

JEFFREY WIJNBERG

Zachte heelmeeesters

Het failliet van de geitenwollensokken-
psychologie

MET SIGMUND-ILLUSTRATIES
VAN PETER DE WIT

SCRIPTUM PSYCHOLOGIE

Inleiding

Ooit zei toptrainer en voetbalcoach Louis van Gaal tegen journalisten: 'Zijn jullie nou zo dom, of ben ik nou zo slim?' Het was een gedenkwaardige opmerking, waarbij menigeen gedacht zal hebben: 'Typisch Louis van Gaal om zo arrogant uit de hoek te komen.' Diezelfde hoon kan mij ook ten deel vallen als mensen dit boek ter hand nemen: 'Hoe kan Jeffrey Wijnberg zijn collega-hulpverleners als geitenwollensokken-psychologen en zichzelf, met zijn provocatieve stijl, als het briljante alternatief afschilderen; wat een arrogantie!' En misschien ook wel: 'Hoe kan Wijnberg zichzelf vergelijken met een topcoach als Louis van Gaal; dat is pas echt het bewijs van zijn arrogantie!' Mijn antwoord is dit: 'Wie de geitenwollen sok past, trekke hem aan' Anders gezegd: u mag mijn kritiek op de traditionele psychotherapie persoonlijk opvatten voor zover u zich daar in herkent. Heeft u een geheel andere manier van hulpverleners, dan hoeft u zich niets van mijn kritiek aan te trekken. Mijn kritiek richt zich sowieso niet op iemand in het bijzonder. De bedoeling van dit boek is geenszins om iemand te kwetsen, maar eerder om de aanpak van psychische problemen naar een hoger plan te tillen; om de kwaliteit van zorg zo te verbeteren, dat patiënten er naar kunnen uitkijken om een afspraak te maken bij een psychotherapeut.

Op dit moment in tijd is het voor veel tobbers en twijfelaars een enorme teleurstelling: zij krijgen wel een warm bad van onvoorwaardelijke acceptatie, maar verder niets concreets aangereikt waarmee zij echt verder kunnen. Te vaak klagen patiënten over het irritante gehum van de hulpverlener, aangevuld met opmerkingen als 'Tja, en wat vind je er zelf van', 'Ik kan mij heel goed voorstellen dat je je zo rot voelt' en 'Herken je wat je nu zegt ook in relaties uit het verleden'. De bedoeling is dat de patiënt aan het woord blijft, zijn frustraties blijft uiten zonder dat hij

enig perspectief krijgt aangereikt op verandering of verbetering van zijn emotionele ellende.

Mijn stelling is dat de klachten die patiënten uiten over de gangbare hulpverlening, terecht zijn. Te vaak verschanst de therapeut zich achter een muur van zwijgzaamheid, waardoor de patiënt zich alleen nog maar meer in de steek gelaten voelt dan al het geval was. Het wordt tijd dat de therapeut zich echt laat zien en het risico neemt om te zeggen wat hij echt vindt, ook al kunnen zijn interventies hard aankomen. Alleen in een confrontatie van echt contact is er een kans op persoonlijke groei. Natuurlijk zal ook de patiënt zijn gebruikelijke trukendoos opentrekken om moeilijke kwesties niet aan de orde te hoeven stellen. Hij zal tijdrekken, omzichtig formuleren of eindeloze verhalen ophangen om echte verandering uit de weg te gaan. Maar het zijn juist deze omtrekkende bewegingen die de therapeut met een lachspiegel tegemoet moet treden.

Mijn boodschap is simpel: luisteren alleen is niet genoeg. En gelukkig zijn er genoeg bruikbare therapeutische interventies waar de patiënt wel mee geholpen is. Een favoriete interventie van mij is de vraag 'Wat is het probleem', gevolgd door varianten zoals 'Waarom is dat het probleem' of 'Is er vandaag nog een probleem'. Hoe simpel deze vraag ook klinkt, zo moeilijk blijkt hij in de praktijk te stellen. Het is een vraag die de patiënt op scherp zet en hem uitdaagt om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn levensstijl en de ellende die dat met zich meebrengt. Het liefste zou de patiënt willen zien dat de hulpverlener een oplossing aanreikt die alle ellende als sneeuw voor de zon zou doen verdwijnen. En ook al zou die oplossing er zijn, dan nog zou de patiënt daar niet bij gebaat zijn. Alleen als de patiënt zich verantwoordelijk toont voor zijn eigen leven, kan hij zich ontwikkelen tot een zelfredzaam individu. Het is dus zaak dat de hulpverlener zich in rap tempo overbodig maakt. Hoe dat met humor, warmte en goed contact kan, leest u in dit boek – afgezet tegen alles wat in de traditionele hulpverlening een doodlopende weg blijkt te zijn.

JEFFREY WIJNBERG, Groningen, April 2012

1 | *Het verleden*

Wie zijn geschiedenis niet kent, kan het heden niet doorgronden noch zijn toekomst richting geven, zo wordt gezegd. Deze uitspraak klinkt als een onomstotelijke waarheid, een feitelijkheid waar niemand om heen kan. En in zekere zin is dat ook zo. Immers, een mens zonder geheugen is een dolend mens, een mens zonder inhoud, een hulpeloos mens zoals we kunnen aanschouwen in talloze verpleeghuizen waar patiënten die lijden aan dementie, hun geschiedenis kwijt zijn en alleen nog kunnen leven onder toezicht. Simplistisch gesteld: de mens moet wel kunnen onthouden hoe hij ooit heeft geleerd om een appel te schillen wil hij telkens weer een appel kunnen schillen. Maar dat gezegd hebbende, is het belang van de geschiedenis niet zozeer een feitelijkheid, als wel een stellingname; een stellingname die in de geestelijke gezondheidszorg bepalend is voor hoe hulpverleners patiënten behandelen die aan het leven lijden. Psychiaters in opleiding krijgen als vanzelfsprekend onderwezen hoe zij de anamnese op deskundige wijze moeten afnemen, wat inhoudt dat zij de voorgeschiedenis van de patiënt door middel van een vraaggesprek in beeld moeten brengen. Niet alleen de eerste seksuele ervaringen, maar ook de onderlinge verhoudingen in de familie, het carrièreverloop, mogelijke traumatische ervaringen, verhuizingen alsook het verkrijgen en onderhouden van vriendschappen en intieme relaties passeren de revue. Het is een tijdrovende bezigheid, maar één die – zo zullen traditioneel werkende hulpverleners zeggen – altijd belangwekkende informatie oplevert.

En daar is niets tegen in te brengen. Immers, de hulpverlener die middels de anamnese te weten komt dat de patiënt verslavingsgevoelig is, in persoonlijke verhoudingen destructieve neigingen vertoont, in zijn werk zelden iets afmaakt, door zijn ouders op cruciale momenten in de steek is gelaten en voor de derde

maal op punt van scheiden staat, kan op basis van deze informatie op zijn minst vermoeden dat er sprake is van een ernstige emotionele hechtingsstoornis. Deze informatie kan de hulpverlener weer gebruiken voor de manier waarop hij de behandeling inzet. Wellicht kiest hij een aanpak waarbij de therapeutische relatie centraal staat, oftewel: als de patiënt zich wel durft te hechten binnen de therapeutische relatie, kan hij opnieuw leren om vertrouwen te hebben in zichzelf en zijn medemens en daardoor constructiever in het leven te staan. En als ik dit zo opschrijf, dan denk ik oprecht: ‘Goh, toch geen gekke manier om psychotherapie te bedrijven.’ En ik zeg u eerlijk: zo heb ik zelf ook jarenlang gewerkt met mijn patiënten. Evenwel, nochtans, kleven er zeer grote bezwaren aan deze benaderingswijze:

- 1 Aangezien de therapeut het voortouw neemt met het afnemen van de anamnese, het beoordelen van de informatie (diagnose) en het uitvogelen van de meest geschikte behandelingswijze, hoeft de patiënt alleen maar achterover te leunen. De hulpverlener is nadrukkelijk actief terwijl de patiënt slechts hoeft af te wachten wat hij voorgeschoteld krijgt. Welke therapievorm ook gekozen wordt, de slechtste prognose heeft altijd die benadering waarbij de patiënt niets van motivatie hoeft te tonen.
- 2 Omdat al vanaf het eerste therapeutische contact de nadruk ligt op de geschiedenis van de patiënt, zal die benadering het in de hand werken dat de patiënt zich niet verantwoordelijk voelt voor zijn problemen. Immers, het is de schuld van zijn verleden dat hij zo disfunctioneert. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de behandelaar om wat stuk is te repareren. Een behandeling waarbij de patiënt de verantwoordelijkheid kan afschuiven op zijn verleden en de oplossing van zijn problemen kan afwentelen op zijn therapeut, heeft een kleine kans van slagen.
- 3 De nadruk die gelegd wordt op de geschiedenis van de patiënt, vooronderstelt ook een causaal verband tussen verleden en

heden: ‘Omdat jij geen onvoorwaardelijke liefde hebt gehad van je ouders, kun je nu niemand meer vertrouwen.’ Het klinkt aannemelijk, maar is geenszins bewezen. Er zijn ook mensen die in een warm nest zijn opgegroeid en er als volwassen mens met de pet naar gooien, alsook mensen die zonder warm nest als volwassen mens constructief in het leven staan. Bovendien is het niet erg therapeutisch om de patiënt, met het uitdiepen van zijn verleden, als geestelijk gehandicapt te bestempelen. Elke dag opnieuw kan ieder mens ook weer betere, gezondere keuzes maken.

- 4 Met het uitdiepen van het verleden wordt de patiënt letterlijk en figuurlijk de kans geboden om zich in te graven. Zolang het levensverhaal van de patiënt niet voldoende is uitgespit, kunnen er geen stappen voorwaarts gemaakt worden. Voor al die patiënten die, al dan niet heimelijk, een hekel hebben aan verandering is het een genot om die stappen voorwaarts uit te stellen. Ongemerkt werkt de behandelaar dus mee aan vermijding van de problemen in het heden en is dus aan te merken als antitherapeutisch.
- 5 Door het belang dat de behandelaar stelt aan de verhalen over de geschiedenis, zal de patiënt zich aangemoedigd voelen om meer verhalen over het verleden te vertellen. Al dan niet bewust zal de patiënt zijn behandelaar willen behagen en vooral met verhalen komen die een ‘verwongen geschiedenis’ bevestigen. Hierdoor treedt meer dan eens geschiedvervalsing op. Onbedoeld worden ‘positieve’ verhalen weggelaten terwijl ‘negatieve’ verhalen worden vervormd, aangepast of overdreven. Soms is deze geschiedvervalsing zo ernstig dat patiënten zelf gaan geloven dat er in hun verleden sprake is van seksueel of geestelijk misbruik, waardoor bijvoorbeeld familieleden, ten onrechte, in een kwaad daglicht komen te staan.
- 6 Met het uitdiepen van het verleden wordt ook de toon gezet voor wat belangrijk is als het gaat om volgorde. De therapeut

zegt in feite: eerst moet het verleden worden begrepen, voordat het heden zijn betekenis krijgt. Een omgekeerde volgorde is niettemin even betekenisvol. Immers, door het inzicht in problemen die de patiënt in het heden ervaart, kan hem ook de betekenis van zijn levensgeschiedenis duidelijk worden. Opvallende momenten in het hier-en-nu-contact met de therapeut kunnen herinneringen oproepen van belangwekkende momenten in het verleden. Belangrijk hierbij is dat de associaties in eerste instantie en spontaan van de patiënt komen en niet uit het geschiedenismodel van de therapeut. De traditionele volgorde van eerst geschiedenis, dan het heden remt de vooruitgang en is dus weer aan te merken als antitherapeutisch.

- 7 Gedane zaken nemen geen keer. Wat gebeurd is, is gebeurd. Daar kan zelfs de hulpverlener niets aan veranderen. Belangrijker is wat een patiënt met al zijn ervaringen doet en nog belangrijker: hoe hij zichzelf ziet in het licht van al zijn ervaringen uit het verleden. Het benadrukken van alles wat is misgegaan in het verleden werkt het zelfbeeld in de hand van 'een beschadigd mens'. Nu zou dat natuurlijk waar kunnen zijn, maar dan nog is het effectiever om de nadruk te leggen op wat de patiënt wél kan in plaats van een vergrootglas te leggen op wat hij niet kan. Er zijn genoeg voorbeelden van mensen die, juist door hun traumatische ervaringen, boven zichzelf zijn uitgestegen. Het overlevingsinstinct van de mens, zijn veerkracht is doorgaans groter dan de neiging om zichzelf ten gronde te richten.
- 8 Het vertellen van verhalen uit de oude doos is voor een aantal patiënten een aangename bezigheid. Misschien zijn het verhalen die hij nog met niemand heeft gedeeld en kan hij daardoor bevredigd worden in de behoefte om in zijn ontwikkeling gekend te worden. Als de patiënt hier expliciet om vraagt, dan is dat prima. In een therapeutische sfeer van onvoorwaardelijk acceptatie praten over het leven zoals dat is geleefd, kan voldoening geven en is in die zin therapeutisch te noemen. Pastorale hulpverleners voeren vaak dergelijke gesprekken. Maar



dat laat onverlet dat hier geen sprake is van therapie in de zin dat er aan constructieve veranderingen wordt gewerkt. Luisteren naar het verleden van de patiënt is niet meer dan het geven van onverdeelde aandacht. De vraag rijst ook waarom de patiënt dit niet met belangrijke anderen zou kunnen. Angst voor kritiek, geen zin om tegengesproken te worden? Misschien een goed onderwerp voor de patiënt die alleen aandacht wil.

- 9 Terugkijken staat het kijken naar nu in de weg. Als de therapeut zijn kladblok op schoot neemt om de anamnese te noteren, wordt zijn aandacht afgewend van de patiënt. Door de verhalen van de patiënt wordt de verbeelding van de therapeut geactiveerd over wat is geweest. Daardoor wordt automatisch de aandacht van de therapeut afgeleid van wat er op dat moment in het therapeutisch contact gaande is. Met het terugkijken wordt, als het ware, de actualiteit voor even opgeschort. Nu zijn er gelukkig ook therapeuten die kunnen multitasken, heden en verleden en toekomst in één keer meenemen, maar dan nog wordt de aandacht voor het moment afgezwakt. Het geheim van wat er werkelijk speelt ligt zelden in het verleden, maar in wat de patiënt van zichzelf laat zien of weglaat in het contact, oftewel: de patiënt *doet* zijn probleem. Daar zijn geen geschiedenisverhalen voor nodig.
- 10 In de psychiatrie is het doornemen van de geschiedenis van de patiënt een vast voorschrift. Het is zelfs een plicht waar de hulpverlener niet onderuit komt, omdat het behandelteam alleen op basis van een deugdelijke anamnese tot een diagnose mag komen. De patiënt zal dan ook verteld worden dat hij zijn diagnose dient af te wachten, voordat een behandeling kan beginnen. Zo wordt er nu eenmaal gewerkt. Maar het is een werkwijze die het medisch model onderstreept: de patiënt krijgt de behandeling die hij op basis van de gestelde diagnose verdient. Alleen in gevallen waar sprake is van een psychische ziekte zoals bij een depressie, anorexia of een psychose biedt het medisch model uitkomst. In alle andere gevallen, zelfs als er

sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, kan een behandeling alleen uitkomst brengen als de patiënt zelf formuleert wat hem dwarszit. Het vaststellen van een diagnose op basis van de anamnese is daarom dikwijls alleen interessant als intellectuele oefening voor de hulpverlener in plaats van dat het bijdraagt aan het op gang brengen van constructieve verandering.

Al deze argumenten tegen het gebruik van geschiedkundige informatie van of over de patiënt zijn argumenten die ik vooral in gesprekken met collega's bespreek. Sommigen zijn het met me eens, sommigen faliekant tegen. Opvallend genoeg zijn de patiënten zelf snel overtuigd wanneer ik ervoor kies om hun geschiedenisverhalen achterwege te laten. Sterker nog, steeds meer patiënten beginnen hun eerste therapieessie met een belangrijke mededeling: 'Ik kom hier voor therapie omdat ik actuele problemen ervaar; ik heb geen zin om rond te dolen in het verleden, dat vind ik verspilde tijd en moeite, ik heb liever een gesprek over wat er nu speelt, als u dat goed vindt'. Als ik informeer naar de uitdrukkelijkheid van die wens, dan blijkt meer dan eens dat deze patiënten ervaring hebben in therapeutenland of in ieder geval op de hoogte zijn van wat gangbaar is bij hulpverleners. Opvallend is ook dat er niet bijster positief wordt gesproken over sessies die gericht waren op duiding van het verleden. Patiënten zeggen: 'Goed, nu weet ik dat ik affectief verwaarloosd ben in mijn jeugd en opgegroeid in een sfeer van onoplosbare conflicten, maar wat heb ik daar nu aan; die wetenschap helpt mij niet om mijn driftbuien te beteugelen, en daar kom ik voor.' Misschien is de uitspraak van deze patiënt veelzeggender dan al mijn eigen argumenten bij elkaar. Deze uitspraak kan als volgt geformuleerd worden: als iemand van Groningen naar Enschede wil reizen, is het dan noodzakelijk om te weten dat hij uit Amsterdam afkomstig is? Nog anders geformuleerd: draagt de wetenschap over de mogelijke oorsprong van het probleem ook iets bij aan de oplossing ervan?

Feit is in ieder geval wel dat alle hulpverleners is bijgebracht dat het antwoord 'ja' moet zijn. Maar is dit antwoord wel zo van-

zelfsprekend als het lijkt? Zijn psychologen vergelijkbaar met rechercheurs? Is de onthulling van hoe, waar, waarom en met wat een moord is gepleegd en dus de oplossing van wie de moord heeft gepleegd, een aanpak die ook toepasbaar is op het psychotherapeutisch handelen? Het antwoord op deze vraag moet toch veelal 'nee' zijn. Want de schreeuw om aandacht van een volwassen vrouw die nooit gehoord is te midden van haar veertien andere broertjes en zusjes, maakt misschien wel duidelijk hoe het zo gekomen is, maar herbergt geen oplossing voor haar gevoelde eenzaamheid. Ook al wordt er waarde toegekend aan het causale verband tussen vroegere ervaring en het functioneren als volwassene, dan nog zit daar geen recept bij voor constructieve verandering. Misschien is er nog een enkele hulpverlener die zweert bij het oud-psychoanalytische adagium van herbeleving, oftewel: als de patiënt het probleem in oorspronkelijke vorm opnieuw ervaart, kan dit reinigend werken (catharsis) en een doorbraak teweegbrengen. In de psychotherapeutische praktijk blijkt hier echter niets van. Herbelevingen rakelen de emoties van weleer natuurlijk op, maar bieden geen alternatief. Misschien is het fenomeen van herbeleving te vergelijken met wat echtparen doen als zij een ruzie proberen uit te praten. De ontstaansgeschiedenis van het conflict wordt dunnetjes over gedaan in een poging om op die manier de vrede te tekenen. Het resultaat is echter altijd hetzelfde: uitpraten doet hetzelfde conflict weer opblazen waardoor geen vooruitgang wordt geboekt.

Is er dan niets in de geschiedenis van de patiënt wat van nut kan zijn voor het therapeutisch proces? Toch wel. Het kan geen kwaad om de man (37) die vertelt dat hij een probleem heeft met het vinden een vriendin te vragen of hij überhaupt ooit een vriendin heeft gehad. Is het antwoord 'ja', dan kan het ook geen kwaad om vragen te stellen als 'Was zij *een* vriendin of *jouw* vriendin', 'Hoe lang duurde die relatie' of 'Wie heeft die relatie beëindigd en waarom'. De antwoorden op deze vragen kunnen wel degelijk bijdragen aan de beeldvorming van de therapeut over de patiënt. Gaat het hier om een contactarme man zonder sociale vaardig-

heden? Of is het eerder een seksverslaafde die geen intimiteit kan brengen in een bestaande relatie? De man kan ook iemand zijn die zo eisend is in het contact dat vrijwel iedereen afhaakt; een houding die weer kan voortkomen uit angst voor verlies van bewegingsvrijheid en eigen identiteit. Het gaat hier om informatie die direct betrekking heeft op het actuele, gepresenteerde probleem; informatie die de patiënt en zijn probleem op scherp zet, in tegenstelling tot het bevragen van de patiënt over zijn geschiedenis om een compleet levensverhaal rond te krijgen. Het levensverhaal kan interessant zijn, maar beweegt doorgaans weg van het actuele probleem. Mocht het zo zijn dat de patiënt op evidente wijze vermijdingsgedrag vertoont ten aanzien van zijn actuele probleem, dan kan het tegenstrijdig genoeg juist weer therapeutisch zijn om die vermindering aan te wakkeren. Zo zal de provocatieve therapeut het napluizen van het levensverhaal als interventie kunnen inzetten om de patiënt te confronteren met zijn vermijdingsgedrag. Deze interventietechniek werkt alleen wanneer zij in overdreven vorm wordt gepresenteerd:

PATIËNT Ik vroeg me af of ik niet als kind al heel onzeker was, vooral in de periode dat mijn ouders gingen scheiden.

THERAPEUT Interessante vraag; misschien is het allemaal veel duidelijker als we naar de relatie van je grootouders gaan kijken, van beide kanten. Misschien kunnen we een familiepatroon ontdekken dat verklaart waarom jij nu niet wil solliciteren. Hoe heeft jouw opa van moeders kant je oma leren kennen?

- Tja, dat weet ik eigenlijk niet, maar is dat wel relevant?
- Dat kunnen we nog niet zeggen, dat moet blijken. Misschien kun je aan je moeder vragen hoe haar ouders elkaar ontmoet hebben en alle ontwikkelingen daarna; wie weet is daar de basis gelegd waarop later jouw leven is ingestort.
- Ja, ik snap het al.
- Wat?
- Dat de waaromvraag mij niet over de streep trekt om te gaan solliciteren.
- Hmm, snel van begrip, is dat ook een familietrek?

Met dit voorbeeld is de eerste stap gezet om het alternatief te introduceren voor de traditionele wijze van helpen. Het zijn met name de patiënten die de term ‘geitenwollensokken-psychologie’ in de mond nemen om aan te geven dat zij de gangbare werkwijze van hulpverleners zat zijn. En tegelijkertijd neemt het aantal hulpverleners toe dat zegt vast te lopen met de gebruikelijke manier van therapeutisch handelen. Mijn doel is niet alleen om een kritische blik te werpen op wat sinds jaar en dag gangbaar is in de psychotherapeutische wereld, maar ook om een werkbaar alternatief aan te reiken. Het zou pretentiefus zijn om te denken dat ik als enige het juiste alternatief heb weten te bedenken. Laat ik u geruststellen: die gedachte heb ik ook niet over mezelf. Gelukkig zijn er collega’s te over die nieuwe therapeutische wegen zijn ingeslagen en daarover schrijven. Maar ik zal niet onder stoelen of banken steken dat voor mij het alternatief van de provocatieve stijl het aantrekkelijkst is. Want wat blijkt: daar waar de traditionele stijl een doodlopende weg is, biedt de provocatieve stijl telkens weer verrassende openingen. In het vervolg van dit boek hoop ik u hiervan te overtuigen. Nu weer terug naar de essentie van dit hoofdstuk en dus de vraag: hoe zinnig, hoe effectief, hoe werkzaam is het om de geschiedenis van de patiënt in de therapeutische behandeling te betrekken? Het zal onderhand duidelijk dat mijn antwoord ontkennend is. Aan de hand van een concreet voorbeeld wil ik deze stellingname nog verder toelichten.

Het gaat om een man (29) die voor een eerste gesprek komt en op het intakeformulier zijn probleem heeft omschreven als ‘bij tijd en wijle niet erg opgewekt en energiek’. Gangbaar zou zijn om het gestelde probleem ‘uit te vragen’ en de hulpverlener die oog heeft voor het verleden, komt dan tot de volgende aanpak:

TERAPEUT Ik begrijp dat u last heeft van somberheid?

PATIËNT Nou, somber, somber gaat me te ver, maar bij vlagen heb ik niet mijn normale levendigheid.

– Wat is dan bij vlagen, eens per week een kwartiertje of hoe moet ik me dat voorstellen?

- Tja, wat zal ik zeggen; eergisteren had ik zo’n dip, maar op weg hier naartoe voelde ik me wel heel erg goed dus vroeg ik me af: ‘Waarom zou ik naar de psycholoog moeten?’
- Nou, u moet natuurlijk niks.
- Nee, nee dat weet ik wel maar, zo wisselend is dat, zonder dat ik er de vinger op kan leggen.
- Ja, wanneer is het zo begonnen, zou u zeggen?
- Tja, misschien al wel een jaar of zes geleden, toen mijn ouders uit elkaar gingen.
- U heeft moeite gehad dat uw ouders gingen scheiden, begrijp ik?
- Nou ja, dat was toen wel behoorlijk lastig, maar daar ben ik echt wel overheen; ik bedoel, het is niet dat ik dat niet verwerkt heb, als u dat denkt.
- Ik denk nog niks, ik probeer te achterhalen hoe het zo gekomen is.
- Ja, als ik dat wist, dan zat ik hier misschien wel niet.
- Hoe is de relatie tussen u en uw ouders sinds de scheiding?
- Eigenlijk hetzelfde als daarvoor, ik bedoel, met mijn moeder is het altijd plezierig en ontspannen en met mijn vader moet ik altijd op mijn hoede zijn.
- Kunt u daar iets meer over vertellen?
- Pffff, tja, ik weet het niet; eerlijk gezegd houdt me dat niet zo bezig.
- Ja, wat houdt u dan wel bezig?
- Hoe ik van mijn lusteloosheid af kom.

Het zal duidelijk zijn dat het gesprek verzandt. De patiënt blijft vooral gefixeerd op zijn wisselende stemmingen, terwijl hij ook weinig openheid van zaken geeft over de achtergronden van zijn klachten. Hij presenteert een psychologisch raadsel en dwingt de therapeut door zijn houding om het raadsel op te lossen. Hoe dan ook, de therapeutische aandacht voor de ontstaansgeschiedenis van het gepresenteerde probleem biedt weinig soelaas. Het provocatieve alternatief ziet er zo uit:

- (THERAPEUT) 'Bij tijd en wijle niet erg opgewekt en energiek', zo omschrijft u uw probleem.
- Ja.
 - U bent gewoon af en toe wat chagrijnig en moe, wie heeft dat niet eigenlijk... Ik bedoel, waarom is dat een probleem?
 - Ik ken mezelf normaal gesproken als vrolijk en levenslustig en dat is blij vlagen helemaal weg.
 - Oké, u hebt wisselende stemmingen, maar wat is het probleem?
 - Dat.
 - Wat?
 - Dat mijn stemmingen zo wisselen.
 - Nee, dat is een gegeven en een beschrijving van uw gemoedstoestand op het ene of het andere moment. Ik vraag naar wat het probleem is.
 - Ach, weet u... Het is vooral het idee van mijn moeder dat ik hier zit; zij maakt zich zorgen en heeft erop aangedrongen dat ik bij u een afspraak zou maken.
 - Ja, ja, u zit nergens mee en wilde uw moeder een plezier doen.
 - Ach, baat het niet, dan schaadt het niet, toch?
 - Ja, soms zit het mee, soms zit het tegen; het zijn vooral anderen die problemen verzinnen; u bent niet zo ingesteld, begrijp ik.
 - Hoe bedoelt u?
 - Ik bedoel, als u al een probleem zou hebben en dat is zelden het geval, dan zou u dat probleem altijd zelf oplossen; u bent een selfmade man.
 - Ja, precies, dat is een correcte typering.
 - Nou, mooi dan zijn we het daarover eens.
 - Ja.
 - Zal ik uw moeder bellen?
 - (Geïrriteerd) Hoezo?
 - Nou, vragen waarom zij zich zorgen maakt om u?
 - Dat kan ik u ook wel vertellen.
 - Nou?
 - Het gaat om de conflicten tussen mij en mijn vader, het wordt steeds erger.

- Ruzies komen voor, maar dan nog vraag ik waarom dat een probleem is.
- Ik weet me er geen raad mee.
- Nou, dat is het eerste teken van onzekerheid dat ik van u heb gehoord.
- Ja, dat toegeven is voor mij een megastap en ik weet ook niet of ik erover wil uitweiden.
- Nee, dat maakt misschien te veel los; zullen we het over iets anders hebben?
- Nee, nu ga ik door ook.

Het zal duidelijk zijn dat het actuele probleem op deze manier sneller boven tafel komt. Dat dit gebeurt, heeft ook te maken met het feit dat de therapeut voortdurend de vermijdingstactieken van de patiënt versterkt door mee te gaan in de vermijding. Tegelijkertijd weigert de therapeut ergens op in te gaan, voordat de patiënt een eigen probleem formuleert. Het is een beproefde manier om de motivatie voor de therapie en de verantwoordelijkheid voor het gestelde probleem aan te wakkeren. Natuurlijk kan het zijn dat de toenemende conflicten met vader in het licht van de tijd een beter beeld geven van het gestelde probleem. Belangrijker is echter dat geen uitweidingen over het verleden als voorwaarde gelden voor het op gang brengen van het therapeutisch proces.