



Tijdschrift voor Directieve
Therapie/JanuaRi 1986
Jaargang XII Nummer 4

Eenmanland

1	De Hoofdredacteur	Ten Geleide
3	Alfred Lange	Hulp aan fobische partners
—	Dick N. Oudshoorn	Een gemodificeerde geen bijdrage
7	Kees Hoogduin	Enige opmerkingen over de twijfelzucht en het nemen van beslissingen
15	Richard Van Dyck * ¹	Suggestie, gevolgd door fobieën en hypnose (32)
56	Frank Koenegracht & Kees van der Velden	De behandeling van een jonge vrouw met een sociale fobie, automutilatie-aanvallen, een atypische eetstoornis en een borderline personality disorder door middel van metaforische gedragstherapie
63	Kees Hoogduin	De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis
71	Alfred Lange	De eerste versie van De invloed van taal op bias bij psychotherapeuten
85	Kees Hoogduin	Over de behandeling van een vrouw met (pseudo)hemiballistische verschijnselen
95	Leen Joele	Een bijdrage die separaat wordt toegezonden: <i>Wat moeten we in Vredesnaam met Meester Van Zanten?</i>

Ten Geleide

Hoe collegiaal is Alfred Lange?

In zijn in koeienletters uitgevoerde bijdrage 'Hulp aan fobische partners' (hij bedoelt: 'Hulp aan partners van fobici'), die meer adequaat 'Hulp aan blinde partners' (dat wil zeggen 'Hulp aan partners van blinden') genoemd had kunnen worden, vinden wij de zinsnede 'Op het gevaar af dat ik met Dick vergeleken wordt (ja, met dt, DH)...'. Alsof het een gevaar en niet een heel groot voorrecht zou zijn om met Dick vergeleken te worden! Dat Lange hierna als een dolleman op Van Dyck inhakt zal de lezer niet verbazen. 't Komt erop neer dat Lange Van Dyck een tekort aan subtiliteit in de omgang met de partner verwijt... Uitgerekend Lange! 't Is dat wij weten dat de kinderen van de heer Lange het Ten Geleide van Oom Hoofdredacteur altijd spellen (en ook luidop aan elkaar voorlezen), anders zouden wij heus wel langer op dit punt doorgaan. Nu, kinderen, jullie Pappa is een hele lieve en sportieve man, en jullie moeten hem zeker in ere houden, maar volmaakt is hij nou ook weer niet.

Ach, het is wel duidelijk dat Lange een beetje jaloers is op de Groningse gedragstherapeut Emmelkamp. 't Is waar dat ook wij soms de indruk krijgen dat Van Dyck een soort van liefdesrelatie heeft opgebouwd met Emmelkamp en dat hij zijn contact met Lange dientengevolge ietwat aan het verwaarlozen is. Regelmatig laat hij Lange alleen naar Utrecht reizen. Waarheen? Naar de bijeenkomsten van het bestuur van de Vereniging voor... relatie- en gezinstherapie. Een kluwen, dat is het.

Ook Van der Velden heeft het moeilijk gehad met de nieuwe partner van Van Dyck. Ooit waren zij onafscheidelijk, Richard en Kees, de eerste heeft zelfs bij de tweede geslapen, althans in diens huis, maar sinds Paul in Richards leven kwam... Zie nu echter het verschil tussen Lange en Van der Velden. Van der Velden zeurt niet maar kiest meteen een nieuwe partner (Frank Koenegracht geheten) en maakt diepe buigingen voor Van Dycks nieuwe partner Paul. Tamar en Yasha, merken jullie nu dat het ook anders kan?

Twijfelzucht is het onderwerp van Hoogduin. Zou Hoogduin deze zucht kennen? In genen dele. Iedere vorm van twijfel is hem vreemd. Wat zou hem toch fascineren in de mens die zo fundamenteel verschilt van hem zelf? Begrijpen doet hij de twijfelzuchtige niet, dat blijkt wel uit de zin 'Het leven bestaat uit het nemen van beslissingen'. Ja, voor Hoogduin bestaat het leven uit het nemen van beslissingen, maar voor Ons bijv.

niet. Wij beslissen zelf nooit iets (zijn Wij de 'lieve sympathieke twijfelaar' waarvan Hoogduin gewaagt?) en hebben de ervaring dat dit ook het verstandigste is. Wie niet beslist bemerkt dat de knopen die hij volgens anderen zou moeten doorhakken vanzelf aan actualiteit inboeten en op den duur vergeten worden. Overigens, kinderen Lange, werden Wij bij het promoveren van dit tekort tot een aanbevelenswaardige gedragsstrategie ten zeerste geholpen door jullie Pappa.

Wij vergaten even de bijdrage van Oudshoorn - pardon -, die Wij 'Een gemodificeerde geen bijdrage' doopten, eenvoudig omdat Wij ons niet kunnen voorstellen dat onze Dick gewóón niets in zou zenden.

Nu goed, Van Dyck. Het is duidelijk dat hij door de knieën is gegaan. Hij gaat promoveren en U kunt lezen waarop. Het feit dat hij door de knieën is gegaan ten gevolge van Onze consistente advisering zit hem nog niet helemaal lekker (zie zijn Inleiding), maar wanneer Wij tegenover hem benadrukken dat hij het 'helemaal zelf' bedacht heeft hoeft dit niet uit te groeien tot een groot probleem.

Hoogduin, op wiens persoonlijkheid Wij thans niet meer ingaan, schreef twee ouderwets-directieve stukken. In het eerste wordt de vraag besproken hoe men mensen met lichamelijke klachten zover kan krijgen dat zij gaan denken dat het 'psychisch' is; in het tweede demonstreert hij de toepassing van deze benadering bij een vrouw met hemiballistische verschijnselen. Zeg Hoogduin, heb je het advies voor deze mevrouw niet indertijd bij redacteur Van der Velden thuis zitten bedenken? En heeft die Van der Velden je daar toen niet een iezepietsje bij geholpen? Gaarne erkenning! Wat Lange schrijft in 'De eerste versie...', Wij weten het niet, Wij hebben het nl. nog niet gelezen.

Hetzelfde geldt voor Joele's bijdrage.

Als het goed is bereikt die U tegelijk met dit nummer.

Graag zien Wij U aanstaande donderdag, wat ons betreft om 16.- uur.
Veel genoeg en plezier.

De Hoofdredacteur

HULP AAN FOBISCHE PARTNERS

Alfred lange

Voorwoord

Mijn geachte mederedacteuren zullen wat verbaasd naar de bovenste regel van de volgende bladzijde kijken: een pagina nummer dat zijn zij wel gewend, maar zo een aanduiding erbij en dan nog datum en tijd. Is het niet fantastisch? Op het gevaar af dat ik met Dick vergeleken wordt, dwz. met zijn tekstverwerkersmanie, wil ik mijn collegae toch laten profiteren van mijn nieuwste aanwinst. Ik kan het iedereen van harte aanbevelen zo een MacIntosh, niets te maken met dat kledingbedrijf in het zuiden des lands. De kopregel, waar ik het net over had wordt moeiteloos en automatisch herhaald, als ik dat wil.

Ander lettertje er tussendoor, geen enkel probleem. Ik zal daar niet te veel gebruik van maken om ons niet teveel af te leiden. Waar u echter niets van merkt dat zijn de grote hoeveelheden, in hoog tempo uitgevoerde verbeteringen. Dat is echt te gek en een feest. Nooit meer artikelen overtypen. Gewoon bekijken en veranderen wat je wil veranderen. En dan als je klaar bent, zet je het op je schijfje en voor de zekerheid nog even op een zogenaamd back-up schijfje en klaar is Kees. Niet C.P. natuurlijk want die houdt niet van deze nieuwerwetsigheid. Die maakt liever eindeloze kopiën waarmee hij zijn kasten vol stouwt.

Ik zal nu maar ophouden met opscheppen. Een ieder die geïnteresseerd is, is van harte bij mij welkom voor een demonstratie.

Inleiding

Op advies van onze hoofdredacteur ben ik mij de laatste jaren wat meer met agorafobici gaan bezig houden. Hij vond het plezierig als de redactie wat homogener zou worden. Niet de een zich almaar bezig houden met

angststoornissen en de anderen met relatiestoornissen of psychiatrie. Nee, we gaan allemaal met dwang en fobieën aan de slag. Het resultaat daarvan heeft u, wat mij betreft, in het jubileumnummer van Dth mogen zien. Bovendien is een nieuw gecontroleerd onderzoek - een coproductie met Van der Velden - in de fase van analyse. U zult daar binnenkort uitvoerig over worden geïnformeerd. Maar waarom dan ook nu hierover geschreven? Dat komt omdat ik de mening van mijn collegae wens te vernemen over een vraag die opkwam naar aanleiding van het stencil "HANDLEIDING VOOR DE PARTNER", dat mij ter beschikking werd gesteld door collega Van Dijck, die dit op zijn polikliniek had laten vervaardigen ten behoeve van een van de vele gecontroleerde studies die hij met de heer Emmelkamp uit Groningen uitvoert.

De handleiding

Naar keuze in een zeeblauw of mosbruin omhulsel krijgt de partner van een fobica die het geluk heeft in een voor-na of met-zonder design in de polikliniek van de Jelgersma, of in een dependance in Groningen, behandeld te worden, aanwijzingen hoe hij zich tijdens het behandelingsproces dient te gedragen. U zult van mij wel willen aannemen dat mij dit een nuttige zaak lijkt. Ik heb mij immers altijd sterk gemaakt voor het 'betrekken van de partner', ja zelfs andere gezinsleden bij de behandeling van wat dan ook. Mijn enthousiasme werd echter snel overkoepeld door vooral verbazing. Ten eerste omdat de tekst zo verbazend veel leek op die van enkele engelsen, waarvan ik voorzichtigheidshalve de naam maar niet zal noemen aangezien onze Oegstgeestse collega deze voorzichtigheid ook heeft betracht.

De tweede oorzaak van mijn verbazing had te maken met de geringe aandacht in het stencil voor de rol van hyperventilatie. Zowel de patienten zelf als de partners worden daarvoor niet bijster geïnstrueerd. Het meest verbaasd werd ik echter toen ik bij 'close reading' (om toch wat recht aan de

engelsen te doen). op pag. 9 bijv. het advies tegenkwam:

"Vraagt u uw partner elke dag, wat hij of zij geoefend heeft en geeft u er aandacht aan door te laten merken hoe blij u bent met de pogingen van uw partner".

Nu zult u misschien denken, dat ik zit te zeuren. Dat het toch maar mooi is dat deze fobici leren oefenen en dat de partner daarbij mag helpen, terwijl zij bovendien een didactisch verantwoord geschrift krijgen met instructies, die bovendien nog gelardeerd worden met vragen zodat ook de partner kan oefenen, met het kijken of hij de behandeling wel begrijpt. Nee, ik verzet mij niet tegen deze grondige aanpak en hulpmiddelen daarbij. Ik ben verbaasd over de naïviteit die uit dit soort zinnen, die niet op zichzelf staan spreekt. De hele teneur is die van: de fobica is vol goede moed bezig om van haar fobie af te komen en vindt het heerlijk dat haar partner haar daarbij voortdurend aanspoort en beloont. Nu weet ik toevallig ook iets af van leertheorie en begrijp dat belonen en straffen niet onbelangrijk is. Maar zou het echt zo simpel zijn? Ligt het vaak niet anders? Is het niet vaak zo dat juist het aansporen een beloning is voor het niet oefenen en het wel fobisch zijn? Is het vaak niet zo dat het heerlijk is om te horen dat je van alles moet doen om dan de ander in het stof te zien bijten op de uitspraak: 'maar ik kan het niet' of 'ik durf niet'. Zouden de fobici in Amsterdam anders zijn dan in Oegstgeest of in Groningen? Of ligt het aan mij en kan ik geen gelegenheid voorbij laten gaan zonder het 'judo-werk' te hand te nemen. In ieder geval zijn mijn instructies aan partners precies andersom. Ik verzoek ze om zich met het behandelen van de fobie zo min mogelijk te bemoeien. Ze mogen wel suggesties geven, ze kunnen zelfs complimenteren bij behaalde successen, maar zeker niet de schijn op zich laden dat het voor hun een probleem is wanneer het tempo laag ligt of dat er zelfs geen vooruitgang geboekt wordt. De partner wordt juist zo

geïnstrueerd dat het voor de patiënt steeds duidelijker wordt dat hij zelf verantwoordelijk is. Kortom: patient-gedrag wordt zo mogelijk uitgedoofd en constructief gedrag beloond, maar dan wel subtieler dan in het Oegstgeestse stencil.

Discussie

Ik wil niet de indruk wekken te hakken op een bevriende collega. Ik meen mijn verbazing echter te mogen uitspreken juist omdat een ieder weet hoeveel waardering ik heb voor het werk van onze Oegstgeestse vriend. Bovendien bevatten de instructies ook veel zinvolle suggesties die het oefenproces kunnen vergemakkelijken. Juist daarom is het zo opvallend dat dat stencil toch zoveel vragen weet op te roepen. Ik ben benieuwd naar de ongetwijfeld boeiende antwoorden.

Enige opmerkingen over de twijfelzucht en het nemen van beslissingen. Kees Hoogduin.

Inleiding.

De manier waarop mensen tot besluiten komen staat toe mensen onder te verdelen in categorieën: de impulsieven, de besluitvaardigen, de genuanceerden, twijfelaars. Wanneer zulks mogelijk is, gaat het om karaktersotypen, om een bepaalde persoonlijkheidsstructuur. Eenvoudig genoeg dus, een ziekelijke twijfelaar is eigenlijk iemand die in het geheel niet ziek is, maar iemand met een bepaalde persoonlijkheid.

Bij de compulsieve persoonlijkheid wordt besluiteloosheid als een van de vijf diagnostische criteria genoemd. Maar hebben de besluitelozen, de twijfelaars een dergelijke persoonlijkheid? Zijn zij nauwelijks in staat warmte en tedere gevoelens te geven, willen zij anderen op heerszuchtige en ongevoelige wijze hun wil opleggen, hebben zij een excessieve toewijding aan hun werkzaamheden en zijn zij altijd perfectionistisch? (De patiënt die voldoet aan vier van deze vijf criteria heeft een compulsieve persoonlijkheidsstoornis, vgl. DSM-III.) Sommige twijfelaars voldoen hieraan: de on aardige, wat kille mensen die de anderen ook gebukt laten gaan onder hun perioden van twijfel. Maar bestaat er ook niet de lieve, sympatieke twijfelaar, die gebukt gaat onder de onzekerheid en het onvermogen beslissingen te nemen?

De persoonlijkheidsstoornissen stonden vroeger bekend onder de naam psychopathieën. Prof. Dr Kurt Schneider, met wie het overigens niet goed afgelopen zou zijn, hij suïcideerde zich in 1946 in de gevangenis (Braat, 1985), heeft de bestudering van de psychopathieën tot zijn levenswerk gemaakt.

De samenstellers van DSM-III hebben bij het onderdeel persoonlijkheidsstoornissen zijn werk blijkbaar over

het hoofd gezien.

Schneider (1941)noemt in zijn indeling tien typen psychopathieën, zoals de hyperthymen, explosieven en bijv. de willozen. Een van deze tien typen is de zg. aan zichzelf twijfelende psychopathie. Hij onderscheidt deze groep in twee klassen de sensitief zelf-onzekeren en de anankastische zelf-onzekeren. De sensitieve zelf-onzekeren beschrijft hij als bijzonder aardige mensen die hele nachten wakker liggen om alles wat ze misschien verkeerd gedaan hebben , "gewetens"-mensen dus. Bij de "anankastische 'zelf-onzekeren" psychopaat noemt hij pedanterie, overdreven verzorgdheid, nauwgezetheid en onzekerheid. Hij legt een verband met de de "maatschappelijke streber". De compulsieve persoonlijkheidsstoornis dus.

Het onderscheid van Schneider vinden we terug in veel andere indelingen. Rümke bijv. beschrijft het "caractère scrupuleux inquiet" en het "anaal-erotisch sadistische" karakter, waarbij de eerste weer de vriendelijke, onzekere en de tweede de minder aardige, met de DSM-III-beschrijving van de compulsieve persoonlijkheidsstoornis overeenkomt. (Rümke, 1967).

De milde variant vertoont onmiskenbaar overeenstemming met psychasthenie. Rümke (1967) differentieert de klachten die bij de psychastheen kunnen voorkomen als minder absurd dan bij de dwangneurose. Als belangrijk symptoom noemt hij hij de twijfelzucht (dit in tegenstelling tot Janet, die aan psychasthenie een veel ruimere betekenis gaf).

Waar is de persoonlijkheidsstoornis die vroeger bekend stond als "caractère scrupuleux inquiet", waar is de psychasthenie gebleven? Lezen de Amerikaanse samenstellers van DSM-III Rümke ook al niet? Dat is nog te begrijpen, maar het werk van Janet blijktbaar ook niet. Of zou het zo zijn dat dit zo typische beeld in de U.S.A. niet voorkomt. In Nederland echter wel en vaak ook.

In DSM-III wordt bij de differentiaal-diagnostische beschouwingen even aandacht geschonken aan dwangmatige preoccupaties (obsessive brooding, rumination or preoccupation). Dit zijn excessief en steeds herhaald piekeren over werkelijke of ev. mogelijke onplezierige omstandigheden, of de besluiteloze overweging van alternatieven. In DSM-III wordt dit onderscheiden van de dwangneurose, omdat de klachten niet egodystoon zouden zijn en omdat de patiënt deze gedachten als zinvol (hoewel soms als excessief) beschouwt. De gedachten kunnen echter net als bij dwanggedachten beleefd worden als niet vrijwillig geproduceerd. De patiënt kan tenslotte deze gedachten, die in het begin zeker egosyntoon zijn, als egodystoon gaan beleven. Anders gezegd, als gedachten die hem overvallen en kwellen. Hij vindt dan echter niet dat hij zinvol over het onderwerp nadenkt. Alleen het opkomen van de gedachte aan het onderwerp wordt door de patiënt al als verwerpelijk en zinloos beleefd. Hij kan het niet oplossen, hij kan het niet uitdenken, hij wil het niet meer uitdenken, volgens DSM-III-criteria is er nu sprake van dwanggedachten, een dwangneurose dus. DSM-III praat niet over het feit dat deze gedachten vaak helemaal niet meer als zinvol worden beleefd. Ook wordt gesproken over "Thinking", denken, de snoods piekeren of tobben, maar niet dat de patiënt, zodra hij even niet afgeleid wordt, overvallen wordt door de gedachten over de beslissing. Egosyntoniciteit geldt zeker voor veel tobben en piekeren wat mensen doen. Maar geldt dit ook voor iemand die tot niets meer komt, omdat hij moet besluiten of hij wel of niet een nieuwe auto koopt, en die hem, zodra hij de auto heeft gekocht, terugbrengt, waarna hij zich opnieuw verliest in preoccupaties rond schuldgevoel dat hij zich belachelijk heeft gemaakt, etc? Gedachten die hij vervloekt en verwenst.

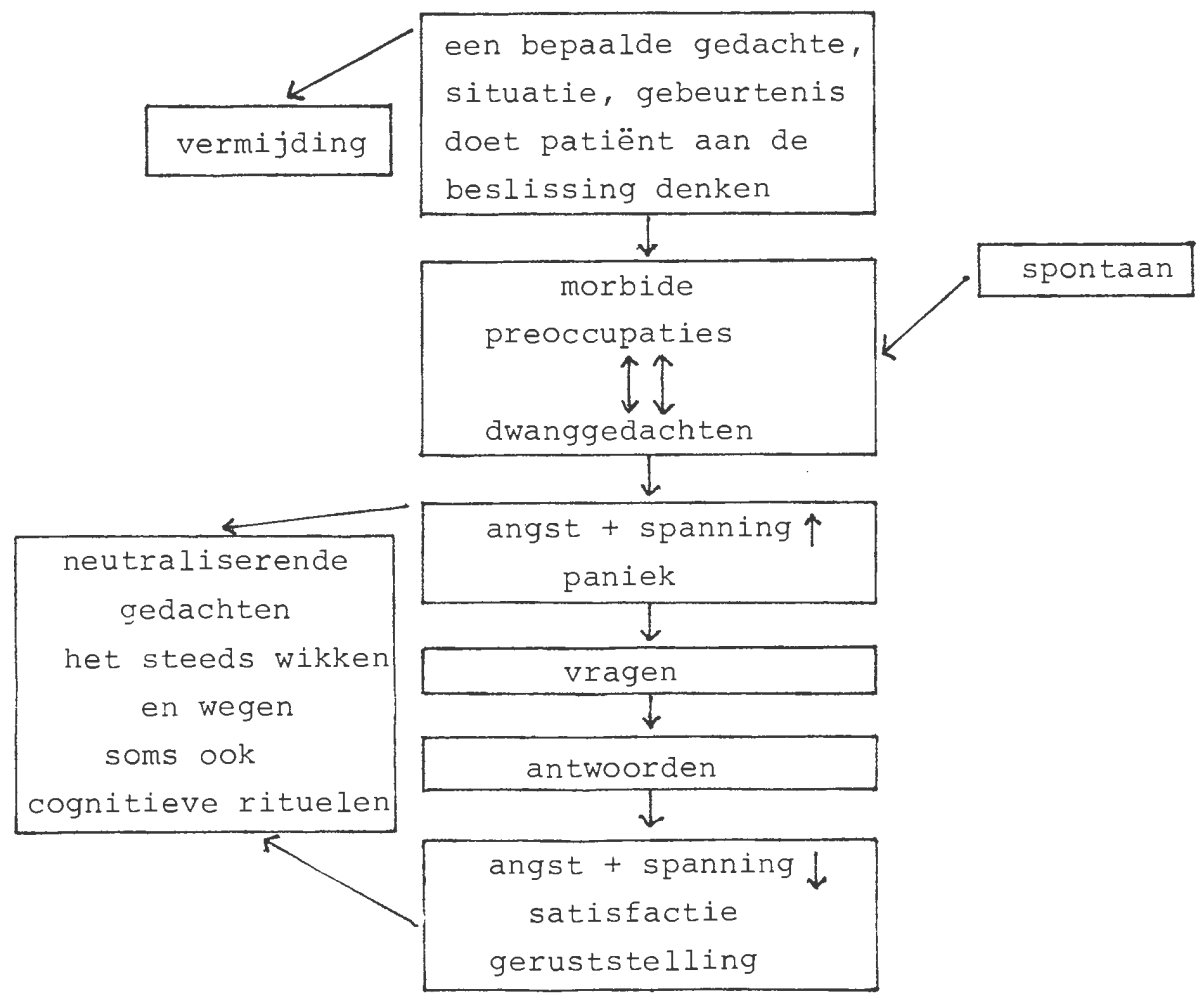
Patiënten met een dwangneurose, waarbij het lijkt te gaan om uit de hand gelopen morbide preoccupaties, komen relatief weinig voor. Bij 61 patiënten met een dwangneurose die hadden hadden aangemeld voor behandeling, werd tweemaal een dergelijk beeld aangetroffen (Hoogduin, 1986).

Het gaat hierbij om patiënten die vastgelopen zijn bij een bepaalde beslissing die genomen moest worden, maar die steeds problemen hadden met het nemen van die beslissing . Ter illustratie wordt de keten geschetst van de gedachten en gedragingen van een dergelijke patiënt. De betekenis van een partner is bij deze klachten groot, omdat de onzekerheid van de patiënt als het ware uitnodigt om geruststelling te geven.

De problematiek laat zich in twee delen opsplitsen:

1. De korte termijn-problematiek: er moet een beslissing genomen worden.
2. De lange termijn-problematiek: het leven bestaat uit het nemen van beslissingen.

Ad. 1. De korte termijn-problematiek: er moet een beslissing genomen worden.



De behandeling is niet anders dan bij dwangproblemen met een andere inhoud: exposure en responspreventie (zie: Hoogduin, 1986). Een complicatie is echter dat een beslissing vaak genomen moet worden, hetgeen een toenemende tijdsdruk betekent in de behandeling. In eerste instantie kan het nemen van de beslissing uitgesteld worden: "U moet eerst weer tot rust komen. U kunt en mag geen beslissingen nemen." Een rationale beslissingsprocedure kan vervolgens in het vooruitzicht gesteld worden, Hierbij kan bijv. gedacht worden aan het verzamelen van alle voor- en tegenargumenten (zie voor een bespreking van een dergelijke procedure Hoogduin, 1980). Het gebruik van een dergelijke procedure op het moment van de crisis zal echter zelden een oplossing geven.

Ad. 2. De lange termijn-problematiek: het leren nemen van beslissingen.

Patiënten met de hierboven beschreven problemen zijn er meestal in geslaagd het nemen van beslissingen aan anderen over te laten. Indien er een partner is, speelt deze bij de beslissingen een belangrijke rol spelen. Of de patiënt laat alle beslissingen aan de partner over, of er wordt zo lang gezeurd tot de partner woedend zegt het zat te zijn en de knoop door hakken, of de patiënt dwingt de knoop door te hakken. Om nu recidieven te voorkomen moet de patiënt het eventuele vermijdingsgedrag van het nemen van beslissingen opgeven en moet hem geleerd worden beslissingen te nemen. Dit aspect van de behandeling zal eerst plaats vinden als de eerste fase, dat wil zeggen de beslissingsproblematiek waarvoor de patiënt zich heeft aangemeld, is opgelost.

De voorgestelde behandeling is in feite een vaardigheidstraining. Allereerst wordt een overzicht gemaakt van allerlei beslissingen die in het gewone leven genomen moeten worden en die meestal door de partner, ouders of chefs, eventueel ondergeschikten,

genomen werden. Vervolgens krijgt de patiënt een training in het nemen van de beslissingen. Daarna wordt de patiënt ertoe gebracht beslissingen te nemen. Hiertoe worden afspraken gemaakt welke besluiten de komende periode door de patiënt genomen moeten worden. Er worden tijden afgesproken die patiënt aan een dergelijke beslissing mag besteden. Alle tijd meer eraan besteed wordt gekoppeld aan consequenties. Deze consequenties bestaan uit activiteiten, die een nuttig, objectief goed karakter hebben maar aan de andere kant een aversieve component hebben (bijv. lichamelijke inspanning, huishoudelijke bezigheden. zie voor dit zgn."teveel en te weinig"-programma Hoogduin, 1985).

In die gevallen waarbij de partner tenslotte de knoop doorhakt, of de patiënt de knoop door laat hakken, zal de participatie van de partner bij het nemen van beslissingen tenslotte afgebouwd moeten worden. Na een registratie van de betrokkenheid van de partner kan bijv. met behulp van een zelfcontrole procedure door de patiënt verminderd en uiteindelijk gestopt worden, waarna de procedure als hierboven beschreven gestart kan worden (zie Hoogduin, 1985).

Slotopmerkingen.

Van der Velden (1985) schrijft dat het hoofdstuk in DSM-III over de persoonlijkheidsstoornissen niet sterk is. Er zijn bijv. geen onderzoeksgegevens die deze indeling kunnen ondersteunen. Met betrekking tot de compulsieve persoonlijkheidsstoornis geldt dit evenzeer. Met name het beeld van de psychasthenie met het caractère scrupulo-inquiet zal men in DSM-III vergeefs zoeken. Ook de absolute grens, die in DSM-III getrokken wordt tussen dwangmatige preoccupaties en dwanggedachten lijkt

niet juist. Er zijn aanwijzingen dat het hier gaat om twee uitersten waartussen allerlei gradaties van egodystoon vs. egosyntoon bestaan. Bovendien lijkt het mogelijk dat egosyntonie overgaat in een meer egodystoon beleven.

Voor de behandeling maakt het niet zo veel uit of het gaat om dwangmatige preoccupaties of dwanggedachten. Bij de morbide preoccupaties ontbreken cognitieve rituelen. De patiënt probeert doorafleiding of neutraliserende gedachten het getob te beëindigen. Bij de behandeling zal in beide gevallen de keten die leidt tot opluchting onderbroken worden in het kader van een responspreventieprocedure.

De patiënt met een dwangneurose, waarbij het centrale thema het nemen van beslissingen aanwezig is, kan soms nadat de beslissing genomen is, zich tijdelijk goed voelen. Zodra er opnieuw een beslissing genomen moet worden, recidiveren de klachten.

Literatuur.

- Braat, M. (1985) Persoonlijke communicatie.
- Hoogduin, C.A.L. (1980), Over het nemen van beslissingen.
In: K. v.d. Velden: Directieve Therapie, II. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. (1985), Interactionele aspecten bij de behandeling van dwang. Gedragstherapie 18, 4, 305-315.
- Hoogduin, C.A.L. (1986), De ambulante behandeling van dwangneurose. Van Loghum Slaterus, Deventer (in druk).
- Rümke, M.C. (1967), Psychiatrie III. Tussen psychose en normaliteit. Scheltema & Holkema, Amsterdam.
- Schneider, K. (1941), De psychopathische persoonlijkheid. Bijleveld, Utrecht. (Ned. vert.: P.H. Ronge).
- Velden, K. van der (1985), In de schaduw van Don Giovanni. In: K. v.d. Velden & C.A.L. Hoogduin. Anna Karenina en de plastic zak. Van Loghum Slaterus, Deventer.

SUGGESTIE, GEVOLGD DOOR FOBIEEN EN HYPNOSE.

Richard Van Dyck.

Inleiding voor TDT.

Dit is het staartje van het hoofdstuk 2 waarvan het eerste deel in de vorige aflevering verscheen, gevolgd door de eerste versie van hoofdstuk 3 van een monografie die ik dit jaar in wat bredere kring zal verspreiden en die kort besproken zal worden in een zaaltje op het Rapenburg te Leiden met ongemakkelijke stoelen en veel schilderijen, waarna een wat haastige receptie volgt. Net als bij de vorige aflevering had ik voor andere dan deze schrijverij geen tijd. Zelfs ontzegde ik mij het genoeg om met F. Lange naar Utrecht te rijden. Ook van de telefoon maakte ik nauwelijks gebruik.

Een redelijke beschouwer zou hier ongetwijfeld uit afleiden dat ik de afgelopen maanden het goed bedoelde advies van mijn vrienden heb opgevolgd, maar wat Van der Velden er van maakt moet nog maar afgewacht worden. Ik zal het maar achterwege laten om te anticiperen op zijn nieuwe ten geleide en slechts enkele woorden van commentaar aan zijn vorige wijden.

Onze eindredacteur heeft iets met adviezen. Hij geeft ze graag en veel, gevraagd en ongevraagd, maar ontvangt ze liever niet.

Probeert zijn vriend Hoogduin hem te stimuleren tot het publiceren van een belangwekkende casus, dan vat hij dit op als een blijk van twijfel van zijn man zijn! Dat vind ik een eigenaardige reactie. Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat dit de bedoeling van Hoogduin geweest is. Direct en duidelijk als deze zenuw-arts doorgaans is, zou hij nooit zo'n omslachtige manier kiezen om een dergelijke opinie onder de aandacht te brengen.

Van der Velden probeert met een andere kronkelige redenering de indruk te wekken dat wanneer ik het advies van mijn vrienden opvolg, ik dat eigenlijk toch niet echt doe. En wanneer mij door hem gevraagd wordt naar een voorkeur word ik kennelijk geacht deze voor mij te houden, maar mij onmiddellijk bij zijn eerste suggestie aan te sluiten.

Verder in deze bijdrage wordt betoogd dat "suggesties" op te vatten zijn als "zwakke stuurders", dat wil zeggen afgezwakte manieren om aanwijzingen te geven.

Het is duidelijk dat deze definitie minder geldig is voor de eindredacteur van dit blad. Om tactische redenen of om beleefd te lijken zal hij wel eens deze vorm kiezen, maar de bedoeling is toch dat men zijn suggesties opvat ^{als} bijzondere krachtige stuurders.

Instructies, a.h.w. of directieven, zou deze persoonlijke eigenaardigheid verband houden met het soort therapie dat hij gaarne beoefent en beschrijft?

Zou een vorm van leertherapie hier aangewezen zijn?

Ik zou het niet durven suggereren....

Suggestie

Tijdens de mobilisatietijd in 1939 behandelde Stokvis (1953, p.28) soldaten in een ruimte van de Jelgersmakliniek die "medisch psychologisch laboratorium" werd genoemd. Deze bestond uit een kooi van Faraday, d.w.z. een kamertje opgetrokken uit fijn kippegaas. Voor sommige soldaten, die wisten dat zij met hypnose behandeld zouden worden, maakte deze kooi al diepe indruk en wekte de suggestie dat een elektrische werking op de hersenen werd uitgeoefend. Voor enkelen was het voldoende op de divan te gaan liggen om zonder verdere inmenging van Stokvis in hypnose te raken.

Deze anecdote is een illustratie van de vele vormen van (onbedoelde) suggestie die zich in therapeutische situaties kunnen voordoen. Volgens Wolberg (1977, p.30) mag de invloed van suggestie op ons dagelijks leven niet onderschat worden. Hij beschouwt deze vorm van beïnvloeding als een belangrijk bestanddeel van o.a. onderwijs, propaganda, adverteren, het placebo-effect en de mode. Suggestie zou een onderdeel vormen van elke therapie, zelfs wanneer de therapeut poogt suggesties te vermijden (p.80). Ook Carp (1950, p.81) meende dat het suggestieve element een bijdrage levert aan alle vormen van psychotherapie. Freud (1924-25) stelde onomwonden: "The psychoanalytic method is a modification of hypnosis, and, like the latter depends upon suggestion." In een andere publicatie (Freud, 1919) gebruikte hij echter als metaforen het "goud" van de psycho-analyse en het "lood" van de directe suggestie, hetgeen toch een verschil in kwaliteit lijkt te impliceren. Voor de analyticus Marmor (1975) is dit onedele metaal ook te vinden in Rogeriaanse therapie, gedragstherapie en gestalt therapie. Hoewel velen het belang van suggestie onderkennen en benadrukken is het geen begrip dat over het algemeen met een positief waardeoordeel bekleed is. Dit blijkt ook uit de beeldspraak van Carp (1950, p.20): "als een dief in de nacht sluipt suggestie in het geestesleven van de aan haar onderhevige persoonlijkheid binnen...." Dezelfde auteur (1950, p.14) stelde suggestie gelijk aan magische beïnvloeding en (Carp, zj.p.11) noemde het een vorm van ongeweten zelfbedrog. Suggestie wordt verantwoordelijke gesteld voor uiteenlopende fenomenen zoals gebedsgenezing en het mysterieuze overlijden van personen in primitieve culturen die een taboe doorbroken hebben of door vervloeking zijn getroffen. Misschien worden de mogelijkheden van suggestie

ook wel eens overschat. Dat mensen zouden overlijden na het schenden van een taboe wordt vaak aangehaald als illustratie van de kracht van suggestie, maar deze verhalen komen steeds uit de tweede of derde

Een recent verslag (Eastwell, 1984) vermeldt een directe observatie van hoe zo iets in zijn werk gaat. De familie bleek hierbij een belangrijke rol te spelen: men begon de betrokkene te behandelen als een stervende, weigerde hem voedsel en belette hem te drinken, wat in een tropisch klimaat snel dodelijk is. Na opname in een ziekenhuis kon dit "suggestieve" proces vlot omgekeerd worden, al was dit slechts uitstel van executie. Na terugkeer naar huis herhaalde de familie de behandeling, ditmaal met dodelijke afloop.

De termen suggestie en placebo worden nogal eens als synoniem voor elkaar gebruikt en men kan zich ook afvragen of er naast het placebo concept nog behoefte is aan een begrip als suggestie. Als we de in hoofdstuk 1 gehanteerde definitie van Grünbaum voor het placebo aanhouden is het wel degelijk nuttig om te beschikken over een tweede begrip naast het placeboconcept. Volgens deze definitie komen placebo effecten tot stand door de incidentele (en niet de karakteristieke) elementen van een therapie. Vaak zullen incidentele effecten met suggestie te maken hebben, maar dat hoeft niet steeds het geval te zijn. Bovendien zou suggestie ook een karakteristiek element kunnen zijn, met name in suggestieve therapie. Een eventueel placebo-effect zal in dat geval juist uit niet-suggestieve factoren moeten bestaan.

Definities van suggesties

Bij het zoeken naar kenmerken waarmee het fenomeen suggestie gedefinieerd kan worden kunnen we een viertal elementen in beschouwing nemen: 1) de context, 2) de spreker, 3) de toehoorder, 4) de boodschap.

De context kan zoals in het voorbeeld van Stokvis, van praktisch belang zijn: het is onwaarschijnlijk dat deze soldaten ook bij het betreden van een gewoon kippehok in diepe trance zouden zijn gegaan. Toch kan die context sterk variëren en lijkt niet aan beperkingen onderhevig. De context van suggestie kan therapeutisch zijn, maar er zijn meer mogelijkheden. Ook in onderwijs, rechtspraak, amusement, onderzoek, een gewone conversatie of kunst kan suggestie voorkomen.

Uiteraard zijn wij het meeste geïnteresseerd in suggestie zoals die in een behandel situatie kan optreden.

De spreker zal ons voor de definitie van suggestie evenmin beperkingen opleggen. Het is denkbaar dat sommige sprekers gemakkelijker suggestieve effecten bereiken dan anderen, maar dit is voorlopig een kwestie voor empirisch onderzoek en nog niet voor de definitie. Strikt genomen hoeft er zelfs geen spreker te zijn: een reclamebord, of in de anecdoten van Stokvis, een kooi van kippegaas kunnen effectieve dragers zijn van de suggestieve boodschap. Belangrijk is om vast te stellen dat het optreden van suggestie niet beperkt is tot die gevallen waar de spreker de bedoeling heeft van suggestie gebruik te maken. Het voorbeeld van Stokvis illustreert dat ook onbedoelde suggestie mogelijk is. Het was de ontvanger zelf die door zijn interpretatie de suggestie tot stand bracht.

In veel gangbare definities wordt het kenmerkende van suggestie bij de ontvanger gelegd. Bij het doornemen van recente psychiatrische of psychologische lexicons (Hirsie & Campbell, 1970; Eysenck et al., 1975; Goldenson, 1984; APA, 1984) blijkt nagenoeg een consensus. Bij suggestie is er sprake van een verandering van responsen (cognities, gedragingen, attitudes e.d.) door een communicatie die onkritisch wordt geaccepteerd. De wijze van acceptatie door de ontvanger wordt dus het kenmerkende geacht van suggestie.

We zullen nagaan of dit tot een bruikbaar criterium leidt. Hoewel de kritiek op artsen vanuit de maatschappij niet ontbreekt, blijft het in feitelijke therapeutische situaties nog steeds ongebruikelijk dat patiënten zeer kritisch reageren op de voorstellen van hun dokter. Zelfs een gerenommeerd medisch onderzoeker en kritisch ingestelde auteur als Lewis Thomas (1984, p.45) gaf er voorkeur aan alle beslissingen over de inplanting van zijn pacemaker aan de doktoren over te laten en liet de technische specificaties die de fabrikant hem toestuурde maar ongelezen. Toch zullen we niet zeggen dat voor Lewis Thomas de pacemaker een vorm van suggestieve therapie is, hoewel hij zijn gebruikelijke kritische zin geheel achterwege liet. Er zijn minder meegaande patiënten, maar een voortdurend kritische opstelling wordt al gauw als zeer storend ervaren en strijdig met een goede therapeutische relatie. Los van de vraag of dit een optimale toestand is, ondergraaft dit wel het criterium van "onkritische acceptatie" in de definitie van suggestie. Het is niet moeilijk om een tweede situatie

te bedenken waarin de toepassing van dit criterium vastloopt: stel dat een patiënt na een uitvoerige discussie en kritische bespreking besluit om een behandeling met hypnose of autogene training te accepteren, of dat het opvolgen van hypnotische suggesties enigszins moeizaam maar uiteindelijk toch succesvol verloopt. Zijn daardoor hypnose of autogene training niet langer vormen van suggestieve therapie?

Een derde situatie waaruit blijkt dat het ontbreken van een kritische zin geen goed criterium is vormen de zgn. "demand characteristics" van Orne (1962). Dit houdt in dat proefpersonen ondanks andersluidende instructies de bedoelingen van de experimentator ontcijferen of menen te ontcijferen aan de hand van (onbedoelde) interpreteerbare onderdelen van het design en zich naar deze vermeende bedoelingen gaan gedragen. In dit geval is het juist de kritische instelling die hen op het spoor brengt en aanleiding geeft tot als suggestief beschouwde effecten.

Door sommige auteurs wordt het kenmerkende van suggestie gezocht in de aard van de boodschap. Stokvis (1959, p.3) verwees naar een groot aantal auteurs volgens wie suggestie in tegenstelling staat tot logische argumentatie. Ook Freud (1921) liet zich duidelijk in deze zin uit. Gibbons (1979, p.18) omschrijft suggestie als "the presentation of an idea in an unlogical fashion." Wolberg (1977, p.32, 83) maakt eveneens een onderscheid tussen suggestie dat "tot het ...rijk van het onlogische" behoort en persuasie of overreding waarbij een beroep gedaan wordt op de redelijke vermogens en intelligentie van de patiënt. Nog verder op de rij van de rationaliteit kan men "overtuigen" (to convince) plaatsen waarbij uitsluitend van rationele argumentatie gebruik gemaakt wordt. De praktijk is waarschijnlijk ingewikkelder dan deze eenvoudige dimensie rationeel versus irrationeel doet vermoeden. In een inleidend hoofdstuk van een reader m.b.t. "persuasieonderzoek" stelt Miller (1980) dat het genoemde onderscheid tussen overreding en overtuiging niet hanteerbaar is. Beïnvloeding berust steeds op een mengsel van rationele en irrationele, emotionele argumenten. Jerome Frank (1974) gebruikt voor therapeutische beïnvloeding de verzamelterm "persuasion" en ziet geen principieel verschil tussen suggestie en andere methoden van psychotherapie. In de retorische analyse volgens het klassieke Aristoteliaanse schema die Glaser (1980) van psychotherapie geeft overwegen de meer irrationele elementen van "ethos" en "pathos" en heeft de "logos" een eerder bescheiden plaats.

Dat zelfs in het algemeen bij gebruik van natuurlijke taal een scherp onderscheid tussen rationele en irrationele elementen niet goed mogelijk blijkt, is een conclusie die in de moderne argumentatieleer wordt verdedigd door o.a. Perelman (1979). Het gebruik van natuurlijke taal maakt bijvoorbeeld een beroep op metaforen onmisbaar en in de spreektaal zijn argumentaties op hun best quasi-logisch. Ook pogingen om een argumentatie op empirische realiteit te funderen hebben af te rekenen met vaak aanzienlijk verschillende interpretatiemogelijkheden m.b.t. die realiteit. Als men vaststelt hoe groot de problemen zijn in een discipline als de argumentatieleer, waarin zeer bewust naar rationaliteit gestreefd wordt, dan mag men geen overdreven illusies koesteren over de rationele structuur van psychotherapie. Er zal wel enig verschil zijn te ontdekken op een dimensie rationaliteit tussen een juridisch betoog en sommige suggestieve therapieën. Bijvoorbeeld is één van de hypnotische inductievariabelen (vgl. p...) er duidelijk op gericht om een kritische manier van denken tegen te gaan door het niet opvolgen van suggesties te voorkomen of van een andere interpretatie te voorzien. Een ander voorbeeld is de reeds besproken therapie van Mesmer waarvan wij weten dat het uitgangspunt of de rationale verkeerd is, hetgeen de rationaliteit van diverse onderdelen van Mesmer's procedures zeker aantast.

Maar in het vorige hoofdstuk werd besproken dat de kennis over de geldigheid van de uitgangspunten van de meeste - zo niet alle - psychotherapievarianten nog zeer gebrekkig is, zodat het moeilijk wordt een gefundeerd oordeel te geven over hun preciese rationele gehalte. Wellicht is rationaliteit in psychotherapie voorlopig nog meer een kwestie van stijl en van intenties dan van hechte funderingen.

Is bijvoorbeeld SD een rationele procedure? Reciproke inhibitie kan niet meer als rationale dienen en empirisch blijkt de noodzaak van eerder essentieel geachte onderdelen te ontbreken. Dit neemt niet weg dat de procedure vanwege de heldere structuur wel rationeel en geloofwaardig aandoet. Toch werden observatoren zoals Klein et al. (1969) door het bijzonder "suggestieve" optreden van Wolpe en Lazarus getroffen bij hun toepassing van SD. Ten dele zal dit ook toe te schrijven zijn aan het verschijnsel dat van een logisch aandoende presentatie op zich al een suggestieve werking uitgaat (Lozanov, 1978). Alles bij elkaar lijkt rationaliteit geen dimensie waarop gemakkelijk een redelijke inter-beoordelaars betrouwbaarheid bereikt zal worden als het

over psychotherapie gaat. Voor de "geprotoprofessionaliseerde" (De Swaan e.a., 1979) deelnemers aan psychotherapie lijken de diverse procedures wellicht zeer rationeel. De uiteenlopende genezingsrituelen van primitieve culturen zijn dat even zeer voor de leden van die gemeenschappen (Fuller Torey, 1973). Dit alles vormt geen pleidooi tegen het nastreven van rationaliteit in de psychotherapie, maar het geeft wel aan dat dit criterium moeilijk te hanteren valt om een duidelijke scheiding aan te brengen tussen meer en minder suggestieve vormen van psychotherapie.

De conclusie moet luiden dat we totnogtoe geen bruikbaar criterium vonden om suggestie te typeren. De beschouwingen over rationaliteit brachten ons er zelfs toe de mogelijkheid van een goed onderscheid tussen suggestie en persuasie ernstig te betwijfelen.

Suggestie als taalhandeling

Omdat de voor de hand liggende literatuur geen bruikbare definitie van suggestie oplevert is het de moeite waard de aandacht te verleggen naar een ander gebied, namelijk de filosofie van de taalhandelingen. Met weglating van voor dit betoog niet essentiële onderdelen is deze gedachtengang als volgt kort weer te geven. Communicatie wordt veelal in eerste instantie opgevat als een overdracht van informatie. Deze informatie kan dan waar of onwaar zijn. Door de Engelse taalfilosoof Austin (1975, 1979) is de aandacht gevestigd op het feit dat via taalgebruik ook handelingen verricht kunnen worden. Bijvoorbeeld: door het uitspreken van de formule: "hora est" geeft de pedel niet alleen te kennen dat er 45 minuten zijn verstreken, maar hij beëindigt hiermee ook de discussie tijdens een promotieplechtigheid. Een gelijksoortig onderscheid is door Bateson (1968) aangebracht met de aanduidingen communicatie en metacommunicatie. (Metacommunicatie is een ruim begrip dat zowel de illocutie als de perlocutie van Searle omvat). Omdat de gedachtengang van Austin ook door anderen meer gedetailleerd is uitgewerkt, zullen we ons tot deze taalfilosofen beperken.

Searle (1981) stelde een taxonomie op van dergelijke taaluitingen (illocuties) waarmee een taalhandeling wordt uitgevoerd. Hij komt tot een vijftal categorieën of functies. Suggesteren is volgens dit systeem

een speciaal geval dat zowel een "stuurder" (directive) kan zijn als een "beweerder" (assertive). Het kenmerkende van het woord suggereren is volgens Searle dat hiermee niet een aparte categorie taalhandelingen wordt aangeduid, maar dat een afgezwakte vorm betreft van respectievelijk instrueren of beweren. Bovendien kunnen suggesties tot stand komen als indirecte taalhandelingen (Searle, 1981, p.207). Op de vraag "kun je het zout doorgeven" is de adequate reactie niet het antwoord "Ja, dat kan ik", maar er wordt verwacht dat daadwerkelijk het zoutvat aangereikt zal worden. Omdat dit verzoek niet rechtstreeks werd geformuleerd, gaat het hier om een indirecte taalhandeling. Beleefdheid is volgens Searle de belangrijkste reden om stuurders op deze manier af te zwakken.

De beschouwingen van Grice (1981) over "conversationele implicatuur" sluiten goed aan bij het fenomeen van indirecte taalhandelingen. Met dit weinig welluidende neologisme wordt bedoeld dat de deelnemers van een gesprek geleerd hebben te verwachten dat bepaalde regels in acht zullen worden genomen over o.a. de juistheid en relevantie van hetgeen gezegd wordt. Wanneer op het eerste gezicht dergelijke regels genegeerd worden, zal de toehoorder toch verder zoeken naar een zinvolle interpretatie van het gezegde. Grice geeft het voorbeeld van een brief waarin een verzoek om referenties wordt beantwoord met: "de heer X beheerst zijn taal voortreffelijk en hij heeft de colleges normaal bijgewoond. Hoogachtend." Het achterwege blijven van verdere positieve informatie over enige professionele kwaliteiten van de betrokkene zal wellicht opgevat worden als een impliciete manier om te laten weten dat die ontbreken.

Hoe interessant ze op zich ook mogen zijn, de vraag is of deze beschouwingen ons helpen bij de definitie van suggesties in een therapeutische context. Dit lijkt wel het geval te zijn. In het voorgaande zijn in elk geval enkele manoeuvres aan de orde geweest die in suggestieve therapie wel degelijk worden toegepast. Met name van indirectheid en het gebruik van implicaties zijn door Erickson (Rossi, 1980) veel klinische toepassingen beschreven. De vaststelling dat bij suggestie sprake is van een complexe taalhandeling gaat ook in de therapeutische situatie op. We kunnen te maken hebben met een poging tot "sturen" of "beweren" en dit kan direct of indirect en via implicatie gebeuren. In therapie zullen we waarschijnlijk het meeste met suggestie als "stuurder" te maken hebben.

Het fenomeen van de indirecte taalhandelingen en suggestie door implicatie maakt ook begrijpelijk dat het de betrokken therapeut kan ontgaan dat door hem een vorm van suggestie wordt toegepast. Implicaties hangen af van de interpretatie van de toehoorder en ze kunnen voor deze toehoorder begrepen worden zonder dat de spreker ze bewust wilde aanbrengen.

Het kenmerkende van suggestie is dat het om een relatief afgezwakte taalhandeling gaat. Een suggestie is minder bindend dan een instructie. Van een suggestie tot handlevitatie kan inderdaad gezegd worden dat ze minder krachtig is dan een instructie om de hand op te steken. We zullen verder bespreken waarom het soms voordelen kan hebben of noodzakelijk kan zijn om van deze afgezwakte stuurders gebruikt te maken. Sommige taalhandelingen in therapie zullen nog verder afgezwakt zijn en bijvoorbeeld het beste als toespelingen omschreven kunnen worden. Soms zal een suggestief effect tot stand komen zonder dat verbale taal daarbij een duidelijke rol speelt, zoals in het incident met de kooi van Faraday. Dit vereist dat we aannemen dat de "stuurders" niet alleen via taal maar ook op nonverbale manier of via de context overgebracht kunnen worden. Dit is een acceptabele aanname.

Resumerend: een suggestie is een (taal)handeling, die tot de minder krachtige stuurders (en beweerdere) hoort en die op verschillende manieren tot stand kan komen, zoals een directe, indirecte of impliciete wijze. Een suggestieve therapie is dan een behandeling waarin systematisch en bewust van dergelijke (taal)handelingen gebruik gemaakt wordt. In dat geval is suggestie een karakteristiek element. Vaak zal in therapie op onsystematische wijze en buiten de bedoelingen van de handelaar suggestie een rol spelen. Suggestie is dan een incidenteel element en als tegelijk het bedoelde karakteristieke element onwerkzaam blijkt hebben we met een placebo te maken.

Een bezwaar is dat het bij een zeer globale typering blijft, die niet tot een scherpe afgrenzing aanleiding kan geven. Bij een verzamelconcept als suggestie, bestaande uit heterogene elementen, is de precisie die men kan bereiken doorgaans niet groot. Dit geldt ook voor globale begrippen als psychotherapie, gedragstherapie, e.d. We zullen in de volgende paragraaf nagaan in hoeverre meer nauwkeurigheid mogelijk is door verschillende soorten suggestie apart te bekijken.

Soorten suggestie en suggestibiliteit

In een illustratief experiment gaf Orne (19..) een informatief praatje over hypnose aan twee groepen studenten die later aan een hypnose-inductie zouden meewerken. De ene groep werd verteld dat een spontane, niet gesuggereerde, levitatie van de dominante hand een voor hypnose typisch fenomeen is. Aan de andere groep werd deze onjuiste informatie niet gegeven. De hypnose-inductie werd uitgevoerd door een proefleider die van deze manipulatie niet op de hoogte was. Een aanzienlijk deel van de aldus misleide groep demonstreerde een spontane handlevitatie. Dit experiment illustreert hoe sommige verschijnselen tijdens hypnose niet door hypnose verklaard hoeven te worden. Naast hypnose zijn er andere methoden om verwachtingen of suggesties over te brengen.

In een poging samenhangen en verschillen van diverse methodes van suggestie en suggestibiliteit in kaart te brengen namen Eysenck en Furneaux (1945) 12 verschillende tests van suggestibiliteit af bij 60 ziekenhuispatiënten. Door factoranalyse verkregen ze twee ongerelateerde factoren die ze primaire en secundaire suggestibiliteit noemden. De eerste factor bevatte hypnose, post-hypnotische suggestie en verwante tests zoals de lichaamszwaaitest. De tweede factor was meer heterogeen samengesteld en had een minder hoge lading. Deze factor bevatte bijvoorbeeld de conformerende responsen nadat bepaalde ongebruikelijke interpretaties van de Rorschach inktvlekken test als "veelvoorkomend" waren afgeschilderd. Eysenck en Furneaux (1945) beschouwden goedgegelovigheid als een aspect van deze secundaire factor. Hun overzichtelijke tweedeling heeft helaas geen stand kunnen houden. Evans (1967) besprak diverse replicaties en concludeerde dat terwijl de factor primaire suggestibiliteit of hypnotiseerbaarheid steeds wordt teruggevonden, dit voor secundaire suggestibiliteit niet het geval is. Er blijkt onvoldoende basis te zijn om van een aldus gedefinieerde secundaire suggestibiliteit te spreken. Kennelijk blijft er een zeer heterogene verzameling van beïnvloedingswijzen over nadat hypnotiseerbaarheid als factor is geëlimineerd. Overigens is ook recent door Sheehan & McConckey (1982) het bestaan van één enkelvoudige factor hypnotiseerbaarheid ter discussie gesteld. Hierover zijn de boeken nog niet gesloten: volgens Balthazard (1985) zijn beide opties nog open: hypnose kan berusten op één factor of zou ook samengesteld

kunnen zijn uit meerdere afzonderlijke factoren. Omdat deze discussie van een statistische en psychometrische aard is zullen we ze hier niet verder vervolgen.

Sommige componenten van wat vroeger secundaire suggestibiliteit heette zijn verder onderzocht in de zgn. Yale-studies (Hovland et al. 1953) waarin vooral de variabelen werden bestudeerd die bijdragen tot het overtuigen van een publiek door een spreker. Bijvoorbeeld blijkt een grotere geloofwaardigheid, geoperationaliseerd als een reputatie van expertise en betrouwbaarheid van de spreker, bij te dragen tot opinieverandering bij het publiek, maar dan vooral kort na de presentatie. (Het belang van de geloofwaardigheid van de therapierationale werd al in het vorige hoofdstuk besproken). Mensen met een geringe zelfwaardering blijken gemakkelijker te beïnvloeden, maar zijn ook weer gemakkelijker van hun nieuwe standpunt af te brengen. Herhaling en actieve involvering (bijv. door rollenspel) voorkomt ten dele "slijtage effecten" van de boodschap. Verdere interessante bevindingen zijn dat een correcte herinnering van een argumentatie minder overtuigend is dan zelf geformuleerde parafraseringen en dat afleiding tijdens een presentatie ertoe bijdraagt dat het formuleren van tegenargumenten ten dele voorkomen wordt (Parloff & Brock, 1980). Het is niet moeilijk om in deze variabelen veel onderdelen van het algemene psychotherapiemodel van Jerome Frank te herkennen. Hoewel dergelijk onderzoek niet is uitgevoerd in de therapiesituatie, is het wel van potentieel belang. Waarschijnlijk is Strong (1978) wat te optimistisch in zijn conclusie dat het belang van geloofwaardigheid van de therapeut ook voor de therapiesituatie al voldoende is aangetoond. In zijn review baseert hij zich uitsluitend op pseudo-therapeutische contacten van één sessie met studenten. Het uitvoeren van dit soort onderzoek in de werkelijke context van psychotherapeutische situatie zou voor de effectiviteit van therapie van veel nut kunnen zijn. Dit zal vooral waardevol zijn als in dergelijk onderzoek niet alleen met persuasieve elementen maar ook met het belang van specifieke psychopathologie zou rekening gehouden worden, en de beperkingen die uit deze laatste factor kunnen ontstaan.

Suggestie blijkt dus een verzamelnaam te zijn voor een groot aantal variabelen die gegroepeerd kunnen worden in enerzijds hypnose en anderzijds een heterogene groep van onderdelen van de (psychotherapeutische) communicatie, die zich bij factoranalyse niet consistent in

dezelfde factoren laten groeperen en die kennelijk niet meer gemeen hebben dan dat ze tot de zwakke bestuurders of beweerders behoren. We zullen ons verder alleen bezig houden met de relatief beter gedocumenteerde subgroep van hypnotische suggesties.

Opgemerkt moet worden dat in de hypnoseliteratuur niet zelden technieken worden beschreven en van de kwalificatie "hypnotisch" voorzien terwijl ze niet specifiek voor dit fenomeen zijn. Zo beschrijven Erickson en Rossi (1979, p.32) het fenomeen dat het uitlokken van instemmende antwoorden van een reeks vragen ertoe bijdraagt dat latere, moeilijkere vragen ook instemmend worden beantwoord. Zij noemen deze techniek om coöperatie te bevorderen de "Yes-set". Hetzelfde verschijnsel staat in de sociaal psychologische literatuur bekend als de "foot in the door technique" (Holtzman, 1979). Alleen als zou blijken dat het effect voor deze strategie gerelateerd is aan hypnotiseerbaarheid zouden wij dit volgens de in dit hoofdstuk gehanteerde definities tot het terrein van hypnose rekenen.

Hypnotische suggestie en imaginatie-instructies

Eerder in dit hoofdstuk werd vermeld dat de resultaten van SD niet bleken te correleren met hypnotiseerbaarheid. Deze bevinding past in de totnogtoe besproken gegevens en aan de hand van een contrast tussen hypnotische suggesties en imaginatie-instructies bij SD kunnen we de meeste relevante bevindingen van dit hoofdstuk samenvatten. Hierbij maken we gebruik van een door Bowers (1982) opgesteld algemeen schema van verschilpunten tussen instructies en suggesties.

Hypnotische suggestie en SD hebben meerdere overeenkomsten. Om te beginnen zal er waarschijnlijk bij voorbaat aandacht besteed zijn aan het bevorderen van positieve verwachtingen. Verder wordt bij beide methodes als regel een toestand van relaxatie opgewekt. Daarnaast zijn er belangrijke verschillen:

1. In SD wordt gebruik gemaakt van instructies tot imaginatie. In principe zal deze "krachtige" stuurder leiden tot een hoge graad van "compliance" of willekeurige uitvoering. Het aantal positieve reacties op een overeenkomstige hypnotische suggestie zal altijd lager zijn. Dit geldt niet alleen wanneer het om imaginatie gaat

maar ook bijvoorbeeld voor motorische instructies versus suggesties. Men mag een hogere positieve respons verwachten op een instructie de hand omhoog te steken dan op de hypnotische suggestie om te ervaren hoe de hand vanzelf de hoogte ingaat. Vandaar dat de kwalificatie als zwakke stuurder ook terecht is. De redenen van dit verschil in effect komen in de volgende punten aan de orde.

- 2. Een positieve attitude en een minimum aan imagatievermogen volstaan in principe voor het uitvoeren van imagatie-instructies. Voor het opvolgen van hypnotische imagatie suggesties is bovendien een voldoende hypnotisch talent of hypnotiseerbaarheid nodig. De mobilisering van dit talent wordt bevorderd door een hypnotische context en door de toepassing van de zgn. inductievariabelen. Kennelijk zijn beide elementen niet of in een te geringe mate aanwezig bij SD.

Uit het voorgaande volgt dat het toepassingsgebied van (therapeutische) hypnose beperkter zal zijn dan van (therapeutische) instructies. Alleen wanneer dit extra voordelen kan hebben zal dit talent van praktisch belang zijn.

- 3. Het opvolgen van SD instructies wordt ervaren als willekeurig en, als ze moeilijk zijn ook als inspannend. Hypnotische suggestie is gecorreleerd met de ervaring van onwillekeurige en moeiteloze uitvoering. Dit zou theoretisch een voordeel kunnen zijn wanneer de instructies als (zeer) moeilijk ervaren worden. Of dat voordeel in de praktijk ook blijkt is een punt voor empirisch onderzoek.

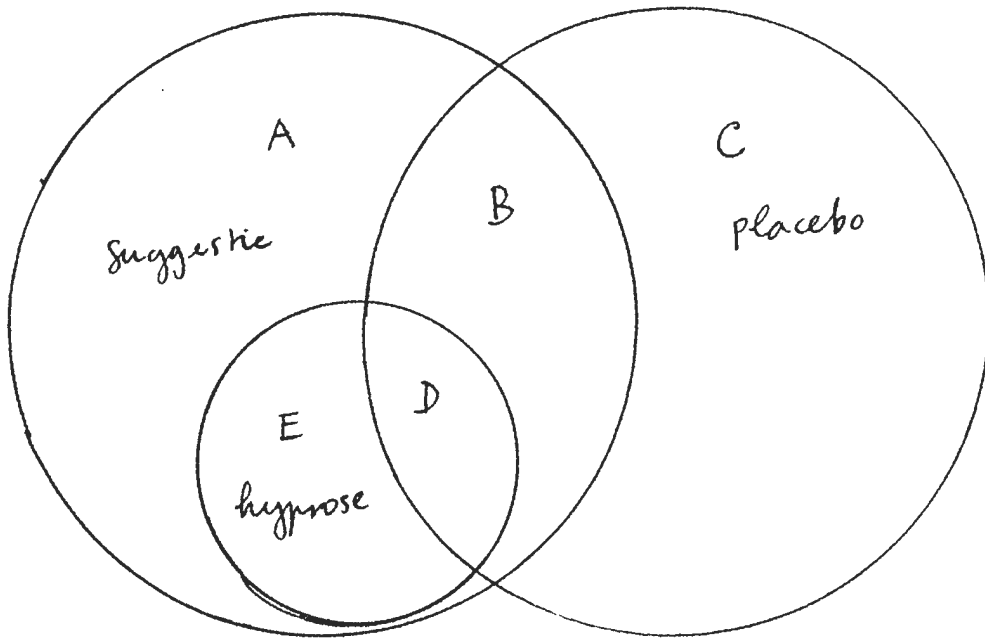
Conclusie

Dit hoofdstuk werd besteed aan de bespreking van verschillende ten dele met elkaar overlappende begrippen en er werden pogingen gedaan om aan te geven op welke manier een onderscheid kan worden aangebracht. Zo bleek hypnose een speciaal geval te zijn van imagatie, namelijk die vorm van imagatie die als moeiteloos en onwillekeurig wordt beleefd. Relaxatie en "neutrale hypnose" hebben gemeenschappelijke fysiologische effecten, maar daarnaast zijn er ook verschillen. Deze verhoudingen werden in fig. A in een Venn diagram uitgebeeld.

Een dergelijke uitbeelding is ook mogelijk voor de begrippen die we in

het tweede deel van dit hoofdstuk hebben besproken (zie fig.B). Hierin wordt aangegeven dat placebo en suggestie een ruime overlap met elkaar hebben. Met het gebied D wordt "hypnose als placebo" aangegeven. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een hypnotische context bestaat maar voldoende hypnotiseerbaarheid ontbreekt. "Echte" hypnose wordt door E. gemarkeerd: er is zowel hypnotiseerbaarheid als een procedure die deze eigenschappen activeert. Ook van suggestie is hypnose een speciale vorm, te karakteriseren door de aanwezigheid van hypnotisch talent of hypnotiseerbaarheid. De overigen varianten van suggestie, destijds door Eysenck en Furneaux "secondaire suggestibiliteit" genoemd, vormen een heterogene verzameling die minder diepgaand besproken is en die als gemeenschappelijk kenmerk de eigenschap van "zwakke stuurder" bezit.

Uit de hier besproken gegevens blijkt dat er een aantal verschillen zijn tussen hypnose en een imaginatietherapie als SD. Die verschillen lijken voldoende belangrijk om niet zonder meer de in het eerste hoofdstuk gevonden geringe effectiviteit van SD en andere vormen van imaginaire exposure bij angstklachten naar hypnotische imaginatie te extrapoleren. Als zou blijken dat hypnose een gunstig effect heeft bij deze stoornissen zou het rationeel zijn om deze suggestieve vorm van therapie te overwegen. In hoeverre dit ook feitelijk het geval is, wordt in het volgende hoofdstuk onderzocht.



HOOFDSTUK 3

Fobieën en hypnose

Inleiding

In 1954, enkele jaren voor Wolpe (1958) zijn methode van Systematische Desensitatie publiceerde, beschreef Erickson een vijftal casuïstische besprekingen van behandelingen van fobische en depressieve patiënten, bij wie hij hypnose toepaste op een manier waar SD ondanks belangrijke verschillen ook in bepaalde opzichten op zou lijken. Zijn aanpak, die hij "pseudo-orientation in time" noemde, hield in dat hij patiënten zich tijdens hypnose liet voorstellen dat ze op een moment in de toekomst waren aangeland waarop hun problemen waren opgelost of verminderd. Het vleugje magie dat in de hypnotische traditie vaak persisteert werd hier vertegenwoordigd door het detail dat de patiënten hun toekomstige belevenissen via een denkbeeldige kristallen bol dienden te visualiseren. Om die ervaring indringend te maken liet Erickson de patiënten commentaar geven op de scènes die zij aldus hallucineerden. Vervolgens suggereerde hij amnesie voor deze voorstellingen, met als rationale dat hij wilde voorkomen dat zich kritische bedenkingen zouden ontwikkelen rondom deze fantasieën. Soms werd de hele procedure een aantal keren herhaald. Expliciete suggesties dat de toekomst inderdaad zal verlopen zoals dat tijdens de gehallucineerde voorstelling het geval was, liet hij achterwege, maar in de door Erickson gerapporteerde behandelingen deed zich die ontwikkeling wel voor.

Als verklaring voor de werkzaamheid van deze procedures wees

	N = 55	55 = 100%
cognitieve herstructurering	6 x	10%
ego-versterking	5 x	9%
relaxatie (of ander positief gevoel)	19 x	34%
imaginaire exposure	26 x	47%
regressie of revivificatie	15 x	27%
posthypnotische suggestie	18 x	32%
- symptoomreductie	9 x	16%
- afleiding	7 x	12%
- tijdsdistorsie	2 x	4%
huiswerk	11 x	20%
- vivo-exposure	6 x	11%
- bandjes/autogene training	5 x	9%
varia	<u>4 x</u>	7%
totaal	104	

tabel 1

Erickson op het verschijnsel dat eens geïnitieerde ontwikkelingen tenderen tot voortzetting. In de psychologische literatuur staat dit als het "Zeigarnik effect" bekend. Een voorbeeld dat Erickson noemde is de situatie van iemand die na lang aarzelen een brief schrijft waarin hij een nieuwe baan accepteert. Zelfs vóór deze brief gepost is, zal een dwingende nieuwe psychologische realiteit in het leven geroepen zijn die verdere plannen en acties zal sturen. Aan de gedissocieerde beleving van de gewenste toestand schreef Erickson ook een dergelijk sturend effect toe. Hij legde daarbij veel nadruk op de noodzaak van dissociatie door amnesie, zodat de voorstellingen onbewust zouden blijven. Volgens Erickson is er een groot verschil tussen bewuste en onbewuste fantasieën. De eerste komen voor in dagdromen en zouden een onrealistisch, grandioos karakter hebben. Onbewuste fantasieën zouden daarentegen meer realistisch zijn en een plan voor toekomstige actie inhouden.

Deze publicatie was het uitgangspunt van een verder in dit hoofdstuk te beschrijven methode die voor fobische patiënten was ontwikkeld. De belangrijkste overeenkomst tussen de methode van Erickson en die van Wolpe is het element van imaginaire exposure. De verschillen zijn verder talrijk. Er wordt gebruik gemaakt van hallucinaties i.p.v. eenvoudige voorstellingen en van gesuggereerde amnesie. Er is geen sprake van een hiërarchie van angstverwekkende scènes maar van een globale evocatie. De scènes zijn afkomstig uit de voorstelling van de patiënt en niet door de therapeut geconstrueerd. Aan de theoretische rationale wordt weinig aandacht besteed en over bewuste en onbewuste fantasieën doet Erickson op eerder apodictische wijze uitspraken die niet verder gedocumenteerd worden.

In het vorige hoofdstuk concludeerden we dat er theoretisch gezien voldoende verschillen zijn tussen SD en hypnotische imaginatie om een mogelijk verschil in effect bij fobische klachten nader te onderzoeken. We zullen in dit hoofdstuk achtereenvolgens nagaan wat de typische ingrediënten zijn van de hypnoseprocedures die voor de behandeling van fobieën gebruikt worden en bekijken wat het bestaande vergelijkend effectonderzoek oplevert. We zullen in het bijzonder het verband tussen therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid nagaan.

Tot slot wordt de methode beschreven die in het empirische gedeelte van dit proefschrift wordt toegepast en het vooronderzoek dat hiermee werd uitgevoerd wordt samengevat.

Hypnosetechnieken bij fobieën

De vermelding dat hypnose werd toegepast geeft niet meer informatie dan dat psychotherapie werd gebruikt, stelt Katz (1980) in een artikel over de behandeling van verslavingen. Deze opmerking is even geldig wanneer het de behandeling van fobieën betreft. Om een beeld te verkrijgen van de manier waarop hypnose in de praktijk voor de behandeling van fobieën wordt aangewend werden diverse handleidingen en casuïstische gevalbeschrijvingen nagetrokken. Na het doornemen van ruim vijftig publicaties bleek zich weinig nieuws meer aan te dienen en werd deze zoekactie gestaakt. Het doel was niet volledigheid maar een zekere representativiteit te bereiken bij het in kaart brengen van diverse technieken. Uiteraard is dit een afspiegeling van gepubliceerde casuïstiek. In hoeverre die de werkelijke toepassing van hypnose vertegenwoordigt moet in het midden blijven. Het ordenen van deze gegevens kan op verschillende manieren aangepakt worden. Hier is gekozen voor het groeperen van qua procedure enigszins gelijksoortige elementen, ook al verschillen ze in details, in rationale of naam. Zo worden onder "imaginaire exposure" diverse procedures gerangschikt met uiteenlopende hulptechnieken als coverte modeling of desensitizatie. Het resultaat van dit literatuuronderzoek is samengevat in tabel 1. (Voor een overzicht met referenties van de publicaties wordt verwezen naar bijlage A). Verschillende punten vallen op in de tabel: het aantal gebruikte technieken is bijna het dubbele van het aantal gevalbeschrijvingen. Therapieën waarbij 3 of meer technieken werden toegepast zijn geen uitzondering. Zo gebruikt Shaw (1977) bij de behandeling van vlieg angst als voorbereiding een ego-versterking, tijdens de inductie wordt relaxatie gesuggereerd en vervolgens presenteert de therapeut in de imaginatie een geslaagde vliegtocht. Als huiswerk moeten de patiënten oefenen met autohypnose om de relaxatie gemakkelijk weer op te roepen en tot slot doen ze ook aan in vivo exposure in de vorm van een reis per vliegtuig. In het gebruik van deze technieken zit een duidelijk patroon. We houden de ordening aan van de tabel, die enigszins de structuur van een zitting volgt.

Cognitieve herstructurering en ego-versterking zijn verwante technieken en worden bijna even vaak gebruikt. In het eerste geval wordt getracht cognities m.b.t. de angstverwekkende situatie te beïnvloeden. Soms zijn deze direct afgeleid van de gedragstherapeutische

cognitieve therapieën zoals RET (vgl. Boutin, 1978) maar vaak het om los daarvan ontwikkelde en min of meer gestandaardiseerde uitspraken over de fobische situatie (vgl. Spiegel & Spiegel, 1978) waarmee beoogd wordt gerust te stellen en de angst tot reëlere proporties terug te brengen. Ego-versterking is een afstammeling van de suggestieve benadering van Coué. De meest gebruikte tegenwoordige versie is ontwikkeld door Hartland (1966). Deze houdt een aantal suggesties in van de strekking dat de patiënt in de komende tijd in verschillende opzichten beter zal functioneren. Men zou het expliciete formuleringen kunnen noemen van het "algemene" therapie-effect dat bij Frank bestaat uit de bestrijding van demoralisering. Beide cognitieve interventies, de ene gericht op relativering van de bron van angst, de andere op toename van zelfvertrouwen, worden bij voorkeur toegepast als inleiding tot een verdere behandeling.

Relaxatie is in ruim één derde van de procedures expliciet vermeld als onderdeel van de therapie. Mogelijk wordt relaxatie in feite veel frequenter toegepast: de meest gebruikelijke inductieprocedures bevatten suggesties voor ontspanning en het is denkbaar dat sommige auteurs het vermelden van dit routine bestanddeel achterwege hebben gelaten. Soms is relaxatie alleen gebruikt tijdens de zittingen en soms wordt aan de patiënt geleerd zelf relaxatie op te wekken in de angstverwekkende situatie (vgl. Alman & Lambrou, 1983) buiten de zitting. In dat geval kan relaxatie beschouwd worden als een afleidingsmanoeuvre of copingstrategie. In enkele gevallen wordt voor relaxatie een equivalent gebruikt in de vorm van een ander positief gevoel (vgl. Jabush, 1976) bijvoorbeeld gebaseerd op een plezierige herinnering. In situaties waarbij een alert optreden vereist is vormt dit een geschikt alternatief.

In bijna de helft van de gevalbeschrijvingen is een vorm van imaginaire exposure toegepast. Soms gaat het om een vrij getrouwe uitvoering van systematische desensitizatie, compleet met hiërarchie (vgl. Channon, 1983; Daniels, 1976) of varianten hiervan (vgl. Surman, 1979). Ook flooding na hypnose-inductie wordt toegepast (vgl. O'Connell, 1978; Weijsinghe, 1974) maar wel minder vaak. Verdere varianten zijn een "participant covert modeling" of "observational modeling" (vgl. Clarke & Jackson, 1983) waarbij een begeleider resp., een model de imaginaire voorstelling van exposure deel uit maken. Zowel een stapsgewijze benadering als een doorlopende, in verhaalvorm gego-

ten presentatie van de angstverwekkende situatie komen voor en de actieve inbreng van de patiënt kan hierbij beperkt of zeer uitgebreid zijn.

In feite is leeftijdsregressie ook een vorm van imaginaire exposure: de ruim één kwart van de gevallen die met deze techniek behandeld werden mogen opgeteld worden bij de vorige groep en dat brengt het totaal op nagenoeg drie kwart. Een aparte bespreking is wel terecht omdat hier toch een specifieke gedachtengang wordt gevolgd. Als regel wordt de patiënt ertoe gebracht zich in de herinnering te verplaatsen naar het moment waarop de klachten voor het eerst zijn opgetreden. Eventueel wordt hierbij als hulpmiddel gebruik gemaakt van de "affect bridge" (Edelstein, 1981): het concentreren op een bepaald gevoel (bv. angst) vergemakkelijkt het in de herinnering brengen en eventueel herbeleven van de eerdere gelegenheden waarbij dit gevoel optrad. Het bezig zijn met en eventueel opnieuw beleven van deze gebeurtenissen is te beschouwen als een vorm van imaginaire exposure. Soms worden patiënten aangemoedigd tot het uiten van veel affect tijdens deze herbelevingen (vgl Gustavson & Weight, 1981) maar ook "silent abreaction" is mogelijk (vgl Edelstein, 1981). De meeste auteurs passen deze regressie of revivificatie op een selectieve manier toe, bijvoorbeeld als er duidelijke aanwijzingen zijn voor een traumatische gebeurtenis voorafgaand aan het ontstaan van de klachten of nadat een exposure in de tegenwoordige tijd gefaald heeft (vgl Clarke & Jackson, 1983, p. 213; Gruenewald, 1971). Anderen lijken een verklaring van de klachten vanuit vroegere traumata als voorkeursbenadering te hanteren (vgl Schneck, 1966, 1976). De cathartische methode van Freud & Breuer (1895) is hierin duidelijk als voorloper te herkennen en het is dan ook niet verwonderlijk dat onder degenen die regressietechnieken hanteren relatief vaker psycho-analytisch georiënteerde auteurs worden aangetroffen. Hoe de werkzaamheid van regressietechnieken verklaard moet worden is niet helemaal duidelijk, maar dat geldt ook voor vele andere methodes in de psychotherapie. Misschien is de dramatiek van de gebeurtenis, gevolgd door de geruststellende suggestie dat deze herinneringen nu definitief tot het verleden behoren van groot belang. Een bizarre variant van de regressiemethode is de terugkeer naar "vorige levens" (vgl Cladder, 1983) hetgeen misschien illustreert dat soms hypnotische procedures niet alleen bij de gehypnotiseerden maar soms ook bij therapeuten tot een tijdelijke afname van kritische instelling

kunnen bijdragen.

In bijna één derde van de gevalsbeschrijvingen werd expliciet melding gemaakt van een posthypnotische suggestie. Een enkele keer was dit ook de enige behandeling die werd toegepast (Stokvis, 1954). Het is ook het meest herkenbare element van 2 behandelingen van Erickson (Rossi, 1980, p.189, p.280) waarin ook nog een zekere vorm van imaginaire exposure in voorkomt. Men kan vermoeden dat deze interventie, net als relaxatie, wat onderbelicht is in de gevalsbeschrijvingen. Meestal worden suggesties gegeven dat de klachten zullen verbeteren. Ongeveer even vaak worden bij wijze van posthypnotische suggestie technieken aangeleerd om in de angstverwekkende situatie op andere onderwerpen te concentreren, zodat van afleiding sprake is. Zelden wordt gebruik gemaakt van de suggestie dat de tijdsbeleving zal versnellen tijdens het verblijf in de angstverwekkende situatie: wellicht houdt dit verband met het feit dat het niet eenvoudig is om deze suggestie met goed resultaat uit te voeren.

In één vijfde van de behandelingen is melding gemaakt van huiswerkopdrachten, waarbij instructies tot in vivo exposure de belangrijkste zijn. Soms wordt dit gecombineerd met huiswerkinstructies voor oefeningen met zelfhypnose (vgl Burrows, 1978; Spiegel & Spiegel, 1978) al of niet met behulp van audiobandjes.

Er blijft nog een restgroep van varianten die moeilijk in de bovenstaande rubrieken konden worden ondergebracht. Van der Hart (1981, 1983) gebruikt op de individuele patiënt toegesneden metaforen. Thiel (1983) geeft indirecte suggesties via een verhaal en O'Brien et al. (1981) werken met behulp van gesuggereerde dromen. Het werk van Erickson (Rossi, 1980) bevat interventies die evenmin goed thuis te brengen zijn in dit overzicht. Over de behandeling van fobieën blijkt hij overigens betrekkelijk weinig te hebben gepubliceerd. Hoewel Erickson met zijn onorthodoxe behandelingen onder therapeuten onmiskenbaar een grote invloed heeft gehad, valt uit de klinische literatuur op te maken dat de schrijvende behandelaars over het algemeen veel conservatiever paden bewandelen. De hypnotherapeutische procedures die vermeld werden leunen sterk tegen de gedragstherapie aan, vaak met een beroep op rationales zoals counterconditioning die rechtstreeks uit gedragstherapie afstammen. Men krijgt wel de indruk dat met allerlei procedures veel flexibeler wordt omgegaan dan in de gedragstherapie gebruikelijk is. Wie dit anders waardeert zal

misschien van slordigheid spreken. Maar zolang de kennis over werkzame en essentiële ingrediënten zo beperkt is, zijn er eigenlijk niet veel redenen om strak vast te houden aan allerlei regels, zoals de literatuur over SD afdoende illustreert. Binnen de hypnosewereld bestaat ook een duidelijke vertegenwoordiging van meer psychodynamisch georiënteerde therapeuten, hetgeen o.a. blijkt uit het frequente gebruik van revivificatie. Maar ook gedragstherapeuten als Clarke & Jackson (1983) bevelen deze interventie in bepaalde gevallen aan, die trouwens al eerder gebruikelijk was in gedragstherapeutische rouwtherapie (Ramsay, 19..).

Inmiddels valt een soort beeld te vormen van de "modale" hypnotherapeutische behandeling van fobische klachten: er bestaat enige kans dat een vorm van cognitieve herstructurering of ego-versterking gebruikt zal worden. Wellicht wordt tijdens de inductie relaxatie gesuggereerd en misschien wordt deze techniek ook aangeleerd als hulpmiddel voor het verblijf in angstverwekkende situaties. Zeer waarschijnlijk wordt een vorm van imaginaire exposure toegepast, waarbij de patiënt zich voorstelt dat hij zich in de fobische situatie goed weet te houden. De kans dat de therapeut dit tot een angstverwekkende belevenis zal maken door zijn suggesties is gering. Vooral bij moeilijk verlopende therapieën of wanneer de voorgeschiedenis op een trauma wijst neemt de kans toe dat de therapeut zal aansturen op een herbeleving van dit trauma. Als afronding wordt wellicht de posthypnotische suggestie gegeven dat de klachten zullen afnemen of dat in angstverwekkende situaties de aandacht op andere onderwerpen gericht zal zijn. Ook bestaat de kans dat bij wijze van huiswerk, exposure in vivo of zelfhypnose-oefeningen worden gegeven.

Al eerder hebben we besproken dat procedurebeschrijvingen niet al te betrouwbaar zijn als weergave van het feitelijke verloop van een therapie. Bovendien betreft het hier alleen de gepubliceerde casuïstiek. Toch lijkt het waarschijnlijk dat de prominente plaats van imaginaire exposure, relaxatie, posthypnotische suggesties en regressie wel de bestaande praktijk weergeeft.

Voor welke fobische klachten worden deze procedures nu gebruikt? In de gevalbeschrijvingen valt op dat de enkelvoudige fobieën, zoals de angst om te reizen per vliegtuig, zeer sterk vertegenwoordigd zijn. De meer complexe fobische klachtenpatronen zoals agorafobie of sociale fobie komen tamelijk zelden in deze literatuur voor. Hiermee hangt

ongetwijfeld samen dat het vooral om zeer korte behandelingen gaat, vaak van minder dan vijf zittingen. De klinische literatuur suggereert derhalve dat hypnose voornamelijk gebruikt wordt voor de kortdurende behandelingen van enkelvoudige fobieën, met behulp van methodes die sterk tegen de gedragstherapie aanleunen.

Effectonderzoek: welke methode verdient de voorkeur?

Hoewel een redelijk overzichtelijke ordening wel mogelijk blijkt, is de veelheid van technieken een probleem. De vraag rijst welke van deze methoden het meeste bijdraagt tot verbetering. Er blijkt bijzonder weinig onderzoek te zijn dat hierop betrekking heeft. Twee studies werden in de literatuur aangetroffen: Larsen (1966) en Horowitz (1970). In beide studies werden 36 slangenfobici in vier groepen van 9 verdeeld en gedurende 9 sessies blootgesteld aan verschillende therapiecondities: de eerste bestond uit het tijdens hypnose oproepen van herinneringen aan vroegere gebeurtenissen die met slangen te maken hadden terwijl ontspanning gehandhaafd werd. In de tweede conditie werd tijdens de herinneringen gesuggereerd om opnieuw de angst maximaal te ervaren, hetgeen overeenkomt met de cathartische of imaginaire flooding methoden. De derde conditie bestond uit posthypnotische suggesties voor verbetering zonder het oproepen van herinneringen. Om de tijd vol te maken werden irrelevante hypnotische fenomenen opgeroepen. Een controlegroep kreeg een voor- en nameting maar geen therapie. Het wekte verwondering dat de publicatie van Horowitz een perfecte replicatie was van die van Larsen: dit werd opgehelderd toen bleek dat de auteur uit 1970 voluit Larsen Horowitz heet en dat de beide publicaties dezelfde studie betreffen. Dit brengt het databestand op één ongerepliceerde studie. Het resultaat hiervan was dat de herbeleving tijdens relaxatie en de conditie met psychohypnotische suggestie tot dezelfde mate van verbetering leidden, terwijl de conditie met arousal significant minder vooruitgang opleverde, en bovendien een terugval vertoond tot het niveau van de onbehandelde controlegroep ten tijde van de follow-up (die merkwaardig genoeg varieerde van 9 tot 34 dagen). Het resultaat van de beide andere condities bleef behouden. Tot nader order lijkt het dus ongewenst om heftige emotionele tonelen te stimuleren tijdens de behandeling van fobieën d.m.v. hypnose, en er is geen reden om te verwachten dat de "silent abreaction" van Edelstein

(1981) minder effectief zou zijn, eerder het tegendeel. Gezien verdere studies met vergelijkingen tussen verschillende hypnosetechnieken helaas ontbreken kunnen we overgaan naar de volgende onderzoeksvraag.

Hypnose versus een onbehandelde controlegroeps

Als men de waarde van hypnose bij fobieën wil vaststellen is de vergelijking van hypnose met een controlegroep die geen therapie ontvangt interessant. Wanneer we ons strikt tot fobieën beperken zijn er slechts twee studies waarin dit type controlegroep aanwezig is. We zullen derhalve ook onderzoeken bespreken waarin niet-fobische angst de reden tot behandeling was. Hiermee komt het totaal op zeven (zie tabel 1). De studies over fobieën betreffen beide slangenfobieën. De eerste werd reeds in het vorige hoofdstuk besproken en is het onderzoek van Lang (1965) waarin een "hypnotische" pseudotherapie tot even weinig verbetering leidde als de onbehandelde controlegroep. We hebben reeds betoogd dat dit onderzoek niet bruikbaar is omdat de hypnoseconditie uit een vreemd geconstrueerde pseudotherapie bestaat (zie p. ...). Het tweede onderzoek met slangenfobici is de in de vorige paragraaf besproken studie van Horowitz (1970). Hierbij bleek dat drie van de hypnosecondities vooruitgingen t.o.v. de controlegroep bij de nameting, maar één was teruggevallen bij de follow-up, namelijk de conditie waarin angst gestimuleerd werd.

Drie studies hebben betrekking op examenvrees of test anxiety en twee daarvan zijn ook al besproken in hoofdstuk 2, namelijk Gibbons et al. (1970) en de replicatie daarvan door Melnick et al. (1976). In beide wordt de "geleide ervaringstechniek" toegepast. In het onderzoek van Gibbons gebeurde de toewijzing van de condities op grond van de eigen voorkeur van de proefpersoon. Er werd een significant verschil op de angstmaat gevonden in vergelijking tot de controlegroep. In de replicatie van Melnick werden de proefpersonen at random over de groepen verdeeld: er was nog wel vooruitgang in de hypnose conditie, maar die verschilde niet meer significant meer van de controlegroep, die ook licht vooruit gegaan was. Drie studies zijn nog niet eerder genoemd. Spies (1979) behandelde eveneens studenten met examenvrees en gebruikte een desensitizatieprocedure na hypnose-inductie. Het verschil met de controlegroep was significant na 2½ uur van deze thera-

pie. Verder is er een onderzoek van Sullivan et al. (1974) die bij patiënten met een hersenletsel op angst berustende gedragsproblemen behandelde. De hypnoseconditie bestond in essentie uit een uitvoerige posthypnotische suggestie, gericht op angstreductie en toename van zelfvertrouwen. Na vier van deze zittingen werd t.o.v. een controle-groep een beter resultaat bereikt op cognitieve prestaties zoals de WAIS.

Tot slot combineerden Katcher et al. (1984) hypnose met een vorm van meditatie bij patiënten met een niet-gespecificeerde angst voor tandheelkundige ingrepen. Deze interventie werd in één zitting uitgevoerd, onmiddellijk voorafgaand aan de geplande tandheelkundige behandeling. De twee groepen die aan hypnose werden blootgesteld scoorden gunstiger dan de controlegroep op een observatormaat en een subjectieve index waarin angst en pijn beoordeeld werden.

De studie van McAmmond et al. (1971) eveneens bij tandheelkundige patiënten, zullen we hier buiten beschouwing laten omdat de controlegroep niet onbehandeld bleef maar éénmalige en niet gespecificeerde instructie voor pijnreductie en relaxatie kreeg onmiddellijk voorafgaand aan de ingreep, zodat de controleconditie van McAmmond in de buurt komt van de therapiecondities van Katcher et al.

Resumerend blijkt in vijf van de zeven studies voor de hypnoseconditie een beter resultaat dan in een onbehandelde controlegroep. Als we studie van Lang (1965) buiten beschouwing laten wordt dit vijf uit zes studies. Daarbij moet wel aangetekend worden dat één studie (Gibbons et al.) geen gerandomiseerde indeling had en toen dit wel in acht werd genomen met dezelfde procedure de vooruitgang t.o.v. de onbehandelde controlegroep niet meer significant was. Dit zou er op kunnen wijzen dat ook preferentie van de patiënt een factor van een zeker belang is bij de effectiviteit van hypnose voor angststoornissen.

Hypnose versus een andere therapie

Een nog interessantere vraag is hoe de resultaten van een behandeling met hypnose zich verhouden tot die van andere therapieprocedures. Als we niet alleen fobische maar ook angstige patiënten zonder vermijdingsgedrag hierbij betrekken treffen we in de literatuur twaalf publicaties aan waarin van een dergelijke vergelijking sprake is. (zie

tabel 2) Zeven daarvan werden reeds besproken in het vorige hoofdstuk, omdat zij een vergelijking boden tussen hypnose en andere imaginatiemethoden, in casu SD. Een korte recapitulatie zal dus volstaan. Elk van de drie studies waarin het hypnose-element alleen bestond uit post-hypnotische suggesties (Lang et al., 1965; Marks et al., 1968; O'Brien, 1981) had zoveel methodologische tekortkomingen dat ze beter buiten beschouwing kunnen blijven. Dit geldt ook voor de publicatie van Lang (1969) waarin de SD proefpersonen (zijnde de niet-hypnose-conditie) een voorafgaande training in hypnose hadden ontvangen. Resteren Gibbons et al. (1970) die van een toewijzing op grond van preferentie vond dat studenten met examenrees beter reageerden in de hypnose-conditie dan in de SD-conditie, met de replicatie van Melnick et al. (1976) waar dit verschil uitbleef (er was zelfs een niet-significant voordeel voor SD) na een gerandomiseerde toewijzing. Ook het onderzoek van Schubot (1966) is al besproken. Hij vond dat slangenfobici globaal even gunstig reageerden op SD met of zonder hypnotische geïnduceerde relaxatie; maar de subgroep met het hoogste angstniveau ging meer vooruit met hypnotische relaxatie dan zonder.

Drie studies kwamen in de vorige paragraaf gedeeltelijk aan de orde, omdat zij ook een onbehandelde controlegroep hadden. Dit geldt voor de studie van Sullivan et al. (1974) die de behandeling betrof van angstklachten bij cerebraal beschadigde patiënten. Er was een tweede behandelconditie, namelijk "systematische relaxatie" die 4 zittingen relaxatietraining omvatte. Voor één van de outcome maten (WAIS) vonden zij een significant voordeel voor de hypnosegroep t.o.v. de relaxatie. Voor de tweede maat (Bender) werd dit voordeel alleen bij de hoog hypnotiseerbare subgroep gevonden. We zullen dit rekenen tot een studie in het voordeel van hypnose met de aantekening dat de controletherapie - alleen relaxatie-oefeningen - minder dan optimaal is. Het is de vraag of er in vergelijking tot SD nog wel verschil gevonden zou zijn.

Hetzelfde geldt voor het onderzoek van McAmmond et al. (1971). Via de krant werden vrijwilligers met een fobie voor tandheelkundige behandeling gerecruteerd. In zeven zittingen kregen zij hypnose met relaxatie, niet gespecificeerde imaginatie en posthypnotische suggesties voor angstreductie. De tweede conditie was relaxatie alleen. Er mag niet onvermeld blijven dat de hypnose door een therapeut werd gegeven, terwijl de relaxatie-oefeningen via een band werden aangeboden. Voor

hypnose werd een significant voordeel gevonden m.b.t. het latere tandartsenbezoek, het globale subjectieve oordeel van de patiënt over de mate van angstreductie maar niet voor de STAI van Spielberger, terwijl de metingen van de huidweerstand een ingewikkeld patroon opleverde dat soms in het voordeel van hypnose en soms in het voordeel van relaxatie was. Een licht voordeel voor hypnose mag uit deze studie wel geconcludeerd worden, maar niet meer dan dat.

Er werd reeds vermeld dat in het onderzoek van Katcher et al. (1984) dat zich eveneens in de tandheelkundige sfeer afspeelt onduidelijk blijft hoe angstig de patiënten waren vóór de ingreep. De therapiecondities waren twee vormen van meditatie, met of zonder de toevoeging van hypnose. Opmerkelijk is dat in alle condities werd nagelaten uitdrukkelijke suggesties van symptoomverbetering te geven en dat de hypnotiseerbaarheid werd bepaald tijdens de therapie. Toch bleek hypnose in deze vorm een toevoeging die voor één van de meditatievormen een beter resultaat opleverde op een subjectieve index en de beoordelaarsmaat. Het effect van de andere meditatietechniek was gelijk aan die van hypnose.

Een vergelijking tussen meditatie en hypnose vond ook plaats in het onderzoek van Benson et al. (1978). Twee groepen van 16 patiënten met angstneurose beoefenden gedurende 8 weken zelfhypnose of meditatie en werden aan het eind daarvan beoordeeld met de Hamilton angstschaal, een subjectieve maat en de systolische bloeddruk als fysiologische maat. De resultaten waren voor beide groepen gelijk: in hoofdstuk 2 werd dit onderzoek al genoemd als het voorbeeld van een studie waarbij de hypnotiseerbaarheid van meer belang blijkt dan de procedure omdat de hoog hypnotiseerbare in beide condities de meeste vooruitgang boekten.

Tot slot is er nog een studie van Spies (1971) bij studenten met examenvrees. In de vorige paragraaf werd vermeld dat na SD tijdens hypnose de proefpersonen significant verbeterd waren t.o.v. een onbehandelde controlegroep. Er was een tweede behandelgroep bij wie SD werd ondersteund met biofeedbackoefeningen. Deze bereikten op een vragenlijst voor examenvrees eenzelfde mate van vooruitgang als de hypnosegroep, zij het dat de benodigde behandeltime aanzienlijk langer was en varieerde van 7½ tot 11 uur i.p.v. 2½ uur.

Voor we conclusies gaan trekken past het om enkele kanttekeningen

te maken. Van de twaalf studies hebben we er vier buiten beschouwing gelaten, omdat ze ernstige methodologische tekortkomingen vertoonden. Dit betekent niet dat de overige acht geheel zuiver op de graat zijn. Het onderzoek van Gibbons et al. gaat mank bij de toewijzing over de condities; door Sullivan et al. worden cognitieve tests gebruikt en niet directe angstmaten. Belangrijker nog is dat de onderzoekspopulatie bepaald niet de groep vertegenwoordigt die ons het meest interesseert, namelijk fobische patiënten die klachten hebben die ernstig genoeg zijn om behandeling te zoeken. In dit overzicht lijken die relatief het beste benaderd door de patiënten met angstneurose (Benson et al.) en de patiënten met een angst voor tandheelkundige ingrepen (McAmmond) en de slangenfobici (Schubot). Na al dit voorbehoud kan toch gesteld worden dat hypnose een angstreducerende werking lijkt te hebben, die over het algemeen de controlebehandeling evenaart of zelfs iets overtreft. Eenmaal werd gevonden dat SD (niet significant) beter werkte dan hypnose (Melnick et al.). Tweemaal werd een significant voordeel gevonden voor hypnose (Sullivan en Gibbons); driemaal kon van een licht voordeel voor hypnose gesproken worden, omdat alleen bepaalde maten dit verschil tonen (McAmmond) of omdat het verschil slechts geldt voor een subgroep (Schubot) of omdat hetzelfde resultaat in minder tijd bereikt wordt (Spies). Tweemaal (Benson et al., Katcher et al.) blijkt het effect gelijk met dat van de controlebehandeling, i.c. meditatie.

Extrapoleren vanuit deze onderzoekpopulatie over een klinische patiëntengroep zou echter prematuur zijn en we moeten concluderen dat het effect van hypnose bij echte klinische populaties nog niet is onderzocht. Bovendien werden hier vergelijkingen uitgevoerd met therapieën die volgens hoofdstuk 1 een effect hadden dat niet groter was dan een geloofwaardig placebo. Een vergelijking met de totnogtoe meest effectieve behandeltechniek voor fobieën, namelijk exposure in vivo komt in de onderzoeksliteratuur niet voor. Er is dus nog steeds alle reden voor gereserveerde verwachtingen. Bovendien ontbreekt bij alle in deze paragraaf genoemde studies een behoorlijke follow-up periode, zodat over de duur van deze angstreductie nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn.

Therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid

We hebben eerder betoogd dat het kenmerk hypnotiseerbaarheid van groter belang is dan de naam van de procedure die wordt toegepast. Hieruit volgt de vraag of hypnotiseerbaarheid een rol speelt bij de therapieën waarin hypnotische technieken voor fobieën worden aangewend. Als dit niet het geval zou zijn is hypnose volgens de in hoofdstuk 1 gehanteerde definities een placebo. In een recent overzichts-artikelen (Spinhoven, 1982) werden de publicaties bijeengebracht waarin de hypnotiseerbaarheid van fobische patiënten aan het therapieresultaat van een behandeling met hypnose werd gerelateerd. Er blijkt een tiental studies te zijn waarin met grotere of geringere methodologische finesse relevante gegevens verzameld werden. (Als Larssen 1966 en Horowitz 1970 niet langer dubbel geteld worden zakt dit totaal tot negen; door toevoeging van Hilgard & Le Baron (1982) wordt het weer tien - zie tabel 3).

In één publicatie (Glick, 1970) is de hypnotiseerbaarheid niet met een meetinstrument bepaald, maar is er slechts de mededeling van de auteur dat hypnose niet lukte of niet werd toegepast. Als bepaling van het resultaat hebben we ook niet meer dan het globale oordeel van de therapeut. Aan de conclusie dat er een significant verschil in verbetering werd gevonden tussen de wel en niet hypnotiseerbaren kunnen we bij deze gebrekkige gegevens geen gewicht hechten.

In het onderzoek van Marks et al. (1968) werd evenmin een hypnotiseerbaarheidstest uitgevoerd, maar er is wel de wat grovere maat van de zwaaitest. Bij een gemengde groep ambulante fobische patiënten was er een correlatie van 0.34 tussen deze test en het therapieresultaat. De therapie had slechts bestaan uit een inductie en een posthypnotische suggestie. Deze bevinding wordt weer ten dele tegengesproken door de vermelding dat de patiënten die wel slaagden in de hen gesuggereerde handlevitatie en oogsluiting niet méér vooruitgingen dan degenen bij wie het niet lukte (p.1270).

In de overige acht studies is wel een enigszins gevalideerde hypnotiseerbaarheidsschaal gebruikt. Het minst sterke uit de reeks is weer het verslag van Lang et.al. (1965), die hypnose als pseudotherapie gebruikte. Merkwaardig genoeg worden er toch nog correlaties tot .48 gevonden tussen hypnotiseerbaarheid en één van de drie zelfbeoordelingen. Het toenaderingsgedrag bij deze slangenfobici was echter niet aan hypnotiseerbaarheid gerelateerd. Dit was wel het geval in de twee andere studies met slangenfobici: van Schubot (1967) is slechts

een "dissertation abstract" ter beschikking en hierin is de relatie niet gekwantificeerd. Horowitz (1970) meldt correlaties van .39 voor de gedragstest en hypnotiseerbaarheid en een iets hogere correlatie van .49 voor de test en de schatting van de diepte van de trance door de patiënt. De hoogste correlatiecoëfficiënt van .59 met een prestatietest wordt door Sullivan et al. (1974) gerapporteerd bij de behandeling van de angstcomponent in de gedragsstoornissen van cerebraal beschadigden. Er zijn nog vier publicaties waarin niet een correlatiecoëfficiënt tussen hypnotiseerbaarheid en therapieresultaten werd berekend, maar een verschiltoets werd uitgevoerd bij de vergelijking van het therapie-effect voor hoog versus laag hypnotiseerbaren. In alle vier was dit verschil significant: voor angstneurose (Benson et al., 1978), vliegtuigfobie (Spiegel et al., 1981), fobie voor tandheelkundige hulp (Gerschman et al., 1979) en angst voor pijnlijke medische ingrepen bij leukemiepatiëntjes (Hilgard & Le Baron, 1982). Hierbij kan opgemerkt worden dat de relatie tussen therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid ook gold in twee aan hypnose verwante controle condities, bestaande uit respectievelijk relaxatie (Sullivan) en meditatie (Benson).

In totaal hebben bijna 400 patiënten of vrijwilligers van wie de hypnotiseerbaarheid bekend was in een tiental studies een of andere hypnotische procedure ontvangen ter bestrijding van uiteenlopende angstklachten. Er blijkt een consistente positieve relatie tussen het therapie resultaat en hypnotiseerbaarheid, zelfs wanneer de hypnoseconditie niet veel om het lijf heeft. In de terminologie van Grünbaum betekent dit dat we mogen spreken van een karacteristiek effect van hypnose: de in de theorie belangrijk geachte factor blijkt wel degelijk een rol te spelen.

Een relatie tussen hypnotiseerbaarheid en het effect van SD werd, zoals eerder vermeld, niet gevonden. Dit ondersteunt de conclusie dat ten dele verschillende processen betrokken zijn bij deze gedragstherapeutische imaginatietherapie en hypnose. De bevinding dat een positieve relatie met hypnotiseerbaarheid gevonden werd na toepassing van uiteenlopende hypnoseprocedures pleit ook weer voor de conclusie dat hypnotiseerbaarheid het relevante gemeenschappelijke kenmerk is van al deze procedures en niet de diverse specifieke in hypnose gebruikte technieken. Verder ontstaat de indruk dat de positieve relatie tussen therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid sterker is uitgesproken in de

wat meer "volgroeide" hypnoseprocedures (zie Horowitz, Sullivan) in vergelijking tot de meer abortieve representanten van Marks et al. en Lang et al. Dit suggereert dat het er wel degelijk toe doet dat enige zorg wordt besteed aan de methode en dat de therapeutische waarde van de factor hypnotiseerbaarheid met een inductie alléén niet voldoende wordt gemobiliseerd.

Twee kanttekeningen zijn nog op hun plaats: zeven van de tien hier vermelde studies betreffen enkelvoudige fobieën. Voor deze groep mag het belang van hypnotiseerbaarheid wel aangenomen worden. Voor de overige angststoornissen valt dit nog verder te onderzoeken. Verder is de invloed van deze factor niet dramatisch: de hoogste correlatiecoëfficiënt die gevonden werd is .59. Hiermee is minder dan 35% van de statistische variantie te verklaren: op zijn best speelt hypnotiseerbaarheid een rol, maar daarnaast mogen we nog vele andere (belangrijke) invloeden verwachten.

Deze correlaties zijn vergelijkbaar met wat eerder beschreven werd voor de relatie tussen therapieresultaat en aanvangsverwachting (zie hoofdstuk 1). Het gaat om twee factoren die we ongeveer op hetzelfde gewicht kunnen schatten.

Hypnotiseerbaarheid en fobieën

Bij patiënten met fobieën komen episodes van depersonalisatie tamelijk frequent voor. Door psycho-analytici als Fenichel (19..) is gespeculeerd over de angstreducerende functie van depersonalisatie. Het optreden van depersonalisatie als reactie op een zeer bedreigende situatie is verder in diverse klinische observaties gedocumenteerd (Roth, 1959; Frankenthal, 1969; Noyes et al., 1977). Er bestaat ook tenminste één laboratoriumobservatie waarbij een herstel van de normale huidweerstand optrad bij een angstige patiënt op het moment dat een gevoel van depersonalisatie intrad. Depersonalisatie wordt op zijn beurt meestal als zeer onaangenaam beleefd. Dit leidde Barendregt (1982) ertoe te veronderstellen dat fobische angst een manier is om de ervaring van depersonalisatie minder bedreigend te maken. Met behulp van de fobische attributie wordt een concrete "oorzaak" gevonden in het lichaam, de anderen of de buitenwereld, hetgeen angstreducerend zou zijn. Barendregt noemt hypnose als een verwant verschijnsel waarin

deze depersonalisatie optreedt, maar dan in een niet bedreigende vorm. Een verdere schakel in de redenering vinden we in door de klinische observaties van Frankel (1974, 1978) dat spontane trance-achtige verschijnselen bij fobische patiënten frequent voorkomen. Frankel veronderstelt dat een verhoogde neiging tot het ontwikkelen van spontane trance zou bijdragen tot het ontstaan van fobische klachten. Deze gedachtengang is terug te voeren tot ideeën van Charcot en Janet aan het begin van de eeuw.

We zullen niet verder stilstaan bij de verschillende sequenties waarin depersonalisatie en aanverwante ervaringen kunnen samenhangen met het optreden van fobische klachten. We beperken ons tot de vaststelling dat door diverse auteurs overeenkomsten worden gesuggereerd tussen de toestanden van depersonalisatie, paniek, spontane trance en hypnose en dat gerapporteerd is dat deze ervaringen bij fobische patiënten frequent zouden voorkomen.

Los van speculaties over een causaal verband mag men op grond van de bovenstaande beweringen een relatief hoge hypnotiseerbaarheid verwachten bij fobische patiënten en dit is een redelijk eenvoudig te onderzoeken uitspraak. Er zijn een zestal studies waarin dit is nagegaan (zie tabel 3). Frankel en Orne (1976) vonden dat fobische patiënten die zich voor behandeling met hypnose hadden aangemeld, gemiddeld een hogere hypnotiseerbaarheidsscore hadden dan rokers die zich voor een zelfde doel presenteerden. Bij de fobici was 58% hoog hypnotiseerbaar. Patiënten met multipele fobieën behaalden de hoogste scores. In een steekproef van patiënten met een fobie voor tandheelkundige hulp vonden Gershman et al. (1979) eveneens een relatief hoog percentage (47%) goed hypnotiseerbaren en hetzelfde geldt voor een heterogene groep fobische patiënten (45%) in de publicatie van Foenander et al. (1980). Kelly (1983) vond niet minder dan 78% hoog hypnotiseerbaren in vergelijking tot 36% bij patiënten met andere klachten (obesitas, roken). Beide groepen hadden zich voor hypnose aangemeld. Perry et al. (1982) laten een vergelijking tussen fobici en een steekproef uit een studentenpopulatie zien en zij vinden eveneens een oververtegenwoordiging van de hoog hypnotiseerbare fobici (55% versus 29%). De enige uitzondering vormt de studie van Spiegel et al. (1982): de normale controlegroep behaalt een hogere score dan de patiënten met angstklachten. Er moet aangetekend worden dat het hier niet om fobici gaat, maar om patiënten met een algemene angststoornis. Het lijkt er dus op

dat een tendens tot hogere hypnotiseerbaarheid wel degelijk bij fobische patiënten bestaat. Los van de mogelijke betekenis van deze bevinding voor de etiologie van fobieën, kan ze een praktisch therapeutisch belang hebben. In de vorige paragraaf vonden we dat therapieresultaten bij fobici positief gecorreleerd zijn met hypnotiseerbaarheid. Als bovendien blijkt dat fobische patiënten relatief beter hypnotiseerbaar zijn, zou dit het therapie-effect wellicht ten goede komen. Eigenlijk zou dit betekenen dat hypnose een zekere specifieke -of juist: selectieve - waarde heeft voor fobische klachten, een kwalificatie die voor een vorm van suggestieve therapie toch wat verrassend is! Maar misschien is het feit dat de meeste van deze patiënten zich zelf voor behandeling met hypnose hadden aangemeld van groot gewicht: het zou goed kunnen dat op die manier een positieve selectie van hoog hypnotiseerbaren tot stand is gekomen.

Hypnose en fobieën: voorlopige conclusies

De hier besproken literatuur kan in een aantal punten worden samengevat:

1. Voor zover gepubliceerd, blijken de in de praktijk toegepaste hypnosetechnieken bij fobieën sterk tegen de gedragstherapie aan te leunen. Imaginaire exposure is het meest gebruikte element, soms in de vorm van een regressie. Verdere hulptechnieken zijn relaxatie, posthypnotische suggestie, cognitief herstructureren, ego-versterking en huiswerk in de vorm van zelfhypnose of exposure in vivo.
2. Er bestaat maar één studie waarin dergelijke technieken onderling qua effect vergeleken worden. Het opwekken van angst tijdens de imaginaire exposure werd niet werkzaam bevonden.
3. Hypnose procedures leveren doorgaans een gunstiger behandelingseffect op dan een onbehandelde controlegroep. T.o.v. een andere complexe therapie zoals SD is er geen duidelijk voordeel bij at random ingedeelde groepen. T.o.v. een eenvoudiger relaxatieprocedure werd wel eens een verschil gevonden.

4. Een toewijzing gebaseerd op preferentie leidt mogelijk tot betere resultaten van hypnose.
5. Hypnotiseerbaarheid is positief gecorreleerd met het therapieresultaat bij de behandeling van angst en fobische klachten. Het meest uitgesproken effect mag bij hoog hypnotiseerbaren verwacht worden.
6. Bij fobici die zich voor behandeling met hypnose aanmelden hoge proportie van goed hypnotiseerbare patiënten gevonden.

Het zou zeer onverstandig zijn deze conclusies zonder reserves te omschrijven. Verschillende van de studies hebben nogal wat methodologische tekortkomingen en de bestudeerde groepen zijn niet altijd erg representatief voor de klinische praktijk. Toch is er inmiddels wel een basis om de toepassing van hypnose bij fobici als een rationele onderneming te beschouwen.

Toekomstfantasieën

Een aantrekkelijke kant van de aan het begin van dit hoofdstuk beschreven procedure van "pseudo-orientation in time" van Erickson (1954) is dat de eigen voorstellingen van de patiënt aangewend worden. Dit bevordert ongetwijfeld dat bij de persoon passende oplossingen gevonden worden. Reeds genoemd sociaal psychologisch onderzoek (Rohloff et al., 1980) wijst er op dat formuleringen en parafraseringen van de betrokkenen zelf beter bijblijven dan de uitspraken van anderen. Er is ook een duidelijke beperking van Erickson's methode: omdat gebruik gemaakt wordt van gesuggereerde hallucinaties (i.p.v. gewone imaginatie) en van amnesie, lijkt ze alleen maar geschikt voor de hypnotische virtuosi onder de patiënten. In een poging de waardevolle principes te behouden en een zo goed mogelijke compensatie te vinden voor de beperkingen van Erickson's techniek werd een methode ontwikkeld en beschreven onder de naam "toekomstfantasieën" (Van Dyck, 1981). Deze werkwijze is als volgt kort samen te vatten:

1. Na een psychiatrisch onderzoek en functionele analyse wordt bij daarvoor geschikte klachten de optie van hypnose voorgelegd. Met

behulp van (schriftelijke) informatie worden misverstaan over hypnose zoveel mogelijk tegengegaan en wordt getracht realistische verwachtingen te wekken. Een hypnose-inductie wordt uitgelegd als een geritualiseerde manier om een toestand van geconcentreerde aandacht te bereiken, hetgeen diepere involvering in imaginaire voorstellingen mogelijk maakt. Relaxatie wordt voorgesteld als een aangenaam en mogelijk therapeutisch begeleidingsverschijnsel van deze toestand.

2. Bij wijze van oefening wordt een eenvoudige inductietechniek gedemonstreerd, meestal gebaseerd op oogfixatie en wordt een vooraf in overleg gekozen aangename imaginaire scene aangeboden zoals een strandwandeling of boswandeling met begeleidende suggesties van relaxatie. Als deze oefening positief wordt gewaardeerd, krijgt de patiënt de geluidsopname van de oefening mee, die inmiddels is vervaardigd. Als er redenen zijn om bepaalde onderdelen te wijzigen, wordt een tweede opname gemaakt waarin de nodige correcties zijn aangebracht.
3. Met de opname dient de patiënt de komende weken twee maal per dag thuis te oefenen, om vertrouwd te raken met de procedure. Een tweede huiswerkopdracht is dat hij een concrete en gedetailleerde beschrijving voorbereidt van de toekomstige gang van zaken, wanneer zijn klacht in voldoende mate verminderd zal zijn. Essentieel is een voorstelling te vormen van situaties die totnogtoe vanwege de klachten vermeden werden of onmogelijk waren. Bij fobische klachten zal dit in elk geval een geslaagde blootstelling aan de angstverwekkende situatie inhouden. Iemand met pijnklachten kan zich voorstellen welke nieuwe activiteiten uitgevoerd zullen worden wanneer zijn pijnklachten verminderen.
4. Na een dergelijke voorbereidingstijd van 1 à 2 weken wordt in de volgende zitting de door de patiënt opgestelde toekomstfantasie besproken. Wanneer dat nodig is worden deze voorstellingen verder bijgesteld; wanneer ze als een concreet en realistisch verwachtingspatroon te kwalificeren zijn worden, vormen ze de basis van een nieuwe oefening, die ook wordt opgenomen. Gewoonlijk volgt als posthypnotische suggestie dat door deze voorstelling herhaaldelijk

op te roepen, de kans toeneemt dat deze ontwikkelingen zich in de werkelijkheid ook zullen voordoen. Eventueel worden ook ego-versterking of andere hulpsuggesties toegevoegd. Met dit tweede bandje gaat de patiënt weer oefenen, en afhankelijk van de complexiteit van het probleem is hiermee een beperkte stap of een belangrijk deel van een behandeling gerealiseerd.

Uit de bovenstaande beschrijving blijkt dat geen pogingen worden ondernomen om de bewuste fantasieën van de patiënt te omzeilen, integendeel: bewuste imaginatie vormt juist het uitgangspunt van de therapeutische voorstelling. Het onderzoek van Singer (1974) over dagdromen spreekt de opvatting van Erickson tegen als zouden bewuste fantasieën steeds of zelfs maar overwegend onrealistisch en te grandioos van aard zijn. Singer (p.65 e.v.) identificeerde als één van de componenten van dagdromen een type fantasie-activiteit waarin op een positieve manier vooruit gelopen wordt op de toekomst. De hier beschreven procedure zou haar rationale kunnen vinden in het benutten en ondersteunen van deze vorm van imaginatie. Bij de ontwikkeling van deze methode speelde ook het model van Miller, Gallanter en Pribram (1960) een rol. In dit basiswerk van de cognitieve psychologie wordt een computermetafoer van menselijk gedrag gepresenteerd. Naar analogie van een computerprogramma veronderstellen de auteurs een "plan" als het sturend element dat tussen stimuli en reacties medieert. Binnen deze metafoer kan het oefenen met toekomstfantasieën gezien worden als een manier om plannen te wijzigen en eventueel nieuwe te vormen. Maar ook zonder beroep te doen op deze metafoer, kan, zoals Wolpin (1969) stelt, aangenomen worden dat "...doing something in your head increases the probability of your doing it in behavior... aside from any adaptation, extinction or catharsis explanation."

Uit de beschrijving blijkt ook dat veelvuldig oefenen aan patiënten wordt aanbevolen. De verwachting dat hiermee een training van relevante vaardigheden zoals relaxatie bereikt zou worden vormde hiervan de achtergrond. In hoeverre door een dergelijk oefenprogramma een invloed op hypnotiseerbaarheid zou worden uitgeoefend kan uit de literatuur niet worden afgeleid. Ook werd in herhaling een compensatie gezocht voor wat de techniek mogelijk zou tekortschieten aan indringende kwaliteiten in vergelijking tot de procedure van Erickson.

Deze techniek van toekomstfantasieën werd gebruikt bij uiteenlo-

pende klachten. Een vergelijkend effectonderzoek is verricht bij patiënten met spanningshoofdpijn, waarbij de toekomstfantasieën tot hetzelfde resultaat als autogene training leidden (Van Dyck, Zitman, Spinhoven & Linssen, in voorbereiding). Er wordt in elk geval het algemeen therapie-effect van wekken van positieve verwachtingen mee beoogd, dat inspeelt op de door Frank veronderstelde toestand van demoralisatie waarin de patiënten die zich voor behandeling aanmelden vaak verkeren. Voor fobische patiënten kan daaraan nog het effect van imaginaire exposure toegevoegd worden als de toekomstfantasie toegespitst zijn op het voorstellen van "coping gedrag" in de angstverwekkende situaties. De techniek bevat verder in voldoende mate de voor hypnotische procedures kenmerkend bevonden ingrediënten, die uit de eerdere inventarisatie zijn gebleken, namelijk: relaxatie, imaginatie, post-hypnotische suggesties en huiswerk. Bijgevolg kunnen we de toekomstfantasieën beschouwen als een goede representant van de "hypnotische traditie".

Een pilot study

Hoe plausibel veronderstellingen over trainingseffecten ook zijn, de vraag is of deze werkelijk optreden. Verder is van belang welke factoren een invloed hebben op het bereiken of niet bereiken van vooruitgang met deze methode. Om daar een indruk over te verkrijgen werd een pilot study bij 5 ongeselecteerde poliklinische fobische patiënten uitgevoerd. Deze werd uitvoerig beschreven in Van Dyck, Spinhoven en Commandeur (1984 a en b) en zal hier slechts kort worden besproken. De belangrijkste bevindingen zijn als volgt samen te vatten: na 3 zittingen in de loop van zes weken, waren 3 van de 5 patiënten verbeterd. Zij kwamen met elkaar in meerdere opzichten overeen: vanaf de aanvang hadden zij een positievere instelling t.o.v. hypnose dan de onverbeterde patiënten; zij ontwikkelden meer eigen doelgerichte fantasieën tijdens de oefeningen en ontwikkelden meer rationele cognities over hun fobieën. De twee niet verbeterde patiënten gingen over tot vermijdingsgedrag op imaginair niveau of bleven de voorstellingen ongeloofwaardig vinden; zij ontwikkelden evenmin rationeler cognities over hun angsten. De verbeterde patiënten gingen zelf over tot exposure in vivo, of waren hier door omstandigheden toe gedwongen; de onverbeterden lieten dit na en konden er later ook niet toe gebracht worden. Volgens

de zelfbeoordelingen die de patiënten registreerden werd een toename van de vaardigheden zoals relaxatie, helderheid van imaginatie of concentratie in de loop van deze zes weken durende onderzoeksperiode niet gevonden. Wat hypnotiseerbaarheid betreft waren de bevindingen moeilijk te interpreteren. Vóór de therapie werd een zeer lage hypnotiseerbaarheid (gemiddeld 0.6 op een schaal van 0 tot 5) gevonden. In het licht van de eerdere paragraaf over hypnotiseerbaarheid bij fobici is dit merkwaardig. Tijdens een follow-up ruim een jaar later bleek dit gemiddelde duidelijk hoger te liggen (2.2). Uit de commentaren van de patiënten wordt het aannemelijk dat in elk geval de initiële waarde te laag is geweest. De hypnotiseerbaarheidstest was de eerste kennismaking met hypnose geweest en dit heeft de testresultaten waarschijnlijk ongunstig beïnvloed. Mogelijk speelt daarnaast een trainingseffect een rol.

Uit deze pilot study volgen voldoende aanknopingspunten voor verder onderzoek. Het relatieve belang van hypnotiseerbaarheid en positieve verwachtingen leek een interessante vraagstelling. Deze wordt in het volgende hoofdstuk verder uiteengezet.

De behandeling van een jonge vrouw met een sociale fobie, automutilatie-aanvallen, een atypische eetstoornis en een borderline personality disorder door middel van metaforische gedragstherapie

Frank Koenegracht & Kees van der Velden

Inleiding

In de onderstaande gevalsbeschrijving wordt geïllustreerd hoe principes uit de gedragstherapie vruchtbaar gecombineerd kunnen worden met gedachtengangen die karakteristiek zijn voor Ericksoniaanse therapeuten. Dit artikel past aldus binnen de stroming die door Garfield (1986) als een van de belangrijkste van de komende decennia gezien wordt. (Met deze vaststelling pretenderen wij uiteraard niet dat dit artikel ook tot de belangrijkste uitingen van deze stroming gerekend kan worden!)

Wij beschrijven een 34-jarige jonge vrouw, die vanaf het eind van de puberteit geplaagd wordt door een veelvoud aan psychiatrische symptomen en wier persoonlijkheid beantwoordt aan de criteria welke in DSM III (APA, 1980) karakteristiek voor de borderline personality disorder genoemd worden.

Patiënte werd ettelijke malen opgenomen. Korte opnames volgden op hevige aanvallen van automutilatie. Tweemaal verbleef zij langer dan anderhalf jaar in een therapeutische gemeenschap. Het aantal ambulante behandelingen dat zij volgde bedroeg negen.

De anamnese en biografie vertonen het bij deze patiënten gebruikelijke patroon. (Wij verwijzen de lezer naar de handboeken.)

Patiënte werd twee jaar geleden naar onze Riagg verwezen. Haar situatie was toen als volgt. Zij woonde alleen in een drie-kamerappartement. Zij had geen werk (wel een WAO-uitkering). Zij was sterk vermagerd (tweeëntveertig kilo bij een lengte van 1.72 meter). Haar huis kwam zij praktisch niet meer uit. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige die wij bij haar langs stuurden stelde vast dat dit huis een verwaarloosde indruk maakte: 'Zij heeft geeneens veel dure spullen', noteerde deze, 'en wat zij aan spullen heeft verzorgd zij slegt.' Zelf maakte zij op ons trouwens ook een verwaarloosde indruk: zij droeg een zeer ruim vallende trui van onbestemde kleur, een rode 'tuinbroek' met vlekken en aan haar onbedekte voeten droeg zij sleetse sandalen; haar haar was ongewassen en zij had geen make-up gebruikt.

Patiënte vertelde dat zij door het aanhoudend falen in de strijd tegen haar sociale angst, haar automutilatie- en haar boulimie-aanvallen zo-

danig ontmoedigd was geraakt, dat zij 'het niet meer zag zitten' en 'er net zo lief vandaag nog mee kapte'.

Haar sociale angst hield in dat zij geen gesprekken durfde aanknopen met mensen uit haar omgeving en dat zij slechts in enkele gevallen durfde reageren wanneer iemand met haar een gesprek begon. Reeds bij onderwerpen als 'het weer' en 'de laatste prijsstijgingen' rapporteerde zij klachten van duizeligheid, een droge mond en tintelingen in de extremiteiten, als ook de bijna onbedwingbare neiging tot 'snijden' (automutileren).

Ook sociale situaties welke door sociale-fobici doorgaans als 'dragelijk' worden ervaren (naar een groepje van drie volwassenen in een kooi kijken of het observeren van twee met elkaar sprekende kantoorbedienden op een afstand van 150 meter) waren voor haar zeer angstaanjagend. (Zie voor het gebruikte testmateriaal: Van Domburg, 1978.)

Forceerde zij zichzelf tot deelneming aan sociale situaties, dan kon zij rekenen op een automutilatie-aanval. Maar ook wanneer zij deze situaties vermeed traden de aanvallen op, 'omdat ik me dan zo'n schijtert voel'. De automutilatie-aanvallen werden op hun beurt gevolgd door vreetaanvallen, waarbij patiënte zelfs karton en kranten naar binnen propte. De reden waarom wij haar eetstoornis in de titel van dit stuk 'atypisch' noemen, is dat het braken dat na deze overmatige 'voedsel'-inneming volgde niet moedwillig door haarzelf werd opgewekt.

Een 'As-II-moeilijkheid' was dat patiënte, ten gevolge van haar borderline personality disorder, ook niet alleen durfde te zijn. Met andere woorden: de vermindering van sociale situaties gaf haar niet de rust die de 'normale' fobici aan hun vermindering ontnemen.

Dat patiënte moeilijk als een in psychisch opzicht rijpe vrouw gekarakteriseerd kon worden behoeft geen betoog.

Gezien de gebleken superioriteit van social-skill-training bij de behandeling van sociale fobieën (zie bijv. Emmelkamp, 1986), stond voor ons vast dat patiënte zou moeten oefenen.

Ook was duidelijk dat wij er zonder een normalisering van het eetpatroon niet zouden komen. Deze normalisering zou evenwel zonder zin zijn wanneer wij er niet in zouden slagen tot een preventie van de automutilatie-respons te komen. Dit geheel aan interventies zou door patiënte zelf uitgevoerd moeten worden, maar wij begrepen dat zij zo vergaand gedemoraliseerd was dat wij/haar niet konden verwachten dat zij op dit moment in staat was om constructief aan haar 'problemen te werken'. Bovendien leek het erg moeilijk om iets voor haar te bedenken dat geen ernstige negatieve (bij-)

werkingen had.

In eerdere behandelingen had patiënte uitvoerig kennisgemaakt met de opvattingen en procedures van de belangrijkste psychotherapeutische scholen, maar die hadden haar geen soelaas geboden. Het lag dus niet voor de hand om haar wéér 'steunend-structurerend', 'cognitief herstructurerend', 'focaal inzichtgevend', 'structureel gezinstherapeutisch' of 'paradoxaal' tegemoet te treden. Bovendien gaf patiënte aan 'al dat gepraat' beu te zijn, en het idee dat ze wederom voor jaren bij iemand zou moeten komen om haar moeilijkheden door te spreken bracht bij haar een 'onstuitbare drang om te snijden' teweeg.

Wij besloten haar te behandelen met een eenmalige toediening van metaforische gedragstherapie. Wat gedragstherapie is zal de lezer duidelijk zijn. Het metaforische bestond hierin dat haar op symbolische wijze een nieuw perspectief op de toekomst werd aangeboden.

Behandeling

Wij gaven haar een pen en papier en zeiden - op dicteersnelheid - het volgende:

1. Koop bij de poelier 20 kippehartjes.
2. Was de hartjes in koud water. Verwijder het vet en de uittredende bloedvaten. Snijd de hartjes half in, zodat het hartzakje gemakkelijk te verwijderen is.
3. Werp de hartjes in ruim kokend water. Wanneer het water na deze worp weer kookt, neem dan de hartjes er met een schuimspaan weer uit. Was ze in koud water en laat ze drogen.
4. Koop bij de Chinese kruidenier een fles shaoshing-wijn, lente-uitjes, gemberwortel, Chinese soja (geen ketjap!), Chinese peterselie. (Indien de Chinees deze peterselie niet heeft, ga dan naar 'de Marokkaan' en vraag naar verse koeriander. Gebruik deze plant zeer spaarzaam vanwege de doordringende zoete citroengeur.)
5. Koop bij de groenteboer 1 grote rode paprika, 1 prei en 1 citroen.
6. Maak een mengsel van:
 - a. vier eetlepels soja,
 - b. 1 eetlepel honing,
 - c. 2 eetlepels rijstwijn, en
 - d. 2½ dl. kippebouillon.Indien de honing en kippebouillon niet in huis zijn, dienen ze gehaald te worden bij de kruidenier.
7. Hak de uitjes in stukken van \pm 5 cm. lengte.
8. Hak een stukje gember van 2 x 2 cm. fijn tot zeer fijn.
9. Breng in een pan met dikke bodem het onder 6 genoemde mengsel aan de kook.
10. Voeg de hartjes, de gehakte ui en de gember toe.
11. Smoor \pm 30 minuten, til zo weinig mogelijk het deksel op. Gebruik deze tijd om de prei en de paprika in reepjes van 0.5 x 10 cm. te snijden, zodat ze met de citroen gerangschikt kunnen worden zoals in fig. 1 is aangegeven.
12. Schep de hartjes uit de pan, leg ze op het bord, strooi er een beetje koerianderblad over.

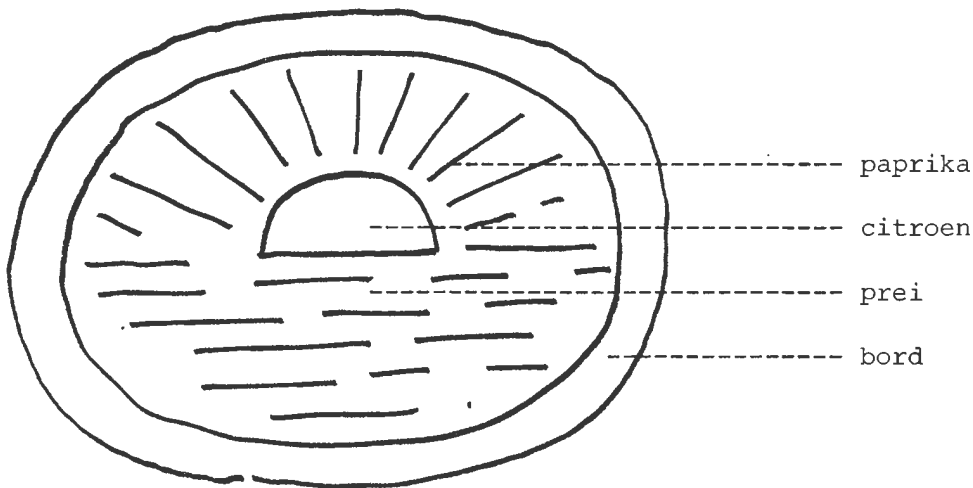


Fig. 1

13. Dien op met droge witte rijst. Eet met stokjes.

Nadat zij dit alles goed had opgeschreven maakten wij een afspraak voor een halfjaar later en sloten de zitting af.

Nadat dit halfjaar verlopen was zagen wij een vrouw die als herboren beschreven moet worden.

Wij maakten nu een afspraak voor over anderhalf jaar. Wij zagen toen een gezonde jonge vrouw, die intussen moeder was geworden van een gezonde zoon. Zij was verhuisd naar een eengezins-doorzonwoning. Zij was getrouwd met een man met een auto en een goede baan, die perspectieven op promotie bood. De kans dat zij later in een duurdere woning zouden kunnen gaan wonen moest niet uitgesloten worden geacht. Patiënte was goed in staat om voor haar man en haar zoon te zorgen. Het feit dat haar man de spanningen van zijn werk weleens op haar afreageerde kon zij goed accepteren ('Beter dat hij me mutileert dan dat ik het zelf doe!'). Zij was lid geworden van een bridge-club voor dames en bezocht de bijeenkomsten van deze club trouw, ten minste, wanneer zij hierdoor geen achterstand met het huishoudelijk werk *opliep*. Wanneer haar man seksueel contact wenste was zij in staat hierop op een aangepaste wijze te reageren.

Discussie

Voor wie bekend is met metaforische gedragstherapie zal dit verloop geen verrassing inhouden, maar de ongeoefende lezer zal het wellicht op prijs stellen wanneer wij ietwat systematisch de achtergronden van dit herstel toelichten.

a. Gedragstherapeutische aspecten.

Zonder twijfel is bij het geven van de opdracht uitgegaan van het exposure-principe (vgl. Emmelkamp, 1979a; 1979b; Emmelkamp & Emmelkamp, 1980; Emmelkamp & Van der Hout, 1980; Emmelkamp, 1981a; 1981b; Emmelkamp, 1982; Emmelkamp, Emmelkamp & Van der Hout, 1982; Emmelkamp, Van der Hout & Emmelkamp, 1983; zie ook Emmelkamp, 1986). Dit houdt in dat de patiënt juist wordt blootgesteld aan de stimuli welke hij vermijdt. Reductie van angst is hiervan het gevolg.

Met opzet lieten wij patiënte eerst naar de poelier gaan (stap 1). Wij gingen ervan uit dat deze poelier een Nederlander zou zijn en dat hij omringd zou zijn door messen. Zowel ten opzichte van de sociale fobie als ten opzichte van de drang tot automutilatie functioneerde stap 1 als een vorm van maximale exposure of 'flooding'. Stap 4 vertegenwoordigde een vorm van 'geleidelijke exposure': zoals bekend zijn Chinezen en Marokkanen uiterst beleefde mensen en met deze eigenschap vormen zij voor patiënten met een sociale fobie een relatief gemakkelijk te nemen hindernis. Om te voorkomen dat patiënte aansluitend maximale blootstelling aan angstverwekkende stimuli zou gaan vermijden, lieten wij haar onmiddellijk na het uitstapje naar de Chinees en Marokkaan weer een volwassen Nederlander opzoeken: de groenteboer (stap 5). Ook stap 6 en stap 13 dwongen patiënte om het huis te verlaten en het gezelschap van de medemens te zoeken.

Tot zover de sociale angst.

De automutilatie-problematiek werd behandeld volgens hetzelfde principe (zie hierboven), maar hierbij werd tevens een vorm van respons-preventie toegepast. Omdat bekend was dat patiënte op het innemen van voedsel kon reageren met plotse 'snij'-neigingen, adviseerden wij haar de maaltijd niet met mes en vork tot zich te nemen, maar met Chinese stokjes (stap 13), waarmee men zich wel kan beschadigen (dit advies dus nooit geven wanneer de patiënt zich de ogen wil uitsteken!), maar niet snijden.

Zowel ten opzichte van haar fobie als ten opzichte van haar problematische omgang met voedsel kan de gehele opdracht ook als een vorm van 'skill-training' gezien worden. Hiermee leert de patiënt op constructieve wijze problemen op te lossen en recidief te voorkomen (Emmelkamp, 1986).

b. Metaforische aspecten

Patiënte was een angstige vrouw. Zij had, in overdrachtelijke zin, een

'kippehartje'.

Het in koud water wassen van de door haar gekochte kippehartjes was de symbolische voorbereiding op de exposure-oefeningen. Voor het in kokend water gooien van de hartjes geldt hetzelfde. Wij hadden haar wellicht ook kunnen zeggen: 'Je zult door diepe dalen gaan voor je hersteld bent', maar we mochten aannemen dat wij daarmee haar weerstand gemobiliseerd zouden hebben. Tegen de rechtstreeks aan haar onbewuste geadresseerde symbolische boodschap had zij echter geen weer.

Theoretici als Frank (1982) en Garfield (1986) benadrukken het belang dat gehecht moet worden aan het geven van hoop aan de patiënt. In dit geval hadden wij patiënte er mogelijk op kunnen wijzen dat haar toestand op As II nog ten hoogste zes jaar zou aanhouden - Vaillant & Perry (1985) constateren dat de diagnose 'borderline personality disorder' niet gesteld wordt bij patiënten die de veertig gepasseerd zijn -, maar zes jaar is erg lang voor iemand die acuut hulp wenst. Liever suggereerden we patiënte daarom op metafoor niveau vooruitgang. Bij stap 4 is sprake van 'lente-uitjes' en een 'zoete citroengeur'. 'Lente-uitjes' betekent niet alleen 'kleine uien die in het voorjaar geoogst worden', maar ook: 'uitstapjes wanneer de natuur uit haar winterslaap is ontwaakt'. Het kritische verstand verwerkt een dergelijke term in zijn eerste, zakelijke, betekenis, maar de hemisfeer waarin intuïtie en muzische zin huizen registreert de symbolische betekenis, vooral wanneer het subject in een toestand van ontvankelijkheid is gebracht (en dat was onze patiënte!).

Het meest herkenbaar werd patiënte's hoop gemobiliseerd in stap 11, waar zij immers de instructie kreeg met paprika, citroen en prei een zonsopgang te 'schilderen' (zie fig. 1).

Ten slotte kan de vraag rijzen waarom patiënte zich na afloop van de zitting niet te weer stelde tegen de haar gegeven opdracht. Zij was immers gewend therapeutische adviezen te saboteren? Het antwoord op deze vraag vindt U in stap 11: 'til zo weinig mogelijk het deksel op'. Dit betekent uiteraard: 'Sta niet stil bij wat zich in je onbewuste afspeelt' of 'Laat het maar gebeuren...'. Echter, aldus geformuleerd zou patiënte zich tegen deze instructie hebben kunnen verzetten, maar door de formulering 'zo weinig mogelijk' kon zij besluiten dat het haar wel was toegestaan met het rationeel verstand te controleren wat zich in haar onbewuste afspeelde, doch dat zijzelf degeen was die dit niet wenste.

Referenties

In verband met de tijdsdruk welke ons door de hoofdredacteur van dit tijdschrift is opgelegd, volstaan wij met de vermelding van slechts een referentie, nl. Kenneth Lo, Provincial Chinese Cooking, Hamlyn, 1981.

De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis.

Kees Hoogduin.

Inleiding

In DSM-III is een apart hoofdstuk "Somatoforme Stoornissen" te vinden. Onder deze rubriek zijn de vroegere hysterische aandoening en, zoals Morbus Briquet, conversieverschijnselen, hypochondrie en dysmorphofobie ondergebracht.

Het belangrijkste gemeenschappelijke kenmerk is de aanwezigheid van lichamelijke klachten die een lichamelijke ziekte doen vermoeden, maar waarvoor ten slotte geen lichamelijke verklaring gevonden wordt. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de klachten gerelateerd zijn aan psychologische factoren.

DSM-III onderscheidt somatisatie stoornis (vroeger Morbus Briquet), conversie stoornis, psychogene pijnstoornis, hypochondrie en een restgroep de atypische somatiforme stoornissen.

Wanneer dergelijke patiënten voor psychotherapie aangemeld worden zijn zij zelf zelden degene geweest die hier om gevraagd hebben. Patiënten met dit soort stoornissen worden ten slotte vaak door huisarts of specialist min of meer gedwongen om zich onder behandeling te stellen. Gebruikelijk hebben ze dan al een lange periode van hoge medische consumptie achter de rug met veel overbodige diagnostische onderzoeken en zinloze chirurgische ingrepen. Wanneer

de patiënt uiteindelijk verwezen wordt voor psychotherapie voelen zij zich vaak in de steek gelaten door de artsen die hen jaren vergezeld hebben op hun speurtocht naar de onderliggende kwaal.

Het valt ook niet mee om plotseling van de artsen die lange tijd diverse medicamenten verstrekten en operaties verrichtten te moeten horen dat zij eigenlijk niets mankeren. Wanneer deze mensen zich bij de psychotherapeut vervoegen, hoeft het op zich geen verbazing te wekken dat ze niet zo heel erg, of in het geheel niet gemotiveerd zijn voor behandeling. Deze patiënten zijn nog al eens van mening dat, zo er sprake is van enige psychische klachten - depressiviteit, spanningen, slapeloosheid, relatieproblemen, werkstoornissen - deze vanzelf zouden verdwijnen als nu eindelijk eens de oorzaak, d.i. de lichamelijke ziekte ontdekt zou worden en met een adequate behandeling genezen zou worden. Deze groep patiënten te motiveren voor psychotherapie is moeilijk. De hier na te streven strategie met de "dubbele hypothese" is bij sommige patiënten bruikbaar gebleken hen te bewegen zich in te zetten bij de psychotherapeutische behandeling van hun problematiek.

De strategie van de "dubbele hypothese".

Frank heeft aannemelijk kunnen maken dat een rationale of een hypothese waarmee de klachten van de patiënt op een geloofwaardige manier verklaard kunnen worden aan de patiënt, een van de be-

langrijke ingrediënten voor succesvol verlopen psychotherapieën is (zie voor een overzicht: Van Dyck, 1985).

Het probleem nu bij patiënten met een somatoforme stoornis is dat een dergelijk geloofwaardige rationale eigenlijk niet voor handen is. De verklaring die de patiënt voor zijn klachten heeft is voor de hand liggend en ook geloofwaardig: "Ik heb lichamelijke klachten. Die komen voort uit een lichamelijke ziekte, die nog steeds niet goed gediagnostiseerd is." De rationale van de therapeut is veel minder geloofwaardig: "U hebt lichamelijke klachten die doen vermoeden dat u een lichamelijke ziekte hebt, maar het onderzoek heeft aangetoond dat u geen ziekte hebt. Dus is het psychisch." Dit, terwijl er talloze gevallen bekend zijn van mensen waarbij de diagnose fout gesteld is, of gedurende lange tijd is gemist. De patiënt kent zeker enige voorbeelden uit zijn omgeving en is geneigd de plotselinge verklaring dat zijn klachten psychisch zouden zijn, zonder dat hij enige psychiatrische klachten bij zichzelf waarneemt, als onzinnig te verwerpen.

Een hypothese nu die aan beide aspecten aandacht geeft wil nog wel eens door de patiënt aanvaard worden. Hierbij krijgt de patiënt twee rationalen aangeboden. De eerste stemt in grote lijnen overeen met die van de patiënt: Er is sprake van een lichamelijke aandoening die niet door de op dit moment ter beschikking staande diagnostische middelen vast te stellen is. De lichamelijke klachten hebben ook psychische gevolgen: onzekerheid, nerveusiteit, depressiviteit, werk-

en relatieproblemen. De psychotherapie zal er op gericht zijn deze problemen wat weg te nemen, de aandacht van de patiënt weer op andere dingen van het leven te leren richten, eventueel de door de onzekerheid, spanning en depressiviteit onstane secundaire vermindering van het levensgeluk proberen te veranderen met behulp van psychotherapie. Intussen kan men de lichamelijke toestand zorgvuldig in de gaten houden.. In het geval van conversie verschijnselen kan geprobeerd worden enige verlichting te bewerkstelligen. Begeleiding dus, eventueel liefde en warmte, maar intussen ook beïnvloeding.

De tweede hypothese wordt indirect aangeboden. Bijv.: Indien het niet lichamenlijk zou zijn maar psychisch, dan hebben we te maken met een geval hysterie waarbij op lichamenlijk niveau een geestelijk probleem tot uitdrukking komt. Bijv. iemand die nooit aandacht van mensen krijgt kan door verlamd te raken als patiënt enige aandacht en zorg van familie, dokter en zusters krijgen, of bijv. voorkomen dat de partner na een langdurige ruzie weggaat. Het moet de patiënt vervolgens duidelijk gemaakt worden dat het om conversie hysterie gaat, dat wil zeggen dat het niet om aanstellerij gaat, maar om het, niet onder invloed van de wil lichamenlijk tot uitdrukking komen van het psychische probleem. Als inspirerend voorbeeld kunnen jonge soldaten dienen die de loopgraven in moesten. Sommigen wilden geen medemens doden, wilden aan de andere kant niet deserteren. Voorafgaande aan

de confrontatie met de vijand was er een periode van grote spanning en stress met slecht slapen en geestelijke vermoeidheid. Op het moment dat ze dan werkelijk moesten schieten, bleken er diverse soldaten verlamningsverschijnselen te krijgen die het conflict oplosten: ze doodden niemand en ze deserterden niet, maar moesten naar een ziekenhuis, etc. "Een dergelijke verklaring zou bij u (de patiënt) pas aangenomen kunnen worden als een dergelijk conflict bij u vastgesteld kan worden.", etc.

Tot slot wordt dit model opnieuw indirect toegepast op de patiënt: "Stel dat het bij u ook om een psychische aandoening zou gaan en niet om een lichamelijke stoornis dan zou...." etc. Vervolgens wordt de patiënt geconfronteerd met de waarschijnlijke verklaringen van de klachten, waarbij deze verklaringen zo gegeven worden dat de patiënt een slachtoffer lijkt te zijn van de nobele streving zelfs lichamelijk te willen lijden om bijv. het gezin bij elkaar te houden, of te voorkomen dat ze de partner aanspreekt over zijn onbeschaafd, agressief (sexueel) gedrag, of de werkgever zou moeten confronteren met zijn onzorgvuldig optreden.

De twee hypothesen worden naast elkaar besproken en bieden de therapeut de mogelijkheid de patiënt bijv. volgens de eerste hypothese te kunnen steunen en helpen de klachtenverlichting te bereiken en in ieder geval in behandeling te

krijgen, wat de mogelijkheid van beïnvloeding en verandering inhoudt. De tweede hypothese kan steeds gebruikt worden om de patiënt duidelijk te maken dat er ook dingen moeten veranderen. Bijv.: "Bij u nemen we de verklaring aan dat het om een lichamelijk probleem gaat, zou het echter om een psychisch probleem gaan, dan zou de verklaring liggen in het feit dat u zo verschrikkelijk veel heeft meegemaakt, vlak voordat de klachten ontstonden. Hoe was het bij u voor de klachten ontstonden?". Vervolgens wordt enige tijd met de patiënt gesproken alsof de klachten een psychische ontstaanswijze zouden hebben. Dit alles binnen de context dat de klachten lichamelijk zijn. Bijv.: "We nemen vooralsnog aan dat in uw geval de klachten van lichamelijke oorsprong zijn, maar laten we eens even aannemen dat we ons vergisten en dat er toch sprake is van een psychologische verklaring. Welke argumenten zouden we dan kunnen vinden? etc..".

Slotopmerkingen

Patiënten met een somatoforme stoornis kunnen maar heel moeilijk een psychologisch verklaringsmodel voor het ontstaan en blijven voortbestaan van de klachten aanvaarden. Een consequentie is dat de gemotiveerdheid om een psychotherapeutische behandeling te ondergaan, gering is. Met behulp van een hypothese die aansluit bij de gedachtegang van de patiënt, waarbij een aanbod gedaan wordt de patiënt te begeleiden en te proberen de patiënt te helpen de last beter te leren dragen, bestaat de mogelijkheid dat de patiënt wel in behandeling wil komen. Naast het somatische verkla-

ringsmodel wordt de patiënt echter ook geconfronteerd met de vooralsnog weliswaar afgewezen psychologische rationale voor het ontstaan en in stand houden van de klachten. De patiënt kan en hoeft deze rationale niet te aanvaarden, omdat de therapeut deze zelf ook als tweede mogelijkheid zegt te zien.

De vraag of een dergelijke houding van de therapeut, nl. het aannemen van het somatische verklaringsmodel, op ethische gronden verwerpelijk zou zijn, is niet relevant. Er is namelijk een zeer reële kans dat de hypothese, waarbij vooralsnog een somatische verklaring voor de klachten wordt aangenomen, ten slotte ook de juiste is. In niet minder dan 25 - 60 % van de patiënten met als diagnose conversie histerie bleek het later om een ernstige lichamelijk (meestal neurologische) aandoening te gaan. (vergl. Weintraub, 1983).

Literatuur.

Dyck, R, van (1985), Is psychotherapie een placebo?

Kwart.Dir. Ther. & Hypnose, 5 (2) 104-144.

Weintraub, M.I. (1985), Hysterical Conversion Reactions.

M.T.P. Falcon House, Lancaster.

De eerste versie van 'De invloed van taal op bias bij psychotherapeuten'

71

Alfred Lange

Voorwoord

In deze TDT-bijdrage wordt verslag gedaan van een experimenteel onderzoek dat is uitgevoerd door Hessel Kortzenbosch (indertijd doctoraal student sociale psychologie, inmiddels afgestudeerd) onder supervisie van mijzelf en een collega van de VU, Leendert Koppelaar. De versie die U hier voor ogen krijgt is een door mij geschreven 'first draft' van een artikel dat als co-productie van ons drieën zal worden gezonden naar het Nederlands Tijdschrift voor Psychologie, waarin eerdere artikelen van mij en Koppelaar (de volgorde is opzettelijk) over dit onderwerp zijn gepubliceerd. Hoewel ik ook in TDT weleens iets daarvan heb laten opnemen, moet ik er toch op wijzen dat de derde t/m vijfde regel van de eerste pagina niet op TDT betrekking heeft. Waar daar over 'dit tijdschrift' wordt gesproken, bedoel ik het NTP. Verder wil ik U alvast waarschuwen, dat er op pag. 6 enkele zaken nog niet zijn ingevuld. Dat komt omdat ik die in het weekend niet kon opzoeken en van de hoofdredacteur geen verdere dispensatie kon krijgen. Maar daarover niet getreurd. Het gaat daarbij maar om wat versieringen die voor het betoog niet echt relevant zijn.

De hier gepresenteerde versie zal nog door de medeauteurs worden becommentarieerd. Dat neemt niet weg dat ik het commentaar van mijn hooggeachte TDT redacteuren bijzonder op prijs zal stellen.

De invloed van taal op bias bij psychotherapeuten

In een aantal Amerikaanse studies werd gedemonstreerd dat vooraf-informatie kan leiden tot beïnvloeding van psychotherapeuten (Temerlin, 1968; Langer & Abelson, 1974; Schneider et al. 1979). In een serie van Nederlandse onderzoeken, waarover eerder in dit tijdschrift werd gerapporteerd, werd aangetoond dat dit verschijnsel minder universeel was dan in de Amerikaanse onderzoeken was gesuggereerd. Zo lieten Lange & van der Valk (1980) en Weiman & Wijtenburg (1982) zien dat positieve of negatieve informatie over cliënten alleen onder bepaalde omstandigheden leidde tot de verwachte bias in het oordeel van de proefpersoon-psychotherapeuten: alleen wanneer de persoon over wie de informatie was gegeven zich ambigu gedroeg en alleen wanneer de bron van de informatie iemand was met veel gezag voor de psychotherapeuten. Was dat laatste niet het geval, bijv. doordat de informatie afkomstig was van iemand met een beroepsmatige oriëntatie die tegengesteld was aan die van de therapeuten, dan had de informatie zelfs een tegengesteld effect. Lange, Koppelaar & Abraham (1984) noemden dit 'afzetgedrag': wanneer een als gedragstherapeut bekende bron positieve informatie gaf over een cliënt dan leidde dat tot een negatief oordeel bij psycho-analytici terwijl het oordeel over de cliënt bij hen juist extra positief uitviel wanneer de 'vreemde' bron van tevoren negatieve informatie had gegeven. Bij directieve- en gedragstherapeuten speelde iets dergelijks wanneer de informatie afkomstig was van een als 'analyticus' bekend staande bron.

In deze experimenten speelden echter mogelijkwijze nog twee variabelen een rol die niet experimenteel waren gemanipuleerd: de taal waarin de informatie over de cliënten was vervat en de taal waarin de psychotherapeuten achteraf hun oordeel over de cliënten konden geven. In de genoemde experimenten bestond de vooraf-informatie voor alle

proefpersonen uit een gedragsmatige beschrijving van de te beoordelen cliënt (geen psychiatrische kenmerken) en de beoordeling achteraf kon alleen gegeven worden aan de hand van een vragenlijst m.b.t. gedragskenmerken van de te beoordelen cliënt (wederom geen psychiatrische kenmerken). In het hier gepresenteerde experiment werd met name de invloed van deze twee variabelen nader onderzocht.

De experimentele opzet

De procedure was in grote lijnen gebaseerd op de experimenten van Lange & van der Valk (1983) en van Lange et al. (1984), en kan worden beschouwd als een in het veld uitgevoerd experiment. De proefpersonen werd gevraagd hun medewerking te verlenen aan een onderzoek naar de manier waarop in de praktijk werkzame psychotherapeuten probleemomschrijvingen van patiënten tijdens de eerste fase van de therapie verwerken.

Tijdens de experimentele sessies observeerden de proefpersonen een videotape van 25 minuten, waarin een aantal fragmenten uit intake-gesprekken met een echtpaar waren gemonteerd. Hierbij was er voor zorg gedragen dat alleen de cliënten te horen en te zien waren en niet de therapeut. Hieraan voorafgaand kregen zij inzage in de schriftelijke verwijzing zoals die door de huisarts naar de behandelende instelling zou zijn gestuurd. Als rationale daarvoor werd gesteld dat aldus de werkelijkheid optimaal benaderd zou worden aangezien men in de praktijk ook inzage had in dergelijke verwijsbrieven. Het ging hierbij in werkelijkheid om de manipulatie van twee experimentele variabelen.

Na afloop van de video-observaties konden de proefpersonen aan de hand van een aantal vragenlijsten hun oordeel geven over zowel de man als de vrouw van het echtpaar. Bovendien konden zij aangeven tot welke therapeutische oriëntatie zij zich het meest verwant voelden. De experimentele sessies werden afgesloten met een 'check op

achterdocht' met behulp van een 'fuij-k-vragenlijst' (vgl. Page, 1973) en een volledige 'debriefing'. Voor een uitgebreide beschrijving van deze procedures, zij verwezen naar Kortensbosch (1984)

De proefpersonen

Aan het onderzoek werd meegewerkt door 11 instellingen van geestelijke volksgezondheid en twee vakgroepen klinische psychologie. De instellingen en de proefpersonen waren benaderd door twee hoogleraren sociale psychologie (respectievelijk van de UvA en van de VU). In tegenstelling tot de voorafgaande experimenten was hiermee gezorgd voor een 'neutrale bron' die voor de proefpersoon therapeuten niet 'vreemd' of 'eigen' was qua therapeutische oriëntatie. In totaal namen 106 personen aan het onderzoek deel.

De onafhankelijke variabelen

1. Aard van de vooraf-informatie; Bij de helft van de proefpersonen werd in de zogenaamde brief van de huisarts een beeld geschetst waarin de man van het echtpaar duidelijk de 'meest zieke' van het stel en de oorzaak van de problemen schijnt te zijn. Bij de andere proefpersonen was dit precies omgekeerd.

2. Taal van de vooraf-informatie; Bij de helft van de proefpersonen werd in de brief van de huisarts gebruik gemaakt van een beschrijving in termen van gedrag terwijl bij de andere proefpersonen de informatie was vevat in diagnostische kenmerken als 'theatrale persoonlijkheid', 'passief-hysterische persoonlijkheid', etc.

3. Oriëntatie van de proefpersonen; Hoewel dit geen gemanipuleerde variabele is kan het in dit design opgevat worden als een onafhankelijke variabele. Er waren 21 proefpersonen die geassocieerd konden worden als behorend tot een psychodynamische oriëntatie terwijl 38

proefpersonen een gedragstherapeutische oriëntatie hadden. De resterende 43 proefpersonen konden niet bij één van deze twee ingedeeld worden.

De afhankelijke variabelen

1. *Uitspraken over de manier waarop de één met de ander communiceerde (gedragsbeschrijving).* In totaal waren er 48, van Lange & van der Valk (1983), afkomstige items voor dit onderdeel: 24 over de man en 24 identieke items over de vrouw. De uitspraken hadden zowel betrekking op de manier waarop de betreffende persoon met zijn partner praatte als op nonverbaal gedrag ten opzichte van de partner.

De proefpersonen konden aan de hand van vijf antwoordcategorieën aangeven in hoeverre zij een uitspraak betreffende de persoon in kwestie (man of vrouw) van toepassing vonden.

De totale vragenlijst werd aan een cluster analyse (vgl. Niemoller, 1980) onderworpen. Dit leverde twee duidelijk van elkaar te onderscheiden clusters op: het '*relationeel evaluatieve cluster*' en het '*individueel sociaal vaardigheidscluster*'. Het eerste bevatte items als 'de man doet weinig moeite om zijn vrouw te begrijpen' of 'het gebeurt vaak dat de man zijn vrouw negeert als deze iets naar voren brengt'. Het tweede cluster bestond uit items als: 'de man maakt op mij een onrustige indruk' of 'de man zegt het eerlijk als hij het ergens niet mee eens is'. De betrouwbaarheidscoëfficiënt alpha lag voor beide clusters, zowel t.a.v. de man als t.a.v. de vrouw rond .80. De som-scores op de beide clusters bleken zowel t.a.v. de man als t.a.v. de vrouw niet onderling te correleren (resp. .08 voor de man en .09 t.a.v. de vrouw). Dit bevestigt dat de beide clusters duidelijk van elkaar onderscheidbare aspecten van gedrag meten.

2. *Kenmerkenlijst*. Deze bestond uit 20 uitspraken waarin de man bepaalde persoonlijkheidskenmerken werden toegedicht. Een identieke lijst was er t.a.v. de vrouw. Bijvoorbeeld:

- 'De vrouw is impulsief van aard'.
- 'De vrouw heeft een optimistisch karakter'.

Ook hierbij konden de proefpersonen met behulp van vijf antwoordcategorieën aangeven in hoeverre zij het met elke uitspraak eens waren. Clusteranalyse van deze vragenlijst leverde geen te onderscheiden clusters op. De lijst werd als één geheel in de analyse betrokken. De betrouwbaarheid was respectievelijk .74 (tav. de man) en .76 (tav. de vrouw).

Experimenteel design en hypothesen

De bovenbeschreven variabelen leverden een factoriëel design op met herhaalde metingen (gedragsbeoordelingslijst en kenmerkenlijst). De eerste factor was op twee niveau's gemanipuleerd: de informatie-vooraf was hetzij positief tav. man en negatief tav. vrouw, of omgekeerd. De tweede factor was eveneens op twee niveau's gemanipuleerd: de taal van de vooraf-informatie was vervat in gedragstermen versus diagnostische kenmerken. De derde factor had betrekking op de volgorde van de twee vragenlijsten en was op twee niveau's gemanipuleerd: de ene helft der ppn. beoordeelde eerst met behulp van de gedragsbeoordelingslijst. De andere ppn. gaven hun mening over de cliënten eerst met de kenmerkenlijst. De vierde factor (de oriëntatie van de proefpersonen) bevatte drie niveau's: gedragsgeoriënteerd, analytisch/psychiatrisch en een middengroep die niet duidelijk bij één van de twee viel in de delen.

De hypothesen waren als volgt:

1. De beïnvloeding door vooraf-informatie is groter wanneer deze in 'eigen'

termen is gesteld dan wanneer de terminologie 'vreemd' is.

2. De beïnvloeding door vooraf-informatie wordt meer zichtbaar op de vragenlijst die geformuleerd is met 'eigen' concepten dan bij een vragenlijst waarin 'vreemde' concepten worden gebruikt.

De resultaten

De scores op de afhankelijke variabelen werden onderzocht met behulp van multivariate variantie-analyse (type?.....). De resultaten worden hier slechts kort samengevat. Voor een uitvoerig overzicht zij verwezen naar Kortenbosch (1984).

Het verwachte interactie-effect tussen 'aard van de vooraf-informatie', 'taal van de vooraf-informatie' en de 'oriëntatie van de therapeut' was voor geen der drie beoordelingen (individuele gedragsvaardigheden, relationele gedragsvaardigheden en persoonlijkheidskenmerken) significant. Dat geldt zowel voor het beoordelen van de man als van de vrouw. Er was zelfs geen trend in de richting. De p-waarden fluctueerden van . tot . Er werd dus geen steun gevonden voor de eerste hypothese.

Datzelfde geldt t.a.v. de tweede hypothese. Er waren geen significante interactie-effecten tussen 'aard van de vooraf-informatie', 'taal waarin de beoordeling kon worden vervat' en de 'oriëntatie van de therapeut'.

Bij wijze van exploratie werd onderzocht in hoeverre man en vrouw door de proefpersonen verschillend werden beoordeeld. Hierin kwamen grote verschillen aan het licht. De vrouw werd als significant minder sociaalvaardig gezien ($p < .0001$), maar significant positiever wat betreft relationele kenmerken ($p < .0001$) en wat betreft persoonlijkheidsstructuur ($p < .0001$). Dit is interessant aangezien het overeenkomt met de klinische werkelijkheid van deze twee stimulus-personen. Kennelijk waren de proefpersonen goed in staat om op grond van een half uur observatie te

komen tot een gedifferentieerd en verantwoord oordeel. We komen daarop in de discussie nog terug.

Een onverwacht gegeven had betrekking op de volgorde waarin de vragenlijsten waren aangeboden. Wanneer de proefpersonen eerst een gedragsbeoordeling gaven waren de beoordelingen negatiever dan wanneer men eerst beoordeelde op grond van persoonlijkheidskenmerken. Dit was met name het geval bij het beoordelen van de vrouw (p-waarden tussen .025 en .06). Dat het eerst focussen op het gedrag van de vrouw ten aanzien van haar tot een negatiever oordeel leidde dan wanneer men begon met wat globalere algemene kenmerken is achteraf inzichtelijk als men in aanmerking neemt dat zij juist als weinig sociaalvaardig in haar gedrag wordt waargenomen. Wanneer de proefpersonen zich daarover eenmaal hebben uitgesproken wordt hun oordeel over de andere kenmerken kennelijk ook wat negatiever. Bij de man is dit niet het geval doordat hij zowel wat persoonlijkheids-kenmerken als wat een deel der gedragskenmerken betreft nogal negatief wordt gezien.

Dat het opnemen van 'volgorde' als factor in het experimentele design niet overbodig was blijkt overigens ook uit het feit dat een aanvankelijke analyse zonder deze factor een significant hoofdeffect liet zien voor de factor 'aard van de vooraf-informatie', dat 'verdween' na invoering van 'volgorde' in het statistisch design. De conclusie dat onder de gegeven omstandigheden positieve vooraf-informatie tot een positiever oordeel over de cliënten leidde dan negatieve vooraf-informatie zou dan ten onrechte zijn getrokken.

Discussie

1. Het meest opvallend is natuurlijk dat onder de gegeven experimentele omstandigheden vooraf-informatie niet leidt tot systematische beïnvloeding van psychotherapeuten, zelfs niet als de informatie in hun 'eigen taal'

is vervat en hun oordeel in hun eigen terminologie kan worden gegeven. We kunnen hieruit voorlopig de conclusie trekken dat de verhouding tot de bron van de informatie belangrijker is dan de taal ervan en de manier waarop de beoordeling wordt gegeven. Wanneer de vooraf-informatie afkomstig is van niet-therapeutisch geëngageerde, aan de proefpersonen onbekende, personen dan is de beïnvloeding kennelijk gering. De psychotherapeuten gaan dan vooral af op hun eigen klinische waarneming. De genuanceerdheid daarvan, zoals die blijkt uit de adequate verschillende beoordelingen over man en vrouw ten aanzien van de verschillende dimensies, is op zich verheugend. Het gevaar voor bias is kennelijk minder groot dan algemeen werd aangenomen.

2. Bij bovenstaande conclusie past nog wel enige voorzichtigheid. Het experiment was niet in alle opzichten perfect. Dat geldt met name ten aanzien van de 'oriëntatie-variabele'. Het lag aanvankelijk in de bedoeling twee contrastgroepen te creëren: gedragstherapeutisch georiënteerd versus analytisch/inzichtgevend. Het bleek onmogelijk de proefpersonen van tevoren te selecteren volgens deze dimensie. Het moest dus achteraf gebeuren. Daarbij bleek echter dat ongeveer de helft van de proefpersonen in een niet te categoriseren middengroep viel. Deze variabele werd daardoor behoorlijk verzwakt. Het is niet ondenkbaar dat de hypothesen meer steun zouden hebben gekregen wanneer het was gelukt twee echte contrasterende groepen te formeren. In een toekomstig onderzoek zou, bij een gelijksoortig design, alsnog getracht moeten worden twee contrastgroepen van afdoende grootte te formeren. Het verdient dan aanbeveling om ook de 'bron van de informatie' opnieuw te variëren ('vreemd', 'neutraal' en 'eigen').

3. Het gevonden volgorde-effect geeft aanleiding tot de interessante hypothese dat het uitspreken van een oordeel door psychotherapeuten kan leiden tot bias ten aanzien van andere dan de eerder beoordeelde aspecten. Dit sluit uiteraard aan bij de klassieke impliciete persoonlijkheidstheorieën (vgl. Asch, 1948 en Kelley, 1950), maar ook bij de zelfperceptietheorie van Bem (1972). Dit zou wel eens kunnen betekenen dat de manier waarop de psychotherapeut positieve versus negatieve connotaties verbindt aan zijn feedback jegens cliënten niet alleen van belang is vanwege de rechtstreekse effecten op cliënten (vgl. Lange, 1985, par. 2.2.4), maar ook vanwege de effecten die het op hemzelf heeft.

4. In de reeks experimenten waarover is gerapporteerd wordt steeds het effect van vooraf-informatie op de *waarneming*, het *oordeel* van de psychotherapeuten onderzocht. Het wordt zo langzamerhand tijd om te onderzoeken of, onder de omstandigheden waarin bias daarin gevonden is, ook het *gedrag* van de psychotherapeuten wordt beïnvloed. Een recent opgezet vooronderzoek geeft aanwijzingen dat dat inderdaad het geval is (De Beurs & Oppenheim, 1986).

Samenvatting

106 psychotherapeuten namen deel aan een onderzoek waarin zij met behulp van een videomontage een echtpaar tijdens intake-gesprekken beoordeelden. De experimentele condities variëerden wat betreft de aard van de vooraf-informatie die zij kregen (positief versus negatief), de taal waarin die informatie was vervat (in termen van gedrag versus diagnostische kenmerken) en de oriëntatie van de proefpersonen (gedragmatig georiënteerd versus analytisch/inzichtgevend. Bovendien werden de beoordelingen op twee manieren gegeven (in gedragstermen en in termen van diagnostische kenmerken). De voorspelling, dat psychotherapeuten vooral beïnvloed worden als de vooraf-informatie in de 'eigen' taal wordt verstrekt en dat de beïnvloeding het meest tot uitdrukking komt als het oordeel in de 'eigen bewoordingen' wordt gegeven, werd niet bevestigd. Daarentegen bleek dat de psychotherapeuten onder deze omstandigheden, waarin de bron van de informatie voor hen neutraal was, gedifferentieerd oordelen overeenkomstig het klinische beeld van de cliënten. In de discussie wordt zowel ingegaan op de implicaties hiervan als op een onverwacht gevonden volgorde-effect.

Literatuur

- Asch, S.E., 1948. The doctrine of suggestion, prestige and imitation in social psychology. *Psychol.Review* , 55, 250-276.
- Bem, D.J., 1972. Self-perception theory. In: L.Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 6. Wiley, N.York.
- Beurs, E. de & H.J.Oppenheim, 1986. *De invloed van vooraf-informatie op het gedrag van psychotherapeuten* . Vakgroep Sociale Psychologie. Universiteit van Amsterdam.
- Kelley, H.H., 1950. The warm-cold variable in first impressions of persons. *J. Personality*, 18, 431-439.
- Kortenbosch, H., 1984. *Een experimenteel veldonderzoek naar de invloed van taal op het oordeel van psychotherapeuten* . Vakgroep Sociale Psychologie. Universiteit van Amsterdam.
- Lange, A., 1985. *Gedragsverandering in Gezinnen*. vijfde, compleet herziene druk. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Lange, A. & F. van der Valk, 1983. Labelingsprocessen en het oordeel van psychotherapeuten. *Ned.Tijdschrift voor de Psychologie* , 38, 286-300.
- Lange, A., Koppelaar, L. & R.Abraham, 1984. De bron van vooraf-informatie en de invloed daarvan op het oordeel van psychotherapeuten. *Ned. Tijdschrift voor de Psychologie*, 39, 486-495.
- Langer, E.J. & R.P. Abelson, 1974. A patient by any other name; clinical group differences in labeling bias. *J. of cons. & clin.psychol.*, 42, (1), 4-9.
- Niemöller, B., 1980. *STAP, Cluster.Statistical Appendix User's manual (2)*, Faculteit Sociale Wetenschappen. Universiteit van

Amsterdam.

Schneider, D.J., A.H.Hastorf & Ph.C. Ellworth, 1979. *Person Perception*.
Addison Wesley, Reading, Mass.

Temerlin, M.K., 1968. Suggestion effects in psychiatric diagnosis. *J. nervous and mental disease*, 147, (4), 349-353.

Weiman, M. & N.Wijtenburg, 1982. *De invloed van de bron van de vooraf-informatie op de beoordeling van cliënten*. Vakgroep Sociale Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

Summary

106 psychotherapists participated in an investigation in which they had to observe and evaluate a couple of clients by means of a video-tape. The experimental conditions varied regarding the characteristics of the pre-information which the subjects received (positive versus negative), the language in which this information was put (in terms of behavior or diagnostic traits) and the orientation of the subjects (behavioral oriented or analytic). Furthermore, the judgments were given in two ways (in behavioral terms and in diagnostic traits). The prediction that psychotherapists are mainly influenced when the pre-information is given in the 'own' language and that the influence is shown mostly when the judgment is given in 'own terms' was tested by multi-variate analysis of variance, but could not be confirmed. To the contrary it appeared that under these circumstances, in which the source of the pre-information was neutral to the subjects, they differentiated the clients quite well according to the clinical reality. In the discussion attention is given to these findings as well as to an unexpected effect of the order in which the judgments were given.

aantal gemeenschappelijke factoren bezitten die therapeutisch werkzaam zijn bij toepassing van welke behandeling dan ook. Een andere factor is misschien dat patiënten verbeteren ondanks een bepaalde behandeling, terwijl de therapeut de verbetering toeschrijft aan zijn be-moeienissen. Nadat eerst de problematiek met een bepaald theoretisch model verklaard wordt, wordt vervolgens met ditzelfde model ook de verbetering verklaard. Aldus reent de therapeut een bewijs te krijgen voor de juistheid van de theorie en voor de juistheid van de toegepaste behandelingsstrategie. De kritische

therapeuten dienen dus vooral op hun hoede te zijn bij succesvol verlopen behandelingen. Daar ligt het gevaar op de loer dat zij zich in slaap laten sussen, gaan vermoeden dat zij tot wonderen in staat zijn. Dat de Heer de mens schiep naar zijn beeld en gelijk-nis kan leiden tot de gedachte dat in het geval van de betrokken therapeut dit wel heel erg waar is. Dit kan alleen maar - God bestaat immers niet - tot teleurstellingen leiden. Voor deze therapeuten is dit artikel geschreven.

2. De behandeling van een vrouw met conversieverschijnselen.

Mevr. Van der Veen, een tweeëndertigjarige juriste, gehuwd, zonder kinderen is sinds één jaar werkzaam op een van de ministeries. Zij heeft een tijdelijk dienstverband. Naast werk en huishoudelijke activiteiten studeert zij M.O.Engels en is zij actief o.a. in een bestuursfunctie van de plaatselijke afdeling van de Partij van de Arbeid. Tijdens een ge-

spreek met haar chef werd haar medegedeeld dat het departement zeer tevreden is over haar werkzaamheden. Men had besloten haar een vast dienstverband te geven, Patiënte vertelt dat ze het zo druk had dat er vrijwel geen uur voor ontspanning overbleef. Dit werd mede veroorzaakt, doordat het eerste gedeelte van het afsluitend examen in die tijd plaatsvond. Doordat haar voorbereiding hiervoor eigenlijk onvoldoende was, zakte zij reeds tweemaal voor een bepaald tentamen. Een week na het eerste gesprek met de chef kwam deze bij haar langs om te zeggen dat ten gevolge van allerlei bezuinigingen de toegezegde vaste aanstelling niet door kon gaan. Zij was die middag zeer geëmotioneerd naar huis gegaan en ze vertelt dat ze 's avonds zo woedend werd, als ze in haar hele leven nog nooit geweest was. Twee dagen later kreeg ze een griepje. Ze voelde zich ziek en na drie dagen werd zij 's ochtends wakker met een vreems tintelend gevoel in vooral haar rechter lichaamshelft. Bovendien bleken beide benen verlamd te zijn. Ze werd onmiddellijk opgenomen op een neurologische afdeling. Na korte tijd kwam de kracht in haar benen terug, maar tegelijkertijd ontwikkelden zich onvrijwillig optredende contracties van de spieren in armen en benen, rechts erger dan links. De benen werden gebogen in het heupgewricht, waarbij de voet naar voren werd gegooid. De armen werden vooral in het ellebooggewricht gebogen waardoor ze naar voren en naar boven gegooid werden. Tijdens deze bewegingen wierp ze haar hoofd naar achter. Tijdens de opname was de frequentie wisselend van enige malen tot tientalle keren per minuut. Na opnieuw twee dagen verdwenen de klachten links vrijwel geheel, rechts

daalde de frequentie enigszins.

De neuroloog kon geen lichamelijke verklaring vinden en stelde de diagnose op conversiestoornis. Op het moment van aanmelding op de polikliniek psychiatrie vertelt patiënte niet in een psychiatrische verklaring voor haar klachten te geloven. Zij had echter van de verwijzende specialist gehoord dat hypnose misschien verlichting kan brengen.

Patiënte is ervan overtuigd een virale infectie van de hersenen of de hersenvliezen te hebben gehad, waar de huidige klachten een restverschijnsel van waren. Het valt op dat zij ondanks het zeer opvallende en storende karakter van haar klachten een uitstekend humeur heeft behouden, zoiets van iedereen heeft wel eens wat, dit, terwijl de schokken van een dusdanige intensiteit waren dat het ieders aandacht zou trekken

De schokken waren tijdens de slaap afwezig en bleken geprovoceerd te worden door drukte en geluidsprikkels. De bel van de telefoon bijv. leverde een reeks van de beschreven contracties op. Patiënte voelt de schokken niet aankomen. Ze is niet in staat ze tegen te houden. Wanneer ze bijv. de spieren aanspant, komt de schok nog door. De arm buigt dan minder, maar beweegt wel. Hetzelfde geldt voor benen en hoofd. Wanneer ze wat rondloopt of alleen thuis rustig leest, heeft zij minder last van de verschijnselen.

Besloten wordt de motorische stoornis te behandelen met een zelfcontrole procedure in combinatie met een relaxatietraining middels hypnose, een strategie die bij de behandeling van bepaalde tics (zie Hoogduin & De Haan, 1984) en torticollis (zie Hoogduin et al, 1985) bruikbaar is gebleken.

Bij deze methode gaat het erom dat de patiënt een incompatibele respons (Azrin & Nunn, 1973) leert die als s-R-interventie of als self-punishment door de patiënt moet worden uitgevoerd.

Mevrouw Van der Veen echter voelde de contracties in het geheel niet aankomen. Bovendien bleken de contracties ook tijdens het oefenen van de incompatibele respons (contracties van de aan de stoornis antagonistische spieren) gewoon door te gaan. Deze benadering bleek niet bruikbaar. Hetzelfde probleem speelde bij de relaxatie-oefeningen; er viel niets te relaxeren, de contractie vonden gewoon plaats. Ook de hypnose-inductie lukte niet; patiënte stuitte af en toe in haar stoel. Ten slotte werd besloten patiënte te behandelen met een negatief etiket. Aan patiënte werd verteld dat ze waarschijnlijk leed aan een ernstige vorm van conversie hysterie ten gevolge van de grote drukte, het niet doorgaan van de vaste aanstelling en de heftige emoties waarmee ze gereageerd had. Deze woede en teleurstelling hadden een conflict doen ontstaan. Enerzijds wilde ze niet langer voor de mensen die haar dat gelapt hadden, werken, anderzijds strookte het niet met haar karakter zich zo maar aan een taak te onttrekken. De klachten hadden het probleem voorlopig opgelost: ze werkte niet meer en onttrok zich niet aan haar taak. Vervolgens werd haar het verhaal verteld van de conversieverlamming van de soldaten in de loopgraaf die enerzijds niet wilden doden en anderzijds hun vaderland wilden dienen. Mevrouw Van der Veen verlaat na deze uiteenzetting wat verward de spreekkamer. Tijdens de volgende zitting bleek het aantal contracties gedeeci-

meerd te zijn (zie fig. 1). Patiënte had geen verklaring voor de verbetering.

Op de vraag of ze nog geïnteresseerd was in de afloop van het verhaal van de soldaten met de conversie-hysterische verlamningsverschijnselen antwoordde ze bevestigend. Ze kreeg als antwoord dat die soldaten die zich onder psychotherapeutische behandeling hadden gesteld en de adviezen opvolgden meestal goed herstelden. Gedurende de twee maanden hierop verdwenen de klachten vrijwel geheel. Bij follow-up na vier maanden heeft zij nog af en toe (1 à 2 maal gemiddeld per dag) nauwelijks zichtbare contracties. Deze treden op wanneer zij teveel gedaan heeft.

Intussen (één maand na de aanmelding) was de vaste aanstelling toch nog doorgedaan. Met haar werd afgesproken dat ze halve dagen zou blijven werken totdat de studie was afgesloten. Bovendien zou ze haar politieke activiteiten voorlopig stop zetten.

3. De behandeling met behulp van hypnose van een patiënte met hemiballisme rechts.

Hemiballisme is een syndroom dat vrij zelden voorkomt. Het syndroom bestaat uit heftige, éézijdige bewegingen door de gehele extremiteit uitgevoerd en maken de indruk een zeker doel te hebben, zoals gooien, grijpen, trappen. Romp en gelaat blijven in het algemeen vrij. Het beeld ontstaat

meestal plotseling en kan geruimte tijd, soms jaren blijven bestaan. Het wordt veroorzaakt door een beschadiging van het corpus subthalamicum aan de gekruiste zijde (corpus Luysi), of in de onmiddellijke nabijheid daarvan (ansalenticularis) (Biemond, 1961 (blz 175); Ranson & Clark, 1959 (blz 424)).

De hier te bespreken patiënte vertoonde hemiballisme rechten gevolge van een virale encephalitis. Nadat zij zonder succes door haar neuroloog medicamenteus was behandeld, werd zij voor behandeling met hypnose naar de polikliniek psychiatrie van het SHZ verwezen.

Bij de behandeling werd een procedure gevolgd die De Haan (1983) toepaste bij een vrouw met motorische stoornissen na neurolepticagebruik. Deze patiënte had een torticollis en chorea-tiforme bewegingen van beide armen. Het hoofd van deze patiënte was vrijwel nooit in een ruststand, het bewoog zich met een tic-achtige beweging naar opzij en naar achter. De Haan loste het probleem op door haar te vragen te gaan liggen, zoals ze deed wanneer ze ging slapen. Vervolgens lukte het haar in een ontspannen, trance-achtige toestand te brengen, waarbij de tic aanmerkelijk afnam. Patiënte oefende daarna met deze zelfhypnose tot ze in staat was de frequentie van de bewegingen in enige mate terug te dringen (De Haan, 1983).

Van dit principe werd bij deze patiënte eveneens gebruik gemaakt. Patiënte ging liggen in haar inslaaphouding. Intussen gaf de therapeut steeds suggesties om spierontspanning en rust te bevorderen. De trekkingen namen af en na een tiental minuten trad er vrijwel geen contractie meer op.

Vervolgens werd aan patiënte, die in een diep ontspannen toestand verkeerde maar niet sliep, de uitleg gegeven dat ze de geestestoestand die hoorde bij de diepe spierontspanning, die zij had op het moment dat ze sliep nu eveneens bereikt had. Ze werd gevraagd weer uit de ontspannen toestand te komen, waarop de contracties, zij het in een lagere frequentie dan voor de ontspanning, terugkwamen. Patiënte vertelde dat zij altijd insliep door zich te concentreren op een punt van haar voorhoofd. De behandeling werd voortgezet door patiënte nu in zittende houding deze oefening te laten doen. Opnieuw slaagde zij erin de contracties te doen ophouden. Vervolgens deed zij de oefeningen door zich voor te stellen dat zij insliep met de ogen geopend, waarbij ze probeerde dat ontspannen gevoel van de spieren vast te houden wat haar opnieuw lukte. Ze kreeg daarna een programma om in die situaties, waarin de contracties veel optraden (in gezelschap, plaatsen waar het lawaaiïg was) de oefeningen uit te voeren. Aansluitend kreeg patiënte controle over haar contracties. Na negen maanden kon ze haar werk weer voor halve dagen opnemen. Ze gebruikte geen geneesmiddelen. Bij follow-up na vier maanden maakte zij het goed. Ze heeft nog 1 - 2 contracties per dag die voor een buitenstaander nauwelijks waarneembaar zijn.

4. De patiënte met hemiballisme.

Biemond (1961) beschrijft dat hemiballistische verschijnselen vaak na maanden of jaren spontaan verdwijnen. Recent

meldde een dergelijke patiënte, bij wie de verschijnselen na een virale encephalopathie ontstaan waren, zich aan voor behandeling. Noch hypnose, gedragstherapie, een indirecte benadering, noch medicamenteuse therapie mochten verlichting van de klachten bewerkstelligen.

Na de zesde zitting (zie fig. 1) verbeterden de verschijnselen plots aanzienlijk om geleidelijk verder af te nemen. Negen maanden na het begin van de klachten kon patiënte in redelijk goede doen ontslagen worden.

Bij follow-up na vier maanden werkte zij weer halve dagen en heeft behalve 1 - 2 contracties per dag geen klachten meer.

5. Wie won de prijs?

Was het toch de indirecte, directieve benadering, was het een spontaan herstel, of verdwenen de conversieverschijnselen omdat haar vaste aanstelling een feit werd? Of toch een nieuwtje, werd voor de tweede maal een onduidelijke motorische stoornis in enige mate verholpen doordat gebruik gemaakt werd van het gegeven dat veel neurologische stoornissen, zoals tremoren, choreatische bewegingen, dyskinesieën, tics en myoclonieën verdwijnen tijdens de slaap? En zou het mogelijk zijn die toestand van gemoed en spieren onder bewuste controle te krijgen? Nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Op dit moment zijn twee patiënten met een ingewikkelde neurologisch-myoclonische stoornis in behandeling genomen. Over het verloop zal gerapporteerd worden.

Literatuur.

93

Azrin, N.M. & R.G. Nunn (1973) Habit Reversal.

Behav. Res & Ther. 2, 87-98.

Biamond, A. (1961), Hersenziekten. Bohn, Haarlem.

Dyck, R. van (1985), Is psychotherapie een placebo? DTh

5 (2) 104-145).

Dyck, R. van & P.M.G. Emmelkamp (1985) Eclecticisme, een
stap in de goede richting.

DTh 5 (4) 303-319.

Haan, E. de (1983) Persoonlijke communicatie.

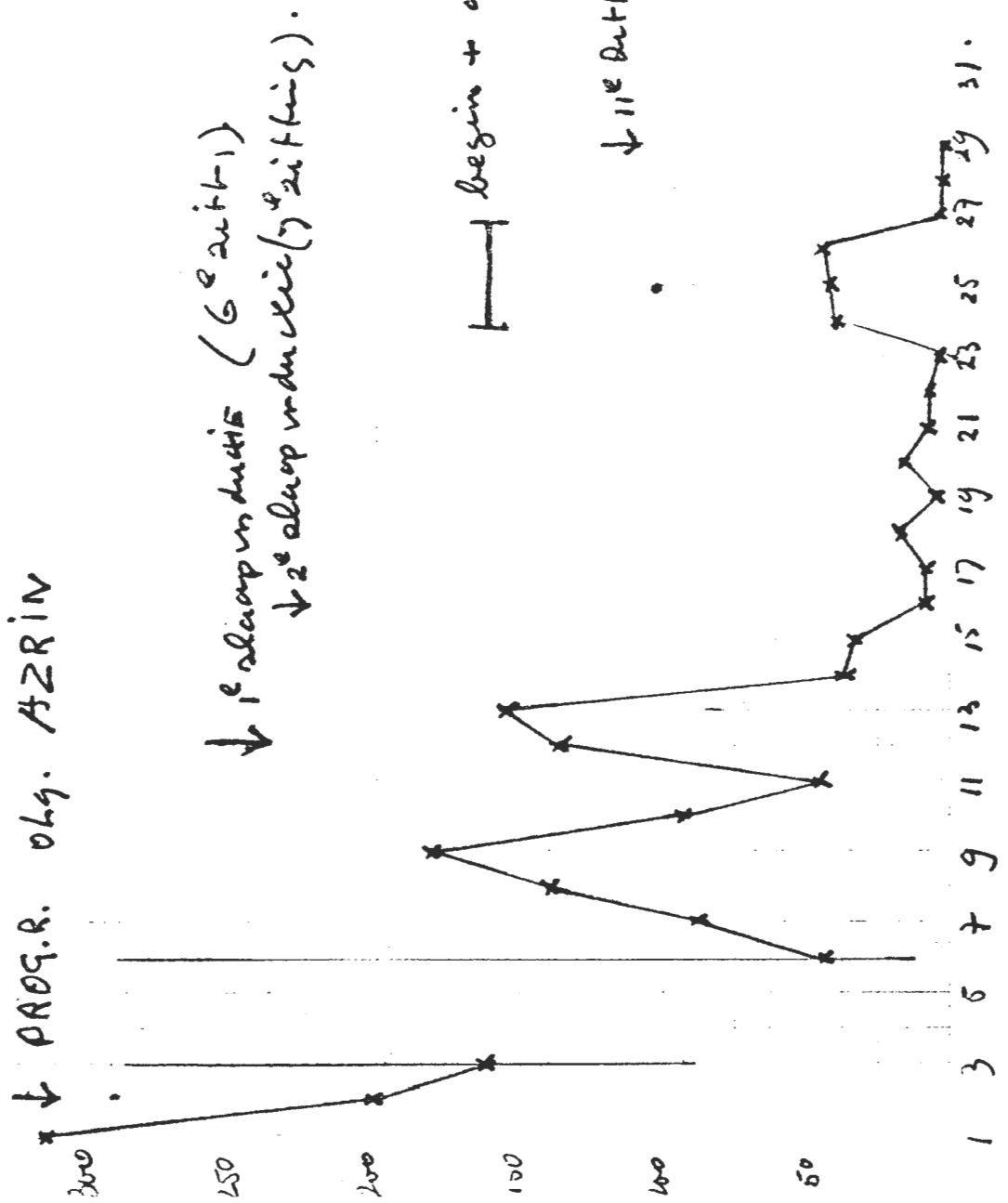
Haan, E. de & R. van Dyck (1985) Nadelen en beperkingen van

eclecticisme. DTh 5 (2) 422-435.

Ranson, S.W. & S.L. Clark (1959) The Anatomy of the Nervous

System. Saunders, London.

↓ VAKANTIE. SEEN RESISTANTI
↓ PROG.R. OLG. AZRIN



"Wat moeten we in vredesnaam met meneer van Zanten ? !"

I. Inleiding

In mijn eerste bijdrage aan T.D.T. borstelde ik mensen uit mijn haar. Sindsdien is mijn haar dunner geworden en misschien kan ik er daardoor meer in verdragen. Destijds werd ik onzeker, en daardoor geïrriteerd, wanneer mensen niet in het strikte danstempo van mijn ijdelheid wensten op te knappen en patienten die ik van voorgangers overnam waren levende bewijzen van het feit dat therapie lang niet altijd succesvol is.

Tegenwoordig maak ik me er geen zorgen meer over hoe lang een patient mij denkt nodig te hebben ter verbetering van zijn klachten, gemoedsrust of welbevinden.

Even een gedicht van Frank Koenegracht tussendoor:

Herfst der vliegen

Wat een oude vlieg ben ik.

Op de rug van de kat meegereden zo moe

kijk ik over een tuin uit

met een waardigheid die schijn is.

Wat een slechte beslissing

in november stervend

tegen een raam te kleven.

Ik word in ieder geval niet meer vermoeid door het ophouden van een waardigheid die schijn is en hoop tot in december door te gaan met geduldige begeleidingen, hun december of de mijne. Het is tegenwoordig zelfs zo dat het me verbaast wanneer mensen al na korte tijd te kennen geven dat het wel mooi is geweest. Mogelijk is dat ook een vorm van ijdelheid; er zit iets kwetsends in, wanneer patienten door

middel van een snelle verbetering een door een langdurige associatie met een therapeut, die trots is op zijn vermogen tot opbeuring, vermijden.

Het zijn -o.a.- bespiegelingen als hierboven vermeld die het nodig maken dat een therapeut zijn chronische bestand kritisch beziet: langer dan + 25 zittingen contact onderhouden moet wel een zeer bewuste beslissing zijn, want de slechte redenen om mensen (te) lang in behandeling te houden zijn talrijk. Men kan november lang laten duren en gekleefd tegen het raam van menselijke narigheid zich als voyeur van die ellende laten betalen: het "steunend contact" in slechte zin. In het navolgende hoop ik aan de hand van een gevalbeschrijving aan te tonen dat langdurig steunen een zinvolle, noodzakelijke en, voor de therapeut, bevredigende activiteit kan zijn.

II. Meneer van Zanten

1. Aanmelding

Meneer van Zanten wordt begin 1977 bij mij aangemeld door de huisarts. Hij is dan 52 jaar; de cardioloog en daarvoor de -uiterst bekwame- huisarts hebben geen verklaring gevonden voor zijn klachten.

Hij heeft tot een jaar voor zijn aanmelding gewerkt in een vertrouwensfunctie bij een middelgroot bedrijf gedurende + 30 jaar zonder één dag ziekteverzuim. In die jaren is hij wel eens ziek geweest, doch hij heeft dat nooit een reden gevonden om van het WERK weg te blijven. Zijn baan is altijd verreweg het belangrijkste geweest in zijn leven. Ook zijn -late- huwelijk heeft daarin geen verandering gebracht.

Zijn echtgenote, die hij op zijn werk heeft opgedaan is nooit anders gewend geweest. "Een man, dokter, werkt zo hard als hij kan om verder te komen in de wereld en voor zijn gezin te zorgen"; dat is het eenvoudige credo van meneer van Zanten.

Op een fatale dag krijgt hij een aanval van pijn op de borst, cyanose en collaps; in aansluiting blijft hij zich extreem zwak voelen, hij kan bijna niet meer lopen.

27

Een uitvoerige analyse door internist en cardioloog inclusief cardiale angiografie leveren slechts een dubieus vernauwd coconair vaatje op, volgens de cardioloog bepaald onvoldoende om het beeld te verklaren. Na een paar maanden is meneer van Zanten wat opgeknaapt en niet meer te houden: hij moet en zal werken. Op zijn werk krijgt hij dan zonder enige waarschuwing te horen dat hij in verband met een reorganisatie beter niet meer terug kan komen. De bodem valt uit zijn wereld, alle klachten komen acuut terug en hij wordt zo somber dat de huisarts hem naar mij verwijst.

2. Voorgeschiedenis

Meneer van Zanten is een extreem keurige medeburger: plichtsgetrouw, strikt eerlijk en volkomen toegewijd aan het bedrijf dat hem zo onbarmhartig heeft laten vallen.

Hij schaamt zich voor zijn klachten die hij onmannelijk vindt: hij heeft zich nog nooit iets van die kinderachtigheid aangetrokken. Zijn echtgenote is duidelijk aan het afknappen op deze houding: zij waardeert flinkheid, doch voelt zich gekwetst omdat haar man lijkt te denken dat hij door vrouw en kind alleen als werkezel wordt geapprecieerd.

De houding van meneer van Zanten kan begrepen worden uit zijn biografie:

Hij is de enige zoon van twee afgrijselijke ouders: vader was een botte, kille alcoholist, zonder het joyeuze dat deze mensen wel eens wil kenmerken; moeder is een verwende vrouw, die bij haar zoon de attentie zocht die haar man haar niet kon of wou geven.

Meneer van Zanten werd zo een zeer vroeg ouwelijk jongetje die in feite het hele gezin droeg. Dit heeft zijn leven bepaald: altijd zorgelijk, dat je voor de burens de schande verborgen hield.

Zijn moeder is tot op hoge leeftijd meer een parasiterend lastig kind voor hem en zijn vrouw geweest dan een steun.

Het "zorgen voor je gezin door je werk" is werkelijk de enige pijler voor het gevoel van eigenwaarde van meneer van Zanten; hij is in de rouw sinds zijn baan verdwenen is.

g

III. Therapie

Wat doe je aan zoiets? Ik vond de enorme agressie, onder alle keurigheid, tegen de ex-werkgever het meest opvallend en de therapie bestond gedurende + 1 jaar voornamelijk uit het laten opstellen en bijwerken van een uiterst gedetailleerd verslag van de laatste fase in zijn arbeidsleven.

Dat lichte zeer op: de sfeer thuis verbeterde sterk, de -verholensuïcidaliteit verdween en hij durfde weer met ex-collega's te praten zonder zich te schamen.

Wat bleef was een rare loopstoornis, gecombineerd met een zeer snelle grote vermoeibaarheid. Neurologische analyse heeft herhaaldelijk niets anders opgeleverd dan een gering tarsaal tunnel syndroom. Cardiologisch is toch een matig ernstige insufficiënte cordis aanwezig.

De heer van Zanten kan en kon evenwel nauwelijks 20 meter lopen en liet zich na + 1½ jaar dan ook veel in rolstoel vervoeren.

In de gesprekken was het echtpaar zich steeds meer thuis gaan voelen; ik werd langzamerhand een combinatie van biechtvader en geïdealiseerde superieur voor meneer en mevrouw van Zanten. De huisarts evenwel vroeg zich vertwijfeld af: "Wat moeten wij toch met dit echtpaar, collega ! ?"

Een verder verslag van mijn pogingen die tot op heden voortduren kunt u volgende maand verwachten