

# Transactionele analyse in de huisartspraktijk\*

DOOR BORIS BOURICIUS, HUISARTS TE SCHEVENINGEN

## WAT IS TRANSACTIONELE ANALYSE?

Transactionele analyse is het door *Berne* uitgedachte systeem om te beschrijven hetgeen tussen mensen gebeurt. Hij stelt dat de mens, wanneer hij voldoende leert herkennen wat hij fout doet, zijn handelen in het vervolg kan corrigeren tot een meer bevredigend resultaat.

Het handelen, actief en reactief, wordt door *Berne* ingedeeld in drie soorten. De mens vertoont in zijn gedrag afwisselend de drie soorten en soms alle drie of twee ervan tegelijk. Deze drie soorten doen-en-laten zijn achtereenvolgens: die van een kind, die van een ouder, vader of moeder, en die van een volwassene. Het kind gedraagt zich alsof het bezig is vitale behoeften te vervullen: het ademt, eet, drinkt, slaapt, speelt, is vrolijk of treurig, huilt of lacht, is nieuwsgierig, zoekt op diverse manieren het gezelschap van anderen. Ieder mens laat zien wat voor een kind hij eens was, ook al is hij reeds lang volwassen, zelf vader of moeder, of grootouder. Ieder mens toont bij tijd en wijle dat hij een vader of moeder heeft gehad, hij imiteert deze in zijn hoe-het-hoort en zijn hoe-het-niet-hoort. Nu eens doet hij zoals zijn vader of moeder hebben gedaan, dan weer zoals vader of moeder hem vertelden dat hij moest doen: doe niet zoals ik, doe zoals ik je zeg te doen. Tenslotte is ieder mens een koele kansberekenaar. Hoe moet ik het nu weer doen, vraagt hij zich af, wanneer hij voor nieuwe omstandigheden komt te staan.

*Berne* impliceert dat die drie soorten gedrag elk uit een functioneel deel van de hersenen voortkomen. Hij benoemt die drie gebieden respectievelijk als: het Kind, de Volwassene en de Ouder. Natuurlijk wil dit niet zeggen, dat ieders Kind, Volwassene, Ouder gelijk is aan die van anderen. Integendeel, zoveel

\* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Van Hoytemacursus „Inleiding tot de transactionele analyse”, 20 en 21 november 1974 te Enschede.

kinderen zoveel ouders, allen verschillend.

De mens poogt „het” te overleven. „Het”, dat zijn de uitwendige omstandigheden. Het steeds weer opnieuw rationeel, door de Volwassene, berekenen wat het beste uitkomt, is veel werk en duurt lang. Daarom gebruikt hij vrij vaak kant en klare oplossingen, „zoals zijn ouders het deden”. Tegelijkertijd vraagt de Volwassene na het waarnemen van de buitenwereld aan het Kind: „Je hebt gezien wat er te koop is, wat wil jij nu?”.

Alle drie delen van het brein zijn nodig. Het Kind moet aan zijn trekken komen. De Ouder geeft vaststaande procedures, hoe de ouders aan de trekken kwamen. Dat kan in tegenstelling zijn met wat het Kind wil. Als de ouders bij voorbeeld heterofiel waren, kan het kind homofiel zijn en toch proberen, op de manier van de ouders, heterofiel aan zijn trekken te komen. Dat geeft moeilijkheden en een strijd tussen verschillende gebieden van het brein. Gedeelten ervan kunnen zich dan niet voldoende bezighouden met het regelen van de huishouding en het beheersen van de verhouding van de eigenaar van het brein tot de buitenwereld. Die eigenaar komt tekort en gaat noodseinen geven.

## HET MENSBEELD DAT BIJ DE TRANSACTIONELE ANALYSE PAST

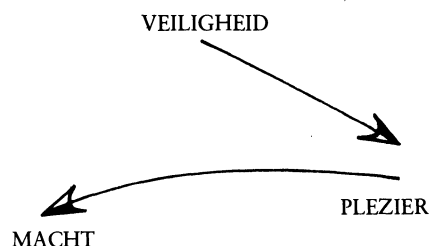
Tijdens een Boerhaave-cursus medische psychologie in 1973 heeft Bastiaans er op gewezen, dat de mens eerst in materiële zin veiligheid in het leven zoekt. Daarna komt – niet minder essentieel – het plezier. Onvoldoende plezier bij voldoende veiligheid geeft een machteloos gevoel (*figuur 1*). *Berne* heeft, onder meer in zijn boek *Sex in human loving*, een uiteenzetting gegeven van de behoeften, welke de mens aan immaterieel plezier heeft. *Tigers* en *Fox* hebben er op gewezen dat de mens een groot aantal soorten gedrag vertoont in zijn streven te

overleven. De variëteit aan gedrag, welke daarvoor nodig is, noemen zij de biogrammatica. Bouricius (*Van der Berg*) heeft hiervan een resumé gegeven.

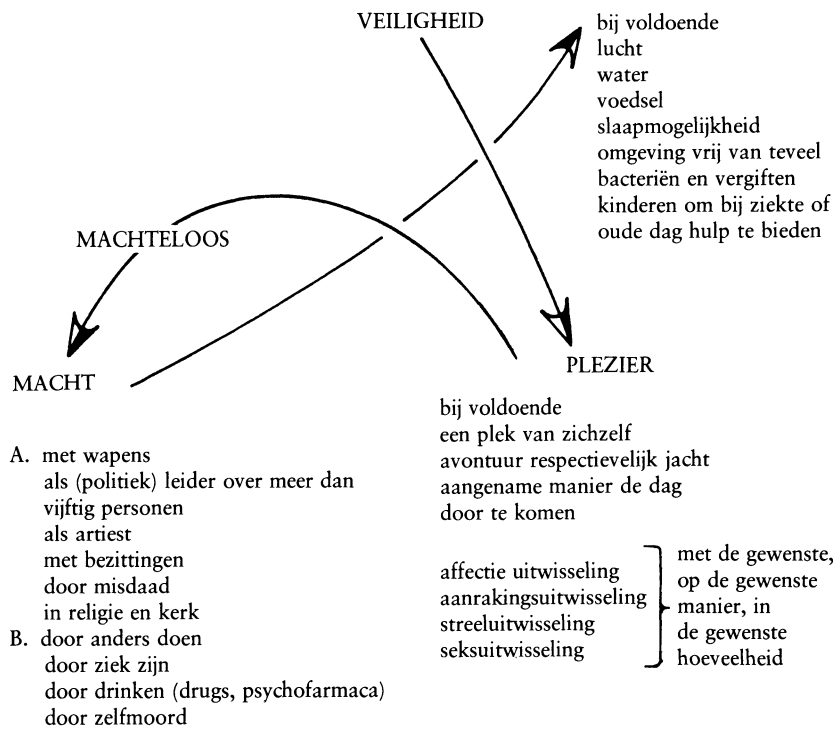
*Figuur 2* laat zien hoe het resulterende mensbeeld eruit ziet. Onder het hoofd veiligheid vallen zeven primaire behoeften. Deze formulering is een voorstel, dat wellicht in de toekomst moet worden gewijzigd of aangevuld. Hoofdzak is dat de mens het niet lang overleeft wanneer in een van deze behoeften niet wordt voorzien. De mens sterft binnen niet al te lange tijd aan zijn honger naar lucht, slaap, veilige omgeving, enzovoort, maar sterft niet door ontberen van plezier (secundaire honger). Hij geeft dan wel noodseinen in de vorm van machtsuitoefening. Die macht valt uiteen in twee soorten (A en B): A. De wapens: (politiek) leiderschap, het kunstenaar zijn, het bezittingen vergaren, het misdadig zijn, het actief zijn in de religie, brengen de mens niet in aanraking met de medicus. Alhoewel dit gedrag toch moet worden opgevat als noodseinen van tekorten in het plezier, behoort het tot de biogrammatica. Hetzelfde geldt voor de tweede soort macht: B. Het anders-doen: door ziek zijn, door drinken – dit impliceert ook gebruik van drugs, psychofarmaca en slaapmiddelen – door zelfmoord.

Het ziek zijn uit zich heel vaak in een stoornis van de primaire behoeften zonder objectief aantoonbare noodzaak. Het is alsof de Ouder tegen het Kind zegt: „Pas op, het deugt hier niet, verdedig je.” Prompt doet het kind dat, met

*Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.*



Figuur 2. Nader uitgewerkte figuur 1; voor verklaring zie tekst.



fataal resultaat: het gaat er vaak aan dood. Zo kan iemand in een normaal vertrek of buiten samen zijn met anderen en het ineens benauwd krijgen. Hij kan gaan zuchten of hoesten en als gevolg daarvan bronchitis, astma en longkanker krijgen. Wie met de hoeveelheid water kampt, braakt veel vocht, hij drinkt veel, tot diabetes insipidus toe, hij doet steeds kleine of grote plassen, hij houdt water vast, nephrolithiasis. Vijandig wordt de omgeving ervaren door wie braakt: het voedsel moet eruit in een streven de bloedbehoefte in de buik zo klein mogelijk te maken. Zoveel mogelijk bloed is dan in de benen en armen beschikbaar bij vlucht of aanval. Ziekten als maagkanker, maagkanker, diabetes mellitus, galsteenlijden, blindedarmontsteking, dikkedarmaandoeningen zoals spastisch colon, diarree of verstopping en coloncarcinoom zijn op vergelijkbare wijze als noodseinen op te vatten.

Het anders doen kan van tweërlei aard zijn. De mens kan zich gedragen alsof de omgeving erg gevaarlijk is door in een hoek te gaan zitten huilen, zijn kleren uit te trekken alsof die in kokende olie waren gedrenkt en dergelijke. Tot

deze categorie gedrag behoort ook het angstig zijn, het komen klagen: ik ben over mijn toeren. Een andere groep bestaat uit mensen die zeggen of laten zien: ik heb zo'n pijn in mijn rug, ik kan niet lopen, terwijl zeer zorgvuldig lichamelijk onderzoek, verricht door de beste specialisten, niets anders oplevert dan wat stijve spieren of in 't geheel niets.

#### NOODSEINEN EN DE BETEKENIS ERVAN

Iedere aankomende zeeman leert: „noodseine seine de seine waarmee se seine als de andere seine kapot seine”. Met andere woorden: macht wordt niet uitgeoefend als de mens aan zijn trekken kan komen. Waarom hij dit niet doet? Het zal duidelijk zijn dat de ouder het hem verbiedt.

#### TAKEN VAN DE ARTS

Het is de taak van de arts om:  
 A ontijdige dood of invaliditeit te voorkomen door somatisch therapeutisch werk;  
 B onnodig lijden te verlichten;

C Zo spoedig mogelijk de cliënt mede te delen, dat deze zich beweegt op een terrein dat snel naar de dood of naar de invaliditeit voert. Hij dient de mensen te adviseren zich zo snel mogelijk op ander terrein te begeven, hetzij van machtsuitoefening, hetzij op dat van het bevredigen van de secundaire honger in het pleziergebied. Het blijkt dat de zieke, die de hulp van de arts inroept, bereid is dit advies te volgen wanneer hem eerst duidelijk is gemaakt wat hij aan het doen was. Het is schrijver dezes in de praktijk gebleken dat vrijwel iedere zieke, aan wie dit schema wordt geschetst, ineens ziet wat hij aan het doen is, voor zover hij dit zelf al niet wist. Ook al was dit het geval, dan is toch dit ogenblik het beslissende: de zieke wordt geconfronteerd met het patroon in zijn eigen handelen, hij kan er niet meer onderuit, hij moet iets gaan doen.

#### FINAL COMMON PATHWAY

Met uitzondering van ontstekingen, kanker, hartaanval, beroerte en dergelijke voert de mens al zijn handelen naar de buitenwereld uit door zijn spieren en klieren. Spieren en klieren vormen de „final common pathway” van Ouder, Volwassene en Kind. Wanneer deze drie delen van het brein elkaar kennen en elkaars rechten respecteren, vertoont de mens een harmonisch gedrag. Zij maken afwisselend en soms tezamen daarvan gebruik. Anders is het als die kennis en dit respect er niet zijn. Dan vertoont de mens met de ene serie spieren en klieren een bepaald gedrag en met een andere, ander soort gedrag.

Een mens kan een volkomen kalm uiterlijk vertonen, terwijl hij vertelt over iets ernstigs. Wanneer gelijktijdig bij hem de bloeddruk wordt opgenomen, blijkt dat deze zeer sterke schommelingen vertoont op dat ogenblik. Een teken daarvan naar buiten kan een gering heen en weer bewegen van een voet zijn. Transactioneel uitgelegd: de Ouder die het spreken en de spieren beheerst, maar het bange Kind, bij wie de spieren van de bloedvaten samenknijpen als voorbereiding tot weglipen. Het bewegen van de voet kan een teken zijn dat het Kind wil schoppen of weglipen.

Hier is de medisch geschoolde transactionele therapeut duidelijk in het voordeel. Hij kent (of hoort te kennen) hoe spieren en klieren samenwerken of hoe zij tegen elkaar inwerken via het autonome systeem. Hij moet het zich eigen maken zijn waarnemingen in voor de mens verstaanbare taal te gieten, zoals dat bij voorbeeld in *figuur 2* is uitgebeeld.

#### WAAR KAN DE HUISARTS TRANSACTIONELE ANALYSE TOEPASSEN?

1. Op het ogenblik spreken artsen onderling een bepaalde taal; zij gebruiken in de omgang met hun cliëntèle een tweede taal, de cliëntèle gebruikt onder elkaar een derde taal. In het zoeken naar sociaal contact met zijn cliëntèle moet de arts zijn Volwassene zoveel mogelijk gebruiken. Dit moet zich onder meer uiten in eenzelfde taalgebruik ten aanzien van de cliëntèle als ten aanzien van andere dokters. Op zijn beurt kan de arts de cliëntèle verzoeken deze taal ook tegen hem te gebruiken. Hij kan hopen dat de taal „van Mars”, zoals *Berne* het noemt, de recht-uit taal, ook door de cliëntèle onderling wordt gebruikt.

2. De arts kan met de transactionele analyse eens te meer leren dat hij zich als waarnemer dient op te stellen om de situatie van het hier en nu te evalueren. Dat houdt in dat hij zijn vooroordeel moet prijsgeven. Vooroordeel en objectieve waarneming zijn wederkerig tegenstrijdig. Typische voorbeelden hiervan kan men vinden in de psychiatrie, waar elke diagnose inhoudt dat het gedrag ongewenst en afwijkend is, dus ziek. Het vooroordeel is hier te zien en resulteert in het jaarlijks toedienen van vele tonnen zogenaamde psychofarmaca aan mensen, die alleen maar noodseinen geven. In de recht-uit taal is dit het afzetten van het brandalarm zonder onderzoek naar de aan- dan wel afwezigheid van de brand.

3. Zoals eerder geschetst kan aan de cliënt worden medegedeeld wat deze aan het doen is. Voor zover de arts de transactionele analyse voldoende beheerst

kan hij daaraan een structuuranalyse, en transactie-analyse, en spel-analyse en zelfs een draaiboek-analyse verbinden.

4. Voor zover de huisarts de transactionele analyse beheerst kan hij zijn zielen in groepen bij elkaar zetten in de opstelling zoals door *Berne* is beschreven. Met vrucht kan dit worden gecombineerd met Gestalttherapie.

#### SELECTIE VAN CLIËNTÈLE VOOR DE GROEPEN

De huisarts ziet drie groepen mensen in wisselende percentages:

1 Een groep die objectief aantoonbare orgaan- of systeemafwijkingen heeft. Bij deze groep zieken zal zeer vaak tevens het niet-aan-de-trekken-komen in een of andere vorm aanwezig zijn. Voorrang heeft, al dan niet samen met de speciallist, het bestrijden van de kans op ontijdige dood of invaliditeit en daarna of gelijktijdig het bestrijden van onnodig lijden. Zo spoedig mogelijk dient een onderzoek aan te tonen of tevens stress – tengevolge van onvoldoende of teveel prikkels – aanwezig is.

2 Een groep met organische klachten zonder aantoonbare afwijkingen van organen of orgaansystemen.

3 Mensen met klachten over zichzelf of over anderen: „Ik voel me zo naar” of „X doet zo raar”.

Tijdens het spreekuur moet worden uitgemaakt tot welke groep de cliënt behoort. Als het nodig blijkt – door persisteren van de klachten of op diens verzoek – wordt de cliënt uitgenodigd voor een gesprek van een uur, zo nodig met een herhaling. Bij het volgen van de juiste procedure en aanwezigheid van voldoende kennis en kunde moeten cliënt en arts het er vrij algemeen samen over eens zijn wat er in transactionele zin aan de hand is. Desgewenst wordt de cliënt een voorstel gedaan tot deelnemen aan een groep.

#### HET CONTRACT

Als onderdeel van het activeren van de

Volwassene van de cliënt maakt schrijver dezes een formeel contract met de cliënt. Dit ziet er in algemene zin zo uit: . . . (de voornaam van de cliënt) wil eraan werken 1, . . . , 2, . . . , 3, . . . (hier wordt opgesomd waarvan de cliënt af wil en wat hij wil bereiken). Het contract eindigt met de zin: Boris zal . . . daarbij helpen. Er moet tegen worden gewaakt, dat in deze opsomming wensen komen, die welgevallig zijn aan de Ouder van cliënt of arts en onwelgevallig aan een van hun Kinderen.

Het contract dient om te zorgen dat de behandeling in de groep eindig is. De cliënt bepaalt zelf, zo nodig met behulp van therapeut en medegroepsleden, of het contract is vervuld. Het contract wordt in duplo opgemaakt en in de groep voorgelezen. Tijdens de groepsbijeenkomsten liggen – als referentiekader – de contracten van de personen in de groep op een duidelijk zichtbare plaats ter inzage.

#### OVERIGE BIJZONDERHEDEN

*Berne* (1966) heeft beschreven welke procedures in een groep verder moeten worden gevolgd. Belangstellende lezers worden hiernaar verwezen.

Uiteraard is er een groot aantal mensen dat niet in een groep wil of kan bij de huisarts of in het algemeen niet. In het eerste geval moet de cliënt worden verwezen naar iemand die competent is tot het toepassen van transactionele analyse. In het tweede geval is het alternatief: conservatief behandelen, met andere woorden in dubio abstinence. Mutaties in het patiëntenbestand van de huisarts kunnen het gevolg zijn. De cliënt heeft dan tenminste een keuze gemaakt: het veranderen van huisarts.

Tenslotte: Zorgvuldig moet in de gaten worden gehouden hoe groot het cumulatief percentage aanwezigen van een groep is. Daalt dit beneden de 70 dan moet de groepsleider zich in zijn tent terugtrekken en mediteren over wat hij onjuist deed. Schrijver dezes heeft geen formele training als transactionele analyst en heeft al enige keren in zijn tent gezeten. Tegenwoordig gebeurt hem dit minder vaak.

Berg, G. R. van der en anderen. Ik, jij, wij, allemaal. Kosmos, Amsterdam, 1975.  
 Berne, E. Sex in human loving, Pocket Books New York, 1971.  
 Berne, E. Principles of group treatment, Grove Press, New York, 1966.  
 Tiger, L. & R. Rox. The imperial animal, Secker & Warburg, London, 1971.  
 Aanbevolen literatuur:  
 Berne, E. Transactional analysis in psychotherapy, Grove press, New York, 1961

Berne, E. The structure and dynamics of organisations and groups. Grove press, New York, 1963.  
 Berne, E. Games people play (onder meer) Grove press, New York, 1964.  
 Dubos, R. So human an animal, Scribner, New York, 1968.  
 Fast, J. Body language, Souvenir press, Londen, 1970.  
 Harris, T.A.I.'m OK, you're OK. Harper and Row, Londen, 1967.

Laing, R. D. The politics of the family. Tavistock, Londen, 1969.  
 Morris, D. Intimate behaviour. Jonathan Cape, Londen, 1971.  
 Perls, F. Gestalttherapie verbatim. Alpha boek, Bert Bakker, Den Haag, 1973.  
 Ssas, T. S. The myth of mental illness. Delta books, New York, 1961.  
 Watzlawick, P. en anderen. Pragmatics of human communication. Norton, New York, 1967.

## Het dienstverband voor de groepspraktijk Ommoord bij de gemeente Rotterdam

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD\*

De acht huisartsen van de in het gezondheidscentrum Ommoord gevestigde groepspraktijk zijn gemeente-ambtenaar geworden en met hen ook vier fysiotherapeuten, twee verloskundigen, de praktijkmanager, de praktijkverpleegkundige, laborante, wetenschappelijk assistente, assistent manager en vier

doktersassistenten. Daarmee is in Rotterdam een forse en zelfstandige GG en GD-afdeling gecreëerd met 23 mensen. Nu is er geen enkele vrije beroepsbeoefenaar meer in dit gezondheidscentrum werkzaam en voor niemand in ons kernteam – zie het *schema* – bestaat nog een directe relatie tussen het al dan niet geven van hulp en het meer of minder ontvangen van geld. Het aangaan van dit dienstverband heeft een storm van emoties gewekt – vooral in Rotterdam –

waaraan voorlopig wel geen eind zal komen. Dat is allerm minst verwonderlijk, want wat in Ommoord is gebeurd, houdt een zeer principiële structuurverandering in, waarmee een aantal schijnbaar onaantastbare grondbeginselen van de vloer van de gezondheidszorg is geveegd.

In Rotterdam is een gezondheidszorgbeleid bedreven op basis van een aantal helder geformuleerde uitgangstellingen, waarbij de discussie niet, zoals gewoonlijk, is gevoerd binnen de veste van de

\* Uit de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.

