilijkheden bepaald wordt.

De relatietherapeuten werken in Nederland – zoals ook meestal in het buitenland – in twee verschillende circuits. Of zij zijn gebonden aan een gesubsidieerd instituut, of zij werken zelfstandig in hun eigen praktijk.

Na een (telefonische of schriftelijke) verwijzing wordt er meestal telefonisch een afspraak gemaakt met het betreffende paar. Dit telefoongesprek dient om te peilen of de mensen zelf ook vinden dat het nodig is om te komen. In de psychotherapie is namelijk, meer nog dan bij de chirurg of een andere specialist, de medewerking van de patiënt zelf nodig. Hoe beter de motivatie, des te beter de vooruitzichten voor het welslagen van de behandeling. Niet altijd echter is de behandeling vrijwillig. Soms wordt relatietherapie geadviseerd door justitie of in het kader van een opname van één der partners. Het is dan de kunst van de relatietherapeut om ook onwillige cliënten te overtuigen van het nut van een dergelijke behandeling. Geloofd de therapeut er zelf niet in, dan kan hij er beter niet aan beginnen. Want de motivatie van de behandelaar is minstens even belangrijk voor het goede verloop van de relatietherapie als die der partners.

De relatietherapeut zal bij voorkeur het stel reeds de eerste keer samen willen zien. Ondanks de omstandigheid dat vaak één der partners bij de telefonische aanmelding zegt: 'Ik wil liever eerst alleen komen', zal de therapeut aandringen om meteen samen te komen. Dit om partijvorming te voorkomen en meteen de interactie tussen de partners te kunnen observeren. Als zij samen voor het gesprek verschijnen, zal de therapeut vragen: 'wat is de reden dat u komt?', of 'waarmee kan ik u beiden helpen?' of iets dergelijks. Vaak is het antwoord – na een kort woordspel van 'jij-of-ik?', of 'begin jij maar', en dan weer 'nee, doe jij maar' – 'we hebben communicatiemoeilijkheden', of 'ik kan hem niet bereiken', of 'hij zit zo in de put en daar kan ik niet meer tegen'. Soms is de relatietherapie het laatste redmiddel: 'ik

zie het niet meer zitten (met haar/hem), maar ik wil eerst alles geprobeerd hebben voor we gaan scheiden'. Deze laatste categorie van hulpzoekers heeft natuurlijk minder kans door de therapie bij elkaar te blijven dan een stel dat weliswaar moeilijkheden heeft, maar toch nog een positieve band met elkaar heeft. Relatietherapie is overigens niet bedoeld om huwelijken te lijmen, maar evenmin om ze te laten stranden. Doel is de partners te helpen zichzelf beter te leren kennen en hun relatieknopen te laten ontwarren. Wat zij met betrekking tot hun relatie besluiten, is hun eigen verantwoordelijkheid, die de therapeut niet kan en mag overnemen. De relatietherapeut zal proberen elk der partners evenveel aan het woord te laten, om een éézijdige oordeel- en partijvorming te voorkomen. Ook zal hij waar mogelijk de partners met elkaar laten praten, zodat hij een idee krijgt van hun eventuele communicatiestoornissen. Afhankelijk van de betreffende theoretische opvatting van de therapeut, zal hij wel of niet naar achtergronden vragen, naar omgevingsfactoren en naar eventuele ervaring met voorafgaande therapieën.

Onafhankelijk welke stroming de betreffende therapeut aangehangt, zal hij vragen naar de motivatie voor en doelstelling van een eventuele relatietherapie. Want deze twee factoren plus enig inzicht in het eigen aandeel (de zogenaamde introspectie) vormen de basisvoorwaarden om aan een relatietherapie te kunnen beginnen. Net zomin als een berggids trekkers over een gebergte kan leiden, zonder hun eigen inzet, doelgerichtheid en enig idee waaraan ze beginnen, net zomin kan een relatietherapeut twee mensen helpen een betere relatie met elkaar te verwezenlijken als ze niet aan bepaalde voorwaarden voldoen.

2.2.2 De diagnose bij relatietherapie

Na de benodigde informatie verzameld te hebben, stelt de therapeut een relatiediagnose. Deze diagnose is wat betreft zijn formulering afhankelijk van de theoretische kijk op relaties, die de therapeut erop nahoudt.

Een analytisch georiënteerde therapeut zal naar de achtergronden en voorgeschiedenis der partners zoeken. Hij zal bijvoorbeeld de partners helpen zich bewust te worden dat elk van hen aan de ander verwijten maakt, die eigenlijk te maken hebben met zichzelf. Denk aan het spreekwoord: 'de pot verwijt de

ketel dat hij zwart ziet'. Dus als de een tegen de ander zegt: 'je bent altijd zo pessimistisch en zo saai', is het de vraag of hij eigenlijk zelf niet depressief is. Echter, dit is moeilijk voor hem zelf te onderkennen en toe te geven. Het is makkelijker dit dan aan de ander toe te schrijven.

Een systeemtherapeut zal om tot de diagnose te komen meer nagaan of en hoe de partners elkaar in evenwicht houden. Hij zoekt naar telkens terugkerende communicatiepatronen, zoals: 'doordat jij zo in de put zit, trek ik me terug', waarop de andere partner zegt: 'omdat jij je zo terugtrekt, word ik depressief'. De vraag wordt dan hoe deze circulus vitiosus, of homeostase te doorbreken, opdat er weer beweging komt en de groei (de zg. heterostase of morfogenese) weer door kan gaan. Binnen de systeemgerichte partnerrelatietherapie onderscheidt men drie stromingen: de structurele, de strategische en de cybernetische relatietherapie.

De structurele relatietherapeut kijkt hoe de krachten tussen het echtpaar verdeeld zijn en of de hiërarchie gestoord is (Todd, 1986).

De strategische relatietherapeut zoekt naar een verstoring van het machtsevenwicht (Madanes, 1981).

De cybernetische relatietherapeut heeft oog voor invloeden van andere systemen op het huwelijk, let op eventueel destructief taalgebruik en op de vooroordelen, die de partners over elkaar hebben.

Gemeenschappelijk echter aan alle diagnoses, zal zijn of er met dit paar te werken valt. Daartoe wordt in het eerste gesprek (de zg. intake) vaak door een lichte therapeutische ingreep onderzocht of het paar voor deze methode gevoelig is. Uiteindelijk gaat het erom uit te vinden of er een werkrelatie met het paar is op te bouwen.

2.2.3 De indicatie en contra-indicatie van relatietherapie

De indicatie bij uitstek voor relatietherapie is de aanwezigheid van een relatiestoornis tussen twee partners. Op grond van onderzoek (zie paragraaf 4: resultaten) blijkt dat relatietherapie in dat geval betere resultaten geeft dan individuele therapie, of omgekeerd gezegd: er bestaat een contra-indicatie voor individuele therapie bij relatiemoelijkheden.

Het gevaar is immers niet denkbeeldig dat de behandelde partner uit de pas gaat lopen met de niet behandelde wat betreft zijn psychische ontplooiing. Vandaar de grotere kans op echtscheiding, wanneer men één of beide partners apart behandelt. Maar men kan niemand dwingen in therapie te komen! Ik denk aan een gesloten man die ik jaren geleden samen met zijn vrouw wegens huwelijksproblemen zag. Hij wou toen niet op mijn voorstel voor gezamenlijke behandeling ingaan. Hij was te bang om afgesloten trauma's in zijn jeugd weer ter sprake te brengen. Onlangs zag ik hem terug, omdat zijn vrouw na een paar jaar individuele therapie hem dreigt te verlaten. Zij ergert zich aan zijn geslotenheid, en wil, zoals zijzelf intussen geleerd heeft, meer openheid in het onderlinge contact. Hij wil nu alsnog in therapie, maar de vraag is of zijn vrouw zolang op hem wil wachten. Dus in het algemeen kan men stellen: relatieproblemen vormen de indicatie voor relatietherapie.

Een uitzondering op deze regel vormen relatiestoornissen bij partners, die zo sterk door elkaars aanwezigheid geblokkeerd worden, dat zij praktisch niets zeggen of doen. Er is dan sprake van angst of rancune. In dat geval is individuele therapie (alleen of in een groep met eenlingen) nodig om de betrokkene(n) zover te brengen, dat zij na verloop van tijd weer samen verder in therapie kunnen gaan. Persoonlijk vind ik ook bij individuele moeilijkheden het belang van de interactie met een eventuele partner zo belangrijk, dat ik die steeds bij het eerste gesprek mede uitnodig. Ik kan dan beter beoordelen of de problemen inderdaad persoonlijk intra-individueel blijken te zijn of toch ook mede door de relatie ontstaan zijn of op zijn minst daardoor onderhouden of zelfs versterkt worden. Ook tijdens individuele behandeling (alleen of in een groep van eenlingen) kan de partner desgewenst altijd voor een of meerdere keren meekomen. Een speciale contra-indicatie voor relatietherapie bestaat hieruit dat één van beide partners erop uit blijkt te zijn de ander in de grond te boren. Wanneer zo iemand met gemene opmerkingen zijn partner onder de gordel slaat om hem of haar geestelijk te vernietigen, heeft therapie geen zin. Het enige dat de therapeut kan doen, is een voorbeeld te stellen aan de andere partner, door te stellen dat hij niet mee wil werken aan of het slachtoffer wil worden van een dergelijke destructiviteit.

Wanneer één van beide partners absoluut geen inzicht in zichzelf heeft en alles wijt aan de ander ('Jij bent gek, zei de gek'), is er een relatieve contra-indicatie voor gemeenschappelijke gesprekken. De meeste therapeuten zullen dan geen relatietherapie beginnen. Sommigen echter zullen noodgedwongen (door het beleid van het instituut, waarin zij werken) of vrijwillig (omdat ze het een uitdaging vinden) proberen toch met zo'n onwillige partner te werken. Wil één van beide partners per se niet in gemeenschappelijke therapie, dan kan de therapeut de andere partner slechts een individuele therapie aanbieden. Zulk een individuele therapie dient niet om alsnog de onwillige partner indirect te bewerken, maar om zichzelf te leren redden in het leven met (door acceptatie) of zonder (door scheiding) deze kortzichtige partner.

Een volgende contra-indicatie voor relatietherapie is aanwezig, wanneer één van beide partners een geheim voor zichzelf wil houden. Hierop wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.

2.2.4 *Het verloop van relatietherapie*

Stel dat een relatiebehandeling geïndiceerd wordt geacht, dan zal de therapeut dit mededelen en met de betrokkenen overleggen wanneer de therapie kan beginnen. Hij zal uitleg geven over hoe een therapie verloopt, wat de partners wel en niet mogen verwachten wat betreft het verloop en de duur. Verder zal hij de spelregels van een dergelijke therapie bespreken. Een van de spelregels is of de partners bereid zijn eerlijk te zijn tegenover elkaar in de therapie, ook al zal dat wel eens pijnlijk zijn voor de ander. Deze regel dient om te voorkomen dat men achteraf elkaar van verraad betitelt. Zonder deze afspraak valt er niet over moeilijke zaken in een relatietherapie te praten. Het eerlijk zijn ten opzichte van elkaar en de therapeut, houdt onder andere ook in, dat men geen geheimen bewaart, bijvoorbeeld dat één van de twee stiekem een relatie met een derde heeft. Wil men zo'n relatie toch verborgen houden, dan is een gemeenschappelijke behandeling onmogelijk. Dit vormt dan een contra-indicatie voor gemeenschappelijke therapie. Eventueel kunnen beiden of een van beiden individueel in therapie gaan.

De meeste relatietherapeuten werken steeds met het paar gemeenschappelijk (het zg. drie-gesprek). Deze behandelaars wil-

len niet door een apart gesprek of door middel van een apart telefoontje of brief van één van beiden een geheim horen. Want dan zit de therapeut daarmee opgezadeld, zonder dat hij het kan gebruiken. Bovendien voelt hij zich dan oneerlijk ten opzichte van de andere onwetende partner. Sommige therapeuten, die individuele en gemeenschappelijke gesprekken afwisselen, vinden dit geen bezwaar. Zij redeneren dat een geheim zeer belangrijk kan zijn om geuit te kunnen worden door een cliënt ten opzichte van iemand met een beroepsgeheim. En omdat in de dagelijkse realiteit mensen vaak met geheimen rondlopen en toch met elkaar optrekken, vindt hij dat dit ook in de therapie moet kunnen.

Zelf werk ik alleen met het echtpaar samen. Bovendien werk ik met meerdere paren tegelijk, anderhalf uur per week op een vaste tijd. Het voordeel van een dergelijke groepstherapie is dat de stellen zich niet als een uitzondering ervaren, steun ondervinden van elkaar en van elkaar kunnen leren. De groepsvorm heeft een levendiger en natuurlijker karakter dan de wat meer beschouwende aard van het drie-gesprek. Voor mij geldt eveneens dat ik geen geheimen buiten medeweten van de andere partner wil horen. Op de vraag wat effectiever is, een individuele behandeling van elk der partners afzonderlijk, of van hen samen – al of niet in groepsverband –, is mijn antwoord: voor de behandeling van relatieproblemen is het effectiever om samen of met meerdere paren tegelijk te werken dan om ieder apart en individueel in behandeling te gaan (Gurman & Kniskern, 1986). Het drie-gesprek en de groepstherapie zijn beiden ongeveer even effectief. Als therapeut geef ik de voorkeur aan groepstherapie, omdat het mij meer technische mogelijkheden biedt, bijvoorbeeld het gebruik van rollenspelen (Nevejan, 1985).

Tenslotte wordt een behandelingscontract afgesloten, met afspraken over de financiën, het eventueel afzeggen, de bereikbaarheid in noodsituaties, de manier waarop de therapie begonnen en afgesloten wordt, en dergelijke. De meeste therapeuten werken in een frequentie van één zitting per week. Zij laten de patiënten meestal zelf de totale duur van de therapie bepalen. Dit wil zeggen: het paar kan net zo lang in therapie blijven als het zelf nodig vindt. Vaak wordt de duur bepaald in overleg met de therapeut en eventuele andere paren, als het een groepsthe-

rapie betreft. De gemiddelde duur blijkt één tot twee jaar te zijn, dus ongeveer veertig tot tachtig zittingen. Dit is het geval wanneer er sprake is van reeds jarenlang bestaande huwelijksmoeilijkheden. Bij acute hulpverlening wordt het contact meestal beperkt tot een paar gesprekken. Sommige therapeutische scholen geven altijd de voorkeur aan een behandelingscontract van niet meer dan tien zittingen.

Over het resultaat zal in paragraaf 5 meer gezegd worden. Ik wil me hier beperken tot het vermelden dat ongeveer tweederde van alle relatiebehandelingen tot verbetering leidt.

Op de vraag hoe een therapie nu precies verloopt, kan geen algemeen antwoord gegeven worden. Dit hangt namelijk sterk af van de specifieke therapiestijl van de desbetreffende therapeut. Het effect van de verschillende methoden blijkt overigens ongeveer gelijk. Kennelijk berust dit op een therapeutische factor, die gemeenschappelijk is aan alle stromingen van relatietherapie.

3 Gezinstherapie

3.1 De theorieën en methoden van de gezinstherapie

3.1.1 De psychoanalytische en intergenerationele gezinstherapie

De term 'psychoanalytische gezinstherapie' hoort of ziet men nauwelijks als zodanig in de kringen van gezinstherapeuten. Niettemin waren de meeste pioniers van de gezinstherapie van oorsprong psychoanalytici. Ackerman, Boszormenyi-Nagy, Bowen, Lidz, Minuchin, Whitaker, Wynne en zelfs de grondleggers van de cybernetische school: Selvini Palazzoli en Boscolo, zijn allen analytisch geschoold en hadden aanvankelijk een individueel-analytische praktijk. Het is daarom geen wonder dat, alhoewel zij zich later distantiëerden van de psychoanalyse, er toch elementen van analytisch denken in hun latere onorthodoxe stijl terug te vinden zijn.

Er bestaat dus eigenlijk geen zuiver analytische gezinstherapie en -methode. Toch is er wel een stroming in de gezinstherapie, die onder deze noemer – of beter gezegd onder de grootste gemene deler van psychodynamische gezinstherapie – bijeen gebracht kan worden. Dit is mogelijk, doordat er in dit opzicht een groot verschil is tussen theorie en praktijk. Theoretisch heeft

de psychoanalyse geen bevredigende psychologie over tussenpersoonlijke relaties tussen individuen ontwikkeld. 'Er is een verschil', zegt de analytische relatie- en gezinstherapeut Dare (1986), 'tussen referentiekaders om enerzijds het inwendige gebeuren van iemand psychisch leren te begrijpen en anderzijds om de structuur van persoonlijke relaties te verklaren.'

Praktisch gesproken echter, zagen en zien de pioniers en hun huidige analytisch geschoolde volgelingen meerdere gezinsleden tegelijk. Zij proberen met hun individuele concepten toch iets te begrijpen van de gezinsdynamiek. Zij ontleen daarbij begrippen aan de sociale psychiatrie (bijvoorbeeld Ackerman) of ontwikkelingspsychologie (bijvoorbeeld Bowen). Ook spelen zij leentje-buur bij andere methoden zoals het psychodrama (bijvoorbeeld bij Ackerman) en bij de speltheorie (bijvoorbeeld bij Whitaker). Sommigen gaan in hun eigen stijl zo ver dat er nog nauwelijks iets analytisch in terug te vinden is, bijvoorbeeld bij Minuchin in zijn structurele gezinstherapie. Uiteindelijk voltrok zich een splitsing volgens de lijn: wie veroorzaakt wat. Veroorzaakt het individu stoornissen in het gezin of is omgekeerd de invloed van het gezin op het individu groter? De meesten kwamen natuurlijk uit op noch het een, noch het ander, maar op beiden tegelijk. Hierbij is het onduidelijk wie of wat er het eerste begint of uiteindelijk het meeste invloed heeft.

Echter, aan de uiteinden van dit continuüm liggen twee tegengestelde meningen. Enerzijds is er de mening van hen die stellen dat het individu het gezin meer bepaalt dan omgekeerd, anderzijds zij die ervan overtuigd zijn dat het geheel meer de delen beïnvloedt dan omgekeerd. De vertegenwoordigers van de eerste groep zou ik de analytische of psychodynamische gezinstherapeuten willen noemen. (De laatste groep wordt besproken in de paragraaf over systemische therapie.)

Een duidelijke vertegenwoordiger van de analytische gezinstherapieschool is Samuel Slipp (1984), die zijn opvatting publiceert onder de titel: 'Objectrelations, a dynamic bridge between individual and family-treatment'. Hij gebruikt analytische begrippen, zoals afsplitsing, projectieve identificatie, ontkenning en idealisering om de afweer in gestoorde gezinnen te verklaren. Hij baseert hierop zelfs een typologie, volgens welke bepaalde vormen van gezinsinteracties met psychiatrische verschijnselen zoals

schizofrenie, depressie, hysterische randgevallen en delinquentie geclassificeerd worden. Zijn therapie bestaat uit het identificeren van deze patronen, waardoor de gezinsinteracties ontcijferd en veranderd kunnen worden. Zoals een analytische relatietherapeut echtpaarproblematiek behandelt met behulp van de object-relatietheorie, zo gebruiken Slipp en sommigen van zijn analytische collega's deze zelfde theorie om de interacties tussen meerdere gezinsleden en hun vastgelopen patronen te verklaren en te behandelen.

Voor de meeste andere psychodynamisch georiënteerde gezinstherapeuten geldt dat zij de invloed van het geheel (het gezin) op de delen (de individuele gezinsleden) even zo groot vinden als andersom. Ackerman (1958), ook wel genoemd de vader van de gezinstherapie, was een therapeut die zowel op het gehele gezin als op één enkel gezinslid kon inspelen met zijn intuïtie, scherpe opmerkingen en charme. Hij spreekt van de psychodynamiek van het gezinsleven. Bowen (1978) gebruikt het analytisch begrip 'ongedifferentieerd Ik' om daarmee een gezin te kenschetsen dat zijns inziens een ongevormdheid toont, welke de ontplooiing van de individuele gezinsleden belemmert. Het gezin vertoont een onrijpheid, die op haar beurt bepaald wordt door de gezinsleden die zich niet afzonderlijk onderscheiden. Echter, hetzelfde begrip van emotionele (on)rijpheid past hij ook op de individuen zelf toe. Hij probeert door redelijkheid en inzicht een eventuele onrijpheid te bestrijden, welke zich volgens hem destructief uit in emotionele uitbarstingen. Praktisch gesproken, zal hij dus zowel tegen het gehele gezin als ook tegen één gezinslid, de ongedifferentieerdheid benoemen, duiden als afweer en behandelen met een wat afstandelijke en droog-humoristische stijl. Bowen is ook de ontdekker van de triangulatie. Dit wil zeggen het verschijnsel dat waar er twee vechten er de neiging ontstaat er een derde bij te halen tegen wie de woede gericht kan worden, zodat die twee hun eigen ruzie kunnen laten rusten.

Als vader en moeder ruzie hebben, krijgt de zoon, die toevallig voor de voeten loopt, een snauw. Hij reageert af op zijn zusje en die geeft uiteindelijk de hond of de kat een trap. Dit fenomeen is in de biologie bekend als de pikvolgorde. In de psychoanalyse vinden we iets dergelijks bij het Oedipuscomplex, waarbij

er een te nauwe band groeit tussen het kind en de ouder van het tegenovergestelde geslacht en er te weinig band ontstaat met de ouder van gelijk geslacht. We zien hoe Bowen hier een oorspronkelijk individueel analytisch verschijnsel vertaalt in relatie-hoedanigheden en groepsdynamiek.

Bowen had ook als eerste oog voor de samenhang tussen de grootouders, ouders en kinderen wat betreft de ontwikkeling van gestoord gezinsfunctioneren. Hij is één van de grondleggers van de inter- of multigenerationele gezinstherapie. Deze stroming is oorspronkelijk analytisch in haar denkpatroon. Begrippen zoals 'projectie', 'identificatie' en andere afweermechanismen, bekend uit de object-relatiedynamiek tussen partners, worden verondersteld ook te spelen tussen ouders en kinderen. Bowen heeft daaraan de systeemaspecten toegevoegd, die daarbij een grote rol spelen. Zijn benadering wordt door hem derhalve de 'Family systems theory and therapy' genoemd.

Een andere representant van de intergenerationele gezinstherapie is Boszormenyi-Nagy (1973, 1986). Ook hij ontwikkelde een eigen theorie en methode, waarin het analytische op het eerste oog niet meer te herkennen valt, maar wel als achtergrond verondersteld wordt. Evenals Bowen beseftte Nagy, waarschijnlijk door zijn analytische training, het belang van de invloed van de voorgaande generaties op de huidige. Terwijl Bowen bij het opstellen van een genogram van een familie geïnteresseerd is in het opsporen en corrigeren van triangulaties en onrijp gedrag, vindt Nagy veel meer het eventueel ontbreken van onderling vertrouwen en loyaliteit van belang. Weliswaar stelt hij zich even rustig en afstandelijk op tegenover zijn cliënten als Bowen, maar zijn vragen aan de gezinsleden gaan over wie er iets over heeft voor wie. Dit om daardoor elkaar onderling te laten bevestigen en te erkennen. Waar deze balans van een eerlijke verdeling tussen geven en nemen verstoord is tussen grootouders, ouders en kinderen, daar zal Nagy proberen tegenwicht te bieden. Hij doet dit door de betreffenden ertoe aan te zetten alsnog zo mogelijk een volwassen en wezenlijk ik-jij contact met elkaar op te bouwen. Terwijl het Bowen bij een dergelijk contact gaat om psychologisch gezondere verhoudingen te krijgen (in de zin van zich losmaken uit coalities en zichzelf differentiëren ten opzichte van familieleden), gaat het Nagy daarbij om een zo goed mogelijk

waardevol mens te leren zijn. Dit houdt in het niet uitbuiten van anderen of zich laten uitbuiten, maar vertrouwen opwekken. Tevens houdt het in, dat het gezinslid waardering laat blijken voor het ontvangen van vertrouwen, zodat de ander zich gezien en erkend voelt. Volgens Nagy bestaat er geen waardevrij psychisch functioneren, maar worden we pas gezond door waardevol te leven.

Doordat het gezin ook een groep is – zij het niet van vreemden, maar van bloedverwanten – kon de psychodynamische gezinstherapie ook profiteren van de reeds langer bestaande analytische groepstherapie. Deze laatste werd vooral ontwikkeld in Londen door Bion en Foulkes. Het is dan ook niet te verwonderen dat uit datzelfde Londen de man stamt, die in Engeland de gezinstherapie op analytische groepstherapiebasis op gang bracht. Deze Skynner (1981), ook ervaren in analytische echtpaar-groeps-therapie, combineert kennis van de analytische, individuele en groepspsychodynamiek met die van de kleine betekenisvolle groep (het echtpaar en die van het gezin). Hij ziet in het gezin verschijnselen als groepsweerstand, subgroepvorming, cohesie, afreageren op de leider, e.d.

Er zijn nog enkele andere theoretici op het gebied van de analytische gezinstherapie te noemen, zoals Lidz (1965) en Wynne (1958) en Stierlin (1975). Maar hun invloed is te beperkt gebleven om hier weer te geven; ik noem ze alleen voor de volledigheid. De eventueel in hen geïnteresseerde lezer wordt naar hun publicaties verwezen.

3.1.2 De systeem-gezinstherapie

In 1986 erkende de Nederlandse Vereniging van Psychotherapie (NVP) officieel het bestaan van een nieuwe specialistische psychotherapie vereniging: de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVITO). Hiermee erkende zij de bestaanswaarde van een psychotherapie-richting op expliciet systeemtheoretische grondslag. Deze richting wordt door de NVRG als volgt weergegeven: 'Psychotherapie vanuit het systeemtheoretisch referentiekader is gebaseerd op het denken in termen van circulariteit.' Dit is een strikte consequentie van de systeemtheorie, waarin begrippen als 'Ganzheit', 'zelfsturing' (homeostase en transformatie), 'equifinaliteit' en 'terugkoppeling' centraal staan.

In dit circulaire denken worden fenomenen op een specifieke manier geordend, namelijk in een kringloopmodel waarin bijvoorbeeld bij een reeks fenomenen A, B, C, D het fenomeen D in zekere zin 'omloopt' en het fenomeen A beïnvloedt, in plaats van in de ordening van een reeks of sequentie te verkeren. Het principe van 'Ganzheit' immers, sluit uit dat bijvoorbeeld in een menselijke interactie A wel B, maar B niet A beïnvloedt. De betrekkingen tussen delen van een geheel zijn cirkelvormig: reactie en daaropvolgende gebeurtenissen zijn niet te scheiden en het is willekeurig om fenomenen en gedragingen naar oorzaak en gevolg (bijvoorbeeld uitlokken en uitgelokt zijn), te willen 'interpuncteren'. Wie stelt dat het gedrag van A oorzaak is van het gedrag van B, laat de werking van het gedrag van B op A kunstmatig buiten beschouwing. In het circulaire denken is het simpelweg onmogelijk om te zeggen dat 'een van de twee begonnen is'. Zo simpel als het hier staat, zo moeilijk is het om een en ander consequent in de praktijk te brengen.

Menselijke evidentiegevoelens en taalstructuur zijn met elkaar verweven. Onze taalstructuur leent zich gemakkelijker voor lineaire interpunctie dan voor een circulaire ordening. Onze geverbaliseerde ervaring krijgt gemakkelijk de taalstructuur: 'omdat hij dat en dat deed, deed ik dit, en zo ik al daarmee fout deed, kwam dat omdat hij eerst dat en dat deed'. De NVRG redeneert verder: 'Is het ook voor niet-vanuit-de-systeemtheorie-denken nog wel mogelijk om de willekeurigheid van een dergelijke interpunctie te doorzien en te redeneren: 'Waar twee vechten hebben twee schuld.' Het wordt al veel ingewikkelder circulaire verbanden aan te leggen bij fenomenen van triadische (drie deelnemers) en nog veel ingewikkelder om dit vol te houden bij fenomenen van gehele systemen (van meer dan drie deelnemers). Tot zover de NVRG.

Het begrip systeem heeft een lange geschiedenis. Volgens de herontdekker ervan, Von Bertalanffy (1968), wordt er in Europa vanaf de 15e eeuw door filosofen en mystici op gepreludeerd zonder dat de term 'systeem' expliciet genoemd wordt. Hij zelf sprak voor het eerst over een algemene systeemleer in 1945. Deze leer heeft zijn wortels in het organismische concept in de biologie. Von Bertalanffy ontwikkelde zijn ideeën op grond van zijn biologische bevindingen in de jaren 1920, parallel aan een

zelfde ontwikkeling in dit opzicht op filosofisch gebied (Whitehead, 1925), op psychologisch gebied (Kijhler, 1924), en op psychiatrisch terrein (Goldstein, 1939) in de jaren voor de Tweede Wereldoorlog. Wat is een systeem? Wat is organismisch? Von Bertalanffy (1968) geeft als definitie: 'Elk organisme is een systeem, dat wil zeggen een dynamische orde van delen en processen, die in wederkerige interactie staan.' Deze opvatting van de mens als psychofysisch organisme en -systeem staat in contrast tot de mechanistische zienswijze op de mens als een gedetermineerde robot. Het laatstgenoemde zicht op de mens als een reactief organisme was gangbaar in de eerste helft van deze eeuw. Men meende dat het primaire element van gedrag bestond uit antwoord op externe stimuli. Met name Freud ging mee in deze visie op de mens als een wezen dat primair bepaald wordt door zijn instincten. Pas na de Tweede Wereldoorlog brak de systeemvisie goed door, versterkt door de publikaties over cybernetica (Wiener, 1948), informatietheorie (Shannon & Weaver, 1949) en speltheorie (Neumann & Morgenstern, 1947). Deze visie ziet de mens niet als een primair reactief, maar als een autonoom actief systeem. Op psychologisch gebied bevat ons gedrag ontelbare activiteiten, die boven het stimulus-responsmodel uitgaan, zoals exploreren, spelen en rituelen; verder kunnen worden genoemd: economische, intellectuele, esthetische, religieuze en andere uitingen tot en met zelfrealisatie en creativiteit.

Individuele psychopathologie toont aan dat psychische stoornissen veeleer als een stoornis van het hele persoonlijkheidssysteem te begrijpen zijn dan als een verlies van enkele functies (Goldstein, 1939).

Het was Bateson (1973, 1979), die na de oorlog het systeemconcept voor het eerst toepaste om het gestoorde gedrag van mensen in groepsverband, zoals in het gezin, te begrijpen. Mede door zijn kennisname van de informatietheorie, de cybernetica en de communicatiewetten, kreeg hij oog, niet alleen voor de individuele mens als systeem, maar ook voor diens bepaald worden door grotere systemen, zoals de directe omgeving van het gezin en wijdere ecologische netwerken.

Alhoewel hij zelf geen psychotherapeut was en evenmin een gezinstherapeut zou worden, heeft Bateson toch een enorme invloed gehad op de identiteit van de relatie- en gezinstherapie

door haar een eigen verklaringsmodel te bieden, dat anders was dan het tot dan toe gebruikelijke psychodynamische. In zijn publikaties van 1951 en 1956 voert Bateson cybernetische begrippen in zoals 'negatieve' en 'positieve terugkoppeling', homo- en heterostase en dergelijke. Tevens benadrukt hij het belang van informatie-uitwisseling waarbij hij onderscheid maakt tussen de inhoud en vorm. Hij spreekt ook voor het eerst over het verschil tussen congruente en paradoxale of dubbele boodschappen. Al deze begrippen uit nieuwe wetenschapsterreinen die het gedrag van een gezin in het hier en nu beïnvloeden en begrijpelijk maken, verenigde Bateson in één allesomvattende theorie, die voor systemen geldt. Zijn leerlingen Haley, Jackson, Satir, Watzlawick en Weakland verbreedden de op de systeemleer gebaseerde gezinstherapie.

Systeemeigenschappen van machines (bijvoorbeeld: terugkoppeling bij computers), van planten (bijvoorbeeld: de ingebouwde doelgerichtheid van elk zaadje tot uitgroei tot een bepaalde plant), van dieren (bijvoorbeeld: de uitwisseling van metaboodschappen), bleken ook toepasbaar voor een beschrijving van het gedrag van de mens. Echter unieke kenmerken van de mens, zoals zijn zelfbewustzijn, zijn waardebeseft en vrije wil, blijven in de zuivere systeemleer onverklaarbaar. Daarom is het beter te spreken van systeemgeoriënteerde gezinstherapie waarbij men zich de beperkingen ervan realiseert. Zoals ook op andere wetenschapsterreinen doen zich op het gebied van de gezinstherapie soms tegenstrijdige filosofische opvattingen voor. Bijvoorbeeld is er de vraag: zijn gezinsinteracties en alle systemen en heel het leven logisch te begrijpen, of blijft er iets spiritueels over dat men niet via de ratio maar slechts door spirituele middelen (zoals meditatie en zich openstellen voor het mystieke) kan benaderen? (Wilber, 1985).

In de systeemgerichte gezinstherapiestroming onderscheidt men drie vertakkingen.

In chronologische volgorde van ontstaan zijn dit:

1. de structurele gezinstherapie,
2. de strategische gezinstherapie,
3. de cybernetische gezinstherapie.

3.1.2.1 De structurele gezinstherapie

Zoals Compennolle (1984) beschrijft, betekent structurele gezinstherapie eigenlijk niets anders dan systeemtherapie. Op de

vraag van Compernelle aan Minuchin, de ontwerper van de structurele gezinstherapie, waar deze het woord 'structuur' vandaan haalde, kwam als antwoord: uit de anthropologie. In 1958 verscheen in Amerika van de hand van de bekende Franse antropoloog Levi Strauss zijn boek 'Structural Anthropology' (1958). Minuchin was van Argentijns-Joodse afkomst en was geïnteresseerd geraakt in cultureel-anthropologische kennis door zijn werk in de jaren vijftig in Israël met patiënten uit verschillende culturen.

Eveneens wijzend op het boek 'Le Structuralisme' van Piaget (1968), concludeert Compernelle: 'deze structurele oriëntatie in de wetenschap in Europa heeft dezelfde basisoriëntatie als de systeemoriëntatie in de Verenigde Staten: aandacht voor gehele, voor de relaties tussen fenomenen onderling, hun relatie met het geheel en de regels betreffende die relaties. De Europese wetenschappelijke context, die Minuchin inspireerde tot zijn structurele gezinstherapie, is in zijn meest fundamentele kenmerken identiek aan de systeemoriëntatie, zoals die zich ontwikkelde in de Verenigde Staten. Hoewel de systeemtheorie zelf geen inspiratiebron was, lijkt de structurele gezinstherapie toch een systeembenadering bij uitstek te zijn' (Compernelle, 1984).

Minuchin gebruikt het begrip 'structuur' voor het eerst in de titel van zijn eerste boek in 1967: 'Families of the Slums: an exploration of their structure and treatment' (1967). Hij doet verslag van zijn onderzoek naar de interactiepatronen in arme Portoricaanse- en negergezinnen, waarvan een kind wegens delinquent gedrag was opgenomen in een behandelingstehuis, waaraan Minuchin was verbonden als therapeut.

Van oorsprong analyticus, geïnspireerd door de gezinstherapeutische pioniersgeest van Ackerman, en genoodzaakt door de verbale onbereikbaarheid van zijn patiënten ging Minuchin over op directe actietherapie met het hele gezin van de opgenomen delinquent. In 1965 wordt hij directeur van een medisch opvoedkundig bureau in een getto in Philadelphia. Dit bouwt hij in een vijftal jaren uit tot één van de toentertijd bekende gezinstherapie-instituten. In 1971 bezocht ik hem daar en leerde hem kennen als een man wiens werkwijze begrijpelijk wordt uit zijn karakter (Nevejan, 1971). Hij is zelf een uitgesproken directief en actief man. Men kan zelfs zeggen manipulerend, maar dan in de goede zin van het woord. Verder gemakkelijk in de om-

gang, charmant, humoristisch, en zich zo aanpassend aan jou en je zo handig van zijn ideeën overtuigend, dat je het gevoel krijgt dat hij er jou een plezier mee doet. Maar ook structurerend, in de zin van gezinsinteractiepatronen opsporend en ter plekke veranderend. Wat nu is gezinsstructuur? Minuchin geeft er in zijn boek *Gezinstherapie* (1973) een definitie van: 'Gezinsstructuur is de manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan. Herhaalde transacties vormen de patronen van hoe, wanneer en met wie er een relatie is en deze patronen zijn de peilers van het gezinsstelsel.' Als een moeder tegen haar kind zegt dat hij zijn melk moet drinken en hij doet dat, dan bepaalt deze interactie wie zij is in de relatie tot hem en wie hij is in relatie tot haar in deze context en op dit moment. Herhalingen van dit soort handelingen worden een transactiepatroon genoemd.

Dit komt er op neer, dat Minuchin stelt dat een normaal gezond gezin in onze westerse joodschristelijke samenleving gekenmerkt wordt door een duidelijke organisatiestructuur. Het kenmerk daarvan is dat er duidelijk grenzen bestaan tussen de subsystemen van de ouders en die van de kinderen.

Hierbij is er zijns inziens een hiërarchische relatie in die zin dat de ouders boven de kinderen horen te staan. En dit kunnen zij alleen als zij de privésfeer van hun tweeën als echtgenoten intact houden en goed verzorgen. Ook de grens tussen het gezin en de verdere familie, met name de grootouders, dient hecht en flexibel te zijn. De grens tussen het gezin en de familie enerzijds en anderzijds sociale systemen (zoals de school, de vrijetijdssfeer, de kennissen- en vriendenkring) dient stevig en soepel te zijn, afhankelijk echter ook van de plaatselijke culturele, sociale en economische factoren. Het gaat er in de structurele therapie om het problematische gezin zo te organiseren, dat het weer zo veel mogelijk aan de norm beantwoordt van een volgens Minuchin normaal gezin. Dat wil dus zeggen: goed georganiseerd en met een duidelijke structuur van soepele grenzen en hiërarchieën. Als dat bereikt wordt, zullen de symptomen vanzelf verdwijnen. De vraag is nu hoe te herstructureren? Hoe doet de therapeut dat? Minuchin onderkent zeven categorieën van herstructureren:

1. Het actualiseren van de transactiepatronen in het gezin. Eenvoudig gezegd: het laten plaatsvinden van datgene waarover de

gezinsleden praten. Bijvoorbeeld: zeggen ze dat ze vaak ruzie maken, dan stelt de therapeut voor dat ze zo'n ruzie naspelen voor zijn ogen. Dit is weliswaar kunstmatig, maar vaak ontstaat hieruit een echte ruzie. En zo niet, dan valt er bij overdoen in elk geval – hoe weinig echt ook – meer te zien, dan wanneer ze alleen maar vertellen dat ze ruzie hebben.

Vergelijk het verschil tussen praten over kunnen fietsen of zwemmen met het werkelijk demonstreren daarvan.

Er zijn nog andere goede redenen om deze ensceneringen te laten plaatshebben: Mensen geven door hun lijfspraak en stemwisselingen meestal extra informatie. Vaak bevat die informatie de belangrijkste metaboodschap. Dit brengt ons op een bijkomende reden voor ensceneringen: naast de verbale kan daarbij ook de nonverbale communicatie aan bod komen.

De vorm, waarin iets getoond wordt, is zeker zo belangrijk als de inhoud. Inhouden wisselen, vormen echter veel minder. Bijvoorbeeld, een kind van tien jaar speelt de ene ouder uit tegen de andere; de ene keer met lieve woordjes, de andere keer met dreigementen. Interessant is dan op te merken dat naast kennisname van het waarom (de inhoud), het kind de ouders hoe dan ook tegen elkaar uitspeelt (de vorm van de interactie). En als een man tegen zijn vrouw zegt: 'natuurlijk geef ik om je', maakt het een wereld verschil of dit op een echte of op een sarcastische toon gezegd wordt. Vanwege al deze redenen is enscenering (het werkelijk laten plaatsvinden van het gedrag in de spreekkamer) zeer belangrijk. Wanneer gezinsleden spontaan hun echte gewoontegedrag laten zien, is het laten voordoen uiteraard niet nodig. Men dient zich overigens wel altijd als therapeut te realiseren, dat het echte of geënceneerde gebeuren min of meer beïnvloed wordt door zijn aanwezigheid als toeschouwer. Sommige mensen spelen graag op publiek, anderen worden er juist door geremd. Kortom, de aandacht voor het hier en nu en voor het hoe en wanneer, is zeer kenmerkend voor de structurele therapie. Anders gezegd: structurele therapie is procesgeoriënteerd. Alleen door aandacht voor het verloop van de therapiezitting krijgt de therapeut de structuur (in de zin van het onderliggende patroon der gebeurtenissen) ook werkelijk te zien.

Structurele gezinstherapie is juist geëigend voor het type therapeuten, die graag, zoals Minuchin zelf, actief optreden.

Niet alleen krijgt de therapeut door deze instelling een betere diagnostische indruk, ook geeft dit hem mogelijkheden om te herstructureren. Bijvoorbeeld: hij kan de band tussen vader en moeder verstevigen door het lievelingskind, gezeten tussen hen beiden, te vragen van stoel te wisselen met of de vader of de moeder, zodat deze twee weer naast elkaar komen te zitten en het kind er naast. Dit zogenaamd manipuleren met de ruimte, is kenmerkend voor de structurele therapie.

2. Een tweede categorie van herstructureren is, wat Minuchin noemt, het markeren van de grenzen. Hij stelt: 'om gezond te kunnen leven moet een gezin de samenhang handhaven van het gehele systeem, maar ook de functionele autonomie van de onderdelen'. Ook in gezinnen geldt het aloude gegeven: een mens is tegelijk een individu en een groepslid. Echter, het gezin is geen doel op zichzelf. Het dient uiteindelijk voor de optimale ontplooiing van elk der gezinsleden. Het gezin kan echter deze functie niet vervullen zonder een flexibele medewerking van de leden zelf. Minuchin beschreef twee ongezonde vormen van grensoverschrijding. Aan de ene pool: het kluwengezin, waarin de grenzen van de individuele leden verdwenen zijn: 'Wij, Janssens, zijn allemaal gelijk'. Anderzijds: het los-zand gezin, waar ieder zijn eigen gang gaat en de grens van het gezin min of meer opgelost is.

Minder sterke variaties zijn het besloten, respectievelijk het open gezin. Een gezond gezin kent variabele grenzen tussen het geheel en zijn subsystemen, i.c. de groep kinderen en ouders. Dit naar gelang de levensfase van de leden, de cyclus van het gezin en andere belangrijke ruimte- en tijdomstandigheden. Een veel voorkomende ziekmakende vorm van grensoverschrijding bestaat uit een band tussen één der ouders met een kind, welke ten koste gaat van de andere ouder. Zo'n verbond tegen een ander noemt men een coalitie. Bijvoorbeeld, vader en dochter spannen samen tegen moeder, of moeder geeft zoonlief te kennen dat zij neerziet op haar man. Incest is een extreem voorbeeld van een dergelijke zogenaamde perverse triade. Het kwalijke gevolg voor het kind in kwestie is, dat het zijn andere ouder moet afvallen en daardoor in een gewetens- en loyaliteitsconflict komt. Weigert het kind dit, dan verliest het zijn ouder, die hem in vertrouwen

neemt. Accepteert het kind de overschrijding der generaties door de ene ouder, dan verliest het de andere ouder. Het therapeutisch doel is uiteraard om de grenzen te herstellen en de ouders weer meer band met elkaar te laten krijgen, in plaats van met de kinderen.

3. De derde herstructureringscategorie bestaat uit stressversterking. Het klinkt eigenaardig dat het gezondmakend kan zijn om de stress of de spanning in een gezin te versterken. Dit is ook slechts in zoverre waar, wanneer het betrekking heeft op het onder druk zetten van ongezonde evenwichten om weer beweging in het geheel te krijgen. Zo kan een therapeut bijvoorbeeld een coalitie doorbreken door tussen de twee coalitie-partners te gaan zitten of hun conversatie te onderbreken en de mening van een derde te vragen. Of hij kan in een kluwengezin de nadruk leggen op de verschillen tussen de gezinsleden en daarentegen bij een los-zand gezin op het gemeenschappelijke. Of hij kan tijdelijk partij kiezen voor iemand, die in een vast rolpatroon gedrukt is en als zondebok beschouwd wordt.

4. Een volgende manier van herstructureren is opdracht te geven iets te doen tijdens of na de zitting. Bijvoorbeeld: 'praat maar door' of 'ga daar zitten'. Of als huiswerk (bijvoorbeeld bij een los-zand gezin): 'Ik stel voor dat u allen minstens éénmaal per week de avondmaaltijd gezamenlijk gebruikt.' De bedoeling van dit soort opdrachten is een heilzaam aspect te belichten en te laten oefenen.

5. Als volgende herstructureringsmogelijkheid noemt Minuchin: het gebruik maken van het symptoom om het gezin te veranderen.

Voor een gezinstherapeut is dit in het algemeen een onlogische strategie. Want daardoor lijkt hij de onjuiste indruk van het gezin te versterken: namelijk dat alles aan de symptoomdrager ligt en niet aan het gezin.

Toch zijn er speciale indicaties om deze weg te bewandelen. Minuchin noemt ze op: 'soms is het symptoom zo zwaar of zo gevaarlijk (brandstichten, fobieën, anorexia nervosa), dat het prioriteit heeft'.

Soms is het gezin in het begin helemaal niet in staat om een therapeutisch contact te maken, dat betrekking heeft op iets anders dan het aangemelde probleem. Soms ook zal het werken met de symptomen: van de geïdentificeerde patiënt, de snelste manier zijn om de disfunctionele gezinspatronen te diagnostiseren en te veranderen (Minuchin, 1973).

Hoe wordt er van het symptoom gebruikgemaakt? Ten eerste door het te overdrijven. Bijvoorbeeld tegen een stelend kind zeggen: 'Ik wil wel eens zien of je het zo goed kunt dat je ook iets van je vader kunt stelen.' Dit met de bedoeling om vader, die tekort schoot in leiding geven en grenzen trekken, te mobiliseren. Ten tweede door minder nadruk te leggen op het symptoom. Bijvoorbeeld, door als een gezin zegt: 'zij is ziek, want zij lijdt aan ziekelijke magerzucht (anorexia nervosa)', voor te stellen met het hele gezin gezamenlijk te eten, zodat er een interpersoonlijk conflict gecreëerd wordt. Ten derde, door het symptoom naar een ander gezinslid te verschuiven. Bijvoorbeeld doordat de therapeut zegt dat hij zich niet zo zeer zorgen maakt over het te magere kind, maar om het andere dikke kind. Of men kan het symptoom een andere betekenis geven door bijvoorbeeld te stellen dat de geïdentificeerde patiënt eigenlijk het gezondste kind is. Om een vergelijking te trekken: zoals de mensen met de zuiverste longen het eerste gaan hoesten als de lucht vervuild wordt, zo reageert ook het gezondste kind op een ongezonde gezins sfeer door gedragsstoornissen te gaan vertonen.

6. De zesde herstructureringscategorie bestaat in het zodanig manipuleren van de stemming dat men tegen een bepaalde sfeer in het gezin in leert gaan. Bijvoorbeeld door als therapeut in een gezin, waar een moeder door haar kinderen niet ernstig wordt genomen, er de vader verontwaardigd op te wijzen, dat hij niet opkomt voor zijn vrouw.

7. Ten slotte noemt Minuchin als laatste herstructureringscategorie: het steunen, opvoeden en leiding geven.

Ik heb deze vormen van herstructureren uitvoerig vermeld om de lezer een idee te geven hoe de structurele gezinstherapeut therapeutisch te werk kan gaan. Ik heb dit speciaal ten aanzien van de structurele therapeutische middelen gedaan, omdat

deze goed begrijpelijk en toepasbaar zijn. Het vraagt echter veel ervaring en supervisie om de veelal onzichtbare, problematische patronen te onderkennen en nog meer om ze op een deskundige wijze te herstructureren.

3.1.2.2 De strategische gezinstherapie

De term 'strategisch' werd voor het eerst gebruikt door Haley in de titel van zijn eerste boek: 'The strategies of psychotherapy' (Haley, 1963). Het woord stamt uit de krijgskunde. Het oudgriekse woord 'stratos' betekent: leger en 'agos': leiden. Volgens de Winkler Prins (1974) wordt in het hedendaagse spraakgebruik de term 'strategie' eveneens gebruikt om: 'de wijze aan te geven waarop personen en organisaties in conflictsituaties of in onzekere situaties hun doeleinden op langere termijn trachten te bereiken'.

In de gezinstherapie wordt ermee bedoeld dat de therapeut plannen ontwerpt, die doelgericht het probleem of het symptoom bestrijden.

Verrassender wijze wordt strategische therapie in zuivere vorm niet zozeer meer door Haley zelf beoefend, maar door zijn vroegere collega's van het Mental Research Institute (MRI) te Palo Alto: Weakland, Watzlawick en Fish. Haley, die tot in de jaren zestig ook in dit team rond Jackson werkte, ging na Jacksons dood in 1968 samenwerken met Minuchin en onderging daar de invloed van het structurele denken.

Weakland, Watzlawick en Fish echter ontwikkelden in het MRI een pure behandelingsstrategie. Zij richtten zich niet, zoals in de structurele aanpak op de onderliggende structuur, maar op het model van de zichzelf versterkende gedragsreeksen, ook wel sequenties genoemd (Boeckhorst, 1985).

Zij ontleen hun begrippen uit de cybernetica. Zo spreken zij bijvoorbeeld van 'homeostase', als het gezinssysteem in evenwicht blijft. Zij ontdekten dat een symptoom vaak het evenwicht in het gezin instandhoudt en onderdeel vormt van de sequenties. Dit leidt niet altijd tot ziekmakend gedrag. In dat geval is therapie, volgens de praktisch ingestelde strategisch therapeuten, niet nodig. Integendeel: je zou de kans lopen het gezinsfunctioneren nadelig te beïnvloeden. Echter, wanneer het gezin of één der gezinsleden onder het evenwicht lijdt en zich niet verder kan ont-

wikkelen door de kunstmatige stagnatie van het geheel, dan zullen ze ingrijpen. Dit door enerzijds de negatieve feedback, of stabiliserende terugkoppeling, te doorbreken en anderzijds er een positieve feedback tegenover te stellen, zodat er weer meer beweging en daardoor groei mogelijk wordt. Anders geformuleerd: dat de homeostase weer verkeert in heterostase of morfogenese.

Een levenssysteem namelijk wordt in zijn groei gekenmerkt door een afwisseling van morfogenese (nieuwe informatie opdoen) en morfostase (het verwerken van de informatie). Wanneer één van beide processen te zeer overheeft, stremt de groei, wat problemen geeft.

Alhoewel dus het gezin, of een paar of individu zegt: we hebben al van alles geprobeerd om van dit probleem af te komen, blijkt er vaak sprake te zijn van variaties op een zelfde thema, die het probleem mede in stand houden. Het heeft dan natuurlijk geen zin om aan te raden het nog eens te proberen. Nee, eerder om te zeggen: 'doe iets anders'. Het doet er niet toe wat, maar doe iets verschillends dan gewoonlijk. Dit klinkt simpel, maar wordt nog steeds als zodanig in moderne onderzoekscentra van strategische therapie, bijvoorbeeld het Milwaukee Brief Therapy Centre, gepropageerd (De Shazer, 1985). Het blijkt in de praktijk echter razend moeilijk om mensen iets anders dan hun gewone gedrag te laten doen. Dus wordt de kunst van de strategisch therapeut om dit toch gedaan te krijgen. Als het gewone advies 'doe iets anders' niet helpt, kan de techniek van de 'reframing' (in een ander kader plaatsen en er daardoor een andere betekenis aan geven) gebruikt worden om de gedragsreeks te doorbreken. Bijvoorbeeld kan tegen een ziekelijk jaloeze echtgenote gezegd worden dat zij aantrekkelijker wordt voor haar man door te zwijgen en mysterieus te doen in plaats van hem dag en nacht te ondervragen en te controleren. Gezien het interactiekarakter van dit soort patronen kan ook geadviseerd worden aan de man om meer open te zijn. De gedachte hierachter is dat de communicatieve betekenis, ook wel genoemd 'de analoge communicatie of meta-boodschap', van de jaloezie van de vrouw is, dat ze meer contact wil met haar man. Strategische therapeuten zijn specialisten op het gebied van de communicatieleer. Dit maakt onder andere een schijnbaar onlogische strategie mogelijk: het voor-schrijven van een paradox.

In het bovenstaande geval van de jaloerse echtgenote zal een strategisch therapeut bijvoorbeeld met de vrouw alleen willen spreken en haar zeggen dat haar man eigenlijk verlegen en onzeker is en daardoor niet openlijk om aandacht kan vragen. En hij zal haar verder toevoegen dat zodoende haar jaloezheid een bewijs is van haar liefde voor hem. En daarom moet zij haar jaloezheid verdubbelen. Wat dan volgt is waarschijnlijk eerst een verergering van het probleem, totdat zij beiden dit advies herkennen en ermee stoppen. Intussen blijkt dan echter de relatie vaak wel verbeterd. De therapeut zal echter op dit laatste niet te enthousiast mogen reageren, maar dient de therapeutische paradox consequent vol te houden. Bijvoorbeeld door te benadrukken dat deze verbetering nog niet veel zegt en dat op terugval gerekend moet worden (Hoffman, 1981).

Samengevat, valt de strategische stroming in de gezinstherapie als volgt te formuleren (Boeckhorst, 1985):

1. 'Strategische therapeuten gaan ervan uit dat een gedragsstoornis door actuele gedragsreeksen (sequenties) in stand wordt gehouden.'
2. 'Voor het tot stand komen van een georganiseerd verloop van interacties in gezinssystemen benadrukken strategische therapeuten vooral communicatieprocessen.'
3. 'Symptomen worden opgevat als signalen, die een impasse van het systeem tot uiting brengen. Tegelijk zijn het homeostatische mechanismen, die de status quo handhaven.'
4. 'Een strategische therapie is erop gericht sequenties, die de stoornis in stand houden, op te sporen, te blokkeren of te kanaliseren.'
5. 'Interventies zijn symptoom gericht.'

In 1973 geeft Haley een verdere uitbreiding aan het woord 'strategisch'. Hij publiceert dan zijn boek 'Uncommon Therapy, the Psychiatry Techniques of Milton H. Erickson' (Haley, 1973). Zoals de ondertitel al aangeeft, laat hij zich hier inspireren door het werk van de hypnotherapeut Erickson. Niet zo verwonderlijk als men bedenkt dat Haley op zoek was naar technieken om het verzet van de patiënt of van het gezin tegen verandering ongedaan te maken. Dit is wat een hypnotherapeut bij uitstek doet om zijn

suggesties goed toegang te laten vinden. Bij hypnose immers wordt de weerstand omzeild door suggesties toe te dienen, terwijl de patiënt in trance, dat wil zeggen in een vorm van concentratie, verkeert. Haley ging niet zover dat hij het hele gezin in hypnose wilde brengen. Maar hij keek van Erickson af hoe deze zich strategisch opstelde. Dit wil zeggen dat hij tijdens de therapie het initiatief neemt tot wat er gebeurt en voor elk probleem een bijzondere benadering opstelt. Wat dit laatste betreft, bleek Erickson een zeer inventief en creatief man te zijn. Naast het symptoomgerichte werken door middel van directieven, herkadring en gebruik maken van ongewone en paradoxale technieken, had Erickson ook oog voor de normale ontwikkelingsprocessen in het gezin. Zoals ook een individueel mens een levenscyclus kent met verschillende kritische fasen, zoals puberteit en middelbare leeftijd, zo blijkt ook een gezin een cyclus te doorlopen. De fasen hiervan zijn grofweg aan te duiden als ten eerste de kennismakingsfase, het trouwen en de tijd voor het kinderen krijgen, ten tweede de fase van de opvoeding van de kinderen en het carrière maken van de ouders, ten derde het tijdperk dat de kinderen het huis verlaten en het echtpaar in hun overgangsjaren terecht komt en ten vierde de pensionering en de ouderdom.

Zoals bij de crisisinterventie bij het individu reeds veel eerder was ontdekt, bleek ook bij gezinnen juist de overgang van de ene naar de andere fase een moeilijke en kwetsbare periode te zijn.

Symptomen ontstaan als men blijft vastzitten in een oude fase. 'Alles stroomt,' zei reeds een Griekse filosoof tweeduizend jaar geleden. Als er in de levensstroom stagnatie optreedt, treedt er stuwing en overstroming op. Dit met alle gevolgen van dien: of vernietiging van wat er op het land staat, maar soms ook tegelijk bevruchting, denk aan de Nijl. Zo kan bijvoorbeeld een symptoom als drugsverslaving optreden bij kinderen in een gezin, dat niet de overgang maakt van de fase van een leven met de kinderen naar een tijdperk waarin de ouders weer alleen zijn en de kinderen weg van thuis. De laatste drie woorden van de vorige zin vormen de titel van het laatste boek van Haley (1982). Hij blijkt hierin niet alleen strategisch maar ook structureel georiënteerd te zijn. Dat wil zeggen dat hij communicatie niet alleen opvat als bepaald worden door reeksen (sequenties), maar ook door hiërarchieën. Watzlawick daarentegen blijft ook in latere

publikaties (1974, 1976) zuiver strategisch, door zich af te vragen hoe herziening van premissen en interpuncties een andere i.c. minder problematische kijk op de werkelijkheid kan geven.

Tenslotte, hoe kijk ik tegen strategische therapie aan? Ik besef dat de grondleggers en aanhangers ervan vrijwel alleen exacte wetenschappers zijn. Haley begon als communicatie-theoreticus en deed 25 jaar lang zelf geen therapie. Weakland was chemicus, Watzlawick is wiskundige en filosoof. Aanhangers zijn vaak sociaal psychologen, zoals Hoffman (1981) en Boeckhorst (1985). Dat betekent dat zij geïnteresseerd zijn in de sociale rol-functie van de mens. Met andere woorden: in hoeverre de mens bepaald wordt door de verwachting van zijn omgeving. Een mens wordt gezien als een produkt van zijn omgeving.

Het nuttige van deze strategische kijk is dat hierdoor veel informatie bekend is geworden over de contextuele kant van het menselijk bestaan. Maar de beperking ervan is dat de mens een vrije wil heeft en een van binnen uit bezield optreden kan laten zien, dat tegen de verwachtingen van de omgeving ingaat. Jung zou zeggen: de strategische therapeuten beschrijven het persona aspect, maar verwaarlozen de ziel, waarin zich de innerlijke neiging van de mens weerspiegelt.

3.1.2.3 De cybernetische stroming van de systeemgerichte gezins-therapie

3.1.2.3.1 De ontwikkeling van de cybernetische therapie

Deze stroming is zo sterk verbonden met de plaats waar zij haar oorsprong vond, dat zij meer bekend staat als de 'Milanese school' of 'Milan model'. Zij wordt ook wel de systemische therapie genoemd, omdat zij van alle systeemgerichte stromingen het meest systeemachtig is. De tovenaarsleerlingen van Milaan hebben hun leermeester Watzlawick overtroffen in het puur cybernetisch denken en handelen. Zij waren eerst de wanhoop nabij na jarenlange tevergeefse pogingen op psychoanalytische basis om zwaar psychiatrische beelden, zoals anorexia nervosa, te genezen. Op zoek naar een andere aanpak stootte Maria Selvini Palazolli op de publikaties van Bateson. Zij nodigde Watzlawick van het MRI uit haar en haar analytisch gevormd team te onderwijzen in de systeem-gezinstherapie. Daarop besloot zij het roer

om te gooien van analytische naar cybernetische therapie. Zij stelde de teamleden voor de keuze met haar mee te werken. De helft verliet daarop het 'Centro per lo Studio della Famiglia' om door te gaan met de gebruikelijke analytische therapieën. De andere helft bestaande uit Maria Selvini Palazolli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo en Gianfranco Cecchin stapten over naar het systemische model. Zij observeerden van elkaar de therapieën vanachter de doorkijkspiegel tien jaar lang (1970-1980) met als uiteindelijk resultaat: een eigen stijl met soms verbluffend goede resultaten. In 1980 splitste ook deze groep van vier zich op: de twee vrouwen gingen door met onderzoek naar de steen der wijzen, de twee mannen begonnen meer en meer training in het buitenland te geven en leerden hierdoor hoe effectiever therapie te doen.

Selvini en Prata (1982) ontwikkelden de therapeutische interventie van de gelijkblijvende of universele opdracht. Deze bestaat uit het voorschrijven aan de ouders om op onregelmatige tijden af en toe zonder waarschuwing, afwezig te zijn. Voor de kinderen blijft slechts een briefje achter met vermelding van de tijd waarop – ongeveer na een paar uur – de ouders terugkomen. De ouders horen dan in een prettige stemming terug te komen, maar niet te vertellen waar zij geweest zijn of wat ze gedaan hebben. De bedoeling van dit voorschrift is een duidelijke scheidslijn tussen de ouders en de kinderen aan te brengen en zo het loslaten van elkaar te bevorderen. Vooral in gezinnen met problemen rond dit thema werkt dit ritueel effectief. Inhoudelijk doet dit voorschrift zeer structureel aan en volgt het het hiërarchisch gezinsmodel van Minuchin.

Selvini onderbouwt echter deze zelfde directieve maatregel op het cybernetisch standpunt van Ashby (1954). Deze stelde dat als er een vast punt wordt geschapen in een voortdurend veranderend systeem, er andere vaste patronen, die met dat punt samenhangen, worden doorbroken. Vergelijk het effect met het leggen van een krib in een rivier.

Boscolo en Cecchin werden door het demonstreren van hun methode aan collega's er zich meer van bewust hoe en wat zij deden in interactie met het demonstratiegezin. De toeschouwende collega's werden het observatieteam van één van hen beïden als supervisor achter de spiegel en van de ander als therapeut

in de behandelkamer. Zo ontdekten zij het voordeel van het meta-metamodel, waarbij er extra afstand en daardoor vrijheid en autonome creativiteit geschapen wordt. En deze leidden weer tot het ontdekken van probleembestendige vaste patronen enerzijds, maar ook van probleemoplossende nieuwe mogelijkheden tussen supervisor, therapeut en gezin anderzijds. Overigens verkiezen zij liever het woord observator te gebruiken voor de 'supervisor' achter de spiegel, omdat het woord supervisor reeds een hiërarchisch verschil inhoudt, waar zij tegen zijn.

3.1.2.3.2 De doelstelling van de cybernetische therapie

De systemische gezinstherapie houdt, zoals zovele therapeutische scholen, ook een religieuze en filosofische opvatting in, met als doel de vrijheid en de autonomie van de mens. Zij is echter consequenter in de uitvoering ervan dan de meeste andere. Zij sluit – achteraf gezien – daardoor ook beter aan bij vroeg-boeddhistische opvattingen (Muller & Smeets, 1986) en bij nieuwe theoretische ontwikkelingen op het gebied van de cybernetica, de scheikunde, de biologie, het constructivisme en de communicatietheorie (Tomm & Van Trommel, 1986). Sommige moderne theoretische natuurkundigen (Capra, 1977; Bohm, 1985) menen dat zij door hun experimenten met kernsplitsing en -fusie hetzelfde ontdekken als de boeddhisten drieduizend jaar geleden: dat de werkelijkheid een illusie is. Dat wil zeggen dat er geen vaststaande objecten bestaan, dat het geobserveerde bepaald wordt door de vooringenomen zienswijze van de observator, dat het object wederom het subject bepaalt, dat alles met elkaar samenhangt, dat elk deel informatie over het geheel bevat, dat informatie en patronen meer bepalend zijn dan massa en energie en ten slotte dat al de voorgaande beweringen waar en onwaar zijn, geen van beide waar zijn en geen van beide onwaar. Eenmaal ervan uitgaande dat elk levenssysteem, zoals de mens en zijn sociale verbanden (bijvoorbeeld het gezin), onscheidbaar is van zijn omgeving, is het een willekeurige 'kip of ei' keuze, waar men het aangrijpingspunt kiest om de circulaire samenhang desgewenst uit zijn evenwicht te brengen.

De Milanese school kiest voor de praktische opvatting dat het therapeutisch effectiever is om de omgevingsfactor als herbouw voor een veranderingsproces te gebruiken. Echter hoe? Door de

taal en daardoor de opvattingen van de gezinsleden over hun werkelijkheid te veranderen. Want taal is (Maturana 1980) gestolde realiteit. Als kind leren wij door de taal complex gedrag te benoemen en er daardoor een (door de plaatselijke cultuur) bepaalde betekenis aan toe te kennen. Doordat de gezinsleden (maar ook de therapeuten) in dezelfde cultuur opgroeien, worden zij het er onwillekeurig over eens dat hun werkelijkheid de enige en echte werkelijkheid is. Denk aan de primitieve stam op een eenzaam eiland, die voor het eerst een groot schip zag passeren. Na een paar dagen overleg werden de stamleden het er over eens dat er niets nieuws gebeurd was. Want wat een mens niet wil of kan zien, ziet hij ook niet!

De systemische therapeut pakt dus in de beïnvloeding van de taal de omgevingsfactoren aan. Onze taal, ons denken, de betekenis, die wij aan bepaalde klanken en gedragingen geven, vormen als het ware de plattegrond, waarop wij ons oriënteren voor ons handelen. Zie ik een rood lijntje op de kaart staan, dan denk ik dat dit een weg betekent en dat ik die kan gaan nemen. Omgekeerd echter beïnvloedt mijn gedrag net zo goed de plattegrond: want blijkt de weg bijvoorbeeld in werkelijkheid anders te lopen dan ingetekend, dan zal ik mijn plattegrond corrigeren.

Er schijnt van de buitenkant dus geen verschil te bestaan tussen een lineair causale benadering, bijvoorbeeld de psychoanalytische en de systeemopvatting. Beide lijken ervan uit te gaan dat als ik, als therapeut, er nu maar in slaag de opvattingen van iemand te veranderen, zijn gedrag dan ook zal veranderen. Er is echter dit enorme verschil: terwijl de analyticus gelooft in zijn duidingen, ziet de systeemtherapeut de betrekkelijkheid van elke bewering in. Hieruit volgt een totaal andere aanpak van problematisch gedrag. Alvorens deze te beschrijven, wil ik er nogmaals op wijzen dat dit betekent dat de gezinstherapiebeweging een nieuw paradigma (dat wil zeggen een wetenschappelijk schoolvoorbeeld) met zich meebracht.

De eerste helft van deze eeuw was psychotherapie gestoeld op het oude natuurkundige lineaire causale, determineerbare en reducerende model van Freud. Hoewel zijn taal niet anders zijn kon, opgevoed als hij was in de 19e eeuw, was toch zijn grote verdienste dat hij verklaarde dat het gedrag van de mens door meer bepaald wordt dan alleen maar door zijn bewustzijn. Hij wees op

het bestaan van de invloed van het onbewuste op ons al dan niet problematisch handelen.

Door de kennistheoretische interesse van Bateson en zijn navolgingen ontstond er interesse voor fundamentele vragen, ook ten aanzien van therapie, zoals: hoe weet men dingen en wat zijn de veronderstellingen waarop men zijn waarneming en ordening van informatie baseert. Daardoor gaf de gezinstherapiebeweging de wetenschap der psychologie uiteindelijk een nieuwe manier van kijken naar (probleem)gedrag. En deze nieuwe kijk beïnvloedt vele therapeuten (en andere ecologische wetenschappers) in deze helft van de eeuw. Ongetwijfeld is ook deze visie weer tijdgebonden en zal men in de volgende eeuw weer andere modellen ontwikkelen. Maar deze systeemvisie maakt veel van datgene wat niet meer of nog niet begrijpelijk was, inzichtbaar voor ons, die in deze tijd en cultuur leven. En wat therapeutisch van belang is: het werkt.

De resultaten ervan zal ik verderop weergeven. Eerst nu een beschrijving van de principes en de technieken van de systemische gezinstherapie.

3.1.2.3.3 *De principes van de therapeutische cybernetische interventies*

De therapeutische methoden bestaan uit het herdefiniëren en het voorschrijven van rituelen. In eerste instantie lijkt dit niet zo veel nieuws. Deze methoden waren al bekend uit de strategische therapie. Echter, de strategische therapeut stelt zich daarbij directief op, terwijl de cybernetische therapeut dit zo min mogelijk doet. De reden van het laatstgenoemde ligt in de principes waarop de herdefiniëringen berusten en wordt duidelijk uit de andere bedoeling bij het voorschrijven van rituelen. Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin en Prata (1980) geven drie principes van het interveniëren aan.

1. Het opstellen van hypothesen.

Dit wordt niet gedaan om deze op hun waarheid te toetsen. Wel om zinswijzen te ontwikkelen, die klikken met die van de cliënten en verandering teweegbrengen. Want de waarheid bestaat niet. Ieders kijk op de wereld is zijn eigen waarheid en dient

gerespecteerd te worden vanuit het geloof in vrijheid en autonomie van de ander.

2. Het stellen van circulaire vragen.

3. Het innemen van een neutrale houding.

Het circulaire vragen stellen geschiedt op basis van de antwoorden van het gezin, terwijl het gezin op zijn beurt reageert op de vragen van de therapeut. Dit soort vragen is dus gericht op de wederkerigheid tussen het therapeutisch systeem en het gezinsstelsel.

Een voorbeeld is: 'Wie, denken jullie, is degene die het meest onder de problemen in het gezin lijdt?'

De circulaire vragen kunnen tevens de wisselwerking tussen de gezinsleden aan de oppervlakte brengen. Bijvoorbeeld: 'lijdt Jan meer of minder dan Anne?'. Het vragen naar verschillen houdt altijd een vergelijking in tussen een relatie en een wederkerigheid. Onze zintuigen zijn nu eenmaal ingesteld op het gewaarworden van verschillen. Denk bijvoorbeeld aan het verschil tussen iemand strelen of stil vasthouden: het eerste voelt men meer dan het tweede. De hersenen maken onze denkbeelden over onze omgeving door berekeningen van deze waargenomen verschillen (Pribram, 1985). Vandaar dat men door het vragen naar verschillen dichterbij de relatieve waarheid van de systemische samenhang over onze zogenaamde objectief vaststaande werkelijkheid blijft dan door het stellen van lineaire vragen gericht op oorzaak en gevolg.

Zo kan men vragen naar de relatie tussen een bepaalde handeling en een bepaalde betekenis. Bijvoorbeeld: 'wat heeft het voor u te betekenen dat...?' Of de therapeut kan vragen naar het effect van gedrag; bijvoorbeeld: 'wat gebeurt er als ...?' of nog beter: 'wat doet de een (bijvoorbeeld de zoon) als de ander (bijvoorbeeld de moeder) dat doet?'

Nog meer wisselwerking wordt duidelijk door naar zogenaamde roddel te vragen. Bijvoorbeeld: 'Hoe denk jij dat het tussen die twee zit?' Omdat hier drie personen bij betrokken zijn, noemt men dit een triadische vraag. Voor het gezin zijn dit soort vragen niet zo vreemd, omdat mensen in het algemeen regelmatig in die trant over elkaar praten. De bedoeling van het stellen van circulaire of recursieve vragen is het in beweging krijgen en

veranderen van vastliggende patronen in de plattegronden, die de gezinsleden in hun hoofd over elkaar hebben. Want het geloof van de systemische therapeut is dat het leven zelf en dus ook het dagelijks leven van een gezin altijd in beweging is. Problemen ontstaan juist doordat onze opvattingen niet met de tijd mee evolueren. Ouders zullen bijvoorbeeld blijven vasthouden aan ideeën uit hun jeugd tegenover hun kinderen. Dit kan problemen opleveren met hun kinderen, die in een andere tijd leven. De systemische therapeut zal ook vooral letten op analoge taal en lichaamsgedrag, omdat onze digitale taal zo verschaald en inperkend en bevrozend werkt. Vaak zeggen kleine gebaren meer dan grote woorden. Of anders gezegd, het lichaam liegt niet.

Uiteraard geldt dit alles ook voor de therapeut zelf. Daarom heeft hij iemand achter de doorkijkspiegel nodig, die hem erop kan wijzen wat hij doet zonder zich ervan bewust te zijn.

Als derde en laatste middel om systemisch te kunnen werken, beveelt de Milanese school aan: het bewaren door de therapeut van een neutrale houding. Nu is dit woord 'neutraal' misleidend. Want hiermee wordt niet bedoeld: koel en afstandelijk. In tegendeel, er wordt bedoeld: respectvol en menselijk bewogen zijn, omdat het hulpvragend gezin zich anders afgewezen zou kunnen voelen. Wat wordt er dan wel bedoeld met neutraal? Dat de therapeut zich zo waardenvrij mogelijk maar wel nieuwsgierig opstelt (Cecchin, 1987). Dus geen veroordeling of voorkeuren uitsprekt. Ja, zelfs niet bij voorbaat gericht is op veranderen van problematisch gezinsgedrag, want dit alleen al getuigt van betweterij. Dat het beter weten overigens vaak averechts werkt, is nog tot daar aan toe. Maar erger is dat het getuigt van een gemis aan vertrouwen in het eigen probleemoplossend vermogen van het gezin. Een cybernetische therapeut is zozeer overtuigd van de complexiteit enerzijds en de inventiviteit anderzijds van elk levenssysteem dat hij het niet in zijn hoofd zal halen om te denken dat hij het beter weet. Ja, zelfs als hij het wel zou weten, zal hij dit niet laten blijken, omdat hij de autonomie en de vrijheid van de ander niet wil aantasten. Hij weet overigens ook uit ervaring dat – toch zeker op langere termijn gezien – een oplossing, door het gezin zelf gevonden, beter zal blijken dan een aangedragen advies. Tomm (1987), de grote theoreticus van de cybernetische methode, heeft onlangs een vierde richtlijn onderscheiden, ge-

naamd 'strategizing'. Dit houdt in het nemen van beslissingen door de therapeut, inbegrepen besluiten over hoe de overige drie richtlijnen aan te wenden.

Wij hebben nu de manieren, waarop de cybernetische therapeut het gesprek met het gezin voert, besproken. Na dit interview houdt de therapeut een tussenbespreking met zijn collega of team achter de spiegel, terwijl het gezin gespannen in de spreekkamer afwacht. In dit overleg wordt besproken welke interventie het best gepleegd kan worden. In de beginperiode (1972-1980) van de Milanese school werd de interventie stelselmatig verricht. Later werd deze nagelaten vanuit de veronderstelling dat de circulaire wijze van interviewen op zich eigenlijk al voldoende zou zijn.

De technieken van herdefiniëren en het voorschrijven van de rituelen kunnen eventueel ook al tijdens het interview verricht worden.

Staat een therapeut er alleen voor, dan kan hij uiteraard geen overleg plegen. Hij kan zich dan eventueel even terugtrekken om met zichzelf te overleggen. Waaruit bestaat de herdefiniëring van het probleem? Uit het positief benoemen ervan. Bijvoorbeeld: 'Het is goed dat je op dit ogenblik thuis problemen scheidt, omdat je daardoor bewerkstelligt dat je ouders meer met elkaar praten. En dat zullen ze nodig hebben als jij het huis uit gaat.' De voordelen van de zogenaamde positieve connotatie of labelling of etikettering zijn:

1. Dat de therapeut geloofwaardig overkomt. Dit doordat hij vanuit zijn cybernetische visie gelooft in de positieve pogingen van de gezinsleden om het systeem te handhaven.
2. Dat het gezin geen weerstand zal bieden, omdat het zich in zijn goede bedoelingen begrepen voelt. Want negatieve boodschappen houden een veroordeling in, waartegen men zich zal verdedigen.
3. Door het voorschrijven van het tot dan toe onwillekeurige gedrag wordt men zich dit bewust. Daardoor ontstaat de mogelijkheid tot keuze van al dan niet veranderen.

Let wel dat in het positief benoemen een tijds-element gebouwd wordt: 'op het ogenblik' of 'voor een tijdje'. Met andere woorden: er wordt impliciet van uitgegaan dat het patroon met de tijd

kan veranderen. Het voorschrijven van een ritueel heeft niet de bedoeling, zoals in de structureel-strategisch therapeutische stroming, om ook werkelijk als de uitweg gezien te worden. Het is hier meer als een experiment bedoeld om te zien of de hypothese erachter klopt en verandering teweegbrengt.

Het aantal sessies van cybernetische therapie wordt soms tevoren tot een beperkt aantal afgesproken. Soms wordt elke keer opnieuw bekeken of een volgend gesprek nodig is. Het tijdsinterval tussen de zittingen is drie tot zes weken. Dit is ongewoon lang in vergelijking met de meeste andere therapiestijlen, waarbij de frequentie van eenmaal per week wordt aangehouden. Selvini en haar team ontdekten echter toevallig dat dit lange interval een goede uitwerking had. De verklaring achteraf is dat het gezin een aantal weken nodig heeft om de verwarrende zitting te verwerken. Frequentere zittingen lopen de kans deze verwarring weer ongedaan te maken.

De beëindiging van de therapie heeft plaats met een ritueel of onverwacht. Er wordt geen follow-up zitting afgesproken, noch gehouden, omdat dit niet congruent zou zijn ten aanzien van het ingenomen standpunt van vrijheid en autonomie van de cliënten.

Hoe komen de onderzoekers dan aan hun follow-up resultaten? Door naar verloop van tijd onaangekondigd telefonisch te informeren naar het resultaat.

3.1.3 De gedragsgezinstherapie

Deze stroming in gezinstherapie wordt gekenmerkt door een symptoom- of probleemgerichte benadering op leertheoretische grondslag. De leertheorie berust op principes van conditionering, dit wil zeggen het in frequentie toenemen of afnemen van bepaalde gedragingen door selectieve negatieve of positieve bekrachtiging. De geïnteresseerde lezer kan hierover meer lezen in hoofdstuk 3 van dit boek (Orlemans, 1987).

Het Stimulus – Organisme – Response (S-O-R) model werd oorspronkelijk ontwikkeld voor en toegepast op het individu. Later ging men het gebruiken bij de behandeling van relaties (zie par. 2.1.3) en sinds een tiental jaren ook in de gezinstherapie.

Hierbij gaat het erom dat de therapeut de pathologische verschijnselen in het gezin ziet als verkeerd aangeleerde gewoon-

ten. Hij is daarom niet geïnteresseerd in de oorzaken ervan, maar meer in: hoe kan ik de destructieve gewoonten af doen leren en de goede constructieve aan laten leren. De gedragstherapeutische gezinstherapeut begint eerst met een zogenaamde functie-analyse van het gedrag van de gezinsleden op elkaar. Met andere woorden: 'wat doet wie op welk moment en in welke omstandigheden?'. Bijvoorbeeld: is het gewoonte in een gezin om wel of niet met elkaar over gevoelens te praten, raakt men elkaar wel of niet aan, bestraft of beloont men elkaar als er iets nieuws gedaan wordt, en dergelijke? Er wordt dan op een systematische wijze bekeken op welke manier de verschillende symptomatische gedragingen in het gezin worden bekrachtigd. Vervolgens wordt een behandelingsplan opgesteld op grond van conditioneringsprincipes. Wordt er in een gezin bijvoorbeeld te weinig gecommuniceerd, dan wordt als huiswerk opgegeven om na elke maaltijd nog tien minuten aan tafel na te praten met elkaar. Dit is zeer doelgericht en concreet en testbaar. Bijvoorbeeld: een afspraak wordt gemaakt op welke dag van de week vader of moeder of één van de kinderen het nagesprek aan tafel leidt, verder dat deze leider alle andere gezinsleden op toerbeurt zal uitnodigen iets te zeggen over wat die dag indruk gemaakt heeft op de betreffende, etc. Bij de volgende zitting wordt het huiswerk door de therapeut gecontroleerd en waar mogelijk positief bekrachtigd.

Lange (1985) schrijft: 'Juist omdat gedragstherapeuten, gegeven hun leertheoretisch kader, toch het belang van omgevingsfactoren zouden moeten onderkennen, is het verbazingwekkend dat het merendeel van hen nog steeds aarzelt om de interacties tussen de aangemelde cliënt en de relevante omgeving tot onderwerp van behandeling te maken.'

Inderdaad is de gedragsgezinstherapie in vergelijking met de andere gedragstherapeutische stromingen in Europa en Amerika slechts weinig verbreid. Nederland vormt daarop een uitzondering door de bestseller 'Gedragsverandering in Gezinnen' van Lange en Van der Hart (1975) en van Lange (1985). Dit boek is op systeem- en leertheoretische principes gebaseerd. Het is praktisch georiënteerd en goed leesbaar, zodat het voor vele collega's in Nederland en Vlaanderen de richtlijn werd om gezinstherapie te doen. De zogeheten directieve gezinstherapie is een combinatie van de strategische gezinstherapie van Haley, de structurele

gezinstherapie van Minuchin en de probleemgerichte therapie van Epstein en Bishop (1981). Gemeenschappelijk aan deze eclecticische vorm is dat de therapeut zich directief opstelt. Ik zal een paar gedragsgezinstherapeutische methoden noemen.

Ten eerste het positief herformuleren. Dit wordt door Lange als variant beschouwd van het cognitief herstructureren op basis van de attributietheorie (Valins & Nisbett, 1972). 'De attributietheorie', zo schrijft Lange, 'heeft als premisse dat mensen voortdurend bezig zijn om voor hun emoties en gedragingen bepaalde oorzaken te vinden. De uitkomst daarvan, dat wil zeggen de oorzaak waaraan men zijn toestand toeschrijft, heeft echter ook weer invloed op de aard van de emoties. 'Zo heeft het positief labelen', zo vervolgt hij, 'tot gevolg dat de cliënt zijn eigen gedragingen in een positievere context ziet, waardoor hij er minder last van heeft en gemakkelijker aan verandering kan werken.'

Ten tweede het voorschrijven van gerichte opdrachten. Dit is een veel gebruikte methode in de gedragsgezinstherapie en is gebaseerd op de zelfperceptie-therapie van Bern (1972). 'Deze theorie benadert een causaliteit, die omgekeerd is aan de in "common sense" gebruikelijke', zo schrijft Lange. 'Men gedraagt zich niet zoals men zich voelt, maar men voelt zich zoals men zich gedraagt.' Door die opdrachten voor te schrijven (bijvoorbeeld een vader aan te leren zijn zoon selectief te bekrachtigen): 'kan men er de cliënten toe brengen nieuwe gedragingen te vertonen, die op hun beurt weer leiden tot een nieuw en positiever zelfbeeld'. De vader in kwestie ziet zichzelf na het slagen van zijn opdracht positiever. Ook verandert hiermee het individugerichte naar het interactionele denken. De zoon is niet slecht, maar zoon en vader hebben het moeilijk met elkaar. Zelf maak ik in mijn multimethodische aanpak eveneens gebruik van directieven in een bepaalde fase van de therapie van gezinsmoeilijkheden (Nevejan, 1985). Soms kan het echter ook heilzaam zijn op de belevingskant van het gedrag van de gezinsleden in te gaan. Dat wordt in de volgende paragraaf nader beschreven.

3.1.4 De op ervaring gerichte gezinstherapie

In het Engels/Amerikaans heet deze stroming 'experiential'. Wij hebben daarvoor geen goede vertaling in het Nederlands kunnen vinden. Als ik het omschrijf, wordt het: een therapie, die

bestaat uit het de gezinsleden zelf emotioneel laten ervaren wat het betekent om een gezinslid te zijn. Bijvoorbeeld door het laten uitbeelden zonder woorden door elk gezinslid op zijn beurt hoe volgens hem de gezinsverhoudingen er uitzien. Dus: 'ga maar staan en zet je vader, moeder, broers en zusters om je heen op de gevoelsmatige afstand, die jij ten opzichte van hen inneemt. Je kan ze ook nog vragen een in jouw ogen specifieke houding aan te nemen'. Naar wie kijkt de betreffende? Naar wie steekt hij of zij een hand uit? Vooral voor kinderen is dit een geëigende methode om meer over hun innerlijk gezinsbeeld uit te drukken. Een bijkomend voordeel is dat het lichaam niet liegt. Ik heb nog nooit in de vijftien jaren waarin ik deze methode regelmatig toepas, meegemaakt dat iemand dit niet kan; in tegendeel meestal lukt dit tot op centimeters nauwkeurig. Mensen zeggen dan: 'nee, nog een stapje dichterbij. Ja en nu een beetje afgewend. En je kijkt naar moeder en je houdt mijn hand vast'. Dit is een voorbeeld, gezegd door een dochter tegen haar vader.

Deze techniek van de gezinsuitbeelding (beter bekend onder de Engelse naam 'family sculpting') is, voor zover ik weet, door Satir (1972) afgeleid van de psychodrama-methode van Moreno (1946). Gezinsuitbeelding is als het ware gefotografeerd toneel, een 'tableau vivant', dat de relaties onderling weergeeft zoals gezien door één iemand.

Tot de bekende pioniers van de op de ervaring gerichte gezinstherapie, zou je kunnen rekenen: Satir, Carl Whitaker en Walter Kempler. Wat zij en hun navolgers gemeenschappelijk hebben, is hun geloof in de innerlijke groeikracht van de mens. Deze groei voltrekt zich in en door de relaties met bloedverwanten, dat wil zeggen met mensen, die jou door het levenslot zijn toebedeeld. Van deze mensen kun je dan ook nooit meer echt los komen zonder dat dit heftige emoties oproept. Eenvoudigweg omdat je deze mensen zelf niet gekozen hebt. Dat ligt anders ten opzichte van partner(s) of vrienden en kennissen, die je zelf kiest om mee te leven of er – na verloop van tijd – van te scheiden.

Het groeimodel houdt ook in dat het gericht is op groeibevordering. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld het medisch psychiatrisch ziektemodel. Dit verklaart dat op ervaring gerichte therapeuten op zoek gaan naar de positieve bronnen in het individu en in het gezin. Dus wordt er bijvoorbeeld niet gevraagd: 'Waarom

ben je agressief in het gezin?', maar 'Wat wil je daarmee zeggen en hoe kan het gezin jou en zichzelf beter helpen?' Er is binnen deze stroming nog een verschil te maken in de stijl van Satir, Whitaker en Kempler. Dit is van belang te weten, omdat zij alle drie school gemaakt hebben met eigen instituten en organisaties tot opleiding in hun specifieke benadering. Satir is communicatiespecialiste. Zoals Haley was zij indertijd lid van het oorspronkelijke MRI-team met mannen als Jackson en Weakland en later Watzlawick en Sluzki. Echter in tegenstelling tot hun geïnteresseerd zijn in het machtselement in relaties, is Satir veeleer geboeid door het intimiteitsaspect in de communicatie. Dus de vraag is niet: 'Wie is de baas?' maar: 'Wie wil contact met wie?' Satir is geïnteresseerd in hoe de gezinsleden oprecht (in het Engels 'congruent') communiceren in plaats van disfunctioneel, zodat ieders behoefte aan veiligheid en genegenheid binnen het gezin erkend wordt. Want, zoals Rogers – een andere bekende pionier op het gebied van leren door ervaring – dit beschreef voor individuele en twee-relaties, geldt ook voor gezinnen dat de trias van oprechtheid, empathie en begrip de groei bevordert. Het is de vraag of het toevallig is dat Satir als enige vrouw tussen alleen maar mannelijke pioniers op het gebied van de relatie- en gezinstherapie juist het vrouwelijke, moederlijke verbondenheidsaspect benadrukt en daarbij aards en realistisch te werk gaat. (Nevejan, 1984.)

Kempler daarentegen begon school te maken door zijn eerlijke confrontaties tegenover mensen, die contact afhielden op de een of andere wijze. Hij gelooft zozeer in de sterkte en de betrokkenheid van mensen op elkaar, dat hij openlijk zijn teleurstelling of boosheid laat zien als de gezinsleden tegenover hem en ten opzichte van elkaar de boot afhouden.

Zijn stijl is in de loop der jaren meer aanmoedigend en uitnodigend geworden dan confronterend. Maar hij blijft op zoek naar het directe contact met elk der gezinsleden. Zodoende stelt hij ook een voorbeeld voor de gezinsleden onder elkaar.

Whitaker is bekend geworden door zijn absurde stijl. Met overigens veel warmte en humor verrast hij het gezin door gekke uitspraken en invallen. Zo heb ik bijvoorbeeld meegemaakt hoe hij in een gezin op de grond ging zitten spelen met de kleuter, zogenaamd niet geïnteresseerd in het gebekvecht tussen de

ouders. Toen er echter een stilte viel en de vader vroeg: 'Waar hadden we het nu over?', flapte Whitaker eruit: 'Seks.' Nu was dat niet het geval, zodat de vader verbaasd zei: 'Seks?,' waarop Whitaker zei: 'Ja, daar denk ik tussendoor altijd aan'. 'Oh', zei de vader, 'Ik ook!', waarop het gesprek verder ging over dit onderwerp, dat bij nader inzien in dit gezin taboe was met alle gevolgen van dien.

Een ander voorbeeld. Tegen de vrouw, die klaagde over de eeuwige rommel op de kamer van haar man, zei hij: 'Waarom steekt u de boel niet in brand?' Hiermee doorbrak hij de steriele netheidsmoraal in het gezin en boorde hij de krachten aan van de gekke, angstwekkende, maar ook vitaliserende krachten in elk der gezinsleden (Nevejan, 1984).

Het opvallende van deze groei-therapeuten is hun zowel gericht zijn op het gezin als geheel, als ook op elk der gezinsleden afzonderlijk. Hierin vormen zij een tegenwicht tegen de extreem systeem-georiënteerde therapeuten, want die dreigen alleen nog maar het geheel te zien met verwaarlozing van het individu. Daardoor lopen zij het gevaar in hun revolutionaire ijver tegen de individugerichte psychotherapie uit de eerste helft van deze eeuw, in het andere uiterste te vervallen. Namelijk, alle heil te verwachten van therapie van het gezin als geheel met verwaarlozing van de gezinsleden als individu. De op het ervaren gerichte gezinstherapeuten lopen dit gevaar niet, omdat zij in beide geïnteresseerd zijn. Daarin vormen zij een voorbeeld voor de gezinstherapeuten uit de andere beschreven stromingen.

3.2 De praktijk van de gezinstherapie

3.2.1 De aanmelding bij gezinstherapie

Meestal geschiedt de verwijzing voor gezinstherapie wegens moeilijkheden met een kind. In de praktijk blijkt de keuze van de vorm van therapie, individuele, relatie- of gezinstherapie, sterk samen te hangen met de leefsituatie van de betreffende(n). Woont iemand alleen, dan komt hij meestal in individuele therapie. Heeft hij een vaste partner, dan wordt er meestal voor relatie-therapie gekozen. Logischerwijze zal men vervolgens concluderen: leeft iemand in een gezin, dan is gezinstherapie aangewezen. Sinds een tiental jaren redeneert men inderdaad zo, maar daar-

voor volgde men een ander model, namelijk dat van het Medisch Opvoedkundig Bureau, waarbij ouders en kinderen apart werden behandeld. De kinderpsychiater kreeg de hoofdverantwoordelijkheid van de behandeling van het kind. De psycholoog testte het kind op intelligentie en gevoelsmatige ontwikkeling. En de kinderarts onderzocht het lichamenlijk. En de ouders dan? Die werden gehoord door de maatschappelijk werker. Broers en zusters kwamen er niet aan te pas. U ziet hoe het natuurwetenschappelijke medische model, waarbij het individu met zijn huid de grens aangeeft van het te behandelen systeem, doorwerkte in de psychische hulpverlening van de jaren 1930 tot 1975. Men beseftte indertijd niet dat er naast de wetenschap over zintuiglijk waarneembare voorwerpen er ook een wetenschap bestaat, die ons kennis verschaft over filosofische waarheden waartoe de psychologie behoort (Wilber, 1983). Pas onder invloed van antropologen (bijvoorbeeld Bateson), sociologen (bijvoorbeeld Bell), sociaal-psychologen (bijvoorbeeld Lewin) en sociaal-psychiaters (bijvoorbeeld Ackerman en Jackson), ging men de grens van het psychische systeem verleggen van de huid van het individu naar die van de beïnvloedingssfeer, waarin zijn psyche verkeert en uitstraalt. En deze bleek grotendeels samen te vallen met de groep mensen, waarin hij dagelijks verkeert en die het meeste voor hem betekenen.

Men noemt dit het netwerk waarvan de psyche deel uitmaakt. De begrenzing van het te behandelen systeem ligt dan bij de grenzen van dit bepaalde netwerk. Meestal is dit voor een kind het gezin. Eigenlijk is dus gezinsbehandeling een willekeurig voorbeeld van netwerktherapie. Het is goed dit te beseffen om te voorkomen dat gezinstherapie een leven op zich gaat leiden en als een panacee beschouwd gaat worden juist zoals dit jaren geleden gold voor individuele therapie. Dit gevaar is niet denkbeeldig gezien het dwepen van sommige hulpverleners met bepaalde gezinstherapeuten en hun stromingen. De tijd zal echter leren en relativeren. Reeds gaan er stemmen op, die hier en daar een vraagteken zetten achter de zogenaamde grotere effectiviteit van relatie- en gezinsbehandeling. Temeer is deze kritische instelling gerechtvaardigd, omdat er geen harde cijfers zijn, die het effect van relatie- en gezinstherapie zouden kunnen bewijzen. Psychotherapie is kennelijk een modegevoelig verschijn-

sel. Dit wil zeggen, zeer bepaald door de tijd en plaats, waarin het plaatsvindt. Dit blijkt o.a. ook uit het verschijnsel dat in de ontstaansperiode van de gezinstherapie, men er een dogma van maakte dat alle gezinsleden aanwezig dienden te zijn bij de behandeling. Nu de gezinstherapiebeweging de kinderschoenen ontgroeid is, ziet men dat men hierin een soepeler beleidslijn volgt. Meestal laat men tegenwoordig wel de zitting plaatshebben, ook al ontbreken één of meer gezinsleden. Soms wordt er door de therapeut zelfs de voorkeur aangegeven om nu eens dit of dat subsysteem of individueel gezinslid apart te spreken.

Als vuistregel kan men echter hanteren dat het praktischer is om met het gehele gezin te beginnen en eventueel daarna op te splitsen dan omgekeerd. De voordelen van met het geheel te beginnen zijn, dat de schijn van partijdigheid wordt vermeden en dat de therapeut zelf kan beoordelen wie hij de volgende zittingen wil zien.

De verwijzer is meestal de huisarts. In tegenstelling tot in Amerika is in Europa de huisarts ook de gezinsarts. Dat maakt het voor hem makkelijker om het gezin als geheel te kennen en zonodig te verwijzen. De mensen zelf vinden het meestal minder vreemd om als gezin verwezen te worden dan verondersteld wordt. Kennelijk leeft het gezinsgevoel nog sterk onder de Nederlandse en Vlaamse bevolking. Meestal overlegt de verwijzer eerst telefonisch met de hulpverlener en laat hij de oproep van het gezin aan de therapeut zelf over. Dat geeft de gezinstherapeut het voordeel dat hij zelf kan terugbellen naar het desbetreffende gezin, zelf enigszins door de telefoon kan beoordelen wat er aan de hand is, kan beslissen of hij het hele gezin wil zien of een deel ervan en tenslotte plaats en tijd in onderling overleg kan bepalen. De plaats is bij voorkeur bij het gezin aan huis, omdat dit voor de betreffenden het voordeel heeft op eigen terrein te blijven. Bovendien geeft het de therapeut extra informatie over de woon- en leefomstandigheden. Vaak wordt echter door de therapeut de voorkeur gegeven aan bezoek aan zijn eigen praktijkadres door het gezin, omdat hij zodoende tijd wint. De vraag is of dit altijd opweegt tegen de genoemde voordelen van behandeling in het huis van het gezin. Ook is duidelijk uit het voorgaande dat het zeer belangrijk is dat het telefonisch overleg met de verwijzer en het gezin vooraf door de therapeut zelf geschiedt en

niet door een secretaresse of een andere collega. Een al of niet gunstige uitgangspositie voor de therapie wordt sterk door het eerste gesprek door de telefoon bepaald. Mijns inziens verdient het aanbeveling dat indien de telefoonbeantwoorder niet dezelfde kan zijn als de therapeut, de meest ervaren therapeut van het team het telefonisch spreekuur verzorgt.

3.2.2 De diagnose bij gezinstherapie

De gezinsdiagnose staat, in vergelijking met de individuele diagnose in medisch en psychiatrisch opzicht, nog in de kinderschoenen. Er bestaan nog geen operationele beschrijvingen, bijvoorbeeld het classificatiesysteem van diagnoses in de psychiatrie. Er bestaan weliswaar verscheidene testbatterijen voor gezinsdiagnose, maar deze zijn niet algemeen aanvaard. We moeten het vooralsnog doen met algemene beschrijvingen, bijvoorbeeld een kluwen- of een los-zand gezin. Zoals het woord zegt, is er bij een kluwengezin sprake van een ongedifferentieerdheid van de gezinsleden (Bowen, 1978) of anders gezegd van een directe koppeling van de leden aan elkaar (Minuchin, 1973), waarbij de grens tussen de gezinsleden onderling vervaagd is, terwijl de grens naar buiten sterk is. Het gesloten gezin is de normale variant van het kluwengezin. Bij een los zand gezin is er sprake van een sterke scheiding tussen de gezinsleden, die ieder hun eigen gang gaan en weinig contact hebben met elkaar. De grens naar buiten is te open. De normale variant van deze afwijking is het open gezin.

Daarnaast worden gezinnen differentieel diagnostisch onderscheiden naar gelang het voorkomen van bepaalde pathologische verschijnselen. Als eerste werd beschreven (Bateson et al., 1963) de double bind. Dit is het geven van een innerlijke tegenstrijdige boodschap. Bijvoorbeeld: 'Lees dit niet' of 'word volwassen' of 'wees spontaan'. Op het moment dat het kind gehoorzaamt, heeft het al gelezen, of stelt zich afhankelijk op of speelt spontaneïteit. Het kind doet het nooit goed. Er ontstaat een impasse als het daarbij voor zijn levensonderhoud en -behoud afhankelijk is van de volwassen ouder. Anders zou het kunnen zeggen 'barst, dat zoek ik zelf wel uit'. Maar in een afhankelijke situatie kan het alleen in de war raken en ook daarvoor weer gestraft worden.

Het zal vaak de schuld aan zichzelf geven voor het niet opvolgen van deze onverklaarbare boodschap en het zal nog meer zijn best doen of zich terugtrekken. Het fnuikende van het geven van paradoxen zoals 'word nu eens eindelijk volwassen' is niet zozeer het uitspreken daarvan. Dat komt normalerwijze in elk gezin voor. Echter het werkt verziend, wanneer de gekozen uitweg (bijvoorbeeld: op kamers willen gaan wonen) niet wordt beloond, maar eerder ontkracht (i.c. 'geef je niks om ons, dat je zomaar weggaat?').

Een ander ziekmakend verschijnsel is het voorkomen van herhaald terugkerende starre gedragspatronen die aanpassing aan de onvermijdbaar veranderende levensomstandigheden belemmeren. Daardoor ontstaat stagnatie in de ontwikkeling van het gezin en de gezinsleden. Bijvoorbeeld: telkens als een adolescent het huis voorgoed dreigt te verlaten wordt moeder bedlegerig of vervalt vader weer in alcoholisme. Blijft hij thuis dan knapt moeder weer op en kent vader zijn droge periode; echter nauwelijks is hij weer van plan weg te gaan omdat het thuis nu goed gaat, of de symptomen beginnen weer bij de ouders op te komen.

Een veel voorkomend pathologisch verschijnsel is de z.g. parentificatie van een of meer kinderen. Dit wil zeggen dat het kind de ouder ('the parents' of 'les parents'; vandaar de term parentificatie) wordt van zijn ouder, doordat het voor hen zorgt in plaats van omgekeerd.

Bijvoorbeeld: een ouder vraagt meer aandacht van het kind voor zichzelf dan het geeft. Het kind merkt dat, zodra het troost en vertrouwen zoekt; de ouder antwoordt met 'En hoe denk je dat ik het heb? Dacht je dat voor mij het leven gemakkelijk is?' om vervolgens over de eigen ellende uit te weiden en de aandacht naar zich toe te trekken. Ook hier zit het venijn in de staart. Dat wil zeggen dat dit patroon op zich nog niet ziekmakend hoeft te zijn en normalerwijze veel voorkomt. Het wordt echter pas problemen scheppend als de ouder de aandacht, die het kind dan alsnog aan deze klagende ouder geeft, niet erkent. Door een 'Dank je' of een 'Wat lief van je dat je zo meeleeft met me' of iets dergelijks, zou het kind zich beloond en gezien voelen. Krijgt het deze erkenning niet, dan is er grote kans dat het zijn hele verdere leven extra zijn best zal doen ten opzichte van anderen met het gevolg dat het zijn zelfstandigheid tekort doet.

Dit worden de mensen die het niet kunnen laten om zich voor iedereen uit te sloven. Zij voelen alles aan, leven mee en verplaatsen zich zo vaak intens in een ander, dat zij hun eigen smaak en voorkeur verliezen. Zij leven via de ander. Zij doen dit later uiteraard ook ten opzichte van hun eventuele kinderen. Met het gevolg dat deze gebruikt worden, in de zin van verworden worden en aan hoge verwachtingen moeten beantwoorden. Het gevolg hiervan is dat deze kinderen op hun beurt ook weer te nauw gebonden blijven aan hun ouders, of als reactie zich extra sterk gaan afschermen ('ieder voor zich'). Dergelijke patronen worden door de generaties doorgegeven. Vandaar hun naam inter- of multigenerationele verschijnselen.

3.2.3 De indicatie en contra-indicatie van gezinstherapie

Het ligt voor de hand dat de zojuist beschreven intergenerationele problematiek een uitgesproken indicatie vormt voor gezinstherapie. Zou men een geparentificeerde cliënt individueel behandelen (bijvoorbeeld met een assertiviteitstraining), dan doet men de ouders en grootouders tekort met het gevolg dat de patiënt zich uiteindelijk schuldig gaat voelen of te hard en onmenselijk moet worden. Het kan geïndiceerd zijn om tijdelijk een dergelijke puber of adolescent alleen te behandelen om hem te leren zich te leren afgrenzen. Maar wil de cliënt een goed gevoel overhouden bij het overlijden van zijn ouder(s), dan zal hij zich toch tevoren verzoend moeten hebben met die ouder(s).

Over het algemeen kan men zeggen dat gezinstherapie geïndiceerd is wanneer er sprake is van gedragsproblemen bij kinderen, zoals fobieën, obsessies, dwangmatig te veel eten (boulimie) of te weinig (anorexia nervosa), enuresis (bedplassen) en encopresis (broekpoepen), stelen en liegen en bedriegen, buitengewoon agressief of crimineel gedrag, sterk depressief zijn (met soms gevaar van zelfmoord) tot en met de schizofrenie: een totaal vreemd en oninvoelbaar reactiepatroon met autisme en leven in een waanwereld.

Dus alle neurotische, psychotische en psychopatische verschijnselen bij jongeren lenen zich in principe voor gezinstherapie.

Het is de behandeling bij voorkeur, omdat deze symptomen samenhangen met de context, in dit geval het gezin.

Heeft een kind echter problemen op school, dan hoeft dat niet altijd samen te hangen met het gezin, waarin het opgroeit. Het kan dan aangewezen zijn om het schoolsysteem (de onderwijzer, leraar of klasgenoten) te behandelen. Zijn er voortdurend problemen op straat dan kan het zinvol zijn de wijkagent bij de behandeling te betrekken.

Absolute contra-indicaties voor gezinstherapie bestaan er, voor zover mij bekend, niet. Wel relatieve, in de zin van tijdelijk geen gezinstherapie doen of in die zin dat het geen kwaad kan om individuele of groepstherapie te doen.

Ten aanzien van het laatstgenoemde denk ik bijvoorbeeld aan leren spelen of praten met leeftijdsgenoten om de leeftijdsidentiteit en de sociale vaardigheid te versterken. Er bestaan ook organisch veroorzaakte ontwikkelings- of gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen door een aangeboren stofwisselingsstoornis of door een verworven infectie, trauma of tumor. Uiteraard is hier individuele behandeling van de organische oorzaak aangewezen. Gezinsbehandeling is dan niet direct geïndiceerd, maar het zal nuttig zijn te zien wat voor betekenis en consequentie deze afwijking heeft op broers, zusters en ouders. Want soms vraagt een dergelijk gestoord kind zoveel aandacht en zorg, dat het ten koste van de andere kinderen of het huwelijk dreigt te gaan. Of er bestaat onbegrip voor het gedrag van het zieke of afwijkende kind en dan is voorlichting en ermee leren omgaan nodig. Ik denk hierbij o.a. aan lichamelijk en/of geestelijk gehandicapte kinderen. Samenvattend kan men zeggen dat de bewijslast voor al of niet gezinstherapie doen, wanneer kinderen gestoord of ziek gedrag vertonen, ligt bij de individuele therapie. Dit wil zeggen dat in het algemeen gezinstherapie de voorkeur verdient en dat men extra argumenten dient te hebben om de voorkeur te geven aan individuele therapie.

3.2.4 Het verloop van gezinstherapie

Gezinstherapie duurt over het algemeen niet langer dan een tiental zittingen. Dit komt doordat kennelijk het behandelen van het gehele omringende systeem zo'n krachtige invloed heeft op de cliënt, dat verdere behandeling niet nodig is (De Shazer, 1986).

Het systeem en de cliënt worden ertoe gebracht de onderlinge moeilijkheden zelf te leren oplossen. Het probleemoplossend vermogen van het gezin en van het kind wordt vergroot. De zittingen duren meestal anderhalf tot twee uur en vinden om de twee of vier weken plaats. Structurele en strategische therapeuten geven vaak huisopdrachten mee. De cybernetische school kent het voorschrijven van de tegenparadox.

Jarenlang durende gezinstherapieën vormen uitzonderingen. Het wordt soms gedaan door intergenerationele therapeuten, wanneer bepaalde patronen in een familie door de generaties heen zeer destructief en hardnekkig zijn.

Soms is opname van de betreffende cliënt nodig in een neurose dag- en/of nachtkliniek of op een gesloten afdeling voor psychotici met zelfmoord- of moordneigingen. Dit soort behandelingen duurt meestal een half tot twee jaar. Hier en daar bestaat de mogelijkheid tot het opnemen van het gehele gezin, wat het voordeel heeft dat de indruk vermeden wordt, dat de problemen voornamelijk aan de geïdentificeerde patiënt zelf liggen. Ook de behandeling van lichamelijk en geestelijk gehandicapte kinderen en van delinquente adolescenten kan jarenlang duren. Meestal gebeurt dit in instituutsverband en worden de ouders en overige gezinsleden regelmatig bij de behandeling betrokken. Maar voor de veel voorkomende lichte gedrags-, gevoels- of denkstoornissen van kinderen, is het verloop van de gezinsbehandeling relatief kort.

4 Resultaten

Dat psychotherapie in het algemeen iets doet, blijkt uit keiharde cijfers van ziektekostenverzekeraars. Verscheidene (Amerikaanse) verzekeringsmaatschappijen ontdekten dat na één jaar al 30% en na vijf jaar 65 à 75% minder kosten gemaakt werden in de medische consumptieve gezondheidszorg door verzekerden, die psychotherapeutische hulp kregen. Dit in vergelijking met de controlegroep, die dit niet had. Ook wat betreft produktieverlies versus produktietoename bleek dat voor iedere dollar, besteed aan psychotherapie, drie dollar produktietoename bestond (APA, 1983)!

Ook in Nederland werd onlangs aangetoond dat bij de helft van het aantal mensen, dat opgenomen was geweest in een psychotherapeutisch instituut, één of meer aspecten, die met lichamelijke klachten samenhangen, waren afgenomen (Van der Lande, 1988; Koster & Wagenborg, 1986). Het gevolg is dat verzekeraars in Amerika en Nederland psychotherapie weer volledig gaan betalen. De vraag is of deze cijfers ook gelden voor relatie- en gezinstherapie. En of deze therapievormen effectiever zijn dan individuele of groepstherapie, althans indien er sprake is van een relatie- en/of gezinsprobleem.

Men zou verwachten dat deze kwestie voldoende wetenschappelijk onderzocht is. Er is inderdaad onderzoek gedaan naar het effect van psychotherapie in het algemeen en van de relatie- en gezinstherapie in het bijzonder, maar het resultaat is anders dan verwacht. Een bekende Nederlandse onderzoeker (Schagen, 1985) schrijft in de slotbeschouwing van zijn algemeen overzicht over 'het effect van psychotherapie, meetbaarheid en resultaten' dat de reactie op de vraag 'Wat is het effect van psychotherapie' hoort te zijn: 'andere vraag!'. Als de vragensteller aanhoudt, kan alsnog geantwoord worden: 'Dat is niet bekend.' Waarom? Omdat in de zachte menswetenschappen de standaard kwalitatieve en kwantitatieve eisen van wetenschappelijkheid moeilijk realiseerbaar zijn. Voor mij rijst de vraag of deze standardeisen niet ten onrechte uit de natuurwetenschappen overgenomen zijn. Al te lang is wetenschap op wat voor gebied ook vereenzelvigd met natuurwetenschap. Voor de psychische en spirituele domeinen gelden andere methoden en wetenschapscriteria (Wilber, 1983). Dit geldt zowel voor het onderzoek naar het effect van psychotherapie op zich, als ook voor de pogingen tot inzicht in het verkrijgen van de veranderingsprocessen tijdens psychotherapie. Gelukkig is voor deze laatstgenoemde zogenaamde procesanalyse het casuïstische onderzoek weer in ere hersteld na de te hoge waardering voor groepsgewijs onderzoek met indrukwekkende statistieken.

Na deze inleidende relativerende opmerkingen terug naar de vraag: 'Is relatie- en gezinstherapie beter dan geen therapie?' en: 'Is relatie- en gezinstherapie beter dan een andere vorm van therapie?'

De eerste vraag wordt door Gurman en Kniskern (1978) bevestigend beantwoord op grond van een onderzoek van alle tot dan toe verrichte onderzoekingen (meer dan 200 verslagen over ongeveer 5.000 gevallen).

De tweede vraag, die om een vergelijking gaat met andere vormen van therapie, is niet eenduidig te beantwoorden, omdat er zoveel andere vormen van therapieën bestaan. Wat betreft bijvoorbeeld het verschil en resultaat tussen individuele therapie en relatietherapie van relatieproblemen is het meest recente standpunt dat relatietherapie de voorkeur verdient (Gurman & Kniskern, 1986; Wells & Giaretti, 1986). Specifieker geformuleerd luiden de conclusies:

1. Het is nauwelijks bewezen dat individuele huwelijkstherapie niet effectief is.
2. Er bestaat geen bewijs voor het effect van individuele huwelijkstherapie.
3. Het is in hoge mate evident dat relatietherapie effectief is (Gurman & Kniskern, 1986).

Over gezinstherapie in vergelijking met andere vormen van therapie zijn de meningen verdeeld. Volgens Gurman en Kniskern (1978) 'zou gezinstherapie even effectief zijn dan individuele en groepstherapie in vier van de veertien gecontroleerde vergelijkende studies en beter in tien van de veertien'. Wells en Dezen (1978) besluiten dat dit niet het geval is, omdat de gezinstherapie gepaard ging met medicatie en hospitalisatie. In 1982 werd aangetoond (Stanton, Todd, et al., 1982) dat louter gezinstherapie meer effect had bij het ontwennen van drugsverslaafden dan individuele gespreksbehandeling (met ondersteuning van methadon) of geen therapie (geciteerd door Kog, 1984).

Kog (1984) concludeert: 'vergelijkend onderzoek over het effect van gezinstherapie en geen of andersoortige therapie, heeft tot op heden hoegenaamd niets opgeleverd en wel vanwege de veelheid van niet gecontroleerde variabelen'. Sommige variabelen zijn niet of nauwelijks controleerbaar. Zo stelt een vergelijking van gezinstherapie en geen therapie de onderzoeker voor een ethisch probleem. Namelijk of het verantwoord is bepaalde gezinnen geen behandeling te geven. Verder kan men de therapeutische vaardigheid en behandelingsmethode onmogelijk

lijk uit elkaar houden, wanneer men gezinstherapie vergelijkt met andersoortige therapie. 'En op welk niveau dient het effect van gezinstherapie gemeten te worden? Is symptoom-opheffing bij de aangemelde patiënt voldoende als evaluatie-criterium, wanneer verandering van de gezinsinteractie toch het gemeenschappelijk doel is van gezinstherapeuten uit verschillende stromingen?' (Kog, 1984). Ten slotte wijst Kog (1984) er mijns inziens terecht op dat de evaluatie-instrumenten onderling niet vergelijkbaar zijn en dus herhalingsonderzoek onmogelijk wordt. En verder hoe de gegevens te beoordelen? Als na een therapie het behandelde gezin meer klachten aangeeft dan het niet-behandelde gezin, is dit dan doordat zij erop achteruitgegaan zijn of doordat zij zich meer bewust geworden zijn van hun gedrag en de beleving ervan en dus minder verdringen?

Naast het effectonderzoek kent men sinds een tiental jaren het onderzoek naar het beschrijven en evalueren van het verloop van relatie- en gezinstherapie. Men noemt dit 'process-research'. Pinsoff (1981) zegt hierover in zijn overzichtsartikel over dit onderwerp: 'als effect-onderzoek (outcome-research) wat betreft gezinstherapie nog in zijn kinderschoenen staat, dan kunnen we zeggen dat gezinstherapie proces-onderzoek nog maar net geboren is'. Ik wil het bij deze uitspraak wat dit onderwerp betreft laten, omdat er sindsdien nog weinig veranderd is. Ook hier is de moeilijkheid de enorme hoeveelheid gegevens en het kiezen van de relevante dimensies. Een andere manier van het beoordelen van relatie- en gezinstherapie is het laten beoordelen van de therapie door de insiders, de cliënten zelf. Onlangs werd door de Consumentenbond een enquête verricht over de tevredenheid bij (ex-)cliënten van de Riagg's. Op deze regionale instituten van ambulante geestelijke gezondheidszorg worden alle vormen van psychotherapie beoefend. Daaruit bleek dat tweederde van de cliënten tevreden was over de geboden hulp, de kwaliteit en de verbetering van de problemen. Kijken we nu naar onlangs verricht onderzoek (Crane, Griffin & Hill, 1986) over de beoordeling van cliënten van relatie- en gezinstherapie, dan blijken daar ongeveer dezelfde resultaten geboekt te worden dan in bovenstaande enquête over psychotherapie in het algemeen: 63% verbetering, 20% geen verandering en 7% achteruitgang. Deze cijfers stemmen aardig overeen met die welke Gurman en Knis-

kern in 1978 vonden in hun overzicht over het effect van relatie- en gezinstherapie: 70% verbetering, 19% geen verandering en 5 tot 10% verergering.

5 Besluit

‘De huidige gezinstherapeut’, schrijft Hare Mustin (1987), ‘lijkt op een chauffeur op een high-way in de mid-west in de USA. De automatische snelheidscontrole is ingeschakeld en meneer hoeft, in lotus houding gezeten, niets anders te doen dan rechtuit rijden.’ Met deze kostelijke vergelijking wil deze feministe aantonen dat er niets nieuws meer te ontdekken valt aan de revolutionaire gezinstherapeut van dertig jaar geleden. Hij is gesettled en hij zal niet van zijn comfortabele koers afwijken. Tenzij ... Ja, tenzij er iets verrassends gebeurt. Bijvoorbeeld, zo stelt deze schrijfster, een gezinstherapie, die rekening houdt met het verschil in machtshierarchie tussen man en vrouw. Waarom wel letten op de hiërarchie tussen ouders en kinderen, zoals praktisch alle gezinstherapeutische stromingen doen, en niet op die tussen man en vrouw? Ik citeer deze opvatting, omdat zij een uiting is van een meer gehoorde kritiek op de gezinstherapiebeweging. Namelijk dat het vernieuwende elan verdwenen is. Daar staat tegenover dat het gezinstherapiemodel gemeengoed geworden is in therapeutenland. Elke therapeut heeft er van gehoord, het heeft zijn vaste plaats en status verworven.

Het is tegenwoordig zelfs niet meer nodig, zo oordeelt de pionier Minuchin om nog te spreken van verschillende stromingen in de gezinstherapie. Elke gezinstherapeut gebruikt tegenwoordig bij de beoefening van zijn vak, elementen uit de verschillende scholen. De tweede generatie-therapeuten proberen eerder het gemeenschappelijk in de verschillende scholen onder één noemer te brengen (Keeney & Ross, 1985).

Hoe een synthese te vinden tussen het oorspronkelijke ontdekkende karakter van de gezinstherapiebeweging en haar intussen bestaande verworvenheden? Dit is vooralsnog onduidelijk. De huidige discussie speelt zich voornamelijk af over de wenselijkheid van het al of niet waardevrije gezinstherapie kunnen uitoefenen. De Women’s Project for Family Therapy: Peggy Papp, Peggy Penn, Olga Silverstein (van het Ackerman instituut te New

York) en Marianne Walters (van het Family Therapy Institute te Washington) stellen tegenover Boscolo en Cecchin, dat het niet verantwoord is om zich neutraal op te stellen in het licht van de bestaande discriminatie van de mannen tegenover de vrouwen. Zij vinden zelfs dat een echte neutrale positie niet bestaat, omdat de keuze voor neutraliteit ook een waardebepaalde keuze is.

Daartegenover onderschrijven deze twee mannelijke therapeuten (Boscolo en Cecchin) uit Milaan, het standpunt van Bateson: dat therapie meer een kwestie is van proces dan van inhoudsverandering. Uiteindelijk, denk ik, leidt het één altijd tot het andere dat wil zeggen inhoud- tot procesverandering en omgekeerd, maar de vraag is wat sneller en ingrijpender werkt. Zo ziet men dat op breder vlak dezelfde kwestie in de gezinstherapie speelt als bij elke gezinstherapeut, die zich bij elke therapie afvraagt: zal ik meer het inhouds- of het proceskarakter benadrukken? Wat onderzoek betreft is men intussen praktisch geheel afgestapt van het thema: het effect van psychotherapie. David Reiss, (Congresmededeling, Praag, 1987) een door de jaren heen belangrijke onderzoeker, die op dit moment veel onderzoek in de USA coördineert, ziet meer perspectief in de vraag: Wat maakt een gezin tot een gezin? Wat is het specifieke van elk gezin? Hoe ontdek je dat? Zijn team richt zich daarbij op wat hij noemt: de gezinscodex. Daarmee wordt bedoeld de ongeschreven maar bestaande waarden en regels, die elk gezin zijn eigen specifieke sfeer geven. Zij kunnen afgeleid worden uit alledaagse spontane opmerkingen en gesprekken, en verder uit vastgelegde opvattingen in testamenten, dagboeken, familie-analen en dergelijke.

De invloed van de gezinstherapie op het maatschappelijk gebeuren is intussen zeer gering gebleven, ondanks alle hooggespannen verwachtingen dienaangaande. Veel minder in elk geval dan bijvoorbeeld de antipsychiatriebeweging, die in een land als Italië bewerkstelligde dat alle psychiatrische klinieken gesloten werden.

De vraag is of de gezinstherapiebeweging in staat zal zijn een verschuiving in opvattingen teweeg te brengen, die de grenzen van het therapieterritorium zal overschrijden. Sommige, zoals Minuchin (persoonlijke mededeling), twijfelen daar sterk aan. Anderen, zoals feministen en procesanalysten, niet. Interes-

sant is het in dit verband de nieuwste paradigmaopvatting te horen. Tegenover de oude opvatting van Kuhn (1962) dat een paradigmaverschuiving optreedt door een plotseling nieuw verworven inzicht dat algemeen door de wetenschap gevolgd wordt, stelt D. Price (1984) dat een dergelijke verschuiving mede bepaald wordt door de technologische vooruitgang.

Gezinstherapie werd sterk bepaald door de technische mogelijkheid van observatie van het gezinsproces (zonder er als observator zelf deel aan te nemen) door de fabricage van de half doorzichtige spiegel, en van het objectief vastleggen van het gezinsproces op videoband. Door dit laatste werd ook nader onderzoek van het verbale en nonverbale object mogelijk. Wellicht dat in de toekomst door nieuwe technische middelen zoals de computer en andere nog onvoorstelbare apparaten meer en andere gegevens of zelfs een andere visie op relatie- en gezinstherapie ontdekt worden.

Literatuur

- Ackerman, M.W. (1938). The Unity of the Family. *Archives of Pediatrics*, 55, 51-62.
- Ackerman, M. (1958). *The Psychodynamics of Family Life*. New York: Basic Books.
- American Psychiatric Association (1983). *Economic Fact Book for Psychiatry*. Washington: Am. Psychiatric Press Inc.
- Ashby, W. (1954). *Design for a Brain*. New York: John Wiley.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & J. Weakland (1963). A note on the double bind. *Family Process*, 2, 154-161.
- Bateson, G. (1973). *Steps to an Ecology of Mind*. London: Granada Publishers.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*, Toronto: Bantam.
- Beels, C. & Ferber, A. (1969). Family Therapy: a View. *Family Process*, 8, 280-318.
- Bern, D. (1972). Self-perception Theory. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. 6. New York: Wiley.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory*. New York: Braziller.
- Bockus, F. (1980). *Couple Therapy*. New York, London: Jason Aronson.
- Boeckhorst, F. (1985). De strategische stroming in het *Handboek Gezinstherapie*. Afl. 3 B. 2.3., Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bohm, D. (1985). *Heelheid en de impliciete orde*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties*. New York: Harper en Row.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. (1986). *Between Give and Take*. New York: Brunner Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- Capra, F. (1977). *The Tao of Physics*. New York: Bantam.
- Cecching, G. (1987). Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an introduction into curiosity. *Fam. Process*, 26, (4)
- Compennolle, T. (1984). Korte ontwikkelingsgeschiedenis van de gezinstherapie, *Handboek Gezinstherapie*, Afl. 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Compennolle, T. (1984). De structurele stroming in het *Handboek Gezinstherapie*. Afl. 2, B. 2.2. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Crane, D., Griffin, W. & Hill, R. (1986). Influence of Therapist Skills on Client Perceptions of Marriage and Family Therapy Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 91-96.
- Dare, Ch. (1986). Psychoanalytic Marital Therapy. In: Jacobson, M. & A. Gurman, *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York-London: Guilford Press.
- Dicks, H.V. (1967). *Marital Tensions: Clinical Studies Toward a Psychological Theory of Interaction*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Emde Boas, van, C. (1962). Intensive Group Psychotherapy with Married Couples. *International Journal of Group Psychotherapy*, 12, (2).
- Epstein, N. & N. Bishop (1981). Problem Centered Systems Therapy of the Family. In: Gurman A., and Kniskern, D. (eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Fairbairn, W.R.D. (1954). *An Object Relations Theory of Personality*. New York: Basic Books.

- Framo, J., J. (1981). The integration of Marital Therapy with Sessions with Family of Origin. In: German, A.S. & Kniskern, D.P., *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner Mazel. Goldstein, K. (1939) *The Organism*. New York: American Book Company.
- Greene, B. (1965). *The psychotherapies of marital disharmony*. New York: The Free Press. Group for the Advancement of Psychiatry (1970). *The Field of Family Therapy*, Vol VII, Report nr. 78. Washington: American, Psychiatric Association.
- Gurman, A. & Kniskern, D. (1978). Research on marital and family therapy. In: S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.
- Gurman, A. & Kniskern, D. (1986). Commentary, *Family Process*, 25, 51-62.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Greene and Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy*. New York: Norton.
- Haley, J. (1982). *Weg van huis*. Meppel: Infopers. (Vertaald uit het Engels: Leaving Home, McGraw Hill, New York, 1980).
- Hare-Mustin, R. (1987). The Problem of Gender in Family Therapy Theory. *Family Process*, 26, 15-27.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York: Basic Books.
- Jacobson, M. S. & Holtzworth-Monroe, A. (1986). Marital Therapy: a social learning-cognitive perspective. In: Jacobson, M.S., & Gurmman, A.H.S., *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York, London: Guilford Press.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Keeney, B., and Ross, J. (1985). *Mind in therapy*. New York: Basic Books.
- Kempler, W. (1974). *Gestaltherapie voor het gezin*. Haarlem: De Toorts.
- Kempler, W. (1981). *Experiential Psychotherapy within Families*. New York: Brunner Mazel.
- Klein, M. (1948). *Contributions to Psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Kog, E. (1984). Onderzoek. In: *Handboek Gezinstherapie*, afl. 2, M. i. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Keihler, W. (1924). *Die psychischen Gestalten in Ruhe und im stationären Zustand*. Erlangen.
- Koster, A. & Wagenborg, J. (1986). Het follow-up project, Psychotherapeutische Gemeenschappen (8): Eind goed, al goed? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, (28), 632-644.
- Krop, J. (1984). *Aktietherapie*. Baarn: Nelissen.
- Kuhn, Th. (1962). *The Structure of Scientific Evolutions*. Chicago: Un. of Chicago Press.
- Lange, A. & Hart, O. van der (1975). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Tjeenk Willink. Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. & Hart, O. van der, (1984). *Directive Family Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Land, van der, J. (1988). Van Geluk verstoken. *Nieuws voor Psychotherapeuten*, 1, XX, 5-9.
- Lederer, W.J. & Jackson, D.D. (1968). *The Mirages of Marriage*. New York: Norton and Company.
- Lemaire, J.G. (1971). *Les Therapies du Couple*. Paris: Payot. (Vertaald in het Nederlands: *Echtpaartherapie*, Lemniscaat, Rotterdam, 1974.)
- Levi-Strauss, C. (1958). *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.
- Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A. (1965). *Schizofrenia and the Family*, New York: Int. Uri.. Press.
- LoPiccolo, J. & LoPiccolo, L. (1978). *Handbook of Sex Therapy*, New York: Plenum. MacGillavry, D. (1984). *Onderhandelen met scheidende mensen*. Rotterdam: Ad Donker.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Masters, W.H. & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Maturana, H. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition*. Boston: Reidel Press.
- McGoldrick, M. & Carter, E. (1982). *The Family Life Cycle*. In: Walsh, F. (Ed.), *Normal Family Process*. New York- London: Guilford Press.
- Minuchin, S. et al. (1976). *Families of the Slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1973). *Gezinstherapie*. Utrecht: Spectrum.
- Mittelman, B. (1944). Complementary Neurotic reactions in intimate relationships. *Psychoanalytic Quarterly*, 13, 479-491.
- Moreno, J. (1946). *Psychodrama*. Beacon: Beacon House.
- T. & Smeets, F. (1986). Therapie: manipulatie van illusies. *Kaos*, 5, 17-22.
- Nevejan, M. (1971). *The Family Therapy Movement in the U.S.A. in 1971*, Report for the W.H.O. Verkrijgbaar bij de auteur. Utrecht.
- Nevejan, M. (1973). Parengroepsbehandeling. In: Nevejan, M., *Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Nevejan, M. (1984). Virginia Satir: haar behandelwijze. In: *Handboek Gezinstherapie, B.2.5.1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Nevejan, M. (1984). Carl Whitaker: zijn behandelwijze. In: *Handboek Gezinstherapie, B. 2.5.2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Nevejan, M. (1985). Multimethodische relatietherapie in fasen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, (4), 241-258.
- Neumann, J. von, & Morgenstern, O. (1947). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton: Princeton, Un. Press.
- Oberndorff, C. P. (1934) 'Folie-à-deux'. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 14-24.
- Oberndorff, C. (1938). 'Psycho-analysis of married Couples'. *Psychoanalytic Review*, 25, 453-75.
- Papp, P (1965). Brief Therapy with Couples Groups. In: P. Guerin (Ed.), *Family Therapy, theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Pas, A. van der, (1986). 1965-1985: Impressies van 20 jaar gezinstherapie in Nederland. In: *Handboek Gezinstherapie*, Afl. 5., A.3. 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Perls, C.C. & Ferber, A.S. (1969). Family Therapy: a View. *Family Process*, 8, 280-318.
- Pers, F., Hefferline, R & Goodman, P. (1951). *Gestalttherapie*. New York: Dell Publishing. Piaget, J. (1968). *Le Structuralisme*. Paris: Presses Un. de France.
- Pincus, L. (Ed.) (1960). *Marriage: Studies in Emotional Conflict and Growth*. London: Methuen.
- Pinsoff, W. (1981). Family Therapy Process Research. In: Gurman, A. and D. Kniskern, *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Pribram, K. (1985). De oorzaak van alle opwinding. In: K. Wilber *Een nieuwe werkelijkheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Price, D. des (1984). The Science/technology relationship, the craft of experimental science, and policy for the improvement of high technology innovation. *Research Policy*, 13, 3-20. NorthHolland: Elsevier Science Publishers.
- Rogers, C. (1972). *Becoming partners: marriage and its alternatives*. New York: Delacorte Press.

- Sager, C.J. (1976). *Marriage Contracts and Couple Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Satir, V. (1964). *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books. (Vertaald in het Nederlands: Gezinstherapie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970).
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books. (Vertaald in het Nederlands: Mensen maken mensen, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1975).
- Schagen, S. (1985). *De praktijk van de psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1979). *Paradox en Tegenparadox*. Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Selvini Palazzoli, M. & Prata, G. (1982). Snares in Family Therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, (4)
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, T.G. (1980). Hypothesing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19 (1).
- Shannon, C. & Weaver, W. (1949). *The Mathematica Theory of Communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Shazer, S. de. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Shazer, S. de et al. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25, (2), 207-221.
- Skygger, A.C.R. (1976). *One Flesh: Separate Persons. Principles of Family and Marital Psychotherapy*. London: Constable.
- Skygger, R. (1981). An Open-Systems, Group-Analytic Approach to Family Therapy. In: German, A. & D. Kniskern, *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Slipp, S. (1984). *Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment*. New York: Jason Aronson.
- Stanton, M., Todd, T. et al. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York- London: Guilford Press.
- Stierlin, H. (1975). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett.
- Todd, T. (1986). Structural-Strategic Marital Therapy. In: Jacobson, M. & A. Gurman, *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York, London: Guilford Press.
- Tomm, K. & Trommel, M. van (1986). Systeembehandeling volgens de cybernetische methode. In: *Handboek voor Gezinstherapie*, Afl. 4, B.2.4. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- Valins, S. & Nisbett, R. (1972). Attribution processes in the development and treatment of emotional disorders. In: E. Jones et al. (eds.), *Attribution Perceiving the Causus of Behavior*. Morristown, New York: Gen. Learning Press.
- Velden, K. van der (red.), (1977). *Directieve therapie. 1 en 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Walsh, F. (Ed.), (1982). *Normal Family Process*. New York-London: Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton. (Vertaald in het Nederlands: De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970).

- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change* New York: Norton. (Nederlandse vertaling: Het kan anders, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974).
- Watzlawick, P. (1976). *How real is 'real'?* Palo Alto. (Nederlandse vertaling: Is het werkelijk waar? Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976).
- Wells, R. & Dezen, E. (1978). The results of family therapy revisited: the non-behavioral methods. *Family Process*, 17, 251-274.
- Wells, R. & Giaretti, V. (1986). Individual Marital Therapy: a Critical Reappraisal. *Family Process*, 25, 43-51.
- Whitaker, C. & Dalone, T. (1958). *The roots of psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.
- Whitehead, A. (1925). *Science and the Modern World*. New York: MacMillan.
- Wilber, K. (1983). *Oog in oog*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Wilber, K. (1985). *Een nieuwe werkelijkheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Winch, R., Kloner, T. & Kloner, V. (1951). The Theory of complimentary needs in mate selection. *American Sociological Review*, 19, 241-249.
- Wiener, M. (1948). *Cybernetics*. New York: Wiley.
- Winkler Prins Encyclopedie (1974). Amsterdam: Elsevier.
- Wynne, L., Ryckoff, I., Daty, J. & Hirsch, S. (1958). Pseudomutuality in schizofrenia. *Psychiatry*, 21:205-220.

In: Systeemtherapie, 3e jaargang

1991



DE ONTWIKKELING VAN MMRT

Samenvatting

MMRT staat voor multimethodische relatietherapie. Het is een model van relatietherapie waarbij de therapeut verscheidene methoden aanwendt, zowel inzichtelijke als ervaringsgerichte, naargelang van de fase waarin de relatie verkeert. De ontwikkeling van MMRT loopt de laatste tien jaar parallel aan de verschuiving in methodieken en verklaringsprincipes op het gebied van de relatie- en gezinstherapie.

1 Het multimethodische beginsel

De naam multimethodische relatietherapie (MMRT) heb ik gegeven aan mijn manier van werken met paren die relatieproblemen hebben. Ik wil met die term aangeven dat ik meer dan één methode toepas bij relatietherapie. De benaming is verder vrij willekeurig en had evengoed eclecticische of multimodale, multidimensionale, pluriforme of gewoon meervoudige relatietherapie kunnen zijn.

MMRT is in de praktijk ontwikkeld. Ik zocht na de scholing in de bekende psychotherapeutische stromingen en technieken naar een eigen werkzaam model. Leidraad en motief waren hierbij cliënten zo intensief mogelijk bewust te maken van wat er aan de hand was en hen zo duidelijk mogelijk de gelegenheid te bieden om voor andere zienswijzen te kiezen door deze te noemen of te laten ervaren. Bijvoorbeeld: het is voor een echtpaar een andere ervaring om het antwoord op de vraag 'hoe staan jullie tegenover elkaar?' letterlijk uit te beelden dan er alleen over te praten.

Zo probeerde ik verschillende technieken uit en nam alleen die in mijn repertoire op waarvan ik zag dat ze regelmatig aansloegen. Voorlopig maakte ik mij geen zorgen over een theoretische verantwoording. Die zou later wel komen als ik een min of meer sluitend geheel van passende methoden had gevonden.

Veeleer was mijn bijkomende zorg dat de voor de cliënten gekozen methoden ook mij, als therapeut, zouden liggen. Ik be-

doel daarmee dat ik een bepaalde techniek ook zelf goed en met plezier moet kunnen toepassen om te voorkomen dat ik mijzelf forceer. Ik voelde mij in deze praktische opstelling gesterkt door recente bevindingen, namelijk:

1. '... dat onderzoek, uitgedrukt in maat en getal, naar welke methode bij welke cliënt met welk probleem het effectiefste is, tot nu toe onmogelijk is gebleken'. (Van Dijck, 1988). Onderzoek op basis van de klassieke filosofische veronderstelling dat iets dient te lijken op 'de objectieve werkelijkheid' of 'de waarheid', is volgens de constructivisten een illusie, in het algemeen en zeker in een interpersoonlijk vak als psychotherapie. Ik ervoer het althans als een bevrijding uit een (on)natuurlijk keurslijf, toen systeemdenkers, in casu constructivisten, de term 'to match' (kloppen) vervingen door de term 'to fit' (passen) (Von Glaserfeld, 1984).

Inderdaad bestaat er, te midden van de ontelbare circulaire verbanden in een contact, geen methode die past als een sleutel in een slot. Sommige methoden blijken bij paren en therapeut absoluut niet te passen, sommige heel goed en de meeste goed genoeg. Mij ging het erom die methoden te vinden die mij en mijn cliënten goed genoeg zouden passen.

2. 'Daarnaast blijkt uit onderzoek dat niet één bepaalde psychotherapeutische theorie en praktijk de beste is gebleken, maar dat het resultaat van psychotherapie afhankelijk is van non-specifieke factoren waaronder vooral de relatie van therapeut en cliënt.' (Van Dijck, 1988).

Ik vroeg mij af hoe ik de relatie met cliënten optimaal kon uitbouwen. Indertijd was ik getroffen door het onderzoek van Halkides uit de school van Rogers (1961). Daaruit bleek dat empathie, waardering voor de cliënt, echtheid van de therapeut en aansluiting bij de affectieve intensiteit van de cliënt, bepalende therapeutvariabelen zijn. Bij de toepassing van de verschillende methoden trachtte ik met deze variabelen zoveel mogelijk rekening te houden. Al doende ontdekte ik geleidelijk welke therapeutische technieken mij meer en welke mij minder lagen.

MMRT heeft connecties met bestaande hoofdstromingen in de psychotherapie. Met de directieve therapie heeft zij gemeen de aandacht voor algemene therapiefactoren en een eclecticische en waar mogelijk integrerende opstelling van de therapeut (Van

Dijck, 1988). Aan de objectrelatietheorie ontleent zij de opvatting dat therapie een 'talking cure' is en verder begrippen als 'projectie', 'introjectie', en dergelijke. Met de systeembenadering is zij verbonden door de nadruk op het belang van circulaire interactie tussen individu, paar en context.

Het woord 'eclectisch' probeer ik zoveel mogelijk te vermijden omdat dit een negatieve bijklank heeft gekregen. Het staat tegenwoordig vaak voor een allegaartje van methoden, die worden toegepast onder het motto 'helpt het ene niet, dan proberen we het andere maar'. In dat geval is dus geen sprake van het toepassen van zuivere en consistent uitgevoerde methoden, noch van een duidelijk indicatiegebied. Deze twee bestanddelen vormen echter wel een voorwaarde om een therapie als multimethodisch te kunnen bestempelen.

Mijn multimethodische keuze vloeit voort uit mijn ervaring dat verschillende cliënten met verschillende omgevingsfactoren en verkerende in verschillende levens- en relatiefasen, beter benaderbaar en aanspreekbaar zijn volgens de ene dan volgens de andere methode. Indicaties voor de methoden hangen vooral samen met de relatiefase van het paar. Hierop zal ik nader ingaan in de volgende paragraaf.

2 De relatiefasen

Bij de observatie van paarrelaties in therapie is mij opgevallen dat zich regelmatig eenzelfde patroon voordeed. De relaties tussen de meeste paren die in therapie komen, kenmerken zich aanvankelijk door een verstrengeling, in casu een symbiose. Vervolgens treedt na verloop van tijd een individuatie op. Ten slotte volgt een fase van heroriëntering ten opzichte van elkaar die kan eindigen in een nieuwe integratie of een scheiding.

Dit patroon van relatieontwikkeling in therapie lijkt analoog aan dat van de spontane ontwikkeling in niet-problematische relaties. Gemiddeld gaat een 'gewone' relatie na de verliefdheidsperiode van enkele maanden of jaren over in een tweede fase. Daarin zijn de partners meer gericht op het hervinden van hun eigen identiteit. Gewoonlijk duurt deze ontwikkeling jarenlang. Kenmerkend is dat de partners zich bewust worden van de

onderlinge karaktersverschillen en daarmee geleidelijk leren omgaan. Dit gaat meestal gepaard met een strijd om de macht en het sluiten van compromissen.

Sommige paren blijven hier de rest van hun leven mee bezig. Andere scheiden. Een aantal gaat door naar de derde fase, waarin zij elkaar ondanks – of zelfs dankzij – hun beperkingen en verschillen leren accepteren en blijven liefhebben. In welke fase een paar zich bevindt blijkt uit vorm en inhoud van het gedrag en taalgebruik.

De eerste fase kenmerkt zich, wat betreft de vorm, door wij-uitdrukkingen en het veelvuldig naar elkaar kijken: de partners controleren of zij het met elkaar eens zijn. Wat betreft de inhoud, benadrukken beiden hoezeer zij elkaar nodig hebben, zich aan elkaar aanpassen en op elkaar inspelen. Zo zal hij bijvoorbeeld aan haar vragen: 'Zullen we uitgaan?', omdat hij denkt dat zij zin heeft om uit te gaan, ondanks het feit dat hijzelf eigenlijk niet wil. Maar dat laatste is niet zo belangrijk: hij wil haar ter wille zijn en alles samen doen. Omgekeerd zal zij zeggen: 'Ja, laten we dat doen,' zelfs als zij geen zin heeft; zij heeft namelijk de indruk dat hij wel graag wil. Zo kan het gebeuren dat zij samen uitgaan terwijl geen van beiden daar zin in heeft. Waarschijnlijk heeft dit avondje-uit weinig kans van slagen omdat beiden zich opofferen voor de ander. Een kleine tegenvaller kan de stemming drukken en tot de vraag leiden: 'Maar houd je dan niet meer van mij?' of: 'Je weet toch dat ik van je houd?' Dit wordt dan weer bevestigd door de ander, die dat op dat moment niet zo voelt. Dit spel kan eindeloos doorgaan.

Ik heb zelfs een stel gekend dat regelmatig vlees kocht tot zij na een jaar ontdekten dat geen van beiden ervan hield. Dit werd pas duidelijk toen hij eindelijk de moed opbracht om te zeggen dat hij er geen liefhebber van was.

De tweede of individuatiefase wordt gekenmerkt door praten in de ik-vorm en door het nemen van privé-initiatieven. De één zegt bijvoorbeeld: 'Ik wil naar die film. Heb jij daar ook zin in? Zo niet, dan ga ik alleen.' Vaak dromen of fantaseren partners in deze fase over alleen op vakantie gaan of over het hebben van een andere relatie. Regelmatig gebeurt dit laatste ook, wat het indi-

viduatieproces doet versnellen of juist stoppen. Scheidingsangst is vaak een grote drempel om zich van elkaar te gaan onderscheiden. Toch dienen partners deze angst onder ogen te zien en moeten zij als het ware emotioneel durven scheiden van de oude vertrouwde verstrengeling om toe te komen aan de eigen ontwikkeling en daardoor aan die van hen beiden als paar.

Zonder 'neen' te durven zeggen, heeft het 'ja' weinig waarde. In deze ik-ik-fase gaat het om een bewustwordingsproces waarin elk de keuze voor zich alleen òf voor zichzelf samen met de ander leert maken.

Na de verliefdheidsperiode is nu voor het eerst sprake van een nuchtere – zo men wil volwassen – keuze naar lijf, hart en verstandelijke overwegingen. Het al of niet in stand blijven van de aantrekkingskracht – ook in erotisch opzicht – tot elkaar speelt hierbij een belangrijke rol.

De derde of integratiefase wordt naar de vorm gekenmerkt door verbondenheid in plaats van gebondenheid. In het bovengenoemde voorbeeld zou één van beiden nu zeggen: 'Ik wil naar de bioscoop. Ik vind het leuk als je met me mee gaat, maar het hoeft niet.' Stel dat de ander hierop antwoordt: 'ik heb geen zin en blijf liever thuis,' dan zou de eerste kunnen zeggen: 'Dan ga ik niet, omdat ik het leuker vind om bij jou te blijven.' Het is dus meer een ik-jij-dialogue en een bewust geven en nemen. Het ene moment zal ieder bewust voor zichzelf kiezen en het andere moment niet. Het is de vraag hoeveel stellen zover komen. Het is een ideaal om naar te streven, maar niet iedereen bereikt het; voor sommigen is het even weggelegd en dan weer een tijdje niet.

Uiteraard doet deze fase-indeling kunstmatig aan. In de praktijk overlappen de fasen elkaar of verlopen ze in een andere volgorde. Partners kunnen terugvallen naar een eerdere fase of verkeren tijdelijk in verschillende fasen. Zo maak ik regelmatig bij het eerste kennismakingsconsult mee dat de vrouw al in de individuatiefase zit, terwijl de man nog in de eerste fase verkeert. Zowel bij paren die wel als bij paren die geen hulp zoeken, blijft de derde fase, als zij die eenmaal bereikt hebben, niet altijd duren. Regelmatig 'recidiveren' zij, zo men wil, op een 'ander' plan. Velen beleven dit proces als pijnlijk en moeizaam, anderen

maken het niet volledig door en blijven steken in de eerste of tweede fase. Overigens valt dit evenzeer te respecteren, met name als de mogelijkheden door interne of externe factoren beperkt zijn. Zo blijken vele weduwen tien jaar na het overlijden van hun partner nog te rouwen (Nevejan, 1969). Zij zijn chronisch depressief. Dit langdurige rouwproces valt te vergelijken met het stranden in de tweede fase, die van het emotionele scheidingsproces. Deze processen vertonen parallellen: als je de partner niet durft los te laten, kun je hem ook niet terugvinden op een volgend niveau. Slechts bij partners die ontevreden zijn over de bestaande situatie is therapie mogelijk. MMRT probeert de vastgelopen ontwikkeling weer op gang te brengen.

De indeling in fasen functioneert als denkkader en houvast voor de therapeut om niet te verdrinken in de veelheid aan gegevens. Tevens is de fase-indeling een leidraad om aan één of beide partner(s) voorstellen tot verandering volgens een bepaalde methode te doen.

3 De praktijk: mijn serie methoden

In deze paragraaf beschrijf ik mijn rijtje MMRT-methoden. Ik doe dit met de nodige reserve, omdat:

- mijn keuze mezelf past, maar daarom nog niet een ander;
- een schriftelijk verslag, dat ik overigens al eerder gegeven heb (Nevejan, 1985), een onvolledig beeld schetst. Co-therapie en video-presentaties zijn betere leermiddelen;
- iedereen proefondervindelijk moet nagaan of zijn keuze bij zijn cliënten past;
- iedereen in de loop der jaren zijn repertoire met blijvende inventiviteit en creativiteit moet aanpassen.

Mijn serie methoden ziet er als volgt uit.

In de eerste fase pas ik communicatieoefeningen toe, bijvoorbeeld luister- en parafrazeroefeningen (Vansteenwegen, 1983). Projectie-oefeningen zijn geïndiceerd indien één van beide partners zijn eigen aandeel niet inziet en blijft projecteren en identificeren. Verder kan het uitbeelden van de relatie tot de partner een bron van informatie zijn, die vaak meer en andere

gegevens oplevert dan het alleen maar praten over hoe je tegenover elkaar staat (Krop, 1984).

Bij de overgang van de eerste naar de tweede fase pas ik Gestalttechnieken toe (Perls, 1973). Bij het begin van de tweede fase maken schrijfoopdrachten veel los, bijvoorbeeld de drie brieven aan elk der ouders (Hoogduin, 1980). Ook kan het uitbeelden (sculpting) van het gezin van oorsprong door elk der partners afzonderlijk inzicht geven in de mate van individuatie (Satir, 1975). Rollenspellen over dit thema bieden vaak een aanvullende emotionele ervaring (Pesso, 1973; Chasin, Roth & Bograd, 1989): binnen de veilige muren van de spreekkamer kan catharsis van de ingehouden woede plaatsvinden en een rouwproces op gang gebracht worden over het gemis aan bevestiging door de ouders.

De tweede fase wordt afgesloten door de partners te helpen langzamerhand tot een gelijkwaardig gesprek te komen met nog levende of reeds overleden ouders. In het laatste geval geschiedt dit symbolisch door een rituele gang naar het graf van de overleden ouder. Ook kan de cliënt nog levende naaste familieleden van de overledene opzoeken. Naar mijn ervaring is het een heilzame daad van zelfbevestiging om verdiensten voor je ouders uit te spreken en je zelf daarvoor erkenning te geven (Bowen, 1978). Het blijkt daarbij niet eens zo belangrijk of de ouders hierin meegaan. Een open en gelijkwaardig gesprek met de ouders wordt in de therapie zo lang voorbereid totdat dit op een milde, respectvolle en verzoenende wijze kan verlopen. Indien de cliënten dit niet alleen aandurven, bied ik aan om daarbij aanwezig te zijn. Ik probeer dan door mijn meerzijdige partijdigheid de ouder en de partner te steunen in hun behoefte aan erkenning (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984). Dit gesprek, waarbij het kind in de partner zich volwassen opstelt tegenover zijn ouders door deze niet langer te ontzien noch ontzien te willen worden, leidt opvallend vaak en snel tot een gelijksoortige verandering ten opzichte van de eigen partner. Deze wordt dan meer gezien zoals hij of zij is en minder als gelijkend op de ouder. Vandaar dat ik groot belang hecht aan deze ontmoeting tussen elk der partners en haar of zijn ouders. Concepten als over- en disloyaliteit, constructieve en destructieve verdiensten en het al of niet erkennen daarvan, vertrouwen, fairness en biologisch gefundeerde ethiek zijn ontleend aan de contextuele therapie (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Zodoende worden aan het einde van de tweede fase de introjecties van de ouders gecorrigeerd en de projecties op de partner zoveel mogelijk teruggenomen. Dit leidt regelmatig tot beëindiging van de therapie, doordat de partners zich ook ten opzichte van de therapeut en de eventuele groep gelijkwaardig en zelfstandig opstellen.

Sommige paren gunnen zich de luxe langer in therapie te blijven om het bereikte resultaat te verstevigen. Dan gaan zij de derde relatiefase in, die zich kenmerkt door welbewust geven en nemen en door echt betrokken te zijn bij elkaar. De partners leren in deze fase niet alleen om met elkaars verschillen te leven maar waarderen die ook. De methoden om deze positieve ontwikkeling te bevorderen komen uit de psychosynthese (Assagioli, 1965): des-identificatieoefeningen, werken met subpersoonlijkheden en geleide fantasieën. Ook rituelen (Van der Hart, 1978) kunnen verbinding en begrenzing versterken.

Zo wordt de cirkel, zij het op een ander plan, weer gesloten. De aanvankelijke, meestal onbewuste partnerkeuze berustte op aanvulling van elkaar en de romantische illusie samen één te zijn. Na het opheffen van deze illusie in de eerste fase en het zich leren afgrenzen ten opzichte van ouders en partner in de tweede fase, volgt uiteindelijk in de derde fase weer een kiezen voor elkaar op grond van aantrekkelijke verschillen in karakter. Echter nu welbewust en met het reële besef dat het moeilijk is met verschillen te leven. Partners kunnen weer in elkaar opgaan maar zo nodig ook zichzelf afgrenzen, totdat door een toevallige of een cyclische crisis een terugval komt naar de machtsstrijd van de tweede fase en zij weer moeizaam pogen om hier uit te komen.

De therapietijd, nodig om de drie fasen te doorlopen, varieert. Over het algemeen vergt de eerste fase tien, de tweede fase twintig à dertig en de derde fase tien zittingen van 1½ uur per week. De groepen bestaan uit vijf paren.

Waarom ik ervoor kies om met groepen van paren te werken en wat het resultaat daarvan is, heb ik beschreven in eerdere publikaties (Nevejan, 1974, 1985). Ik heb, na 25 jaar ervaring met relatietherapie, in een voorlopig 'testament' beschreven wat ik als relatie- en gezinstherapeut het meest van belang vind om door te vertellen (Nevejan, 1990). Daaruit spreekt, hoop ik, enigszins mijn persoonlijke instelling als therapeut, die waarschijnlijk

samenhangt met de bekende doorslaggevende a-specifieke therapiefactor.

4 Theoretische onderbouwing

Zoals reeds beschreven maakte ik mij aanvankelijk geen zorgen over een theoretische verantwoording van het MMRT-model. Echter, vanaf het moment dat het model een min of meer vaste vorm gekregen had – ongeveer 10 jaar geleden – vroeg ik mij af hoe ik dit model theoretisch kon onderbouwen. Voor ik een poging waag is het goed om met Schmitt (1991) te beseffen dat 'het een misverstand is ervan uit te gaan dat vanuit de epistemologie klinisch handelen plaatsvindt. Veel meer zoekt men vanuit klinisch handelen naar een theorie die aansluit bij wat men doet'. Of om met Szasz (1990) te zeggen: psychotherapie is geen wetenschap maar een 'ideologie over menselijk handelen' en 'een cultuurverschijnsel zoals een religieuze filosofie'.

De intergenerationele stroming van Boszormenyi-Nagy krijgt in het MMRT-model veel nadruk: het spreekt cliënten aan op algemeen menselijke waarden als 'fairness' in het geven en nemen, en dit leidt tot opvallende verbeteringen in de horizontale relatieproblematiek tussen partners. De hernieuwde interesse voor de ethische dimensie van psychotherapie (Parijs, gezinstherapiecongres, oktober 1990) vertoont een parallel met het succes van het twaalfstappenprogramma van de anonieme alcoholici. De vraag is of spirituele ideeën, zoals vergevingsgezindheid en vertrouwen op een hogere macht, mensen niet evengoed of zelfs beter helpen dan therapie. 'Misschien', zo schrijft Simon (1990), hoofdredacteur van *The Family Therapy Networker*, 'is de tijd gekomen dat de strenge scheiding tussen spiritualiteit en psychotherapie niet langer meer noodzakelijk is en dat de twee meer verenigbaar zijn dan wij ooit dachten.' Wij zouden dan het mensbeeld niet meer reduceren tot de eerste filosofische categorie der zintuigen, noch beperken tot de tweede categorie van geest en rede, maar het uitbreiden met de derde spirituele categorie.

Evenals in de intergenerationele stroming van Boszormenyi-Nagy hebben begrippen als projectie en introjectie uit de objectrelatietheorie een belangrijke plaats binnen het MMRT-model (Wilber, 1985).

Een tweede, continue inspiratiebron vormde en vormt de systeemtheorie. Met het structurele gezinstherapiemodel van Minuchin en met het strategische van Haley, ontwikkeld voor gezinnen en later toegepast op paren, had ik vanaf het begin moeite. De mechanistisch-objectivistische houding van de therapeut, de impliciete vooronderstelling dat de therapeut beter weet dan de cliënt wat goed voor hem is, het accentueren van macht, dat alles drong mij terug in de rol van de organisch ingestelde dokter of de afstandelijke sociale ingenieur, rollen die ik juist in de psychotherapie hoopte af te leggen. Waarschijnlijk voelde ik mij om deze reden toen al meer aangetrokken tot de communicatieve benadering van Satir (1970) met haar nadruk op interactieoefeningen en op nabijheid van en tussen echtparen en hun kinderen.

De reactie van Keeney en Sprenkle (1982) en Dell (1982) op bovengenoemde mechanische benaderingswijze, was voor mij een verademing: de therapeut hoefde de waarheid niet meer in pacht te hebben en mocht als persoon (weer) aanwezig zijn. Deze reactie leidde tot een nieuwe stroming of ontwikkeling, het constructivisme. Vooral de begrippen 'observing system' (Von Foerster, 1985) en 'reflecting team' spreken mij bijzonder aan. In de groepspartnerrelatietherapie is het 'reflecting team' (Andersen, 1987) niet samengesteld uit therapeuten maar uit medecliënten: de dialoog tussen de groepsleden is wederkerig, macht en controle zijn verregaand gespreid en de verschillende werkelijkheden krijgen – 'evenals een polaroid foto' (Deissler, 1988) gedurende de conversatie meer contouren en kleuren (Anderson & Goolishian, 1988). De groep kan ook beschouwd worden als een niet-systemische interpreteergemeenschap, die zich richt op sociale hulp en op het steunen van het sociale netwerk (Erickson, 1988).

5 Besluit

MMRT is een manier van relatietherapie waarbij – naargelang van de fase waarin de relatie verkeert – door middel van woorden én daden, van visualisaties en rollenspellen, van dialoog over menselijke waarden en van ontmoeting, gepoogd wordt de partners zichzelf en elkaar te leren kennen en erkennen. Wat betreft de theoretische achtergrond vind ik mij als MMRT-therapeut

terug in het citaat van Boszormenyi-Nagy (1987): 'Buber's concept of the dialogue came closest to a requisite framework which can describe two or more individuals in a personally engaged relationship. Actually there is no psychological theory capable of considering the dynamics of two selves simultaneously from multiple vantage points.'

Literatuur

- Anderson, T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Anderson, H., & Goolishian, H.A. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Assagioli, R. (1965). *Psychosynthesis. A manual of principles and techniques*. New York: Viking Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1984). *Invisible loyalties*. New York: Brunner-Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy*. Collected papers of. Ivan Boszormenyi-Nagy. New York: Brunner-Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York/London: Jason Aronson.
- Chasin, R., Roth, S., & Bograd, M. (1989). Action methods in systemic therapy: dramatizing ideal futures and reformed pasts with couples. *Family Process*, 28, 121-136.
- Deissler, K.G., (1988). Menschenkind – Wie kann man Therapiecontexten konstruieren? *Arbeitsblätter Systemischer Therapie Zweiter Ordnung*. Marburg: Infam.
- Dell, P. (1982). Beyond homeostasis: toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-43.
- Dijck, R. van (1988). Directieve therapie. In A.P. Cassee, P.E. Boeke en C.P.F. van der Staak (Eds.), *Psychotherapie in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Erickson, G.D. (1988). Against the grain: decentering family therapy. *American Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 225-236.
- Foerstner, H. von (1985). *Sicht und Einicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie*. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg.
- Hart, O. van der (1978). *Overgang en bestendiging. Over het ontwerpen en voorschrijven van rituelen en psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K. (1980). De drie brieven. In K. van der Velden (Ed.), *Directieve therapie*, 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Keeney, B., & Sprenkle, D. (1982). Ecosystemic epistemology: critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process*, 21, 1-21.
- Krop, J. (1984). *Actietherapie*. Baarn: Nelissen.

- Mooy, A.W.M. (1975). *Taal en verlangen. Lacans theorie van de psychoanalyse*. Meppel: Boom.
- Nevejan, M. (1969). Verdriet en rouw. In M.H.C. Vendrik en C.J. Straver (Eds.), *Weduwen*. Bussum: Paul Brand.
- Nevejan, M. (1974). Parengroepsbehandeling. In M. Nevejan (Ed.), *Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Nevejan, M. (1985). Multi-methodische relatietherapie in fasen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 241-258.
- Nevejan, M. (1990). Jezelf worden in relatie en gezin. In S. van Ierse! (Ed.), *Ervaringen uit de psychotherapeutische praktijk*. Haarlem: De Toorts.
- Perls, F.S. (1973). *Gestaltbenadering, gestalt in actie*. Haarlem: De Toorts.
- Pesso, A. (1973). *Experience in action. A psychomotor psychology*. New York: New York University Press.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. London: Constable.
- Satir, V. (1970). *Gezinstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Satir, V. (1975). *Mensen maken mensen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schmitt, K. (1991); De constructivistische stroming. Een oriëntatie binnen een nieuwe ontwikkeling. *Systeemtherapie*, 3, 1.
- Simon, R. (1990). From the editor. *The Family Therapy Networker*, 14, 5.
- Szasz, Th. (1990). Aangehaald in: K. Buttler, Spirituality reconsidered. *The Family Therapy Networker*, september/oktober 1990.
- Vansteenwegen, A. (1983). *Helpen bij partnerrelatieproblemen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wilber, K. (1985). *Oog in oog. Veranderende denkbeelden in deze tijd*. Rotterdam: Lemniscaat.

Lezing voor workshop Vereniging van Relatie en Gezinstherapie

2000



LIEFDE IS GROEIEN AAN ELKAAR

Lezing voor de workshop georganiseerd door de Vereniging van Relatie en Gezinstherapie ter gelegenheid van Marc Nevejan's 70ste verjaardag

Ik voel me aangenaam verrast door het feestelijk karakter van deze workshop ter gelegenheid van het feit dat ik dit jaar 70 word. Ik moet je zeggen: ik sta er zelf ook van te kijken! Zeventig jaar! Ik kan het echter niet ontkennen. Temeer werd ik verrast door de schriftelijke aankondiging van deze workshop, omdat er tot dan toe met geen woord over mijn verjaardag gerept was. Noch door jou, noch door de overige bestuursleden, van de sectie P.R.T. van de N.V.R.G. Ik wist dan ook – tot voor kort – niet wie van het bestuur wist dat ik binnenkort zeventig jaar zou worden, en daarom het plan opperde om een feestelijk tintje aan deze workshop te geven. Ik weet nu dat jij het was, Dick, die me deze verrassing bereidde. Jij die zoveel werkt verzet hebt om deze workshop te organiseren.

Jullie vroegen mij of ik een workshop over mijn methode van werken zou willen geven, voor de sectie P.R.T., zoals ik dat 10 jaar geleden gedaan heb. Ik heb nu weer 'ja' gezegd, niet beseffend dat het deze keer pas plaats zou hebben in het jaar 2000, zeventig jaar na mijn geboorte. En toevallig is het ook bijna veertig jaar geleden dat ik afstudeerde als psychiater en ook het initiatief werd genomen een commissie gezinstherapie op te richten, binnen de toen bestaande Nederlandse Vereniging van Groepspsychotherapie. Deze commissie zou later in 1983 zelfstandig worden als N.V.R.G. De commissie bestond indertijd uit Frank Baard, voorzitter van de N.V.G.P. en Han Blankestijn, Nan Lombaers, en ikzelf als relatie- en gezinstherapie therapeut. Deze commissie B. heeft gezorgd voor de organisatie van de ontluikende gezin- en relatietherapie.

De eerste workshop – ik zal het nooit vergeten – had plaats in januari 1971 in Den Haag, gegeven door Walter Kempler, een bekende gezin- en relatietherapeut uit Amerika. Waarom ben ik

die nooit vergeten? Omdat Kempler toen ons, het schuchtere eerste gehoor, schokte met zijn zeer assertieve – om niet te zeggen agressieve – confronterende discussiestijl. Als een cowboy uit Texas. Vroeg bijvoorbeeld iemand voorzichtig een vraag die een lichte bedenking inhield over zijn aanpak, dan antwoordde hij direct – als een gebeten hond – met een wedervraag: ‘U bedoelt zeker dat u het niet met mijn stijl van therapie eens bent? Nou, zeg dat dan direct en open!’ Ik ben die workshop ook nooit vergeten omdat het in de pauze was van deze eerste workshop dat wij vieren van de latere commissie de koppen bij elkaar staken en op het idee kwamen om een eigen bestuurscommissie ‘relatie en gezinstherapie’ te vormen binnen de toen al bestaande N.V.G.P.

Toen ik zo terug dacht aan deze eerste jaren van het bestaan van deze commissie schoten mij vele herinneringen aan deze spannende en interessante pionierstijd te binnen. Ik besepte – mede door deze feestelijke verjaardag – dat ik als bijna zeventig jarige een van de weinigen ben die nog dertig á veertig jaar kan terugkijken. Het lijkt mij daarom leuk en interessant voor jullie om nu, voor de pauze, enige tijd te besteden aan de ontwikkeling van de P.R.T. zoals ik die heb meegemaakt. Na de pauze volgt dan de praktische demonstratie. Het korte overzicht over de M.M.R.T. dat ik volgens de aankondiging eerst zou geven, laat ik dan nu vervallen. Dit temeer omdat zo meteen bij het ophalen van mijn herinneringen over de P.R.T., herhaaldelijk ook de M.M.R.T. ter sprake zal komen. Bovendien hebben jullie de artikelen over de M.M.R.T. al in je bezit. Je kan ze desnoods achteraf nog lezen of inzien. Laat ik dan nu beginnen ‘het nuttige met het aangename te verenigen’ en jullie die herinneringen vertellen waar je waarschijnlijk nog iets aan hebt. Dit omdat het meer zicht geeft op hoe en waardoor bepaalde methoden en ideeën over relatie- en gezinstherapie ontstonden. En tegelijk ook omdat het gewoon leuk is om te horen hoe iets wat tot nu toe voor jou heel vanzelfsprekend is in ons vak, nog niet zo heel lang geleden, helemaal niet was.

OK, hoe begon het allemaal met de partner- en relatietherapie? Nou, om te beginnen: zo heette het veertig jaar geleden nog helemaal niet. Het heette huwelijkstherapie, uitgeoefend op bureaus voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden door huisvrouwen en maatschappelijk werksters onder leiding van een huisarts en

een geestelijk raadsman. Deze laatste naar gelang de verzuiling van het bureau in de persoon van een dominee, een humanistisch raadspersoon of een priester of pater. Het idee om deze bureaus op te richten was, zoals ook de M.O.B.’s, vlak voor de oorlog ontstaan naar voorbeeld van de Amerikaanse Marriage Council Clinics. Dat was toen revolutionair!

Ik studeerde als psychiater af in 1961, ik wilde psychotherapie doen en was daarom in opleiding als analyticus. Dat was de enige vorm van psychotherapie die er eind vijftiger jaren bestond! Om werk te vinden zocht ik contact met het Katholiek Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. Dat had de psychotherapeuten nodig om de onder haar ressorterende M.O.B.’s en Bureaus voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden te bemannen. Mijn droom was toen al om ooit een eigen praktijk op te bouwen, maar er was toen nog geen behoefte aan vrijgevestigde psychotherapeuten. In het zuiden van het land – onder de rivieren – waar ik vandaan kom, was dat al helemaal onmogelijk. Daar werden alle ‘huwelijksperikelen’ of met de pastoor en de kapelaan besproken, of een beetje met de huisarts, of helemaal niet.

Hier in het noorden werd het taboe op psychotherapie in de jaren zestig minder groot. Zodoende besliste ik om hier tussen de zogenaamde Hollanders te blijven wonen. Mijn vrouw, maatschappelijk werkster, die al op een M.O.B., een medisch opvoedkundig bureau, in Tilburg gewerkt had, volgde mij gelukkig in deze beslissing. Dit omdat het toen nog heel gewoon werd gevonden dat waar je man werkt, daar woon ook jij als vrouw en zorgt voor de kinderen. Jullie horen hoe de tijden veranderd zijn, en dat overigens zullen blijven doen; daar zal ik het nog over hebben.

Goed, ik ging toen werken om de kost te verdienen op een van die oorspronkelijke huwelijksbureaus. Overigens was dat geld verdienen hard nodig, omdat ik daarvoor jarenlang als assistent in opleiding geen cent verdiend had. Dat was toen eenmaal zo. Ik mocht al blij zijn dat ik überhaupt een assistent plaats kreeg bij de befaamde prof. Rümke. Maar wel ‘buiten bezwaar van ‘s Rijks schatkist’, zoals dat heette. Ik bofte dat ik door de latere Prof. Trimbos, toen nog coördinator, aangetrokken werd in 1964 als staflid van het Katholiek Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. Dit fuseerde later met ander soortgelijke verzuilde centra

en werd het latere Nationaal Bureau van Geestelijke Volksgezondheid. Bovendien bood Trimbos mij een baan aan als directeur van het Katholiek Huwelijksbureau op de Singel in Amsterdam, samen met de bureauleidster, de sociologe Dinie van de Ingh, en twee fulltime maatschappelijk werksters.

Trimbos was een pionier op vele gebieden: o.a. op dat van de geestelijke volksgezondheid en de sociale psychiatrie. Hij hield zijn literatuur goed bij. Zodoende wees hij Mevr. van de Ingh en mij op het bestaan van het toenmalige revolutionaire huwelijksbureau van de Tavistock Clinic in Londen. Wij hebben dat toen bezocht en hun methode in Nederland geïntroduceerd. Waarin was deze methode revolutionair? Omdat het echtpaar tegelijk en samen behandeld werd. En niet elk echtgenoot en echtgenote apart, zoals de psychoanalytische – en toen enige – traditie voorschreef (In 1990 werd een boekje uitgegeven naar aanleiding van het 40-jarig bestaan van the Tavistock Institute Of Marital Studies (Karnac 1990, Londen, NY). Ik heb het nu over het begin van de zestiger jaren. Kort daarvoor, eind vijftiger jaren, waren er ook in Amerika enkele Analytisch Therapeuten, die het aandurfdën om echtelieden in elkaars bijzijn te behandelen. Met name Virginia Satir en Nathan Ackerman, Murray Bowen en Boszormenyi-Nagy. Kortom: het idee om partners tegelijk te behandelen door een en dezelfde therapeut werd in de VS al in de vijftiger jaren geformuleerd. In Amerika ging de ontwikkeling van P.R.T in de daarop volgende zestiger jaren razendsnel. Echter eigenlijk altijd in het kader van de toen pas ontdekte gezinsbehandeling.

Nu even met zevenmijlslarzen door de geschiedenis van de ontwikkeling van de psychotherapie in Nederland. Begin zestiger jaren kwam Rogers naar Nederland, in 1965 de gedragstherapeut Wolpe, en eind zestiger jaren gaven Nagy, Zuk en Rubinstein de eerste gezinstherapietrainingen in Utrecht. Ik kreeg in 1971 een studiebeurs van de World Federation For Mental Health, om mij zes weken te oriënteren op de gezinstherapie in de U.S.A. Ik bezocht daar de toen twintig bekendste pioniers in gezinstherapie en nodigde er een vijftal uit (Minuchin, Whitaker, V. Satir, G. Speck, A. Ferber), om hier in Nederland workshops te komen geven in 1972 en '73. Dit alles in het kader, aanvankelijk voor het Nationaal Bureau Voor Volksgezondheid, en later in dat van de Commissie 'B' (zoals die genoemd werd), dat wil zeggen, die van de

sectie gezin- en relatietherapie, binnen de Vereniging van Groeps-therapie.

Dit waren boeiende jaren, temeer omdat ik al die pioniers persoonlijk leerde kennen. Eerst werden wij uitgenodigd in de USA om bij hun thuis te verblijven, omgekeerd hebben mijn vrouw en ik, die samen deze trainingen in de USA gevolgd hadden, diezelfde Amerikanen later op onze beurt bij ons in huis te gast gehad toen zij hier in Nederland trainingen kwamen geven. Wat ons door die persoonlijke contacten met deze eerste gezinstherapeuten opviel, was dat elk van hen, zijn of haar eigen stijl van therapie had. En dat elk die benoemde en uitvoerde in overeenstemming met ieders eigen karakter. Dus bijvoorbeeld de structurele benadering van Minuchin, berustte op zijn eigen hiërarchische Joods patriarchale instelling. En de zogenaamde strategische therapie, werd door de cerebrale ingenieur Haley ontworpen. Een methode waarbij het machtsaspect in de relatie centraal stond en staat. Virginia Satir, de enige vrouw onder de pioniers stelde de behoefte aan communicatie en intimiteit op de voorgrond. Carl Whitaker debuteerde op onnavolgbare en warme wijze absurditeiten. Mij sprak Virginia's benadering het meeste aan. Kortom: ik ontdekte dat elke therapeut, net als ieder vogeltje, zingt zoals hij of zij gebekt is, en dat dit OK is. En dat de theorie eigenlijk achteraf uitleg is van de karaktertrekken van de therapeut en daar een soort rechtvaardiging in vindt.

Maar nu terug naar de partner/relatietherapie. Dit lelijke lange woord kwam in zwang toen in de zeventiger jaren door de toenemende echtscheidingen en niet- getrouwde relaties, een ander woord gevonden moest worden voor echtgenoot- en huwelijkstherapie. Eerst werd het 'parentherapie', toen 'partner/relatietherapie' en nu is het kortweg 'relatietherapie'. Ik merkte al eind zeventiger jaren dat er in feite meer P.R.T. dan gezinstherapie gedaan werd op de Riagg's en in zelfstandige praktijken. Ik hoorde dat van de vele cursisten bij mij in opleiding toentertijd.

Ik zag elke week wel vijftig leerlingen van wie ik hoorde dat zij in hun dagelijkse praktijk meer P.R.T. dan gezinstherapie deden. Die vijftig bestonden uit tien in de wekelijkse leertherapiegroep, 2 x 15 deelnemers aan mijn wekelijkse dubbele TTK. en 10 co-therapeuten die live supervisie kregen in mijn wekelijkse enkelingen en relatiegroepen. Wat betreft de erkenning van de

P.R.T. was het bijzonder opvallend dat toen het handboek Gezinstherapie uit zou komen, de redactie mij expliciet vroeg niet over P.R.T. te schrijven. Kennelijk was de invloed van de behoudende gezinstherapeuten in de redactie toen nog zo groot, dat dit niet kon. Of ze wisten niet dat P.R.T. toen al zo populair was. Ik heb echter even later in het leerboek 'psychotherapie in Nederland' (dat later de titel 'Oriëntatie in de psychotherapie' kreeg) wel de relatietherapie evenveel aandacht kunnen geven als de gezinstherapie.

Om dit stiefkind relatietherapie nog wat extra aandacht te kunnen geven ging ik vanaf 1980 meer en meer relatietherapie doen, en minder gezinstherapie. In de praktijk bleken bovendien veel gezinstherapieën na vijf à tien zittingen te leiden tot de cardinale gezinsrelatie: die tussen de ouders ofwel de partners. Ik begon vanaf 1972 samen met mijn vrouw Ineke Broekhoven, meerdere paren tegelijk in groepsverband te behandelen. Wij hadden kort tevoren in Esalen in de USA zelf aan zo'n echtparen-groep meegedaan. Wij waren als jonge groep- en relatietherapeuten zo enthousiast, dat we allerlei opleidingen volgden. Om je een indruk te geven noem ik even welke ik in de loop van de jaren volgde:

- 1) Groepstherapie (zowel analytisch al Rogeriaans)
- 2) Psychodrama
- 3) Gestalt
- 4) Psychosynthese
- 5) Bio-energetica
- 6) Lichaamsgerichte psychotherapie (Pesso)

Elke opleiding duurde drie jaar. Ik deed dit om als vrij gevestigde therapeut van alle markten thuis te zijn, of goed door te kunnen verwijzen.

Wat ik intussen eigenlijk zocht, was het ontwikkelen van een eigen zienswijze en school. Echter dat lukte me niet. Ik was kennelijk niet zo origineel. Toen besloot ik, ik weet het nog goed, zo rond 1980, (ik werd toen 50 jaar) om dan maar een eigen indicatiegebied te ontwikkelen voor de vele reeds bestaande methoden die ik intussen geleerd had. Zo ontstond langzamerhand in de praktijk het idee van het fasenmodel, van de M.M.R.T., die

zoals dat heden genoemd wordt een vorm is van integratieve partner-therapie. Ik vond in de literatuur (Bergin en Garfield) bevestiging van wat ik ook in de praktijk van alle dag opmerkte: namelijk dat het in onze menselijke 'zachte' paradigmasector niet mogelijk is om, in tegenstelling tot in de geneeskunde dat werkt volgens het natuurwetenschappelijk paradigma,— voor elke cliënt of patiënt een specifieke behandeling voor te schrijven. En dit op grond van een specifieke diagnose en een specifieke indicatie. Bijvoorbeeld: bij een longontsteking de veroorzakende bacterie kweken, en het desbetreffende antibiotica voorschrijven. De bekende therapeutisch vraag van: 'Welke behandeling is voor deze klacht en symptoom bij deze patiënt, in deze fase, met deze omgeving, etc. etc.', bleek in ons vak, dat werkt volgens het psychologisch paradigma, niet te beantwoorden. Toch bleef ik zoeken naar een criterium om welke van de vele methoden die ik geleerd had, toe te passen. Dat ontdekte ik na een paar jaar ervaring te hebben met groeps- P.R.T. Er bleek zich namelijk spontaan een specifiek proces in de relaties tijdens de therapie te voltrekken; en dat in verschillende stadia! Namelijk: een begin-, midden-, en eindfase. Ik benoemde deze -gezien de kenmerken ervan- respectievelijk als volgt:

- 1) de verstrengelings- of symbiosefase,
- 2) de individuatie- en separatiefase.
- 3) de heroriëntatie- of integratiefase.

De vraag was toen welke methode 'pas' ik uit 'mijn arsenaal' toe, bij welke fase? Deze formulering 'past bij' werd pas mogelijk toen, mede door de ontwikkeling van het constructivisme, in onze therapiewereld, het geoorloofd werd om een term uit het intuïtief, menselijk psychologisch paradigma te gebruiken (in het Engels 'to fit'). Ik werd ook gesterkt in mijn opvatting 'pas de techniek of procedure toe, welke intuïtief het beste lijkt te passen bij deze fase', door de wetenschap dat effect onderzoek van therapie onmogelijk bleek. En wel door de veelheid van onmeetbare factoren. Het eerst volgende beste criterium om therapie effectief te laten zijn, leek mij vervolgens toe dat de therapeut alleen die procedures zou toepassen, die het beste 'passen bij' zijn temperament en karakter.

Al doende experimenteerde ik telkens een paar maanden met verschillende procedures in mijn praktijk, tot diegene overbleven die mij kennelijk het beste lagen. Dus, bijvoorbeeld: het lag mij niet om confronterend te zijn, zoals Kempler, of paradoxaal zoals Boscolo, en Cecchin. Dat hield ik niet vol. Geleidelijk aan deed ik dat dan minder en minder, en begon te doen wat mij meer lag, namelijk inlevend en congruent werken, en actie- en lichaamsgericht; soms directief en structurerend, naast rustig verwijlend bij; soms de associaties van de cliënten volgend en ondersteunend. Ik hoorde eens als commentaar uit een groep (toen ik wederom een nieuwe methode introduceerde en uitprobeerde) van: 'je hebt zeker onlangs weer een training gevolgd in een nieuwe methode?' We konden er dan samen om lachen, en zo nodig, of terugvallen op de meer vertrouwde aanpak, of doorgaan met de nieuwe techniek of procedure.

Ik lees nu in het nieuwe handboek voor integratieve psychotherapie dat mijn M.M.R.T. model genoemd zou dienen te worden: 'fasegebonden procestaken met specifieke procedures.' (van Kalmthout). Ook dat mijn drie fases genoemd worden, in het zeven fasen ontwikkelingsmodel van Abrahams, en dat mijn stijl o.a. valt onder psychodramaturgie. Ook lees ik tot mijn genoegen iets waar ik al lang van overtuigd ben: dat alle vormen van therapie meer en meer op elkaar lijken. En dat de doorslag van het proces zit in de persoon van de therapeut of therapeute, en niet in de procedure. En die persoonlijk factor zit in de ervaring van de betreffende therapeut. Die blijkt op zijn beurt weer te bestaan uit flexibiliteit (in tegenstelling tot schoolsheid). Dit alles in combinatie met de algemeen bekende werkzame therapiefactoren van Rogers, namelijk echtheid, acceptatie en warmte. Dit echter niet gecombineerd met non-directiviteit, maar eerder met een directieve gestructureerde en actieve instelling en aanpak van de therapeut. Wat betreft de eenwording van therapievormen blijkt zelfs de gedragstherapie de laatste 15 jaar via de cognitieve therapie langzaam weer terug op weg naar het centrum van elke psychotherapie: de algemeen werkzame factoren in elke therapie (van Kalmthout).

Ik besef, achteraf gezien, dat door de betiteling van mijn aanpak als een multi-methodische vorm van relatietherapie, dat de indruk ten onrechte gewekt wordt dat MMRT een technische

benadering van therapie is. In feite echter gaat het mij om een bezielende vorm van therapie, omdat ik vooral daarin geloof en niet in een technische symptoom gerichte aanpak. Maar ik kan slechts echt mezelf zijn en van daaruit tot een echte ontmoeting met mijn cliënten komen, als ik daarbij methoden gebruik die mij passen en in staat stellen de diepere roerselen van een mens te raken, zodat deze mens zo geraakt wordt dat hij of zij geïnspireerd wordt om zelf de eigen bron van innerlijke wijsheid en intuïtie aan te boren en zo doende leert zichzelf te helpen. Dit even terzijde om misverstanden te voorkomen. Nu terug naar de huidige stand van zaken.

Alles overziend lijkt het dat de P.R.T. de afgelopen 50 jaar eveneens een proces heeft doorlopen. Van eerste verstrengeling en niet omlijnd in de vijftiger en zestiger jaren naar een separatie en differentiatie fase gedurende de zeventiger en tachtiger jaren. Om tenslotte in de laatste tien jaar te komen in een integratiefase. Hierbij leren wij eindelijk onze verschillen in therapiestijl van elkaar te waarderen. Terwijl er anderzijds veel eenheid blijkt te bestaan in onze basale houding en aanpak van onze cliënten. De P.R.T. is zelf een volwassen relatie geworden!

Waarom vertel ik dit? Omdat ik me afvraag hoe ieder van jullie werkt. Wat is jouw persoonlijkheid? En waardoor en waarom? Het heeft mij veel voldoening gegeven om zelf in de afgelopen veertig jaar als psychotherapeut aan dit proces mee te doen, en er mijn steentje aan bij gedragen te hebben. Het is dit plezier in het hulpverleningswerk dat ons, veelal zelf geparentificeerde hulpverleners, goed doet! Maar dat tegelijk ook de valkuil vormt, om geen maat te houden en overspannen en burned-out te worden. Ik ga zelf daarom nu ook daad bij het woord voegen, en afronden.

Er zou nog veel te vertellen zijn over verre reizen en interessante internationale contacten. Over het geven van workshops, bijvoorbeeld in Noord- en Zuid-Amerika en zelfs in Australië. Over het geven van relatietrainingen in Zwitserland, Duitsland en België. Of bijvoorbeeld te vertellen over de jaarlijks intercollegiale week met adepten van Virginia Satir op Istria en ander mooie oorden. Of over het trainen van een Duitse groep collegae in Positano en Capri. Of echtparen groepstherapie combineren

met zeilen in Griekenland. Of tien jaar lang 's zomers workshops geven in ons aan huis in België.

Hoezo België? België is mijn vaderland, Nederland mijn moederland. Ik werd 70 jaar geleden geboren in de buurt van Brussel. Mijn vader stierf een jaar later en mijn Nederlandse moeder keerde terug naar haar familie in Zeeuws-Vlaanderen. Daar groeide ik op in de grensstreek met België en speelde daar zowel met mijn Nederlandse neven en nichtjes als ook op een paar kilometer over de grens met de neven en nichtjes van de Belgische familie van mijn vader zaliger. Halverwege mijn studie in de geneeskunde in Utrecht, kreeg ik als Belg een Belgische studiebeurs en heb mijn studie in de medicijnen voortgezet in Leuven. In 1956 studeerde ik daar af als Dr in de genees-heel- en vroedkunde. Maar ik wou specialiseren in de psychiatrie in Nederland. Omdat die daar verder ontwikkeld was dan in België. Vooral omdat ik – last but not least – intussen getrouwd was met een liefvallige Nederlandse Brabantse maatschappelijk werkster. Wij beiden voelden ons als zuiderlingen op ons gemak in het gemoedelijke Vlaanderen waar veel familie van mij woont. Van daar die tweedeling: 's winters leven en werken in Nederland en zomers in België.

Maar er zou ook veel te vertellen zijn over de regelmatige tegenvallers en frustraties, vooral op het gebied van vergelijkend onderzoek doen in eigen praktijk. Bijvoorbeeld om een patiënt om en om te behandelen met gedragstherapie of met inzicht gevende therapie. Door ziekten, uitval of toeval, wordt je mooie design van regelmatig vragenlijsten laten invullen door de cliënten regelmatig verstoord, zodat statistisch bewerken hiervan onmogelijk wordt. Of, zoals mij overkwam naar jarenlang voorbereiding, dat vragenlijsten zelf te zacht bleken voor statische bewerking.

En tenslotte over de huidige spirituele trend, valt er veel te vertellen in therapeutenland. Ik volg die de laatste vijf jaren met veel belangstelling. Ik blijf intussen voorlopig nog wel halftime mijn praktijk in Utrecht voortzetten omdat ik dat boeiend vind. Maar in de vrije tijd, die ik sinds mijn pensionering meer heb vind ik het ook een uitdaging om verder te kijken dan mijn psychotherapeutische neus lang is. Bijvoorbeeld in plaats van bezig te

blijven met nog meer en meer te willen, eerder los te laten. En toe te laten dat het is zoals het is en dat dat OK is.

Kortom, welke zijn de indicaties en contra-indicaties voor een therapie op onze westerse manier van 'willen veranderen'? Westers wil zeggen: door corrigerende ervaringen aan te bieden ter versterking van de individuatie en onafhankelijkheid. En dat dit alles snel en efficiënt zal gaan. The sky is the limit.

Of welke mensen (therapeuten én cliënten) zijn meer gebaat of 'past het beter bij' (daar heb je die uitdrukking weer) om gevoelens van angst en leegte en zinloosheid, niet te bestrijden maar toe te laten? Om te ontdekken dat op de bodem daarvan een spontane ommekeer kan plaatsvinden, en je je verbonden gaat voelen met alles en iedereen in het universum. Dan wordt 'alleen zijn' tot 'alles in één zijn' ervaren. Het woord 'volledig', kan ook betekenen dat het normaal is om je nu eens vol en dan weer ledig te voelen. Dat het accepteren van dit eb en vloed fenomeen bevrijding kan betekenen voor de vele cliënten en hulpverleners, die vanaf hun vroegste jaren al bezig zijn ieder ander te helpen maar niet geleerd hebben hun eigen onvolmaaktheid goed genoeg te vinden. 'Gedachten zonder woorden' en 'Barsten zonder breken' van Mark Epstein, psychoanalyticus en Boeddhist, geven te denken. Zoals ook de publicaties van Hans Knibbe bijvoorbeeld 'Vorbij het onderscheid psychotherapie en spiritualiteit.' Dit zijn intrigerende vragen aan het begin van deze eeuw voor de nieuwe generatie van therapeuten.

Terugkijkend op heel mijn leven besef ik dat mij een basale tekortkoming door de dood van mijn vader is overkomen. Het glas is half leeg of het glas is half vol. Hoe dan ook: het is tot de helft gevuld. Uiteindelijk kwam ik tot de slotsom: de helft is goed genoeg. Er is, wat er is, dat is. Als ik zie in mijn praktijk hoeveel mensen onvoorstelbaar zwaar door het noodlot, of noem het voor mijn part ordinaire pech, getroffen worden: door niet gewenst te zijn, of gehandicapt te raken, of door lijden door ziekte en dood in hun omgeving of door emotionele verwaarlozing of uitgebuit te worden of verkracht, dan besef ik wat ik een geluk heb gehad met zoveel langer te leven als mijn vader. In goede gezondheid en dat samen met mijn lieve teerbeminde en aan het hart gebakken vrouw (we kennen elkaar al bijna 50 jaar).

Wij werden verrijkt met 4 dochters die zich ook als Ineke en ik, inzetten voor de goede zaak maar dan voor een groter publiek. De ene via ICT, de ander via toneel en televisie, een derde via film en documentaires. De laatste dochter tenslotte zet zich via het boeddhisme in voor minderheidsgroepen en start een praktijk als Zijnstherapeute: dat is een spirituele vorm van therapie die bij deze nieuwe tijd en eeuw lijkt te passen.

Dan nog 5 (en inmiddels 6) verrukkelijke hartveroverende kleinkinderen: Wat wil een mens nog meer? Zo neem ik langzaam afscheid van mijn werk als relatietherapeut. Ik ga genieten van meer vrije tijd en hopen dat ik nog lang samen met allen die mij dierbaar zijn, mag leven en bespaard mag blijven van verschrikkelijke rampen en tegenslagen. Hoe dan ook elke dag is er een en telt mee! Want zoals de middeleeuwse mysticus Eckhart al zei:

Het belangrijkste uur is steeds het heden. De belangrijkste mens is steeds die bij je is. Het belangrijkste werk is steeds de liefde.

Het was een voorrecht, voor mijn part gewoon geluk hebben, om vrij te kunnen kiezen wat voor werk je aanspreekt en ligt. En dan vervolgens je hele verdere leven in allerlei creatieve variaties dit te kunnen uitoefenen. Samen met je beste maat en lieve levensvriendin. We volgden samen regelmatig dezelfde trainingen en leidden samen een paar jaar, als co-therapeuten, relatiegroepen. Toen ontwikkelde zij, in de voorkamer van onze praktijk etage haar eigen praktijk, en ik in de achterkamer de mijne. We deelde een gemeenschappelijke toegang, wachtkamer en het door onze cliënten gebruikte toilet. Maar we deelden ook de nagesprekken 's avonds over wat we allebei hadden meegemaakt in onze praktijken. Dit leidde dan af en toe tot persoonlijke gesprekken over onszelf.

Want liefde is (zoals zo mooi gezegd door collega Scott) groeien aan elkaar.

Dit alles vervult mij met een groot dankbaar gevoel naar het heelal, dat helaas geen gezicht en geen lijf heeft. Dus draag ik dit gevoel maar op aan het onpersoonlijke leven.

Dat leven dat is zoals de miljoenen oude oceaan van energie, die ons even voor honderd jaar in een bewust menselijke vorm

laat zijn als een van de vele golven op zee. Hij of zij stijgt omhoog, aangeblazen door de wind, de Nous oftewel geest of adem zoals de Grieken die noemden.

Dan, op de top, soms misschien even schuimen en dan als een surfer naar beneden glijden tot in het diepste punt. Om daarna... dat weet ik niet en niemand weet het. Het zij zo. Amen. Halleluja!



Lente

Vol leven, de vijver goudgeel blinkend
Een kinderwagen, honden dollend met elkaar
En fietsers, joggers, een en al beweging
En hier, achter het milde erker-glas:

Jij! De ogen bruin onder het grijzend haar
Een dromerige blik, je lieve oogopslag
Een zachte band, een zoet gevoel
Wat goed, wat vreemd
Loopt zo de dag ten einde?

Zo samen zittend, één naast één
Gedeeltelijk samen, en deels alleen
In de namiddag van ons rondwaren
Hoe lang zullen wij dit nog ervaren?

Het water spiegelt het licht steeds geler
Een wandelaar, de laatste, stapt stil voorbij
De tijd verstrijkt, de ruimte krimpt
De zondagmiddag loopt ten einde

De lucht vergrijst, wordt grijzer
De bomen silhouetteren aardedonker
Voorbij, voorbij is al het licht
En ik voel het gewicht van sterven

Als dit de dag is, wat zal de nacht dan brengen?
Gedempt het licht, het water dood
De bomen stil onzichtbaar staan te staan
En ik zal dromen over lente

21 maart 1995, Wilhelminapark

Dageraad

Geef mij de woorden
om te verhalen over de dageraad
die zich vanmorgen tooit
in lichte blauwe en roze tinten
Zij spreidt zacht licht door mist en bomen.

Intussen klimt aan de horizon
een komeet, oplichtend
met een lange witte staart
als een jonge god, een astronaut,
onwezenlijk doorkruisend dit stille firmament.

Dan plots, daar is Zij!
De zon, eerst langzaam blozend,
voorzichtig schijnend door het struikgewas
Dan snel klimmend en
stralend, stralend, stralend!

En ik, verlicht, ben deel
van dit wonderlijk gebeuren
en kan het niet bevatten
en blijf maar, blijf maar kijken.

Herfst 1997, het Hooghuis Oostkerke

Dood

Zij gingen op in het spel
en ... plotseling lag daar
midden tussen de poppen,
onder het raam,
die vogel,
dood,
met maden alom in
haar verstrooide veren,
verschrikkelijk!

Ik heb haar stil en ongezien begraven
en weggegooide bloemen op haar plek gelegd.
Intussen ging het spel gelukkig verder
En werden hun dromen niet verstoord.

14 september 1998, het Hooghuis Oostkerke

Leven

En altijd zal daar zijn het
ritselende ruisen van populieren om ons heen
met lispelende bladeren en het stille suizen
van de gestage noord-westen wind.

En altijd zal in mij dit blijven leven
dit licht gevoel, dit dromerig bestaan
van opgaan in het fluisteren van
het volledig komen en weer gaan.

Zomer 1998, het Hooghuis Oostkerke

Voorjaar

De wilde wind veegt over het water van de vijver
Ontelbare rimpels vervliegen
en weerkaatsen het gouden licht
van de zon tussen de zilver omlijnde wolken.

Vogels tuimelen boven de weide
als kinderen spelend in de lucht.
En ik ben achter het raam
gevangen in dit spel van de vroege voorjaarsochtend.
Wat een wonder om hierin te zijn!

En tegelijk besef ik dat twee kamers verder in ons huis,
Zij ligt te slapen, dromend in het warme bed,
waar ik zo even nog naast haar lag
verbonden en geborgen in deze vlakke weidse ruimte.

21 maart 2001, het Hooghuis Oostkerke



