

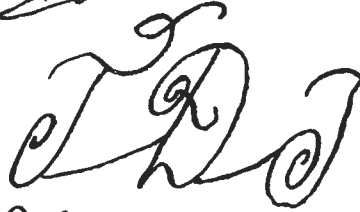
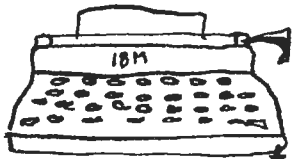
Tijdschrift voor Directieve
Therapie/Januari 1985
Jaargang XI Nummer 1



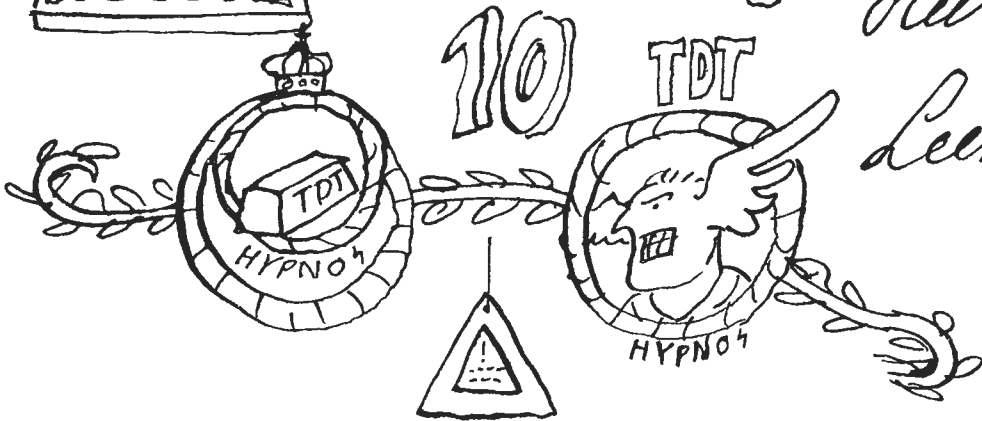
Richard
van
Dijck



Freddy Lange



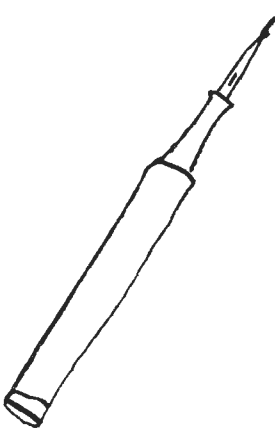
Kees Hoogduin



Leen Jaels

Productions

Kees van der Velden
Rick Oudshoorn



De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Alfred Lange	Hoe werelden zich kunnen verenigen	5
Kees Hoogduin	Boerhaave en alcoholmisbruik	11
Alfred Lange	Het Groucho Marx Syndroom	25
Kees van der Velden	Uit de oude doos	28
Kees Hoogduin	Over de paradoxale strategie - een kind kan de was doen	32
	Slotbeschouwing	37
	Uit ons foto-album	54
Richard Van Dyck	Een specifiek effect van exposure in vivo	55
Kees van der Velden	De les van Charcot (1)	62
<i>DNo</i>	<i>Therapie hypnose bij dwangklachten</i>	<i>69</i>

Redactie:

R. Van Dyck
C.A.L. Hoogduin
L.J. Joele
A. Lange
D.N. Oudshoorn
K. van der Velden

Omslagillustratie & feesttekeningen:

D.H.X. van der Velden

Een Jubileumnummer zou het worden! 't Is immers tien jaar geleden dat de heren die thans de redactie uitmaken van het Tijdschrift voor Directieve Therapie elkaar troffen op de polikliniek van de Jelgersmakliniek. De secties Leiden en Rotterdam in keurige kostuums, de twee Amsterdammers met enorme bakkebaarden en op kokette hakjes. Richard had buiten pils staan. Leen Joele zei steeds Kees Hoogduin. De Amsterdammers lieten hun reusachtige sleutelbossen rinkelen op de nauwsluitende pantalons. De twee Rotterdammers voelden zich provincialen, zeker die ene die maar zo bitter weinig borsthaar had. Richard, de initiatiefnemer van deze ontmoeting, trok ogenblikkelijk het leiderschap naar zich toe door zijn onderlip naar zijn neuspunt te bewegen. Die man dacht. Leen had al veel leed gezien, dat kon je zo merken, meer leed dan de anderen ooit te zien zouden krijgen. Maar hij bleef er kalm onder. Kees Hoogduin droeg een blazer op een spijkerbroek en een zelfbinder met een minuscuul stropje. De Rotterdammer met dat weinige borsthaar keek schichtig zijn kant op, alsof hij ieder moment een aanval verwachtte. Zoveel zelfvertrouwen! Dat innig tevreden lachen! Leen kwam vast en zeker uit een chique familie. Vader commissaris van de Koningin bijvoorbeeld. De Rotterdammer die geen Rotterdammer was zat zodanig achterover dat het leek of hij lag. Dikke denkrimpels op zijn voorhoofd, steeds vriendelijk en bescheiden. De donkere Amsterdammer zat een ietsje achter de kalende. Kochten ze hun laarsjes en hun broekjes in dezelfde boetiek? Wanneer boog Richard zich uit het raam om het krat Grolsch naar binnen te kunnen trekken? In het idee van de onbehaarde Rotterdammer duurde het uren. Solide vent was Richard toch. Brede schouders, brede nek, netjes kort geknipt. Echt volwassen. Nee, dacht de echte Rotterdammer, die Hoogduin vertrouw ik voor geen cent. Richard wel en Dick ook, maar van de anderen was hij niet zeker. In de lichte ogen van Joele vond je geen houvast. Hij was bovendien nog assistent. Die Amsterdammers sloegen op schouders, knepen in billen, en schreven boeken. Die zouden ze na vanmiddag wel nooit terugzien.

Zo ongeveer verliep de bijeenkomst - althans volgens één ooggetuige - waarop tot voortzetting op ruimere schaal van het kwijnen^{de} TDF werd besloten. Van wie kwam het idee om in deze vorm samen te werken? Ere wie ere toekomt: van Dick.

Des te teleurstellender dat deze Dick nu niets heeft.

En wie is het meest aangemoedigd om toch vooral te schrijven?

Ere wie ere toekomt: Leen.

Des te teleurstellender dat deze Leen het wederom laat afweten.

Nee, zo krijgen wij geen Jubileumnummer.

Maar als wij dan geen Jubileumnummer kunnen krijgen, dan moeten wij maar een Jubileumjaargang maken.

Als eerste nummer van zo'n jaargang voldoet deze aflevering zeker!

Hierachter vindt U een specimen van het briefpapier dat ter gelegenheid van het Jubileum is ontworpen en gedrukt. Ja, als alles was gegaan zoals we afgesproken hadden zou U natuurlijk genoten hebben van deze onderstreping van de feestelijkheden, maar nu vindt U het mogelijk geldverspilling. Vóór de inhoudsopgave en als afsluiting van dit nummer vindt U een tweetal feesttekeningen van de hoofdomslagontwerper van Uw Tijdschrift - die ook ditmaal voor Uw omslag zorgde -, Daniël van der Velden.

Goed.

Dan leest U het ontroerende artikel 'Hoe werelden zich kunnen verenigen' van Dr.Lange. 't Is autobiografisch. De auteur 'stelt zich kwetsbaar op'. Wij zeggen er verder niets over, behalve dan dat de laatste pagina van dit prachtige stuk ontsierd wordt door opmerking die wij als niet geschreven zouden willen beschouwen.

'Boerhaave en alcoholmisbruik' van C.A.L.Hoogduin wordt voorbeeldig ingeleid. Je krijgt zo absoluut niet de indruk dat het stuk in feite voor een ander forum bedoeld was. Dan de inhoud. Wanneer wij de inhoud lezen en tot ons door laten dringen en ons realiseren wat wij allemaal hadden moeten doen wanneer wij er maar niet eenvoudig mee opgehouden waren, dan worden wij vreselijk moe. Overigens, Kal, negen consumpties op een avond als norm, is dat niet wat veel?

Fraai van timing is A.Lange's 'Het Groucho Marx Syndroom'. U zag deze Marx onlangs driemaal achtereen op de VPRO-televisie (waar ook Dick Oudshoorn binnenkort op te zien zal zijn). Lange werpt de vraag op of hij op Woody Allen lijkt. Neen. Höppener, Armand Höppener, die lijkt op Woody Allen, en wij willen daarover niet meer zeggen dat het ons een raadsel is hoe Kees van Kooten zich zorgen kan maken over de vraag of zijn leuke, normale vrouw zich niet seksueel aangetrokken zal voelen tot deze ...èh, komiek.

In de rubriek 'Uitde Oude Doos' treft U een bijdrage van Kees van der Velden. U ziet in deze bijdrage de drie eerste redacteuren van Uw blad aan het werk.

Met C.A.L.Hoogduin kwamen wij overeen dat wij zouden beschrijven: onze ergste behandeling. Hij hield zich aan deze afspraak, wij niet. In 'Over de paradoxale strategie - een kind kan de was doen' vindt U een beschouwing en een gevalsbeschrijving die U het schaamrood naar de kaken jaagt, en

dat vooral vanwege de herinneringen die dit stuk bij U oproept. Herinneringen aan Uw eigen rampen. Zelf hebben wij bijvoorbeeld wel eens een man het advies gege... - nee, nog niet, wij kunnen het nog niet. Sorry! Van Hoogduin is ook het artikel 'Slotbeschouwing'. Het klinische deel begrepen wij goed, het stuk over de discriminant analyse en de kernal methode niet. Beperken wij ons dus tot het klinische deel. Pag. 209 moet U kopiëren, met plastic verduurzamen en aan de wand van Uw werkkamer hangen.

In het artikel 'Uit ons foto-album' van Kees Hoogduin - dat overigens goed geschreven en hoogst informatief is - staat een storende fout, die helaas tweemaal herhaald wordt. Waar 'wij' staat gelieve U 'ik' te lezen. Beter is nog: 'wij' doorkrassen en door 'ik' vervangen.

De bijdrage van R. Van Dyck is getiteld: 'Een specifiek effect van exposure in vivo.' Het is getypt met een letter die wij nog niet kenden. Een beetje een hoge letter, zouden wij zeggen. Tot onze schrik, angst, narigheid, vertwijfeling lazen wij in de speciaal voor ons Tijdschrift geschreven inleiding - waarvoor hartelijk dank, Dyck! - dat deze kritische redacteur wederom een onderzoek ter hand wil nemen. Zou hij ons willen geruststellen door meteen bij de opening van de feestelijke jubileumvergadering te verklaren dat dit onderzoek absoluut niets met zijn proefschrift te maken heeft.

Het nummer eindigt met: 'De les van Charcot', door Kees van der Velden. Wat U, positivistische redactieleden, beslist eens moet doen, dat is Linschotens 'Idolen van de psycholoog' lezen. Van der Velden haalt dit boek aan. Hij las het in 1967, en het maakte op hem nog meer indruk dan A.D. de Groot's 'Methodologie'. Linschoten was een hyperintelligente psycholoog die erg veel dronk. Door mensen als Rümke en Van den Berg werd hij verleid om fenomenoloog te worden. 'Daseinsanalyse', 'das Nichtende Nichts', 'Persoon en Wereld', 'de wederzijdse implicatie van object en subject', 'de ervaringswereld van de patiënt', 'het geworpen zijn' - met die dingen hield hij zich bezig. Hij ging naar Amerika. Hij kwam terug als behaviorist. In zijn 'Idolen' maakt hij korte metten met alle quasi-poëzie van psychologen en psychiaters. Toen wij dit gelezen hadden dachten wij: 'Wij zijn te dom om ooit tot verantwoorde uitspraken te komen.' U was het, waarde TDT-redacteur, die ons leerde dat het heel goed mogelijk is ervaringen en inzichten te beschrijven zonder een fenomenoloog te worden, en ook dat het nuttig en aardig kan wezen om te beschrijven wat je doet en denkt zonder dat daar meteen een discriminant analyse of een kernal methode aan te pas hoeft te komen. Wij zijn U daar erg erkentelijk voor.

J. Hoop-Redactie



NOLENSSTRAAT 74C
3039 PX ROTTERDAM

BETREFT:

Jubiläum-
Nummer



REDACTIE:
DR. R. VAN DUCK
DR. C.A.L. HOOGDU
DR. J.L. JOELE
DR. A. LANGE
PROF. DR. D.N. OUD
K. VAN DER VELDEN

AAN:

Kal Hoogdruin s.t., penningmeester
Zoetendredemijel 77
Leiden

ROTTERDAM, 1 jan. 85

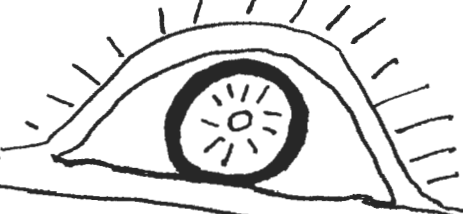


Berit Kal, REMBOURS

3006

Bedankt voor je jubileum bijdragen. Erg goed.
T.g.v. het jubileum heb ik nu eindelijk maar eens
behorlijk papier laten ontwerpen. Vind je het ook
goed? De man linksboven symboliseert de TDT-
redacteur. Het logo rechtsboven symboliseert het doel
van ons onderzoek. Het oog linksonder symboliseert
de hypnose. Ik heb het speciaal voor Leen & Dick
in Gedachten gehad toen ik de ontwerpen instuurde.
Mijn werk een beetje officiële presentatie wel
goed voor die jongens. Dat stimuleert ze! Ik heb hun
bijdragen nog niet binnen, maar dat komt natuurlijk
doordat ze extra goed werk willen leveren.
Nu, Kal, in papier is op, ik moet weer eens stoppen.
Kraak je de kotten op in'n giro ora? (Dat
nummer zul je wel uit je hoofd klemen!)
groeten he, ook aan de jongens!

D'Hoopredauser



EXPRESSE

HOE WERELDEN ZICH KUNNEN VERENIGEN

Alfred Lange

In de maand november van het jaar 1966 behaalde ik het doctoraal examen (sociale) psychologie. Ik was een typische research man geworden, iets wat ik me bij het begin van de studie niet had voorgesteld. Mijn vader die ik altijd zeer had bewonderd had mij immers de 'zevende faculteit' aangeraden omdat daar een brede opleiding werd gegeven die in het bedrijfsleven hoog werd gewaardeerd. Mijn vader was een zelfstandig zakenman die zijn zoon de ellende daarvan wilde besparen en hem stilletjes een topfunctie in een multi-national toewenste. Na twee dagen colleges had ik mijn bevestiging daar al van. Niet zozeer door de inhoud van de stof, alswel door de persoon van de belangrijkste hoogleraar: het onaangename mens, prof. dr. Kleerekoper. Aan deze man zag ik mijn gevoelige natuur zich niet overgeven. Dat zou nooit wat worden. Hoewel de mensen die mij goed kennen weten dat ik over het algemeen toch geen snelle beslisser ben trad ik nu voortvarend op. Ik schreef mij uit voor de sectie A van de faculteit (politologie) en zwaaide onmiddellijk over naar sectie C (sociale pedagogiek). Mijn hoogleraar werd toen de zweverige maar aardige en bovenal erudiete gentleman, prof. dr. T.T. Ten Have. De eerste jaren van de studie gaven een ratjetoe aan vakken, maar ik heb nooit spijt gehad van de rare filosofie van prof. Beth die in hetzelfde lokaal gedoceerd werd als de rare statistiek van het warhoofd Spits. Het was allemaal wel gezellig en we kregen een ruime algemene ontwikkeling. In deze jaren begon Ten Have zijn hobby te ontwikkelen voor een door hem te ontwerpen nieuwe studie: de andragogie. Dit leidde tot een verwijdering tussen hem en mij waarvan hij vermoedelijk niet zoveel heeft gemerkt. Het leidde er ook toe dat ik mij steeds meer begon te richten op de andere (bijzondere) hoogleraar: prof. dr. Jaap Koekebakker, met wie ik al in het tweede jaar tijdens een mede door mij georganiseerde studiereis in Israel naakt onder een douche had mogen staan. Van Koekebakker leerde ik toen voor het eerst dat niets doen vaak het beste is. 'Keeping low profile' was een devies dat hij

meesterlijk wist te hanteren.

Terug naar de studie. Toen ik na vier jaar en na een bittere strijd met het Beest, sociologie hoogleraar prof. dr. Arie den Hollander, als tweede van mijn jaar het kandidaatsexamen behaalde was er inmiddels een afstudeerrichting andragologie gekomen. Dat leek me niks. De docenten waren allemaal veldwerkers en U weet hoe erg die zijn. Ik koos derhalve, samen met mijn beste vriend die nu directeur is van een hele gemeente, voor de Sociale Psychologie. Toch had ik de multi-national nog niet helemaal opgegeven. Niet voor niets had ik immers leren klaverjassen tijdens een stage van een maand bij de Hoogovens, waar ik het rauwe leven van de ploegenarbeid had mogen proeven, maar ook het zoete leven van de personeelchefs had meegemaakt. Nee, de industrie leek mij nog wel wat. Ik verzocht daarom om vrijwillig mee te mogen doen met een voor andragologen verplichte werkgroep bedrijfshuppelepup. Drs. Ijsbrand de Boer die deze werkgroep leidde meende hierop een staaltje democratie ten beste te moeten geven. Hij vroeg toestemming aan de andere studenten. En U houdt het niet voor mogelijk, maar uw lieve vriend werd geweigerd. Het argument was dat het lastig zou zijn omdat ik dit vak niet verplicht hoefde te doen. Het zal U niet verbazen dat de andragologiestudent E. van Praag één van de tegenstemmers was. Gelukkig heb ik hem onlangs nog te grazen kunnen nemen.

Gevoelig als ik toen reeds was ontstak ik in razernij en bezwoer mijzelf met dat soort lieden nooit meer iets te maken te willen hebben. Dat impliceerde dat ik mijn loopbaan als agoog (dat woord bestond toen gelukkig nog niet) in het bedrijfsleven wel kon en moest vergeten. Dat heb ik dan ook snel gedaan. Vanaf dat moment heb ik mij in de wetenschap gestort. De Sociale Psychologie aan de zevende faculteit (niet te verwarren met Gedragsleer van de subfaculteit psychologie) had een klein maar ijzersterk stafje onder leiding van de eerder genoemde Koekebakker, die één dag in de week groepsdynamica doceerde. Onder leiding van de heren Brinkman, Koomen, Brouwer en Mokken kon een kleine groep van studenten een ijzersterk methodologie programma doorlopen met veel wiskunde, onderzoeksdesigns, statistiek, etc. Het beviel zo goed dat mij na een jaar zelfs een kandidaatsassistent-schap werd aangeboden, waarin ik studenten die een jaar onder mij zaten mocht gaan onderwijzen.

Na drie jaar van doctoraal studie behaalde ik het doctoraalexamen. De rekenaar onder U heeft ongetwijfeld al uitgerekend dat ik dan in 1959 moet zijn begonnen. Dat klopt. Ik had echter in 1958 eindexamen gedaan. Maar aangezien ik toen wel wat erg jong was voor een universiteit vond mijn familie het wel verstandig als ik een jaartje op een 'Jesjiwa', een Talmudschool, in Israel zou doorbrengen. Ook daarvan heb ik achteraf geen spijt gehad. Wel tijdens, en vooral in het begin toen ik dood ging van de heimwee. Maar ik heb er veel geleerd. O.a. dat je de mensen best kan vragen wat ze het liefst willen, maar dat dat nog niet hoeft te impliceren dat, wanneer het antwoord je niet bevalt, je daar dan aan tegemoet moet komen.

Nadat ik mijn doctoraal had gehaald hoefde ik niet eens te solliciteren. Wat een weelde. Mijn assistentschap werd zomaar omgezet in een Medewerkerschap. Dat kwam wel aardig uit want dan hoefde ik ook niet in militaire dienst. Docenten kregen daarvoor indertijd een soort vrijstelling.

Ik was inmiddels in het huwelijk getreden met mijn huidige echtgenote, die ik toen al ruim drie jaar kende. Van de eerste jaren herinner ik me dat ik zo bezeten was van het vak dat ik voor mijn plezier drie avonden in de week in mijn upje op mijn studeerkamer pure wiskunde zat te studeren. Dat leek me nodig om werkelijk iets te begrijpen van statistische modellen die bij onderzoek nodig waren. Ook daarvan nooit spijt gehad al ben ik een hoop van de matrix-algebra vergeten en kan ik Tamar (mijn dochter) nauwelijks meer volgen wanneer het gaat over integraal rekenen. Zou ik iemand zijn die op een pathologische wijze nooit ergens spijt van heeft?

Het was in deze periode van de 'analyse van Kuiper' (niet te verwarren met de Kuiper die nu is opgesloten) dat iedereen die het wilde horen van mij kon vernemen dat ik niks maar dan ook niks zag in klinische psychologie. Wat een onzin was dat. Een beetje het hulpje uithangen van de psychiater. Een klinisch psycholoog kon niks, mocht niks en de klinische psychologie stelde ook niks voor.

Zo rond 1968 kreeg ik echter een enthousiaste, ijverige student die onder mijn leiding een onderzoek deed naar determinanten van agressie. Deze student attendeerde mij niet alleen op het antisemitisme van de Palestina-aanhanger Bertus Hendriks, maar ook op de werken

van ene Haley en ene Watzlawick. Deze student, die nu ook in Amstelveen woont en ook twee kinderen heeft, heette Onno van der Hart. Ere wie ere toekomt. Voor het eerst begon ik mogelijkheden te zien voor het toepassen van psychologische concepten bij het aanpakken van abnormaal gedrag. Sterker nog, ik werd er door gegerepen. Na de nodige literatuurstudie verschaften de inmiddels afgestudeerde Onno en ik ons een problematisch gezin en een supervisor. Van eenrichtingsspiegels had men toen in het therapiebedrijf nog niet zoveel gehoord. Pallazoli bestond gelukkig nog niet. Maar als experimenteel onderzoeker had ik er al jaren de beschikking over. Onno en ik gingen dus met het gezin in de gigantische experimenteerruimte en de goedmoedige de Klerk in de observatieruimte erachter. Overigens verdween die goedmoedigheid steeds als hij weer eens een workshop van Walter Kempler had gevolgd. Dan hielden wij ons hart vast. Hij placht dan tierend van achter de spiegel vandaan te komen om de vader van het gezin eens flink de waarheid te zeggen. Onno en ik zaten dan met rode hoofden te bedenken hoe we dat nou weer goed moesten praten.

Het therapie bedrijven was niet meer weg te denken uit mijn leven, al bleef onderzoek doen vooralsnog mijn hoofdbezigheid. Het was immers in deze jaren dat ik mijn proefschrift voltooide. Ook daarvan heb ik nooit spijt gehad. Ik was wat de therapie betreft echter behoorlijk fanatiek geworden. Ik beluisterde mijn bandjes ettelijke malen per week, met steeds wisselende gezelschappen. Zocht overal literatuur bij en begon mezelf al gauw een hele piet te vinden.

Onno ging naar Canada, waar hij naast kanovaren ook tijd doorbracht bij Nathan Epstein, een bekende no-nonsens gezinstherapeut. Wij hielden contact en gingen na zijn terugkeer weer samen werken. Niet meer als co-therapeuten maar wel door gezamenlijk deel uit te maken van een groep gezinstherapeuten rondom het 'Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk'.

Tot 1973 was ik voornamelijk beïnvloed door de geschriften van de Palo Alto groep en door Minuchin via een aantal workshops. Men kon toen echt veel van deze man leren.

1973 was een belangrijk jaar. Prof. dr. Sheldon Rose kwam toen naar Nederland. Deze Amerikaan kende ik nog uit mijn studietijd, waar ik

al goed met hem kon opschieten. Hij was er in Minnesota niet op achteruit gegaan. Integendeel, hij was een intelligente gedrags-therapeut geworden die veel met groepen adolescenten in de weer was en daarover op alleraardigste manier kon vertellen en schrijven. Hij kreeg bij ons op de universiteit ruimte voor zijn 'sabbatical year'. Als tegenprestatie gaf hij daarvoor een cursus groepstherapie en echtpaartherapie. Beide heb ik gevolgd. Haley en de paradoxen werden naar de achtergrond gedrongen. Het registreren en het probleemoplossend vermogen kwamen ervoor in de plaats.

Niet veel later kregen Onno en ik van de goede T.T. ten Have het verzoek om voor zijn 'agologische bibliotheek' een boek over gezins-therapie te schrijven. We gingen accoord. Wat kon ons die reeks schelen. De samenwerking was in die tijd zeer vruchtbaar. We lazen veel, bespraken dat allemaal en consulteerden elkaar ook veelvuldig over lopende therapieën. In de periode dat het boek geschreven werd bemerkte ik wel dat onze inzet niet steeds op dezelfde doelen werd gericht, maar de wrijvingen liepen niet hoog op.

Het schrijven aan 'Gedragsveranderingen in Gezinnen' gebeurde in een periode dat de door Sheldon Rose gestimuleerde belangstelling voor gedragstherapie, in ieder geval voor de leertheorie, bij mij toenam. Niet voor niets waren in TMW de artikeltjes over 'opdrachten in huwelijkstherapie' en 'kontrakten en opdrachten' gepubliceerd. Toch was er sprake van iets van integratie van verschillende kaders. Ja ja, van integreren heb ik altijd gehouden. Erickson was al aanwezig met zijn 'bedwetting couple' en de paradoxale opdrachten van Haley waren nog niet vergeten. Maar congruent bezig zijn begon langzamerhand de voorkeur te krijgen.

Het was in deze tijd dat ik het - in het vorig nummer al afgedrukte - briefje kreeg van R. van Dijck van de Jelgersma polikliniek. Als een stel jonge honden zaten Onno en ik aan het briefje te snuffelen. Wat zou die man willen. Zou die kosjer zijn? Wat kon ons gebeuren? We besloten aan de uitnodiging om te bellen gehoor te geven. De man aan de telefoon sprak wat aarzelend, maar niet onvriendelijk. We wisten toen nog niet dat dat zijn handelsmerk was. We maakten een afspraak. Hij zou nog een paar kornuiten mee nemen die er net zo

over dachten als hij.

Ik zie ons nog in de auto op weg naar Oegstgeest. Strategieën bedenkend voor elke configuratie die zich zou kunnen voordoen.

Van de inhoud van dat gesprek weet ik me niet zoveel meer te herinneren. Wel, dat we Dick Oudshoorn de aardigste vonden. Wat een aardige man was dat. Die Van der Velden vonden we een rare kerel, met weinig respect voor zijn cliënten. Die dacht overal grappen over te kunnen maken. Ook Hoogduin maakte een wat cynische indruk, terwijl Van Dijk door het gastheerschap kennelijk verhinderd was om zijn stempel op het gesprek te drukken.

De afspraak om TDT op te richten zagen we ondanks alle aarzelingen toch wel zitten. We realiseerden ons gelukkig al feilloos dat in het kwaliteitsarme therapeutenwereldje we hier de kans hadden een goudmijn aan te boren. We moesten ze alleen maar een beetje respect voor cliënten bijbrengen (jammer dat de cliëntenbond dit stukje niet leest) en wat kennis over zelfcontrole en probleemoplossend vermogen.

Terug naar de titel van dit verhaal: Uit bovenstaande moge blijken uit wat voor andere wereld dan die van de Jelgersma ploeg ik (ik praat nu maar weer even voor mezelf) indertijd de polikliniek binnen stapte. Uit het vervolg van de story, die de lezers al kennen, blijkt op wat voor productieve wijze deze werelden zijn aaneengesmolten. Ik heb het probleemoplossend vermogen weliswaar nooit vaarwel gezegd, maar het confronteren is toch gelukkig een stuk minder geworden en de indirecte suggestie een stuk meer. En ik vlei me in de wetenschap dat sommigen van de redacteurs, die dat eerst niet waren, toch kopstukken zijn geworden in het land van de zelfcontrole en andere gedragstherapeutische procedures.

Van het eerste ritje naar de Jelgersma heb ik nooit spijt gehad!

BOERHAAVE EN ALCOHOLMISBRUIK

Alcoholmisbruik is een euvel dat alsmaar toeneemt, aldus de deskundigen op de Boerhaave-cursus "Herkenning en behandeling van alcoholmisbruik", gehouden op 1 en 2 november 1984.

Bob van Amerongen, over wie zo prachtig geschreven werd in Vrij Nederland - de rector van het Haarlems Gymnasium die na de dood van zijn drug-addicted kind plots zijn baantje eraan gaf en preventie-werker werd voor de Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs - was er ook; een bijzondere man. Soms ontmoet je zo iemand. Hij vertelde me dat hij de N.C.R.V.-uitzending over hypnose op de televisie samen met zijn vrouw wilde zien. Toen zij echter mijn hoofd op de buis zagen, zei hij tot zijn vrouw: "Oh hemel, weer zo'n snorreman" en zijn vrouw vertrok naar de keuken. Twee minuten later zou hij geroepen hebben: "Vrouw, kom toch maar kijken; hij spreekt gewone mensentaal", waarna zij de uitzending ge-apprecieerd hadden.

Zoals vele jaren studie van de diverse psychotherapeutische stromingen ten slotte ertoe kunnen leiden voldoende onderlegd te zijn om de directieve therapie te gaan bedrijven, zo kan het bijna een mensenleven duren voordat ingewikkelddoenerij, potjeslatijn en pseudogeleerdheid weer zo is weggespoeld dat iemand over je zegt: "Hij spreekt gewone mensentaal" en dat je dat zonder enige gekunsteldheid als een bijzonder compliment kan beleven.

Overigens, de diverse sprekers waren wel heel erg realistisch: 10 - 15% herstelt; alle therapeuten bij elkaar doen ongeveer nog 10% verbeteren. Eén van de sprekers vatte het mooi samen: "Je hebt leven en dood en alcoholisme". Al met al maakte deze realistische informatie de optimistisch gestemde therapeut niet erg vrolijk, ondanks de vriendelijke ontvangst die zijn hier bijgesloten voordracht mocht ontvangen.

ZELFCONTROLE-PROCEDURES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN ALCOHOLMISBRUIK

Kees Hoogduin.

1. Inleiding

Zelfcontrole-procedures zijn maatregelen die vrijwillig genomen worden om de frequentie van een bepaald ongewenst gedrag te verminderen of van een ander gewenst gedrag te vergroten. Deze procedures kunnen bestaan uit zelf te nemen maatregelen, maar kunnen ook bestaan uit het zich verschaffen van steun vanuit de omgeving, dit om met meer succes het ongewenste gedrag te bestrijden of soms een bepaald gewenst gedrag te bevorderen.

Stoornissen die zich met zelfcontrole-procedures goed laten behandelen, kunnen samengevat worden als stoornissen in de impulscontrole. Hieronder zijn te rekenen al die gedragingen die bij het uitvoeren met lust gepaard gaan, maar die op langere termijn de betrokkene ongemak, ziekte of sociale afwijzing geven, zoals bijv. het misbruik van alcohol.

Bij de behandeling van alcoholmisbruik met behulp van zelfcontrole-procedures gaat het in feite steeds om behandeling van mensen die ~~nog enigermate~~ in staat zijn zich aan afspraken te houden. De kans dat een patiënt, zonder werk en zonder gezin en dagelijks grote hoeveelheden alcohol gebruikend, van een dergelijke strategie zal kunnen profiteren, is vrijwel nihil.

2. Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures

Behandeling volgens het principe van zelfcontrole biedt een aantal voordelen:

1. Het probleemoplossend vermogen van de patient wordt vergroot.
Iemand die geleerd heeft zijn gedrag te veranderen met behulp van een zelfcontrole-techniek zal soms bij andere problemen ook gebruik kunnen maken van de geleerde techniek zonder de hulp van een therapeut (Kanfer, 1975).
2. De kans op handhaving en generalisatie van de bereikte verbetering wordt vergroot (Thoresen & Mahoney, 1974; Kanfer & Philips, 1970).
3. Bij deze vorm van behandelen ligt het accent op het in de eigen leefsituatie uitvoeren van programma's en niet op gesprekken met de therapeut; hierdoor wordt de behandeling goedkoper en kan de therapeut meer patienten behandelen (Hoogduin, 1980).

Eenvoudig geformuleerd betekent een behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures dat iemand leert vanuit zichzelf een nare gewoonte achterwege te laten of plezierig gedrag te vertonen dat hij/zij vroeger niet kon opbrengen.

Bij de behandeling krijgt de patient programma's aangeboden die het hem/haar mogelijk maken de gewenste gedragsveranderingen zelf tot stand te brengen.

Deze programma's zijn opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen worden vóór het omstreden gedrag kans krijgt plaats te vinden, de antecedente maatregelen (zoals stimulus-controle en stimulus respons interventie) én maatregelen die genomen kunnen worden wanneer dit gedrag eenmaal heeft plaatsgevonden, de zgn. consequente maatregelen (zoals zelfbeloning en zelfbestrafing). Zelfobservatie en zelfregistratie vormen de eerste fase van een zelfcontrole-procedure. De gegevens worden bij voorkeur grafisch weergegeven. Hierdoor is verbetering goed zichtbaar en

geschikt voor beoordeling door derden. Ook voor de planning van de behandelingsduur is de grafische voorstelling van nut. In de praktijk is gebleken dat ook voor mensen die nooit eerder met grafieken te maken hebben gehad, deze methode zeer geschikt is.

Zelfcontrole-procedures vragen veel inspanning van de patient. Het goed motiveren is daarom een essentieel bestanddeel van de behandeling (vgl. Van der Velden & Van Dijk, 1977).

Zelfcontrole-procedures blijken effectiever naarmate verschillende mogelijkheden in combinatie toegepast worden: de stimulus controle, de stimulus respons interventie en de respons consequenties kunnen goed gecombineerd worden.

- De zelfregistratie moet dusdanig zijn dat ook duidelijk wordt hoeveel er werkelijk gedronken is. Daartoe moeten afspraken gemaakt worden over het registreren. Bijv. bier wordt geregistreerd in halve liters, flesjes of caféglazen. Wanneer de patient thuis drinkt, moet afgesproken worden dat er uit één speciaal glas gedronken wordt waarvan de inhoud vastgesteld is, bijv. 7 glazen komen overeen met 1 fles sherry.
- De stimuluscontrole: de patient richt zijn leven zo in dat de kans op het uitvoeren van het ongewenste gedrag kleiner wordt. Bijv. het op tafel zien staan van een trommel koekjes kan iemand met eetaanvallen in verleiding brengen te gaan eten; door de koekjes uit het zicht te plaatsen, kan de kans op het optreden van de aanvallen kleiner gemaakt worden. Een belangrijke stap bij de stimuluscontrole bij de behandeling van alcoholproblematiek is het met de patient komen tot

de afspraak dat er nog maar één soort drank wordt gebruikt. Bij voorkeur wordt gekozen voor drank met een laag alcoholgehalte, bijv. drinkt de patiënt bier en jenever, dan wordt hem gevraagd of hij in staat is de jenever te laten staan en zich voorlopig te beperken tot bier. Gebruikt de patiënt wijn, sherry en cognac dan wordt geprobeerd een afspraak te maken alleen wijn te gebruiken.

Een tweede mogelijkheid is een beperking van tijd of plaats. Hierbij wordt met de patiënt de afspraak gemaakt geleidelijk zijn drinkgewoonten te wijzigen. Beperking van tijd kan bijv. bereikt worden door vóór een bepaalde tijd niets te drinken en dit tijdstip in de loop van de behandeling naar de avond te verschuiven. Ook kan de afspraak gemaakt worden om na twee consumpties bijv. gedurende één uur geen alcoholhoudende drank te gebruiken.

De beperking in plaats kan bereikt worden door afspraken te maken over de plaatsen waar gedronken wordt. Bijv.: Drinkt patient in drie cafés en thuis, dan wordt één café en thuis gekozen, de andere twee cafés zullen niet meer bezocht worden. Vervolgens kan er nog een beperking ingevoerd worden door alleen in dat ene café te drinken of alleen thuis. Vervolgens kan er opnieuw een beperking toegevoegd worden, bijv. dat de patient alleen nog maar in een bepaalde stoel drinkt.

- Stimulus respons interventie (het onderbreken van de keten die leidt tot excessief gebruik); hierdoor wordt door de patient ingegrepen in de reeks gedachten en gedragingen die ten slotte leidt tot het uitvoeren van het ongewenste gedrag; bijv. bij de gedragsanalyse van een patient met eetaanvallen blijken de

aanvallen voorafgegaan te worden door een spanningsgevoel. De patient zal zodra hij/zij dit gevoel ervaart, een uur kunnen gaan fietsen of een flink eind kunnen gaan wandelen. De kans op verhindering van het optreden van dit ongewenste gedrag neemt toe naarmate vroeger in die keten wordt ingegrepen. Dit betekent dat de situaties die leiden tot ernstig alcohol-misbruik geanalyseerd moeten worden; welke keten van gedragingen leidt ten slotte tot het misbruik. Met behulp van deze analyse wordt de patient bewust gemaakt welke omstandigheden en welke situaties een gevaar voor een ernstig misbruik inhouden. Hieraan toegevoegd kan worden de informatie die de patient zelf kan bedenken, met name welke situaties en omstandigheden door hem eveneens als gevaarlijk worden gezien. Vervolgens wordt er geprobeerd de keten te construeren van die gedragingen die ten slotte leiden tot het ernstige misbruik.

Na een teleurstellende dag op het werk en onenigheid met collega's komt patient vervelend en prikkelbaar thuis. 's Avonds moet hij zaalvoetbal spelen, waarna met de maten meestal overvloedig pils gedronken wordt. Na het spel voelt hij zich ontspannen en de rondjes bier worden snel aangeboden. Ondanks het voornemen niet te veel te drinken - het gaat echter zò snel, het is zò gezellig en ik mag toch ook wel iets - wordt er teveel gedronken. De volgende dag voelt hij zich ellendig met het vervelende gevoel de vorige avond wéér teveel gedronken te hebben. Hij sleept zich door de dag en gaat na afloop van die nare werkdag opnieuw even langs het café om die vervelende dag te vergeten, enz. Wanneer gebleken is dat werkproblemen een rol spelen bij het

overmatige drinken, moet naast de behandeling van de alcoholproblematiek de werksituatie geanalyseerd worden. Wanneer duidelijk is dat het wel of niet een vervelende werkdag gehad hebben een rol speelt bij het wel of niet gaan drinken, moet de patiënt bewust gemaakt worden dat, indien hij zich vervelend voelt na een werkdag, cafébezoek vermeden wordt, in plaats daarvan moet hij een activiteit gaan doen die iets aan dat vervelende gevoel verandert en zo mogelijk tegelijk alcoholgebruik niet goed mogelijk maakt. Voorbeelden van een dergelijke incompatibele activiteit zijn samen met de partner een bioscoop bezoeken, of bij kennissen langs gaan die op de hoogte zijn van het alcoholprobleem en niets aanbieden. Ook sport is een activiteit die drinken uitsluit en spanning verdrijft: duurlopen, op de racefiets of zaalsporten.

In het geval van de patient die na zaalsporten met de maten gaat drinken, is het beter om bij het begin van de behandeling de club enige weken niet te bezoeken tot het moment dat hij wat sterker staat. Hij zal het daarna zō kunnen arrangeren dat hij in trainingspak de club bezoekt en onmiddellijk na het sporten naar huis vertrekt. In weer een latere fase kan hij zijn sportvrienden op de hoogte stellen van het feit dat hij niet meer drinkt of veel minder drinkt - ze zien het, ze vragen ernaar -.

Beter is het dan ook maar te vertellen gestopt te zijn, omdat hij zich minder fit voelde, of omdat hij last van de maag kreeg, of iets dergelijks. Wanneer er ongevraagd bier neergezet wordt, moet duidelijk zijn hoe te handelen, bijv. zonder verder iets te zeggen het biertje bij een buurman zetten of opstaan

om koffie of een cola te halen. Als er assertiviteitsproblemen zijn, kan het nodig zijn de patient dit een aantal keren te laten oefenen tijdens een zitting.

Wanneer het toch allemaal mislukt, moet voorkomen worden dat de patient de volgende dag opnieuw veel gaat drinken. Een mogelijkheid is om met de patiënt de afspraak te maken dat als het een keer weer echt mis is gegaan, hij de volgende dag in ieder geval telefonisch contact opneemt, waarna zo snel mogelijk bij voorkeur op die dag een afspraak gemaakt wordt, waarbij geprobeerd wordt een dreigende terugval af te wenden.

- Respons consequenties (gedragsprogramming).

Hierbij worden door de patiënt consequenties gekoppeld aan het optreden van een bepaald gedrag (vgl. Thoresen & Mahoney, 1974). Dit kan zijn: zelfbeloning of zelfbestraffing.

De zelfbestraffing wordt vooral gezocht in het doen van activiteiten die nuttig of plezierig zijn, maar waartoe de patient niet komt, bijv. het doen van klusjes in huis, helpen in de huishouding, een eind gaan fietsen, wandelen of hardlopen, het inplakken van foto's, e.d. Zo kan bijv. met de patient gepland worden per dag niet meer dan 4 glazen bier te drinken. Indien hij meer gebruikt, moet hij voor ieder glas meer de volgende dag een kwartier fietsen, of bijv. een omschreven taak in het huishouden uitvoeren. Zo kan een fietstocht die als consequentie van de dag ervoor teveel gedronken bier, uitgevoerd wordt, de eerste tijd nog positief gezien worden (het nuttige overweegt), maar als die week voor de derde maal het 'karretje' gepakt moet worden, gaat toch het onaangename de overhand krijgen.

Daarnaast biedt deze strategie het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van wel gewenste activiteiten. Deze combinatie zou de kans op succes bij de behandeling van het ongewenste gedrag groter maken (vgl. Holz et al., 1963). Watzlawick et al. (1974, p. 171) spreekt van vervlechting van twee problemen. Tekortschieten in de ene sfeer wordt bestraft met een verplicht initiatief in de andere sfeer, bijv.: een student heeft moeilijkheden met zijn studie en contactproblemen met meisjes; wanneer hij een bepaalde studietaak niet verricht, zal hij een afspraak moeten proberen te maken met een meisje. Aldus kan een verbetering in beide sferen verkregen worden. Een praktisch bruikbare vorm van zelfbeloning is het geld dat door het minder drinken uitgespaard wordt iedere dag in een kistje te doen en dit voor zichzelf te besteden.

Bij de behandeling van alcoholproblematiek speelt, naast een geleidelijke beperking van de hoeveelheid alcohol, nogal eens dat de patiënt na een bepaald aantal glazen geen enkele controle meer heeft en het volledig uit de hand laat lopen. Het is belangrijk te weten bij welk aantal dat gebeurt en of de patiënt zelf ook een dergelijk moment kent en eventueel kan herkennen. Bij de behandeling met behulp van zelfcontrole procedures zal de eerste doelstelling moeten zijn te voorkomen dat dit punt overschreden wordt, Dit betekent dat de patiënt zich bewust moet zijn, wanneer hij gaat drinken dit aantal van bijv. 9 consumpties niet te overschrijden. Hij kan dit doen door zijn drank over de avond

te verspreiden, zo laat mogelijk met alcohol te beginnen, na iedere twee consumpties één uur niets te gebruiken, na iedere alcoholhoudende drank een frisdrank te nemen, etc. Wanneer hij in de buurt komt van die negende consumptie moet hij zich klaar gaan maken om te vertrekken. Het is verbazingwekkend om te zien hoe aardig in die gevallen de vrienden blijken te zijn; voor de patient het weet, staat er een tiende glas. Het zou onbeleefd zijn dit te laten staan; kortom, de gevaren zijn groot.

Het feit dat de patient steeds zijn consumpties moet registreren, houdt hem ervan doordrongen dat de gevaarlijke negende consumptie dichterbij komt. Ook het registreren zou moeilijk gaan, vinden patienten. Het advies om na iedere twee consumpties naar het toilet te gaan om de registratie aldaar uit te voeren, is bruikbaar gebleken, vooral ook omdat op die manier - opnieuw - het gewone patroon van drinken gewijzigd wordt en de patient zich opnieuw voortdurend bewust is van de hoeveelheid die al gedronken is.

Bij de behandeling van alcoholmisbruik en aanverwante problemen bestaat gevaar voor terugval. Collins & Marlatt (1983) komen na een literatuuronderzoek tot een mislukkings- en terugvalspercentage van 75%.

Deze percentages worden teruggevonden bij rapportages over de behandeling van patiënten met heroïne-addictie, sigaretten roken en obesitas.

De meeste gedragstherapeutische technieken hebben een goed korte-termijnsucces en een beperkt lange-termijnsucces.

Het is daarom noodzakelijk zich bij de behandeling niet te beperken tot een effectief behandelingsprogramma, maar al direct te anticiperen op het recidief-gevaar.

Dit betekent dat na een eerste resultaat de behandeling niet beëindigd moet worden, maar voortgezet met een gewijzigd behandelingsdoel, nl. het voorkomen van een recidief.

De behandeling met de zelfcontrole-procedure bestaat dus uit een korte-termijn-strategie gericht op het direct bestrijden van het alcoholgebruik en de factoren die tot dit gebruik bijdragen en een lange-termijn-strategie die er op gericht is recidieven te voorkomen, met daarbij een aanpak die dient om onverhoopt optredende terugvallen zo kort mogelijk te laten duren.

3. Slot

Zelfcontrole-procedures vormen een belangrijke uitbreiding van de gangbare gedragstherapeutische mogelijkheden. Zij zijn toepasbaar bij patienten die zich met een geïsoleerd probleem aannemen, als ook bij hen die voor een ingewikkelde problematiek in behandeling zijn en daarbij één of meer afgrensbare klachten hebben.

Alvorens een zelfcontrole-procedure toe te passen, zal in de taxatie-zitting de betekenis van de klacht binnen de relatie en het gezin beoordeeld moeten worden; het kan gewenst zijn de voorkeur te geven aan een meer interactioneel gerichte behandeling.

In het algemeen bestaat er een voorkeur de partner bij zelfcontrole-procedures door de patient te laten inschakelen en deze partner geheel bij de behandeling te betrekken.

De korte termijn resultaten van behandelingen met zelfcontrole-procedures zijn zeer goed. Wanneer iemand eenmaal met een behandelprogramma begonnen is, is er eigenlijk maar één manier om niet te verbeteren en dat is met de behandeling stoppen en wegblijven bij de therapeut.

Het grote probleem van een behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures is niet het uitvoeren van een goede gedragsanalyse, niet het samenstellen van een geraffineerd behandelprogramma, niet het opstellen van een goed behandelcontract, maar veeleer het motiveren van de patient om vóórt te gaan met de behandeling.

Wanneer een dergelijke behandeling uitgevoerd wordt door een therapeut of arts met wie de patient al een goede relatie heeft - bijv. zijn huisarts - kan dit in belangrijke mate bijdragen tot een gunstig behandelingsresultaat.

Referenties

Collins, R.L. & G.A. Marlatt (1983), Failures in the Treatment of Addictive Behaviors.

In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (eds.), Failures in Behavior Therapy. Wiley, New York

Holz, W.C., N.H. Azrin & T. Ayllon (1963), Elimination of Behavior of Mental Patients by Response-produced Extinction. J. Exp. Analysis of Behavior 6 (3), 407 - 412

Hoogduin, C.A.L. (1980), Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures.

In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer

Hoogduin, C.A.L. (1981), Zelfcontrole en dwang. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (1), 41 - 57

Horan, J.J., A.M. Hoffman & M. Mairi (1974) Self-control of Chronic Fingernail Biting. J. Behav. & Exp. Psychiat. 5, 307 - 309

Kanfer, F.H. (1975), Self-management Methods.

In: F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (eds.), Helping People Change. Pergamon Press, New York

Kanfer, F.H. & J.S. Philips (1970), Learning Foundations of Behaviour Therapy. Wiley, New York

Kraft, T. (1970), Treatment of Compulsive Shoplifting by Altering Social Contingencies. Behav. Res. & Ther. 8, 393 - 394

Lazarus, A. (1973), "Hypnosis" as a Facilitation in Behavior Therapy. The Int. J. of Clin. & Exp. Hypnosis 21 (1), 25 - 31

Lichtenstein, E. & B.G. Dancher (1976), Modification of Smoking Behavior: a Critical Analysis of Theory, Research and Practice. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.), Progress in Behavior Modification. Academic Press, New York

Mahoney, M.J. (1974), Self-award and Self-monitoring Techniques for Weight Control. Behav. Res. & Ther. 5, 48 - 57

Meyer, R.J. (1973), Delay Therapy: Two Case Reports. Behav. Res. & Ther. 4, 709 - 711

Moor, W. de & J.W.G. Orlemans (1972), Inleiding tot de Gedragstherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer

Spiegel, H. (1970), A Single-treatment Method to Stop Smoking Using Ancillary Self-hypnosis. The Int. J. of Clin. & Exp. Hypnosis 18 (4), 235 - 250

Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974), Behavioral Self-control. Holt, Rinehart & Winston, New York

Velden, K. van der & R. Van Dyck (1977), Motiveringstechnieken. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 1. Van Loghum Slaterus, Deventer

Watzlawick, P. J.H. Weakland & R. Fish (1974), Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer

HET GROUCHO MARX SYNDROOM

Alfred Lange

U zult het misschien niet geloven maar de auteur van dit artikel wordt ^{door} vrienden en kennissen regelmatig opmerkzaam gemaakt op zijn gelijkenis met Woody Allen. Waar hij dit aan verdient is niet helemaal duidelijk, maar hij schijnt soms eenzelfde soort quasi komische treurige blik in zijn ogen te hebben, of juist andersom: een quasi treurige komische blik.

Het kon slechter, alhoewel de heer Allen op mij een nogal neurotische indruk maakt. Hopenlijk zit de gelijkenis hem niet daarin.

Het houdt echter niet op bij Woody Allen. Ook Groucho Marx schijnt op de auteur te lijken. Ik kan mij daar wel iets bij voorstellen, althans als ik de foto's bekijk van de auteur toen hij nog een snor en een zwarte hoornen bril droeg.

Het uitstapje naar de gelijkenis van de auteur met deze komieken dient als inleiding op een behartenswaardige opmerking die Groucho Marx ooit heeft gemaakt. Men vroeg hem lid te worden van een exclusieve New Yorkse club. Hij weigerde. Zijn argument daarvoor: 'Ik peins er niet over om lid te worden van een club die zo stom is om mij te vragen lid te worden.'

Toen ik deze, op 'Catch 22' (Joseph Heller, ¹⁹⁵⁵) gelijkende, redenering jaren geleden hoorde 'was ik er al stuk van': Zo raak en zo fijnzinnig.

Deze anecdote, die als grap werd gepresenteerd, is echter meer dan dat. Mijns inziens wordt er een neurotisch mechanisme in verwoord waar heel wat mensen last van hebben. Zo had ik eens een cliënt, meneer V., die door zijn vrouw in behandeling was gestuurd. Hij was

zo afstandelijk ten opzichte van haar. Volgens haar en volgens hemzelf had hij dat met alle vrouwen gehad die hij ooit had 'bezeten': Eerst flink verliefd, maar als ze eenmaal over de brug waren gekomen was de lol voor hem er behoorlijk van af. Men zou hierbij kunnen denken aan een 'Don Juan' type, dat zichzelf moet bewijzen bij het veroveren. Meneer V. was echter helemaal geen Don Juan en veel affaires had hij ook niet achter de rug. Hij was echter wel onzeker, met name over zijn seksuele aantrekkingskracht. Als een vrouw hem dan bij herhaling liet merken toch zeer van hem gecharmeerd te zijn dan trok hij ongemerkt de conclusie dat zij dan wel niet veel soeps moest zijn, hoe zou zij anders met zo'n sukkel

Meneer V. is niet de enige die dit soort attributies op zichzelf loslaat. Ik ben er op gaan letten en zowel in de praktijk als in de privé sector ben ik dit fenomeen later herhaaldelijk tegengekomen. Voor de verklaring kan men o.a. putten uit de onvolprezen 'balance' theorie van Fritz Heider (1958). Wanneer iemand een aantal van drie of meer cognities heeft die met elkaar te maken hebben, dan is het gehele systeem in balans wanneer alle cognities positief zijn of wanneer het aantal negatieve cognities een even getal is. Reken maar na, het klopt. De cognitie van mijnheer V. over zichzelf is negatief, maar de beide andere cognities in dit systeem zijn positief: hij acht de vriendin hoog en zij vindt hem een reuze vent. Dit systeem is dus niet in balans. Volgens Heider moet er dan bij meneer V. een neiging ontstaan om het systeem wel in balans te krijgen. Het pathologische van meneer V. en met hem van vele anderen is, dat hij zo weinig geloof in zichzelf heeft (ja, een laag zelfbeeld) dat er op dat punt geen rek is. Hij brengt het systeem niet in balans door zijn mening over zichzelf te herzien. Dus moet er een negatieve cognitie aan de andere kant bij, bijv. door zijn mening over de vriendin te

herzien.

Uiteraard is er nog een mogelijkheid. De cognitie 'zij vindt mij geweldig' kan veranderd worden. In plaats daarvan komt de cognitie 'zij zegt dat zij mij geweldig vindt, maar zij liegt'. We hebben dan te maken met de variant van de achterdochtige. Deze verliest niet het respect voor de ander, maar gelooft de ander gewoonweg niet. Men denkt dat men belazerd wordt. Deze oplossing voor het niet in balans zijnde systeem leidt vaker tot interpersoonlijke conflicten dan het introverte ontroerende Groucho Marx syndroom en is waarschijnlijk daardoor ook bekender.

Tot slot iets over de behandeling. Deze moet niet al te symtroomgericht zijn. Congruente 'feedback' is wenselijk als start. Zo vond meneer V. de vergelijking met Groucho Marx zeer verhelderend. Daarna wordt het zaak om uit te vissen hoe het komt dat iemand zo een geringe dunk van zichzelf heeft dat het fenomeen optreedt. Afhankelijk van wat daar uit komt kan de behandeling allerlei kanten opgaan waarbij positieve zelfverbalisaties vaak nuttig zijn.

Referenties

Heider, F. (1958), The Psychology of Interpersonal Relations.

Wiley, N.York

Heller, J. (1955), Catch 22. Dell publishing comp. N.York.

Uit de oude doos

Kees van der Velden

In juni 1973 verscheen het eerste nummer van TDT. Redactie: de drie heren die U hierachter ziet afgebeeld. In totaal maakten zij acht afleveringen. Daarna werd de redactie tot zeven man uitgebreid.

Misschien kent U de inhoud van deze eerste afleveringen, maar vermoedelijk is dit slechts ten dele of helemaal niet het geval.

In deze rubriek - excuus voor de oubollige naam, maar 't is nu eenmaal oubollig om in vertedering op je vroegere verrichtingen terug te zien - wil ik van tijd tot tijd iets uit het 'oude TDT' overnemen.

De bijdrage hierna komt uit TDT 1 (4), dat in augustus 1973 verscheen.

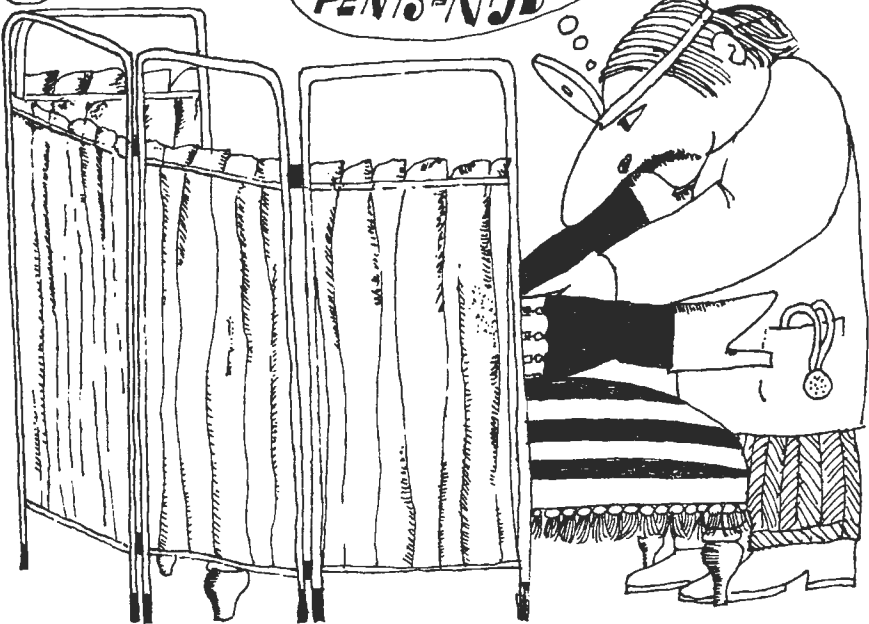
Aanleiding was een ongemeen felle discussie over het verschijnsel vaginisme. Richard had een patiënte met deze kwaal behandeld volgens de principes van Masters & Johnson, maar in plaats van op te knappen was deze patiënte gaan schemeren, ze was suïcidaal geworden en had nog veel meer narigheid ontwikkeld. Dick, die toen assistent was in de kliniek van de analyticus De Levita, vond het helemaal niet vreemd dat Richards patiënte niet wilde opknappen. Hij gaf aan niet te kunnen begrijpen hoe de procedure van M&J ooit zou kunnen werken en plaatste ook nog wat analytische opmerkingen, wat hem het verwijt opleverde dat hij teveel met 'slechte vriendjes' omging.

Met de hierna volgende reeks tekeningen werd de discussie afgerond. De vreemde taal die U uit Dicks mond ziet komen moet U als een sneer op zijn afgrijselijke spelling beschouwen.

De taal van Richard kunt U het best voor 'sappig Vlaams' houden..

PENIS-NUD

DOKTER, HET GAAT DE LAATSTE TUD SEKSUEEL NIET ZO GOED MEER TUSSEN MIJ & M'N MAN..



HIER IS WELLIJKT EEN KORREKTIEF EMOTIONEL EKSPIERIEJENS GEINDISEERT...

ER VOLGT EEN GRONDIG LICHAAMELIJK ONDERZOEK DAT DE DIAGNOSE **VAGINISME** OPLEVERT... TOUCHEREN BLIJKT NIET MOEGELIJK, ALTHANS NIET MET VIJF VINGERS...

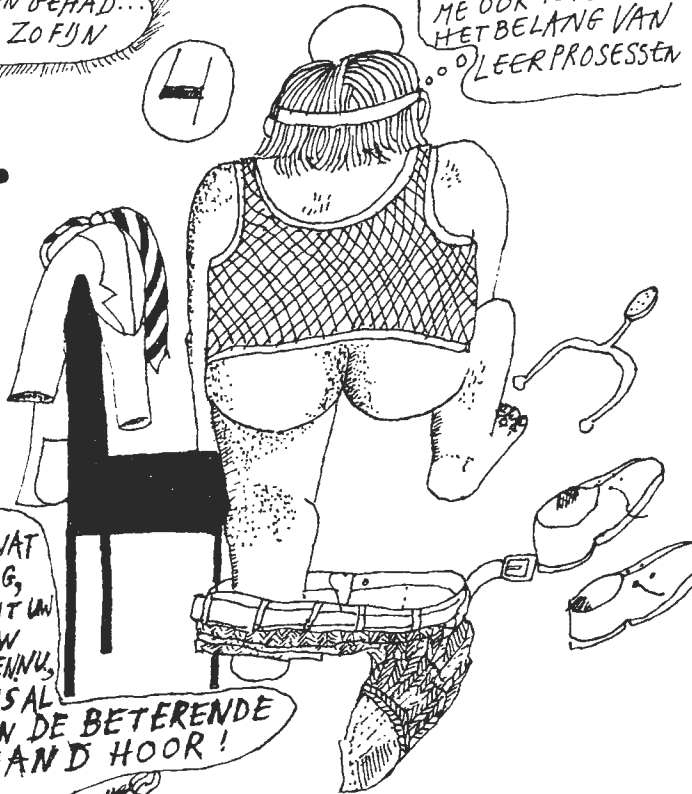
MUN JEUGD WAS ONBELUKKIG... ZE HADDEN LIEVER EEN ZOON GEHAD... MIJN MAN BEGRUPT MIJ NIET... U VOELT MIJ ZO FIJN AAN... MISSHIEN ZOU U...

HET E.E.G. IS NORMAAL... BEZINKING IDEM...

IK HERINNER ME OOK IETS OVER HET BELANG VAN LEERPROSESSEN



DE BEKWAME JONGE DOKTER BESLUIT SNEL TOT EEN »SIMPATISÉRENT DIALEKTIESE ANA LIESE«...



ACH, WAT AARDIG, U KOMT VAN VROUW HALENNU, ZE IS AL AAN DE BETERENDE HAND HOOR!

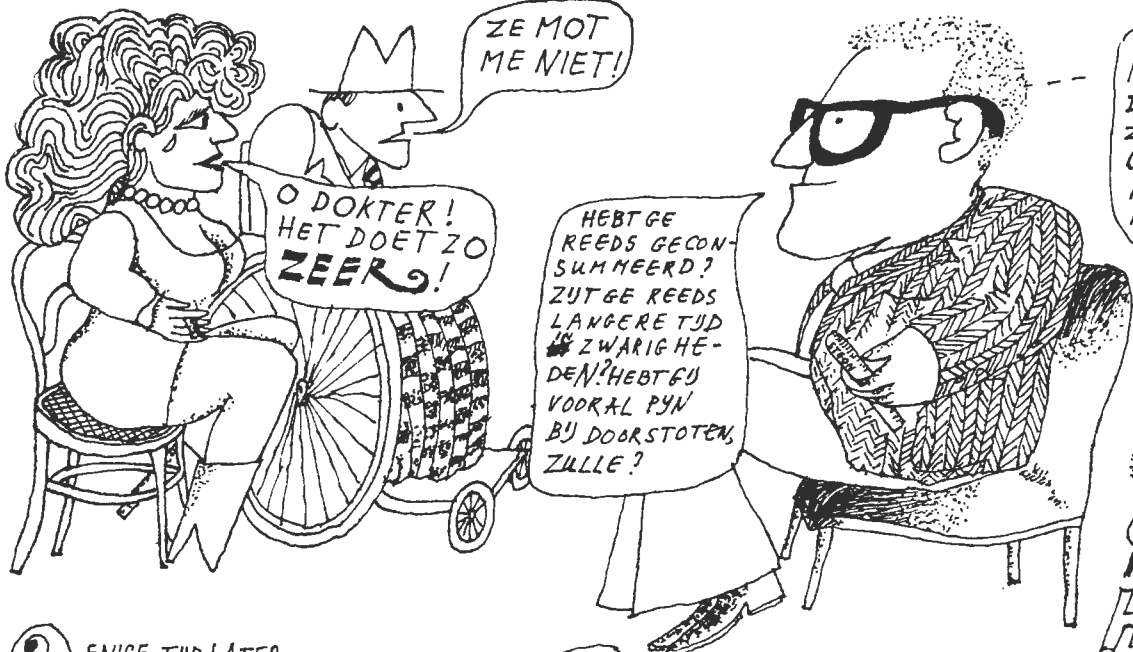
DIT LIJKT ME TOG geen ZUIVER VAGIENISME



DE (VOLGENS MASTERS EN JOHNSON KLASSIEKE) BEHANDLING HEEFT EEN VOORSPOEDIG VERLOOP...



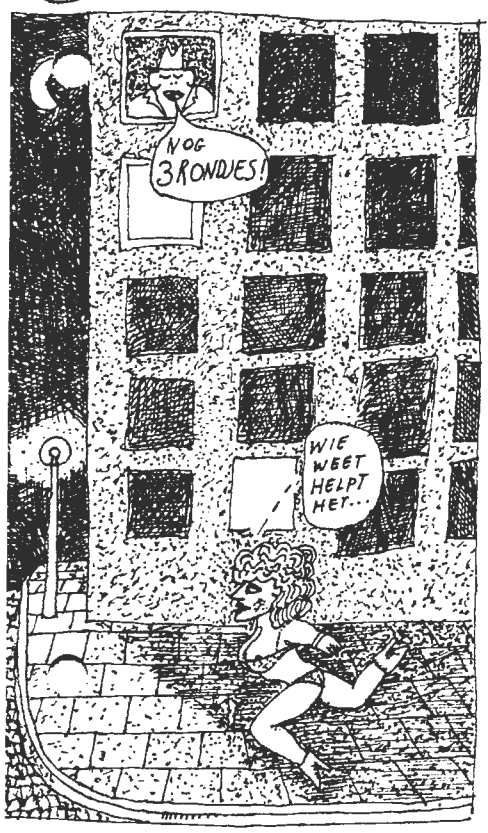
21.7.73



IK GEEF DAT MADAMMEKE DE BENEFIT OF THE DOUBT... ZIJ HEEFT NOG NIET GELEERD BEVREDIGING TE VINDEN... IK LAAT HAAR OEFENEN MET EEN STORJE...

BEHALVE M&J-OEFENINGEN KRIJGT PAT. E DE INSTRUCTIE NA ELKE NIEUWE PUNSCHEUT OX IN NEEBLIGE ROND HAAR FLAT TE HOLLER...

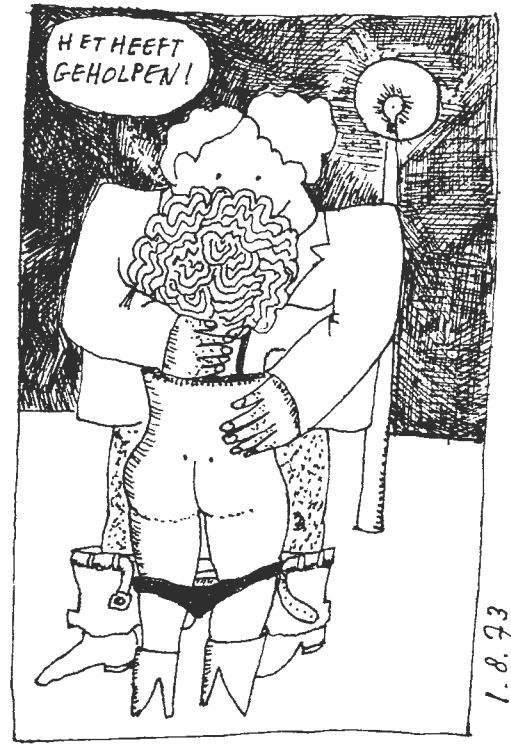
2 ENIGE TIJD LATER...



3 WEER LATER...

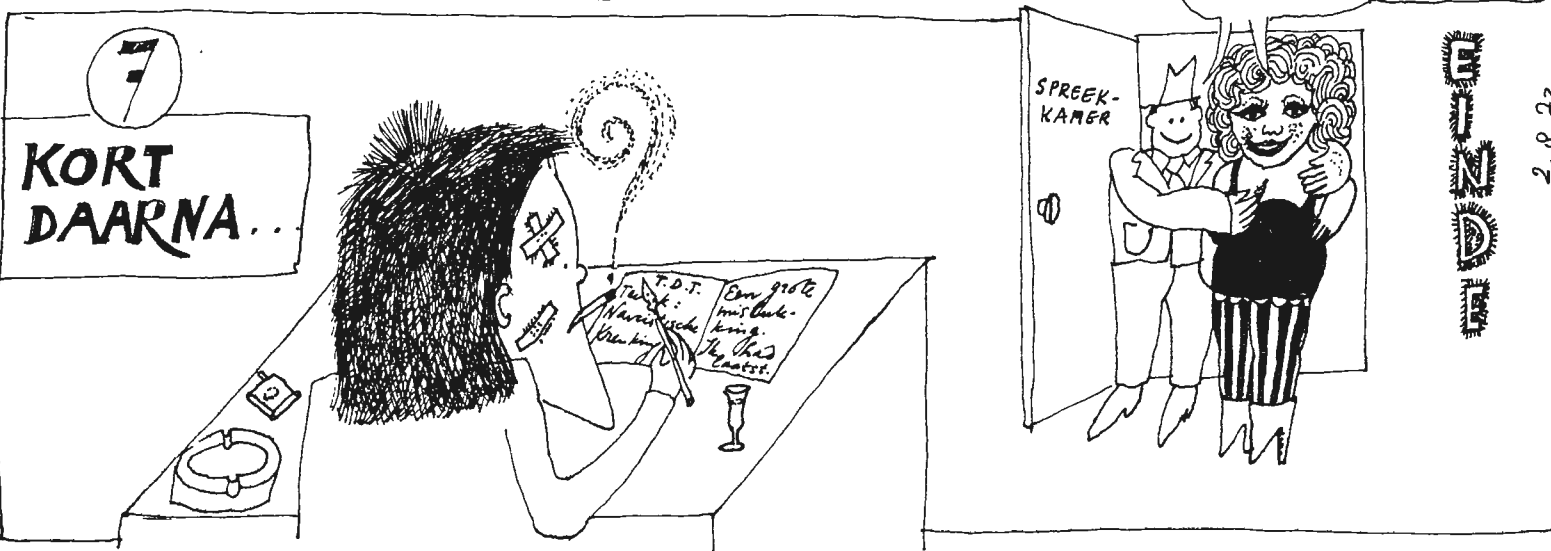
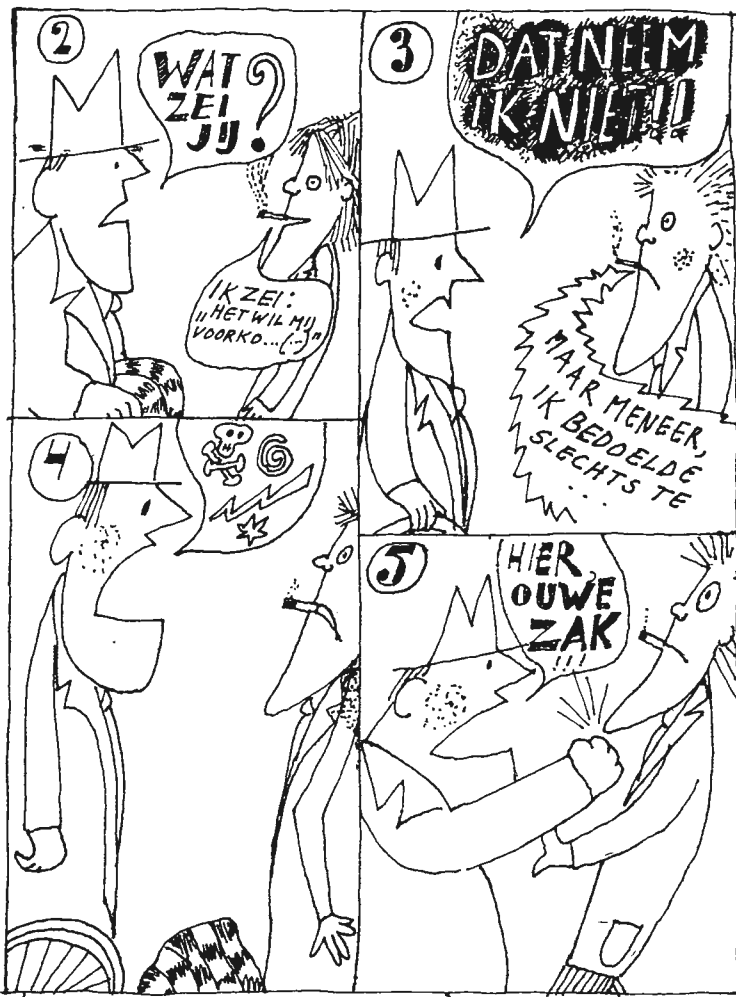


4 NOG WEER LATER...



1.8.73





WOLFF

Over de paradoxale strategie - Een kind kan de was doen.

Kees Hoogduin.

Inleiding.

Worden wij allen niet soms opgeschrikt door een plots toegepaste aanpak van een supervisant. Grijnzend en in het vuistje lachend vertellen zij hoe ze een patiënt te grazen hebben genomen met behulp van een paradoxale therapie. Een van de toptherapeuten uit de directieve therapie bezorgde de auteur eens een slechte nachtrust door te vertellen over de aanpak die hij had gevolgd bij een vrouw die soms dermate in de war was dat ze bang was de hand aan zichzelf te slaan. Hij adviseerde haar om op dat moment in plaats daarvan naakt de straat op te gaan. Hij voorspelde een groot succes, want het naakt de straat op gaan was een zware last, dat zou ze niet doen en het zou haar zo bezig houden dat ze ook haar ideeën zich te suicideren zou laten varen.

De adem stakte de supervisor in de keel; wat een ramp, wat een nul, wat een zuiderbuur. Dat wordt nooit wat, hoe bedenkt iemand het. Met de moeder wanhoop - supervisie is supervisie - nog maar eens uitgelegd waaraan een paradoxale strategie te herkennen was: wat er ook gebeurt, de therapeut zit altijd goed, maar de patiënt ook. De therapeut bereikt vermindering van klachten of slaagt er in symptoomgedrag middels een metacomplementaire manoeuvre onder controle te krijgen, waardoor een eventuele patiënten-paradox - ik ben ziek, maak me beter, het helpt niet, maak me beter, etc. - opgeheven wordt.

De patiënt zit ook goed; of er is een klachtenvermindering, of er is sprake van een handelen overeenkomstig de richtlijnen van de therapeut (en dit houdt impliciet werken aan genezing in).

Vervolgens nog maar eens uitgelegd dat patiënte in dit geval altijd fout zou zitten, nl. of zij ging naakt de straat op en werd door de politie opgebracht wegens schending van de eerbaarheid, of zij zou het advies naast zich neerleggen en zich suïcideren. Geen paradox, geen zware last, geen therapie, kletskoek, onnozel gedoe, God sta ons bij, etc. De volgende bijeenkomst bracht gelukkig informatie, patiënt was dezelfde nacht opgenomen in een psychiatrische inrichting. In haar wanhoop had ze de dienstdoende huisarts gelukkig zo ver weten te krijgen dat er een opname gerealiseerd werd.

Een idiote therapeut dus, misdadig handelen, aldus zou de mening van een voormalig directeur van Endegeest zijn geweest. Iemand die het nooit zou leren. Of wordt de paradoxale aanpak vaak intuïtief toegepast en kan het zijn dat soms een situatie daardoor niet voldoende kritisch getaxeerd wordt met alle gevolgen van dien. In dat geval moet het verboden worden beginnende therapeuten zelf paradoxale strategieën te laten bedenken. Zij mogen een dergelijke aanpak alleen toepassen bij een situatie waarover in boek of blad gerapporteerd is, bijv. blozen en paradoxale intentie.

Genoeg hierover. De therapeut hier besproken heeft zich sterk ontplooid en heeft zich als tophtherapeut een uitstekende naam weten te verwerven. Leerzaam dus een dergelijke misser te publiceren, het stemt tot nadenken, zo zeer dat mogelijk met de hier navolgende strategie tenslotte ook nog een succes geboekt wordt.

De gevalsbeschrijving.

Mieke was een 24-jarige imbeciel die in een gezinsvervangend tehuis verbleef in Zwijndrecht. Ze leefde daar met een twintigtal andere geeste

ijk gehandicapten samen. De auteur was destijds (ongeveer 10 jaar geleden) als consulent psychiater verbonden aan dit tehuis. Mieke werd na een bespreking van het begeleidingsteam aangemeld voor behandeling van haar overwicht. Ze was nl 1.50 m lang en woog 82 kg. Mieke vond het niet erg dat ze dik was, ze vond in het algemeen heel weinig. Ze was al eens op een vermageringsdiëet gezet, maar dit had alleen tot gevolg dat ze snoep, brood en fruit van de andere pupillen stal. Besloten werd Mieke in behandeling te nemen (eerst later kwam de gedachte op om iemand die zelf niet zo veel last heeft van een bepaald gedrag en ook anderen geen last bezorgt, misschien helemaal niet in behandeling te nemen). Mieke werd behandeld met een paradoxale strategie en een ritueel.

Het ritueel: Gebak en gebak toe.

Een grote doos met taartjes werd aangeschaft en Mieke at er twaalf of dertien achter elkaar op. Ze glunderde, de mooiste dag van haar leven, alsof ze tweemaal jarig was. De volgende dag een paradoxale aanpak: ze kreeg een baby-waskom gevuld met yoghurt en fruit en veel suiker bij het avondeten.

Lunch en ontbijt werden ongewijzigd gelaten, hoewel ze appels en sinas-appelen in overvloed kreeg tijdens de maaltijden.

De strategie was om vervolgens het yoghurtbassin langzaam maar zeker van minder suiker en minder bananen, maar wel meer appels te voorzien.

Er waren echter communicatieproblemen met betrekking tot de hoeveelheid suiker en bananen. Een ander teamlid die de bespreking gemist had, meende er juist goed aan te doen extra veel calorieën toe te voegen zodat de paradoxale strategie geoptimaliseerd werd.

Kortom toen de therapeut na drie weken op de volgende consultatie afspraak grijnzend en in het vuistje lachend het resultaat van de strategie in ontvangst kwam nemen, kreeg hij te horen dat het resultaat niet overeenkwam met de strategie die Erickson zo mooi beschreven had bij de

dikke dame die eerst dikker moest worden en daarna vanzelf slank en jong en mooi werd. Mieke was 11 kg aangekomen en had de fase van spontane vermagering nog niet bereikt. Het leek de vraag of Mieke en de therapeut wel goed zaten. Het team wachtte met spanning op het vervolg. De therapeut ging voort op de ingeslagen weg. Hij ontdekte de fouten (teveel calorieën in de yoghurt) en stelde het beleid bij. Het enige gevolg hiervan was dat Mieke de yoghurt liet staan en brood, snoep en fruit ging jatten bij haar huisgenoten.

Een maand later startte, op verzoek van een van de teamleden, een aan de Rotterdamse Universiteit verbonden gedragstherapeut een behandeling met behulp van response-cost. Na drie maanden woog Mieke weer 80 kg en voelde zich goed onder het therapeutische beleid.

Meer is er niet over te vermelden. Om begrijpelijke redenen heeft de auteur afgezien deze behandeling, bestaande uit een op dogmatische ^{dogmatische} ~~theorie~~ stoelende rigide aanpak, verder te vervolgen.

Slot.

Soms, hoe goed dan ook bedoeld, overkomt het je dat je dingen doet waar je later, wanneer je er aan terug denkt, een bijna fysiek beleefde schaamte ervaart. Aan de andere kant nuanceert het je oordeel over het handelen van jeugdige enthousiaste therapeuten.

De hier beschreven schaamte moet gekoesterd worden, moet gevoed worden, onder geen voorwaarde mag het geneutraliseerd worden of met behulp van een behandeling van de ingeklemde emoties verwerkt worden. Nee, het moet de motor zijn om jonge therapeuten af te remmen, jonge therapeuten te dwingen na te denken voordat zij zich overgeven aan strategieën en de motor zijn om andere, ervaren therapeuten te dwingen niet te ver op te stijgen, te dwingen zich voortdurend bewust te zijn dat intuïtief richt-

HOODSTUK 10SLOTBESCHOUWING

10.1 Beantwoording van de vraagstelling.

De vraagstelling van dit onderzoek spitst zich toe op twee hoofdpunten. Ten eerste, is het mogelijk met de hier voorgestelde behandeling veranderingen bij patiënten te bewerkstelligen, zo ja: van welke grootte zijn deze veranderingen. Ten tweede, is het mogelijk om met behulp van de psychologische variabelen de patiënten die baat hebben bij de behandeling te differentiëren van de patiënten die niet verbeteren. Alvorens tot beantwoording van deze vragen over te gaan, is het van belang relevante gegevens van de groep patiënten waarover zich dit onderzoek uitstrekt, weer te geven. Dit om een goede oriëntatie mogelijkheid te bieden voor een juiste interpretatie van de later volgende conclusies.

De groep bestond uit 62 patiënten, bij wie de diagnose dwangneurose gesteld werd. 2 Patiënten werden niet bij het onderzoek betrokken: Eén patiënt werd uitgesloten omdat er sprake was van een te lage score met betrekking tot de IDB, het meetinstrument voor dwangmatig gedrag. Deze score was slechts 2 punten lager (65) dan de score die noodzakelijk was voor deelname aan het onderzoek (67). Eén patiënt weigerde, na ampele informatie gekregen te hebben, deel te nemen aan het onderzoek (2% van de patiënten).

Er behoeften geen patiënten op grond van de exclusie criteria uitgesloten te worden.

In de groep zijn mannen enigermate ondervertegenwoordigd (37%) en de mannen leven vaker zonder partner dan bij de vrouwelijke patiënten het geval is ($p < 0,01$).

De dwangverschijnselen zijn in de meeste gevallen voor het dertigste jaar begonnen; bij de mannen begonnen de klachten eerder dan bij de vrouwen ($p < 0,05$). De gemiddelde tijd dat de patiënten last hadden van de klachten bedroeg ruim 11 jaar. Mannen bleken minder vaak klinisch te zijn behandeld dan de vrouwelijke patiënten ($p < 0,05$). Ook bleken de mannen minder psychofarmaca te gebruiken ($p < 0,001$).

Samengevat is de groep voorspoedig samengesteld. Eén patiënt weigerde en één patiënt moest worden uitgesloten. De groep komt met betrekking

tot ernst en duur van de klachten overeen met groepen patiënten waarover door andere onderzoekers gerapporteerd werd..

De veranderingen in de frequentie of de duur van de dwangverschijnselen zijn door de patiënten met behulp van een zelfregistratie procedure vastgelegd. De eventuele verbeteringen zijn aangegeven in percentages van frequentie of duur van de klachten per dag.

Deze percentages zijn vervolgens gerubriceerd in decielen. Als criterium voor succes is arbitrair in navolging van andere auteurs voor >30% verbetering gekozen. Dit betekent dat de behandeling van 13 patiënten als mislukt beschouwd moest worden (M-groep) en de behandeling van de overige 47 als succesvol (S-groep). De M-groep was samengesteld uit drop-outs en patiënten die geen baat hadden bij een regulier ondergane behandeling. Deze twee groepen vertoonden geen onderlinge verschillen zodat vooralsnog deze groep als één groep beschouwd worden.

De patiënten uit de S-groep bleken te verbeteren met betrekking tot de gemeten depressiviteit ($p < 0,001$), toestandsangst ($p < 0,001$), angstdispositie ($p < 0,001$) en dwangmatig gedrag ($p < 0,001$). De patiënten uit de M-groep verbeterden daarentegen niet met betrekking tot de gemeten depressiviteit, toestandsangst, angstdispositie en dwangmatig gedrag.

De verbetering van de patiënten uit de S-groep verschilde met betrekking tot depressiviteit ($p < 0,005$) en dwangmatig gedrag ($p < 0,001$) van de patiënten uit de M-groep. Samengevat kan in de gemiddelde verbetering van de patiënten uit de S-groep met betrekking tot depressiviteit, toestandsangst, angstdispositie en dwangmatig gedrag een ondersteuning gezien worden van de betrouwbaarheid van de scores verkregen met behulp van de zelfregistratie.

De patiënten uit de M-groep verschilden niet wat betreft geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau. Ook met betrekking tot de dwangverschijnselen ingedeeld volgens Rachman is er geen verschil in verdeling. Er is geen verschil in duur van de klachten, leeftijd waarop de klachten zijn begonnen, noch in de leeftijd bij aanmelding en ernst van de klachten.

De patiënten uit de M-groep hebben gemiddeld meer poliklinische behandelingen ondergaan ($p < 0,05$). Ook waren meer patiënten uit de M-groep vergelijkenderwijs klinisch behandeld ($p < 0,05$).

De differentiatie van de patiënten uit de M-groep en die uit de S-groep met behulp van de psychologische variabelen wordt eerst per variabele afzonderlijk en vervolgens voor de 6 variabelen gezamenlijk onderzocht. De metingen van de psychologische variabelen depressie, toestandsangst, angstdispositie, waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten, de toestandsboosheid en de boosheidsdispositie en de intelligentie laten geen verschillen zien tussen de gemiddelde waarden van de patiënten uit de M-groep en die van de S-groep. De meting van de motivatie levert wel een verschil op ($p < 0,001$) ten nadele van de M-groep. De meting van het interactioneel probleem-oplossend vermogen bij patiënten, samenlevend met een partner toonde geen verschil tussen de gemiddelde waarde voor patiënten uit de M-groep en die van de S-groep. Wel valt op dat de gemiddelde score voor alle dwangpatiënten in het 2e deciel geplaatst dient te worden (slechts 10-19% van de Nederlandse bevolking heeft een lagere score). De therapeutische relatie-variabelen geven een aantal verschillen te zien. De meting van de therapeutische relatie geeft zowel vanuit de patiënt als vanuit de therapeut gezien een verschil aan tussen de gemiddelden voor patiënten uit de M-groep en patiënten uit de S-groep, met dien verstande dat patiënten uit de S-groep een score hadden die inhoudt dat zowel vanuit de patiënt als vanuit de therapeut gezien de relatie als aanmerkelijk positiever gewaardeerd werd (resp. $p = 0,05$ en $p = 0,005$). Deze waardering vanuit de patiënt bezien verschilde voorts op de aspecten empathie ($p < 0,05$), transparantie ($p < 0,05$), positieve gezindheid ($p < 0,05$) en negatieve gezindheid (dit laatste in omgekeerde relatie: patiënten uit de M-groep scoorden hier hoger) ($p < 0,005$). De waardering vanuit de therapeut bezien verschilde in de volgende aspecten: empathie ($p < 0,05$), onvoorwaardelijkheid ($p < 0,005$), transparantie ($p < 0,05$), positieve gezindheid ($p < 0,001$) en incongruentie ($p < 0,05$), eveneens (in omgekeerde verhouding) negatieve gezindheid ($p < 0,005$).

Op grond van de 6 psychologische variabelen gezamenlijk werden met behulp van een discriminant analyse de achteraf waarschijnlijkheden om tot de M-groep of de S-groep te behoren, bepaald. Het blijkt dat in 75% van de patiënten deze correct toegewezen worden aan de M-groep (6 correct, 7 incorrect) en de S-groep (39 correct, 8 incorrect). Dit correcte toewijzingspercentage is aan de lage kant. Bestudering van de patiënten die verkeerd toegewezen werden, leverde de volgende gegevens: Van de 7 patiënten die ten onrechte aan de S-groep werden toegewezen, bleek er bij 2 patiënten een ernstige gebeurtenis plaats gevonden te

hebben tijdens de behandeling (dood van een familielid, dood van een kennis resp. een opeising van de hypotheek). In twee gevallen bleek er een ernstige relatieproblematiek te bestaan, zoals bleek uit de zeer lage score op de IPOV. In één geval was er sprake van een zeer lage waardering van de therapeutische relatie vanuit de therapeut gezien. Bij 2 patiënten werden geen bijzonderheden gevonden met betrekking tot een mogelijke verklaring van de verkeerde toewijzing.

Onderzoek van de demografische gegevens en de gegevens over de dwang leverden geen bijzonderheden op.

De 8 patiënten die ondanks een toewijzing aan de M-groep toch baat hadden bij de behandeling leverden bij onderzoek van de relatie, demografische gegevens en de gegevens over de dwangverschijnselen geen bijzonderheden op. Opvallend was echter dat de patiënten een hoge tot zeer hoge waardering hadden van de therapeutische relatie, zowel vanuit de patiënt als vanuit de therapeut gezien.

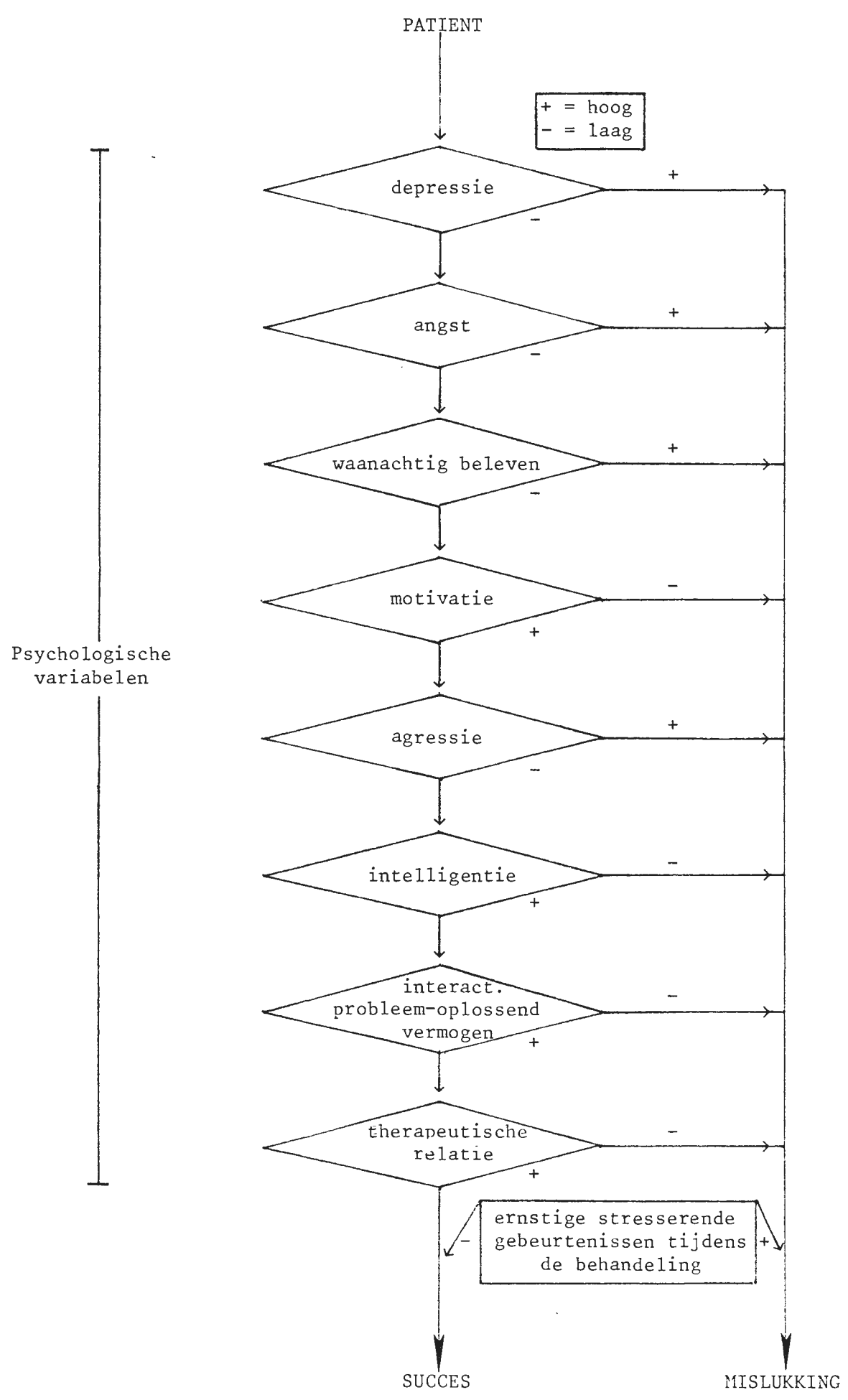
Uit de resultaten van de discriminant analyse, uitgevoerd om de patiënten uit de M-groep te differentiëren van die uit de S-groep, tesamen met de gegevens verkregen uit onderzoek van de incorrect toegewezen patiënten met behulp van de achteraf kansberekeningen kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

Met behulp van de achteraf kansberekening kan met de discriminant analyse voor 75% van de patiënten op grond van de 6 psychologische variabelen (depressie, angst, waanachtig beleven, motivatie, agressie en intelligentie) correct worden toegewezen. Bij 2 patiënten lijken ernstige stresserende gebeurtenissen van betekenis voor het, ondanks een gunstige predictie (toewijzing aan de S-groep) toch geen hebben bij de behandeling. Eveneens bij 2 patiënten lijken ernstige relatieproblemen van betekenis voor het, ondanks de gunstige predictie (toewijzing aan de S-groep) mislukken. Bij 9 patiënten leek de therapeutische relatie van betekenis voor een andere uitkomst dan de predictie aangaf (éénmaal een gunstige predictie met een slechte therapeutische relatie; achtmaal een ongunstige predictie -toewijzing aan de M-groep- met toch een gunstig behandelingsresultaat).

Samenvattend kan gezegd worden dat het stapsgewijze hypothese-model

bij 25% van de patiënten (= 15 patiënten) niet voldoet. Van deze 15 kan dit niet voldoen bij 4 patiënten toegeschreven worden aan stresserende gebeurtenissen en aan een slechte relatie met de partner. Van de overige 11 blijkt in 9 gevallen de therapeutische relatie van belang. Dit roept op tot bijstelling van het oorspronkelijke hypothese-model. Het gegeven dat de relatie bij twee patiënten mogelijk van doorslaggevende betekenis was bij een verkeerde toewijzing, onderstreept het belang van handhaving van het interactioneel probleem-oplossend vermogen in het oorspronkelijke model. Ernstige stresserende gebeurtenissen zijn niet te voorkomen. Dit betekent dat het model, in geval dat patiënten dit overkomt tijdens de behandeling, steeds te kort zal schieten.

De grote betekenis van de therapeutische relatie bij de incorrect toegewezen patiënten maakt het betrekken van deze variabele bij het model noodzakelijk. Een groot probleem hierbij is het betrouwbaar meten van deze relatie aan het begin van de behandeling. Het bovenstaande leidt tot de volgende bijstelling van de eerdere hypothese:



Figuur xxx. Schematische stapsgewijze weergave van de hypothesen.

10.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek.

Zowel de resultaten van dit onderzoek als het nieuw geconstrueerde hypothese-model kunnen als uitgangspunt dienen voor verder onderzoek. Het bijgestelde hypothese-model zal opnieuw onderzocht en getoetst moeten worden, waarbij de vraagstelling van dit onderzoek zich toespitst op de vraag of met dit model een betere differentiatie tussen de patiënten uit de M-groep en die van de S-groep te realiseren is. Om dit model echter te kunnen toetsen zal een meetinstrument voor de therapeutische relatie ontwikkeld moeten worden, waarmee vroeg in de behandeling, bijv. op de tweede of derde zitting, betrouwbare informatie over de therapeutische relatie verkregen kan worden.

Een tweede bevinding van dit onderzoek is de relatief bijzondere positie van de manlijke patiënten in vergelijking tot de vrouwelijke patiënten. Zij onderscheiden zich in:

- een gemiddeld lagere leeftijd bij het ontstaan van de klachten,
- minder vaak klinisch behandeld te zijn,
- minder vaak psychofarmaca gebruik,
- en leefden vaker solitair.

Hoewel dit alles op toeval zou kunnen berusten, is om deze vraag te beantwoorden, verder onderzoek noodzakelijk.

Ook de bevinding dat de patiënten met een dwangneurose, die met een partner samenleven gemiddeld een lage score op de IPOV hadden (2e de-ciel), vraagt om verder onderzoek. Immers, het gegeven dat het interactioneel probleem-oplossend vermogen hoog correleert met beleefde huwelijksatisfactie, houdt in dat bij patiënten met een dwangneurose een grote kans aanwezig is dat er ernstige relatieproblemen zijn. De vraagstelling van dit vervolgonderzoek zal zich moeten richten op de vraag of patiënten die behandeld worden met een strategie, waarbij nadrukkelijk naast exposure en respons preventie aandacht geschonken wordt aan verbetering van de relatie, een beter behandelingsresultaat boeken dan patiënten die alléén met exposure en respons preventie behandeld worden.

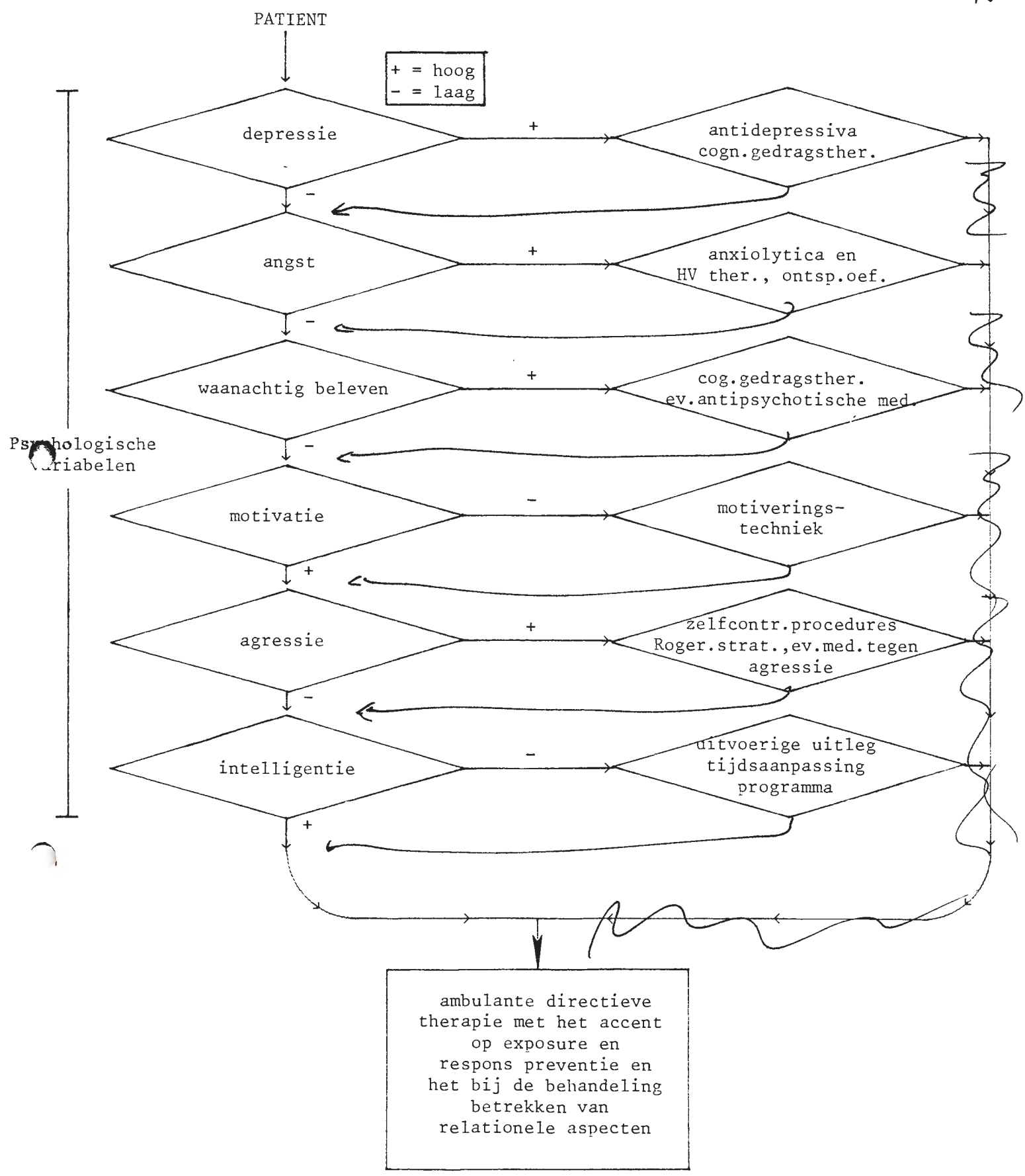
10.3 Aanbevelingen voor de behandeling.

Met behulp van de verzamelde gegevens van de 60 patiënten is het mogelijk in sommige gevallen uitspraken te doen over de te volgen behandelingsstrategie.

Van een patiënt met een dwangneurose worden de 6 psychologische variabelen vóór de behandeling onderzocht. De resultaten van dit onderzoek worden toegevoegd aan de resultaten van de metingen van deze 6 variabelen, gedaan bij 60 patiënten van dit onderzoek. Met behulp van de discriminant analyse wordt de nieuwe patiënt vervolgens toegewezen aan de M-groep of aan de S-groep. Indien de patiënt aan de S-groep wordt toegewezen, krijgt de patiënt de hier beschreven behandeling terwijl extra aandacht wordt geschonken aan de relatie met de eventuele partner en aan de therapeutische relatie. Indien de patiënt aan de M-groep wordt toegewezen, dreigt in 43% van de gevallen (correcte toewijzing aan de M-groep) een werkelijk mislukte behandeling. Er zal dan eveneens extra aandacht aan de relatie met de eventuele partner en de therapeutische relatie geschonken moeten worden, maar daarnaast is het mogelijk aandacht te schenken aan de resultaten van de metingen van de 6 psychologische variabelen. Wanneer de ruwe scores van deze variabelen omgezet worden in schalen van 100 eenheden met een \bar{M} van 50 en een standaarddeviatie van 10, is het mogelijk van iedere patiënt een profiel te construeren, waarbij goed zichtbaar wordt welke variabelen in ongunstige zin van betekenis zijn. De patiënten die correct toegewezen worden aan de M-groep, zullen met de eerder beschreven therapie geen baat hebben bij de behandeling. Een gewijzigde aanpak maakt een andere afloop misschien mogelijk. Van de incorrect aan de M-groep toegewezen patiënten mag verwacht worden dat zij, ondanks de gewijzigde aanpak, toch zullen verbeteren.

Wanneer uit het geconstrueerde variabelenprofiel blijkt dat de score op de SDS (depressie) hoog is, zal een strategie gericht op behandeling van deze klachten geïndiceerd zijn, bijv. met behulp van antidepressiva of een cognitieve gedragstherapie. Speelt de angst een belangrijke rol, dan lijkt een behandeling met anxiolytica of ontspanningsoefeningen als eerste geïndiceerd. Is het waanachtig beleven van de inhoud van de dwanggedachten in hoge mate bepalend, dan lijkt een cognitieve gedragstherapie, of eventueel een behandeling met antipsychotische medicatie als eerste aangewezen. Blijkt de slechte gemotiveerdheid bepalend voor de toewijzing aan de M-groep,

dan zal een behandeling met behulp van motiveringstechnieken vooraf dienen te gaan aan de hier beschreven strategie. Indien de agressie een belangrijke factor is bij de toewijzing, dan zal de behandeling zich eerst op de agressiviteit richten. Zelfcontrole procedures, een Rogeriaanse aanpak met als doel het tot stand brengen van een hechte therapeutische band, kunnen de eerste behandelingsdoelstellingen worden. Bij een lage intelligentie als belangrijkste factor dient de therapeut zijn behandeling aan te passen aan het intelligentieniveau van de patiënt. Bij de bespreking met de patiënt zal men attent moeten zijn op het goed begrepen worden van de informatie. De uitleg moet correct geformuleerd zijn en aangepast worden aan het niveau van de patiënt. Het tempo van de behandeling zal mogelijk vertraagd moeten worden. Zo ontstaat het volgende behandelingsmodel:



Figuur xxx. Behandelingsmodel voor patiënten die aan de M-groep worden toegewezen.

Aldus is er een laatste aanbeveling voor onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek spitst zich toe op de vraag of patiënten die behandeld worden met het hier beschreven behandelingsmodel, meer baat zullen hebben van de behandeling dan wanneer patiënten met de hiervoor beschreven aanpak behandeld worden.

Vanzelfsprekend verdient het de voorkeur het gewijzigde theoretische model voor mislukking en succes hiervoor te gebruiken (zie figuur xxx). Dit zal echter pas kunnen gebeuren als na toetsing een hoger correct toewijzingspercentage vastgesteld is.

ADDENDUM

In de praktijk van wetenschappelijk onderzoek komt veelvuldig de situatie voor waarin men poogt op grond van één of meer variabelen, twee of meer groepen te differentiëren. Daartoe kan worden gebruik gemaakt van een discriminant analyse methode. Een van de belangrijkste facetten van discriminant analyse methoden is de achteraf waarschijnlijkheden om tot een bepaalde groep te horen. Er zijn verschillende methoden voor dergelijke doeleinden beschikbaar; zij verschillen in assumpties met betrekking tot variabelen die de groepen vermogen te differentiëren. De consequentie daarvan is dat de achterafkansen verschillen.

Het in dit proefschrift ontwikkelde model om S van M te differentiëren zal worden getoetst met behulp van de kernal methode. Hieronder zal summier op deze methode worden ingegaan. Voor een mathematische uiteenzetting zij men verwezen naar Hermans & Hobbema (1976). De verschillende assumpties voor de verschillende discriminant analyse methoden laten zich het beste illustreren met behulp van de vergelijking waarin achteraf waarschijnlijkheden volgens Bayes'Herema worden berekend:

$$p (S | X) = \frac{p (S) f (X | S)}{p (S) f (X | S) + p (M) f (X | M)}$$

waarin:

S en M = de succesvol, resp. niet-succesvol behandelden.

p (S) = vooraf waarschijnlijkheid om tot M-groep te behoren.

p (M) = vooraf waarschijnlijkheid om tot S-groep te behoren.

Deze vooraf waarschijnlijkheden komen gewoonlijk overeen met de steekproefverdeling tussen S en M in dit geval. De rationale is dat deze verdeling een juiste weergave van de populatie-indeling representeert*.

*Men kan de vooraf waarschijnlijkheden voor zowel S als M stellen op 0.50. Hiermede wordt deze invloed uitgeschakeld.

$f (X | S)$ en
 $f (X | M)$ zijn de kansdichtheden.

$p (S | X)$ is, in geval van gelijke vooraf waarschijnlijkheid om bij - in dit geval - S, resp. M te horen, afhankelijk van de aannemelijkheidsverhouding (likelihood ratio) (l_r).

$$l_r (X) = \frac{p (X | M)}{p (X | S)}$$

$$p (S | X) = \frac{1}{1 + l_r (X)}$$

Iedere discriminant analyse is een variant op deze benadering, zo ook de kernal methode.

Op basis van vooraf waarschijnlijkheden én aannemelijkheidsverhouding worden de achteraf waarschijnlijkheden geschat van iedere patiënt, voor zowel S als M, of hij tot S, resp. M behoort. De achteraf waarschijnlijkheden om tot S, resp. M te worden toegewezen, sommeren naar 1.00.

Een gebruikelijke maat om aan te geven of i.c. S zich van M laat differentiëren is het percentage dat correct wordt geklassificeerd door de analyse methode. De error rate geeft het percentage aan dat incorrect wordt toegewezen, d.w.z. het percentage van de patiënten dat niet wordt toegewezen, op grond van de analyse methode, tot de groep waartoe hij behoort.

Het optimale afsnijpunt (t.b.v. zo-gering mogelijke error rate) is dat punt dat percentagegewijs de minste foutieve toewijzingen oplevert. Een dergelijk snijpunt behoeft niet, zoals conventioneel gebeurt in geval van twee groepen, bij $p = 0.50$ te liggen.

De minimum-waarde van de error bedraagt 0.00 en de maximum-waarde 0.50. De error rate is een grove maat; een verfijning wordt verkregen door maten te definiëren die oplopen met afnemende achteraf waarschijnlijkheden om tot de groep (i.c. S en M) waartoe men daadwerkelijk behoort, te worden toegewezen. Een groot aantal maten zijn hiertoe ontwikkeld, bijv. de kwadratische scoringsregels (Hobbema et al, 1978; Hilden et al, 1978a en 1978b). Bij de bespreking volgen we de beschrijving

die Jongerius (1984) geeft.

Met een kwadratische scoringsregel wordt de betrouwbaarheid van de gehanteerde statistische methode aangegeven: het is een maat voor het discriminerend vermogen van de geselecteerde variabelen. Deze scoringsregel representeert de gemiddelde gekwadrateerde afwijking van de achteraf waarschijnlijkheden die geschat zijn op basis van de discriminant analyses ten opzichte van het criterium. In dit geval is dat wel of geen baat hebben bij de behandeling: S, resp. M. Bijv.* patiënt A die baat heeft gehad bij de behandeling (S), heeft op grond van de psychologische variabelen een waarschijnlijkheid van 0.93 om ook werkelijk tot de S-groep te behoren en bijgevolg een achteraf waarschijnlijkheid van 0.07 om tot de M-groep te behoren. Patiënt B die eveneens baat heeft gehad bij de behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.60 om daadwerkelijk tot de S-groep te behoren op grond van de psychologische variabelen en dus een waarschijnlijkheid van 0.40 om tot de M-groep te behoren. Patiënt C, een mislukte behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.70 om ook werkelijk tot de M-groep te worden toegewezen en patiënt D, eveneens een mislukte behandeling, heeft een waarschijnlijkheid van 0.90 om bij de M-groep te worden ingedeeld. Met behulp van de kwadratische scoringsregel wordt antwoord gegeven op de vraag hoe groot de kans is dat de indeling correct heeft plaats gevonden. In de algebraïsche notatie is de formule:

$$Q = \frac{\sum (1 - p_i)^2}{n}$$

waarbij p_i de waarschijnlijkheid is dat patiënt X_i bij de S-groep, resp. de M-groep behoort, $i = 0$ of 1 , of resp. M of S. In tabel xxx worden deze voorbeelden uitgewerkt.

*Dit voorbeeld is ontleend aan Jongerius (1984).

Tabel xxx. Uitgewerkt voorbeeld kwadratische scoringsregel

Patiënt	Feitelijk criterium	Waarschijnlijkheid correcte indeling		Kwadratische scoringsregels
		S	M	
A	S	0.93		$(1-0.93)^2 = 0.05$
B	S	0.60		$(1-0.60)^2 = 0.16$
C	M		0.70	$(1-0.70)^2 = 0.09$
D	M		0.90	$(1-0.90)^2 = 0.01$
				$\Sigma = 0.31$
$\Sigma/n = 0.31/4 = 0.08$				

Voor het uitgewerkte voorbeeld bedraagt de gemiddelde kwadratische afstand dus 0.08.

Indien voor iedere patiënt de toewijzing 100% zou zijn geweest dan zou de waarde voor $Q^2 = 0.0$ (minimumwaarde) zijn. De maximumwaarde voor Q^2 wordt bereikt als de toewijzingskans 100% incorrect is, nl. 1. Bij 50% correcte toewijzingskans is de $Q^2 = 0.25$. Hoe lager de waarde hoe groter het discriminatoir vermogen. Wanneer het feitelijke toewijzingspercentage boven de kansverwachting van 0.50 uitstijgt dan zal de waarde van de kwadratische scoringsregel $> 0,25$ moeten zijn.

In vergelijking met de error rate is de kwadratische scoringsregel informatiever in die zin dat deze regel de mate van afwijking (in termen van achteraf waarschijnlijkheden) tot de groep waartoe men daadwerkelijk behoort, verdisconteert.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van een discriminant analyse methode (i.e. dicriminatoir vermogen) dient de gemiddelde score (achteraf waarschijnlijkheid) om niet tot de groep waartoe men behoort te worden toegewezen over alle patiënten te worden berekend: hoe lager het gemiddelde, hoe beter het dicriminatoir vermogen.

Van belang is of de geschatte achteraf waarschijnlijkheden betrouwbaar zijn. Toegelicht: een .90 waarschijnlijkheid, hoe geloofwaardig is deze waarschijnlijkheid? in die zin dat, wanneer een (zeer) groot aantal patiënten onderzocht zijn, 90% van hen daadwerkelijk

tot de groep wordt toegewezen waarin hij thuis hoort, of is dat percentage lager, of zelfs hoger?(zie Jongerius, 1984). In het eerste geval is de methode "overconfident" met betrekking tot z'n eigen discriminatoir vermogen en zijn de achteraf waarschijnlijkheden te gunstig. In het tweede geval onderschat de methode zijn eigen kwaliteiten: dit wordt "diffident" genoemd. Hilden et al (1978a) hebben methoden ontwikkeld om deze vorm van betrouwbaarheid te toetsen.

De geloofwaardigheid van de achteraf waarschijnlijkheden, berekend op basis van de discriminant analyse methode, kan worden gemeten door het vergelijken van de dicriminatie, verkregen door deze analyse methode, met de verwachte discriminatie op basis van volledige betrouwbaarheid van achteraf waarschijnlijkheden (Hilden et al, 1978). Indien de feitelijke discriminatie Q2 gelijk is aan de verwachte discriminatie E.Q2, random fluctuaties daargelaten, dan zijn de bevindingen als geloofwaardig te beschouwen. Indien Q2 groter is dan de verwachte discriminatie (E.Q2) dan is de discriminatie overconfident, dat wil zeggen dat van de methode wordt verwacht dat deze beter discrimineert dan ze de factoren doet.

Indien Q2 kleiner is dan de verwachte waarde (E Q2), dan is de methode "diffident", de methode onderschat dus zijn eigen discriminatoire kwaliteiten. De verwachte discriminantie E Q2 bij 100% betrouwbaarheid wordt berekend met de volgende formule:

$$E Q 2 = \frac{\sum [(p_i) \cdot (1 - p_i)^2 + (1 - p_i) \cdot (p_i)^2]}{n}$$

Het verschil Q5 tussen E Q2 en Q2 geeft een indicatie van de geloofwaardigheid (betrouwbaarheid). Zij is groter naarmate de waarde dichterbij 0.0 ligt.

Jongerius, J.A.C. (1984) Decompensatie. Huisartsenpers, Utrecht.

Hobbema, J.D.F. , J. Hilden en B. Bjerregaard (1978) The Measurement of Performance in Probabilistic Diagnosis. I. The Problem, Descriptive Tools and Measures Based on Classification Matrices. Meth. Inform. Med. 17, 217-226.

Hilden, J. J.D.F. Hobbema en B. Bjerregaard (1978a) The Measurement of Performance in Probabilistic Diagnosis. II. Trustworthiness of Excet Values of the Diagnostic Probabilities. Meth. Infrom. Med. 17, 227-237.

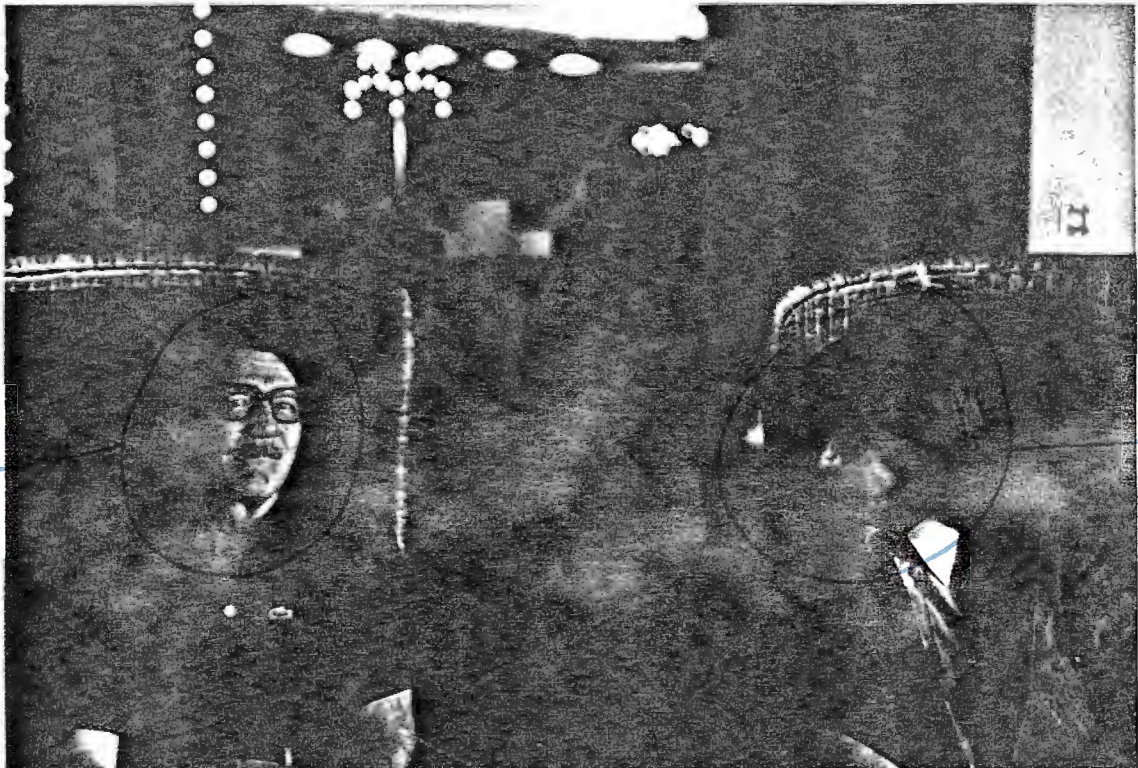
Hilden, J., J.D.F. Hobbema en B. Bjerregaard (1978b) The Measurement of Performance in Probabilistic Diagnosis. III. Methods Based on Continous Functions of the Diagnostic Probabilities. Meth. Inform. Med. 17, 238-246.

Uit ons fotoalbum.

Kees Hoogduin

Is het niet prachtig. In tien jaar tijd ontwikkelden wij ons van een lezer van Haley tot een vriend. Hoewel de foto de indruk geeft dat Haley er toevallig bij zit, kan ik jullie vertellen dat dat maar schijn is. Het gaat hier om een fotografische weergave van twee bevriende collega's betrappt tijdens een uitwisseling van ideeën.

Onze dank gaat uit naar de fotograaf E. de Haan die ons betrapte en het moment vastlegde voor de eeuwigheid.



Een specifiek effect van exposure in vivo

Richard Van Dyck

Inleiding voor TOT

In de volgende projectbeschrijving wordt de eerste versie gepresenteerd van een voorgenomen onderzoeksproject. Het is de bedoeling t.z.t. agorafobische patiënten die zich voor poliklinische behandeling melden hiervoor uit te nodigen.

Gaarne zou ik kritisch commentaar en eventuele suggesties krijgen m.b.t. het huidige voorstel.

Projectbeschrijving: specifiek effect van in vivo exposure bij agorafobie

R. Van Dyck

Inleiding

M.b.t. de in de psychotherapie (gedragstherapie inbegrepen) gebruikte technieken geldt in het algemeen dat een specifiek effect als gevolg van toepassing van een bepaalde methode nog niet is aangetoond. In vergelijkend effectonderzoek bij uiteenlopende populaties en technieken worden meestal weinig verschillen in resultaat gevonden. (vgl. Luborsky et al 1975, Sloane et al 1975, Simons et al 1984, etc...).

Ook in zgn. meta-analyses (Smith et al, 1980, Andrews & Harvey 1982, Shapiro & Shapiro 1973, Prioleau et al, 1983) is het terugkerende patroon dat de effectgrootte van diverse therapievormen niet sterk verschilt en een placebo-behandeling niet of nauwelijks overtreft. Dit vormt een steun voor de opvatting dat psychotherapeutische behandeling beschouwd kan worden als een non-specifieke of algemene interventie waarvan de werkzame elementen ook overeenkomen met het placebo-effect, namelijk een geloofwaardige rationale waarmee positieve verwachtingen worden opgewekt (vgl. Frank 1961, 1975). Overigens geven eerder geciteerde overzichtsartikelen aanleiding tot verschillende interpretaties. Ze bieden ook onvoldoende informatie voor een nauwkeurige vergelijking tussen placebo en psychotherapie omdat die vergelijking per techniek en per ziektebeeld zou moeten uitgevoerd worden. Binnen de gedragstherapie is op deze manier wel onderzoek verricht, waarbij systematische desensitiesatie bij de behandeling fobieën werd vergeleken met diverse placebo-therapieën waaraan op theoretische gronden geen ander effect dan het opwekken van positieve verwachtingen kan worden toegeschreven. Wanneer de placebo-behandeling dezelfde geloofwaardigheid had als SD bleek het effect van placebo en SD meestal gelijk. (vgl. Lick & Bootzin 1975, Kazdin & Wilcoxon 1976). Een andere onderzoeksstrategie die werd toegepast bestond eruit dat het effect van SD vergeleken werd bij twee groepen proefpersonen met angstklachten: aan de ene groep werd meegedeeld dat ze een therapeutische procedure ondergingen, aan de andere werd gezegd dat ze deelnamen aan een onderzoek bijv. naar vegetatieve reacties. Over het algemeen (vgl. Rosen 1976) bleek dat

SD in de therapieconditie meer werkzaam was dan in de onderzoeksconditie. Men kan bij benadering stellen dat het therapeutische effect van SD in de (pseudo-)onderzoeksconditie overeenkomt met het "specifieke" effect van SD op de angstklacht, terwijl in de therapieconditie daaraan ook het effect van therapieverwachtingen is toegevoegd. De globale conclusie uit het SD onderzoek kan luiden dat een specifieke werking die groter is dan dat van een placebo nog niet is aangetoond. Een bezwaar van het tot nog toe uitgevoerde onderzoek is dat het werd verricht met andere populaties (veelal studenten of personen die lijden aan weinig invaliderende enkelvoudige fobieën) dan degenen die zich doorgaans voor behandeling op instellingen voor geestelijke gezondheidszorg aanbieden. Verder is SD niet de meest werkzame procedure tegen angststoornissen. Met name van exposure in vivo is o.a. bij agorafobie een effect aangetoond dat dat van imaginaire exposure procedures zoals SD overtreft (vgl. Emmelkamp 1983, Linden 1983). Gegeven de bevinding dat SD de werkzaamheid van een placebo niet overtreft maar exposure in vivo (vermoedelijk) meer effect heeft op agorafobie, dan SD is het mogelijk dat voor exposure in vivo wel een specifieke werkzaamheid voor (agora)fobie kan worden aangetoond.

In principe kunnen beide voor SD beschreven onderzoeksstrategieën bij de evaluatie van het effect van exposure in vivo bij agorafobie worden gebruikt.

In dit project wordt met enige aanpassingen de tweede methode toegepast omdat deze extra informatie kan verschaffen over de werking van exposure in vivo bij agorafobie. Dit houdt in dat aan agorafobici instructies zullen worden gegeven om een aantal malen exposure in vivo uit te voeren, enerzijds met de informatie dat dit een effectieve behandelingsmethode is, en anderzijds met de informatie dat dit een onderdeel van de diagnostiek vormt waarop t.z.t. een aangepaste therapie zal volgen.

Theoretisch belang van de vraagstelling

Een vergelijking tussen exposure in vivo onder therapie conditie (T) en onderzoeksconditie (O) laat een schatting toe van het relatieve belang van specifieke effecten (= O) en verwachtingseffecten (T - O). Tevens biedt dit de mogelijkheid om het "cognitive - expectancy model" van Emmelkamp (1983) te toetsen. Volgens dit model is exposure in vivo niet werkzaam per se, maar slechts in combinatie met de verwachting dat vooruitgang zal optreden. Een verschil in effect tussen de T en O conditie zou een onder-

steuning vormen voor dit model terwijl een gelijk effect van beide condities strijdig zou zijn met het model.

Practische uitvoering

Wanneer studenten als proefpersonen deelnemen aan een onderzoek is het mogelijk om een procedure zoals SD toe te passen zonder dat a priori de verwachting van therapie bestaat. Deze uitgangssituatie is niet zonder meer van toepassing wanneer poliklinische patiënten die aan agorafobie lijden worden uitgenodigd tot deelname aan een project. Immers: bij de aanmelding zal reeds een zekere hoop of verwachting op therapeutische resultaten bestaan. Het is dus niet mogelijk om dit onderzoek bij aangemelde patiënten geheel los van een therapeutische context uit te voeren. De best haalbare benadering is dat de 0-conditie bestaat uit de informatie dat de therapie nog niet is aangevangen maar dat een aantal exposure-sessies nodig zijn om nadere gegevens te verzamelen met het oog op latere behandeling. Om dit tot een geloofwaardige instructie te maken is het ook wenselijk dat inderdaad concrete gegevens verzameld worden. Tevens kan dit informatie opleveren die inderdaad van belang is. De essentie van de instructies in de 0-conditie kan als volgt luiden: om de meest geschikte therapie te bepalen is het nodig dat a) de ernst van de klachten wordt vastgesteld door het angstniveau in de concrete fobische situaties te bepalen. b) met het oog op dagelijkse fluctuaties zijn herhaalde metingen (3 x in 1 week) nodig. c) met het oog op de toekomstige therapie is het nodig dat de patiënt zijn/haar "cognities" of gedachten registreert (schriftelijk of met behulp van een dicteerapparaat) tijdens het verblijf in de angstverwekkende situaties.

De patiënten in de T-conditie krijgen de instructie om een drietal exposure oefeningen van gelijke duur uit te voeren. Hierbij wordt ook de instructie gegeven tot het registreren van cognities. Deze instructies gebeuren in het kader van de therapie.

Om het effect van herhaald registreren zonder exposure te bepalen wordt ook een controlegroep (C) ingesteld met alleen een dagelijkse registratieopdracht (zie fig. A).

Patiënten

Deelnemers zijn poliklinische patiënten bij wie de diagnose agorafobie is gesteld volgens DSM-III criteria en die nog niet eerder met exposure in vivo behandeld zijn. Nadat de diagnose is gesteld wordt hen de mogelijkheid voorgelegd tot deelname aan een onderzoek dat 1 week in beslag neemt en waarna de anders gebruikelijke therapie zal volgen. Door middel van een schriftelijke toelichting wordt verdere informatie gegeven over de praktische kanten van deelname aan dit onderzoek. Bij eventuele weigering tot deelname wordt de normale therapie aangeboden. Bij acceptatie wordt door loting toewijzing aan de O, T of C-conditie bepaald. Met het oog op een zo goed mogelijke scheiding tussen het onderzoeksproject en de eigenlijke behandeling wordt het project afgerond vóór eventuele plaatsing op een wachtlijst.

Maten en meetinstrumenten

Patiënten in de O en T-conditie krijgen de instructie om drie maal in de loop van 1 week zover als hun angstniveau dat toestaat een route te volgen van de polikliniek naar het centrum van Leiden (= 45 minuten). De volgende metingen worden gebruikt als maat voor een effect:

- de looptijd (BAT) die werd bereikt op de route van de poli naar het centrum (te registreren door de patiënt) tijdens elke exposure sessie.
- pre en post scores op de STAI (zelfbeoordeling patiënt)
- pre en post score op de Watson en Marks Angstschaal (zelfbeoordeling patiënt)
- pre en post score op de Angstschaal toegekend door een onafhankelijke beoordelaar op grond van een interview.

Verder is van belang vast te stellen in welke mate een positieve verwachting is opgetreden bij elk van beide onderzoeksgroepen. Hiervoor wordt de Angstschaal aangepast met de instructies "vul in zoals u verwacht dat u zou reageren". Tevens wordt bij de patiënten in de O-conditie na afloop nagevraagd in hoeverre zij geloofden aan een procedure zonder therapeutische waarde deel te nemen. Patiënten in de O-conditie die aangeven dat zij reeds bij de eerste exposure sessie een therapeutisch effect hadden verwacht worden niet meer in het onderzoek betrokken.

Hypotheses :

1. Patiënten in de T-conditie gaan vooruit in de tijd die zij angstvrij kunnen lopen op straat en in fobiescore op de vragenlijsten.

2. Patiënten in de O en C-conditie vertonen geen vooruitgang

- Een resultaat overkomstig deze voorspellingen vormt een ondersteuning voor het "cognitive-expectancy model": Exposure in vivo zonder de verwachting van therapie leidt niet tot vooruitgang.

- Wanneer in geen van de drie condities enig effect wordt bereikt is geen interpretatie mogelijk.

- Wanneer zowel in O als T vooruitgang bereikt wordt zijn er nog twee mogelijkheden:

$T = 0$ dit betekent dat exposure in vivo een specifiek effect heeft, los van therapieverwachtingen

$T > 0$ betekent dat exposure in vivo een zeker specifiek effect heeft, maar therapieverwachting dit doet toenemen.

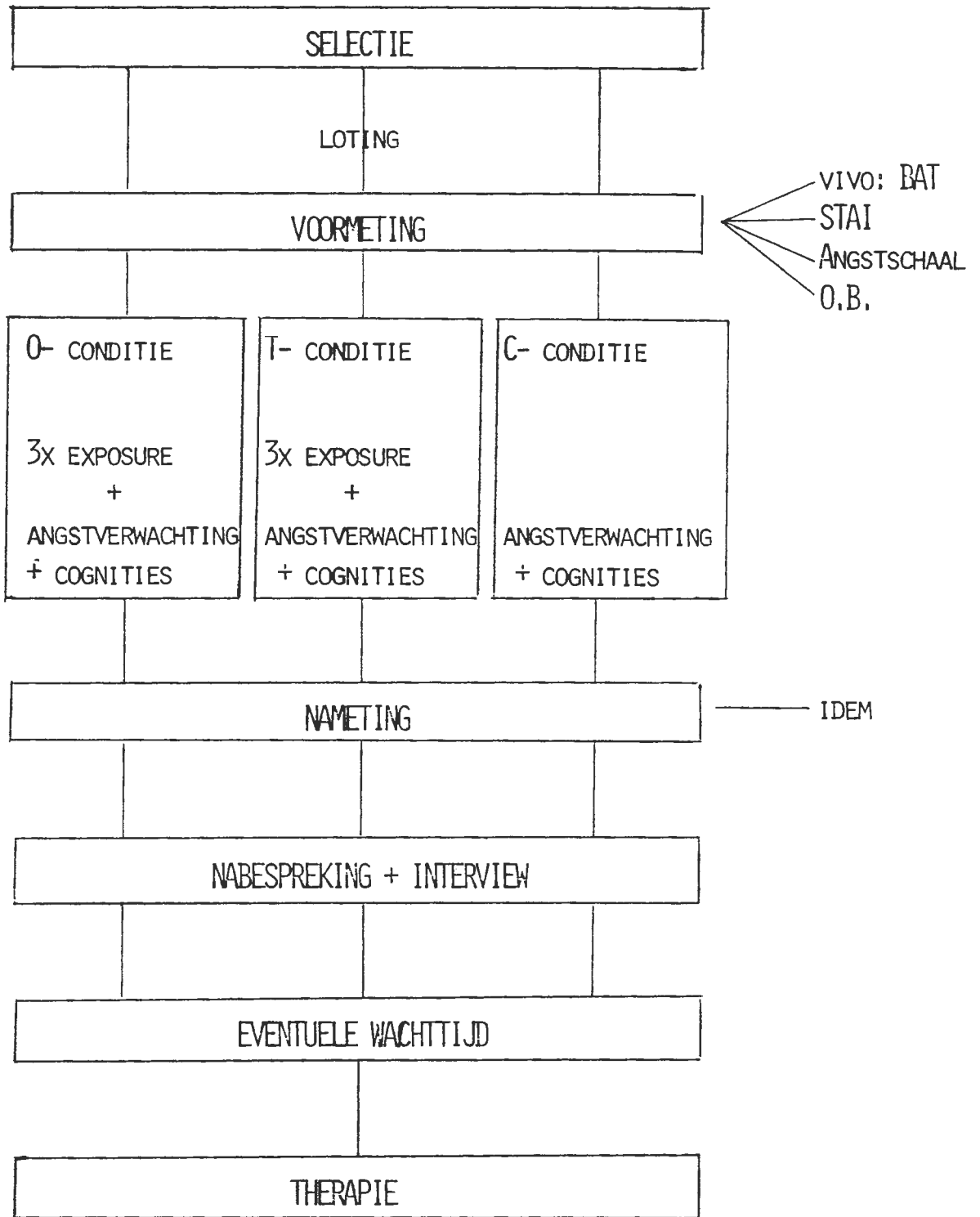


FIG. A

De les van Charcot (1)

Kees van der Velden

In zijn meesterwerk *The Discovery of the Unconscious* wijdt Ellenberger (1970) een interessante paragraaf aan de Franse neuroloog J.M. Charcot (1835-1893) en diens bemoeienissen met hysterie en hypnose. Charcot verwierf zich bij zijn leven een enorme reputatie. Zijn bijnaam was: 'Napoleón der Neurosen'. Maar na zijn dood was het met zijn roem snel gedaan.

Ellenberger bespreekt de oorzaken van deze drastische wijziging in appreciatie. Hij concludeert dat het vooral zijn methodologische fouten waren die hem de das om deden. Charcot meende dat de vreemde gedragingen van zijn patiënten de uiterlijke manifestatie vormden van hun aandoening - lees: van hun 'grande hystérie' -, en zag over het hoofd dat deze gedragingen evenzeer als het resultaat van leerprocessen opgevat konden worden. Evenzo nam hij aan dat de wonderlijke verschijnselen die zijn patiënten onder hypnose vertoonden uitingsvormen waren van het hypnotisme zelf, en hij realiseerde zich niet dat hij en zijn medewerkers deze patiënten bij wijze van spreken opgedragen hadden deze merkwaardige verschijnselen te demonstreren.

Charcots vergissing wordt mooi geïllustreerd op de (wereldberoemde) prent die hieronder is afgebeeld.



Op het moment dat ik dit typ weet ik nog niet wat er bij het fotokopiëren van deze afbeelding overblijft, maar het lijkt het veiligst ervan uit te gaan dat U mijn hulp bij het identificeren van vlekken en vegen goed kunt gebruiken.

De man rechts onder de drie lampen is natuurlijk Charcot. Hij demonstreert een geval van 'grande hystérie'. Twee verpleegsters staan klaar om de interessant gebouwde patiënte op de brancard te kunnen leggen zodra haar aanval doorzet. Voorzover de patiënte niet precies weet welk gedrag zij moet vertonen, kan zij zich oriënteren aan de afbeelding links aan de wand, waarop een medepatiënte in een arc de cercle is afgebeeld. Intussen informeert Charcot zijn gehoor - en dus ook de patiënte - omtrent de aard van de verschijnselen die zij waarnemen en mogelijk ook omtrent de symptomen die aanstonds zullen volgen. Ellenberger schrijft: 'De schilder heeft onwillekeurig Charcots fatale vergissing in beeld gebracht.'

Wat de schilder natuurlijk niet kon tonen is dat de groep jonge vrouwen met 'grande hystérie' er een eer in stelden om Charcot ter wille te zijn, en evenmin dat zij door medewerkers van Charcot getraind werden in het zo perfect mogelijk demonstreren van de hypnotische en hysterische verschijnselen waarvan Charcot het bestaan wilde aantonen.

Zes jaar na Charcots dood, vertelt Ellenberger, bevonden zich in de Salpêtrière, het ziekenhuis waar Charcot werkte, nog enkele vrouwen die tegen een redelijke vergoeding bereid waren een volledige hysterische aanval te ontwikkelen.

Het is niet verwonderlijk dat de neurologen niet zeer trots waren op Charcots wetenschappelijke activiteiten, maar in psychoanalytische en psychotherapeutische kring gold en geldt hij als een pionier en dat is ook niet verwonderlijk. De psychologie zou vermoedelijk helemaal geen pioniers kennen wanneer dezen zich niet aan fouten à la Charcot zouden hebben mogen bezondigen.

In Idolen van de psycholoog noemt Linschoten (1964) een kostelijke reeks van dit soort vergissingen, van het denkende paard dat 'Der Kluge Hans' genoemd werd tot de voorbeeldige proefpersoon Schneider, wiens vermeende hersenbeschädiging tot vergaande neuropsychologische speculaties leidde.

Om een voor de hand liggende maar weinig doordachte reden heb ik altijd aangenomen dat de Charcot-fout zich met name bij experimenten met mensen voordoet en dat proeven met dieren hieronder niet of minder te lijden hebben. Dit klopt niet. Linschoten (1964) haalt Pavlov aan, die in 1929 tot de conclusie kwam dat de schijnbare vergroting van de leercapaciteit van opeenvolgende muizengeneraties niet aan de factor erfelijkheid moest

worden toegeschreven, maar aan de toegenomen onderwijsbekwaamheid van de onderzoekers. Dezelfde Linschoten beschrijft een sociaal-psychologisch onderzoek van Rosenthal, dat ik voor de gelegenheid als een dierexperiment opvat. Twaalf studenten namen als proefleiders deel aan een onderzoek dat, zo werd hun gezegd, tot doel had hun experimentele ervaring te vergroten. Zij kregen ieder tien ratten toegewezen, van wie er vijf als 'dom' werden gekwalificeerd en vijf als 'intelligent', hoewel het in werkelijkheid om maximaal homogene ratten ging. De doolhofprestaties van de 'intelligente' ratten bleken in dit experiment significant beter dan die van hun 'domme' soortgenoten.

Maarten 't Hart (1984) vertelt dat hij, ter gelegenheid van een of ander jubileum, assisteerde bij het op film vastleggen van de klassieke experimenten met stekelbaarsmodellen van de etholoog Tinbergen uit de jaren dertig. Wat bleek? De hedendaagse stekelbaars is absoluut niet bereid op de modellen te reageren op de wijze die Tinbergen beschreef. 't Hart concludeert dat 'indertijd niet opgemerkte leerprocessen' Tinbergens experiment beïnvloed moeten hebben.

Onlangs beschreef ik het merkwaardige verschil tussen het beeld dat De Waal in 1982 van de chimpanseekolonie in Burgers Dierenpark gaf en het beeld dat ik twee jaar later van dezelfde kolonie kreeg (Van der Velden, 1984). Werd De Waals kolonie gekenmerkt door speelse machtsstrijd, intelligente manoeuvres en ontroerende ontmoetingen, de kolonie die ik waarnam werd gekenmerkt door verveling en grimmigheid. Vanwaar dit verschil? 't Was toch allemaal heel wetenschappelijk geweest wat De Waal gedaan had? Een verklaring zou kunnen zijn dat De Waal voor deze apen was wat Charcot voor zijn patiëntes in de Salpêtrière was. Het is mogelijk en zelfs waarschijnlijk dat de verloedering in het dierenpark optrad na het vertrek van De Waal naar Amerika. Door vriendelijke bemiddeling van de dichter F.H.Koenegracht was ik in de gelegenheid deze veronderstelling voor te leggen aan Maarten 't Hart, die niet alleen schrijver maar ook etholoog is, en die in deze laatste hoedanigheid het boek van De Waal gerecenseerd had (voor Vrij Nederland; erg enthousiast en zonder enige methodologische bedenking). 't Hart schreef terug dat hij het niet kon beoordelen, maar dat hij mijn veronderstelling wel wilde voorleggen aan professor Van Hooff, 'het apenopperhoofd' (!), dezelfde Van Hooff aan wie het boek van De Waal is opgedragen. Tot op heden maakte ik van dit aanbod geen gebruik.

De vergissing van Charcot en psychotherapie

Het toeschrijven van door onszelf of door onze omgeving geïnduceerde verschijnselen aan het object dat wij menen te onderzoeken is in de klinische praktijk routine. Onlangs had ik een manuscript te beoordelen voor Dth van een auteur die zich bekwaamd had in de zg. 'ego-state-therapy'. Haar werkwijze was ongeveer als volgt. Zij bracht haar patiënten in trance en wanneer dezen aangaven dat de hypnose voldoende 'diep' was vroeg zij hun om aan een zg. 'ego state' te vragen of deze bereid was aan de conversatie deel te nemen. Wanneer de 'state' dit wel wilde kon dit aangegeven worden met een knikje of met het opsteken van een vinger. Aansluitend werd de 'state' in de gelegenheid gesteld zijn zegje te zeggen. (U moet zich hier vooral niets griezeligs bij voorstellen. De 'states' zijn meestal vriendelijk en vervuld van de beste bedoelingen.) Uit het feit dat de 'states' inderdaad spraken - overigens wel door middel van het spreekapparaat van de patiënt - leidde de auteur af dat deze 'states' werkelijk bestonden. (Spraken de 'states' niet, dan concludeerde de auteur dat zij nog 'te beschroomd' waren.) Onder meer op grond van deze vergaande naïveteit werd het manuscript afgewezen, maar helemaal bevredigend is deze motivering toch niet. Het was juist geweest wanneer het manuscript op grond van hinderlijk merkbare naïveteit was afgewezen.

Soms is het moeilijker de Charcot-vergissing te ontdekken. Dat was bijv. het geval bij de dame die ik in het TDT van december 1975 ten tonele mocht voeren, mevrouw Groen. Zij was gedurende twee jaar begeleid door een bezorgde maatschappelijk werkster, maar deze begeleiding werd door de maatschappelijk werkster abrupt afgebroken toen bleek dat mevrouw Groen haar bedrogen had. Wat had mevrouw Groen gedaan? Zij had haar maatschappelijk werkster beziggehouden met verhalen over verhoudingen, seksuele genietingen en wegwijnende geheime kinderen, alsook over de problemen die mevrouw Groen ondervond bij het innerlijk verwerken van deze lustvolle maar tegelijk ook zo tragische wederwaardigheden, en de maatschappelijk werkster was hier gaandeweg geheel in op gegaan. Welk motief gaf mevrouw Groen op voor haar misleidende informatie? Zij was verliefd geworden op haar maatschappelijk werkster en durfde het niet aan haar deze liefde te bekennen. Zolang zij maar verhalen verzong - wat haar overigens veel moeite kostte, vooral het enigszins aannemelijk maken van nieuwe verwickelingen - wist zij dat haar hulpverleenster zou blijven.

Wat de patiëntes van Charcot, de patiënten van de 'ego-state'-therapeute en de cliënte van de maatschappelijk werkster gemeen hebben is dat zij hun helpers een plezier doen. Hetzelfde geldt voor de mensen die in analyse

zijn en inderdaad de dromen gaan dromen die hun behandelaars de overtuiging geven dat hun bezigheden zinvol zijn.

Maar dit is lang niet altijd zo. Soms weet de patiënt niet welk gedrag hij moet vertonen om de behandelaar tevreden te stellen en vervolgens te krijgen wat hij wenst.

Men noemt zomaar uit zijn hoofd diverse ernstige lichamelijke klachten, die toch tot verontrusting zouden moeten leiden.

Men kiest het zekere voor het onzekere en vertelt op het spreekuur niet dat men zich de afgelopen tijd redelijk gevoeld heeft.

Men accentueert een loopstoornis.

Men zegt dat men seksueel misbruikt wordt door vader.

Men vraagt om een bloedonderzoek.

Men zegt dat de levenspartner niet mee wil komen.

Men zet het op een schreeuwen.

Men klaagt over pijn op de borst, van links naar rechts trekkend, en dan weer terug.

Men klaagt over duizelingen, plotseling mistasten, vergeetachtigheid en uitstralende pijn in de extremiteiten.

Men wrijft de thermometer op.

En soms vraagt men de behandelaarster of deze misschien ook seksuele diensten verstrekt (ook al bij wijze van besparing).

Deze en dergelijke gedragingen kunnen als zoekgedrag worden opgevat: men zoekt naar een manier om de behandelaar in beweging te krijgen of uit beweging te houden, men is bereid hiervoor een medische presentatie te kiezen en nog is het niet goed. De lichamelijke klachten horen niet bij een bekende ziekte. De therapeut schrijft een nieuw antidepressivum voor.

Men wordt betrappt op normaal lopen. De therapeut adviseert om bij vader weg te gaan. De behandelaar zegt dat het niet in het bloed maar in het hoofd zit. De behandelaar zegt dat hij zonder de levenspartner niet kan 'werken'(!). De therapeut beslist dat op het schreeuwen extinctie moet worden toegepast of dat men nog harder moet proberen te schreeuwen.

De therapeut zegt dat het hyperventilatie is en schrijft ademhalingsoefeningen voor. Men wordt naar de neuroloog verwezen die concludeert dat het spanningen zijn. Men neemt nu wel bloed af. De behandelaarster zegt dat ze 'daar' niet voor is.

't Is niet gauw goed.

Therapeuten zijn om bij te klagen, zo lijken patiënten te denken, en wie zou ze daarin ongelijk geven? P. van de Ven (aangehaald bij Vandereycken, 1984) geeft ze ongelijk. Men komt vertellen hoe moeilijk alles is en hij

stelt voor... het bed te delen! 't Lijkt wel Zen!

Wie wel eens in een ziekenhuis rondkijkt kan gefrappeerd raken door het volgende verschijnsel. Vijf maanden heeft meneer X op de wachtlijst gestaan voor zijn knie-operatie. Eindelijk is het zover. Zijn vrouw brengt hem naar het ziekenhuis en monter wandelt hij naar de afdeling. Hij knipoogt naar een leerling, hij schertst met de hoofdzuster. Dan moet hij zijn pyjamaatje aan. En wat zien wij nu? Luttele minuten later schuifelt meneer X over de gang. Een zuiver Charcot-fenomeen.

Interessant is ook de volgende waarneming. Psychiatrische patiënten hebben ook weleens een lichamelijke ziekte waarvoor zij in een algemeen ziekenhuis moeten worden opgenomen. 't Is diverse collega's en mij vaak opgevallen hoe normaal ze daar doen. (Is hier literatuur over?)

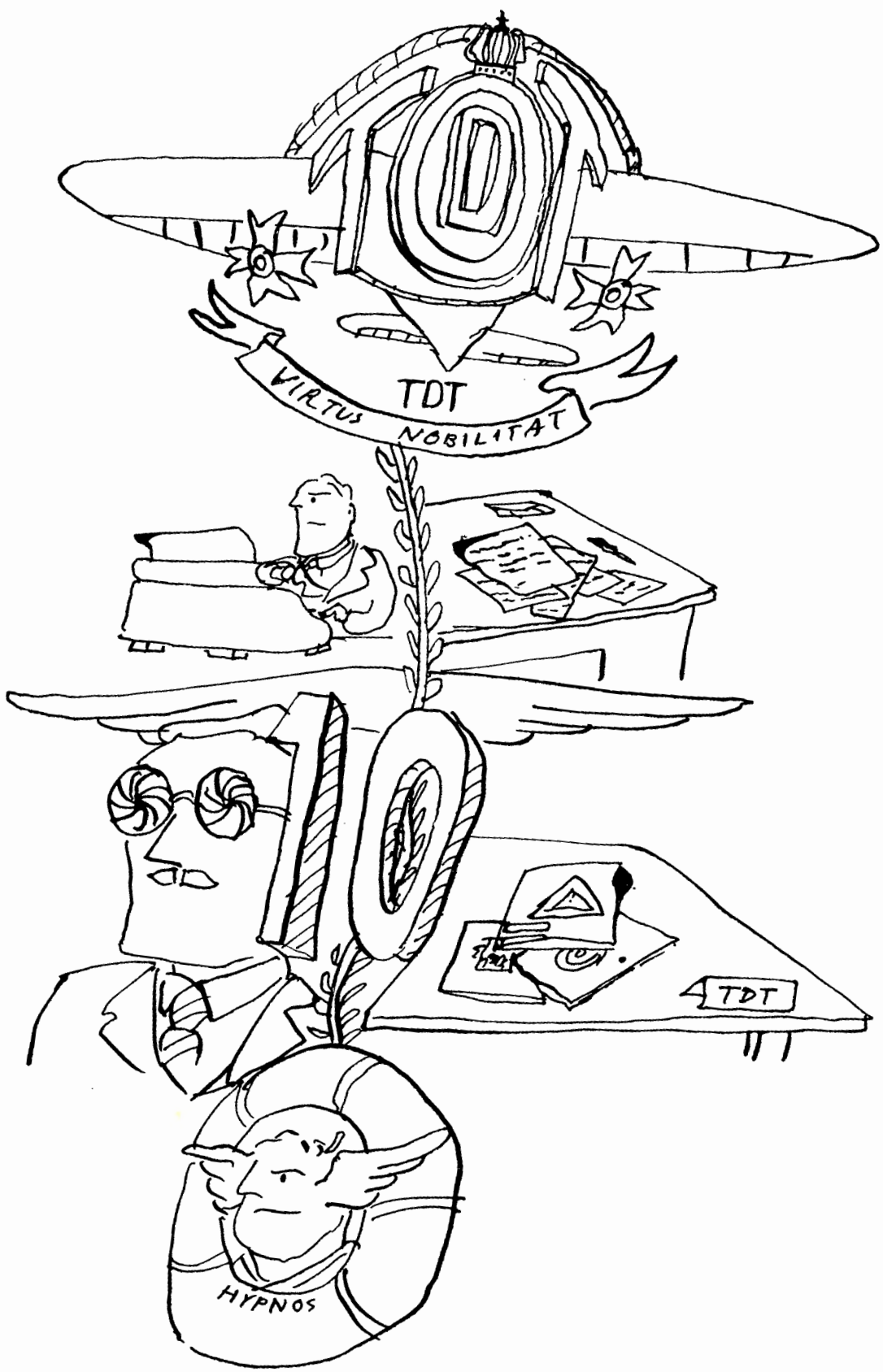
Ik noem nog één voorbeeld om te illustreren hoezeer wij zelf de verschijnselen oproepen waarover wij ons vervolgens buigen. Het betreft meneer F., die wegens een involutiedepressie was opgenomen in de inrichting waar ik 'de psychiatrische patiënt in al zijn eigenaardigheden' (Pruijssers, 1984) leerde kennen. Deze man had de gewoonte om meteen nadat hij mijn spreekkamer was binnengekomen een luid 'Slecht!' te laten horen. De vraag 'Hoe gaat het met U?' wachtte hij niet af.

Therapeuten zijn om bij te klagen, zo lijken veel patiënten te denken. Nee-nee, zeggen therapeuten, ~~motivatie~~... probleemoplossend vermogen... inzicht...symptoomgerichte behandeling... opdracht... gezin... cognitieve herstructurering...partner-relatie... inzet... ritueel... monomethodisch... psychiatrisch onderzoek... biologische factoren...

A.de Swaan en zijn medewerkers onderzochten de spreekuurprocedure van het voormalige IMP in Amsterdam (De Swaan et al., 1979). Zij kwamen tot de conclusie dat het spreekuur opgevat kan worden als een 'in hoge mate ondoorgrondelijke opgave'. De patiënt moet maar gissen naar wat de 'intaker' wenst te horen.

Wetenschappelijk gezien mag de bijdrage van Charcot aan de ontwikkeling van de psychiatrie dubieus zijn, voor de psychotherapie kan hij zonder twijfel een model genoemd worden. Hij gaf exact aan welke gedragingen door hem op prijs gesteld werden en patiënten die moeite hadden met het vervullen van hun taak werden door hem op voorbeeldige wijze geholpen.

De les die wij uit deze werkwijze kunnen trekken komt in de volgende aflevering van dit artikel aan de orde.



Enkele opmerkingen over hypnose bij dwangklachten

Dick N. Oudshoorn

I Inleiding

Tijdgebrek en weerzin om vakantiegenoegens opzij te zetten voor het werk (want schrijven over het vak is ook werk) zijn de redenen waarom ik niet het door mij beoogde artikel inzend dat had moeten handelen over de hypnotiseerbaarheid van kinderen en adolescenten met dwangklachten. In plaats daarvan volsta ik met enkele losse opmerkingen; misschien kunnen ze in tweede instantie tot een artikel uitgroeien.

II Opmerkingen

1. Hoogduin en de Jong (1984) wijzen er al op dat de literatuur over toepassing van hypnose bij dwangklachten weinig te bieden heeft. Dit geldt niet alleen voor de algehele vakliteratuur, maar evengoed voor de literatuur betreffende kinderen en adolescenten. Gardner & Olness (1981) zwijgen over dwangklachten, Williams (1979, in Noshpitz' Basic Handbook of Child Psychiatry) al evenzeer. Hoogduin en de Jong citeren Udolf (1981) die stelt: 'Obsessive compulsive neurotics are poor subjects' en Leumer & Schreuter (1975) die van mening zijn dat hypnotherapie niet erg geschikt is wanneer de dwangsymptomen lang bestaan en die hypnose ontraden bij 'ernstig compulsieve persoonlijkheden'.

In hun artikel houden Hoogduin & de Jong zich aan de criteria van DSM-III als ze over dwangneurose spreken. Daar is uiteraard niets tegen in te brengen. Ik vraag me echter wel af of hun wellicht ontgaan is dat Leumer & Schreuter twee uitspraken doen, en dat DSM-III twee categorieën kent, te weten: 'Obsessief-compulsieve stoornis' (op As I), en 'Dwangmatige persoonlijkheid' (op As II). Al lang is bekend dat dwangsyndromen bij allerlei typen psychopathologie c.q. persoonlijkheidsstoornissen kunnen voorkomen (ook Spiegel & Spiegel, 1978, 1981 vermelden dit). De meest stereotyper dwangsyndromen gaan vermoedelijk echter wel samen met dwangmatige persoonlijkheidskenmerken.

Toch is de vraag van belang of we een dwangsyndroom alleen een dwangneurose noemen wanneer die bij een typisch dwangmatige persoonlijkheid optreedt. Principieel vind ik van niet. Een dwangneurose

kan zich ook voordoen bij een theatrale (hysterische) of een andere persoonlijkheidsstoornis en kan dan toch voldoen aan de DSM-III criteria. Deze opmerking is geen muggezifterij wanneer men wil uitzoeken waarom dwangneurotici in de meeste gevallen blijkbaar slecht op een bepaald type behandeling (c.q. hypnose) reageren.

2. Hoogduin & de Jong maken al in de titel van hun artikel het onderscheid tussen *hypnotiseerbaarheid* en *hypnotherapie*, met andere woorden tussen de principiële *mogelijkheid* van het subject om positief te scoren op voldoende hypnotische items, en de praktische bruikbaarheid van hypnotische technieken.

Men kan hier twee vragen stellen:

- a. Hoe is het met de hypnotiseerbaarheid van dwangneurotici gesteld: *kunnen* ze het?
- b. Zo ja, hoe is het dan met de toepassing van hypnose bij hun behandeling gesteld: *willen* ze het en is het zinvol?

Hoogduin & de Jong onderzoeken 20 patiënten met een dwangneurose (nadat zes patiënten al onmiddellijk hadden geweigerd met als motief 'angst voor contrôleverlies'). Driekwart blijkt niet of nauwelijks hypnotiseerbaar (Stanford Hypnotic Clinical Scale). Bij navraag van de onderzochte patiënten werd wederom angst voor contrôleverlies als het meest hinderlijk ervaren.

Over de mogelijke rol van hypnose bij de behandeling van dwangneurosen zijn de auteurs nogal stellig: de combinatie hypnose- gedragstherapeutische technieken is blijkens de literatuur het meest succesvol en dat zou bij nadere analyse ook wel toegeschreven kunnen worden aan de gedragstherapeutische strategieën. Het nut van hypnose lijkt beperkt te blijven tot het *faciliteren* van de uitvoering van deze (gedragstherapeutische) technieken.

√vraag naar Op de √juistheid van deze aprioristische veronderstelling ga ik nu niet in. De belangrijkste conclusies van Hoogduin en de Jong zijn, dunkt me, dat dwangneurotici een lage hypnotiseerbaarheidsscore (SHCS) behalen, en dat angst voor contrôleverlies daarbij de belangrijkste storende factor zou zijn.

Betekent dit nu dat ze *wel* hypnotiseerbaar zijn mits de angst voor contrôleverlies kan worden overwonnen?

3. Af en toe worden bij ons kinderen en adolescenten aangemeld (slechts ruwweg 5-8%) bij wie dwanggedachten en dwanghandelingen op de voorgrond staan en die aan de criteria van DSM-III voldoen. Niet allen lijden ze aan hardnekkige neurotische of gedragsstoornissen; we zien ook dwangklachten van voorbijgaande aard, te zien als fase(overgangs)problematiek, en aan het andere uiteinde van de scala zien we ook dwangverschijnselen in het kader van psychotische syndromen.

Sinds enkele jaren neem ik bij vrijwel alle kinderen/jongeren die ik zelf behandel de Hip (Spiegel², 1978, 1981) en het AOD-persoonlijkheidstestje af. Binnenkort zal ik daar uitvoeriger over berichten. Zodoende heb ik van vijf dwangneurotische jongeren die allen ruimschoots aan de criteria van de DSM-III voldoen een indruk van hun hypnotiseerbaarheid en van hun persoonlijkheid.

P.K.	10 jr	AOD:Odysseïsch	Inductiescore:5,5	Hip:1,intact	profiel
S.J.	14 jr	AOD:Odysseïsch	9,5	4,intact	
O.A.	17 jr	AOD:Apollinisch	10	4-5,intact	
H.P.	20 jr	AOD:Apollinisch	8 ⁻	4,intact	
P.R.	20 jr	AOD:Apollinisch	8 ⁺	3,5,intact	

Spiegel² beweren dat 'Apollinisch' correleert met dwangmatige persoonlijkheidstrekken en met dwangneurose. Logischerwijs mag men veronderstellen dat 'Apollinisch' dan ook gepaard gaat met grote behoefte aan contrôle. Laten we hun voorlopig gelijk geven. Ze veronderstellen ook dat 'Apollinisch' samengaat met een laag Hypnotisch inductieprofiel (Hip). Bij mijn kleine groepje jongeren gaat die vlieger in ieder geval *niet* op: de drie die overwegend 'Apollinisch' zijn (cognitief ingesteld, locus van contrôle in zichzelf ervaren, geringe of matige neiging vertrouwen te schenken, kritische instelling tegenover nieuwe informatie, groot verantwoordelijkheidsgevoel) scoren toch een hoge Hip (oogrol). Een van de 'Odysseërs' heeft daarentegen juist een lage Hip (oogrol). Hoewel dit geen statistische uitspraken kunnen zijn, uiteraard. Belangrijker is mijn bevinding dat vier van de vijf jeugdige patiënten met een uitgesproken dwangsyndroom zeer goed hypnotiseerbaar zijn en dat de vijfde toch altijd nog in de middenrange van de hypnotiseerbaarheid zit.

4. Naar aanleiding van de vraag naar de praktische toepassing van hypnose bij de behandeling van dwangklachten bij kinderen en adolescenten kan ik het volgende overzichtje geven van de genoemde vijf patiëntjes:

P.K. Hypnose niet in de behandeling gebruikt;

S.J. Wel met hypnose begonnen, maar stuit op hardnekkig verzet;

O.A. Hypnose gebruikt in combinatie met gedragstherapie, met doorslaggevend resultaat;

H.P. Hypnose toegepast, tot dusverre met redelijk resultaat;

P.R. Hypnose niet gebruikt voor de dwangklachten, wel voor andere problemen en met redelijk succes.

Mijn voorzichtige conclusie is derhalve dat hypnose voor de behandeling van kinderen en adolescenten met dwangsyndromen zeker het overwegen waard is.

III Literatuur

Gardner, G.G. & K. Olness, ⁽¹⁹⁸¹⁾ Hypnosis and hypnotherapy with children, Grune & Stratton, everywhere;

Hoogduin, K. & P. de Jong (1984), Hypnotiseerbaarheid en hypnotherapie bij dwangneurose: eerste bevindingen. Dth jrg 4,4 (nov. 1984), 320-326.

Spiegel H, & D. Spiegel, (1978) Trance and Treatment, Basic Books, New York, (1981): Therapie en Trance, Stafleu.

Williams, D.T. 1979, Hypnosis as a psychotherapeutic adjunct. Hoofdstuk uit Noshpitz: Basic Handbook of Child Psychiatry, Basic Books, New York.