



Tijdschrift voor Directieve
Therapie/ april 1985
Jaargang XI Nummer 2

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
C.A.L.Hoogduin	Coschap Verloskunde 1	4
	Coschap Verloskunde 2	5
Leen Joele	Media vita	6
Dick en Oudshoorn	Hypnotiseerbaarheid volgens de methode van Spiegel	10
Richard Van Dyck e.v.a.	Autogene training en toekomstfantasieën bij chronische hoofdpijn	22
Alfred Lange	Hyperventilatieprovocatie en de zware last	42
Prof.Dr.Boomsma	Ernstige frustraties bij zeelieden	50
Kees van der Velden	De les van Charcot (2)	52

Omslagen: Daniël van der Velden

Montage, techniek & produktie: De Hoofdredacteur

Ha, die lezer!

't Was ditmaal door nalatigheid of traagheid van Van der Velden dat wij pas drie dagen voor de conferentie de stukken konden versturen. Daar staat tegenover dat zijn bijdrage er zijn mag. Leerzaam, actueel, modern, kritisch, menselijk - met dergelijke adjectieven moet zijn artikel gekenschetst worden.

Doch dit terzijde.

TDT opent met twee gedichten, beide van de hand van Hoogduin. Behalve de dichter zelf, Joele en Van der Velden zijn er niet veel abonnees die wij affiniteit met de moderne poëzie toeschrijven. Vandaar de volgende toelichting.

Met het 'onschuldig kind' uit het eerste gedicht bedoelt de dichter zijn proefschrift. Het 'geboren zijn' waarvan in de laatste strofe gewaagd wordt is het doctor zijn. De 'baring' is een metafoer voor het doctor worden. Met de verzuchting 'Ach waarom toch' geeft de dichter aan dat zijn promotie hem ook niet gelukkig zal maken. Bespreken wij thans 'Coschap Verloskunde II', dat iets cryptischer is dan het zojuist besproken gedicht.

Met 'een verloren liefde' wil de auteur aangeven dat zijn proefschrift net zo goed over een ander onderwerp had kunnen gaan. De 'nacht die weken duurde' symboliseert de periode waarin de dichter de eerste versie van zijn dissertatie concipieerde. De derde strofe bevat een duistere zinssnede, nl. waar de dichter spreekt over 'zo scheiden'. In alledaags prozaïsch Nederlands scheidt men, of men scheidt niet, maar men scheidt niet in een bepaalde mate. De dichter doet dit echter wel. Daar is hij dichter voor. De 'jongen, rood als Johnnie' is een zinnebeeld voor de heer Plezier, de patiënt die de dichter inspireerde tot de keuze van zijn onderwerp.

'Media vita' is niet alleen de titel van een bundel van de dichter J.C.Bloem, het is ook de naam van het artikel dat L.J.Joele inzond. De eerste zin van het stuk is prachtig.

Vreemd is dat de schrijver over het hoofd ziet dat het niet de veroudering behoeft te zijn die hem zijn therapeutische ambities doet relativieren, maar dat de acceptatie van zijn therapeutische beperkingen ook te danken kan zijn aan zijn maatschappelijk succes.

Wat opvalt is dat de schrijver niet alleen tot het inzicht is gekomen dat hij niemand 'beter kan maken', neen, hij concludeert zelfs dat 'wij' niemand 'beter kunnen maken'. Hoe weet hij dit? Past zo een uitspraak bij de bezonkenheid die de auteur zozeer is gaan kenmerken? Enfin, 't is maar gelukkig dat de zienswijze van Leen nog wat onevenwichtigheden bevat. Hij heeft nog een helft voor zich.

Dick en Oudshoorn presenteren een... onderzoek. Gaan zij alsnog promoveren? Wij kunnen niet nalaten om op deze plaats nog eenmaal het vers van Van der Velden te citeren, waarin deze de werkwijze van Dick en Oudshoorn bezingt. 't Gaat aldus:

Ronaldo is dol in zijn bol.

'Doe je oogrol, Ronaldo!

Of ik stop je vol met Haldol!'

Kostelijk, niet? En zo toepasselijk.

't Blijft ons moeite kosten de begrippen Apollinisch en Dionysisch toe te passen op degenen die wij in onze spreekkamer ontmoeten. Délacroix was een Dionysisch schilder, in tegenstelling tot zijn tijdgenoot Ingres, die als Apollinisch gekarakteriseerd kan worden; Mondriaan geldt als een Apollinisch kunstenaar, Appel als een Dionysisch kunstenaar. Enz. Maar zoals Dick en Oudshoorn het beschrijven zouden wijzelf ook weleens Apollinisch kunnen zijn! Hoe 't zij, wij wedden dat tijdens onze wetenschappelijke conferentie de nodige tijd besteed zal worden aan de methodologische aspecten van het gepresenteerde onderzoek.

Dijk schreef een volwaardige in- en uitleiding bij Autogenic Training and Future Oriented Imagery in the Treatment of Tension Headache. A Preliminary Report door R. Van Dyck, MD, F.G. Zitman, MD, Drs. C. Linssen, Drs. Ph. Spinhoven and M. van Rossum, MD. Wat van deze studie te zeggen? Misschien dat er van het Ericksoniaanse hoe langer hoe minder overblijft... Het is ook een teleurstelling te moeten lezen dat mensen met spanningshoofdpijn helemaal geen 'knopen in de nek' hebben, althans: dat er tijdens hoofdpijnaanvallen niet een bijzondere, extra spierspanning waargenomen kan worden.

Meer thuis voelen wij ons bij de bijdrage van Lange, die van a

tot z binnen de directieve traditie past: de beschrijving van een therapie met beperkte doelstellingen, en geen enkel bezwaar tegen het stimuleren van een 'vlucht in de gezondheid'.

Toen wij de zinssnede ' Uiteraard prijst de therapeut haar uitvoerig' lazen, waanden wij ons, Appolinisch of niet, ineens tien jaar terug, en wij zagen Lange weer voor ons zoals hij toen was... Ontroerend, dat is het minste dat we ervan zeggen kunnen.

Voordat de bijdrage van Van der Velden aan bod komt, vragen wij Uw aandacht voor een artikel van Kleine van der Velden. Wij namen het over uit diens tijdschrift 'Navigemus', uitgegeven door de LZG (Liga der Zeevarende Geheelonthouders); jrg.2, nr.3, maart 1985. Onder het pseudoniem Prof.Dr.Boomsma geeft hij een fel-realistische beschrijving van de moeilijkheden die zich ten gevolge van onmatig of onoordeelkundig alcoholgebruik kunnen voordoen. 't Is vooral vanwege de waarschuwende strekking dat wij de auteur toestemming vroegen zijn artikel in ons Tijdschrift over te nemen.

De Hoofdredacteur

COSCHAP VERLOSKUNDE I

Wanhopig
ploegt het onschuldig kind
zich een weg
door het gekwelde moederlijf.

Iedere wee
doet zijn hoofd van pijn bonzen.

Zijn zo grote zekerheid,
zijn zo volmaakte leven,
dreigen door de uitdrijvende krachten
een einde te moeten nemen.

Hij gilt en kreunt,
verzet zich en
remt de baring
uit alle macht,
om te blijven waar hij was,
om te blijven wat hij was.

Maar hij weet,
weldra zal ik geboren zijn.
Ach waarom toch.

september 1968.

COSCHAP VERLOSKUNDE II

Met een scheut van pijn
kondigt
de vrucht van een verloren liefde
zich aan.

Smart gloeit.
Herinneringen aan een nacht
die weken duurde
komen op.

Meepersen,
oh verscheurende pijn.
Het laatste dat ons bindt
doet zo'n pijn,
doet zo scheiden.

Blinde wanhoop,
persen uit alle macht.
woede, wrok
een knip, een gil,
een jongen, rood als Johnnie

september 1968.

Media Vita

Leen Joele.

Inleiding

Het is een genoegen om niet meer gekweld te worden door het verlangen om patienten beter te maken. Het verdwijnen vanuit narcisme geboren therapeutisch fanatisme zal wel een leeftijdsverschijnsel zijn, want ik neem niet aan dat mijn neuroticisme afneemt.

Ik verwelkom gelukkig dit teken van veroudering.

Sinds ik, sinds een aantal jaren, niet zo nodig meer hoef, lijken ook mijn patienten mijn bemoeienissen wat meer ontspannen te ondergaan, terwijl ik niet het idee heb dat de resultaten van die bemoeienissen slechter worden; in een aantal opzichten denk ik zelfs dat mijn ouder worden niet alleen voor mij, doch ook voor mijn patienten gunstig uitpakt. In het navolgende wil ik een aantal zaken opsommen die mij opvallen wanneer ik de behandelende Joele van 41 met die van 26 vergelijk. Een aantal van deze zaken zullen misschien alleen met mijn eigenaardigheden samenhangen, maar misschien is er ook voor anderen iets herkenbaar.

1. De plankenkoorts

Dat heb ik nog steeds; bij elk contact, het meest bij eerste contacten, ben ik zenuwachtig.

Ik voel me nog altijd enigszins schuldig dat ik

- a. niet alles weet van de patient, me te weinig verdiept heb in wat hij de vorige keer verteld heeft, geen banden heb teruggeluisterd of gezien etc. en
- b. nog geen volledige oplossing heb voor "Het Probleem".

Het is te vergelijken met het gevoel dat je kunt hebben wanneer je een goede vriend(in) verwacht voor wie je niet benauwd hoeft te zijn, maar op wie je niettemin -voor de zekerheid, nooit weg- een goede, liefst overweldigende indruk wilt maken. Het grote verschil met 15

jaar geleden is dat ik me in regie voel van deze beheptheid. Evenzeer als ik mij voor openbare optredens altijd oplaad door mezelf wijs te maken dat het nu of nooit is en me door lieve collega's zo ongeveer het podium op laat schoppen, evenzeer als ik op het gymnasium altijd bij belangrijke proefwerken somber announceerde dat ik wel een 4 zou halen, omdat ik er niets aan gedaan had, evenzo dek ik me tegen teleurstellingen in in mijn therapeutische gesprekken. Vroeger zou ik dit voor geen geld hebben laten merken, tegenwoordig bespreek ik dit soort zaken regelmatig met de cliëntèle, hetgeen onveranderlijk een zeer kalmerende invloed op de aanwezigen uitoefent. Kortom, paradoxale intentie helpt echt, vooral als je er zelf vast in gelooft.

2. Gestructureerde gesprekken

Hoe jonger je bent, des te meer heb je vaste punten nodig om niet te verdwalen in de klachtenpresentatie van de patient. Gesprekken volgens een vast schema, "gestructureerde interviews" heb ik echter nooit leuk gevonden, maar nu doe ik het uitsluitend nog uit didactische overwegingen. Therapeutisch vind ik structuur die opgelegd wordt, en niet natuurlijk voortvloeit uit de inzet van de gesprekspartners, een onding, dat slechts tot beperkende oplossingen kan leiden.

10 Jaar geleden voelde ik me betrappt als een patient zei: "Ik heb zo fijn met u gepraat", ik dacht dan dat ik "de zaak" niet goed in de hand gehouden had, niet "professioneel" genoeg was geweest, "gewoon maar wat gepraat" had; tegenwoordig ben ik opgetogen en voel me gevleid.

Structuur is een begrip dat van toepassing moet zijn op doel en methode van de totale therapie, niet op de feitelijke gespreksvoering. Het feit dat vele patienten hulpverleners in de G.G.Z., vooral psychiaters, vaak eng vinden, mensen die "dwars door je heen kijken", is waarschijnlijk ten dele te wijten aan een kunstmatigheid in optreden en converseren die ten onrechte, professioneel genoemd wordt, en vooral als functie heeft het gebrek aan werkelijke professionele identiteit, kortom de onzekerheid, van de therapeut te camoufleren: hoe minder man, hoe meer Juan.

Ik merk dat ik tegenwoordig vooral bezig ben om te begrijpen hoe het nu allemaal zo gekomen is, met hypothese vorming; wanneer ik "het" denk te weten, vind ik de therapie dikwijls zo vanzelfsprekend dat het bijna

banaal is om die direct en expliciet te noemen in gesprekken die verder zo plezierig verlopen. Patienten zijn, al uitleggende, dikwijls tot meer passende maatregelen gekomen, dan ik zou kunnen bedenken.

3. Het structureren in de tijd

Als er een zogenaamd kenmerk van directieve therapie is, waarvan ik betreur dat het expliciet geformuleerd is, is het wel de ijdeltuiterige kreet: "het aantal zittingen wordt beperkt gehouden".

Gezagsgetrouw als ik ben (in dit geval was) heb ik dit principe in allerlei formuleringen gedebiteerd in contacten met patienten. Het is zelfs tijdelijk een onderdeel geweest van het officiële beleid van het dagcentrum, waar ik gewerkt heb. Ik heb, ik beken het met schaamte, om het goede voorbeeld te geven, zelfs de eerste groep van acht patienten die ik in die setting opnam, na exact 6 maanden, en bloc de laan uitgestuurd.

Tegenwoordig praat ik er niet meer over en mijn therapieën komen tot een natuurlijk einde. Dat einde is nog steeds na hooguit 20 à 30 contacten; soms komt het einde van het contact tot stand omdat ik het niet meer weet en/of de cliënt weleens wat anders wil: niet omdat hij een magische deadline niet heeft gehaald. Het noemen van een maximaal aantal gesprekken frustreert cliënten of het nodigt ze uit om de therapeut tot verdere inspanningen te verleiden. Geen van beide reacties is nuttig. Bovendien kan het noemen van een maximum wezenlijk onrecht doen aan de ernst van de problematiek.

In een beperkt aantal gevallen accepteer ik tegenwoordig redelijk vreugdevol dat ik tot de patient sterft of zegt dat het niet meer hoeft, contact moet onderhouden. Vroeger zou ik dit vreselijk hebben gevonden, tegenwoordig vormen deze gesprekken voor mij een aparte uitdaging (ik kom een volgende keer hier graag op terug). Het zijn mensen die ik eens in de 2 of 3 maanden zie; bij de huisartsen heb ik geverifieerd of ze een voortzetting van de behandeling op prijs stelden. Het antwoord is altijd dat ik vooral door moet gaan, omdat het zonder mijn bemoeienissen veel slechter zou gaan. Ik ben dat ook van mening, en vervolg bevestigd de behandeling.

4. Het beter maken

Wij maken natuurlijk nooit iemand beter. Wij helpen hem om zijn leven zo te leven dat hij minder klachten heeft. De kreet "beter maken" is ont-

leend aan de somatische geneeskunde, waar therapeuten die zich tegen het medische establishment overigens modieus afzetten, graag ten onrechte, status aan willen ontlennen. Dit verwijt is vooral bedoeld voor psychiaters, die het medisch reductionisme dat in de somatiek verdedigbaar is, onverdund van toepassing achten op de G.G.Z.

Gesprekstherapie bouwt mensen niet om, ook directieve gesprekstherapie niet. Ik schaam mij tot op heden voor het feit dat ik echt verwachtte dat mensen zichzelf, en hun onderlinge relatie, op basis van mijn z.g. directieven zouden wijzigen. De taak van een therapeut bij mensen met ernstige psychische problematiek is te vergelijken met die van een troubleshooter die zorgt dat mensen die op een vlot rondrijven op een "sea of troubles" de volgende dag halen, goed met de rantsoenen omgaan, en elkaar niet om het leven brengen. Het moet zeker geen evangelist zijn die de wanhopigen alvast instrueert in de etiquette van het beloofde land van de normaliteit der maatschappelijk geslaagden. Hulpverleners beseffen dikwijls niet hoe ontredderd iemand moet zijn voor hij aanklopt aan of belandt voor de deur van een hulpverlener in de G.G.Z. Ze begrijpen vaak ook niet wat iemand allemaal al gedaan heeft om het hoofd boven water te houden; de vraag om hulp is dikwijls niet meer dan een vraag om rust, tijd voor bezinning, en begrip. Het beeld van de gemotiveerde client die, kritisch consumerend onderweg, in volmaakte keuzevrijheid, zijn agenda trekt om in een vol leven tijd te vinden voor een sessie met een hooggekwalificeerde therapeut die kan bijdragen aan de optimalisering van zijn bestaan, mag van mij overboord om voorgoed te verzuipen.

Tot slot

Een volgend maal wil ik deze ontboezemingen nog wat verhelderen met "lange verhalen", over mensen die ik al minstens 5 jaar in behandeling heb, of heb gehad.

110485

LJ/BV

Hypnotiseerbaarheid volgens de methode van Spiegel
Onderzoek naar eigen ervaring met de Hip en het AOD-
persoonlijkheidsprofiel bij 83 jongeren

Dick N. Oudshoorn

1. Inleiding

Tezelfdertijd van het congres van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie in Amersfoort in October 1981, waar Herbert en David Spiegel ook tot de sprekers behoorden, verscheen in Nederlandse vertaling hun boek 'Therapie en Trance; praktische toepassing van hypnose in de geneeskunde'. Ze beschrijven daarin in detail een gestandaardiseerde inductiemethode die drie componenten bevat:

- a) de oogrol - volgens hen een maat voor de biologische trancecapaciteit van een persoon. De score loopt van 0 tot 4 (of 5);
- b) handlevitatie - een ideomotorisch fenomeen;
- c) het door de persoon aangegeven verschil in beheersing over beide handen - een subjectief gegeven.

Deze methode kan gebruikt worden om de hypnotiseerbaarheid te meten, of als snelle inductiemethode in het kader van therapie.

Er komen twee scores uit de procedure voort:

- a) het Hypnotische Inductieprofiel (HIP) - dit vergelijkt de oogrolscore met de al dan niet aanwezige feitelijke hypnosecapaciteit. Deze capaciteit wordt afgemeten aan de gescoorde handlevitatie en het aangegeven verschil in beheersing over beide handen tijdens de levitatieprocedure. Eigenlijk is niet de score van de oogrol het voornaamste gegeven, doch het profiel van oogrol, levitatie en verschil in beheersing. Dit profiel is intact als alle drie fenomenen positief scoren, subnormaal als de levitatie negatief scoort hoewel er wel verschil in beheersing wordt ervaren, en afwijkend als er geen verschil in beheersing wordt opgemerkt. De kwalificaties 'subnormaal' en 'afwijkend' wijzen volgens de auteurs bij een oogrol van meer dan nul op ernstige organische of psychopathologische stoornissen en impliceren in hun visie dat van hypnose als behandelmethode moet worden afgezien.

- b) een gewone inductiescore (GIS) - de som van de scores van vijf hypnotische verschijnselen te weten: (1) dissociatie; (2) levitatie;

7004

-b-

(3) verschil in beheersing; (4) afsluiting van de trance; (5) zwevend gevoel na de oogrol. De GIS loopt van 0-10.

N.B. de GIS scoort dus niet de oogrol maar een aantal hypnotische fenomenen die daarná optreden.

Spiegel² nemen met vele andere auteurs aan dat de mate van hypnotiseerbaarheid een persoonlijkheidskenmerk is. Ze werken in hun boek een hypothese uit die er op neerkomt dat er twee extreme persoonlijkheidstypen zijn die respectievelijk met Dionysisch en Apollinisch worden aangeduid. Dionysiërs geraken gemakkelijk spontaan in trance, stellen een wat naïef vertrouwen in de medemens, zijn erg gevoelig voor kritiek, zijn sterk geneigd zich te identificeren met personen of bewogen gebeurtenissen en zijn zeer suggestibel. Deze typen zijn kortom goed hypnotiseerbaar.

Appolliniërs daarentegen stellen contrôle en rationaliteit boven spontane emoties, ze zijn ordelijk en kritisch ingesteld. Ze zijn in het algemeen niet of nauwelijks hypnotiseerbaar.

De meeste stervelingen zitten ergens in het middengebied en worden 'Odysseïsch' genoemd; ze hebben kenmerken van beide Goden. Ze zijn, als hun Homerische patroonheilige, in staat tot grootse heldendaden en tot diepe vertwijfeling, tot doortastendheid en creativiteit (of uitgekookte sluwheid) en tot lafheid en slapheid en alle deugden en ondeugden waarmee we het maar moeten doen. Voorzover iemand meer Apollinisch/Dionysisch van aard is is hij, volgens de Spiegels, minder/beter hypnotiseerbaar. Om die verheven epitheta hanteerbaar te maken hebben ze een uiterst prozaïsch vragenlijstje opgesteld, waarvan de antwoorden gemakkelijk te scoren zijn. Deze 'AOD-score' kan variëren van 1 (= extreem Apollinisch) tot 5 (= extreem Dionysisch).

Spiegel² veronderstellen dus dat er verband is tussen HIP en AOD; dit is een van de vragen die hieronder aan de orde komen. Daaraan vooraf wil ik nog vier andere vragen trachten te beantwoorden:

- Is deze methode praktisch goed uitvoerbaar?
- Correleert de HIP met de GIS?
- Voorspelt de uitkomst iets over de bruikbaarheid van hypnose in de behandeling?
- Is de oogrol-inductie een goede methode voor (zelf)hypnose?

-c-

Aangezien ik deze methode vooral bij veel jongeren heb gebruikt zal ik me in dit artikel beperken tot mijn resultaten bij 83 jongeren van 10 tot 25 jarige leeftijd, allen patiënt van onze kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek. Omdat mijn patiëntengroep bepaald niet als een aselechte groep jongeren kan worden opgevat, kunnen er geen statistische conclusies uit worden getrokken over de hypnotiseerbaarheid of over persoonlijke eigenschappen van deze leeftijdscategorie in onze samenleving.

2 Is deze methode praktisch goed uitvoerbaar als testonderzoek?

Ik leg van te voren uit dat dit een methode is om iemands concentratievermogen en zijn ervaringen met een hypnoseoefening te vergelijken met de uitkomst bij andere kinderen of adolescenten. Dit staat los van de vraag of in de verdere behandeling hypnose zal worden gebruikt.

Slechts twee patiënten hebben de inductie voortijdig afgebroken op grond van zichtbare angst. Het betrof een dertienjarig meisje met suikerziekte, dat destijds steeds vaker ontregeld geraakte omdat ze rommelde met haar diët en met de insuline injecties die ze zichzelf dagelijks moest toedienen. Ze gaf vooral pijn van de naald als bezwaar op, waarvoor ze dan ook door de kinderarts was doorverwezen (zelfhypnose bijbrengen) maar het was snel duidelijk dat het probleem meer inhield dan alleen de pijnlijkheid van de prikken, en dat het om groeiend protest tegen haar ziekte en de bijkomende betutteling ging. Ze was dan ook niet te winnen voor het idee van zelfhypnose om de pijn te verminderen en voelde de inductie, waarvoor ze dan wel aarzelend haar toestemming gaf, blijkbaar toch als contrôleverlies, c.q. een machtsovername door de therapeut waar ze niets van moest hebben. Het haperde technisch gesproken op zijn minst in de timing en in de motivatie. Zodoende weten we niets over haar eventuele hypnotiseerbaarheid. De andere afbreker was een borderline-jongen (DSM-III) met sterke angsten. Diverse andere patiënten met deze diagnose hebben echter wèl meegewerkt en sommigen van hen hebben er later ook therapeutisch nut van gehad.

medische Afschik - de Joffe

-d-

Wantrouwen en verzet tegen contrôleverlies heeft blijkens mijn notities nog bij drie andere adolescenten een rol gespeeld, maar zonder dat dit tot afbreken van de procedure heeft geleid. Eén van hen bleek een 'subnormaal' en één een 'afwijkend' profiel te scoren en nummer drie had -als enige- een oogrol van nul en geen enkele bruikbare hypnotiseerbaarheid. De bevindingen bij deze drie patiënten zijn dan voor tweërlei uitleg vatbaar:

- a) De uitkomsten zijn onbetrouwbaar door gebrekkige medewerking;
- b) De uitkomsten geven een betrouwbare indicatie van gestoorde resp. afwezige hypnotiseerbaarheid.

Academisch is dit interessanter dan voor de praktijk.

Bij alle overige patiënten was medewerking geen probleem en kon de inductietest in 5 à 8 minuten worden afgenomen. Het AOD-vragenlijstje had ik gewoonlijk vooraf afgewerkt; dit neemt ook 5 tot 8 minuten in beslag. (HIP- en AOD-scorelijst zie bijlage).

3 Correleert de HIP met de GIS?

De HIP bestaat, zoals reeds uiteengezet, uit een cijfer voor de oogrol en een kwalificatie voor de feitelijk optredende hypnotische verschijnselen. In het vervolg van dit artikel wordt telkens onderscheid gemaakt tussen intacte HIP's en subnormale/afwijkende.

oogrol	intact profiel	subn./afw. profiel
3,5 - 4,5 (N=31)	28	3
2 - 3 (N=44)	35	9
0 - 1,5 (N=6)	4	2 nulprofiel
<hr/> totaal (N=81)	<hr/> 67 (83%)	<hr/> 14 (17%)

tabel I

-e-

GIS	N
8,75 - 10	29
5 - 8,5	41
0 - 4,75	11
<hr/>	<hr/>
totaal	81

tabel II

Teneinde de mate van overeenkomst bij iedere afzonderlijke patiënt te kunnen nagaan heb ik de GIS met 0,4 vermenigvuldigd; dit betekent dat GIS = 10 een 4 wordt.

Vervolgens heb ik als stricte (arbitrair) norm gekozen dat $|HIP - GIS|$ ten hoogste 0,75 bedraagt en heb ik ook nog gekeken hoe de relaties liggen als deze norm ten hoogste 1,25 bedraagt; laatstgenoemde uitkomsten zijn in de tabellen afzonderlijk opgenomen. Ik ga er vanuit dat er geen correlatie is als de afwijking meer dan 1,25 bedraagt.

$ HIP - GIS $		normaal profiel	subn/afw. profiel
$\leq 0,75$	45 (56%)	44 (64%)	1 (8%)
$\leq 1,25$	65 (80%)	60 (87%)	5 (42%)
$> 1,25$	16 (20%)	9 (13%)	7 (58%)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
totaal	81	69	12

tabel III

Dit betekent dat de oogrol bij intact profiel in 64% der gevallen goed correleert met de GIS, en volgens de ruimere maatstaf zelfs in 87% der gevallen. Dat de oogrol niet met de GIS overeenkomt als het profiel subnormaal of afwijkend is, is een logische en zelfs een tautologische bevinding.

-f-

Mijn skepsis over de waarde van de oogrol als 'biologische indicator van de individuele trancecapaciteit' dient dus wat te worden getemperd.

4 Voorspelt de score iets over het nut van hypnose in de behandeling van de patiënt?

Dit is een ingewikkelde kwestie. Ik ben niet de mening toegedaan dat hypnose alleen (of vooral) zin heeft bij patiënten die hoog op een hypnotiseerbaarheidstest scoren (hoewel de procedure dan wel gemakkelijker pleegt te gaan), noch dat het tegendeel (dus hypnose bij personen die niet zo goed hypnotiseerbaar zijn) al bij voorbaat verspilde moeite is. Spiegel Sr. zou (Sacerdote, pers.mededeling,1983) nogal wat mensen hebben ontgoocheld die mijlenver naar hem toe waren gereisd voor behandeling en binnen enkele minuten zouden zijn afgewezen omdat hun HIP te laag was. Een Canadese tandarts/kaakchirurg (V.Rausch) maakt grote indruk met zijn voordracht over zijn zelfhypnose voor een galblaasoperatie en vertelt er (1983) triomfantelijk bij dat hij bij Spiegel 'slechts een twee' scoorde (waarmee hij overigens altijd nog in de middenklasse kan meekomen!), waarmee hij de lachers op zijn hand kreeg, maar -onbedoeld- heeft aangetoond dat je met middelmatige hypnotiseerbaarheid tot een grootse prestatie op dit vlak in staat bent, mits je per se wilt.

Een strakke analyse van mijn resultaten bij mijn eigen patiënten kan ik helaas niet geven omdat ik niet over een instrument beschik om de bruikbaarheid en effectiviteit van hypnose in mijn behandelingen te toetsen. Ik zal hieronder toch tot een subjectieve inschatting proberen te komen. Overigens zij nogeens opgemerkt dat ik lang niet bij alle met deze methode onderzochte patiënten ook daadwerkelijk hypnose in hun therapie ben gaan gebruiken; ik heb gewoon bij zoveel mogelijk jongeren de HIP en de AOD-vragenlijst afgenomen om de bruikbaarheid daarvan te onderzoeken.

-g-

hypnose belangrijk in therapie	hypnose marginaal in therapie	effect redelijk gunstig	effect dubieus of nul	HIP/GIS okay en hoog	HIP/GIS gestoord en laag
32	14	25		21	4
			10 dub.	8	2
			11 nul	8	3

tabel IV

Uit tabel IV is op te maken dat het percentage goed hypnotiseerbaren (volgens de gebruikte methode) van dezelfde orde is (circa 80%) onder diegenen bij wie het effect van de hypnose als 'redelijk' respectievelijk 'dubieus' en 'nul' is ingeschat. Ook de patiënten met niet-intacte HIP en lage GIS zijn redelijk verdeeld over de drie categorieën, zodat er op grond van die bevinding a priori niets over de bruikbaarheid in een eventuele behandeling valt te zeggen.

5 Is de oogrol een goede inductiemethode bij (zelf)hypnose?

<u>eerste inductie</u>	<u>'verdieping'</u>	<u>uitleiding</u>	<u>herinleiding</u>
oogfixatie duimnagelfixatie evt.poppetje oogrol handlevitatie geleide fantasie diversen	oogrol (soms) geleide fantasie blijven praten op de ademhaling	terugtellen	oogrol tellen fantasie oppakken <u>zelfinductie</u> oogrol gecombi- neerde instructie

tabel V

In tabel V heeft de auteur zijn meest gebruikte primaire inductiemethodes in de linkerkolom vermeld. Behalve de snelle methode van de oogrol pleegt hij, in volgende zittingen, nog een andere, meer tijdrovende, inleidingsmethode te gebruiken, althans wanneer daar aanleiding toe is. De patiënt kan daarna zelf uïmaken welke methode hem/haar het best bevalt. De meerderheid prefereert uiteindelijk de oogrolinductie. Er zijn er ook die de spanning op de oogspieren bij de oogrol als onaangenaam ervaren en liever een minder abrupte methode wensen. Het is ook wel een kwestie van meteen in het diepe springen of liever tredje voor tredje de zwemtrap af het water in...

Ter verdieping van de hypnose is in de grond van de zaak niets meer nodig dan dat je bevordert dat de patiënt zich goed blijft concentreren, en dan geraakt hij/zij aan de trance gewend. Bovendien speelt de tijd op zich, en training door herhaling van inducties ook een rol. De diepte van de trance die uiteindelijk wordt bereikt is volgens Spiegel² een persoonlijkheidskenmerk, en dat klopt wel met mijn bevindingen. Maar terwijl genoemde auteurs het als een aan/uit mechanisme beschrijven, is het mijn ervaring dat verschillende patiënten méér tijd nodig hebben om een werkbare trancediepte te bereiken en vast te houden. Soms pas ik de oogrol toe als verdiepingstechniek, hoewel hier misschien beter het woord 'versnellingstechniek' zou passen. Het ligt eigenlijk zo voor de hand: als iemand binnen komt is hij vaak nog buiten adem van de trappen en de zware schooltas. Daarom is een praatje vooraf wel op zijn plaats. Gaat het toch vooral om de hypnose, dan vraag ik hem/haar al gauw om naar één punt te blijven kijken terwijl hij verder naar me luistert en/of met me praat. Dan komt de patiënt er al geleidelijk aan in. Als dit proces neigt tot stagneren vraag ik dan de oogrol te doen. Deze combinatie werkt m.i. krachtiger dan elke component (hetzij oogfixatie of oogrol) op zichzelf. Ook als de patiënt er op een bepaald moment uitraakt is de oogrol voldoende om hem erin een kwestie van seconden weer in terug te laten gaan.

Als zelfinductiemethode voldoet de oogrol in de meeste gevallen redelijk goed. Maar, zoals met meer zelfhypnosetechnieken,

-i-

pleegt er na verloop van tijd erosie op te treden, vermoedelijk door gewenning of door de eentonigheid.

6 Correleert de gemeten hypnotiseerbaarheid met de AOD-score?

De oogrolscore loopt van 0-4, de AOD (op mijn formulier, zie bijlage) van 1-5. Omdat de som van de intacte profiel-scores gelijk bleek te zijn aan de som van de AOD-scores van de dienovereenkomstige patiënten hoefde ik geen omrekeningsfactor te gebruiken. Dezelfde criteria als onder 3 zijn ook hiervoor gebruikt: als $|HIP - AOD|$ hooguit 0,75 is, wordt dit als een goede correlatie beschouwd. Ook het ruimere criterium van hooguit 1,25 is gebruikt. Dan leidt dit tot de volgende tabel:

Profiel	$ HIP-AOD \leq 0,75$	$\leq 1,25$	$> 1,25$
normaal (N=59)	37 (63%)	46 (78%)	13 (22%)
subn/afw (N=12)	7	8	4
<u>totaal (N=71)</u>	<u>44 (62%)</u>	<u>54 (76%)</u>	<u>17 (24%)</u>

tabel VI

We zien dus dat de oogrol in het algemeen in 62% der gevallen goed (en in 78% matig) correleert met de AOD-score. Bij de groep bij wie het HIP-profiel intact is is deze score praktisch gelijk.

Interessanter kan een aparte analyse zijn van de hoge en de lage oogrolscores met de AOD-scores en vice versa (zie tabel VII).

Profiel	$ HIP-AOD \leq 0,75$	$\leq 1,25$	$> 1,25$
normaal HIP=4-5(N=19)	14(74%)	15(79%)	4(21%)
subn/afwHIP=4-5(N=2)	-	1	1
<u>totaal HIP=4-5 (N=21)</u>	<u>14(67%)</u>	<u>16(76%)</u>	<u>5(24%)</u>
normaal HIP=0-2(N=8)	2(25%)	5(63%)	3(38%)
subn/afwHIP=0-2(N=4)	1	2	2
<u>totaal HIP=0-2 (N=12)</u>	<u>3(25%)</u>	<u>7(58%)</u>	<u>5(42%)</u>

tabel VII

-j-

Dus vinden we bij een hoge oogrolwaarde (vier of vijf) in 67% der gevallen een hoge AOD (en volgens het ruimere criterium bij 76%). Een lage oogrolwaarde correleert veel minder goed, maar daar zijn de aantallen klein.

Ter vergelijking volgen hier de gevonden overeenkomsten tussen GIS en AOD (de GIS is daartoe vermenigvuldigd met 0,4):

	$ GIS-AOD \leq 0,75$	$\leq 1,25$	$> 1,25$
GIS 0-10 (N=73)	47(64%)	55(75%)	18(25%)
GIS 8-10 (N=40)	29(73%)	33(82%)	7(18%)
GIS 0-2,5 (N=6)	1	2	4

We zien vergelijkbare overeenkomsten als tussen HIP en AOD.

Terwijl we hierboven zagen dat een hoge oogrolscore, dus ook een hoge HIP, in niet meer dan 67% der gevallen met een hoge AOD-score overeenstemt, geldt in het tegenovergestelde geval dat een hoge AOD-score (circa 4) slechts in 53% der gevallen met een hoge HIP (oogrol) samengaat. Om de lezer voor uitputting te sparen blijft de betreffende tabel achterwege.

7 Conclusies

a. De methode van de oogrolinductie volgens Spiegel² (vaak korthedshalve met 'de HIP' aangeduid) is praktisch goed uitvoerbaar en neemt slechts 5-8 minuten in beslag. De trance die er uit voortspruit wordt door de patiënt in het algemeen niet als anders ervaren dan een op andere wijze ingeleide hypnose.

b. De HIP-score correleert in circa tweederde der gevallen met de gewone inductiescore (GIS). Hoewel dat geen ijzersterke correlatie genomend kan worden, kan de hypothese dat de oogrol iets zegt over de hypnosecapaciteit er anderzijds ook niet mee worden geloochenstraft. Vergelijking van de HIP met andere gestandaardiseerde hypnosetests kan hier meer licht op werpen.

c. de score van de HIP noch die van de GIS laten in een individueel geval een redelijk betrouwbare voorspelling toe over de toepasbaarheid en effectiviteit van hypnose in de behandeling van de patiënt. Therapie is echter überhaupt een eindeloos complexe aangelegenheid om exact te beschrijven en het is vervol-

-k-

gens al niet eenvoudiger om vast te stellen welk aandeel eventuele hypnose in de behandeling en bij de resultaten ervan heeft gehad. Het is natte vinger werk.

d. Al behoud ik mijn twijfels over het nut van de HIP als meetinstrument, voor mij staat wel vast dat de oogrol een uitstekende inductiemethode is en in deze vorm of in allerlei varianten in de behandeling kan worden ingepast. Ook voor zelfhypnose, met name als die frequent nodig is, doet deze methode mijns inziens niet voor andere onder.

e. Het verband tussen de gemeten hypnotiseerbaarheid en de AOD-score, waarmee de persoonlijkheid gekarakteriseerd zou zijn, is niet overtuigend. Het vragenlijstje blijkt geen betrouwbare voorspelling mogelijk te maken over de uitkomst van de proefinductie bij dezelfde persoon. Ook leveren de antwoorden geen bruikbare aanwijzingen op voor de te kiezen techniek of strategie; daarvoor zijn de vragen te summier wellicht. Dit heb ik in dit artikel niet uitvoeriger besproken.

Rausch, V. Cholecystectomy with self-hypnosis, lezing 1983 International congress of the Israel Society of Hypnosis in Psychotherapy and psychosomatic medicine, Haifa, aug 28-sept 2

Sacerdote, P. (1983) persoonlijke mededeling op bovengenoemd congres

Spiegel, H. & D. Spiegel (1981), Therapie en Trance, Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel.

Hypnotisch inductieprofiel (HJP) vlg. Spiegel²

scoreformulier

NAAM: _____ Datum: _____
 Zitting: eerste _____ voorafgaande dd: _____
 Houding: staand _____ liggend _____ Stoel _____ Stoel + voetenbank _____

Onderdeel

A	omhoog staren	0 - 1 - 2 - 3 - 4			
B	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">oogrol</td> <td style="text-align: center;">0 - 1 - 2 - 3 - 4</td> </tr> </table>	oogrol	0 - 1 - 2 - 3 - 4		
oogrol	0 - 1 - 2 - 3 - 4				
C	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">scheel</td> <td style="text-align: center;">1 - 2 - 3</td> </tr> </table>	scheel	1 - 2 - 3		
scheel	1 - 2 - 3				
D	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">oogrolteken (rol + scheel)</td> <td style="text-align: center;">0 - 1 - 2 - 3 - 4</td> </tr> </table>	oogrolteken (rol + scheel)	0 - 1 - 2 - 3 - 4		
oogrolteken (rol + scheel)	0 - 1 - 2 - 3 - 4				
E	Arm (R / L) levitatie-instructie	0 - 1 - 2 - 3 - 4			
F	Tintelen	0 -	- 1 - 2		
G	Dissociatie	0 -	- 1 - 2		

H	Levitatie (postinductie)	geen bekrachtiging	3 - 4	
		eerste bekrachtiging	2 - 3	
		tweede bekrachtiging	1 - 2	
		derde bekrachtiging	1 -	glimlach
		vierde bekrachtiging	0 -	verwondering

I	Bekeering (verschil)	0 -	- 1 - 2
---	----------------------	-----	---------

J	Afsluiting	0 -	- 1 - 2
---	------------	-----	---------

K	Amnesie voor afsluiting of geen test	0 -	- 1 - 2
---	--------------------------------------	-----	---------

L	Zwevend gevoel	0 -	- 1 - 2
---	----------------	-----	---------

Samenvatting score

Inductiescore	Profielscore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
_____ minuten	_____ subnormaal	_____ nul
	_____ afwijkend	_____ speciaal nul
		_____ intact
		_____ speciaal intact

Vragenlijst A-0-1 Persoonlijkheidsstructuur voor kinderen

1pt 3pt 5pt

- A** Als je héél aandachtig televisie kijkt of een boek leest, vergeet je dan wel eens waar je bent?
 [zo ja:] wel eens, dat je na afloop verbaasd was dat je gewoon in de kamer zat?
- B** Denk je het meest aan vroeger, of juist aan later, of juist aan tegenwoordig?
 of alle drie, of twee van de drie evenveel?
- C** Je weet wel, dat je je verstand hebt, en ook je gevoel. Wat vind jij het belangrijkste? Het één, of het ander, of allebei?
 C1 Als je iets samen doet met een ander, of samenspeelt, wil jij het dan voor het zeggen hebben, of mag de ander dat ook als die dat wil?
 C2 Heb jij véél vertrouwen in andere mensen, of weinig, of zit het er precies tussenin?
 C3,4 Als jij iets nieuws hoort, of leest, geloof je het dan meteen, en ga je er pas later over nadenken, of aan twifelen? Of neem je het niet meteen aan?
 C5 Ben je zelf helemaal verantwoordelijk voor wat je doet, of een beetje, of héél weinig?
 C6 Als je met iets nieuws te maken krijgt, en je kan het op twee manieren beter leren kennen: door het goed te bekijken, of door het met je handen te betasten, wat doe je dan het liefst? Bekijken of betasten(aanraken)?
- D** Als je een nieuw idee of plannetje hebt, ga je er dan over zitten fantaseren, of pak je meteen potlood en papier, en ga je het zitten uitwerken? Of is dat verschillend?
 D1 En kan je dat beter door het op te schrijven, of doe je het liever uit je hoofd?

Nee-laag ruimtebesef	A	
1x ja = middelmatig		0
2x ja = hoog		D
verleden en/of toekomst verl + heden + toekomst heden	A	0 D
Hoofd, verstand	A	
Beide		0
gevoel, hart		D
ik, zelf	A	
samen, allebei, om beurten		0
die ander		D
weinig vertrouwen	A	
veel vertrouwen		D
niet meteen geloven	A	
wisselend, soms		0
meteen geloven, of		D
later twifelen	A	
helemaal, beetje		0 D
weinig, niet		
bekijken	A	
beide		0
betasten, aanraken		D
concreet uitwerken	A	
verschillend		0
denken, fantaseren		D
hoog	A	
verschillend		0 D
laag		

: 7 = pt
 : 7 = pt
 : 6 = pt
 : 2 = pt
 Totaal pt

persoonlijkheidsscore
 totaal : 4 =

Autogene training en toekomstfantasieën bij chronische hoofdpijn.

Richard Van Dyck.

Inleiding voor TDT.

Hierbij maak ik nogmaals gebruik van de mogelijkheid om een bestaande tekst als bijdrage in te sturen. Het betreft het verslag van een vergelijkend effectonderzoek van twee behandelingen voor chronische spanningshoofdpijn. Dit is een frekwent voorkomende klacht, die tot een aanzienlijke hoeveelheid ziekteverzuim leidt en doorgaans gepaard gaat met een chronisch gebruik van pijnstillers. In feite is over de etiologie niet veel bekend. De naam suggereert dat de pijn een gevolg is van spierspanning. Dit blijkt een moeilijk houdbare veronderstelling. De spierspanning in voorhoofd en nek is niet verhoogd tijdens een hoofdpijnepisode en is bij mensen die wel aan spanningshoofdpijn lijden niet hoger dan bij mensen die hier geen last van hebben. Ook aan de juistheid van het gebruikelijke onderscheid tussen spanningshoofdpijn en migraine wordt tegenwoordig getwijfeld.

Het is dus ook niet erg duidelijk hoe en waarom biofeedback en relaxatieoefeningen werken. Dat deze methodes werken wordt vooral aangenomen op grond van studies bij studenten die meestal niet zulke invaliderende klachten hebben. Er is weinig onderzoek bij "echte" patiënten. Ons onderzoek is één van de weinigen dat werd verricht bij mensen die klachten hadden die erg genoeg waren om naar een neurologische afdeling verwezen te worden.

Vergeet ook niet het naschrift te lezen!

N.B. De tabellen waarover sprake is volgen na de tekst.

Autogenic Training and Future oriented Imagery in the Treatment of Tension Headache. A preliminary report.

R. Van Dyck, M.D.*, F.G. Zitman, M.D.*, Drs. C. Linssen*, Drs. Ph. Spinhoven* and M. van Rossum, M.D.**

Introduction

The degree to which a therapeutic procedure is adapted to a specific patient is considered by many clinicians to contribute strongly to outcome, especially in Ericksonian circles. The main purpose of this study was to compare the effectiveness of autogenic training (Schultz & Luthe, 1969) which is a rather simple standardized technique with another, slightly more complicated procedure. This consists of a more individualized approach based on imagery generated by the patient and is described as "future oriented hypnotic imagery" (Van Dyck, 1981). In order to be able to identify which elements would be responsible for differences in outcome, if any occurred, a "constructive design" (Kazdin and Wilson, 1978) is called for. This requires that to the most simple procedure only one variable at the time is added, which can consequently be studied for its effect.

Studies on therapy are most relevant when they are conducted with actual patients rather than with volunteers. As a group, patients with chronic tension headache are reported to improve with biofeedback, hypnosis or relaxation, although controlled outcome studies are rare and leave uncertain which of several elements such as relaxation, various hypnotic suggestions or placebo effects are crucial promoting results. As far as the relevance of hypnotic elements is concerned the measurement of hypnotizability may reveal a possible contribution of this factor, even when the therapy is not defined by the therapist as "hypnotic".

A secondary purpose of this study was to test whether therapist affinities or technical procedure contributed most to outcome. This was possible since each of the two therapists had a personal preference for one of the methods to be used.

- 2 -

* Department of Psychiatry, University of Leiden, The Netherlands.

** Department of Neurology, University of Leiden, The Netherlands.

Paper presented at the 36th Annual Scientific meeting of the society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, USA, October 25-27, 1984.

Design

In order to study these questions a between group comparison was designed with both therapists using both therapy procedures. Random allocation of patients to therapist and condition, resulted in a 2 x 2 factorial design.

Measures

The main measure was a Pain Diary after Fordyce (1976), which requires patients to record hourly ratings of their level of activity, medication intake and degree of pain on an 11-point scale. This paper will report on the average scores that were obtained from 3 diaries during baseline versus those of 3 diaries recorded during the week following the last therapy session.

In addition to these diaries, several questionnaires were used, of which only the Zung Depression scale will be reported on at this time. During the pre-test the Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978) was presented and at the post-test the Stanford Hypnotic Clinical Scale (Hilgard & Hilgard, 1975) was used.

Therapies

Both therapies were presented as variations of relaxation (rather than hypnotic) procedures. In order to avoid possible placebo effects due to this term, the name hypnosis was not used at all in the presence of patients. For both therapies session 1 (at day 7) was identical and consisted of discussing a written document about the rationale of relaxation in pain control and a description of the first exercise of autogenic training which is "hand heaviness". Subsequently the patient was invited to lie down on a couch and practice this exercise with the aid of an instruction tape. As homework, patients were asked to continue practicing with this tape twice daily.

Only at the second session on day 21 were the therapists informed about the condition that their patients were allocated to. In the Abbreviated autogenic training, session two consisted of a discussion about results so far obtained and further expectations with the method. A new tape was made by the therapist with the exercise of "hand warming" added to "hand

heaviness". Again practicing with the tape twice daily was given for homework. The third session was one week later on day 28 and at this time the exercise of coolness of the forehead was added and also taped, with the same homework instructions. Session 4 was on day 49 and essentially consisted of discussing the results obtained and a document in writing on how to continue practicing in varying situations and without the aid of tapes.

During the second session of the simplified future oriented hypnotic imagery the rationale of imagery of improvement for the purpose of pain control was explained. This was provided in writing, with the instruction of preparing in writing a fantasy of a day with reduced headache. Meanwhile patients were to continue practicing with their original tape. During the third session this written description was discussed with the patient and if necessary they were asked to elaborate on it.

Patients were then asked to relax with autogenic training as they had learned previously and to this were added suggestions for deeper mental and muscular relaxation. This was followed by a presentation of the future oriented imagery of the day with reduced headaches. It was suggested that practicing with the imagery would contribute to a reduction of headaches. The whole procedure was recorded on tape and this was handed to the patient for further practice at home. The fourth session was identical to the corresponding session of autogenic training. Both procedures involved 2½ hours of therapist time in 7 weeks and approximately 3½ hours training time with the tapes over this period.

Therapists

Both therapists (first and second author) are psychiatrists with a comparable level of professional experience. One is more familiar with autogenic training and had, at least before the project, more confidence in this method. The other developed the future oriented hypnotic imagery and hoped that this procedure would prove to be superior.

Patients

Two neurological clinics were informed about the project and agreed to refer patients meeting the inclusion criteria (table 1).

table 1

Between March 1982 and February 1984 165 patients with headaches were offered participation by their neurologist. Of these 33 failed to make an appointment. Before the interview, 18 were excluded on the basis of the written information and 35 turned out not to meet the criteria as a result of the selection interview. Of the remaining 79 patients 12 declined participation and 14 dropped out of treatment after it had started. Results of the remaining 54 patients who, after informed consent, completed the project, will be reported in this paper.

Results

Because of missing data results are sometimes limited to 53 patients. Data from the pain diaries indicate that this group of patients can indeed be considered as "chronic" headache sufferers (table 2). While the average history of headache is 4.5 years, only 11% of these patients had a history of less than one year of tension headache. They were not often without pain as they had on the average $1\frac{1}{2}$ continuous episodes per day which lasted a mean twelve hours. These long episodes make understandable why the average pain intensity per day is not very different from the average pain intensity per episode.

table 2

Comparison between patients in both conditions and for both therapists on data from the pre-therapy pain diaries indicates that randomisation was successful, since no significant differences were found. A comparison between pre- and post-test shows some statistically significant but clinically very modest changes on pain measures (table 3).

table 3

These were further analysed with MANOVA with condition and therapist as the two independent variables and the initial scores as covariate.

Main effects for either therapist or condition were not found, which indicates that neither therapist nor procedure conducted to better results. However for the average number of episodes per 24 hrs a significant ($p < 0.01$) interaction effect was found for therapist with condition. This was also found for the pain intensity during an episode ($p < 0.004$). For both measures the direction of the interaction indicated that each therapist obtained better results with the procedure he preferred at the start of the project.

In order to investigate the contribution of hypnotizability, a multiple regression analysis was performed on the average pain score/24 hrs with the initial score and SHCS-score as independent variables. The contribution of the initial score was found to be most significant ($p < 0.0000$). The SHCS did add a significant proportion of the variance in predicting the average pain score ($p < 0.009$). This effect was valid for both therapy conditions.

Discussion

Although some improvement was noted after the six weeks of training, these results must be considered as very modest. However, with a group of serious chronic headache patients, large short term effects may be very unlikely. Follow-up data after six months are still very incomplete but indicate that for some patients further improvement was noted while they continued to practice on their own.

No support was found for the assumption that an individualised method consistently produces better results than a highly standardized approach. Rather than the method per se, the preference of the therapist appears to be relevant. Keeping in mind that we are dealing with small differences, it may be true that variations in procedure of similar therapies may be more important for the therapist than for the patient.

We found no evidence that the addition of imagery and suggestions to relaxation improves outcome. This is in support of the notion that relaxation is a central ingredient in pain control through these and related methods. As far as the effect of hypnotizability is concerned, our results are in agreement with those of the Benson et al (1978) study. Rather than the method employed, this patient characteristic contributed significantly to outcome, which is in support of the proposition by

Bowers (1982) to define the occurrence of hypnosis by the level of hypnotizability rather than by the details of the procedure. This does not preclude the probability that some procedures may more fruitfully make use of this talent than others, but in this view less priority seems due to finesses of technique.

A clinical impression that was developed during the project was that patients profiting most from either therapy were those that could be described as "busy bees": persons who are habitually hyperactive and only allow themselves to take a rest when they are incapacitated. Relaxation procedures may help because they disrupt this hyperactive rhythm. It is unlikely that the positive effect can be attributed totally to simply resting and listening to the tape, because the total resting and sleeping time during the daytime decreased in the course of the project.

Further research in this diagnostic sense may contribute to better identification of patients that will benefit most from relaxation and related procedures.

hade pdf. sig. søk?

Naschrift.

Het gemiddelde effect is zeer bescheiden te noemen: 16% vermindering van de pijnintensiteit per 24 uur, slechts 9% vermindering van de pijnintensiteit tijdens een aanval en 33% vermindering van het aantal aanvallen. Met deze cijfers lijkt het wat verbazend, dat zoveel patiënten tevreden waren na dit project. Men werd ook gevraagd om een globale schatting te geven van de mate van verbetering die ze hadden ondervonden. Dit bleek gemiddeld 50% te zijn. Dit cijfer wijkt nogal af van de dagboekgemiddelden. We komen wel dichterbij als we een pijnindex berekenen door de gemiddelde pijnintensiteit tijdens een aanval te vermenigvuldigen met het aantal aanvallen. Dit geeft bij de voormeting ($3.3 \times 1.5 =$) 4.95 en bij de nameting ($3 \times 1 =$) 3, hetgeen een verbetering van 40% betekent.

Een tweede vaststelling was een complete verrassing. Bij controle bleek dat in de haast vanwege een deadline een codeerfout gemaakt was en dat therapeut 1 en therapeut 2 verwisseld waren! Hieruit volgt dat het interactie-effect andersom ligt en elke therapeut het beste resultaat bereikte met de methode die bij aanvang niet zijn voorkeur had! Dit verschil kan niet worden toegeschreven aan een verschil in hypnotiseerbaarheid: die was voor beide groepen gelijk. Een afdoende verklaring hebben we niet. Misschien vond elke van beide therapeuten het juist een prettige afwisseling om eens te werken met een "nieuwe" methode: dit wordt door allebei wel bevestigd. Kennelijk heeft elke opzet ontbroken om de "eigen" methode te bevoordelen. In elk geval is aangetoond dat toekomstfantasieën met goed resultaat angewend kunnen worden door anderen dan de ontwerper van de methode.

References

- Benson, H, Frankel, F.H. et al. Treatment of Anxiety: a comparison of the usefulness of Self-Hypnosis and a Meditational Relaxation Technique. An overview. Psychotherapy and Psychosomatics, 1978, 30, 229 - 242.
- Bowers, K. The Relevance of Hypnosis for cognitive-behavioral Therapy. Clinical Psychology Review, 1982, 2, 67 - 78.
- Dyck, R. Van. Toekomstfantasieën: het gebruik van autohypnose bij een op de toekomst gerichte oplossingsstrategie. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, 1981, 1, 135 - 153.
- Fordyce, W.E.. Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness, 1976, St. Louis, Mosby.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. Hypnosis in the relief of pain, 1975, Los Altos, Kaufman.
- Kazdin, A.E. & Wilson, G.T., Evaluation of Behavior Therapy, 1978, Cambridge, Ballinger.
- Schultz, J.H. & Luthe, W. Autogenic Training: a psychological approach in psychotherapy, 1969, New York, Grune & Stratton.
- Wilson, S.C. & Barber, T.X. The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: application to experimental and clinical hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 1977, 20, 235 - 243.

PURPOSES OF THE STUDY

1. comparison of a completely standardized with a more individualized procedure
2. study the addition of imagery to relaxation in the treatment of tension headache
3. compare the importance of procedural differences versus therapist affinities.

	D E S I G N		
	AT	SH	
Ther F	15	12	27
Ther R	11	15	26
	26	27	53

ABBREVIATED AUTOGENIC TRAINING

- week 1* - discussion of written information on method
- session 1* - demonstration of arm heaviness with tape
+ 30 min.
- homework:* *training twice daily with tape*
- week 3* - discussion of expectations about results
- session 2* - making tape with arm heaviness & warmth
+ 45 min.
- homework:* *idem*
- week 4* - evaluation
- session 3* - making tape with arm heaviness & warmth & cool forehead
+ 45 min.
- homework:* *idem*
- week 7* - evaluation
- session 4* - written instructions to continue practice
+ 30 min.
- homework:* *personal variations*

SIMPLIFIED FUTURE ORIENTED HYPNOTIC IMAGERY

week 1 - discussion of written information
on method
session 1 - demonstration of arm-heaviness
+ 30 min. with tape
homework: *training twice daily with tape*

<i>week 3</i>	- discussion of expectations
<i>session 2</i>	- written instructions on writing a <u>+ 45 min.</u> personal fantasy
<i>homework:</i>	- <i>training twice daily with tape</i> - <i>writing personal fantasy</i>
<i>week 4</i>	- evaluation
<i>session 3</i>	- making tape with guided imagery <u>+ 45 min.</u>
<i>homework:</i>	<i>training twice daily with tapes</i>

week 7 - evaluation
session 4 - written instructions to continue
+ 30 min. practice
homework: *personal variations*

D I F F E R E N T E L E M E N T S

ABB. AUTOGENIC
TRAINING

- relaxation as rationale and as active ingredient
- standardized procedure
- no explicit suggestions beyond heaviness, warmth and coolness of forehead

SIMPL. SELF
HYPNOSIS

- both relaxation and imagery as rationale and active ingredient
- more individualised elements
- suggestions for "deepening" and "posthypnotic" effects

C O M M O N E L E M E N T S

- therapist time : ± 2½ hrs. in 7 weeks
- relaxation as main rationale
- identical sessions 1 and 4
- same amount of training with tapes
(± 210 min. in 7 weeks)

INCLUSION CRITERIA

1. diagnosis of tension headache by the neurologist
2. duration of complaints at least six months prior to selection
3. no drug dependence as defined by WHO in 1969
4. age between 20 and 60
5. no previous therapy with autogenic training or hypnosis
6. no other treatment during the project

Table 1

M E A S U R E S

Questionnaires: (pre-post and follow-up)
Zung depression scale

Pain diaries: (after Fordyce)

- activity by the hour
- medication intake
- pain rating (1-10)
- 3 diaries during baseline
- 9 diaries during treatment
- 3 diaries at post-test
- 3 diaries at follow-up
- Creative Imagination Scale (pre-test)
- Stanford Hypnotic Clinical Scale (post-test)

PATIENT CHARACTERISTICS

N = 54

males	27	females	27
age	36.8	S.D.	10.5
housewives or jobs			66.7%
av. history of pain	4.5 years	SD	2.2
av. pain intens/24 hrs (0-10)	2.4	SD	1.3
av. pain intens/episode (0-10)	3.3	SD	1.6
av. duration of episode (hrs)	12.7	SD	6.4
av. number episodes/day	1.5	SD	0.6
ZUNG (20 - 80)	42.2	SD	10.5
SHCS	2.47	SD	1.4

Table 2

R E S U L T S

PAIN DIARIES	Pre SD	Post SD	T-test
av. pain/24 hrs	2.4 1.3	2.0 1.6	$p < 0.05$
av. intens. pain during episode	3.3 1.4	3.0 1.7	$p < 0.12$
av. number episode	1.5 1.0	1.0 0.5	$p < 0.000$
ZUNG	42 10	38 10	$p < 0.001$

Table 3

C O N C L U S I O N S

1. Only very modest improvement was achieved
2. No support for superiority of individualized procedure
3. No specific advantage noted for imagery in addition to autogenic instructions
4. Therapist affinity seems more important than technique per se
5. Hypnotizability contributed equally to results in both conditions.

HYPERVENTILATIEPROVOCATIE EN DE ZWARE LAST

Alfred Lange

1. Inleiding

Zoals bekend hebben veel agorafobici last van paniekaanvallen met hyperventilatie. Bij sommigen is de angst daarvoor zelfs de belangrijkste oorzaak van het vermijdingsgedrag. De Moor (1983) noemt dat simpele agorafobie (niet te verwarren met de simpele fobie volgens de DSM III). In vroegere jaren (vgl. Hoogduin, 1977) werd de hyperventilatie provocatie in dit soort gevallen als startpunt voor een behandeling sterk aanbevolen. Later (vgl. Van Birgelen, 1984; Kraft et al. 1982) werden de ideeën wat genuanceerder en bleek dat ook ademhalingsoefeningen een nuttige zaak voor hyperventilerende agorafobici konden zijn. De combinatie van provocatie en ademhalingsoefeningen wordt mijns inziens terecht nog steeds als superieur beschouwd (vgl. Hammett, 1983).

In dit artikeltje wil ik kort de behandeling beschrijven van een vrouw met straatfobie en paniekaanvallen waarbij de hyperventilatie provocatie wel een belangrijke rol heeft gespeeld, maar op een ongebruikelijke wijze.

2. De straatvrees van mevrouw Thee

Mevrouw Thee (55 jaar) is joods en heeft in de oorlog in een concentratiekamp gezeten, waar zij een aantal lichamelijke aandoeningen aan heeft overgehouden. Zij heeft dan ook heel wat dokters gezien in haar leven en niet alleen voor de somatische kant. Ook flink wat psychiaters, psychologen en maatschappelijke werkers hebben zich met haar bezig gehouden. Zij woont samen met haar echtgenoot. Twee kinderen wonen elders in Amsterdam. Zij meldt

zich aan voor straatfobie, waar zij al ruim tien jaar last van heeft.

Tijdens het eerste gesprek, waarbij haar man - evenals bij de andere gesprekken - aanwezig is, wordt slechts gedeeltelijk gesproken over de fobische klachten. Het gesprek gaat meer over het oorlogsverleden en over de vele somatische en psychische klachten die mevrouw Thee altijd heeft gehad en over de diverse behandelingen die zij heeft ondergaan. Enige vorm van 'doctor shopping' kan mevrouw Thee niet ontzegd worden, maar zij heeft ook werkelijk veel ellende achter de rug, of liever gezegd nog niet achter de rug.

Meneer Thee is een alleraardigste man, die zijn vrouw veel steun geeft maar niet op de stereotype manier die bij agorafobici vaak wordt aangetroffen. Het lijkt een prettig huwelijk te zijn, van twee echtgenoten die om elkaar geven en het plezierig vinden iets voor elkaar te betekenen. Het is ook niet zo dat meneer zich helemaal opoffert en aan niets voor zichzelf toekomt. Hij heeft zijn hobbies, o.a. de home-computer, waarmee hij zich hele avonden bezig houdt.

Het eerste gesprek wordt afgesloten met een voorlopig behandelingscontract. Daarbij wordt afgesproken dat het verleden met rust gelaten zal worden. Dat is immers al in zoveel andere behandelingen uitvoerig 'aangepakt'. De aandacht zal alleen gericht worden op het doen verdwijnen van de fobische stoornissen.

In de tweede zitting wordt mevrouw wat 'kort gehouden' als zij weer over van alles wil uitweiden. De aandacht wordt gericht op haar ademhaling die niet florissant is: hoog in de borst en niet in de buik. Hyperventilatie (waar zij ongetwijfeld last van heeft) en ademhaling worden besproken en er wordt een afspraak gemaakt dat in

de volgende zitting een provocatie uitgevoerd zal worden.

Behalve over hyperventilatie is er in dit tweede gesprek ook over 'roken' gesproken. Een niet gezonde bezigheid waar mevrouw wel veel genoeg aan beleeft maar wegens gezondheidsredenen toch van af zegt te willen. De therapeut toont zich wat sceptisch over de mogelijkheden om daar nu 'aan te gaan werken', maar als zij het graag wil dan valt het te proberen. Hij vraagt haar als eerste stap om elke sigaret op moment van opsteken te registreren en een grafiek te maken die per dagdeel is uitgesplitst. Grafieken maken schijnt niet het sterkste punt van mevrouw Thee te zijn, maar haar man is graag bereid om haar daarmee te helpen. !

└

Twee dagen voor de derde zitting belt meneer Thee op. Zijn vrouw is helemaal overstuur en slaapt nauwelijks. En dat allemaal omdat zij doodsbenauwd is voor die provocatie, die zij, aldus meneer Thee, zeker niet zal uitvoeren. De therapeut laat weten dat er tijdens de zitting zeker niets tegen de wil van zijn vrouw zal gebeuren en als zij persé geen provocatie wil dat dat dan bespreekbaar is in het komende gesprek.

Dat gesprek begint met een uiteenzetting van mevrouw waarom zij de provocatie niet wenst te ondergaan, hoe gespannen zij daarvan wordt. En passant vertelt zij nauwelijks meer last te hebben van 'die duizeligheden en hartkloppingen'. Zij hyperventileert dus al niet meer zo erg, is haar conclusie. De therapeut hoort het allemaal aan en vraagt dan na lang wachten hoe het registreren van de sigaretten is gegaan. Dat heeft ze niet gedaan, zonder duidelijke reden.

De therapeut wacht weer en de spanning stijgt wat. Dan vraagt hij hoe zij zich een behandeling verder voorstelt, aangezien hij nogal pessimistisch is geworden. Niet alleen door de weigering om de provocatie te ondergaan, maar omdat het niet-registreren bij hem de vraag doet rijzen of zij wel bereid is zich werkelijk in te zetten voor haar verbetering. Mevrouw sputtert wat, en belooft 'beterschap': ze zal in het vervolg alle afspraken stipt nakomen. Maar een provocatie, dat moet de therapeut niet van haar vragen. De therapeut denkt lang na alvorens hij een nieuw therapieplan ontvouwt. Hij stelt nadrukkelijk vast dat een provocatie zeer zinnig zou zijn en in wezen de 'gemakkelijkste en beste weg'. Maar als zij er zoveel bezwaar tegen heeft is het misschien toch mogelijk om het te vermijden. Maar dat betekent dat zij veel energie zal moeten steken in een ander 'stap voor stap' programma. De therapeut legt de principes

van dit ('exposure') programma uit waarbij hij steeds op subtiële wijze de dreiging van de provocatie vervlegt voor het geval het op die manier niet lukt. Mevrouw ziet dit veel meer zitten en wil zo 'aan het werk', of liever gezegd 'aan de wandel'. Om dit te concretiseren vraagt de therapeut of zich bij haar in de buurt winkels bevinden. Die blijken er op tien minuten afstand te zijn, maar dat zijn maar kleine winkeltjes. De serieuze bedrijven bevinden zich in een groot winkelcentrum op 20 minuten afstand. Daar haalt haar man zaterdag alle boodschappen. De therapeut vraagt of zij de komende twee weken elke dag naar één van de winkels in het dichtsbijzijnde centrum zou kunnen lopen om daar een 'kleine boodschap' te doen: een brood halen, iets van de drogist. Die dingen hoeft haar man dan zaterdag niet te halen. Dit lijkt hem beter dan 'zinloze' loopjes. Mevrouw ziet dat helemaal zitten en het lijkt haar ook haalbaar. Meneer vindt het ook een goed plan en de therapeut voegt er nog eens fijntjes aan toe dat hij hoopt dat het lukt omdat het dan waarschijnlijk niet nodig zal zijn om de provocatie uit te voeren.

Hierbij dient echter vermeld te worden dat wel al was afgesproken dat mevrouw Thee ademhalingsoefeningen zou gaan doen. In plaats van de provocatie bij de psychotherapeut zou mevrouw naar haar fysiotherapeut gaan om te oefenen met buikademhaling en zich oefeningen voor thuis te laten geven.

In de vierde zitting lijkt de kogel al door de kerk te zijn. Trots worden de grafieken getoond, waaruit blijkt dat zij ruim een pakje sigaretten per dag rookt zonder noemenswaardige pieken. Duidelijk is ook dat zij voorlopig niet van zins is om minder te gaan roken, hetgeen de therapeut op dit moment een wijze beslissing vindt. Niet twee dingen tegelijk doen. De echte tevredenheid geldt echter het

boodschappen doen. Zij heeft zich er keurig aan gehouden. Uiteraard prijst de therapeut haar uitvoerig. Het programma wordt wat uitgebreid, waarbij de therapeut haar vooral moet afremmen om nu niet teveel hooi op haar vork te nemen. In deze en in de volgende zitting wordt de uitbreiding derhalve slechts gericht op een 'loopje' naar een buurtcentrum waar ze een kop koffie zal drinken en op een busrit van ongeveer 20 minuten (iets waar ze ook altijd benauwd voor is geweest). De ademhalingsoefeningen van de fysiotherapeut worden besproken en tijdens de zitting gedemonstreerd.

Na zes zittingen verklaart zij zichzelf niet meer fobisch. Zij is totaal niet meer bang om alleen de straat op te gaan. Haar man bevestigt dit. Er zijn nog wel wat van de oude klachten over (onrust, gejaagdheid, somatische klachten), maar daar was zij niet voor gekomen. De behandeling wordt derhalve beëindigd met het advies van de therapeut om bij de maatschappelijk werk instelling waar 'zij loopt' een maatschappelijk werkster in te schakelen die haar zal kunnen helpen bij de omgang met de artsen. Zij wordt namelijk overal afgescheept, waarschijnlijk omdat zij de indruk wekt een klaagster te zijn. Hoewel die diagnose begrijpelijk is omdat zij zo ontzettend veel woorden nodig heeft om weinig te zeggen, is hij waarschijnlijk toch niet helemaal juist en heeft zij werkelijk bijzonder veel somatische stoornissen overgehouden aan de oorlog.

Enige tijd later wordt de therapeut gebeld door een maatschappelijk werkster die inderdaad door mevrouw Thee is benaderd. Afsproken wordt dat zij mevrouw Thee zal gaan coachen in het omgaan met artsen en zonodig zelf de nieuwe huisarts van mevrouw Thee zal gaan bellen.

3. Conclusie

Bij agorafobie met paniekaanvallen is het verkrijgen van controle over de ademhaling vaak een essentiële factor die vooraf kan gaan aan een 'exposure' programma. In deze behandeling blijkt dat exposure zeer wel mogelijk is zonder dat alle ademhalingsperikelen volledig zijn overwonnen, een gegeven dat wij ook terug kunnen vinden in de geschriften van o.a. Emmelkamp (vgl. Emmelkamp, 1982). Daarbij dienen wij misschien niet te vergeten dat haar hyper-ventilatieklachten niet zo hevig waren. Het viel eigenlijk wel mee. Ik denk dat het moeilijker zou zijn geweest als zij werkelijk ernstige paniekaanvallen zou hebben gehad.

In de meeste geschriften over 'exposure programma's' mis ik de beschrijving van de manier waarop de therapeut de cliënten motiveert om nu opeens te gaan doen wat zij nooit durfden. In dat verband zijn de suggesties van de Haan et al. (1985) zeer interessant omdat hun 'puntensystemen en beloningen' zeer motiverend kunnen werken voor de potentiële uitvoerders van het programma. Het aardige van de hier uitgevoerde behandeling ligt voor mij in de zeer motiverende motivering: Bij het falen van 'exposure' zou een provocatie nodig worden. Dit was zo sterk dat zelfs een benadering met hele kleine stapjes niet nodig was. Zij kon opeens tien minuten alleen op straat. Overigens wil ik daarbij nog opmerken dat deze afspraak niet was gemaakt als zij tijdens de zitting daarover enige aarzeling had vertoond. In dat geval zou de therapeut naar kleinere beginstapjes hebben gezocht.

Literatuur:

American Psychological Association (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.

Birgelen, J. van (1984), Verband tussen alexithymia, angstneurose en hyperventilatie. Tijdschr. voor Psychotherapie, 10, (1), 19-27.

Emmelkamp, P.M.G. (1982), Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders; Theory, Research, and Practice. Plenum Press, New York.

Haan, E. de, K. Hoogduin & P. de Jong (1985), Geleidelijke exposure bij fobische klachten. Kwartaalschrift Directieve therapie en hypnose, 5, (in druk).

Hammett, E.B. (1983), Hyperventilation and panic attacks. In: J.O. Cavenar, H. Keith & H. Brodie (eds.), Signs and Symptoms in Psychiatry. Lippincott, Philadelphia.

Hoogduin, K. (1977), De behandeling van cliënten met hyperventilatieaanvallen. In K. Van der Velden (red.), Directieve Therapie I, Van Loghum Slaterus, Deventer.

Kraft, A., K. Hoogduin & F. Bekker (1982), Een onderzoek naar de effectiviteit van vier behandelingsmethoden bij cliënten met hyperventilatieaanvallen. Tijdschr. voor Psychotherapie, 8, (5), 269-278.

Moor, W. de (1983), Het agorafobisch syndroom. Tijdschr. voor Psychotherapie, 9, (6), 278-290.

Psychologie is het vak, waar onze Quaestor C.P. van der Velden veel van afweet. Hij is toch niet de auteur van dit artikel, dat handelt over de ernstige frustraties die zeelieden aan de alcohol hebben overgehouden. Onderzoeker was Prof. Dr. Boomsma, een bekende figuur op het gebied van de Zielkunde. Hij onderzocht, als vast personeelslid van het Hoofdkwartier der LZG, enige zeelieden, waarbij hij stuk voor stuk tot de conclusie kwam: De Alcohol is een onverstandig besluit geweest. Hier volgen de ervaringen en resultaten:

a) Henk

Henk is een vijftigjarige zeeman, die gedurende dertig jaar vrijwel onophoudelijk in lijndienst op Zuid-Amerika heeft gevaren en thans met de VUT is. Het LZG-team bezocht hem en zijn zestigjarige vrouw Thea.

"Of ik op zee een fijne tijd heb gehad? Nou ja... ik weet het eigenlijk niet zo goed meer. Het kan best... maar eigenlijk heb ik het idee, dat ik een grote mislukking ben."

Het mag duidelijk zijn, dat uit deze tekst een verborgen "schokkende ervaring" spreekt. Maar welke?

We vragen, of hij zich nog iets uit zijn werktijd kan herinneren.

"Ja... vaag. Een fles of zo. Ik weet het niet zo goed meer. Ja, ik geloof dat ik het weet... misschien. Weet jij het nog, Thea?"

Een duidelijk kenmerk van geheugenverlies is, dat men personen door elkaar gaat halen. Bij deze man is het duidelijk zo. We vragen vervolgens aan hem, of hij zich ernstige emoties kan herinneren uit zijn vaartijd.

"Nou, eigenlijk niet van dat je zegt ernstige emoties. Of ja... die ene keer dat Klaas aan het zuipen was..."

Zuipen: Dat zegt al voldoende over de aard van het probleem: de drank. Vraag: "Wat gebeurde er toen?"

"Ik kan het me eigenlijk niet precies herinneren... Of toch... nee, daar zult U wel niets aan hebben."

Duidelijk een ontwijkend antwoord. Dan moet het wel erg schokkend zijn geweest. We zeggen: "Vertel maar."

"Het was die keer bij Caracas... geloof ik... Klaas had een fles gevonden. Maar... och, ik ben een mislukking, och, ik ben een verdoemde."

Hij moet er dus zelf bij betrokken zijn geweest. Spanning in de kamer. We besluiten een onderzoek te doen met een EEG (Electro-Encephalogram), om de activiteit in de hersenen te registreren. Op het EEG-apparaat sluiten we een droomuitbeeldingstoestel aan, en hieraan bevestigd is een droomuitlegginsindicator.

Een interessante onderzoeksfase zal het gaan worden, maar in de auto is Henk ingedommeld en plots schiet hij wakker.

"Aargh... daar komt het weer... ik denk weer aan die kroeg in Buenos Aires. Toen Sparks met die fles sloeg. Aargh, het gaat fout, ik ga vast dood."

Om achter de waarheid te komen zeggen we dat hij inderdaad doodgaat.

"Ai, ze zullen me grijpen. De politie... ik zie een cel... aaeghh, een affiche van een geheelonthoudersvereniging. Oeioei, ik sterf! Daar is een kruik met wijn. Ik kan er niet bij! Help!"

Duidelijk een alcoholistenillusie. EEG is niet meer nodig. Hij biecht al op.

"Ik zie de kapitein. Hij heeft een geweer... help, ik verdrink. Ik drink teveel, men kielhaalt mij! Aargh, ik stik! Aargh, ik ben een mislukking, dood mij toch!!"

Hiermee eindigt het verhaal van Henk. Hij heeft indertijd veel te veel gedronken, en merkt nu wat hij er aan overhield.

b) Arie

Arie is een gepensioneerd stuurman. Hij heeft het grootste deel van zijn leven doorgebracht op de Grote Vaart en woont nu, levend op een magere ABP-uitkering, in een krappe flat in Zoeterwoude.

"Nou, ik heb hier eigenlijk op de dag toch erg weinig te doen. Ik verveel me zo hier in deze flat. Ik kan aan niks denken, en kan me ook niet concentreren... weet U wat het is, dokter?"

We zeggen, dat we het in dit stadium van het gesprek nog niet kunnen zeggen.

"Nou ja, dat zal dan wel... U kan natuurlijk ook geen wonderen verrichten. Maar... zo gaandeweg, langzaam, ga ik over de dood nadenken. Is de dood nu eigenlijk ook niet een wonder? Of hoort een wonder nu juist alleen maar bij het leven? Maar de dood is een deel van het leven,"

Arie staat op en heft beide handen ten hemel.

"Ik denk, dat ziel en lichaam van elkaar verschillen. Er zijn immers maar weinige dingen die van beslissende invloed kunnen zijn op de ziel. Eén van die dingen is bijvoorbeeld... aargh!"

Hij valt ter aarde. Zijn vrouw Toos schiet geschrokken toe. Het is duidelijk waar wij zijn aangeland... de alcohol!

Kunnen wij nu uit deze fragmenten een les trekken? Wat is nu de essentie van de kwestie? De essentie is dat een alcoholgebruik van blijvende invloed is geworden op de geest, waardoor ook allerlei bijverschijnselen zijn gaan optreden als "geestelijke werkeloosheid" en "speurtocht in de leegten", die zich later op de voorgrond gaan dringen. Zo zal het leven als één grote geestelijke leegte eindigen, als U niet oppast. Dit alles is de schuld van de alcohol. Deze berokkent iedereen het meeste kwaad. Jan Losch zei het al in zijn toespraak, de GROOTSTE VIJAND DER ZEEMAN is de ALCOHOL.

Iedere zeeman zou dus eigenlijk lid moeten zijn van de LZG.

Wat zouden hier de gevolgen van zijn?

Wij moeten vooraf de opmerking plaatsen, dat hier zowel goede als slechte gevolgen aan verbonden zouden zijn. De goede kan men wel raden, zodat de slechte overblijven, en hier zou nu wat verwarring over kunnen zijn; wij zullen ze gemakshalve vermelden. Wanneer alle zeelui lid zouden zijn van de LZG, zou de naam moeten worden veranderd in Liga der Zeevarenden, en dan zouden het weer geen geheelonthouders zijn. Conclusie: De LZG moet slechts een genootschap zijn van een kleine groep bevoorreedden.

Prof. Dr. Boomsma

DIE KANS MOET U GRIJPEN!

Professor dr Boomsma van de LZG zal U inwijden in de grondbeginselen der hypnose tegen geringe betaling. Hoe gaan wij met leugendetectors en probleemdetectors om? Boomsma legt het U uit!

De les van Charcot (2)

Kees van der Velden

In een ietwat moeizaam betoog probeerde ik te attenderen op het verschijnsel dat de clinicus de symptomen die hij bestudeert en behandelt zelf geïnduceerd kan hebben (zie de vorige aflevering). De beroemde neuroloog Charcot haalde ik erbij en ook ratten, muizen en apen, alsmede een paard, maar wie ik er niet bijhaalde was professor Bastiaans.

't Was door het interview van Ischa Meijer met deze Leidse psychiater (Vrij Nederland, 19 januari 1985) dat ik mij de kwestie Bastiaans/Van Salland weer herinnerde.

Bastiaans en Charcot zijn vrij goed vergelijkbaar.

Was Charcot de 'Napoléon der Neurosen', Bastiaans zou de titel 'Keizer van het KZ-syndroom' niet misstaan. Beiden worden omringd door een hofhouding. Zij staan in contact met de Groten van hun Tijd. Aan alles wat zij zeggen en doen wordt een geneeskrachtige werking toegeschreven. Een verschil is dat de patiënten van Charcot geen politieke macht vertegenwoordigden.

Professor Bastiaans werkt hard. Hoewel achtenzestig jaar oud, kweekt hij geen tomaten in zijn tuintje noch smoort hij een pijpje op zijn balkon. Op donderdag 28 maart 1985 begon hij om 8.30 uur met het beantwoorden van brieven en om 22.30 uur sloot hij zijn laatste 'dieptebehandeling' af. Hoe laat het op vrijdag 29 maart werd weet ik niet, maar op zaterdag 30 maart was het weer niet voor halfelf dat professor thuiskwam. Mochten de kleinkinderen Bastiaans op zondag 31 maart dan misschien even paardje rijden op opa's knie? Geen sprake van: 'De dag was weer gevuld, eigenlijk een werkdag als altijd', noteert de hoogleraar in zijn Hollands Dagboek (NRC, 6 april 1985). Op maandag 1 april begint hij om 22.00 uur nog aan een radio-interview, en op dinsdag 2 april begint de werkdag om 7.50 uur (wanneer U en ik nog op een oor liggen) en die eindigt om 23.00 uur (wanneer U en ik alweer op een oor liggen). Een vlijtig man - tot een andere conclusie kan men niet komen.

Is het nu wel gepast om over zo'n harde werker anders dan in lovende zin te spreken?

Dat Gerrit Komrij de man afbrandde (Dit helse moeras, p. 99-101)

kan gebillijkt worden. Komrij is een dichter en hij weet wat taal is. Wat Bastiaans zegt moet voor zo iemand zo verschrikkelijk en angstaanjagend zijn, dat Komrij hem wel moest afbranden. 'n Zuiver geval van noodweereces.

Maar wat zo'n kleine man als Harry Rooymans doet (zie Vrij Nederland van 13 april 1985), is dat niet een beetje kinderachtig? 't Antwoord moet luiden: Rooymans' kritiek zou indrukwekkender geweest zijn wanneer hij er bijv. tien jaar geleden mee gekomen was. Bastiaans stond toen op het toppunt van zijn roem en wat hij toen zei, deed en schreef was niets minder potsierlijk en/of huiveringwekkend dan wat hij nu zegt, doet en schrijft.

Nu ontstaat de indruk dat een wetenschappelijk onderzoeker van het hoogste niveau - Bastiaans is h o o g l e r a a r - de grootst mogelijke onzin mag uitkramen zolang hij de kippedrift van kleine regelaars maar niet dwarsboomt.

Tien jaar geleden verscheen bij de Wetenschappelijke Uitgeverij BV te Amsterdam het boek 'Allemaal rottigheid, allemaal ellende'. Ondertitel 1: 'HET KZ-SYNDROOM VAN WILLEM VAN SALLAND'. Ondertitel 2: 'Aangrijpende verslagen van zes LSD-zittingen, geleid door de Leidse psychiater professor dr. J. Bastiaans, die samen met een verzetsman het spoor terug volgde naar 'toen'.' En, na een regel wit: 'Met een inleiding en een slotwoord van professor dr. J. Bastiaans.'

Op de volgende bladzijde vinden wij een aanbeveling, geschreven door Z.K.H. Prins Bernhard (drie maanden nadat de Prins akkoord ging met het overmaken van \$ 1.000.000.- op zijn geheime rekening in Zwitserland. Dit staat overigens niet in het boek. Ik vertel het er voor de gezelligheid bij.) Op deze aanbeveling, een aaneenschakeling van taal- en denkfouten, ga ik nu niet in.

Op de daaropvolgende bladzijde lezen wij:

'OPGEDRAGEN AAN:

Willem van Salland en de zijnen
bij wijze van excuus'.

Van wie deze opdracht afkomstig is is niet duidelijk. Bastiaans kan de afzender zijn, maar ook auteur Wim Wennekes. Wie het ook is, het excuus is op z'n plaats, want Willem van Salland was geen 'verzetsman', hij verbleef nimmer in een ander kamp dan dat van de AJC, hij had geen 'KZ-syndroom', en niettemin werd hij volgestopt met LSD.

Toen ontdekt werd dat Van Salland de oorzaken van zijn lijden zelf had verzonnen, werd het boek ijlings uit de handel genomen.

Wie was Willem van Salland? Wat mankeerde hem wel als hij dan niet door de oorlog 'getraumatiseerd' was? Van Salland was een ambitieuze sociaal-democraat, die het tot secretaris van het bestuur van de Partij van de Arbeid gebracht had. Tamelijk ver dus, maar misschien niet ver genoeg. Mogelijk was hij jaloers op mensen die wel echt geleden hadden en dit bovendien na konden vertellen. Wie weet werd hij op verjaardagen over het hoofd gezien omdat hij nooit wat interessants had te vertellen. 't Is niet uitgesloten dat hij op een dag begon met een beetje te liegen, laten we zeggen om een meisje voor ~~hem~~ *zich* te interesseren, dat hij hiermee enig succes had, en dat hij er telkens een leugentje bij moest doen om te voorkomen dat het kind van verveling naar een boeiender persoon zou gaan uitkijken. 't Is ook mogelijk dat hij meteen begonnen is met een grote leugen en aansluitend niet meer wist hoe zonder gezichtsverlies op de dwalingen zijns weegs terug te keren. Of misschien raakte hij geleidelijk aan wel verslaafd aan de heerlijke sensatie die optreedt wanneer men anderen om de tuin leidt. Ik weet het niet. Gelukkig bestaat er voor zo'n aandoening wel een nummer en een naam: 300.16, d.w.z. Factitious Disorder with Psychological Symptoms.

Wie het boek leest in de wetenschap dat hier een aperte leugenaar aan het woord is, moet toch tot de conclusie komen dat ... het meevalt. Van Salland verzint niet zo gek veel, het meeste wordt hem in de mond gelegd. En als hij de waarheid spreekt wordt hij door zijn behandelaar niet goed begrepen:

Bastiaans: Je ziet veel meer dan je zeggen kunt?

Van Salland: Jaja.. veel meer...

B.: Je vraagt je zélf af of je wel het recht hebt op zo'n eerste klas behandeling.

S.: (er onmiddellijk bovenop springend) Dat vráág ik me inderdáád af, já. !

B.: Het feit dat ik hier op een zaterdagavond met je ga zitten praten terwijl andere mensen gezellig thuis zitten (...)

(Pag. 111.)

Zelfs als hij meedeelt zijn herinneringen zelf maar zo'n beetje te verzinnen wordt Van Salland niet geloofd.

B.: Maar wát was er nu met die gijzelaars? Want dat is iets wat je duidelijk erg dwars zit.

S.: Ja, dat is ook zo... Maar ik zit een beetje in de moeilijkheden

wat dat betreft... Verdomd! Ik weet gewoon niet hoe ik de zaak weer op een ordentelijke manier bij elkaar moet prakkizeren... Echt niet!

B.: Zal ik je weer helpen?
(Pag. 77.)

Bastiaans helpt erg veel.

B.: Je hebt op een gegeven moment een belangrijke mof neergeschoten. Daarna zijn, zonder dat je dat wist of er iets aan kon doen gijzelaars opgepikt...

S.: Jaja...

B.: Maar jij handelde in opdracht!
(Pag. 78.)

S.: Jawel, maar...

B.: Ik bedoel: je opdrachtgevers konden wel zoveel willen, maar wat niet kon, kon niet.

S.: Dat is waar, ja...

B.: Toch heb je die opdracht uitgevoerd.
(Pag. 78/79.)

't Is allemaal nogal vaag: 'de' opdrachtgevers, 'die' gijzelaars. Wanneer de patiënt traumatische ervaringen op die manier beschrijft kan de behandelaar bedenken dat de patiënt wellicht een poging doet hem bij de neus te nemen. Ook Bastiaans vindt de vage aanduidingen kennelijk onbevredigend. Op zeker moment doet Van Salland het voorkomen of hij onder de invloed van de LSD de aanwezigheid van zijn verzonden verzetsvrienden als werkelijk ervaart (B.: 'De beelden van de jongens en de meiden spoken alsmaar door je hoofd'), en Bastiaans moedigt hem aan namen te noemen. In de kamer zijn, behalve Bastiaans en Van Salland, ook auteur Wennekes en de aantrekkelijke verpleegster Anneke aanwezig.

B.: Op wie lijkt ze? Aan wie doet ze je denken?

S.: Oh god!

(...)

B. (tot drie keer toe zijn vraag herhalend, steeds strenger): Op wie lijkt ze?

S.: ...

B.: Nou?

S.: ...

B.: Weet je het al?

S.: (weer opkijkend): Ja... Ik weet het...

B.: Zeg het eens!

(...)

S.: Op... op... Toos. Jij bent Toos...

(Pag. 122/123.)

Het hoge woord is eruit. Anneke lijkt niet alleen op Toos, zij is Toos. 't Zijn dus wel degelijk indringende herbelevingen welke met LSD tot stand gebracht kunnen worden.

Toch is Bastiaans nog niet tevreden. 't Is niet genoeg dat de LSD z'n werk doet, de patiënt moet ook tot een uitbarsting van gevoelens komen, huilen, krijsen, braken; het 'zelfverdedigingspantser' moet zo te zeggen 'afgebroken' worden.

B.: Waar is Toos kapotgegaan?

S.: Ja... waar is Toos kapotgegaan, Jan...? Ik weet het niet...

Toos... Oooohhh, Toos...

(Pag. 123.)

Natuurlijk weet Van Salland niet waar Toos 'kapotgegaan' is. Er is nooit een Toos geweest en gelukkig is ze ^{ans} ook nooit 'kapotgegaan'. Maar hoe moet Van Salland voorkomen dat hij Bastiaans daar achter komt? Door hem te geven wat hij het liefste krijgt: emotie.

B.: Huil maar!

(...)

B.: Toe maar. Laat het maar komen. Een ècht mens moet kunnen huilen! Samen met jou hebben we nu verdriet.

(Pag. 123.)

Bastiaans gaat nu voort Van Salland werk uit handen te nemen. Toos is 'kapotgegaan', Van Salland huilt. Waarom zou Van Salland huilen?, zo vraagt Bastiaans zich af. Hij zou het Van Salland kunnen vragen, maar in plaats daarvan deelt hij het Van Salland mee.

B.(als Van Salland weer bedaard is): Zie je die kelder nog?

S.: Jaaa... Ik zit er weer middenin. Oooohhh...

B.: Weet je waarom?

S.: ...Nee...

B.: Daar werd je geslagen, omdat de moffen dachten dat je ergens schuldig aan was.

S.: Ja...

B.: Daarom: op momenten dat je je wèrkelijk schuldig voelt, stop je jezelf weer terug in die kelder. Om jezelf te straffen.

S.: Schuldig, ja.

B.: Schuldig aan de dood van Toos. Zó voel je dat... En dáárom roep je die nare herinnering aan die kelder weer op.

S. (weer de kamer inkijkend): Ja? Komt het daardoor?

B.: Jazeker!

(Pag. 123/124.)

't Is voor de derde maal dat ik deze fragmenten overtik, en voor de derde maal bevangt mij, op dit punt aangeland, de vrees dat ik ervan verdacht zal worden citaten uit hun verband gerukt te hebben, informatie te hebben achtergehouden, toevoegingen te hebben bedacht. Maar alles wat ik schrijf komt zó uit Wennekes' boek. Het is niet anders.

Steeds ook neem ik mij voor een kanttekening te plaatsen waarin hetgeen ik wil aangeven verduidelijkt of toegelicht wordt, maar

het lukt mij niet. Kan wat duidelijk is verduidelijkt worden, kan wat belachelijk is belachelijk gemaakt worden?

Met Van Salland krijgt men gaandeweg meer medelijden, maar de tekst draagt gaandeweg meer tot vrolijkheid bij.

't Is voor Van Salland natuurlijk een hele opgave om steeds weer iets te verzinnen waarmee hij de professor tevreden kan stellen. Of de LSD zijn fantasie stimuleert dan wel remt is onbekend. Uit de tekst krijgt men de indruk dat Van Salland zo lang mogelijk wacht met iets concreets te zeggen - nou ja, zo lang mogelijk... het duurt zelden erg lang voor Bastiaans hem te hulp komt. Maar een enkele keer is het voor Van Salland onmogelijk om Bastiaans het werk te laten doen, en voor wat hij dan verzint *pa* . regelrechte bewondering.

S. (fluisterend vanuit de kussens): Oh god... Jan... Neee!

B.: Is het te moeilijk?

S. (bijna onverstaanbaar fluisterend) Jaaa... oh jaaa...

B.: Willem, èrgens zit nog een geheimpje. Kun je ons dat vertellen?

S.: ...

B.: Willem, hoor je me?

S.: Jawel...

B.: Ik vroeg of je misschien nog iets achterhoudt. Een bepaalde herinnering, een bepaalde angst misschien?

S.: ...

B.: Ben je soms bang, dat je - nadat ze je in die kelder zo geslagen hadden - misschien tóch iets verteld hebt? Dus dat ze iets uit je gekregen hebben, zonder dat je dat zelf besefte?

Wat zou U zeggen, lezer, wanneer U in Van Sallands plaats was?

Nou, dat doet Van Salland ook.

S.: Ja... Daar ben ik heel erg bang voor geweest, ja...

B.: Maar is het dát of iets anders?

S.: ...

Tja, wat te doen. Als Van Salland zegt: 'Wàt, dát is het' gaat Bastiaans zeker door: 'Wàt zou je verteld kunnen hebben? Weet je het niet? Dan geven we je er nog wat LSD bij.' Zegt Van Salland: 't Is iets anders' dan hangt hij ook. Let op de uitweg die Van Salland kiest.

B.: Willem, we zoeken nu samen naar een hele diepe angst of een soort beklemmend gevoel waar je nog niet over hebt durven praten. Wàt kan dat zijn?

S.: ...

B.: Vertel dan eens wat je nu voelt?

S.: Tja... iets heel vreemds...

Goed hè?

B.: Wat dan?
 S.: Iets wat niet bij mij past, geloof ik.
 B.: Vertel het maar! Wat past niet bij je?
 S.: Ik weet het niet... O ja. Daar komt het weer...
 B.: Nou?
 S.: Het is een soort angst voor... voor wat ik dan maar

Let nu goed op, lezer!

de Derde Wereldoorlog zal noemen...

Steeds als ik bij deze passage ben moet ik me inhouden om niet te applaudisseren en luidkeels 'Bravo!' te roepen. Hoe verzint-ie het, hoe komt-ie erop! Een man van achterin de vijftig met een lichaam vol LSD!

Hoe bereikte Van Salland dat hij niet de ene zitting dit en de andere zitting dat ging beweren? Door zorgvuldig de banden van de zittingen af te luisteren. Is dit achteraf bekend geworden? Welnee, Van Salland schrijft het zelf in een , in het boek opgenomen, dagboekfragment (pag. 85):

Enkele uren per dag, maar bij voorkeur niet langer dan drie uur, liefst in de vroege ochtend om de nachtrust niet al te zeer te verstoren, begon ik de band steeds weer opnieuw af te luisteren. Aanvankelijk in zijn geheel, later systematisch. Dat wil zeggen: met behulp van de teller op de recorder ging ik na hoelang ik over bepaalde onderwerpen sprak en waar een eenmaal aangeroerd onderwerp weer elders op de band terugkwam. Met andere woorden, systematisch ging ik na op welke momenten tijdens de zitting ik het gehad had over bij voorbeeld de overval op de munitietrein op de Veluwe, of over mijn verblijf in de Euterpestraat. Woord voor woord schreef ik al het gesprokene uit, onderwerp bij onderwerp voegend. Daarna ben ik alles wat ik opgeschreven had, gaan nalezen. Een keer, twee keer, tientallen keren.

In 1976 werd Van Salland ontmaskerd. De schrijver van de aanbeveling viel in hetzelfde jaar door de mand. Hoe het Van Salland verder vergaan is is mij niet bekend. Hoe het Bastiaans verder verging weet iedereen.

Harry Rooymans werd in 1976 professor in Leiden. Gerrit Komrij wijdde zich in deze tijd aan de ontmaskering van de Scientology-beweging.

.....

't Houdt iets flauws, dat gehak op Bastiaans. Oude man, ding dat voorbijgaat. Aan het zoeken van welke waarheid ook heeft hij niet bijgedragen. Retoriek en lucht heeft hij toegevoegd aan retoriek en lucht. Nou ja, wat zou het. Laten we ons bezighouden met de vraag wat er moet gebeuren met de leden van zijn sekte wanneer

hun Leider hun ontvallen zal zijn.

Wij moeten een onderscheid maken tussen

- a) de onvrijwillige leden, en
- b) de vrijwillige leden.

Ad a. Niet lang geleden mocht ik ontvangen: een jongensachtige man, een jaar of achtenveertig, die aan depressies leed. Jarenlang was hij behandeld geweest maar het had niet mogen baten. Hij was in goeden doen en kon de dagen doorbrengen met het fantaseren over meisjes en stil verdriet, en het schrijven van korte impressies die hij niemand durfde laten lezen. ^{Op} welke verschijnselen zijn 'impressies' ^{rebeten} weet ik dus niet precies, maar, afgaand op zijn woorden, moet men zich bespiegelingen over de verschijnselen verlangen, verdriet, verbittering en ironie voorstellen.

Deze man nu was getrouwd met een van plissé-rokken voorzien molenpaard met een bril op. Hij dacht dat een verbetering van de omgang met zijn vrouw mogelijk zou kunnen leiden tot een vermindering van de somberheid. 'k Vroeg het paar de IPOV in te vullen. Zij bleven in het eerste deciel. 'k Stelde het paar voor enkele activiteiten te ondernemen die ertoe zouden kunnen leiden dat het in deciel twee zou kunnen terechtkomen. Niets kwam ervan terecht. Volgens de vrouw lag de toestand van de man aan zijn jeugdervaringen en 't was aan die ervaringen dat er 'gewerkt' moest worden. De man, die als klein kind in een Jappenkamp had gezeten, beweerde dat de jeugdervaringen in geen dele hinderden, maar 't vrouwtje hield voet bij stuk en hij ging door de knieën. Deze mensen behoorden - en dat behoren ze nog - tot de zg. upper-upper class. De verzekeringsgeneeskundige durfde de man ^{dus} absoluut niet naar zijn werk te sturen. Hij sprak met mevrouw en was opgelucht dat hij een therapie kon voorstellen. Op grond van zijn kampervaringen moest de jongensachtige man naar Leiden, naar een internist. Deze internist trok een halve dag uit voor zijn onderzoek. Nadat hij de kerngezonde man van top tot teen had nagekeken, nam hij een psychiatrische anamnese af. De patiënt ontkende bij hoog en bij laag dat hem iets van vroeger dwars zou zitten. De internist overlegde aansluitend met professor B., en gezamenlijk besloot het dokterspaar dat hier 'dieptebehandeling' geïndiceerd was, júst vanwege het ontbreken van nare ^{herinneringen} ~~ervaringen~~. Om zijn uitkering niet in gevaar te brengen ging de patiënt met het voorstel akkoord.

Patiënten als deze zullen in de toekomst wel bij andere therapeuten

terecht kunnen.

Ad b. Met erg veel toestanden, getelefoneer, suïcidepogingen en angstaanvallen ging de aanmelding van de heer D., bijgenaamd 'De Zenuwleeuw' gepaard. De man was onder behandeling op de polikliniek van professor B. Er was voor een verzetspensioen gezorgd, voor een uitkering om auto te kunnen rijden en recentelijk had een of andere instantie hem een vergoeding van f 365,- 's jaars toebedacht om te kosten te kunnen dekken van de gevolgen van het beven met de armen en de benen. 't Bleek een zwakbegaafde man. Ongetwijfeld heeft hij in de oorlog een nobele daad verricht - of misschien zelfs meerdere nobele daden - en misschien is het ook wel zo dat zijn gestel door die nobele daad zodanig is aangetast dat hij niet meer tot vriendelijkheid jegens familie in staat was. In elk geval wilden zijn kinderen hem niet meer zien.

Tweemaal per week werd deze man op de polikliniek die hierboven genoemd werd gezien. Eens per zoveel weken kwam dan ook nog professor zelf kijken. 't Hielp enorm, niet in de zin dat het beven minder werd, maar ja, hoe zal ik het zeggen, je voelt je toch ergens gesteund, niet.

Groot was de vertwijfeling toen bleek dat hij, gelet op de nakende sluiting van voornoemde polikliniek, alvast naar een Riagg verwezen werd.

Wat te doen?

De arme kerel beefde over zijn hele lichaam, spreken kon hij amper, z'n huisarts bezocht hem dagelijks, hulp van zijn vriendin leidde slechts tot impulsieve suïcidaliteit of suïcidale impulsen. 't Was duidelijk dat hij minstens tweemaal per week gezien wilde worden. Zelf kon ik hem er onmogelijk bij hebben, maar ik wilde het ook niemand van mijn afdeling aandoen met deze man te moeten optrekken. De patiënt, mijn wanhoop bemerkend, gaf dreigend aan een verwijzing naar weer een ander absoluut niet te zullen kunnen verwerken... Toen deed ik iets wat ik nog nooit heb gedaan. Ik zei: 'Ik ben hiér de professor Bastiaans' (of: 'Hiér ben ik de professor Bastiaans', of: 'De professor Bastiaans van hiér dat ben ik' - ik heb het niet op de band.) Dat gaf de patiënt rust en mij diepe schaamte. Hij was nu bereid naar een ander te gaan, op voorwaarde dat ik hemeens per zoveel tijd zou zien, voor controle. Met een hoofd warm van verwarring en gêne vroeg ik mijn goede vriend N.N. of

hij de begeleiding van deze man ter hand wilde nemen. Dit gelukte. N.N. begon meteen met de frequentie van de zittingen terug te brengen van tweemaal naar eenmaal per week. Hij doet wat hypnose met de man, om zich niet te hoeven vervelen. Als de man mij langs de wachtkamer ziet lopen werpt hij mij een blik toe die zo van dankbaarheid en geluk vervuld is dat ik van een gouden glans zou willen spreken. 't Moet dankzij dergelijk blikken zijn dat Bastiaans het gevoel heeft nog immer op de goede weg te zijn.