



Tijdschrift voor Directieve
Therapie/april 1985
Jaargang XII Nummer 1

- | | | |
|------------------|--|---|
| 1 | Ten Geleide | De Hoofdredacteur |
| 11 | Some Preliminary Remarks On The Eclectic Treatment Of Persistent Bedwetters | Prof.Dr.D.N.Oudshoorn, M.D. |
| 25 | Een geval van dwangneurose | Prof.Dr.C.A.L.Hoogduin |
| 30 | Behandeling van een vrouw met trichotillomania | Prof.Dr.A.Lange |
| 40 | Commentaar op de trichotillomanie-therapie | Prof.Dr.Maria M. |
| 43 | Enkele overwegingen rond het thema euthanasie; een bijdrage aan de discussie | L.J.Joele, zenuwarts & directeur |
| 47 | Interview met Prof.Dr.A.Lange | Prof.Dr.K.Mampuys |
| 60 | Hyperventilatie en somatische aandoeningen | Prof.Dr.A.Hansen, Prof.Dr.M.J. Raymakers & Prof.Dr.C.A.L.Hoogduin |
| 70 | Signalement: Lange heeft gelijk | Prof.Prof.Prof.Dr.R.Van Dyck |
| 76 | Samenvatting en nabeschouwing van het proefschrift | Prof.Prof.Prof.Dr.R.Van Dyck |
| <u>ontbreekt</u> | Het verbeteren van de verstandhouding tussen partners zonder relatietherapie | Kees van der Velden, sociaal werker |

Redactie: Als vanouds.

Omslagen: Daniël van der Velden (14 jaar)

De inhoudsopgave heeft U wel duidelijk gemaakt dat de redacteuren van dit Tijdschrift niet van de straat zijn. Van Dyck is kandidaat voor drie leerstoelen en staat daarmee aan de top van de hiërarchie. Hoogduin en Lange zijn beiden goed voor twee leerstoelen, Oudshoorn moet het voorlopig nog met een leerstoel doen, maar wie zijn bijdrage leest begrijpt dat het niet bij een leerstoel kan blijven.

De carrières van Joele en Van der Velden lijken misschien te stagneren, maar in werkelijkheid stagneert slechts de loopbaan van de laatstgenoemde. Van Joele kan men zeggen dat hij als eerste de Top bereikte, en wie de Top bereikt heeft kan onmogelijk nog hoger klimmen. Niettemin kan een langdurig verblijf aan de Top de indruk van stilstand wekken. Vier van de zes redacteuren ontwikkelen zich met name als wetenschappelijk onderzoekers en universitair docenten, Joele manifesteert zich in het bijzonder op bestuurlijk en medisch-ethisch gebied. Hij is de politicus en manager van het gezelschap, de staatsman als het ware.

Van der Velden manifesteert zich ook wel, maar meer in wat in de sociale psychiatrie de 'thuissituatie' heet, en dan in het bijzonder op erotisch-seksueel terrein. Hij mag hier dan wel erg trots op wezen, maar maatschappelijk betekent dit natuurlijk niets. Het levert geen geld op, geen aanzien, geen macht, niets. Wanneer U zich realiseert dat het hem, ondanks de ruime tijdsspanne tussen de deadline voor het vorige en de deadline voor dit nummer, niet is mogen gelukken zijn bijdrage aan deze aflevering op tijd gereed te hebben, dringt zich de conclusie op dat aan de loopbaan van deze gevoelige redacteur reeds thans een einde is gekomen.

Rijst de vraag hoe de succesvolle redactieleden met hun onfortuinlijke collega omgaan. Laten zij hem vallen? Ruilen zij hem in tegen iemand die nuttiger is voor de eigen loopbaanplanning?

Laten wij eens bezien hoe zij de ongelukkige bejegenen. Uit de correspondentie die hun kopij begeleidt kan men hiervan een goede indruk krijgen.

Beginnen we met Van Dyck. Op de volgende pagina vindt U het briefje dat zijn artikelen vergezelde. Om te begrijpen wat zijn woorden betekenen, moet U weten dat de afzender door de geadresseerde in succesvoller dagen consequent met 'Jongeman' werd aangesproken. Dit heeft blijkbaar gestoken.

R. van DYCK, psychiater
 W. de Zwijgerlaan 7
 2341 EG Oegstgeest
 Tel. 071 - 17 40 87

1/5

Waarde vriend:

Hierby 2 speciale
 ingeleide bijdragen.

Tot woensdag.

Picard.

—

Is het overdreven wanneer wij de toon als koel karakteriseren? Uitdrukkingen als 'waarde vriend' kennen wij alleen uit zinnen als 'Het spel is uit, waarde vriend' en 'Nee, waarde vriend, deze vlieger gaat niet op'. Voorlopige conclusie: Van Dyck heeft Spinhoven gevonden en Van der Velden heeft hij niet meer nodig.

Hieronder ziet U wat Hoogduin ervan maakt.

C.A.L. HOOGDUIN, ZENUWARTS
 PSYCHIATRIE S.H.Z.

Reinier de Graaf Gasthuis
 St Hippolytuslocatie
 Reynier de Graefweg 11
 2625 AD Delft
 tel. 015-611611, toestel 2390

Besta Rees

Van het ~~FTT~~ dus
TWT

vr. gr.

Rees

denk je aan de Statuten
aan Reesvelden

Ook niet overdreven vriendschappelijk, wel? Als U Van der Velden zou vragen wat hem het meeste kwetst in een briefje als dit, dan is het wel dat 'vr. gr.', dat Van der Velden zelf alleen gebruikt bij mensen aan wie hij een enorme bloedhekel heeft. Om het contrast te illustreren met de wijze waarop Van der Velden vroeger bejegend werd, drukken wij hier nog een briefje af dat Hoogduin in betere tijden aan zijn toenmalige vriend stuurde.

C. A. L. HOOGRUIN, zenuwarts
Reinier de Graaf Gasthuis / Hippolytusgebouw
Tel. 015 - 611 611, toestel 2390

Rees van Velden

R/ Joachim

hierby nog een
van het TWT.
Ik hoop dat je
je verleden
nu weer hebt
van me dat je
woensdag
hartelijk groet
van je trouwe
vriend & schijns

Rees

De vertaling luidt: 'Goede Kees, Hierbij nog iets voor het TDT. Ik hoop dat je geen vervelende naweeën hebt van ons telefoongesprek van jl. woensdag. Hartelijke groet van je trouwe vriend & schrijver, Kees.' (Onderstrepingen van Ons, dH.)

Ach ja, zo was het vroeger.

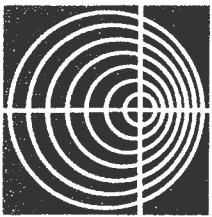
Dick N. Oudshoorn schrijft als volgt:

.....
(Begin schrijven D.N. Oudshoorn.)

(Einde schrijven D.N.Oudshoorn.)
.....

Ja, lezer, U begrijpt het goed: Oudshoorn schrijft niets. Is te hoog geworden. Heeft geen tijd meer. Te druk met het modificeren van technieken. Van der Velden kan niet bijdragen aan de voortgang van diens loopbaan. Dag Van der Velden!

Dan Joele. Zijn schrijven treft U op de volgende pagina. 't Is gericht aan K.E.van der Velden. Wat mag dat K.E. betekenen? Karel Eduard? Koos Evert? Vriendelijke groeten kan de geadresseerde wel krijgen, maar een normale vriendschappelijke ondertekening niet meer. Is dat nou christelijk psychiatrisch?



Bloemendaal

christelijk psychiatrisch centrum

Monsterseweg 93
2553 RJ 's-Gravenhage
Postadres
Postbus 53002
2505 AA 's-Gravenhage
Telefoon 070 910101
Postgiro 62972
Rabobank 323 113 907

Afdeling

—

—
ons kenmerk

—

—
onderwerp

—

—
's-Gravenhage

27 maart 1986

De heer K.E. van der Velden
Nolensstraat 74c
3039 PX ROTTERDAM

Beste Kees,

Zoals de traditie wil ben ik ook ditmaal te laat. Ik zend nog separaat een vervolg op de avonturen van de heer Van Zanten toe. Op voorhand reeds, in plaats van een gedicht, wat proza uit mijn dagelijkse werk.

Tot ziens en vriendelijke groeten,

Leen.

Nee, dan Lange!

Van hem kreeg Van der Velden twee briefjes, het een nog vriendschappelijker dan het ander.

PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM

Dr. A. LANGE
 Vakgroep Klinische Psychologie
 Vakgroep Sociale, Arbeids en Organisatie Psychologie
 1018 XA Amsterdam

Tel. 020-525-3637

3639 (secr. sociale psychologie)

3142 (secr. klinische psychologie)

7-4-86

Aan : Kees

Bijgaand:

2 TDT artikelen, waarvan
 de ene helaas dubbelzijdig
 is gekopieerd. Sorry

ter informatie

ter ondertekening

op uw verzoek

met verzoek de behandeling over te nemen

s.v.p. na inzage retour

kan behouden worden

met verzoek om commentaar/advies

* met zeer veel groeten en
 de allerbste wensen

A

Vertaling: 'Bijgaand twee TDT-artikelen, waarvan de ene (moet zijn: 'het ene', maar wat geeft dat, dH) helaas dubbelzijdig is gekopieerd. Sorry. Met zeer veel groeten en de allerbeste wensen, AL.'

Alstublieft!

En wat denkt U van het volgende schrijven?

PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM

Dr. A. LANGE
 Vakgroep Klinische Psychologie
 Vakgroep Sociale, Arbeids en Organisatie Psychologie
 1018 XA Amsterdam

Tel. 020-525-3637
 3639 (secr. sociale psychologie)
 3142 (secr. klinische psychologie)

21-4-86

Aan : Kees

Bijgaand: Commentaar van Maria M.

op het TDT artikel over haar, in 6-1981
 voor TDT

- ter informatie
 ter ondertekening
 op uw verzoek
 met verzoek de behandeling over te nemen
 s.v.p. na inzage retour
 kan behouden worden
 met verzoek om commentaar/advies
 met i/d Ten Geleide er iets
 over op te merken, aangezien ik
 er in mijn e.v. Inleiding niets over
 heb geschreven. (Wist ook niet dat ik
 dit idee nog zou krijgen.
 Tot spoedig, veel plezier met je mopje
 Freddy

Gaarne vertalen wij deze tekst voor U. 'Bijgaand commentaar van Maria M. op het TDT-artikel over haar, in zeszvoud voor TDT. Met het verzoek om in het Ten Geleide er iets over op te merken (aan welk verzoek wij met het weergeven van deze tekst voldaan menen te hebben, dH), aangezien ik er in mijn Inleiding niets over heb geschreven. (Ik wist ook niet dat ik dit idee nog zou krijgen.) Tot spoedig, veel plezier met je mopje (dit heeft betrekking op Van der Veldens 'thuissituatie', dH), Freddy.'

Lief hè?

De conclusie moet zijn dat wie eenmaal bevriend is met Lange met hem bevriend blijft.

Van deze loyaliteit profiteert niet alleen Van der Velden, maar ook Lange's familieleden doen hier hun voordeel mee. Als bij toeval kwamen wij in het bezit van de volgende brief.

CASIMIR
SCHOLENGEMEENSCHAP

Openbare scholengemeenschap
voor HAVO en VWO (gymnasium en atheneum)

Tulpenburg 1
1181 NK Amstelveen
Telefoon: 020-459454

De heer en mevrouw Lange,
De Bosphorus 21,
1183 GD AMSTELVEEN

Amstelveen, 31 januari 1986.

Onderwerp: gedrag Yasha.

Geachte heer en mevrouw Lange,

Door middel van deze brief informeer ik u dat twee docenten zich bij mij beklagen hebben over Yasha's gedrag.

Naar mijn oordeel mag van een leerling in een vierde klas worden verwacht dat hij zich op een wijze gedraagt dat ongestoord les gegeven kan worden.

Ik heb Yasha een laatste waarschuwing gegeven.

Hoogachtend,



J.F. Thijssen,
conrector.

Wat zou U doen? Uw zoon eens forse schrobbering geven? Hem aanmelden bij de Pleeggezinnencentrale? Leest U toch hoe vader Lange dit afhandelt.

Dhr. J.F. Thijssen s.s.t.t.
Casimir Scholengemeenschap
Tulpenburg 1
1181 NK Amstelveen

5-2-86

Geachte heer Thijssen,

*dit is
natuurlijk
gelogen! d.H.*

Uw brief van 31 januari heb ik ontvangen. Ik kan U meedelen dat Yasha de betreffende kwestie al met ons had besproken. Ik hecht er ook aan U mee te delen dat ik niet veel waardering kan opbrengen voor de wijze waarop U dit soort kwesties meent te kunnen afdoen. Een zesregelig briefje waarin op geen enkele wijze wordt ingegaan op wat er gebeurd is, waarin een niet verifieerbare beschuldiging wordt geuit, en waarin een niet toegelichte waarschuwing wordt gegeven, doet niet zorgvuldig aan. De manier waarop U mij als ouder op de hoogte stelt zonder de zaak serieus uit de doeken te doen vind ik onbehoorlijk.

Voor de goede orde: ik kan me best voorstellen dat Yasha wel eens lastig en/of brutaal is. Dat is hij thuis ook wel eens. Dat hoort ook wel enigszins bij zijn leeftijd. Ik praat daar regelmatig met hem over en ik weet dat hij voor de school behoorlijk zijn best doet, al zouden sommige dingen misschien beter kunnen. Ik weet ook dat hij een sterk ontwikkeld rechtvaardigheidsgevoel heeft wat hem soms al te veel in conflict brengt met zijn omgeving. Ik ben er van overtuigd dat het soort briefjes waarvan ik er nu één heb mogen ontvangen niet bijdraagt tot een beter functioneren zijnerzijds.

*Als het blijft:
d.H.*

Het lijkt mij zinnig om over deze kwestie, dwz. Yasha's gedrag, het gedrag van de betrokken leraren en uw reactie een serieus gesprek te hebben.

Hoogachtend,

Dr. A. Lange

't Is duidelijk - alleen Lange is de teruggevallen Van der Velden trouw.

Wat moet deze doen?

Hij deed het volgende.

Met de Uitgeversmaatschappij Van Loghum Slaterus overlegde hij over een nieuw omslag voor de nieuwe druk van Directieve therapie 2. Dit omslag treft U hierbij aan. Overwogen wordt nog om achter 'Kees van der Velden' '(en ook een beetje A.Lange)' te plaatsen.

Met deze trieste uiteenzetting wordt deze aflevering geacht bij U geïntroduceerd te zijn.

De Hoofdredacteur

Onder redactie van
Kees van der Velden

Directieve therapie 2



Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2

Directieve therapie 2


Directieve therapie 2

Sociale bibliotheek

onder redactie van
E. E. Behrend
drs. H. J. H. Brentjens
dr. G. Hendriks
M. Kamphuis
drs. H. G. Ras

Directieve therapie 2

onder redactie van
Kees van der Velden

 met bijdragen van
Richard Van Dijck
Onno van der Hart
Kees Hoogduin
Leen Joele
Alfred Lange
Dick Oudshoorn
Kees van der Velden



Van Loghum Slaterus

ISBN 906001 552 5

© 1979 Van Loghum Slaterus B.V., Deventer.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without the prior written permission from the publisher.

Inhoud

Inleiding /*Kees van der Velden*



DEEL I. ELEMENTEN

Introductie

1. Wat is directieve therapie? (2) /*Richard Van Dijk et al.*
2. Een indeling van directieve interventies /*Richard Van Dijk, Kees van der Velden & Onno van der Hart*
3. Positief etiketteren /*Kees van der Velden, Onno van der Hart & Richard Van Dijk*
4. Positief etiketteren; een aanvulling /*Alfred Lange*
5. Paradoxen /*Richard Van Dijk*
6. Afleiding /*Alfred Lange & Kees van der Velden*
7. De welwillende beproeving /*Kees Hoogduin, Kees van der Velden & Onno van der Hart*
8. Humor /*Richard Van Dijk*

DEEL II. PROBLEMEN



Introductie

9. De behandeling van cliënten met veel voorkomende lichamelijke klachten en syndromen /*Dick Oudshoorn, Franny Moene & Paul du Jour*
10. Directieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen /*Kees Hoogduin & Tine Druif*
11. Depressies /*Dick Oudshoorn*
12. Anorexic /*Leen Joele*
13. Behandeling van kinderen en pubers met tics en

- dwangverschijnselen /*Dick Oudshoorn*
14. Tics /*Kees Hoogduin & Else de Haan*
 15. Behandeling van een man met een tic /*Alfred Lange*
 16. De behandeling van een vrouw met trillende handen /*Alfred Lange*
 17. Kort van memorie /*Leen Joele*

DEEL III. PROCEDURES

Introductie

18. Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures /*Kees Hoogduin*
19. Metaforen /*Richard Van Dijk, Onno van der Hart & Kees van der Velden*
20. Cadeautjes & eerherstel /*Kees van der Velden & Kees Hoogduin*
21. De drie brieven /*Kees Hoogduin*
22. Over het verwennen van kinderen en het opvoeden van ouders /*Kees van der Velden*
23. Het vermijden van opname /*Kees Hoogduin & Rob van den Bosch*
24. Dagbehandeling /*Leen Joele*
25. Proefscheiding /*Kees Hoogduin & Richard Van Dijk*
26. Over het nemen van beslissingen /*Kees Hoogduin*
27. Vaak, kort en eventueel op ongelegen tijden /*Kees van der Velden & Frank Habekotté*
28. Over het voorschrijven van sportbeoefening /*Leen Joele*
29. Hypnotherapie bij een vrouw met angst voor het eten in gezelschap /*Kees Hoogduin*
30. Kortdurende hypnotherapie voor dwangmatig roken /*Onno van der Hart*

DEEL IV. STRATEGIE

Introductie

31. Modellen in psychotherapie /*Richard Van Dijk & Kees van der Velden*

32. Timing /*Alfred Lange*
33. Timing /*Richard Van Dijk*
34. Individuele therapie naar aanleiding van relationele klachten /*Alfred Lange*
35. Langerdurende directieve therapie /*Leen Joele et al.*
36. Mislukte directieve therapieën /*Alfred Lange, Richard Van Dijk & Kees van der Velden*

EPILOOG

37. Training in subassertiviteit /*Kees van der Velden*

1. The first part of the document is a letter from the Secretary of the State to the Governor, dated 18th March 1877. It contains a report on the progress of the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

2. The second part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

3. The third part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
4. The fourth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
5. The fifth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
6. The sixth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
7. The seventh part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
8. The eighth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
9. The ninth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.
10. The tenth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

11. The eleventh part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

12. The twelfth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

13. The thirteenth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

14. The fourteenth part of the document is a report on the work done during the year, and a list of the names of the members of the Council who have been elected for the year ending 31st March 1877.

29. Hypnotherapie bij een vrouw met angst voor het eten in gezelschap

KEES HOOGDUIN

1. INLEIDING

Van der Hart (1977x) beschrijft een procedure om mensen te helpen zich zelfbewuster op te stellen in situaties die zij als bedreigend beleven. De cliënt concentreert zich op situaties waarin hij zich wel zeker en zelfbewust voelt. Vervolgens wordt hem geleerd deze gevoelens ook in de als bedreigend beleefde situaties te ervaren.

Van der Hart beschrijft de toepassing van deze benadering bij een beginnend psychotherapeute die zich onzeker voelt ten opzichte van dominerende cliënten, maar zich erg op haar gemak voelt wanneer ze zeilt en het roer in handen heeft. Haar wordt geleerd zich tijdens haar therapiezittingen even zelfbewust te voelen als bij het zeilen.

Bij de hierna beschreven behandeling van een cliënte met angsten voor eten in gezelschap is van dezelfde procedure uitgegaan. Ieder is op een bepaald gebied zeker van zichzelf; met behulp van hypnose en autohypnose kan de cliënt ertoe gebracht worden zich met de bij die bepaalde situatie behorende zekerheid te begeven in een situatie waarin hij zich tot nu toe onzeker en nerveus voelt.

HET VOORBEELD

Mevrouw Dolman, een 30-jarige huisvrouw, heeft twee kinderen van zes en drie jaar oud. Dertien jaar geleden heeft ze last gekregen van wat zij noemt een 'eetfobie'. Wanneer zij in een restaurant of bij familie de maaltijd gebruikt, is ze dermate nerveus dat ze nauwelijks in staat is iets te eten. De dagen voorafgaande aan de maaltijd slaapt ze slecht. Sinds enige jaren gebruikt ze gedurende die dagen Librium en Mogadon. Ondanks het gebruik van deze medicatie blijft ze angstig en gespannen tot de maaltijd achter de rug is. De

klachten zijn begonnen toen ze voor het eerst bij de familie van haar toekomstige echtgenoot at. Zij had erg tegen die maaltijd – een Kerstdiner – opgezien. Zij kwamen uit nogal uiteenlopende milieus: haar man stamde uit een welgestelde juristenfamilie en zij was de dochter van een fabrieksarbeider. Zij maakte zich grote zorgen of ze wel geaccepteerd zou worden door zijn familie. Gedurende de maaltijd was ze zo nerveus dat ze niet in staat was iets te eten.

Geleidelijk aan hebben de klachten zich zodanig uitgebreid dat iedere maaltijd buitenshuis en zelfs de gedachte aan een dergelijke maaltijd, al voldoende is om haar gespannen te maken.

In de taxatiezitting wordt mevrouw Dolman de mogelijkheid geboden te kiezen tussen een langerdurende, meer gedragstherapeutisch geïoriënteerde benadering – waarbij haar man ingeschakeld zal worden – en een hypnotherapie waarvan op kortere termijn effect verwacht mag worden (vgl. hoofdstuk ...).

Na overleg met haar partner geeft zij de voorkeur aan hypnotherapie. Van belang is nog te vermelden dat bij het verdere onderzoek geen andere problemen naar voren zijn gekomen.

Na een vlotte trance-inductie via oogfixatie vraagt de therapeut mevrouw Dolman een situatie te beschrijven waarin ze zich gelukkig en zeker voelt. Zij noemt de vrijdagavond wanneer ze met de beide kinderen naast zich voorleest.

Op verzoek van de therapeut concentreert zij zich op deze situatie. Zij vertelt over het plezierige gevoel dat ze krijgt als de kinderen stijf tegen haar aangedrukt vragen om voor te lezen uit Jip en Janneke. Ze voelt zich dan sterk en zeker en in staat te voldoen aan de eisen die door de kinderen aan haar gesteld worden.

Vervolgens wordt haar gevraagd 'de kinderen naar bed te brengen' en nog wat na te genieten van die plezierige ervaring.

Hierna vraagt de therapeut of zij zich – terwijl ze zich sterk en zeker voelt – wil concentreren op een maaltijd die over een maand plaatsvindt bij haar schoonouders. Zij beschrijft de tocht naar het huis van de ouders van haar man, het binnenkomen en tenslotte – zeer gedetailleerd – hoe de maaltijd verloopt. Mevrouw Dolman blijft zich bij deze beschrijving zelfbewust en ontspannen voelen. De maaltijd wordt beëindigd en het plezierige verloop van deze voorheen voor haar zo spanningsvolle gebeurtenis wordt benadrukt.

Vervolgens wordt cliënte gevraagd in haar eigen tempo terug te komen en de ogen weer te openen.

Van deze zitting is een audio-opname gemaakt. Mevrouw Dolman krijgt dit cassettebandje mee naar huis en zal dit dagelijks beluisteren en oefenen in het zelf in trance gaan. Na de oefenperiode zal zij bij haar schoonouders een etentje organiseren. Hier zal blijken of ze haar angsten overwonnen heeft.

Op de volgende zitting (vier weken later) vertelt mevrouw Dolman dat ze de Librium en de Magadon heeft laten staan, omdat ze zich veel rustiger voelt. Zij is eenmaal met haar man en enige collega's in de stad gaan eten zonder dat zij zich nerveus heeft gevoeld.

De therapeut complimenteert haar met het staken van de medicatie, maar stelt met betrekking tot het klachtenvrije verlopen etentje dat één zwaluw nog geen zomer maakt. Hij bespreekt met haar de planning van een etentje bij haar schoonouders.

Zij vertelt de volgende zitting dat de maaltijd zonder problemen verlopen is. Zij heeft zich gedurende de gehele maaltijd ontspannen gevoeld. De dagen voorafgaande aan het etentje heeft zij steeds het gevoel gehad afgerekend te hebben met haar eetfobie.

De behandeling heeft 4 zittingen in beslag genomen. Bij telefonische follow-up na 3 maanden blijkt de toestand nog steeds even gunstig.

3. DISCUSSIE

Bij de behandeling van mevrouw Dolman wordt gebruik gemaakt van de door Van der Hart (1977x) beschreven procedure om mensen met meer zelfvertrouwen in door hen als bedreigend beleefde situaties te laten functioneren.

In afwijking van de beschrijving van Van der Hart wordt bij mevrouw Dolman deze procedure toegepast in combinatie met hypnotherapie. Van mevrouw Dolman wordt gevraagd zich een situatie voor te stellen waarbij zij zich vol zelfvertrouwen en zeker voelt. Daarna stelt ze zich in de trance een etentje bij haar schoonouders voor dat zonder problemen verloopt. Van Dijck (1978) beschrijft de principes van een techniek voor autohypnose die geschikt is om meer specifieke problemen te behandelen. Deze behandeling bestaat uit een eenvoudige inductie (bijv. oogfixatie), een beschrijving van een geslaagde situatie, een meegeven van een audiobandje

en het thuis laten oefenen. Van dit principe wordt bij de behandeling van mevrouw Dolman gebruik gemaakt.

Het effect van autohypnose valt in twee componenten uiteen (Van Dijk, 1978): een algemeen en een meer specifiek effect. Bij mevrouw Dolman was het algemene effect snel merkbaar: beter slapen en het beëindigen van het Librium- en Mogadongebruik. Ook een meer specifiek effect was merkbaar voordat het geplande etentje bij schoonmoeder plaatsvond: wanneer ze voor die datum een keer in een restaurant eet, verloopt deze maaltijd voor het eerst sinds dertien jaar zonder problemen.

De situatie die mevrouw Dolman kiest als een waarin zij zich zeker en zelfbewust voelt, betreft de vrijdagavond waarop ze 's avonds met beide kinderen naast zich voorleest. In deze situatie beleeft ze op positieve wijze haar moederrol. De therapeut sluit hierbij aan en helpt haar de positieve gevoelens te generaliseren naar de probleemrijke etentjes buitenshuis of met anderen. Men zou de therapeut kunnen verwijten dat hij de vrouw in traditionele rol bevestigt in plaats van haar te helpen zich hiervan te bevrijden. Wij zijn het met deze kritiek niet eens. De therapeut respecteert de keuze van de cliënt – tot op zekere hoogte, ongeacht zijn eigen normen en waarden. Wanneer de cliënt zich zeker en prettig zou voelen bij het bezoeken van Artis, het vrijen of het voorzitten van een afdelingsvergadering van de Communistische Partij, zou de therapeut een dergelijke situatie op vergelijkbare wijze in de behandeling gebruiken hebben.

30. Over het verwennen van kinderen en het opvoeden van ouders

KEES VAN DER VELDEN

1. INLEIDING

De preoccupatie van ouders met hun eigen klachten en problemen kan ertoe bijdragen dat zij de opvoeding van hun kinderen ietwat verwaarlozen. Kinderen kunnen zich hierdoor op den duur zo verwend en onaangenaam gaan gedragen dat de ouders nog weer verder in de moeilijkheden geraken.

In par. 2 van dit hoofdstuk wordt zo'n situatie beschreven. Aangegeven wordt hoe d.m.v. een *ritueel* de meest storende opvoedingsfouten worden hersteld.

In par. 3 wordt aandacht gegeven aan een – door de moeder in kwestie bedachte – aanpak van de resterende opvoedingsmoeilijkheden.

Deze benadering wordt opnieuw toegepast bij een gezin met vergelijkbare problemen (par. 4).

2. EEN RITUEEL VOOR VERWENDE KINDEREN

2.1. De problemen van mevrouw Bus

Mevrouw Bus wordt aangemeld door haar huisarts. Zij is dertig jaar en huisvrouw van beroep. Haar man, directeur van een groentenveiling, is twee jaar ouder. Mevrouw heeft las van een frequent hyperventileren, (secundaire) fobische klachten (durft niet alleen te zijn, straatvrees, durft niet met het openbaar vervoer te reizen) en dysfoor-depressieve verschijnselen (plotselinge agressiviteit, schuldgevoel, gedeprimeerdheid); tenslotte zijn er opvoedingsmoeilijkheden.

Tijdens de eerste zitting krijgt de cliënte informatie over het hyperventilatiesyndroom. Zij zal haar klachten de komende weken

nauwgezet registreren. Afgesproken wordt dat de echtgenoot aan de behandeling zal deelnemen.

De tweede zitting is gewijd aan de provocatie van een aanval van hyperventileren en het couperen daarvan.

Tijdens de derde zitting vertelt mevrouw dat dankzij de vermindering van de fobische klachten haar actieradius weer sterk is uitgebreid. Dan beklaat zij zich over het gedrag van haar twee zonen, Japie en Jopie, die resp. tien en acht jaar oud zijn.

Het blijkt dat deze kinderen zoveel snoepen dat er van eten nauwelijks nog sprake is. Dagelijks terugkerende ruzies tijdens de maaltijden zijn het gevolg. De kinderen luisteren niet naar hun ouders. Ze stoken vuurtje in huis. Ze kunnen zichzelf niet bezighouden, en als er al eens één geboeid dreigt te worden door het bouwen van een toren, dan gooit de ander hem wel om.

Jopie's gedrag zou vanaf zijn geboorte gekenmerkt zijn geweest door motorische onrust, concentratieproblemen en driftbuien. De ouders hadden van de huisarts vernomen dat deze eigenaardigheden vermoedelijk toegeschreven moesten worden aan een geringe hersenbeschadiging die hij bij zijn geboorte zou hebben opgelopen.

Japie is een wat rustiger kind, zeker als hij alleen met één van zijn ouders is.

In overleg met de ouders wordt besloten eerst de avondmaaltijd tot een meer feestelijk gebeuren te transformeren, want over het huidige verloop ervan bestaat het meeste ongenoegen.

Bij het inventariseren van de consumptiegewoonten in het gezin blijkt dat de ouders zelf ook het nodige aan zoutjes en koekjes wegwerken. Vandaar dat een ritueel bedacht wordt waarin zowel de kinderen als de ouders afscheid nemen van het snoepen.

2.2. Het advies

De therapeut adviseert het volgende: 'U maakt vanavond Uw spruiten klaar, Uw sucadelapjes en Uw aardappels – maar alleen voor U, mevrouw, en voor Uw man. Voor de kinderen daarentegen maakt U een geheel andere maaltijd. U maakt voor hen een diner dat bestaat uit *boterbiesjes, chips, drop en toffees en zoutjes*. Als drank geeft U geen melk doch *Fanta*. En U vertelt hun het volgende: "Lieve kinderen. Jullie vader en ik hebben gemerkt dat in dit huis onjuiste eetgewoonten zijn ontstaan. Jullie eten alleen nog *ge-vulde koeken, beschuit en Bambix*, en vader en ik bezondigen ons

nogal eens aan een overmatig gebruik van *knabbelnootjes* en *wokkels*. Dit is niet goed. Noch wij, noch jullie zijn met een dergelijk voedingspatroon gebaat. Vandaar dat jullie nu deze merkwaardige maaltijd voorgezet krijgen. Eet er smakelijk van, geniet ten volle, maar bedenk dat we hiermee van nu af aan stoppen." Aansluitend zal vader meedelen het standpunt van moeder ten volle te delen. De therapeut motiveert dit advies als volgt. Hij wijst erop dat hij ervan overtuigd is dat deze ouders zeker kinderen zullen willen op wie zij trots kunnen zijn, en zeker niet kinderen die een ergernis zijn voor anderen en een plaag voor zichzelf. Bovendien worden de ouders uitgenodigd zich een voorstelling te maken van wat op lange termijn de gevolgen zullen zijn van een ongewijzigd beleid.

Het schrikbeeld dat hun hierbij vrijwel onmiddellijk voor ogen komt, doet hun gemotiveerdheid extra toenemen. Zij gaan het niet proberen, zij gaan het *doen*.

2.3. Resultaat

Vier weken later komen de ouders opgetogen terug.

Wat is er gebeurd? Ze hebben gedaan wat was afgesproken. Alleen: de oudste zoon wilde geen snoep maar sucadelapjes, spruiten en aardappels. En de jongste had zo'n zoutje of vijf gegeten, bevreemd om zich heen gekeken, zijn snoepgoed weggegooid en om *normaal eten* verzocht.

Volgens de ouders is de avondmaaltijd nu het gezelligste moment van de dag. De andere maaltijden verlopen eveneens zonder problemen. De snoepconsumptie van kinderen én ouders is drastisch gereduceerd.

3. EEN PUNTENSYSTEEM BIJ HET OPLOSSEN VAN OPVOEDKUNDIGE PROBLEMEN

Teneinde de overige opvoedingsproblemen de baas te worden, krijgt het paar Pattersons 'Problemen met kinderen' (1973) mee. (Dit boekje bevat een handleiding voor het observeren, in kaart brengen en aan de hand van een puntensysteem beïnvloeden van ongewenste gedragingen van kinderen.) Bij de vijfde zitting heeft mevrouw Patterson gelezen; meneer niet. Omdat de man niet zozeer een studiehoofd is en er bovendien aan zijn inzet in andere op-

zichten niet getwijfeld behoeft te worden, besluit de therapeut hier verder geen aandacht aan te besteden.

Gevraagd naar haar mening over het boekje geeft mevrouw Bus aan het een 'rotboek' te vinden.

Twee dagen is ze er beroerd van geweest. Van haar hoeft het niet, zo met je kinderen omgaan, het lijkt verdomme wel of je *alles* fout doet als je dat boek leest. Nadat ze enige tijd is voortgegaan met het uiten van haar misnoegen, komt ze tot de volgende suggestie: 'Je moet eigenlijk niet voor je kinderen zo'n gedragsprogramma opstellen, je moet dat voor jezelf doen. Die kinderen zijn niet fout, ik ga fout met hen om.'

Het lijkt verstandig om met mevrouws idee mee te gaan en dus wordt de volgende lijst opgesteld.

Mevrouw kan punten winnen en verliezen. Behaalt ze 200 punten dan zal haar man haar met bloemen verrassen; heeft ze er 400 dan mag ze een avond uit.

Strafpunten

- | | |
|-----------------------|----|
| - gillen | 10 |
| - onnodig verbieden | 8 |
| - door de knieën gaan | 5 |

Pluspunten

- | | |
|--|----|
| - aandacht geven bij het uit school komen: | |
| 5 minuten | 8 |
| 10 minuten | 17 |
| 13 minuten | 25 |
| - met de kinderen spelen: | |
| per 3 minuten | 4 |
| - wanneer Japie of Jopie iets fout doen, geen ongeduld laten blijken | 8 |
| - knuffelen | 2 |
| - met Japie en Jopie op bed spelen | 2 |
| - de kinderen helpen verkleeden als ze uit school zijn gekomen | 10 |

De relatief geringe hoeveelheid punten die mevrouw met knuffelen en spelen op bed kan verdienen, hangt samen met het feit dat zij reeds een uitgesproken liefhebster van deze activiteiten is; de 2 hieraan verbonden punten moeten haar min of meer worden opgedrongen.

Bij de zesde zitting, een maand later, heeft ze haar bloemen ruim-

Zomin als in Directieve therapie 1 naar volledigheid werd gestreefd, zomin is dat bij *Directieve therapie 2* het geval. De hoofdstukken zijn totstandgekomen op grond van de min of meer willekeurige praktijkervaringen die de schrijvers opdeden met de cliënten van S.P.D.-en, psychiatrische poliklinieken e.d.

Voor deze groep cliënten is het gebruik van flexibele, pragmatische, op de maat van de cliënt gesneden oplossingen zeer vruchtbaar gebleken, al moet men niet uitsluiten dat ook andere cliëntencategorieën met directieve therapie hun voordeel kunnen doen.

De ruim van voorbeelden en gevalsbeschrijvingen voorziene hoofdstukken zijn gegroepeerd in vier delen.

In deel I worden enkele *elementen* van directieve therapie beschreven, zoals paradoxen, afleiding, humor en positief etiketteren. Verder worden de uiteenlopende directieve interventies overzichtelijk geordend. Deel II is gewijd aan de plaats van de directieve therapie bij de behandeling van *specifieke problemen*, waaronder lichamelijke klachten, psychotische verschijnselen, depressies, tics en dwangverschijnselen. In deel III komen uiteenlopende *procedures* aan de orde: zelfcontroleprocedures, metaforen, een procedure om beslissingen te nemen, een ritueel om opvoedingsproblemen de baas te worden, 'proefscheiding', hypnotherapie, het schrijven van brieven als vorm van 'rouwtherapie', het voorkomen van opname, en de behandeling van cliënten in een dagziekenhuis. Deel IV bevat beschouwingen over de *strategische aspecten* van directieve therapie. Hierbij komen onder meer overwegingen met betrekking tot indicatiestelling en timing ter sprake. Dit deel besluit met een uitvoerig hoofdstuk over mislukte behandelingen.

Directieve therapie 2 is bestemd voor dezelfde lezers als waarvoor zijn voorganger bedoeld was: therapeuten die op grond van ervaring behoefte hebben aan uitbreiding van hun therapeutisch arsenaal. Om therapeuten met ervaringen en denkbeelden over strategische therapie een forum te bieden, verschijnt in 1980 bij dezelfde uitgever het *Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose*.

11

Voorlopige opmerkingen over
eclectische behandeling van hardnekkige bedplassers

Dick N. Oudshoorn

Stand van zaken: Ik heb een hele berg literatuur (waarvan een groot deel gefourneerd door Kees Hoogduin, waarvoor mijn erkentelijkheid) doorgespit. Zeer veel publicaties betreffen de **plaswekker**. Deze werkt gewoonlijk redelijk effectief, mits voldoende lang volgehouden (want het is geen snelle methode - men moet op zo'n vier tot tien weken rekenen), maar het grootste probleem is het hoge percentage (in de orde van grootte van 35%) recidieven binnen een jaar. Door een **intermitterend schema** te gebruiken (waarbij de wekker in bv 50% der gevallen afgaat) of door het principe van **overleren** te hanteren (zodra een bepaald resultaat is bereikt dient de patiënt 's avonds extra veel te drinken) gaat de behandeling niet sneller maar is het percentage recidieven wel heel wat lager (resp. 25% en 12,5%).

Dan zijn er nogal wat publicaties over de Dry Bed Training (DBT) van Azrin c.s. Als anderen dan de grote meester deze methode toepassen wordt bij lange na niet de score van 100% gehaald die hij claimt, maar toch worden op deze manier in korte tijd heel wat bedplassertjes droog. Azrin c.s. zelf hebben de methode ook toegepast zonder plaswekker en beweren dat de effectiviteit dan even groot is. Bollard en Nettelbeck hebben dit onderzoek herhaald en vinden dan slechts 25% succes; ze hebben ook andere onderdelen afzonderlijk onderzocht en concluderen ten slotte dat de plaswekker het belangrijkste is en dat de overige componenten wel enige, maar geen significante, extra verbetering geven.

Weer anderen hebben DBT vergeleken met 'Retention Control Training', RTC dit laatste al dan niet in combinatie met positieve plastraining. DBT kwam er het beste uit (alhoewel minder fantastisch dan bij Azrin zelf) en de positieve plastraining (een Spartaanse training in plassen op de wc, op te vatten als zware last of straf als het kind in bed heeft geplast) voegde niets toe aan de matige effectiviteit van RCT.

Er zijn ook onderzoekers geweest die conditionering en andere, c.q. psychodynamische en medicamenteuze, methodes hebben vergeleken. Dan komt de plaswekker er het beste van af: "Gegen die Enuresis ist noch kein besseres Kraut gewachsen als die Klingelhose" (Stegat, 1973).

Ten slotte (om dit overzichtje maar kort te houden) zijn er publicaties over de slaapdiepte (plast een kind in bed omdat het zo diep slaapt of ligt het omgekeerd - voor de tweede opvatting zijn aardige argumenten aan te voeren), resp. in welk **slaapstadium** wordt gebedplast (het zou meestal in stadium 3-4 van de NREM-slaap optreden); over **urologische** aspecten, met name een obstructie in de urethra (plasbuis) en over **hypnose** bij de therapie van enuresis nocturna.

Enfin, aan iedere ingang zitten haken en ogen, of anders gezegd: iedereen bereikt iets (de een meer dan de ander) maar niemand haalt 100%, ook Azrin niet.

De stelselmatige fout is misschien wel dat er veelal van wordt uitgegaan dat alle bedplassen op hetzelfde neer komt. Er zijn wel auteurs die tot een nadere typering pogen te komen, maar dat blijft dan toch meestal beperkt tot één kader. Ellen Freeman is een tamelijk eenzame uitzondering met haar conclusie: "Enuresis Nocturna is blijkbaar een symptoom met multipiele oorzaken en definities." Ik sluit me bij deze slotsom aan en beschouw deze als een vertrekpunt voor mijn onderzoek.

Ik had gehoopt tijdig gereed te zijn met het **protocol** voor de behandelplannen, maar helaas heb ik dat net niet gered. Daarom moge de TDT-lezer nu getroost zijn met de gedachte: "beter een half ei dan een lege dop." In volgende nummers van ons Tijdschrift kan ik voortgaan, nietwaar.

-2-

Het 'Strategische Model' dat de leidraad is van het leerboek van de auteur wordt ook gehanteerd bij de Enuresis Nocturna (EN). Er wordt zo systematisch mogelijk, onder meer m.b.v. een vragenlijst, geïnventariseerd wat er aan de hand is, welke de voorgeschiedenis van de betrokkene is en hoe hij of zij in zijn gezin en daarbuiten verkeert. De tweede stap is dat er op zes niveaus naar geschikte verklaringen wordt gezocht, welke licht werpen op de gevonden klachten en problemen en welke tevens aanknopingspunten voor een behandelplan opleveren. De derde stap is de uitvoering van dat plan, met de nodige terugkoppeling naar diagnostiek/taxatie en evt. bijstelling van de hypothesen.

In een vooronderzoek dat de behandeling van achttien jongeren met therapieresistent bedplassen betrof, zijn de meest uiteenlopende methodes gebruikt. Over het algemeen was de keuze voor een bepaald behandelplan redelijk goed gemotiveerd. In sommige gevallen waarin de therapie niet snel genoeg tot resultaten leidde bleek de therapeut (DNO) nogal eens de neiging te hebben de ene methode na de andere te gebruiken, ten koste van de consistentie van de behandeling. Dit is vermoedelijk wel het voornaamste risico dat aan een eclectische strategie kleeft. Natuurlijk is het geen bezwaar (integendeel zelfs getuigend van verantwoorde therapeutische souplesse) om op een andere benadering over te stappen als de eerste niet tot het gewenste effect leidt. Als men tenminste eerst de tijd heeft genomen om te analyseren **waarom** de eerst gekozen strategie faalde. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of het mislukken van een techniek als de plaswekker ligt aan gebruiksfouten, dan wel aan onvoldoende medewerking, dan wel aan een verkeerde inschatting van bepaalde factoren door de behandelaar. Stel dat het aan min of meer bedekte tegenwerking ligt, dan heeft het niet zoveel zin om klakkeloos op methode B over te stappen, want dan is de kans groot dat ook die therapie faalt. Het ligt dan voor de hand nader uit te zoeken waarop die tegenwerking berust en om daarop een passende strategie te kiezen. In het ene geval kan dat zijn het uitschakelen van bekrachtigende factoren in het andere geval denke men aan betere **motivering** van de patiënt. Soms zal het zelfs noodzakelijk blijken een meer omvattende therapie (bijvoorbeeld psychotherapie gericht op zelfbeeld, trauma's of conflicten; of gezinstherapie) toe te passen om de voorwaarden te scheppen voor een enuresisbehandeling s.s. Met het vooronderzoek is veel ervaring opgedaan, maar een en ander moet nog precieser worden uitgewerkt.

Het doel van het **tweede deel** van dit onderzoek is om een volgende serie patiënten te behandelen met een 'eclectisch protocol'. Dit betekent dat er op diverse momenten bepaalde keuzes ~~waten~~ gedaan. Idealiter levert het tenslotte een bruikbare handleiding met een soort beslissingsboom op. Ondergetekende gaat deze behandelingen ook niet allemaal zelf doen, doch zal een drietal collegae superviseren. Door middel van een rondschrijven aan alle huisartsen, kinder- artsen, urologen en psychiaters hopen we snel aan een voldoende groot aantal patiënten te komen (gedacht wordt aan ca dertig).

Er wordt geen contrôlegroep geformeerd; iedere patiënt is zijn eigen contrôle, want een gemeenschappelijk kenmerk is dat ze allen al één of meer serieuze plastherapieën hebben gehad. Daarom ook (nog afgezien van de afkeer van de auteur tegenover een eenvormige, strakke therapie voor iedereen) wordt niet gekozen voor één standaardbehandeling.

Van de overwegingen die tot een keuze leiden zal nauwkeurig aantekening worden gehouden. Het aantal keuzemogelijkheden is uiteraard niet onbeperkt, en bovendien komt het in de praktijk op bepaalde clusters neer, zodat codering en strakke omschrijving van vrijwel alle interventies mogelijk

-3-

is.

Hiermee ben ik al ver gevorderd, maar ik kan het nu nog niet presenteren. Wat ik als bijlage toevoeg betreft slechts twee onderdelen: een (sterk vereenvoudigd) neurofysiologisch plasschema met bijgevoegde tekst en uitleg + een opsomming van behandelmogelijkheden. Dit krijgt iedere patiënt in de eerste of tweede zitting mee, nadat de behandelaar hem er de nodige mondelinge uitleg over heeft gegeven, vergezeld van het verzoek het thuis tweemaal zorgvuldig door te nemen en er de volgende keer vragen over te stellen.

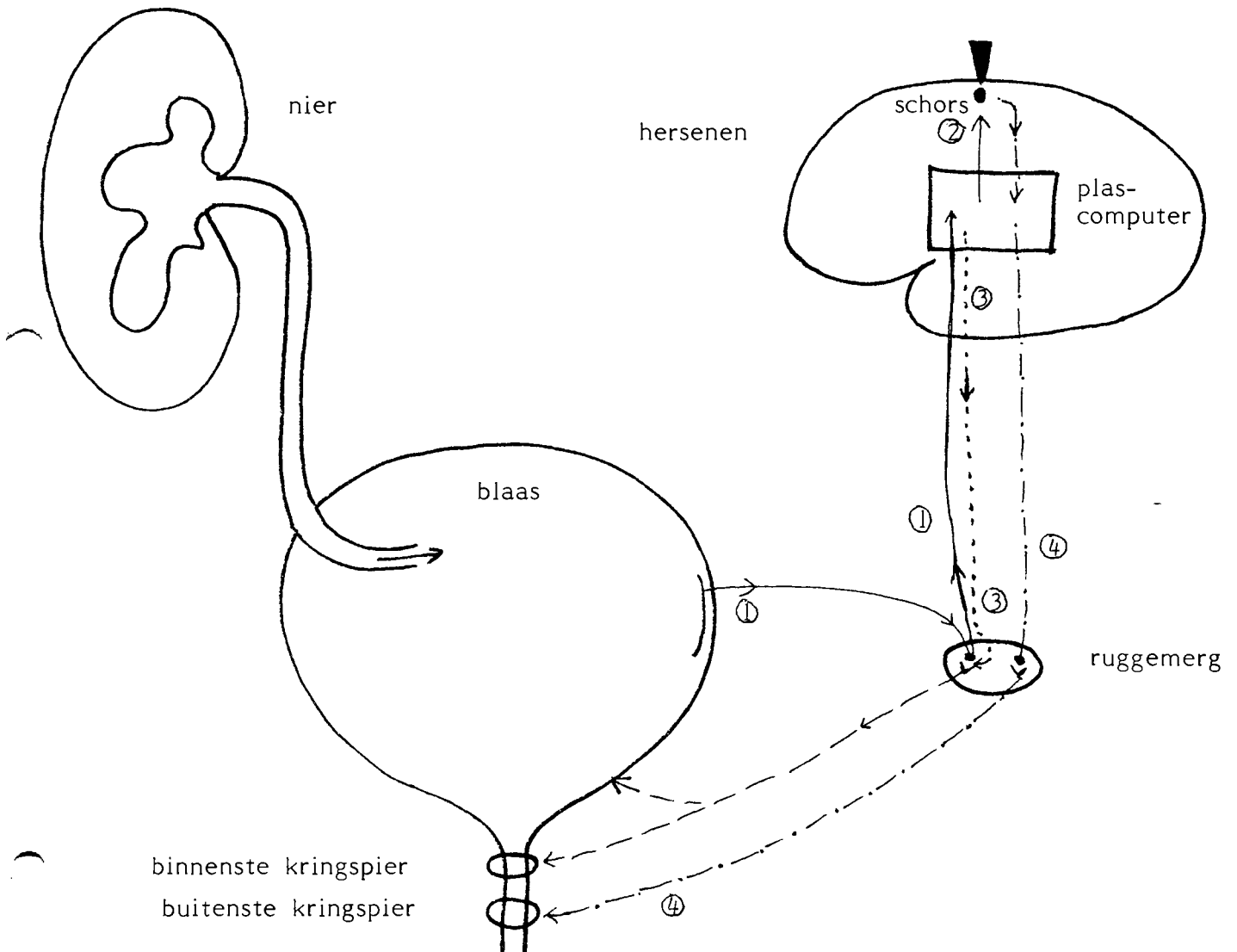
Van een heel andere orde is de tweede bijlage waarin verschillende toepassingsmogelijkheden voor **hypnose** worden uiteenzet. Het zal zeker niet zo zijn dat iedere patiënt met hypnose wordt behandeld. Maar als hypnose wordt toegepast is het wel van belang de procedures nauwkeurig te omschrijven en ze ook zuiver toe te passen.

Vaste elementen zijn: informatie over bedplassen en behandeling (zie bijlage) en registratie van het bedplassen (gedurende de gehele behandeling). Keuzemogelijkheden zijn: blaastraining, werken met beloningen/straffen, gebruik van gewone wekker/wekkerradio, de plaswaker, de methode van Azrin (hetzij m.b.v. de ouders, hetzij zelfstandig uitgevoerd) of een variant (alleen 'positieve plastraining'), hypnose (zie bijlage), medicatie (zeldzaam).

Tot zover mijn inzending voor het Tijdschrift voor Directieve Therapie (TDT). Ik hoor graag reacties van de Hooggeleerde, Zeergeleerde, Geleerde en Supergeleerde Heren.

Wat moet de plascomputer doen?

- 1- voelen hoeveel urine in de blaas is
- 2- deze informatie aan jouzelf doorgeven (overdag)
 - jou zo nodig wakker maken ('s nachts)
- 3- al die tijd zorgen dat de blaas potdicht blijft
- 4- zo nodig extra afknijpen (buitenste kringspier)



Wat is jouw verantwoordelijkheid?

- jouw plascomputer een goed programma geven zodat deze precies kan uitrekenen of hij a) jouw blaas, zolang als je slaapt, potdicht kan houden of b) jou wakker moet maken
- Dan moet je ook meteen wakker worden
- en echt naar de wc gaan!
- of de troep verschonen als je een misser hebt

Uitleg bij het plasschema

A) Hier zie je een schema waarin je de **blaas** ziet afgebeeld waarin de **nieren** als—maar—door urine laten druppelen. De blaas heeft een uitgang die door twee **kringspiieren** wordt afgesloten. De binnenste kringspiero werkt **automatisch**, maar de buitenste kringspiero kun jij net zo gemakkelijk dichtknijpen of openen als bv. de kringspiero van je mond (je lippen).

In de blaaswand zitten spieren. De blaaswand kan gespannen zijn doordat de blaas goed gevuld is, of doordat de spieren van de blaaswand zich aanspannen. Er zijn speciale zenuwtjes die signalen doorgeven naar het ruggemerg over de spanning in de blaas. ①

B) Bij een **baby** gaat het plassen helemaal vanzelf. Als de blaas gevuld raakt wordt de spanning groter en gaan er signalen naar het ruggemerg. Automatisch geeft het ruggemerg opdracht aan de blaaswand om extra aan te spannen en aan de binnenste kringspiero om te verslappen. Dan stroomt de plas naar buiten, zonder dat de baby daar iets van merkt. (De buitenste kringspiero doet bij een baby nog niets.)

Als het kind **anderhalf of twee jaar oud** is kan het overdag wel voelen dat het moet plassen en kan het zijn moeder roepen. Het kind kan de plas wel eventjes ophouden maar niet lang. Maar 's nachts voelt het kind het niet en plast het nog automatisch in zijn luier.

C) Als het kind helemaal droog is wil dat zeggen dat het **dag en nacht contrôle heeft over het plassen**. Wat daarvoor allemaal nodig is vind je in het schema (zie de cijfers):

① Informatie over de toestand van de blaas wordt eerst naar het ruggemerg doorgegeven en wordt dan direct doorgeseind naar de **hersenen**. Midden in de hersenen zit een centrum dat de blaas en het plassen regelt. Dit is een soort automatische besturing die we '**plascomputer**' noemen. De blaas kan alleen maar open als dit centrum daar opdracht voor geeft.

② Overdag geeft de plascomputer op een gegeven moment signalen aan de **hersenschors** door om te melden dat de blaas te vol begint te raken. Dan merk je ineens dat je naar de wc moet. Als je dan op de wc bent geef je jouw computer toestemming om te plassen en dan gehoorzaamt hij. 's Nachts kan hij jou **wakker maken** als de blaas te vol wordt.

③ De plascomputer zorgt ervoor dat de blaas dicht blijft, **ook als jij slaapt**. Hij is er dan zelfstandig voor verantwoordelijk dat de blaas dicht blijft ook als hij steeds voller wordt.

④ Dag en nacht bewaakt hij ook de buitenste kringspiero. Overdag kan jij die spiero zelf heel makkelijk **extra** aanspannen en 's nachts kan de computer daarvoor zorgen als het mis dreigt te gaan.

Je ziet in het schema de taken van de plascomputer bovenaan de bladzijde en onderaan zie je wat **jouw directe verantwoordelijkheid** is.

Wat kun je of moet je aanleren als je bedplasser-af wilt worden?

I Wakker worden als de druk in de blaas te hoog oploopt.

Eventueel kan een plaswekker je hierbij helpen, want die waarschuwt jou zodra je in je bed begint te plassen.

Je moet dan wel snel reageren.

II Tijdig wakker worden om naar de wc te gaan.

Daarbij kan een gewone wekker of een wekkerradio je helpen, die je zelf instelt. Dat is beter dan dat je ouders je wekken, want het is **jouw zaak** om droog te worden.

Maar je moet ook leren om zonder te plassen door te slapen.

III Jouw plascomputer trainen om je blaas **potdicht** te houden zolang als je slaapt en om je te **wekken** als het anders mis zou gaan.

Diezelfde plaswekker kan jou hierbij helpen.

Ook kun je elke avond heel precieze instructies inprenten voor je gaat slapen. Zo verbeter je het programma van je plascomputer.

IV Jouw plascomputer trainen dat je alleen plast als je wakker bent en op de wc bent.

Hierbij kan een speciale plastraining helpen. Die is wel zwaar.

V Jouw blaas trainen om meer urine te bevatten en minder aan te spannen, zodat je de plas veel langer kunt ophouden.

Hiervoor kun je overdag een 'ophoud-training' doen.

Ook kun je extra oefenen door meer te drinken.

VI De buitenste kringspier trainen om extra krachtig en snel de plas af te knijpen.

Hiervoor kun je een 'afknijptraining' doen.

VII Leren dat in je bed plassen heel vervelend is en dat droog blijven heel prettig is.

Daarom moet jij **zelf** je pyama en je bed meteen verschonen als je bed nat is geworden. Dat is natuurlijk niet leuk.

De speciale plastraining helpt je om het bedplassen af te leren als je die training meteen doet als je ontdekt dat je bed nat is.

Je kunt verder met je ouders een kleine boete afspreken voor elke keer dat je nat bent (want ze vinden dat ook vervelend) en een iets minder kleine beloning voor elke droge nacht (want dat vinden zij ook fijn).

Meestal lukt het op zo'n manier wel als je je er helemaal voor inzet en van volhouden weet. Maar in bepaalde gevallen lukt het niet (hoewel je echt je best doet) omdat er een of ander probleem is. Soms weet je wel wat dat probleem is maar durf je er niet voor uit te komen. Soms weet je het **niet** omdat het een probleem in je onderbewustzijn is. Maar zolang als dat probleem niet is opgelost is bestaat de kans dat je geen bedplasser-af wordt. Daarom moet jij, met je ouders en met je dokter of therapeut goed nadenken of er misschien toch een probleem is dat je dwars zit en daar dan over beginnen als je weer een afspraak hebt. Anders werk je jezelf tegen terwijl je toch graag droog wilt worden.

AH80/AH81 zelfinductie oefenen zonder/met directe EN-suggesties
 D81 - Zelfhypnose met vaste suggesties voor iedere avond

I Geschikte inductiemethodes:

- a) Duimnagelfixatie + kwartje (Olness): De hand wordt omhoog gestoken met een kwartje tussen duim en wijsvinger. Het kind fixeert zijn duimnagel met zijn ogen. Als het kwartje valt, valt ook zijn arm omlaag en vallen de ogen dicht. [AH80: Bij de training wordt de suggestie uitgesproken: "Je blijft maar kijken naar die nagel en je voelt dat het kwartje steeds zwaarder wordt, maar je blijft kijken tot het kwartje **vanzelf valt**. En dan valt ook je arm omlaag en **vallen** ook je ogen dicht en dan ben je in **hypnose**.]
- b) Oogrol + levitatie van hand en onderarm (HIP) (Spiegel): De patiënt zit in een stoel of ligt op bed en rolt zijn ogen zover mogelijk omhoog, blijft dan omhoog kijken terwijl hij de oogleden langzaam sluit, haalt dan diep adem en wacht even, ademt dan uit en laat de oogbollen achter de gesloten oogleden omlaag rollen. Dan concentreert hij zich om zijn ringvinger en onderarm en voelt deze onmiddellijk lichter worden. Hij laat deze dan omhoog zweven tot de onderarm ongeveer rechtop de elleboog staat. [AH80: Bij de training gaat het als volgt: "Kijk rustig voor je uit en houd je hoofd stil maar draai nu de oogbollen zover **mogelijk omhoog**. Prima! Houd je ogen daar nu terwijl je je **oogleden langzaam sluit**. Prima! Houd je ogen **nog steeds bovenin...** haal **diep** adem, houd je adem even **vast...** Prima! Adem nu **uit**, houd je oogleden **dicht** maar laat je **oogbollen** nu omlaag rollen en nu **voel** je jezelf **wegzweven**." (De therapeut legt zijn hand zwaardrukkend op de hand van de patiënt.) "En terwijl jij op -dat **zwevende gevoel** let, let ik op je hand. Ik raak straks **één vinger** aan en dan voel je **meteen** dat die **lichter** wordt, **beweginkjes...** die je ook in de **andere** vingers voelt... en in de hele **hand...** en **pols...** en **onderarm...** en nu **voel** je je arm lichter worden en **laat** hem dan maar omhoog **zweven**"...(Aanvullend geef je zo nodig ook tactiele instructies) "Prachtig!" (Daarna volgen therapeutische interventies - zie onder II - en afsluiting - zie III. Vervolgens bespreek je met de patiënt hoe deze het zojuist geleerde thuis in praktijk kan brengen. Daarna vraag je hem om de hele oefening nogeens te doen, terwijl de therapeut alleen maar toekijkt. Zo nodig geef je dan nog wat commentaar of instructies.)]
- c) Oogfixatie + HIP: Voorafgaande aan de oogrol fixeert de patiënt gedurende één of meer minuten een punt met zijn ogen, tot hij voelt dat hij rustig, ontspannen en geconcentreerd genoeg is om de oogrol te doen. [AH80: "Je gaat eerst rustig zitten/licgen en neemt een punt ergens voor je, en gaat daar heel rustig, **onafgebroken** naar staren. Als je dan **voelt** dat je aardig geconcentreerd bent geraakt **ga** je verder met de oogrol zoals we die al geoefend hebben.] Dan volgt de inductie die onder b) is uitgeschreven.

II De therapeutische suggesties:

Na de zelfinductie concentreert de bedplasser zich op het volgende:

- "Zolang als ik **slaap**, blijft mijn blaas **potdicht**".

- "Als ik moet **plassen**, word ik **wakker** en ga ik **direct** naar de **wc**."

Andere suggesties die nodig kunnen zijn:

- "Als ik **in bed** lig, **kàn** ik niet plassen"; of:

- "Als de **wekker** gaat ben ik meteen **klaarwakker** en ga ik **direct** naar de **wc**."

[AH81: Volgend op de training in zelfinductie (AH80) zeg je: "Als je thuis s'avonds dan zover bent, dan zeg je heel aandachtig tegen jezelf..." enzovoort. Op de keper beschouwd geef je in hypnose posthypnotische instructies voor zelfhypnose.]

III Afsluiting:

Twee technieken zijn geschikt:

- De patiënt denkt, als hij klaar is met de zelfsuggesties (zie II): "Nu wordt mijn arm weer zwaar"; of:

- Hij telt terug van vijf naar één,

en komt zodoende weer uit hypnose. [AH80/81: dit wordt bij de therapeut een of meer keer geoefend.] Afsluiting bij hypnose is - deste meer bij jongeren - verplicht.

H82 Hypnose met gebruikmaking van geleide fantasie met passende metafoor
D82 Huiswerk zelfhypnose met geleide fantasie met passende metafoor

Een **metafoor** legt het robleem c.q. de wenselijke oplossing in beeldspraak uit. Een metafoor kan zowel in een gewoon gesprek als in hypnose worden overgebracht. (In hypnose is het voordeel dat de beeldvoorstelling en beleving veelal intenser wordt.) Een metafoor kan op zichzelf staan of kan worden ingebouwd in een **geleide fantasie**, waarin de betrokkene op de een of andere manier zelf actief is betrokken. Tenslotte kan de geleide fantasie ook als opdracht worden opgenomen in een zelfhypnose-oefening die de bedplasser thuis kan uitvoeren.

De metafoor die DNO vaak heeft toegepast bij EN-behandelingen is het beeld van schip, kapitein en bemanning. In een geleide fantasie verpakt gaat dat in grote lijnen als volgt:

I Inductie van hypnose

II Th: "Kun je je een **schip** voorstellen?"

Pat knikt of zegt ja.

Th: "Is het een **groot** schip of een **klein** schip?"

Pat: "groot"

Th: "Jaah. Welke kleur heeft het schip" Of: "kun je het nog een beter verder beschrijven?" Pat vertelt hoe het er uit ziet.

Th: "Mooi hoor. Nu ga je je voorstellen dat **jij** de kapitein bent. Kun je je dat voorstellen? Pat knikt en krijgt iets fiers in zijn houding en gelaatsuitdrukking.

Th: "Prima. Nu ga je **aan boord**...en kijk, de bemanning begroet jou als hun kapitein. Jij bent nu verantwoordelijk voor het schip als het uitvaart over de zee, dat het goed op koers blijft, geen averij oploopt **en geen water maakt.**"

Pat knikt nadenkend

Th: "**Jij** bent verantwoordelijk, **dag** en **nacht**, maar je kunt niet altijd op de brug staan, je moet ook wel eens slapen. Hoe moet dat nou?"

Pat zegt iets van: "Dan staat de stuurman aan het roer."

Th: "Ja...en die moet de wacht houden, **goed opletten** dat er niets mis gaat terwijl het schip verder vaart...Maar als er nu **toch** wat mis dreigt te gaan wat moet die bemanning dan doen?"

Pat: "De kapitein wakker maken!"

Th: "Ja, precies! Ze roepen: kapitein word **wakker**, we hebben je **nodig** want anders gaat het **mis**! En natuurlijk wordt de kapitein dan **meteen wakker**... en dan is hij tevreden omdat hij **dag** en **nacht** op zijn bemanning kan rekenen"...

Pat knikt instemmend.

Th: "Maar als hij nu eens **niet** wordt gewekt als het schip water maakt ofzo, tja...dan wordt hij pas wakker als het **te laat** is, of pas 's **ochtends**...En **dan** wordt hij natuurlijk verschrikkelijk **boos** op zijn

bemanning omdat ze niet goed hebben **opgelet** en omdat ze de kapitein hebben laten **doorslapen**. Want jij bent de kapitein en de kapitein is en blijft **verantwoordelijk**."

Naar believen kan het eigen aandeel van de patiënt in de ontwikkeling van deze geleide fantasie summier of uitgebreid zijn.

Ook in andere geleide fantasieën (b.v. een ruimtevaartexcursie naar een andere planeet) kan deze metafoor mutatis mutandis worden ingepast. We **coderen H83** wanneer het zich binnen de therapiezitting afspeelt en **coderen als D83** wanneer het als opdracht voor zelfhypnose thuis wordt meegegeven. (A.u.b. kort beredeneren waarom je dergelijke beslissingen neemt.)

H83 Gebruik van imaginaire apparaten in hypnose
D83 Zelfgebruik van imaginaire apparaten in zelfhypnose thuis

Eindeloze variaties zijn mogelijk. Onze jongeren groeien op in het **computertijdperk** zodat dienovereenkomstige beeldspraak hen aanspreekt. De term '**plascomputer**' uit de **P6-info** is er een voorbeeld van. Van alles wat met computers te maken heeft gaat een grote suggestieve werking uit. Een jeugdige televisiekijker/stripboekenlezer ziet zijn helden allerlei apparaten bedienen die de meest fantastische dingen vermogen. Vrijwel alles is in de 'science-fiction' denkbaar. Ook in **hypnose** c.q. in geleide fantasieën kan de patiënt in samenspraak met zijn therapeut (die uiteraard een passende gedaante aanneemt, bv. als 'commandant van het vluchtleidingscentrum op aarde') een denkbeeldig apparaat construeren en benutten dat effectieve **contrôle** mogelijk maakt over processen waar de patiënt eerst machteloos-passief tegenover stond. Dit 'apparaat' kan bescherming bieden tegen inbrekers of aanvallers, of tegen ongelukken, maar ook tegen EN als het zo uitkomt. Men kan tegenwerpen dat dit een '**magische oplossing**' is. Men bedenke dan echter wel dat zo'n fictief apparaat (dat bv onder het hoofdkussen wordt 'neergelegd') er meestal slechts toe dient de patiënt tijdig te waarschuwen zodat hij maatregelen kan nemen. Het kan ook als effect hebben dat de patiënt betrekkelijk vrij van angst gaat slapen. Hoe men het ook wendt of keert, op de keper beschouwd gaat het om het bevorderen van **zelfvertrouwen** c.q. **zelfcontrôle**.

Wanneer een dergelijk fictief **contrôle**apparaat in de therapiezitting wordt geconstrueerd en gebruikt wordt **H83** gecodeerd; gaat het mee naar huis voor zelfhypnose, dan is de code: **D83**.

H84 Gebruik van NLP-technieken in hypnose

Bedplassen gaat gewoonlijk gepaard met sterke negatieve gevoelens en 'zelfpraat' van machteloosheid, schaamte, het slachtoffer zijn, krenking, woede, verwachtingsangst. Het betreft een hele **negatieve cluster** die zich nog als een inktvlek over ander terreinen kan uitbreiden. Men kan een patiënt in hypnose vragen om zijn aandacht op deze negatieve gevoelens te richten en kan die persoonstoestand van gefrustreerde cognities emoties en gedragingen zodoende levendig naar voren halen. Men kan vervolgens een signaal kiezen (de NLP-litteratuur spreekt van 'anker') waarmee deze negatieve persoonstoestand in het vervolg kan worden opgeroepen. Bijvoorbeeld kan als signaal dienen het aanraken van de linker schouder, maar men kan ook een geluid of een woord overeenkomen.

-4-

Als tweede stap laat men de patiënt zoeken naar een situatie of bezigheid waarin hij zich **prettig en sterk** voelt. Een gevoel dat hem kan helpen om die rotsituaties in de toekomst anders te laten verlopen. Als die situatie of actie de patiënt levendig genoeg voor de geest staat wordt hiervoor een tweede signaal afgesproken. [Het is voor een jongere in dit computertijdperk niet moeilijk zich dit voor te stellen als een signaal of code die je maar hoeft 'in te toesten' om het gewenste op je beeldscherm te krijgen.] Vervolgens krijgt de patiënt opnieuw het eerste signaal waarmee de rotsituatie wordt opgeroepen. Als die voldoende duidelijk is (wat aan de gelaatsuitdrukking te zien is, maar waarnaar ook kan worden geïnformeerd) wordt de patiënt gevraagd deze situatie of handeling vast te houden, ook als het tweede signaal wordt gegeven, waarmee het goede, sterke gevoel hem te hulp zal komen.

Als alles naar wens verloopt zal een en ander anders, veel gunstiger, gaan verlopen, wat al aan de gelaatsuitdrukking te zien is. Men laat dit de patiënt uitvoerig beschrijven. Het zasl een verhaal zijn van baas over eigen blaas zijn, van tijdig wakker worden enz. Ook zal een positiever zelfbeeld worden gerapporteerd.

Tenslotte wordt de patiënt gesuggereerd dat hij, wanneer zulke nare situaties zich weer dreigen voor te doen, dit sterke gevoel te hulp kan roepen en dat alles dan zal verlopen zoals hij dat zelf graag wenst.

[Overigens kan men deze procedure van te voren in grote lijnen uitleggen en kan dan al geïnformeerd worden naar zo'n sterke, positieve situatie en ervaring.]

H85 Gebruik van hypnose voor andere doeleinden dan het bedplassen

D85 Gebruik van zelfhypnose thuis voor andere doeleinden dan bedplassen

Een bedplasser kan nog andere klachten hebben die zich voor toepassing van hypnose kunnen lenen, zoals concentratieproblemen bij het huiswerk of hoofdpijnklaften. Hiervoor kunnen (zelf-)hypnoseoefeningen worden gegeven, mits die in het hele behandelplan passen en andere onderdelen niet nadeling beïnvloeden.

H88 Exploratie in hypnose

Er doen zich gevallen voor waarbij de EN niet slechts een kwestie van gebrekkige contrôle lijkt te zijn en het vermoeden bij de therapeut rijst dat er een **conflict** c.q. **tegenwerking** in de patiënt zelf in het geding is. We overwegen die mogelijkheid met name wanneer een op zichzelf goed in elkaar zittend behandelplan slecht wordt uitgevoerd. Er komt op miraculeuze wijze telkens opnieuw een kink in de kabel en er worden niet bepaald overtuigende uitvluchten gegeven waarom een bepaald voornemen mislukte (wekker of wekkerradio defect; grote vermoeidheid, geen tijd gehad, vergeten enz.). Ook al is het voor de therapeut in een bepaald geval zonneklaar, kenmerkend voor de dynamiek die hier besproken wordt is, dat de patiënt zich er zelf als regel niet van bewust is. Hij is dan ook in de wiek geschoten als erop gezinspeeld wordt dat hij niet voldoende meewerkt; in deze trant is dit dan ook een slechte interventie.

We moeten dergelijke veronderstellingen niet te pas en te onpas uit de kast halen als een behandeling niet snel genoeg vordert naar onze smaak. Het kan immers ook aan beoordelingsfouten of aan het behandelplan op zich liggen. En dikwijls berust stagnatie of terugval op het opnieuw instorten van nog wankel zelfvertrouwen, zonder dat we daarachter per se weerstand

of tegenwerking hoeven te zoeken. Kortom, niveau-3-hypotheses blijven in principe voorrang krijgen.

Maar laten we aannemen dat we in een bepaald geval sterke aanwijzingen hebben voor **verholen tegenwerking** van welke aard dan ook. (Het gaat vanzelfsprekend meestal niet om tegenwerking in de gewone betekenis van het woord.) We moeten ons afvragen of nadere exploratie op niveau-4 (het psychodynamisch niveau) is aangewezen, danwel dat we allereerst zorgvuldiger onderzoek op niveau-2 (het gezinsniveau) moeten doen. Een en hetzelfde probleem of conflict kan uiteraard op beide niveaus tegelijk spelen, maar waar kies je bij voorkeur je ingang? In plaats van de term 'verholen tegenwerking' centraal te plaatsen is het beter van **'tegenstrijdige tendenties'** te spreken omdat deze term minder moraliserende boventonen heeft en bovendien nauwkeurig de quintessens aangeeft.

De dynamiek van 'ondergronds verzet' kan opgevat worden als een voorbeeld van 'tegenstrijdige tendenties' en is inderdaad in het vooronderzoek bij verschillende jongeren aangetoond. Soms is heimelijk verzet tegen vader, dan weer tegen moeder in het geding geweest, en in het verlengde van de ouders bovendien verzet tegen school. In weerwil hiervan leeft er bij de betreffende jongeren toch (tegelijkertijd) de uitgesproken wens om droog te worden. Het is van belang een dergelijke dynamiek eerst goed à vue te hebben gekregen voordat je overweegt hoe je ermee zult omgaan. Als het element **verzet** voortijdig aan de ouders wordt uitgelegd kan de moeite vergeefs zijn en kan het zelfs averechts uitpakken. Met al hun 'verbale overkill' (overigens veel vaker fraai ingepakt, wat voor de zoon of dochter deste erger is, dan puur agressief gebracht) dringt menig ouderpaar het kind nog verder in de hoek, waarop diens gevoel van eigenwaarde en diens vertrouwen in de therapie alleen maar verder inzakt.

Men mag aannemen dat de hoeveelheid 'ruimte' die ouders hun kind bieden min of meer evenredig is aan diens mate van zelfvertrouwen. Hiermee wordt geen simpele, lineaire oorzakelijkheid verondersteld doch echte interdependentie of wisselwerking. Ouders kunnen worden aangespoord wat meer ruim baan te maken, maar dat heeft alleen zin als het kind zelf dat ook aankan. DNO is in de loop der jaren geleidelijk van die benadering afgestapt en merkt meer effect van het opruimen van knelpunten en het bevorderen van gezonde eigenwaarde en zelfvertrouwen bij kind of adolescent in individuele therapiezittingen. Pas als daar vorderingen merkbaar worden (en dat kan lang duren!) heeft het zin in enkele gezinsgesprekken de medewerking van de ouders te vragen aan het opstellen van nieuwe, ruimere regels binnen het gezin. De jongere kan en moet zijn ouders er eigenlijk **zelf** van overtuigen. [Soms hanteert DNO in de individuele therapie het adagium: "Eerst hebben je ouders **jou** moeten opvoeden, nu moet jij je **ouders** opvoeden."]

Nu dient de lezer zich te realiseren dat menig gezin er in de praktijk in eerste instantie weinig mee opschiet. De zoon of dochter wordt lastiger, veeleisender of opstandiger, rapportcijfers kelderen, ook al begint er verbetering te komen in het bedplassen. De eerste zorg voor de therapeut is het dan ook de medewerking van de ouders te blijven krijgen, met alle begrip voor hun bezorgdheid en irritatie. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor therapie, anders is er geen ruimte voor verandering en gaat de hele situatie op een **bankschroef** lijken waarbij de jonge patiënt steeds meer klem komt te zitten tussen zijn ouders en de therapeut/therapie. De stress neemt hand over hand toe, het bedplassen waarschijnlijk ook, het ageren vermoedelijk ook en het risico van afbreken van de therapie is formidabel (vgl Remco Evers o.a.).

-6-

Deze opmerkingen golden met name bedplassende jongeren bij wie een sterke component van verzet meespeelde. Zoiets heeft repercussies op gezinsniveau, maar we moeten ook onderzoeken wat zich op psychodynamisch niveau afspeelt.

Exploratie op niveau-4 is het zoeken naar een psychodynamische verklaring waarom de patiënt enuretisch blijft in weerwil van zijn medewerking aan het behandelplan.

Whatley(zie ENLITT) wijst op **schuldgevoel** omtrent EN dat ontstaat door de onwillekeurige uitingen van teleurstelling van ouders, vooral in het begin van EN. Ook als de ouders dit later camoufleren blijft het kind van mening dat het **slecht** is en straf verdient. Dit schuldgevoel versterkt de problematiek van de EN ontegenzeggelijk, maar verklaart niet rechtstreeks waarom het bedplassen voortduurt. Ze wijst ook op **schaamtegevoel** als uitvloeisel en complicatie van EN. Ten derde wijst ze op de factor **angst** die EN in de hand werkt en vice versa.

Freeman (zie ENLITT) noemt een hele reeks psychodynamische factoren: met agressieve componenten: jalouzie en boosheid bv rondom sibbeling

machtstrijd met moeder

slechte impulscontrôle

met sexuele componenten: sexuele overstimulatie door moeder +
exhibitionistische behoefte van het kind
beschadigings- c.q. castratieangst
(Freud) EN = pollutie-equivalent

Beer (zie littEN) noemt **sociale angst** (om als abnormaal of incompetent te worden aangezien) en tekort aan sociale en probleemoplossende vaardigheden. Ze ziet als **cognitieve factoren**: schaamte t.o.v. leeftijdsgenoten; negatief zelfbeeld en negatieve zelfspraak; overgeneralisatie; zich het slachtoffer voelen van een onbeïnvloedbare ramp.

DNO (zie vooronderzoek ENVPX) stuit herhaaldelijk op:
ambivalentie over het droogworden

geringe eigenwaarde, depressiviteit en inferioriteitsproblemen (die **overdag** vaak worden **overgecompenseerd** met stoer gedrag, sport etc.)

sociale angst

separatieangst

verzet tegen ouders, school, autoriteiten

mengeling van angst en verzet jegens vader en autoriteiten

overaangepast, agressieremming (altijd braaf zijn, ondeugend is slecht)

jalouzie t.o.v. sibbelingen

sterke schaamte t.o.v. leeftijdsgenoten

conflict tussen afhankelijkheids- / zelfstandigheidstendenties

klein willen blijven / willen opgroeien

lief blijven / slecht, bv = moeder in de steek laten
= opstandig worden

passiviteit / eigen verantwoordelijkheid, nek uitsteken
blijven plassen / droog worden

In termen van **objectrelaties** kun je stellen dat er in bepaalde gevallen geen **verzoening** mogelijk is tussen confligerende gevoelens, zelf- en objectbeelden.

-7-

Welke mogelijkheden biedt **hypnose** bij dergelijke onduidelijke (maar daarom nog niet onbelangrijke) aspecten van EN? **Exploratie op niveau-4**, dus het zoeken naar mogelijke tegenstrijdige tendenties, stuit gewoonlijk op **weerstand**. Dit is niet verwonderlijk aangezien menige patiënt de conflictstof waarnaar de therapeut op zoek is, niet onder ogen wil zien, uit schaamte, onlust, angst voor de gevolgen, of wat dan ook. Het 'materiaal' waarnaar gezocht wordt is **afgeweerd**, dat wil zeggen: verdrongen of gedissociëerd. '**Verdrongen**' wil zeggen: geheel uit het bewuste denken verbannen, diep weggestopt. '**Gedissociëerd**' wil zeggen: terzijde geschoven of op anderen geprojecteerd. Het betreft hier aspecten die de betrokkene niet (langer) als iets van zichzelf aanvaardt, laat staan dat hij er verantwoordelijkheid voor wil dragen. In het topografische '**stalraammodel**' is verdringing een 'verticaal' proces en is dissociatie een 'horizontaal' proces. Gedissociëerd materiaal is vaak bewust of voorbewust, maar is desondanks volstrekt 'ik-vreemd' of beter gezegd: het past niet bij iemands gekoesterde zelfbeeld of identiteit.

In de literatuur wordt wel verondersteld dat het bij verdrongen materiaal vooral gaat om primitieve voorlopers van actuele objectrelaties. Bij dissociatie zou het een 'ego-state' of beter gezegd: een **persoonstoestand** betreffen die met de gewenste identiteit niet is te verenigen.

Als bij een patiënt **verdrongen** materiaal de overhand krijgt zien we de patiënt cognitief, emotioneel en gedragsmatig **regrediëren**: hij valt terug op kinderlijk gedrag. Als een gedissociëerde persoonstoestand de overhand krijgt zien we een opvallende omslag op cognitief, emotioneel en gedragsmatig vlak, alsof hij ineens helemaal veranderd is.

[Laten we als voorbeeld ter verduidelijking van contrasterende persoonstoestanden denken aan iemand die op een kwade dag ontdekt dat een jarenlange vriend hem al tijden lang heeft bedrogen of opgelicht. In één klap zien we zijn gevoelens, gedachten en gedragingen 180° omdraaien. Werd de vriend de vorige dag nog warm geprezen, nu is alle warmte ver te zoeken (gedissociëerd?) en wordt er vol wrok over hem gesproken. Het komt herhaaldelijk voor dat nu ook diverse negatieve ervaringen met die vriend in het bewustzijn opduiken, welke ervaringen blijkbaar voordien gedissociëerd waren.]

Dissociatie behoeft overigens niet per se complete persoonstoestanden te betreffen, doch kan ook beperkt blijven tot bepaalde gedachten ("ik heb geen negatieve gedachten, ik koester geen wrok, hoor!"), of bepaalde gevoelens ("ik ben niet boos") of bepaalde lichaamsfuncties ("ik slaap gewoon te diep" of "ik weet ook niet hoe het komt dat mijn hand verlamd is").

Als we in hypnose '**leeftijdsregressie**', beter gezegd: '**reöriëntatie op een bepaalde periode in het verleden van de patiënt**' bevorderen is er een redelijke kans dat **verdrongen materiaal** opduikt. Als we in hypnose **dissociatie** bevorderen is er een gereede kans dat we op gedissociëerd materiaal c.q. een gedissociëerde persoonstoestand of objectrelatie stuiten. Het eerste - in hypnose focussen op een bepaald moment in de voorgeschiedenis - ligt voor de hand als bijvoorbeeld uit de anamnese blijkt dat de EN op een bepaalde leeftijd is ontstaan of verhevigd, of wat meer in het algemeen gesteld: als er aanwijzingen zijn voor psychotraumatische ervaringen in het verleden, respectievelijk als we meer willen weten over een bepaalde, mogelijk cruciale, periode.

Een voorbeeld uit de voorstudie van DNO is Marcel's verlatingstrauma op vierjarige leeftijd in het ziekenhuis, waardoor sterke wrok tegen zijn ouders is ontstaan. Dit belangrijke gegeven is overigens niet door middel van directe reöriëntatie op die periode ontdekt (want de therapeut had er geen flauwe notie van) doch bleek bij een gedissociëerde persoonstoestand/objectrelatie te behoren te weten het zg alter-ego 'Kees'. Het is uit de literatuur

bekend dat ernstige psychotraumatische situaties op jonge leeftijd het beginpunt van een afsplitsingsproces kunnen vormen, met als mogelijk gevolg ernstige stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling. Hoe het ook zij, bij Marcel waren allerlei met zijn aangepaste, positieve identiteit onverenigbare aspecten geclusterd tot een gedissociëerd 'alter-ego', een kwade, zich op zijn moeder wrekende jongen, die door Marcel aanvankelijk volstrekt werd afgewezen. Als 'Kees' opdoemde riep Marcel angstig: "Daar heb je die nare jongen weer". Die nare jongen was de rebel die verantwoordelijk bleek te zijn voor het hardnekkige bedplassen.

Een **dissociatietechniek in hypnose** is bv.: de televisietechniek. Hierbij komen eerst de obligate sprotprogramma's en quizzes op het 'scherm' en dan suggereert de therapeut bv.: "Als je nu op kanaal 10 overschakelt zul je **jezelf** op de een of andere manier bezig zien. Wat later zeg je dan bv.: "Je kunt nu zelf aan het programma gaan meedoen waarin je jezelf al bezig zag. Dan kan je met jezelf praten. Je ziet jezelf tegenover je - kun je beschrijven hoe die kijkt?" Natuurlijk komt er dikwijls niet veel bijzonders uit de bus, maar soms komt er iets verrassends uit dat bruikbaar is voor de verdere behandeling. We kunnen zodoende een **interne dialoog** op gang brengen die zich voltrekt in de vorm van een 'praten met een andere persoonstoestand, alter-ego of objectrelatie'. De rol van de behandelaar kan dan die van 'interactie- of groepstherapeut' worden. Ten slotte kan dit uitmonden in een afspraak of compromis tussen de opponenten of idealiter tot **integratie** van de verschillende kanten binnen één -rijkere- identiteit. Maar zelfs een compromis of afspraak kan al voldoende zijn om de weg te effenen voor verdere behandeling van de EN met de beproefde methodes. [Gehoopt mag worden dat bij succes van die strategie spontaan al verdere integratie optreedt.] Onderhandelen over de keuze van de daarvoor te gebruiken methode is aan te bevelen, omdat dit de jongere sterker en actiever aan het behandelplan bindt. Psychodynamische therapie in het kader van een EN-behandeling behoeft niet rechtstreeks effectief tegen het bedplassen te zijn (hoewel dit bij voorbaat nooit is uit te sluiten), doch kan noodzakelijk zijn om barrières op te ruimen die de voortgang met een rationeel behandelplan in de weg staan.

EEN GEVAL VAN DWANGNEUROSE

Kees Hoogduin

De behandeling van patienten met een dwangneurose kan gezien worden als een confronteren van de patient met zijn bedreigende gedachten, zonder dat opluchting brengende rituelen uitgevoerd worden.

De patient merkt dat de verschrikkelijke dingen die bedacht worden niet gebeuren, en sterker nog, dat de gedachten die de patient met angst en soms walging vervullen, aan betekenis afnemen. De patient went er wat aan, er treedt habituatie op.

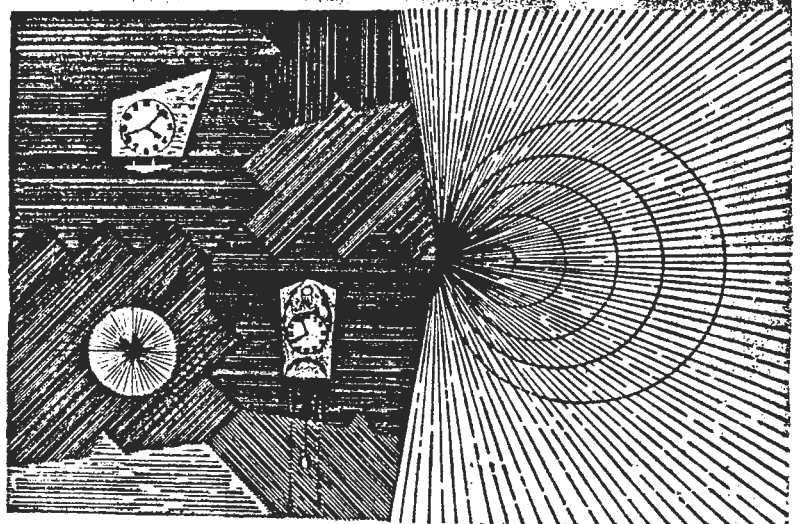
Dit artikel gaat over de behandeling van een dergelijke patient, een jonge ongehuwde onderwijzeres die sinds haar puberteit gebukt ging onder een dwangneurose. Zij werd geplaagd door een smetvrees met daaraan gekoppeld handen wassen. Tijdens de behandeling, die klinisch plaats vond, tekende patiente. Deze tekeningen, waarvan enkele hierbij afgedrukt zijn, illustreren de veranderingen die bij patiente plaats vonden.

In de behandeling waren 3 fasen te onderscheiden.

De 1e fase:

Patiente heeft in erge mate last van handenwassen. Dit naar aanleiding van angsten, beoedeld te zijn geraakt. Gedurende deze periode wordt uitvoerig de anamnese opgenomen en wordt patiente vervolgens dagelijks gevraagd naar het waarom van deze rituelen.

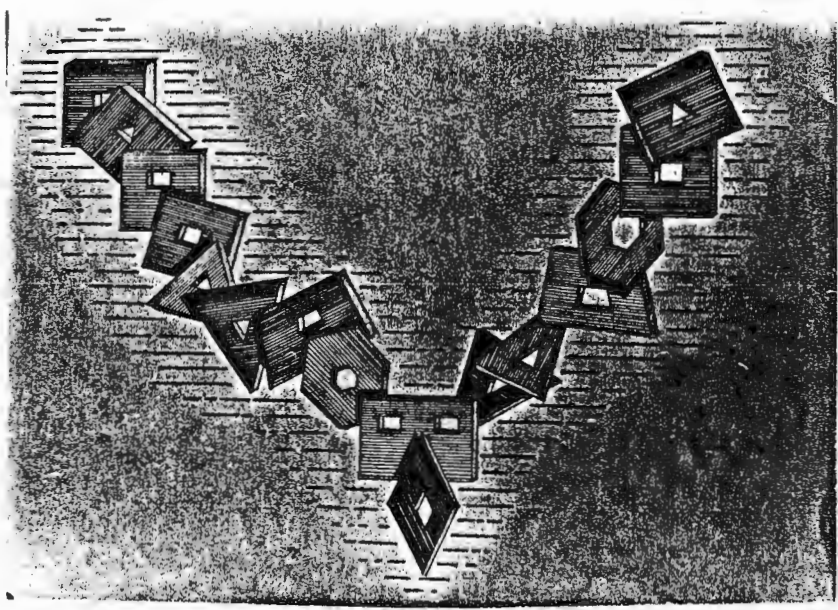
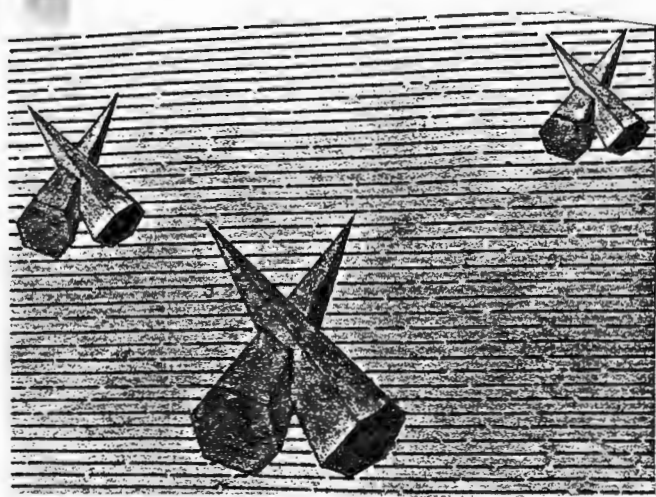
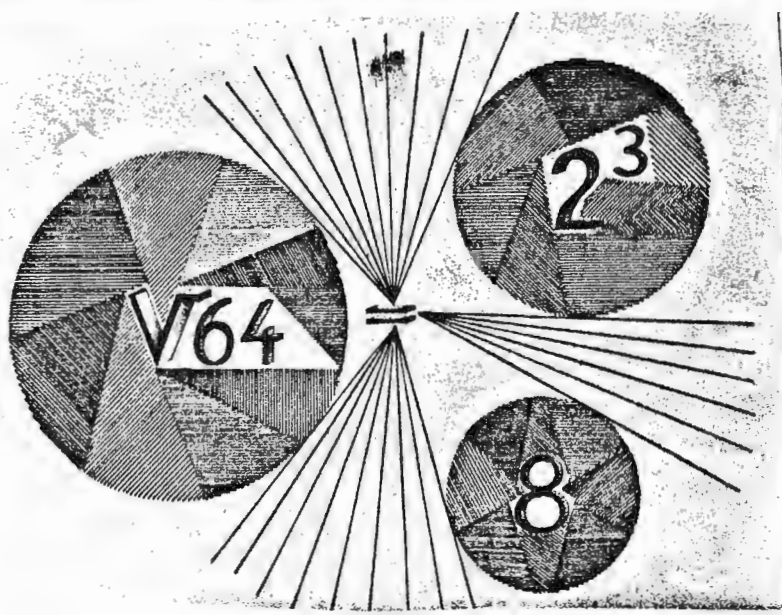
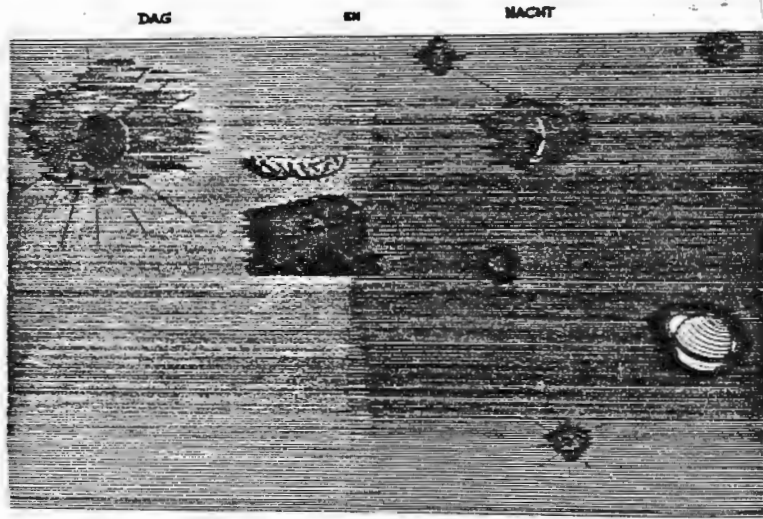
Dit op een wijze zoals bij de R.E.T. beschreven wordt; waarom was je je handen, waarom is het erg als je vuil bent, denk je dat je handen na het wassen werkelijk schoon zijn, hoe schoon is werkelijk schoon. Is een aanraking werkelijk vuil en



wat betekent vuil, behalve spanning. Wat gebeurt er als je je handen niet wast, vergaat de wereld, wat gebeurt er met jou, etc.

Hiernaast zijn de tekeningen afgebeeld die patiente in deze periode maakte. Dwangmatig precies werden de lijnen getrokken. Op een dwangmatige verstandelijke manier werd geprobeerd abstracte begrippen als dag en nacht en tijd vast te leggen.

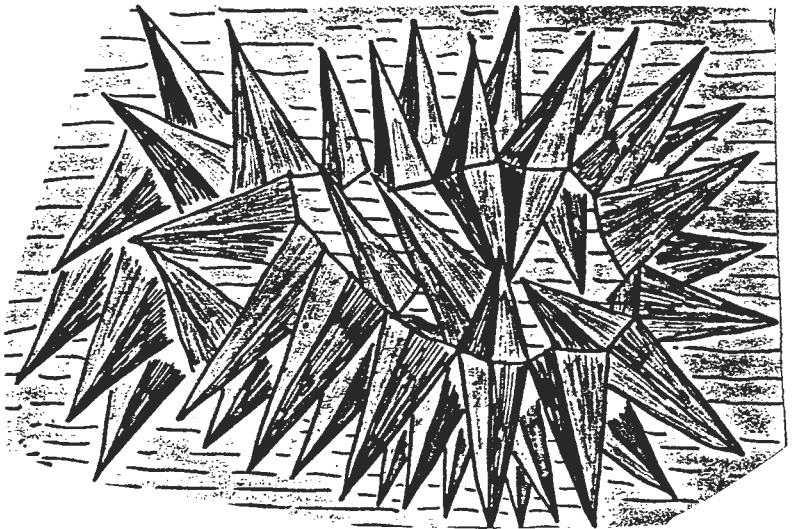
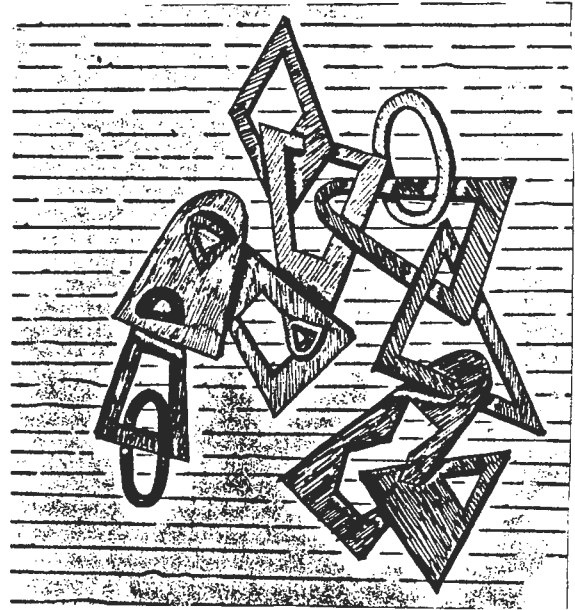
Voortse bestond er een voorkeur van geometrische figuren.



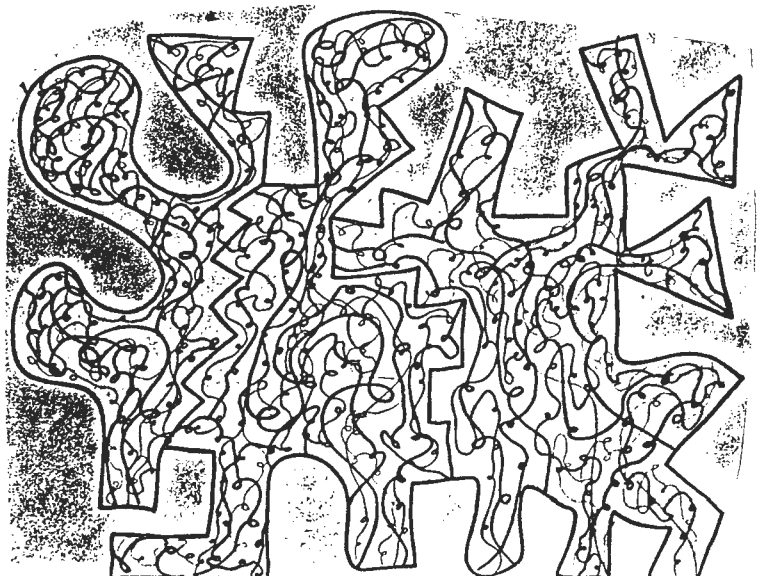
De 2e Fase:

Patiënte werd ten gevolge van de voortdurende confrontatie met onzekerheid, in toenemende mate onzeker. Zij vroeg, hoewel zij dagelijks een contact had, meerdere keren een extra contact, waarbij ze soms wanhopig was:

Met de dwang kon ze niet leven, zonder haar rituelen zonder de door haar opgebouwde bevredigende rituelen evenmin. In de tekening wordt duidelijk dat de gemoedsrust verstoord raakt. De structuur van de tekening verandert. Eerst zijn er nog wel de geometrische patronen, maar vrij snel ontstaat er een chaotischer beeld.



Op dit moment zijn alle dwangverschijnselen verdwenen. Patiënte voelt zich volmaakt gelukkig. Zij zingt met luide stem godsdienstige liederen, zij voelt zich herboren. Het klinische beeld doet denken aan de degeneratieve psychose.



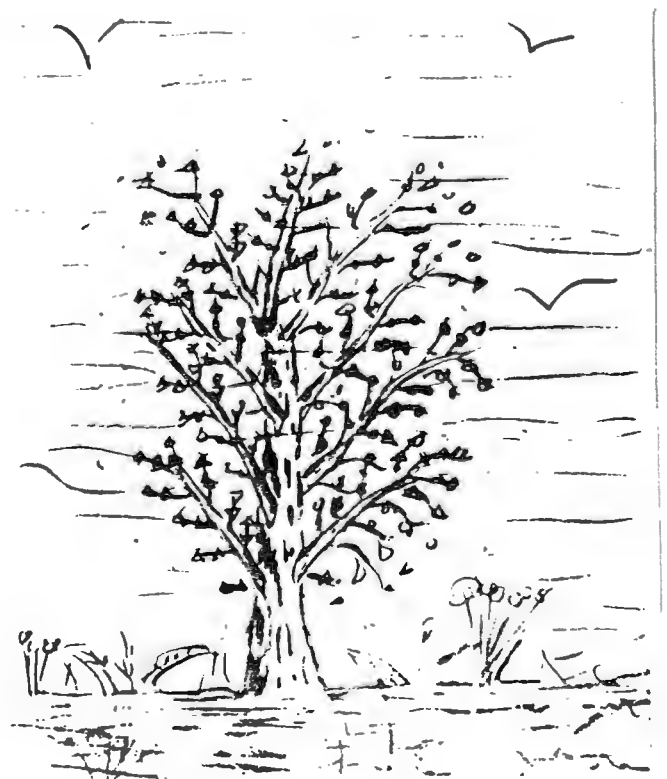
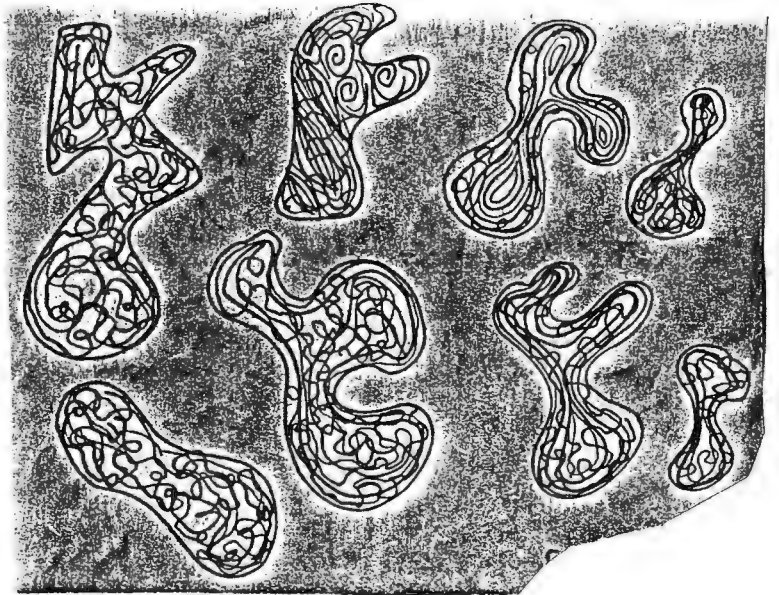
Deze periode duurt 10 dagen. Patiente slaapt vrijwel niet. Het beeld voldoet niet aan de DSM-III criteria voor de manie, waarschijnlijk gaat het om een korte reactieve psychose ten gevolge van de toegenomen angsten en spanningen ten gevolge van de intensieve, confronterende psychotherapie (eventueel a-typische psychose). Patiente krijgt na 5 dagen 400 mg Melleril, waarna er geleidelijk weer herstel optreedt.

De medicatie blijft gehandhaafd op 200 mg Melleril retard.

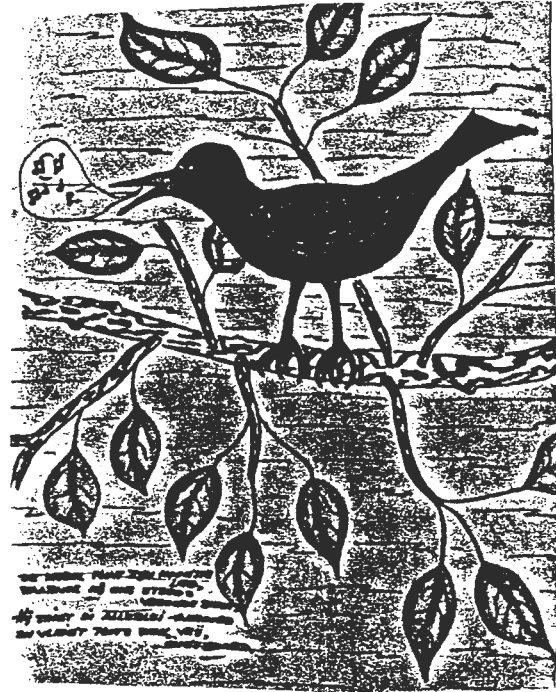
De 3e Fase:

Direkt na het verdwijnen van de psychose komen de dwangverschijnselen, zij het in lichtere mate, terug. Patiente kan de verschijnselen redelijk hanteren. Zij wordt korte tijd later ontslagen. Voor verdere poliklinische behandeling wordt zij verwezen naar een therapeut in haar Regio (200 km verwijderd van het centrum).

Opvallend zijn de tekeningen geworden. Voor het eerst is er sprake van het tekenen van levende objecten, een vogel, een boom, een tak. Zeker is er nog steeds sprake van dwangmatigheid. Ook kan gesteld worden dat de kunstzinnige waarde van de producten er niet op vooruit is gegaan, maar toch lijkt een eerste ontwikkeling naar meer gevoels-



aspecten op gang te zijn gekomen.



Een verdere follow-up ontbreekt. Na al die jaren is het niet gemakkelijk haar weer op te sporen. Pogingen worden ondernomen. Bij succes zal hier verder over gerapporteerd worden

Behandeling van een vrouw met trichotillomanie

Alfred Lange

Inleiding

Uit de literatuur blijkt dat haartrekken helemaal niet een gewoonte is die gemakkelijk is af te leren en waarover betrekkelijk weinig onderzoek is gepubliceerd (vgl. de L.Horne, 1977). Hoewel er analytische publicaties bestaan over trichotillomanie moet men voor de behandelingsprogramma's toch vooral in de gedragstherapeutische tijdschriften zoeken. Een korte studie leert ons dat verschillende auteurs de nadruk leggen op verschillende elementen in de behandelingsstrategie, maar dat er over bepaalde onderdelen overeenstemming bestaat:

- In vier studies wordt gebruik gemaakt van *registratie*: in dagboekvorm (de L.Horne, 1977); met behulp van de 'handcounter' (Ottens, 1981); door turven (McLaughlin & Nay, 1975; Bornstein & Rychtarik, 1978) en door foto's van de kale plekken (Mc. Laughlin & Nay, 1975). Het registreren kan zowel gericht zijn op *uitgetrokken haren* als op *pogingen* tot uittrekken. Het moge duidelijk zijn dat het vinden van criteria voor het laatste (wanneer is een handeling een poging tot uittrekken van haren?) minder simpel is dan voor het eerste.
- *Gedachtenstop* (Taylor, 1963, gerapporteerd door de L.Horne, 1977).
- *Vergroting van bewustzijn*, bijv. door 'self-talk' (Ottens, 1981), maar ook door het gebruik van rammelende armbanden of parfum op de polsen (Mc. Laughlin & Nay, 1975) of m.b.v. hypnose (Galsky, 1981).

- *Beloning en straf* bijv. via positieve imaginatie en 'time out' (Mc. Laughlin & Nay, 1975), of m.b.v. elektrische schokken bij het observeren door cliënten van video-opnames van het eigen haartrekken (de L.Horne, 1977).
- *Relaxatie m. b. t. spanningsbronnen* (Bornstein & Rychtarik, 1978; Mc. Laughlin & Nay, 1975; de L.Horne, 1977).
- *Cognitieve desensitizatie via reciproke inhibitie* (Bornstein & Rychtarik, 1978).
- *Reductie van spanning door gezinsgesprekken* (de L.Horne, 1977).
- *Het aanleren van een incompatibele respons* (de L.Horne, 1977; Mc. Laughlin & Nay, 1975).

De therapiezittingen in de gerapporteerde studies vinden vrij frequent plaats (wekelijks of zelfs tweemaal per week). De resultaten verschillen nogal, maar de conclusie lijkt gewettigd dat een afname van het haartrekken meestal wel snel realiseerbaar is maar dat het handhaven van de vooruitgang moeilijker is. De kans op terugval blijft nogal groot. Ook mogen we concluderen dat er tussen de studies vooral overeenstemming is over het belang van de zelfcontrole technieken, terwijl de specifieke op angst en spanning gerichte technieken slechts incidenteel voorkomen. Ik zal hierover niet verder uitweiden aangezien mederedacteur CAL het plan al heeft opgevat een omvattend artikel over dit onderwerp te schrijven. Toen hij mij zijn intenties in deze ontvouwde had zich bij mij net een jonge vrouw aangemeld die van de gewoonte om zich de haren uit te trekken afwilde. Met CAL werd toen overeengekomen de beschrijving van deze behandeling op te nemen in een gezamenlijk artikel waaraan ook Dijck zou meedoen die reeds geruime tijd een dame met deze klacht in behandeling had. Bij het behandelingsplan zou ik mij laten leiden door het streven naar uniformiteit. Ik zou m.a.w. zoveel mogelijk dezelfde technieken gebruiken als CAL die op dat moment vier haartreksters op de poli behandelde of de behandeling superviseerde. Deze technieken sluiten aan bij de methoden die in de hierboven genoemde publicaties het meest voorkomen. De behandeling van mijn cliënte is weliswaar nog niet afgelopen maar verkeert wel in de afbouwfase zodat ik er verstandig aan meen te doen er alvast in TDT over te publiceren.

De behandeling van Maria M.

Taxatie

Maria is een 27 jarige alleenwonende studente medicijnen. Zij vertelt dat zij in navolging van een vriendin sinds haar achttiende jaar met haar haren speelt. In tegenstelling tot haar vriendin begon zij ze echter ook uit te trekken. Het probleem doet zich voor wanneer Maria geconcentreerd en in zittende houding bezig is, meestal tijdens het studeren en wanneer zij zich gespannen voelt. Zij weet niet of ze het ook doet wanneer zij ontspannen aan het lezen is. Zij heeft al van alles geprobeerd om het tegen te gaan: hoedjes of shawls dragen, doeken om haar vingers, maar ze saboteert deze methoden zelf. Op verzoek van de therapeut laat ze in het eerste gesprek zien hoe ze het doet: ze zoekt een 'lekkere dikke' haar en trekt hem met drie vingers van haar rechterhand uit. Uit de 'geschiedenis' van Maria blijkt dat haartrekken gekoppeld is aan spanning. Het is begonnen toen ze op school hard moest werken en de situatie bij haar thuis bovendien wat gespannen was. Na haar eindexamen heeft ze een paar jaar als receptioniste gewerkt. In die periode heeft ze geen haren uitgetrokken. Het begon pas weer toen ze is gaan studeren. Ze ziet het zelf als een automatische handeling die vooral optreedt als ze ingespannen studeert. Ze kauwt ook op de uitgetrokken haren. Een dergelijke 'lustbeleving' zien we ook bij 'Miss B' uit de studie van de L.Horne (1977). Maria is nooit eerder in behandeling geweest. Zij meldt zich nu aan omdat het probleem erger wordt - doordat de studie zoveel inspanning vergt - en er dunne plekken in haar haren ontstaan. Behalve de studie zijn er geen andere bronnen van spanning die op de klacht invloed uitoefenen.

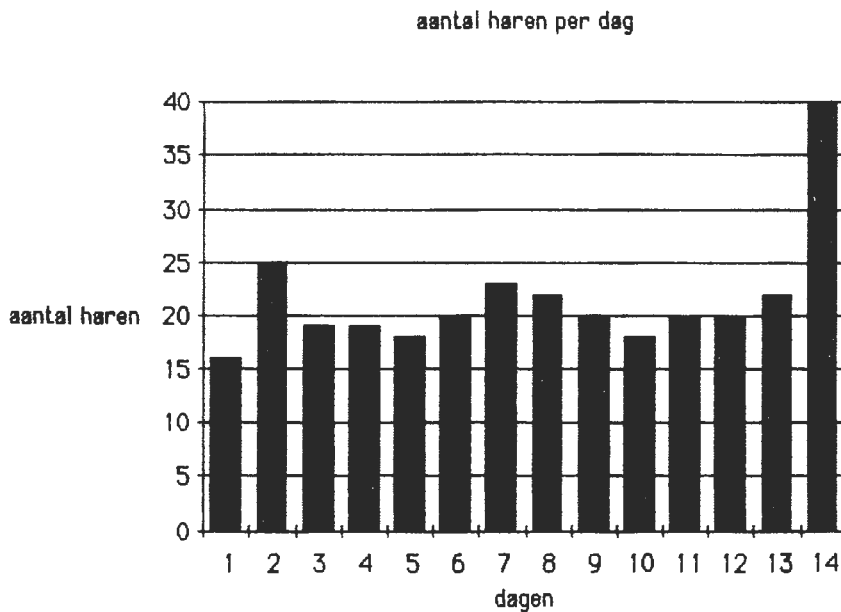
De behandeling

Aan het einde van het eerste gesprek wordt afgesproken dat Maria een *zelfcontrole* programma zal gaan uitvoeren waarvan de grote lijnen meteen worden geschetst. In het begin zullen er wekelijkse zittingen zijn. De eerste week zal zij beginnen met *registreren* om het

basisniveau vast te stellen: zij zal de uitgetrokken haren verzamelen in een doosje, ze per dagdeel tellen en noteren op een formulier.

In de eerste week heeft ze het huiswerk niet precies opgevolgd. Ze vond 'het doosje' niet handig, vooral niet omdat ze veel onderweg was. Wel heeft ze een schatting gemaakt van het aantal haren dat ze per dag uittrekt: ongeveer twintig. Gezamenlijk bedenken Maria en de therapeut een beter uitvoerbaar systeem: ze zal nu na ieder uitgetrokken haar meteen in een boekje een streepje zetten. Hetzelve zal zij doen voor iedere 'poging'. Aan het einde van de week zal zij van beide een *grafiek* maken. Zij zal de haren niet meer in een doosje maar in een *enveloppe* bewaren die zij meeneemt naar de therapie. Er zal nu ook al geëxperimenteerd worden met een *inhiberende respons*: na iedere poging tot uittrekken (het op zoek zijn naar een haar) zal zij gedurende drie minuten een handschoen dragen, na een werkelijk uitgetrokken haar zal zij deze handschoenen gedurende vijftien minuten dragen. Teneinde *meer attent* zijn op het 'zoeken naar een 'geschikte haar voor uit te trekken' (de eerste stap in het proces) zal zij rinkelende *armbanden* en *parfum* om haar polsen dragen. Bovendien zal zij nadenken over iets wat zij bij wijze van afleiding en vervanging in haar handen zou kunnen houden.

Maria heeft haar huiswerk alleszins redelijk uitgevoerd. In de derde zitting brengt zij keurige grafieken mee (zie onderstaande figuur).



Bovendien heeft zij op eigen initiatief niet alleen een grafiek van de dagen van de week gemaakt, maar ook een grafiek van de uren, waardoor duidelijk wordt op welke tijdstippen van de dag zij over het algemeen het meest in haar haar zit. Zij trekt nu ongeveer twintig haren per dag uit. De meeste pieken liggen in de middag en late avond als zij 'onder stress' studeert. De handschoenen heeft zij niet altijd gedragen. Ze vergeet ze vaak mee te nemen. Armbanden heeft ze om één pols, wat door de therapeut als onvoldoende wordt beschouwt. Parfum heeft ze nog niet gebruikt, wel een sterk riekende huidolie die echter snel vervliegt. Ze heeft een 'speeltje': een ring die ze om heeft maar af kan doen. Positief vindt ze zelf dat ze de uitgetrokken haren niet meer in haar mond neemt. Toch heeft ze twijfels over de behandeling: "is het wel mogelijk dat deze 'verslaving' blijvend uitslijt?". De therapeut vertelt over de gegevens die uit de literatuur bekend zijn en legt er de nadruk op dat het langdurig en precies uitvoeren van een zelfcontrole programma nodig is en dat dit wel positieve resultaten kan opleveren. Bovendien kan zij bij een eventuele terugval zelf weer op het zelfcontroleprogramma terugvallen. Dit spreekt Maria wel aan. De afspraken worden weer bijgesteld. De registratie blijft gelijk. Zij zal nu echte sterk riekende parfum kopen en op haar polsen gebruiken. Aangezien het hierbij niet om 'straf' gaat

maar om een 'signaal' mag het parfum lekker zijn, hetgeen door Maria op prijs wordt gesteld aangezien ze niet een onaangename lucht wil verspreiden. Er zullen armbanden voor beide polsen komen. Zij zal zoeken naar een ander speeltje dat meer dan de ring incompatibel is met het uittrekken van haren. In verband met drukke agenda's wordt afgesproken om voorlopig één maal per twee weken bij elkaar te komen.

Twee weken later blijkt het zeer goed te gaan. Er bestaan weliswaar enkele 'piekdagen' (6 haren) maar er zijn meer 'nul-dagen'. Het gemiddelde ligt op ruim 1 per dag. Maria is flink enthousiast al is ze het wel eens met de therapeut dat het signaleren van pogingen beter moet gebeuren. Het dragen van handschoenen vindt Maria niet geslaagd. Op eigen initiatief heeft zij dit veranderd in het *vasthouden van een steentje*, dat haar belet om aan haar haren te zitten. De therapeut gaat hiermee accoord. Een geschikt parfum heeft Maria nog niet gevonden, zij blijft daarna op zoek. De tweede armband is er wel, maar maakt weinig lawaai. Zij zal nog iets rinkelends zoeken om eraan te hangen. De 'drie-minuten' categorie komt overigens bijna niet voor hetgeen door de therapeut als minder positief wordt beschouwd. Deze signaalfunctie levert voornamelijk op de piekdagen kennelijk niet genoeg op. Na wat overleg over wat beschouwd moet worden als 'poging tot haartrekken' wordt besloten dat zij de 'drie minuten' categorie zal laten ingaan als zij langer dan drie seconden 'stilzit in haar haar op één bepaalde plek'. De rest van de registraties, inclusief de enveloppen met haren, blijft intact. Tot slot van deze zitting informeert de therapeut hoe de omgeving reageert op haar zelfcontrole handelingen. Er blijken in dat opzicht geen problemen.

In zitting vijf blijkt dat het gemiddelde nog steeds op ongeveer één haar per dag ligt, maar nu is Maria daar minder tevreden over, vooral omdat zij merkt in de 'moeilijke uren van studeren' het gehele programma 'te (willen) vergeten'. De therapeut grijpt dit aan om de afspraken weer bij te stellen. Zo zal zij het steentje gebruiken zodra zij aan haar haar zit (de drie seconden blijken niet duidelijk genoeg). Als dit ook niet werkt zal zij misschien toch 'aan de handschoenen moeten'. Bovendien zal zij op advies van de therapeut een *tekening* maken op een

karton van ongeveer 10 bij 15 cm. dat als symbool voor de behandeling geldt. Deze tekening zal zij tijdens het studeren steeds zichtbaar voor zich neerzetten.

De volgende twee zittingen worden er geen belangrijke vorderingen gerapporteerd. De patronen van de grafieken blijven nagenoeg gelijk, evenals de afspraken die wederom iets worden bijgeschaafd. Zo zal de gemaakte tekening wat feller van kleur worden en bovendien zal er een tekst in opgenomen worden: *'Als ik één uur gewerkt heb dan pauzeer ik 5 minuten om te evalueren hoe het gaat en om te beslissen of ik door zal gaan of een langere pauze zal nemen'*. Uiteraard is het ook de bedoeling dat zij zich aan deze tekst houdt. Dit wordt afgesproken nadat is gebleken dat de grootste pieken ontstaan als zij over een bepaalde werk- en vermoeidheidsgrens heen is. Dan wordt zij onverschillig. De maatregel om alvorens die grens is bereikt even te stoppen, lijkt ook goed voor haar studieresultaten.

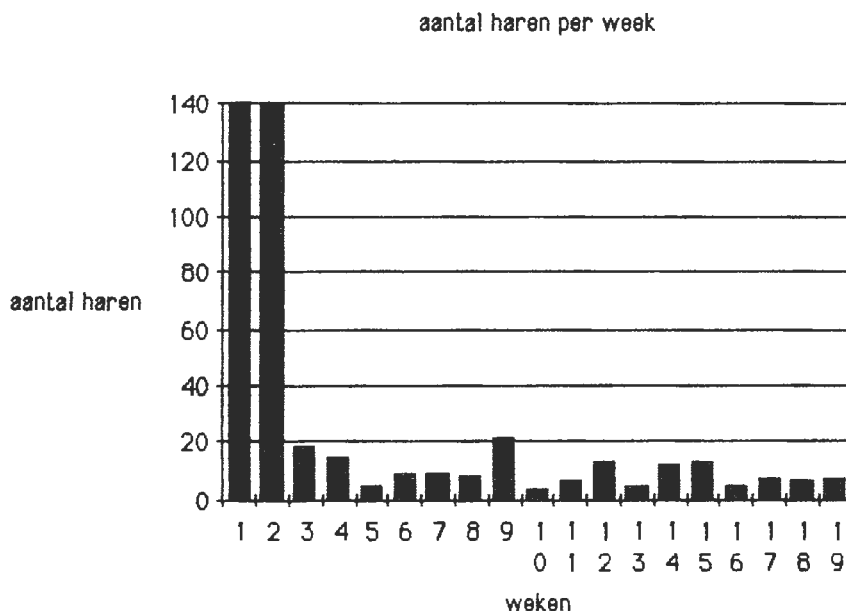
Aan het einde van zitting zes wordt bovendien besproken in hoeverre het nodig is om helemaal van het haartrekken af te komen, of dat een gemiddelde van één haar per dag als een bevredigend doel zou kunnen worden beschouwd. Maria zou dat wel mooi genoeg vinden, maar is bang dat zij dan toch een haartrekster blijft met grote kans op terugval. De therapeut toont begrip voor haar vrees al zal zij ook wanneer zij de 'nul' zou bereiken kans hebben op terugval in de toekomst, hetgeen overigens geen ramp zou hoeven te zijn aangezien zij dan zelf het zelf-controle programma weer zou kunnen inbouwen.

De zittingen worden nu steeds korter, minder dan een half uur en worden gekenmerkt door een toenemende tevredenheid van de kant van Maria. Deze gaat echter niet gepaard aan een verdere afname van het haartrekken. Het blijven er ongeveer 15 per twee weken (vgl. figuur op de volgende pagina). Ze is echter vooral tevreden omdat ze geen momenten van onverschilligheid meer kent. Ze heeft het gevoel dat het programma nu zinvol op haar is toegesneden en dat ze in ieder geval niet erg bang meer hoeft te zijn dat het haartrekken ooit weer erger zal worden. Het programma blijft dan ook gehandhaafd met slechts kleine wijzigingen: In zitting negen wordt bijv. besloten dat zij haar haar wel mag aanraken om het te schikken, zonder het steentje drie minuten te moeten vasthouden. 'Schikken van haar haar' beschouwt zij als een duidelijk

afgegrensde bezigheid die niet leidt tot het uittrekken ervan. Dit werkt goed: de signaalfunctie neemt toe. Een nieuw element is de *zelfbeloning* die door de therapeut in zitting tien wordt voorgesteld. Zij zal nadenken over een beloning. In zitting 11 blijkt dat dit een koffiekkan zal zijn, die zij 'mag' kopen als zij in de komende twee weken tien of minder dan tien haren heeft uitgetrokken. In zitting 12 blijkt dat zij dit niet heeft gehaald. Maar zij is nog steeds vol goede moed en signaleert een onvolkomenheid in het afgesproken systeem van zelfbeloning. Als zij immers de tien heeft gepasseerd zijn de dagen daarna niet meer rijp voor een beloning. Zij heeft zelf een betere manier bedacht: Als ze 10 haren heeft uitgetrokken telt ze hoeveel dagen ze daarover heeft gedaan. Wanneer dit langer is dan 13 dagen dan mag ze de koffiekkan kopen. Is het korter dan begint ze overnieuw. De frequentie van de zittingen is inmiddels verminderd naar eenmaal in de maand. Dit mede omdat Maria tevreden is met het bereikte resultaat, al zal zij proberen er nog wat van af te krijgen.

Schetsmatig overzicht

In onderstaand figuur zien we het verloop van de behandeling, per week.



Discussie

1. Bij het beoordelen van deze behandeling dient men in aanmerking te nemen dat er geen complicerende factoren een rol spelen. Men zou kunnen spreken van een enkelvoudige drang. Het ongewenste gedrag is weliswaar gekoppeld aan spanning maar die spanning is duidelijk omschreven en gelokaliseerd. Er zijn ook geen omgevingsfactoren die invloed uitoefenen. We zien wel dat het van belang is om de spanningsbron 'aan te pakken'. De adviezen om tijdens het studeren pauzes in te lassen worden als zeer nuttig door de cliënte ervaren en geven haar het gevoel beheersing te krijgen over de situaties die leiden tot haar symptoomgedrag. Dit was niet voorzien in het met CAL afgesproken therapieplan.

2. Uit de beschrijving wordt duidelijk dat het pakket aan zelfcontrole maatregelen niet voor iedereen exact gelijk kan zijn. Het bezwaar van vergelijkende 'groepsstudies' wordt hiermee weer eens geïllustreerd. De handschoen is voor Maria bepaald ongeschikt en de door haar gekozen oplossing van het vasthouden van een steentje verdient in dit geval dan ook de voorkeur. Ook de definitie van wat een 'poging tot trekken' inhoudt, kan het beste in overleg met de cliënte worden opgesteld. In feite kan het programma beschouwd worden als een experiment dat steeds wordt bijgesteld op grond van de resultaten.

3. Uit de publicaties van CAL (bijv. Hoogduin, 1985) lijkt het vaak dat behandelingen d.m.v. het aanleren van zelfcontrole programma's simpel zijn. In zekere zin is dat ook wel zo, maar ook hier blijkt toch weer behoorlijk veel aan motiveringstechnieken nodig te zijn. Hieronder valt in ieder geval het samen overleggen over de meest geschikte vorm van de opdrachten, maar ook het confronteren met de keuze van wel of geen extra energie in de behandeling steken, en de vele complimenten als zij weer goed bezig was geweest.

4. Van de elementen die we in de literatuur tegenkomen lijken registreren, aanleren van een incompatibele respons en vergroting van bewustzijn m.b.t. het haartrekken de belangrijkste te zijn. Spanningsreductie is alleen indirect van belang geweest in die zin dat Maria maatregelen heeft genomen om de stimulus situatie te veranderen, maar niet door het hanteren van relaxatie technieken. Beloning en straf lijken niet zo belangrijk, al zou de laatste fase van de behandeling kunnen laten zien dat de zelfbeloning nog wat oplevert. Ik verwacht het niet.

5. Evenals een aantal van de studies die in de inleiding zijn genoemd, is ook hier sprake van een snelle reductie in het symptomatische gedrag. Opvallend is echter dat het nul-niveau nooit voor langer dan een paar dagen wordt gehaald. Daar staat tegenover dat het gemiddelde van 1 haar per dag nu al meer dan vier maanden gehandhaafd is. Tegen de tijd dat de C.A.L. en Dijck hun gevallen hebben opgeschreven hebben we waarschijnlijk een follow-up die lang genoeg is.

Literatuur

- Bornstein, P.H. & R.G. Rychtarik (1978), Multi-component behavioral treatment of trichotillomania: a case report. *Behavior Research & Therapy*, 16, 217-220.
- Galsky, T.J. (1981), The adjunctive use of hypnosis in the treatment of trichotillomania: a case report. *The American J. of Clinical Hypnosis*, 18 (1), 37-46.
- L.Horne, D.J. de (1977), Behaviour therapy for trichotillomania. *Behavior Research & Therapy*, 15, 192-196.
- McLaughlin, J.G. & W.R.Nay (1975), Treatment of trichotillomania using positive coverants and response cost: a case report. *Behavior Therapy*, 6, 87-91.
- Ottens, A.J. (1981), Multifaceted treatment of compulsive hair pulling. *J. Behav. Therapy & Experimental Psychiatry*, 12 (1), 77-80.

Commentaar op de trichotillomanie-therapie("de harenactie")
door Maria M.

Na het hervatten van een studie bemerkte ik dat de gewoonte haren uit mijn hoofd te trekken tijdens het studeren niet verdwenen was. Ikvoorzag dat ik deze vastgeroeste gewoonte niet zondermeer kwijt zou raken en besloot een gerichte gedragstherapie hiervoor te zoeken. Op aanraden van een bekende heb ik de hr.F. Lange gebeld. Ikwas aangenaam verrast door zijn normale reactie op het m.i. toch rare probleem,dat hij als "zeerzeker behandelbaar" typeerde. Ik werd zeer benieuwd naar zijn werkmethode.

Van het begin afaan was het me duidelijk dat ik het feitelijk zelf moest doen. Het zelfcontrole programma dat F.Lange me in de eerste zitting voorstelde sloot daarbij aan. Dat neemt echter niet weg dat de stimulans die van de therapiezittingen uitging,de steun en hulp bij het opbouwen van de eigen controle voor mij onmisbaar waren.

Ikben de zittingen steeds meer als werkafspraken gaan zien, waarbij ieder zijn/haar eigen verantwoordelijkheden had. Het feit niet in een afhankelijke positie als "zielige" patient te zijn geplaatst vond ik erg positief,en versterkte mijn motivatie.³

In het hierna volgende wil ik een aantal inhoudelijke aspecten van de therapie zoals ik die heb ervaren aanstippen.

Ten eerste , het heel exact moeten vertellen hoe en wanneer ik haren uittrek/trok : confronterend. Ikheb me wel geschaamd voor mijn gedrag maar door het te vertellen moet je de naakte waarheid(!) wel onder ogen zien.Pijnlijk,dat wel.*¹

Het grootste struikelblok en probleem van het zelfcontrole programma,maar tegelijkertijd een van de wezenlijkste bestanddelen ervan, is m.i. je motivatie. Deze te genereren en vasthouden, jezelf (het probleem) serieus te nemen. Jarenlang had ik tenslotte een half kaal hoofd weten te bagatelliseren,en was daarin door mijn zwijgende omgeving in bevestigd*² Ik realiseerde me dat ik zeer goed in staat was/ben tegelijkertijd signalen te ontvangen die je duiden "van je haar af te blijven" én dezen weg te moffelen,naar "achter te duwen", te overschreeuwen met de gedachten als "daar heb ik nu geen tijd voor", "nu moet ik studeren,eerst die zin op het papier" e.d. . Een vaag proces dat zich ergens achter in mijn hoofd afspeelt. Ik noem het hier omdat het voor mij wezenlijk is juist die onderdrukkende gedachten in het volle licht te brengen en "uit te schakelen"

- 2 -

Dan pas kan het afleren van haren trekken de prioriteit krijgen die nodig is. De hele dag je bewust zijn van het streven dat gedrag onder controle te krijgen. Dit verschil, deze "prioriteits kwestie" realiseerde ik me pas na een aantal zittingen.

Een andere bemoeilijkende factor is het feit dat je gedurende de periode tussen de zittingen je eigen censor bent. Je moet zeer eerlijk blijven t.o. jezelf. Iedere haar die je uittrekt moet je noteren (=bekennen dat je weer gefaald hebt). Vanuit dit oogpunt bezien werkt de 3-min. categorie(noteren dat je een haar net níet hebt uitgetrokken) positief: je hebt het voorkomen, je bent jezelf vóór geweest, goed!

- De positieve ervaring als zijnde het in het algemeen onder controle kunnen brengen van een negatieve karaktertrek is voor mij althans belangrijk. Het kunnen overwinnen is minstens een even grote beloning als het verdwijnen van de kale plekken.

Een andere secundaire beloning is de rust die ik ondervind bij het nalaten van " Het zenuwachtige gepulk". Ik was verbaast te bemerken dat het gepulk aan mijn haren omdat ik zenuwachtig ben me zenuwachtig máákt ; de rust die ik opdring aan mijn handen maakt me rustig. Vaak is nu gepulk aan mijn haar een signaal voor mij dat ik (te) gespannen ben; me in een risico-volle situatie bevind. Indien mogelijk kan ik dan me op de een of andere manier even ontspannen, óf het hele arsenaal zoals in voorgaand artikel beschreven in werking stellen om het uittrekken te voorkomen. Het blijft noodzakelijk op zo'n moment iets in/om handen te hebben

Dit leren signaleren van het "verfoeilijke " gedrag in een vroeg stadium is m.i. een belangrijk onderdeel van de therapie, omdat het je een werktuig verschaft waarmee je ook na de therapie kan blijven werken aan de reductie van het haren-trekken. De noodzaak hiervan werd voor mij versterkt door de realistische visie die F.Lange ten toon spreidde betreffende het langdurige succes van de therapie. Ik heb het idee een sluitend programma te moeten ontwikkelen(dit stadium is denk ik bijna afgesloten) én te moeten onderhouden. Ik vind het goed dat me de realistische grensen van het werkelijk afleren van het gedrag duidelijk zijn gemaakt ,en verschoven naar het blijvend opmerkzaam zijn. Dit impliceert echter niet dat één haartje "eruit" acceptabel wordt. Wezenlijk blijft iedere haar teveel te vinden en niet te bagatelliseren. Het klinkt heel streng en calvinistisch, maar ik denk dat het vergelijkbaar is met het proberen te stoppen met roken : één sigaret kan "fataal" zijn. Doch, ik heb goede moed.

- 1 * - Het uitgebreid moeten vertellen van de handelingen is al zeer confronterend. m.i. Is een extra confrontatie d.m.v. foto's te veel. Op het moment dat je naar iemand toe bent gegaan omdat je probleem te groot wordt (veelal pas in een vergevorderd stadium, want zo laag is de drempel tot therapie nog niet) ben je wel doordrongen van het negatieve aspect van je manie en is een dergelijke afstraffing d.m.v. foto's m.i. niet meer nodig.
- 2 * gedurende mijn "kale jaren" kreeg ik weinig opmerkingen over de toch goed zichtbare kale plekken. Ik denk dat velen meenden dat ik een ernstige ziekte onder de leden had. Dit vermoeden werd onlangs bevestigd door de opmerking van een kennis die ik na jaren weer eens ontmoette, dat ik indertijd " toch ziek was, ofzo, je had van die kale plekken....."

Enkele overwegingen rond het thema euthanasie;
een bijdrage aan de discussie.

I. Inleiding.

Het taboe rond euthanasie lijkt goeddeels doorbroken, zoals Vlaardingerbroek terecht stelt in zijn brief van 11-4-1984 aan het behandelberaad. Voor de gezondheidszorg is dit een goede zaak, omdat taboe's, rond welk onderwerp dan ook, zijn te beschouwen als het equivalent van een afweermechanisme in de psychologie: dat wat niet besproken mag worden, zou eigenlijk besproken moeten worden, om groter onheil dan het reeds bestaande te voorkomen: wanneer niet vanuit een zekere volwassenheid gedacht wordt over begrippen als leven en dood, sterven en ziekte, kunnen rationalisaties voor verschrikkingen tot kortstondige doch desastreuze bloei komen; het fascisme wist het afslachten van minder validen en bejaarden rationeel en -z.g.- wetenschappelijk te onderbouwen.

Het doorbreken van het taboe op euthanasie mag niet leiden tot een schijnbaar progressieve, doch in wezen neofascistische en oppervlakkige, aan Brave New World herinnerende, houding t.a.v. het einde van het leven. In plaats van het taboe dient zich een open meningsvorming te ontwikkelen, een nieuwe en volwassen moraal. Dit gaat niet vanzelf: het gedachtengoed van de grote emancipator Rousseau heeft helaas dikwijls het -onbedoelde- gevolg gehad dat bevrijding identiek werd geacht aan normloosheid: het Wilde is evenwel niet nobel!

In Bloemendaal is de discussie in de Academische Staf begonnen en met hoopgevende ernst gevoerd. Terecht werd van meet af aan onderkend dat deze discussie niet alleen in de Academische Staf thuishoorde, doch ook, en met name, op het niveau van de dagelijkse realiteit, het teamniveau, gevoerd behoorde te worden.

Discussies dienen uit te monden in conclusies, anders zijn ze tevergeefs gevoerd, al behoeft wat gezegd is niet vergeefs geweest te zijn. Ook wanneer in de samenleving de discussie rond dit gewichtige vraagstuk nog niet is afgerond dient op ziekenhuisniveau toch tenminste een visie richtinggevend te zijn voor het dagelijks handelen. De directie heeft dienaangaande een verantwoordelijkheid op ziekenhuisniveau, het behandelberaad t.a.v. het uitvoerend niveau, en, zeer primair, de ouderen t.o.v. de jongeren. In het navolgende wil ik enkele overwegingen voorleggen die deels voor mijn persoonlijke rekening zijn, doch daarnaast ook bepaald worden door de reality testing zoals die eruit ziet op directieniveau.

II. Enkele persoonlijke overwegingen.

1. De dood is een natuurlijk onderdeel van het leven; het feit dat de dood het einde van het biologisch leven markeert maakt hem niet minder tot een onderdeel ervan dan b.v. de geboorte het begin ervan is.
2. De geneeskunde houdt zich bezig met het systematisch beïnvloeden van de functies van lichaam en geest (-om deze verderfelijke dichotomie ook maar eens te gebruiken-) met als doel het optimaal laten verlopen van het biologische proces dat leven genoemd wordt.
3. Uit 1 en 2 vloeit voort dat de geneeskunde zich met de dood moet bezig houden. De angst die sommige hulpverleners lijkt te bevangen wanneer ze geconfronteerd worden met de problemen, het verdriet, van de patiënt en zijn relaties in het zicht van de dood, is een schande voor de hulpverlening in het algemeen en de geneeskunde in het bijzonder, een uit affectisolatie geboren decadentievervalsing.
4. De discussie rond het euthanasievraagstuk kan een belangrijke impuls krijgen vanuit de identiteit van de Vereniging waartoe Bloemendaal behoort. Niettemin dienen mensen in het algemeen, protestant-christelijke mensen in het bijzonder en hulpverleners zeer bijzonder zich te realiseren dat de min of meer officiële christelijke moraal t.a.v. de onderhavige vragen geen duidelijk antwoord biedt. Ook de Vereniging heeft geen - en dat is maar goed ook- eenduidige richtlijn doen uitgaan t.a.v. euthanasiebeleid. Wij zullen het, -hoe typisch protestant- zelf moeten bedenken, vanuit ons eigen geweten.
Van de ziekenhuizen van de Vereniging die meningen over deze problematiek op schrift gesteld hebben sprak die van Veldwijk mij het meest aan; kort gezegd komt die er op neer dat mensen niet naar een ziekenhuis komen om gedood te worden. Deze slechts schijnbare platitude wordt wrang onderbouwd door patiënten die bij opname melden dat ze 'geen stervensbegeleiding' willen: ze blijken daar soms euthanasie mee te bedoelen. Mensen komen naar ziekenhuizen voor symptoomreductie, een niet minder pretentieuze doch accuratere term, dan genezing.
Vanuit de veelbesproken identiteit van de Vereniging, waarin ik, in alle vaagheid, toch ook veel van de mijne herken, zou men kunnen stellen dat geen onderdeel van het leven betekenisloos is, en derhalve, ook wanneer het de dood betreft, met respect en aanvaarding onder ogen gezien moet worden, ook door hulpverleners.
5. Christelijke en medische ethiek komen voor mij hier dicht bij elkaar: geneeskunde houdt zich bezig met het respectvol begeleiden van levensprocessen, niet met het initiëren ervan, laat staan met het afbreken. De hulpverlener begeleidt in voorwaardenscheppende zin het levensproces, wij zijn geen scheppers en geen vernietigers.

6. In deze visie kan gesteld worden dat euthanasie een taak van de hulpverlening is, evenzeer als b.v. hulp bij bevalling, het begeleiden van de overgang van puberteit naar volwassenheid die problematisch verloopt, en/of het behandelen van een involutiedepressie.
Mensen spreken dikwijls van een 'mooie dood', wanneer de dood zich voordoet zonder voorafgaand ziekteproces. Men zou kunnen stellen dat de hulpverlening in het bijzonder de taak heeft om ervoor te zorgen dat de dood na een ziekteproces ook een 'goede dood' kan zijn en het stervensproces geen verschrikking is doch een fase in het bestaan waarmee men, ten diepste, 'leven' kan. Uiteraard is dit niet alleen een medische aangelegenheid.
7. Het voorafgaande impliceert dat een adequate bestrijding van angst en pijn gepaard moet gaan met het stopzetten van alle zinloos geachte therapieën. Het mag nooit betekenen dat het stervensproces actief in gang gezet kan worden. Het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie is van zeer wezenlijke betekenis, wanneer men metterdaad zijn hulpverlenend handelen op de hierboven beschreven opvattingen t.a.v. de begeleidersfunctie van de hulpverlening baseert.
8. Het beroep dat hedentendage in toenemende mate gedaan wordt op hulpverleners om hun kennis en kunde in dienst te stellen van actieve euthanasie plaatst juist de hulpverleners die kritisch willen blijven t.a.v. de ontwikkeling van medisch-technologische macht en de aanwending daarvan voor een paradox: enerzijds zullen zij geneigd zijn de kritiek die geuit wordt t.a.v. de dominante rol van de medische technologie ter harte te nemen, anderzijds worden zij geconfronteerd met verzoeken om de aan die technologie ontleende macht in zijn meest extreme vorm uit te oefenen!
Zo gaat het van kwaad tot erger: de maatschappij verdringt ten onrechte de problematiek rond sterven en dood uit haar bewustzijn naar de hulpverleners die -uiteraard kinderen van hun tijd en cultuur als zij ook onontkoombaar zijn- deze problematiek verder afweren door haar deels te ontkennen; zo kan, karikaturaal gesteld, de dood bijna verworden tot een medisch verwijtbaar accident. Hulpverleners moeten ervoor waken dat t.a.v. de het stervensproces begeleidende gevoelens van angst, verdriet en pijn, zij niet in een dergelijke valkuil vallen door het optreden en het beheren van deze menselijke gevoelens via het uitoefenen van hun vermogen tot pijnloos doden drastisch en beslissend te beïnvloeden, noch bij de patiënt, noch bij z'n omgeving.
9. De vraag om hulp bij zelfdoding is een voorbeeld van een vraag om actieve euthanasie: de hulpverlener wordt gevraagd om actief het stervensproces in gang te zetten.
Deze vraag schijnt zich vooral in de psychiatrie voor te doen: de patiënt wil de zelfdoding zelf uitvoeren, doch vraagt medewerking van de hulpverlener, teneinde de dood op een zachte wijze tot stand te laten komen. M.i. is het verschil met actieve euthanasie nogal gekunsteld: of de patiënt de door de hulpverlener

verstrekke tabletten zelf in zijn mond stopt of de arts als hulpverlener de injectie toedient maakt geen verschil t.a.v. het criterium dat welbewust actief de stervensfase op gang wordt gebracht.

Hetzelfde geldt b.v. t.a.v. het welbewust een suicidale patiënt met weekend laten gaan, terwijl men weet of kan vermoeden dat de patiënt dissimuleert of zelfs de intentie tot suicide expliciet met de hulpverlener besproken heeft. Het handelen of nalaten is hier niet van doorslaggevende betekenis, wel de actieve of passieve medewerking aan het kunstmatig op gang brengen van het stervensproces.

10. Suicideneiging, 'gevaar voor zichzelf', is ook in de toekomstige wetgeving een reden gebleven om patiënten tegen hun wil te hospitaliseren. Hiermede wordt uitdrukking gegeven aan de gedachte dat bij mensen die onder invloed van psychische stoornissen, gepland of acuut, aan hun leven een einde willen maken, het zelfbeschikkingsrecht ondergeschikt gemaakt wordt aan de verantwoordelijkheid die de samenleving wil nemen voor mensen bij wie het oordeelsvermogen -meestal tijdelijk- gestoord is. Indien de uitvoering van taken die uit deze verantwoordelijkheid voortvloeien door de hulpverlening geaccepteerd wordt is het niet aan de hulpverleners om alsnog te definiëren of een leven wel of niet zinvol is. Ook de vraag in hoeverre een verzoek om actieve euthanasie c.q. hulp bij zelfdoding geen bizarre, tragische vraag om hulp en nabijheid is behoort in dit verband de hulpverlener ertoe te bewegen de patiënt voluit 'the benefit of doubt' te geven. Het feit dat de patiënt geen perspectief meer ziet of kan zien, ontheft de hulpverlener niet van deze fundamentele verantwoordelijkheid.

III. Tot slot.

Praktische consequenties.

1. Actieve euthanasie c.q. hulp bij zelfdoding dient om zowel juridische als medisch-ethische redenen afgewezen te worden.
2. T.a.v. de euthanasievraag tijdens de stervensfase dient de hulpverlener het actief en krachtdadig bestrijden van angst en pijn als eerste prioriteit te zien, ook indien dit levensverkorting met zich mee brengt.
Een wezenlijk onderscheid met het toepassen van actieve euthanasie wordt gevonden in de beantwoording van de vraag of de hulpverlener actief beoogt het stervensproces op gang te brengen.
3. Het onderscheid tussen actieve euthanasie en hulp bij zelfdoding is artificiëel en versluiert het zicht van de hulpverlener op de medische en morele verantwoordelijkheid voor zijn handelen.

Voorwoord bij het 'Interview met Alfred Lange door Karel Mampuys'

De heer Mampuys is een Belgisch gedragstherapeut die er prijs op stelde om mij een interview af te nemen n.a.v. de verschijning van de nieuwste uitgave van 'Gedragsverandering in gezinnen'. Een loffelijk bewijs van waardering. Het gesprek tussen de beide heren vond plaats tijdens de conferentie in 'Bloemendaal' en wel op de laatste middag toen enkele autochtone Bloemendalers hun referaten hielden. Ik schijn daaraan gelukkig niet al te veel gemist te hebben. Voor de goede orde: het afscheidswoord van de directeur heb ik wel degelijk meegemaakt. Teneinde U in de gelegenheid te stellen om te beoordelen of ik in mijn gesprek met de heer Mampuys, dat is weergegeven in het Belgisch Berichtenblad voor de Gedragstherapie, niet teveel onzin heb uitgekraamd, volgt op de volgende bladzijden de tekst van het interview. Ik hoop dat U zich niet voor uw vriend geneert.

Uit: Berichtenblad Ver. v. Gedragstherapie
(België). 1985, 12 (4).

-45-

GESPREK MET ALFRED LANGE

In de marge van de conferentie 'Eclectische Psychotherapie' ter gelegenheid van 5 jaar kwartaalschrift *Directieve Therapie en Hypnose* (verder afgekort DTH), kregen we een rustige werkkamer voor dit interview. Ongevraagd komt er zowaar zelfs Hollandse koffie aan te pas. Dat mijn vragen sterk zouden overlappen met wat we al 3 dagen lang aanhoord hadden, was voor Alfred Lange geen punt. Van de 200 Vlaamse VGT-leden waren er toch maar hooguit 15 aanwezig. Eger betreft zijn gezicht wanneer ik een verouderde uitgave van zijn boek 'Gedragsverandering in Gezinnen' op tafel leg, als symbool voor mijn voorbereidingswerk. Met die ergernis kunnen we meteen aan de slag, maar het corpus delicti zal op tafel blijven liggen, en dat is voldoende om bij de minste vingerwijzing ernaartoe zijn wenksbrauwen weer te laten fronsen. Tot een opdracht om het exemplaar in Baguwan-stijl te verbranden komt het echter niet.

Ik vond de oude uitgave al zo goed. Wat is er dan veranderd in de nieuwe? Wacht, ik zal u een folder geven. Ik zou het plezierig vinden als u niet uit de oude uitgave citeert, omdat mijn ideeën echt wel veranderd zijn. Zo heb ik nu bv. een genuanceerd hoofdstuk geschreven over paradoxale opdrachten, en wanneer die geïndiceerd zijn. Verder is er ook een apart hoofdstuk over congruente opdrachten, over individuele strategieën, hoe die ingebouwd kunnen worden binnen gezinsbehandelingen; ook een nieuw model voor taxatie.

Heel wat zaken zijn dus herschreven?

Alles is herschreven, en een aantal hoofdstukken zijn helemaal nieuw, enkele andere werden weggelaten. 't Is echt een ander boek.

Sorry hoor! Alhoewel: zo kleeft er alvast wat reclame aan dit interview. Eerst wou ik u vragen of u zichzelf nu: gedrags-, gezins-, systeem-, of directieve therapeut noemt; of gewoon een 'veelzijdig' therapeut.

Het hangt af voor welk publiek. Ik ben daar heel praktisch in: ik noem me wat voor de mensen meest begrijpelijk is. Ik vind mezelf een gedragstherapeutische gezinstherapeut, of een gezinstherapeutische gedragstherapeut, dat maakt me niet zo veel uit. Wat ik bedoel is dat ik leertheorie en gedragstherapie zeer belangrijk vind, en dat ik gezinstherapie in die zin belangrijk acht dat ik het bijna onverteerbaar vind om psychotherapie te doen zonder het gezin erbij te betrekken van begin af aan. Over deze kwestie schreef ik een artikel (Lange, 1981). Ik vind het nodig om een hele strikte analyse te maken van hoe de gezinsinvloeden zijn, in hoeverre de klachten binnen het gezin wel of niet bekrachtigd worden, de invloeden die er over en weer zijn, en hoe je de gezinsleden kan gebruiken bij de behandeling. Dus wat dat betreft ben ik een gezinstherapeut. Wat betreft mijn manier van problemen analyseren en strategieën daarvoor te ontwerpen, betrek ik veel vanuit de leertheorie en de gedragstherapie. Daarbij vind ik mezelf ook directieve therapeut, omdat bij mij de motiveringstechnieken juist zo'n grote plaats innemen, waar de strikte gedragstherapie over het algemeen wat enger tech-

niekgericht werkt. De gedragstherapie doet zichzelf de facto tekort, terwijl ze theoretisch zelf toch wat wijder kan zijn, en toch gedragstherapie blijven. Ik voorzie dat er binnen 20 jaar misschien helemaal geen noodzaak meer is voor de term "directieve therapie", dat het dan allemaal weer gedragstherapie zal gaan heten.

Als de gedragstherapeuten zich die kant op willen ontwikkelen, maar dat weet ik niet.

Gezinstherapie is altijd nogal erg gekoppeld geweest aan de systeemoriëntatie, er soms zelfs aan gelijkgesteld. Wat heeft de gedragstherapie specifiek te bieden in het werken met gezinnen? En wat maakt er anderzijds ook echt gezinstherapie van, en niet enkel gedragstherapie met meerdere personen tegelijk?

Kijk, vanuit de gezinstherapie is de specifieke bijdrage dat niet alleen maar het individu onderwerp van interventie is, maar ook de interacties tussen individuen, op een bepaald moment zelfs de structuur in de groep. Daarbij hoort het veranderen van de wisselwerking, van de manier van reageren op mekaar. Gedragstherapie kan daar een bijdrage aan leveren, door haar principes, de leertheoretische principes, toe te passen op die eenheid van interventie. Dus je kan bv. een begrip als 'shaping' ook toepassen op het wijzigen van een interactiepatroon. Leerprocessen, bekrachtigingsfenomenen, spelen een rol binnen interactieprocessen. Je bekijkt natuurlijk wel de gedragingen van beide personen, maar door een bril die je de wisselwerking tussen elkaar doet zien. Een andere eenheid van interventie dus, maar toch de gedragstherapeutische principes. Bekrachtigingspatronen wijzigen is gedragstherapeutisch werk. Daarover schreef ik juist in dat artikel (Lange, 1981), waarin ik zelfs nog een stap verder ga. Als je de leertheorie serieus neemt ben je bijna verplicht om die wisselwerking ook echt te bekijken, en er niet alleen maar naar te vragen bij het individu. Door de anderen erbij te halen kan je bekijken hoe de personen elkaar bekrachtigen. Het is eigenlijk een logisch gevolg vanuit de leertheorie, en daarom ook zo'n goeie combinatie.

Eigenaardig toch dat gedragstherapeuten, die juist het zichtbare in gedrag, antecedenten en consequenties benadrukten, door individueel te gaan werken eigenlijk hun kijk weer gaan vernauwen.

Inderdaad.

U zei dat de term 'directieve therapie' binnen 20 jaar misschien niet meer nodig zal zijn, als de huidige gedragstherapie zich verder verbreedt. Waaruit zou die verbreding moeten bestaan?

Vooraf uit meer aandacht voor de non-specifieke factoren, de therapeut-variabelen, de relatie tussen therapeut en client. Die ontwikkeling is al een beetje gaande, vind ik, als je naar de cognitieve therapie kijkt. Aandacht voor zelfverbalisaties van mensen, en hoe je die wijzigt: dat grijpt vaak terug op cognities die ook wel met het verleden te maken hebben... Misschien is dat toch een wat andere ontwikkeling, maar in ieder geval een ontwikkeling die ook wijst op verbreding. Als dat zou gebeuren met de motivationele kanten, wat je kan doen om mensen aan de slag te krijgen, dan denk ik dat de gedragstherapie veel geïnterpreerd zal hebben van wat

nu in directieve therapie gebeurt. Het betekent dan in feite dat je een goede eenvoudige theorie hebt om veel te verklaren, en dat is eigenlijk ideaal. De zwakte van veel therapeutische stromingen is dat er geen theoretisch kader is. Terwijl de leertheorie een gefundeerde theorie is, die tot nu toe eigenlijk bijna alles verklaart wat er in de directieve therapie ook gebeurt. Dus ik denk wel dat het naar mekaar toegroeit. Als je het tijdschrift 'Gedragstherapie' bekijkt, en je ziet de onderwerpen dan denk je, nou, er zijn een hoop artikelen die wij ook in het kwartaalschrift Dth zouden opnemen, en omgekeerd ook. Er begint een auteurs-overlap te komen. Ik juich die ontwikkeling toe. Ik denk dat dit 2 stromingen zijn die zich goed laten verenigen.

Dus: de gedragstherapie, de leerpsychologie, heeft heel wat deugdelijke technieken opgeleverd en die zullen pas hun volle rendement krijgen als men ze ook beter gaat aanbrengen, meer aandacht gaat geven aan motivering, en dgl. ?

Ja, en als ze vooral meer flexibel wordt. Als iets bij een bepaalde client niet aanslaat, dan toch niet meteen doorgaan, maar gewoon kijken wat je anders kan aanbieden.

Neofieten in de psychotherapie, zo werd hier gezegd, komen vaak bij toeval in een bepaalde opleiding terecht. Welke psychotherapiescholing hebt u zelf gevolgd, en welke gebeurtenissen waren daarbij belangrijk ?

Ik heb waarschijnlijk een heel atypisch parcours doorlopen. Ik heb een researchopleiding gevolgd, ik ben experimenteel sociaal psycholoog, en heb daarin ook gewerkt, de eerste jaren na mijn studie. Pas later ben ik mij gaan interesseren voor klinische psychologie, en dat was onder invloed van de klassieker van Haley 'Strategies of psychotherapy', en het eerste boek van Watzlawick. Toen dacht ik voor het eerst: misschien valt er toch iets zinnigs te doen in die contreien. Dat sprak mij erg aan. Niet gek natuurlijk, als je bedenkt dat er daarvan in de sociale psychologie heel wat herkenbare elementen zitten. Voor mij klonk het toen wel allemaal heel nieuw. Onno van der Hart studeerde toen bij mij, en zat in de laatste fase van zijn studie. We zijn ons daar met zijn tweeën in gaan verdiepen, eerst in de literatuur. En toen hebben we, eigenlijk nog vrij snel, een gezin genomen. Nu ja, genomen, beter gezegd: toegewezen gekregen, met een supervisor. Kursussen gezins therapie waren er toen gewoon nog niet. Met dat gezin werkten we volgens het toenmalige Haleyaanse model. Dat is het begin geweest. Ik heb ontzettend veel geleerd van 1 à 2 therapieën doen per week, meer niet, met zeer uitvoerige analyse van de geluidsbanden. Video was er nog niet voorhanden. Ik draaide die banden ettelijke malen af, met verschillende mensen steeds, om heel close te kijken wat er gebeurde, wat we er in zagen, wat het veranderingsproces was. Daarnaast volgde ik in die tijd natuurlijk ook workshops van diverse pluimage, van Minuchin, Kempler, e.a. Kortom: zo veel mogelijk gesproken in die sector. Ik heb veel geleerd van dat

bij elkaar gehaalde materiaal van anderen, en vooral van het intens onderzoek van mijn eigen werkzaamheden, met hulp van medewerkers.

Wie waren dat dan ?

Dat waren collega's, die niet speciaal therapeuten waren, soms studenten, en ook wel eens een collega therapeut, vaak uit andere stromingen, mensen die geïnteresseerd waren. Toen is er vrij gauw een heel enthousiaste groep gevormd, onder invloed van het toenmalige 'Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk', die zich met gezinstherapie bezighield en daar publicaties over maakte. Onno en ik zijn toen ook zelf trainingen gaan geven. Als je er aan terugdenkt is het verbazingwekkend, want we hadden inderdaad zelf slechts een gebrokkelde opleiding, maar ja: in het land van niemand ben je gauw koning. Wat ik wel vind: die vooropleiding sociale psychologie is echt een goede vooropleiding, want je leert helder kijken, helder hypothesen formuleren over wat er ergens aan de hand is, de interactionele processen zien, enz. Een researchopleiding is helemaal niet voor niets voor therapeuten, terwijl je allerlei klinische concepten er toch wel vlot kan bijhalen. In toen, dat was in 1973, kwam Sheldon Rose uit Amerika voor een gasthoogleraarschap een jaar naar Nederland. Ik volgde bij hem een cursus gedragsveranderende groepstherapie, en samen hebben we een cursus gedragsveranderende gezinstherapie opgezet, waarbij ik dan meer de communicatiekant, de Haleyaanse kant, en hij meer de gedragsmatige, congruente kant benadrukte. Dat is een belangrijk jaar geweest want sinds die tijd is er voor mij de verbinding met de gedragstherapie gekomen. Ik heb daar heel veel aan gehad, aan die gezamenlijke cursus. Daarna ging ik zelf verder cursussen geven, en ben ik doorggegaan met kleine opleidingselementen te volgen, ook supervisie. Ik ben toen een paar gedragstherapieën onder supervisie gaan doen. Gedragstherapieën met gezinnen en echtparen: dat was voor die tijd wel uniek. Binnen de Vereniging voor Gedragstherapie werkte men altijd met individuen, maar het stond niet in de reglementen dat het met gezinnen niet kon. Ik heb daar toen zeer veel werk in gestoken, zeer close gevolgd, veel met de supervisor gesproken, maar ook: de analyse van die gevallen extra uitgewerkt. Ik dacht immers: "Ik ben de eerste die het doet, dus dat moet goed gebeuren". In 1975 kwam er een nieuw belangrijk element: het boek 'Gedragsverandering in Gezinnen'. (Waarvan dus een verouderde uitgave ergerlijk op de interviewtafel ligt te prijken). Het uitschrijven van je ideeën, het onder woorden brengen: daar leer je ook alweer van. Toen het bijna op de markt was kreeg ik een briefje van Richard van Dyck. In het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk had hij van Onno en mij een publicatie gezien over leeropdrachten. Daarin erkende hij veel van zichzelf, en het leek hem aardig om eens te praten. In zo kwam er een merkwaardige bijeenkomst met hem en zijn Jelgersma-groepje, dat aan directieve therapie deed zoals ze dat noemden. Daaruit is dan de

-49-

de heroprlichting voortgekomen van het toenmalige Tijdschrift voor Directieve Therapie (verder: TDT). Dat bestond al, maar het was een beetje ter ziele, jaren niet meer uitgekomen, en we hebben dat weer nieuw leven ingeblazen, en gaandeweg tot bloei gebracht. Het is een tijdschriftje dat alleen maar door de redacteuren gelezen wordt. Het betekende dat we, voor elke bijeenkomst (om de 2 à 3 maanden) allen een bijdrage leverden, die dan besproken werden. Het was een soort intervisiegroep die steeds zeer goed voorbereid werd, met gevalsbesprekingen en theoretische beschouwingen: in ieder geval met een stuk dat de moeite van het bespreken waard was. Dat werkte inspirerend en heeft geleid tot veel publicaties, en tot verdere verdieping, vind ik zelf, van mijn eigen therapeutisch model, doordat er toen weer nieuwe invloeden bijkwamen vanuit die Jelgersma-groep, vooral Ericksoniaanse concepten. Ik was in die tijd wat van Haley afgestapt, en meer op het congruente gedragstherapeutische terecht gekomen. Onder invloed van die groep kwamen toch de Haleyaanse concepten weer wat naar voor. Veel discussie leidde tot nuanceringen. Ondertussen kwam er het kwartaalschrift Dth bij, maar die TDT-groep bestaat nog steeds, enkel Onno van der Hart is er niet meer bij. We komen nog steeds op dezelfde manier samen, met dikke afleveringen, erg leuk, echt een kwaliteitsvolle intervisiegroep. De sociaalpsychologische lijn heb ik ook vastgehouden: ik doe nog steeds experimentele research op dat vlak. Dat vind ik niet alleen leuk, maar ook boeiend en belangrijk om te blijven verbinden met de klinische psychologie. Ik vind het zelfs zo belangrijk dat ik me sterk gemaakt heb om bij de reorganisatie aan de universiteit (Amsterdam) te zorgen dat ik niet, wat aanvankelijk iedereen wilde, volledig zou overgaan naar de vakgroep klinische, maar dat ik in beide vakgroepen sociale én klinische, voor de helft ingedeeld word.

De boeken 'Directieve therapie 1 & 2' zijn dan vooral artikels die voordien in jullie TDT verschenen zijn?

Ja, de meeste kwamen voort uit het TDT.

Wat de directieve therapie betreft, wil ik u graag een paar uitspraken geven die ik het laatste jaar daarover in Vlaanderen gehoord heb. Aan u om er wat tegenover te zetten. Een client centered therapeut zei: "Al die paradoxale dingen lukken mij niet als ik het erom doe, maar als ik spontaan en gemeend hetzelfde doe, lukt het vaak wel". De vraag dus naar echtheid, tegenover manipulatie, en truukjes.

Tja, dan denk ik: 't is jammer dat die man vandaag niet bij mijn workshop was. Het truukmatige, daar ben ik net zo tegen als hij daartegen is, dat is ook altijd waar ik voor waarschuw: een paradoxale opdracht is geen soort gimmick, truuk, iets wat je er gauw en handig bijhaalt, en dat dan plots een knalresultaat gaat geven. Er moet een goede analyse van de situatie zijn, en het moet duidelijk zijn dat er een reëel element zit in je paradoxale opdracht, dat je het ook goed kan motiveren waarom de client dat zou moeten gaan doen. Je moet dat goed uit kunnen leggen,

anders kun je het beter niet doen. Dat geldt eigenlijk ook voor congruente opdrachten, maar misschien nog veel meer voor paradoxale, dat je niet een soort tovertruk uithaalt waarvan je zelf niet eens weet waarom je nu speciaal dat vraagt.

Het is wel een beeld dat de beide boeken Directieve Therapie risceren op te roepen: 'spitsvondigheden'. Nochtans: een van de zaken die mij opvallen als je directieve therapeuten bezig ziet, is dat ze helemaal niet truukmatig handelen, maar eerder de indruk geven Rogeriaans te werken, rustig, empathisch, oog voor het proces, ..

Dat heb ik nog wel eens gehoord.

Het viel op dat men tijd nam, dat men iets kon laten rijpen, zonder meteen een opdracht te geven, of een interventie te doen. Die indruk deed ik op in een 3-daagse workshop in 1982. Videobanden met didactische doelstelling geven soms wel weer een autoritaire, ongevoelige, technische indruk, liet ik me vertellen.

Ja, omdat er in geknipt is, geeft zo'n band vaak een iets te 'snelle' indruk.

In dat doen die boeken dus ook.

Dat doen de boeken zeker, vooral het eerste. In het tweede zit ook al meer reflexie op het proces, en op de timing. In 'Gedragsverandering in Gezinnen' zit het nog meer in, daar worden ook veel meer uitzonderingen vermeld. In ik ben eigenlijk blij dat u dit punt vermeldt, want het is een bekende fout over directieve therapie, die niet alleen leeft bij mensen die zich niet zo noemen, maar ook bij mensen die zich wel directieve therapeut noemen. Zij denken soms: "Directieve therapie, dat is zo snel mogelijk een opdracht verzinnen". Alles roetsj, roetsj. Terwijl voor mij directieve therapie juist is: eerst een goede taxatie maken: wat is er aan de hand. Rustig, inderdaad wat u zegt, laten rijpen, samen met mensen bedenken welke kant het zou moeten opgaan, behandelingsplanning opstellen. Met Rogeriaanse therapie is er dan toch wel dit belangrijke verschil, dat je jezelf meer verantwoordelijk voelt voor dat veranderingsproces, en bewust bijstuurt in een bepaalde richting. Client centered therapie in de ouderwetse vorm is duidelijk niet zo goed te combineren met directieve therapie.

Nu hebt u het wel over de 'hm-hm' karikatuur?

Ja, dat bedoel ik. Empathisch luisteren blijft natuurlijk altijd belangrijk. Die band waarvan u hoorde dat ik toch een beetje fors uithaal, daar heeft een bekende Rogeriaanse psychiater in een workshop ooit van gezegd: "He, dat noemen jullie directief! Nou voor mij is dat net zo goed Rogeriaans". Hij herkende heel wat elementen die zij ook beogen, zoals bv. het structureren. Maar goed. Ik denk dat er toch ook heel wat verschillen zijn. Vooral het actief bedenken van interventiestrategieën, is er zo één.

Een gedragstherapeut zei: "Beginnende therapeuten, die gefascineerd zijn door de ? 'witte bijbels', raad ik toch aan om eerst een langdurige grondige opleiding in een basismodel te volgen". Dus: de kwestie van grondigheid tegenover oppervlakkigheid, duidelijkheid en coherentie tegenover verwarring. Wat vind u daarvan, met uw opleidingscurriculum?

Nou, ik zal dat niet zonder meer tegenspreken. Ik heb wel niet zo'n lange vooropleiding gehad, maar ik heb wel een hele lange opleiding gehad van mijn eigen weg vinden. Kijk, mensen die boeken als een bijbel gebruiken zijn altijd gevaarlijk, wat voor bijbel dat ook is. Dus mensen die 'Directieve therapie 1 & 2' als bijbel gebruiken zijn gevaarlijke therapeuten, als ze verder niets weten. Wat dat betreft ben ik het eens. Ik denk dat je ofwel goede cursus en supervisie moet krijgen van ervaren mensen die zichzelf directieve therapeuten noemen, of opgeleid moet worden binnen een specialistische vereniging die zich daarmee laat combineren. Ik vind gedragstherapie nog altijd een goeie ondergrond. Wat de volgorde betreft kunnen ze, wat mij betreft, zowel beginnen met directieve gezinstherapie, als met gedragstherapie. Ik heb nooit harde aanwijzingen gekregen dat het ene beter is dan het andere om mee te starten. Als mensen maar niet dingen gaan kopiëren, zolang mensen maar bezig zijn om nieuwe dingen te leren. Kijken: hoe kan ik dit integreren in de manier waarop ik denk dat ik kan werken. Dat vind ik belangrijk.

Ik vraag me toch af: is directieve therapie niet juist gevaarlijk, verwarrend voor beginners, en is het eigenlijk wel meer dan een leidraad of inspiratiebron voor hen die eclecticisch willen werken, nadat ze eerst een andere grondige opleiding in een basismodel kregen?

Ik vind dat je dat eclecticisme moet preciseren. Je kunt de directieve therapie ook omschrijven als een therapievorm waarin bepaalde elementen van bepaalde therapieën genomen zijn, en gecombineerd zijn tot een nieuw model. Het is echt niet zo dat directieve therapeuten van alle stromingen van alles maar zitten te pikken. Ik denk ook niet dat elke basisopleiding (analytisch, Rogeriaans, gedrags, etc.) een even goede ondergrond is. Een langdurige Rogeriaanse opleiding zie ik niet als een goeie ondergrond voor directieve therapie. Langdurige analytische opleiding ook niet echt. Ook weer niet dat je daar niks aan zou hebben, maar ik denk dat je daar meerdere zaken leert, waar je later toch niet zo veel mee doet. Ik zou er dan voor pleiten om een aantal belangrijke analytische concepten op een andere manier te leren kennen, via korte workshops of via boeken, zodat je de theorie enigszins kent. Mijn opleidingsideaal is hetvolgende. Eerst een klein basispakket, waarin je vrij kort met alle stromingen kennis maakt. Op grond daarvan kies je wat je het beste ligt. Daarin volg je dan een forse cursus, en ga je tenslotte onder supervisie werken.

U noemde niet speciaal de systeemrichting ..

Nee, het is goed dat u dat zegt. Ik vind de systeemtherapie in theorie een goeie ondergrond. In de praktijk ben ik niet zo kapot van hoe die opleiding in mekaar zit, die zo vaak gedomineerd wordt door cybernetische systeemtherapie, waar maar van een beperkt model uitgegaan wordt. Is er sprake van structurerende gezinstherapie van Minuchin, of gedragsveranderende gezinstherapie, dan zeg ik: wel ja.

Wat bedoelt u met cybernetisch ?

Het Italiaanse model, Pallazoli-achtige dingen. Te eng vind ik dat ..

Te zeer uitgaand van één werkzaam principe ?

Ja, één toverformule.

Een gedragstherapeute, onderzoekster, zei me: "Directieve therapie is zo'n men-gelmoes. Het is als vier paarden inspannen, maar dan wel aan elke kant één, zo-dat je kar niet in beweging komt, laat staan in de gewenste richting".

(Grommel, grommel)

Dus: de kwestie van het gebrek aan systematiek, theoretische onderbouw, wat dan zou leiden tot ineffectiviteit. Ik denk echter dat het vooral leidt tot onder-zoeksproblemen, tot moeilijkheden bij het toetsen van de effectiviteit.

Het is niet juist wat die therapeute zegt. Dat is wel een moeilijk punt, maar eva-luatie en toetsing van psychotherapie is überhaupt een zwak punt, ook bij de specia-listische verenigingen, bij de niet eclecticici, zeg maar het bestaande psychotherapie-establishment. De client centered therapie bv. heeft nu ook niet echt wat je zegt een grote staat van research. Nee. Laat ik eerst dit zeggen: dat van die paarden, dat klopt gewoon niet. Om de beeldspraak door te trekken: de hele essentie van di-rectieve therapie is juist dat je erkent dat er inderdaad meerdere paarden mogelijk zijn om een kar te trekken, dat je de hele bepakking niet op één paard hoeft te leg-gen, en dat het juist het doel van de behandelingsplanning is om die paarden zo in te spannen dat ze in de pas lopen en dezelfde kant optrekken. Bv. bij directieve gezinstherapie, dat je juist de gezinsleden er ook bij betreft, om alle krachten dezelfde kant op te laten werken. Wat die mevrouw die deze uitspraak gedaan heeft schetst, is eigenlijk een karikatuur, een slecht voorbeeld van directieve therapie. Ik geloof juist dat het daar extra aandacht krijgt, dat in directieve juist wel ge-zocht wordt naar de goede combinaties.

Een psychoanalytisch georiënteerd therapeut zei: "Er is in die boeken zo bitter weinig te vinden over de betekenis van de therapeutische relatie, over processen als bewustwording, enz."

Nou, daar heeft die meneer wel gelijk in. In de hoeken komt het te weinig voor.

Ik denk domweg omdat het moeilijker te beschrijven is, en bovendien zou je steeds in herhaling moeten treden. Je kan bijna elk artikel besluiten met te zeggen: we hebben die en die technieken gedaan, maar dat was nooit gelukt, wanneer de relatie niet goed was, en wanneer ik niet goed geluisterd had, enz. Ik heb zelf die neiging wel een beetje, om daar in de conclusie toch vaak op terug te komen. Ik heb zelfs in 'Directieve Therapie?' daar een heel hoofdstuk aan gewijd, over timing en moti-vatie (Lange, 1980). In de nieuwe 'Gedragsverandering in Gezinnen' -(laatste ver-werpande blik op de oude)- zijn daarover ook een aantal paragrafen opgenomen.

Het lijkt een open deur intrappen, maar als je het niet vermeldt, laat je een essentieel aspect van je behandeling weg.

Ja. Van de andere kant is het zo belangrijk dat je bijna moet zeggen: het is vanzelfsprekend. Ik trek me dat soort kritiek wel wat aan, ik probeer erover te schrijven, maar het is niet gemakkelijk om het steeds onder woorden te brengen.

Hypnose staat vermeld in de tittel van het kwartaalschrift DtH. Weegt die hypnose dan zo op, dat die mee in de tittel moet staan ?

Daar kan ik heel kort over zijn: het heet niet meer zo. Het is bij dit nummer veranderd. Het heet nu: 'Directieve Therapie', met als ondertittel: 'Gedragstherapie, relatie- en gezinstherapie, hypnose'. Het was een rare tittel. Ik was er zelf, dat kan ik in alle eerlijkheid zeggen, vroeger al tegen. Ik vond het een rare combinatie. De anderen waren ervoor. Dat kwam omdat wij in die tijd toch veel met principes uit hypnose werkten, ook mee beïnvloed door Milton Erickson.

De artikelen over hypnose besloegen, naar mijn smaak, wat te veel bladzijden in het kwartaalschrift.

Ik was er ook niet zo voor, omdat ik het een soort koppelverkoop vond. Aan de andere kant geeft de hypnose veel ideeën, suggesties die je kunt gebruiken in andere therapievormen.

Zoals bv. in de rationale die je geeft, om te motiveren ?

Ja, onder andere daarin. Het is dus eigenlijk toch wel goed dat het er in ieder geval bijhoort, temeer daar er geen apart tijdschrift voor hypnotherapie is. Elk van de redactieleden werkt wel wat met hypnotherapie. Richard van Dyck is, vind ik, de grote man in Nederland op dit gebied; ook Onno van der Hart heeft er veel aan gedaan. Bij Richard hebben de andere redactieleden, jaren geleden, met zijn allen cursus gevolgd. We kunnen er in ieder geval allemaal gebruik van maken in ons werk.

Dan zou ik het met u nog even hebben over de zgn. 'leertherapie', de persoonlijke therapie van de therapeut in spe. U schreef daarover een kritische notitie (Lange, 1984), waarin u uiteenzet waarom u het niet eens bent met een verplichte leertherapie. Nu zou deze leertherapie, van overheidswege, in Nederland toch verplicht worden. Haaijman (1985) pleit om niet 'vreemd te gaan' voor die leertherapie, maar binnen het eigen (in casu) gedragstherapeutische model te blijven. Als het dan toch moet, bent u het er dan mee eens dat het binnen het eigen model moet ?

Ik vind dat een moeilijke vraag, als u ze zo stelt, want ik ben het immers ten gronde oneens met die verplichting; mijn argumenten staan in de notitie waar u naar verwijst. Maar ja, als het dan toch verplicht wordt, denk ik: hou het zo open mogelijk, dat je mensen niet nog in een enger keurslijf dwingt. Ik kan me voor gedragstherapie wel voorstellen dat je zegt: doe het maar bij een gedragstherapeut, dan weet je tenminste wat een gedragstherapeutische client meemaakt. Aan de andere kant zou ik dat meer als een advies willen zien, dan als een bindend voorschrift. Als iemand echt in de problemen zit, en daarvoor een therapie kiest, is dat een veel betere leerervaring dan wanneer iemand een therapie kiest omdat hij nu zo nodig leertherapiesessies moet gehad hebben. En niet alle problemen lenen zich even goed

voor de huidige gedragstherapie. Als gedragstherapie nog wat wijder wordt, misschien wel, maar ik kan me ook goed voorstellen dat iemand met een bepaald soort problematiek naar een inzichtgevende therapeut gaat en dat dat heel goed voor hem zou zijn. Dan denk ik: als hij daar graag met een anderssoortig therapeut over gaat praten, moet dat kunnen, en daarmee heeft hij dan wel voldaan aan de eis.

In Nederland kan men in de psychotherapie-opleiding combineren. Men kan erkenningspunten gaan sprokkelen in de verschillende modellen. Is er dan nog wel sprake van een coherent en doorgedreven leerproces?

Tja. Aan de andere kant, ik weet niet of dat zo slecht is. Die eenheid, die centralisatie van hele pakketten, dat geeft natuurlijk ook weinig gelegenheid aan mensen om datgene uit te zoeken waarvan ze zeggen: hé, daar heb ik wat aan. Ik ben alleszins blij dat ik niet zo'n opleiding heb doorgemaakt, waarin ik gedwongen was alles te volgen van A tot Z. Ik heb nu kunnen zoeken naar wat bij mij past, naar waar ik wat aan had, wat ik in een bepaalde fase van mijn ontwikkeling er weer bij kon nemen. Ik geloof dat er nog te weinig bekend is over wat nou eigenlijk een goede opleiding is, wat überhaupt goede therapie is, dat het verstandig zou zijn om reuzepakketten te gaan samenstellen die mensen dan helemaal moeten volgen. Ik geloof daar niet in. Wat dat betreft ben ik juist voor zo min mogelijk verplichting, liever een serie adviezen. De stand van de wetenschap is wat dat betreft nog veel te miniem, om zoiets hard te kunnen maken. En dat geldt ook voor leertherapie. Ik ben er falikant tegen dat men een therapeut die goed functioneert in een leer-groep gaat zetten. En als het dan toch moet: liefst zo open mogelijk. Een mooi voorbeeld heb je met gezinstherapie. Ik zit ook in het bestuur van de vereniging voor gezins- en relatietherapie, en we hebben dus ook die discussie gehad of het nu binnen ons eigen gezinstherapeutisch kader moet, die leertherapie. Stel je voor: vrouw en kinderen moeten mee in gezinstherapie komen, terwijl die daar helemaal geen boodschap aan hebben.

En hun vader en echtgenoot waarschijnlijk al genoeg therapeut vinden.

Ja, precies, dat zou toch te gek zijn. Nee, laat ons het dan tenminste open houden, en proberen het zo zinvol mogelijk, op wat voor manier dan ook, te laten gebeuren.

In een Belgisch ministerieel besluit over de opleiding van psychiaters wordt niet gesproken over leertherapie, maar wel over zittingen 'persoonlijkheidsvorming'. In uw boek stond: "We merken na de inleidende cursus van 20 sessies of er 'kwaliteit' is". In dergelijke vage begrippen zit waarschijnlijk de bedoeling van leertherapie vervat. Maar hoe beoordeel je nu die belangrijke 'persoonlijke kwaliteiten' zoals: rijpheid, levenservaring, persoonlijkheid (in figuurlijke zin), ...

Ja, dat is een moeilijk punt vrees ik, niet alleen voor ons maar voor alle therapiestromingen. Ik ben voorzitter van de opleidingsadviescommissie van het NVP (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie), waarin vertegenwoordigers van alle specialistische therapieverenigingen zitten. Ik heb ze mijn kritische nota over leer-

therapie allemaal toegestuurd, en tot mijn stomme verbazing waren ze het bijna allemaal met mij eens. Iedereen zei: ja, eigenlijk is het ook helemaal geen oplossing, want we hebben ook nog niemand meegemaakt die door een leertherapie opeens een goede therapeut werd, die het anders niet was. En ze hadden ook allemaal hetzelfde probleem. Wat doe je nu als je mensen tegenkomt waarvan je zegt: ze hebben gewoon niet de mentaliteit. Er zijn daarvoor geen criteria. Zelf probeer ik wel in mijn nieuwste opleiding mensen te evalueren op een aantal factoren, op wat Richard van Dyck zou noemen: non-specifieke factoren. Hoe gaan ze om met cliënten? Wat dat betreft kom ik terecht bij de oude Rogeriaanse concepten. De empathie, het kunnen inleven in de cliënten, het accepteren van cliënten vind ik belangrijke kwaliteiten. Alleen, ik propageer het niet in de zin zoals de Rogerianen doen, als zou alleen maar luisteren en spiegelen het mooiste zijn. Ik bekijk ook de manier waarop ze doorvragen, belangstelling en warmte tonen. Ik denk dat je kan proberen mensen via feedback daar iets van bij te brengen, maar je zult ongetwijfeld mensen tegenkomen die echt ongeschikt zijn. Dan is het punt: op welk moment in de opleiding kan je ze afraden om verder te gaan. Voor mezelf heb ik dat niet echt opgelost. Ik doe het op een hele indirecte manier. Ik moedig mensen gewoon niet aan om verder te gaan.

Je nodigt ze niet meer uit voor het vervolg van de opleiding?

Eerder door opdrachten, waar ze veel zelf moeten aan doen om verder te kunnen. Zelfwerkzaamheid, in leiderloze groepen rollenspelen te moeten doen, videomateriaal bekijken van andere therapeuten. Dan vallen heel wat mensen die niet echt gemotiveerd zijn, af. Dat is op zich al een aardige sluis. Dat neemt niet weg dat er mensen kunnen overblijven die wel gemotiveerd zijn, en toch ongeschikt op grond van die persoonlijke eigenschappen. Dat is nog een onopgelost probleem, dat al de specialistische verenigingen hebben. Het enige wat je kan doen dat is, als ze doorgaan, ze middels supervisie zo veel mogelijk coachen, dat ze geen brokken maken. Verder noemde u ook levenservaring ..

Ja. Ik heb wel eens horen vertellen dat een opleider tegen een kandidaat-opleiding zei: "Ga jij maar eens eerst wat leven".

Ja, dat vind ik toch gevaarlijk, want mensen zijn nu eenmaal jong als ze een opleiding volgen. Als je bekijkt, ik merk aan de universiteit dat de opleidingen steeds korter worden, zodat je studenten krijgt van 21 jaar die therapieën zouden moeten gaan doen met gezinnen. Dat is inderdaad extra moeilijk omdat ze zo jong zijn. Ik denk dan ook dat een opleiding niet meer kan zijn dan een vooropleiding, een kennismaking. Ik zou ze ook zo min mogelijk al met patienten laten werken. Gezinstherapie met kinderen is echt wel makkelijker wanneer je zelf kinderen hebt. Aan de andere kant is het toch ook weer zo dat ik enkele jonge mensen ken met

weinig levenservaring, maar wel met een soort intelligente kijk op het leven die meer waard is dan bij sommige vijftigers. De lengte van het leven zegt zeker niet alles. Maar toch. Jongere therapeuten moeten tegen een dubbele handicap opboksen: ze zijn jong en weten dus minder, plus dat cliënten vaak wat minder tegen ze opkijken, omdat ze eruit zien als jonkies. Ik was zelf weliswaar nog geen 30 toen ik gezinstherapie deed met veel ouders mensen. Het kan dus wel, maar je wordt makkelijker aanvaard als je de 30 voorbij bent.

Van timing gesproken: zowel mijn vragenlijstje als de koffiekant zijn uitgeput. Genoeg reden om er een punt achter te zetten.

Dat lijkt me een prima voorstel.

Loosduinen, Nederland, 25 oktober 1985

Interviewer: Karel Mampuys

Literatuur

- Haaijman, W. (1985), Leertherapie en gedragstherapie, *Gedragstherapie*, 18(3), pp. 239-240.
- Haley, (1963), *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York.
- Lange, A. (1980), Timing, In: van der Velden, K., *Directieve Therapie 2*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1981), Waarom individuele gedragstherapie?, *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 1 (3), pp. 223-246.
- Lange, A. (1984), Over leertherapie, *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en hypnose*, 4 (1), pp. 82-84.
- Lange, A. (1984), Antwoord aan de heer Smulders, *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en hypnose*, 4 (3), pp. 279-281.
- Lange, A. (1985), *Gedragsverandering in Gezinnen*, Wolters Noordhoff, Groningen.
- Smulders, F. (1984), Nogmaals: over leertherapie, *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en hypnose*, 4 (3), pp. 276 - 279.
- Van der Velden, K. (1977, 1980), *Directieve Therapie (1 & 2)*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Watzlawick, P. e.a. (1970), *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.

HYPERVENTILATIE EN SOMATISCHE AANDOENINGEN.

Alette Hansen, psycholoog verbonden aan de PAAZ
van het Reinier de Graaf Gasthuis
en het R.I.A.G.G. Rotterdam Zuid.

Marie-José Raymakers, eveneens psycholoog en ver-
bonden aan de PAAZ.

Kees Hoogduin, zenuwarts, hoofd van dezelfde PAAZ.

Correspondentie-adres:

Dr Kees Hoogduin,
Reinier de Graaf Gasthuis,
Reinier de Graafweg 11,
2600 GA DELFT.

Samenvatting.

De aandacht voor het hyperventilatiesyndroom is de laatste jaren toegenomen. Het syndroom wordt mede door de grotere bekendheid snel herkend. Het gevaar is nu dat niet langer eerst een mogelijke somatische oorzaak uitgesloten wordt alvorens de diagnose gesteld wordt.

In de gevalsbeschrijving wordt een jongen van 14 jaar besproken die ten onrechte gedurende één jaar met de diagnose hyperventilatie behandeld is; achteraf bleek het om een epileptische stoornis te gaan. Een tweede jongen van 16 jaar wordt besproken, bij wie eveneens waarschijnlijk sprake was van een lichamelijke oorzaak voor de klachten. Aan het slot worden er enige aanbevelingen gedaan met betrekking tot noodzakelijk geacht onderzoek alvorens tot de diagnose hyperventilatiesyndroom kan worden besloten.

HYPERVENTILATIE EN SOMATISCHE AANDOENINGEN.

Inleiding

De aandacht voor het hyperventilatiesyndroom is de laatste jaren in Nederland sterk toegenomen. Was het in de jaren zeventig nog zo dat veel therapeuten en artsen deze klachten meestal onjuist interpreteerden, vandaag de dag weet vaak een beginnend therapeut niet alleen de diagnose te stellen maar vaak ook welke behandeling toegepast moet worden. Geen medicatie, ontspanningsoefeningen, training in buikademhaling, vermindering van de stressgevende factoren en training in het beëindigen van een aanval met behulp van het ademen in een plastic zakje. Door de patiënt zelf thuis te laten oefenen de hyperventilatie-aanvallen op te roepen en weer te beëindigen m.b.v. het ademen in een plastic zakje zal de anticipatie-angst verminderen, waardoor een succesvolle behandeling vaak mogelijk is (zie Kraft & Hoogduin, 1984).

Dit nodigt psychotherapeuten uit de handen uit de mouwen te steken om het varkentje even snel te wassen. Vergeten wordt echter dat er patiënten zijn die een dergelijk klachtenpatroon ontwikkelen op grond van een somatische aandoening.

In DSM-III wordt bij de differentiaal diagnose van paniekstoornis (hyperventilatieklachten worden in deze rubriek ondergebracht, hoewel hiermee zeker niet gezegd is dat alle patiënten met een paniekstoornis hyperventileren) de volgende lichamelijke aandoeningen genoemd: hypoglycaemie (een te laag bloedsuikergehalte), pheochromocytoom (een tumor van de bijnier) en hyperthyreoïdie (een verhoogde schildklierwerking). Ook bij intoxicaties door bijv. cafeïne of wekamine kunnen dergelijke verschijnselen voorkomen. Nu zullen de laatste bij kinderen en adolescenten wel niet zo vaak gezien worden, maar de diagnose HVS zal pas gesteld mogen worden als eerdergenoemde aandoeningen door een geneeskundige en laboratoriumonderzoek zijn uitgesloten.

De auteurs van DSM-III zijn echter in het geheel niet volledig. De volgende somatische oorzaken voor hyperventilatie zijn te noemen (zie ook: Woudstra et al., 1985; Hoogduin, 1977):

Bloeding of tumor in de hersenen, teveel glucose (hyperglycaemie) of ureum (uraemie) in het bloed, vergiftiging met salicylaten (bijv.

asperine), bepaalde longziekten en bij koorts. Daarnaast wordt het soms gezien als reactie op bepaalde lichamelijke aandoeningen, zoals na een trauma of operatie, na sommige hartaandoeningen (infarct, angina pectoris of ritme stoornissen), soms na migraine-aanvallen of na aanvallen van de ziekte van Ménière, of na flauwvallen t.g.v. een plotselinge bloeddrukverlaging (vergl. Reinders et al., 1986).

In DSM-III wordt niet gesproken over een onjuiste interpretatie van de klachten, waardoor een onjuiste conclusie getrokken wordt. Bijv. een patiëntje met astmatische benauwdheidsaanvallen kan door een medisch onervaren therapeut als een kind met hyperventilatieklachten gediagnostiseerd worden.

In de hierna volgende gevalsbeschrijvingen wordt een dergelijke onjuiste interpretatie van de klachten bij twee jongens besproken. In een geval, zo bleek later, ging het om epileptische verschijnselen, in het andere geval om mogelijk een zeldzame aandoening : het syndroom van Sipple.

De gevalsbeschrijvingen

Hans, een 14-jarige jongen, wordt door de neuroloog verwezen naar de polikliniek psychiatrie. Hij is 's nachts op de EHBO beland. De ouders raakten in paniek toen zij hun zoon zeer benauwd en snel ademend in zijn bed vonden. Zij besloten hun zoon naar het ziekenhuis te brengen. Na lichamelijk onderzoek werd Hans gezond verklaard. De diagnose hyperventilatie werd gesteld.

Hans komt uit een middenklasse gezin. Zijn vader is fietsenmaker en werkt thuis. Moeder zorgt voor het huishouden. Hans' ouders zijn erg bezorgd, vooral vader. Hij heeft angst gehad dat Hans zou sterven en nog steeds twijfelt hij wel eens. Sinds Hans' heftige aanval luistert hij 's nachts geregeld of hij wel rustig doorademt. Moeder zou wat gemakkelijker zijn; zij zegt de artsen te vertrouwen, deze hebben gezegd dat er geen gevaar is. Hans' broer die vier jaar ouder is en in dienst zit, plaagt zijn broer wel eens met zijn klachten. Hans zelf vertelt de klachten maar lastig te vinden, doch vertelt er niets door te laten. Dit wordt ook door de ouders bevestigd.

Op school, hij zit op het VWO, behaalt hij goede resultaten. Ook heeft hij voldoende vrienden. Vader vertelt dat hij graag in het centrum van de belangstelling staat; dit lukt helaas op het VWO de laatste jaren wat minder. Hans is een enthousiaste voetballer. Hij is trots op zijn prestaties op het voetbalveld. Hans maakt voor zijn leeftijd een wat kinderlijke indruk. Ook lichamelijk heeft hij zich tot voor kort traag ontwikkeld, de laatste maanden groeit hij erg snel.

Een jaar terug zou Hans voor het eerst last gekregen hebben van een aantal lichamelijke klachten. Hij begon met vaak, snel ademen, verslikte zich daarbij. De huisarts adviseerde geregeld hard te gaan lopen; daar bleek Hans geen baat bij te hebben. Ook een ademhalings-training bij een fysiotherapeut leverde geen positief resultaat op.

De aanval die Hans kreeg waarna hij naar de EHBO gebracht werd, blijkt tot nu toe de meest ernstige geweest te zijn. Spanningsverhogend kan mogelijk geweest zijn dat Hans die avond voor het eerst met zijn vrienden naar de discotheek ging. Hij werd als enige niet toegelaten: de portier wilde niet geloven dat hij 14 jaar oud was. Hans had dit erg vervelend gevonden, maar er verder met niemand over gesproken.

Wanneer de verwijzing plaatsvindt presenteren de klachten zich als volgt: Hans heeft kortdurende aanvallen van ongeveer 5 minuten. Hij heeft uitsluitend 's avonds thuis last; vooral wanneer hij zich opwindt (voetbal op TV, ergernis) kan het misgaan. Hoewel hij geregeld valt tijdens een aanval heeft hij zich tot nu toe nooit bezeerd. Op school en tijdens het voetballen gaat alles goed.

Op grond van enerzijds de medische gegevens (conclusie longarts: hyperventilatiesyndroom, conclusie neuroloog: hyperventilatiesyndroom en EEG zonder afwijkingen, conclusie internist: geen lichamelijke afwijkingen) en anderzijds Hans' zorgen omtrent zijn achterblijven met groeien met de paniekaanvallen: hyperventilatieklachten, mogelijk geluxeerd door de levensfase.

Allereerst worden met Hans en zijn ouders de functie en het gebruik van het plastic zakje besproken. Dit opdat aanvallen gecoupeerd kunnen worden. Van een provocatie en een daarop volgend provocatiecoupeer-programma wordt in eerste instantie afgezien, daar Hans geen enkele anticipatie-angst heeft. Hij vermijdt ook geen activiteiten. Ook worden ademhalingsoefeningen gedaan. Mogelijkheden om met behulp

van deze oefeningen een aanval te voorkomen, dan wel in een vroeg stadium af te breken worden besproken. Daarnaast wordt over de prettige en onprettige kanten van Hans' bestaan gesproken op zoek naar factoren die voor Hans spanning zouden kunnen opleveren.

Na twee zittingen heeft Hans overdag de aanvallen onder controle, van een provocatieprogramma wordt dan afgezien. 's Nachts zou het volgens vader wel een enkele keer misgaan. Over het geheel genomen lijkt het resultaat tot dan toe de gestelde diagnose te bevestigen.

Het is echter moeilijk een bevredigende verklaring voor het bestaan van de resterende klachten te vinden. Al met al maakt Hans een actieve, vrolijke indruk. Naast Hans' zorgen over zijn achterblijven in groei, speelt mogelijk het huidige zeer snelle groeien een rol bij het bestaan van de klachten. Emotioneel begint Hans zich ook snel te ontwikkelen: gaat vaker op stap met vrienden, bezoekt inmiddels de discotheek, krijgt belangstelling voor meisjes.

Na vier maanden keren de klachten overdag opnieuw terug. Hans valt gemiddeld eens per dag even weg. Dit nadat hij een aantal keren diep gezucht heeft en afwezig wordt. Na een aanval is Hans erg moe. Wanneer het zakje gebruikt wordt, zouden de klachten snel verdwijnen. 's-Nachts heeft Hans gemiddeld eens per week een aanval, vaak tegen de ochtend. Hij beweegt zich in zijn slaap zeer onrustig, trilt en ook dan zouden de klachten, nadat de ouders het zakje 'aanleggen', snel verdwijnen.

Dan volgt een paniektelefoontje van de ouders: het gaat niet goed met Hans. Hij heeft tijdens een aanval zijn hoofd gestoten tegen de kraan waaruit hij wat wilde drinken om tot rust te komen. En hij is tijdens een aanval van een bruggetje waarop hij stond te vissen, gevallen. Dan wordt besloten een aanval te provoceren; er bestaat twijfel omtrent de diagnose. Tijdens deze aanval zien we het volgende: Hans krijgt snel last van duizelingen in zijn hoofd, dan volgen tintelingen en steken in zijn borst. Plotseling houdt hij op met ademen, buigt voorover, grijpt naar zijn buik, steekt handen en armen stijf vooruit, hij heeft vervolgens tonische, daarna clonische krampen en zakt scheef weg in zijn stoel. Na korte tijd komt hij weer bij, hij is verward. De verwarring is echter snel voorbij. Op grond van bovenstaand beeld lijkt dan de diagnose epilepsie er een die meer met de werkelijkheid overeenkomt.

Hans wordt terugverwezen naar de neuroloog. Deze stelt op grond van een hernieuwd EEG de diagnose epilepsie. Hans krijgt een anti-epileptische medicatie waarna de klachten snel verminderen.

Frans, een jongen van 16 jaar, wordt door de huisarts verwezen naar een polikliniek psychiatrie, omdat hij sinds 3 weken niet meer naar school gaat.

Het gezin Janse bestaat uit vader, moeder en Frans. Vader werkt als bouwvakker en zou op 15-jarige leeftijd (evenals zijn zoon nu) schoolproblemen hebben gehad. Moeder is een wat nerveuze huisvrouw en lijdt aan het syndroom van Sipple. Hiervoor is zij de laatste 10 jaar vele malen geopereerd aan bijniereen en bijschildklieren.

Frans zit in de derde klas van de LTS en is net als zijn vader nogal gesloten, zonder vrienden. Frans brengt zijn vrije tijd door met voetballen en dammen. Frans lijdt evenals zijn moeder aan het syndroom van Sipple, maar het is nog onbekend in welke mate. Tot op heden heeft hij er geen last van. Op school presteert Frans redelijk tot goed. Hij vindt het er niet echt leuk, maar ook niet echt vervelend.

De laatste drie weken, sinds Frans niet meer naar school gaat, is de toestand thuis erg gespannen. Frans wordt met de dag onrustiger en zenuwachtiger. Zijn ouders weten met de situatie geen raad en zijn erg bezorgd.

De problemen met het naar school gaan zijn 2½ maand voor aanmelding begonnen. Vlak voor een Engelse les (het enige vak waar Frans een onvoldoende voor heeft) barstte hij in huilen uit, klaagde over hoofdpijn en is op aanraden van de leerkracht naar huis gegaan.

Frans kon echter niet aangeven waarom hij zich ineens zo ongelukkig voelde. Na twee dagen ziek thuis heeft hij zich weer op school gemeld, omdat hij met de lessen niet achter wilde raken.

Plots twee maanden later belde Frans zijn moeder vanuit een telefooncel op met de mededeling dat hij niet op school zat en dat hij naar huis wilde komen. De ouders, nogal geschrokken, hebben hem thuis opgevangen en hem niet gedwongen weer naar school te gaan. Dat zou volgens hen geen succes hebben gehad en het voor Frans alleen maar moeilijker gemaakt hebben.

Frans zelf vond het onverklaarbaar waarom hij niet naar school kon. Hij wilde heel graag, was niet bang voor school en zou er best langs durven fietsen. Toch hield iets hem tegen, maar hij kon absoluut

niet aangeven wat.

Sinds Frans de hele dag thuis is, doet hij weinig. Hij piekert veel over school en kijkt af en toe t.v.. Hij is al enige maanden erg zenuwachtig, braakt soms, valt af en toe flauw en slaapt slecht. Voorts is er sprake van een enorme motorische onrust in alle ledematen, gepaard gaande met tintelingen. Bovendien bibbert Frans voortdurend, hetgeen erger wordt wanneer er over school gepraat wordt. Bij hevig lichamelijke inspanningen raakt hij in paniek en hyperventileert. Gezien de klachten lijkt er bij Frans sprake te zijn van een hyperventilatiesyndroom en een schoolfobie.

In de eerste twee zittingen wordt Frans een buikademhaling geleerd en krijgt hij een training om zich te leren ontspannen. In de twee daarop volgende zittingen wordt met Frans besproken hoe hij zijn dagen wat zinvoller kan invullen. 's Morgens zal hij na zijn ontspanningsoefeningen huiswerk maken, zodat hij niet teveel achterraakt op school. Het is de eerste stap binnen een exposure programma met als doel terugkeer naar school. Als hij zijn huiswerk af heeft, zal hij een uurtje gaan fietsen om zijn conditie op peil te houden en zijn overtollige energie kwijt te raken.

Hoewel Frans thuis nauwgezet zijn ademhalingsoefeningen doet, heeft hij er weinig baat bij. Bovendien lukt het hem nauwelijks zijn huiswerk te maken, omdat hij dan steeds moet denken wat er gebeurde voor die ene Engelse les en de keer dat hij niet naar school kon. Na ruim drie weken behandeling is er geen enkele vooruitgang bij Frans te bespeuren. Hij is steeds meer in zichzelf gekeerd, somber en depressief. Op de vijfde zitting krijgt Frans een hyperventilatieaanval, waarbij Frans geheel onbereikbaar is. Hij transpireert heftig, lijkt echter in het geheel niet angstig. Twijfels omtrent de diagnose hyperventilatie en de mogelijkheid van een somatische oorzaak worden aannemelijk, nl. de aanwezigheid van een phaeochromocytoom in het kader van het Sipple-syndroom.

Het syndroom van Sipple is een familiale aandoening, waarbij zowel een hyperfunctie van de bijschildklieren (adenoma's) en van de bijnieren (catecholamine producerende tumor, het pheochromocytoma) voorkomt. De verschijnselen bestaan onder meer uit plotselinge bloeddrukstijging met hartkloppingen, zweten en een gevoel van malaise. De aanvallen kunnen geproduceerd worden door emotionele opwindning, lichamelijke inspanning, houdingsveranderingen, etc.

Met de ouders en de huisarts is vervolgens overlegd Frans hiervoor te laten onderzoeken in hetzelfde universitaire centrum als waar zijn moeder onder behandeling is. De ouders voelden hier echter niet voor. Zij waren van mening dat de klachten psychisch waren en hebben vervolgens elders psychiatrische hulp gezocht.

Slot

In de inleiding werd benadrukt dat een grondig medisch onderzoek noodzakelijk is voordat de diagnose hyperventilatiesyndroom gesteld wordt. Naast een algemeen lichamelijk onderzoek, routine bloed en urine, is een ECG noodzakelijk. Woudstra et al. (1985) wezen erop dat vele hartafwijkingen en geleidingsstoornissen hyperventilatie kunnen veroorzaken. Deze stoornissen (o.a. een verlengd Q-T op het ECG) kunnen door vele ziekten en aandoeningen veroorzaakt worden. Met het ECG kan aldus een eerste aanwijzing voor het ontstaan van een dergelijke aandoening gevonden worden. Bovendien kunnen longfunctie-onderzoek (capnogram) en een bepaling van het slagaderlijk kooldioxide positieve indicaties voor de diagnose hyperventilatie geven. Desondanks kan het gebeuren dat de diagnose - bij uitsluiting van andere aandoeningen - soms onjuist gesteld wordt. In het algemeen verbeteren jongeren snel in enige mate t.g.v. de therapeutische maatregelen. Wanneer dit niet gebeurt, verdient het aanbeveling - niettegenstaande het gevaar van somatisatie door het steeds benadrukken van mogelijke lichamelijke oorzaken voor de verschijnselen - opnieuw een medisch consult te overwegen.

Referenties

- Hoogduin, C.A.L. (1977) De behandeling van cliënten met hyperventilatie-aanvallen. In: K. van der Velden, Directieve Therapie I Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Kraft, A.R. & C.A.L. Hoogduin (1984) The hyperventilation syndrome a pilot study on the efficacy of treatment. British Journal of Psychiatry, 145, 538-542.
- Reinders, M., G. Spierings, C.A.L. Hoogduin (1986) Migraine en secundaire fobische ontwikkeling (in voorbereiding).
- Woudstra, S., A.W.H. Mulders & C.H.L. Klaassen (1985) Hyperventilatie en verlengd QT-interval. Ned. Tijdschr. Geneeskd., 129 (46) 2210-2213.

SIGNALEMENT: LANGE HEEFT GELIJK

Richard Van Dyck

Bij een eerdere gelegenheid heeft Lange voorgesteld om een vergelijkend effectonderzoek op te zetten waarbij agorafobici behandeld worden met exposure in vivo, al dan niet vooraf gegaan door hyperventilatie-provocatie.

Kortgeleden vond ik de referentie van een artikel in "the Lancet" uit 1984 waarin een dergelijk onderzoek is beschreven, zij het met heele kleine aantallen patiënten (N=12). De verwachting van Lange wordt hierin bevestigd, althans ten tijde van de follow-up van zes maand. Ook mijn verwachting, dat er bij de nameting geen verschil is, blijkt te kloppen. Ik dacht dat iedereen wel een kopie van het artikel zou willen en heb het daarom alvast toegevoegd: zo kan ik voor het design en de resultaten naar de tekst van deze gastauteurs verwijzen.

Opmerkelijk is dat de ademhalings-training maar twee zittingen omvatte. Verder is van belang dat een positieve hyperventilatie-provocatie tot de selectiecriteria behoorde. Het zou interessant zijn om te weten hoe vaak dit bij een groep agorafobici het geval is: de auteurs stellen een grotere studie in het vooruitzicht. Ik vroeg me nog af in hoeverre de hyperventilatie-provocatie, zonder dat de therapie verder op dit verschijnsel gericht is, nog negatieve demand-characteristics in het leven roept. Ik vrees dat alleen de patiënten uit het onderzoek deze vraag goed kunnen beantwoorden.

finding that LDL-apo-B fractional catabolism and the rate of LDL degradation by mononuclear cells are highest in subjects with the lowest plasma cholesterol levels is that the rate of cellular uptake of LDL in such subjects is not reduced in proportion to the low plasma levels of this lipoprotein. In the steady state the rate at which LDL leaves plasma is equal to its production rate; this rate was not significantly lower than in men with cholesterol levels near the modal value. As suggested by our previous work in vitro,²³ a low plasma cholesterol level does not imply that availability of cholesterol to peripheral cells is restricted.

Intakes of saturated and polyunsaturated fatty acids and of cholesterol, estimated from 7-day dietary records, were unrelated to plasma cholesterol levels in the sample studied. Such a relationship has been shown in studies on large populations,⁷ but it was moderate in extent, and its detection required repeated dietary assessment.

To minimise possible effects of age and sex on the variables measured, we elected to study men only, in a relatively narrow age range. Although no significant correlations were found between age and LDL production rate, fractional catabolic rate, or degradation in vitro, these variables may be age-related when a wide age span is considered.

Elevated plasma cholesterol levels can be due to a number of metabolic defects, including relatively rare monogenic inherited disorders.²⁴ There was no clinical evidence for such disorders in our participants with cholesterol levels in the top decile, who appear representative of subjects in the upper range of the cholesterol distribution for British men. The present study, in a random sample of a healthy population, indicates that this, the commonest form of hypercholesterolaemia, is the result of overproduction of LDL. A similar mechanism has been identified in hypercholesterolaemic patients.²⁵

We thank Dr M. B. Katan and Dr N. E. Miller for helpful discussions. R. K. is supported by a grant from the British Council while on study leave from the Medical Academy, Cracow; and L. M. is supported by a grant from the Spanish Society of Internal Medicine while on study leave from Barcelona University School of Medicine, Reus.

Correspondence should be addressed to B. L., Department of Chemical Pathology and Metabolic Disorders, St Thomas's Hospital Medical School, London SE1 7EH.

REFERENCES

- Hjermann I, Velje Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; *ii*: 1303-10.
- Lipid Research Clinics Program. The LRC coronary primary prevention trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *JAMA* 1984; *251*: 365-74.
- Lewis B. The lipoproteins: Predictors, protectors and pathogens. *Br Med J* 1983; *287*: 1161-64.
- Stamler J. Lifestyles, major risk factors, proof and public policy. *Circulation* 1978; *58*: 3-19.
- Keys A. Seven countries. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1980.
- Pooling Project Research Group. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the pooling project. *J Chron Dis* 1978; *31*: 201-306.
- Shekelle RB, Shryock AM, Paul O, Lepper M, Stamler J, Liu S, Raynor WJ Jr. Diet, serum cholesterol and death from coronary heart disease—the Western Electric Study. *N Engl J Med* 1981; *304*: 65-70.
- Osborne RH, Adlersberg D. Serum lipids in adult twins. *Science* 1958; *127*: 1294-96.
- Carter CO, Slack J, Myant NB. Genetics of hyperlipoproteinaemias. *Lancet* 1971; *i*: 400.
- Havel RJ, Eder HE, Bragdon JH. The distribution and chemical composition of ultracentrifugally separated lipoproteins in human serum. *J Clin Invest* 1955; *34*: 1345-53.
- Warnick GR, Albers JJ. HDL cholesterol quantitation: Comparison of six precipitation methods and ultracentrifugation. In: Report of HDL methodology workshop. US Department of Health Education and Welfare. Bethesda: National Institutes of Health, 1979.
- Janus ED, Nicoll A, Wootton R, Turner PR, Magill PJ, Lewis B. Quantitative studies of very low density lipoprotein conversion to low density lipoprotein in normal controls and primary hyperlipidaemic states. *Eur J Clin Invest* 1980; *10*: 149-59.

References continued at foot of next column

ENHANCED ADAPTIVE BEHAVIOURAL RESPONSE IN AGORAPHOBIC PATIENTS PRETREATED WITH BREATHING RETRAINING

J. A. BONN CHERRY P. A. READHEAD

Department of Psychological Medicine, St Bartholomew's Hospital,
London EC1A 7BE

BEVERLY H. TIMMONS

Department of Medical Electronics, St Bartholomew's Hospital

Summary Patients with clinically diagnosed agoraphobia to whom it had been demonstrated that a standard hyperventilation provocation could produce their feared symptoms were alternately allocated to two treatment groups: 7 patients were treated with two sessions of breathing retraining followed by 7 weekly sessions of real-life exposure to the feared situation, and 5 patients were treated with 9 weekly sessions of real-life exposure without breathing retraining. At discharge and at 1 month's follow-up the two groups of patients showed similar degrees of improvement in frequency of panic attacks and other psychophysiological scores. At 6 months' follow-up the patients treated with real-life exposure alone were beginning to show a fall-off in relearned adaptive behaviour (learning decrement), whereas those given breathing retraining showed further improvement. This suggests that patients pretreated with breathing retraining are less likely to need further treatment.

Introduction

THE study of agoraphobia has been dominated by learning-theory explanations of aetiology, and the disorder has consequently been treated predominantly with behavioural methods. In some respects the term agoraphobia is a misnomer, in that what is feared most is not the external situation but the internal bodily reaction to it. A possible mechanism by which somatic features might play a part in the aetiology and maintenance of the disorder was suggested in 1968 by Lowenstein,¹ who observed that agoraphobia often had its origins in an episode of hyperventilation. Lum² claimed that about a quarter of his series of over 2000 habitual hyperventilators displayed phobic traits, and Salkovskis et al³

P. R. TURNER AND OTHERS: REFERENCES—continued

- Bingham S, Cummings JH. The use of 4-aminobenzoic acid as a marker to validate the completeness of 24 h urine collections in man. *Clin Sci* 1983; *64*: 629-35.
- McFarlane AS. The behaviour of ¹¹¹I-labelled plasma proteins in vivo. *Ann NY Acad Sci* 1957; *70*: 19-27.
- Janus ED, Nicoll AM, Turner PR, Magill P, Lewis B. Kinetic bases of the primary hyperlipidaemias: Studies of apolipoprotein B turnover in genetically defined subjects. *Eur J Clin Invest* 1980; *10*: 161-72.
- Matthews CME. The theory of tracer experiments with ¹¹¹I-labelled plasma proteins. *Physiol Med Biol* 1957; *2*: 36-53.
- Bilheimer DW, Ho YK, Brown MS, Anderson RGW, Goldstein J. Genetics of the low density lipoprotein receptor. Diminished receptor activity in lymphocytes from heterozygotes with familial hypercholesterolemia. *J Clin Invest* 1978; *61*: 678-96.
- Mistry P, Miller NE, Laker M, Hazzard WR, Lewis B. Individual variation in the effects of dietary cholesterol on plasma lipoproteins and cellular cholesterol homeostasis in man. *J Clin Invest* 1981; *67*: 493-502.
- Paul AA, Southgate DAT, McCance and Widdowson's 'The Composition of Foods'. London: HM Stationery Office, 1978.
- Shepherd J, Bicker S, Lorimer AR, Packard CJ. Receptor-mediated low density lipoprotein catabolism in man. *J Lipid Res* 1979; *20*: 999-1006.
- Kesaniemi YA, Witztum JL, Steinbrecher UP. Receptor-mediated catabolism of low density lipoprotein in man. Quantitation using glucosylated low density lipoprotein. *J Clin Invest* 1983; *71*: 950-59.
- Brown MS, Goldstein JL. Receptor-mediated control of cholesterol metabolism. *Science* 1976; *191*: 150-54.
- Marenah CB, Lewis B, Hassall D, et al. Hypocholesterolaemia and non-cardiovascular disease: metabolic studies on subjects with low plasma cholesterol concentrations. *Br Med J* 1983; *286*: 1603-06.
- Lewis B. The hyperlipidaemias: Clinical and laboratory practice. Chapters 11, 13. Oxford: Blackwell, 1976.
- Kesaniemi YA, Grundy SM. Significance of low density lipoprotein production in the regulation of plasma cholesterol level in man. *J Clin Invest* 1982; *70*: 13-22.

have described an association between hyperventilation and panic. One of us (C. P. A. R.) observed that nearly all her agoraphobic patients were overbreathing either during interview or after a simple behavioural test (eg, walking slowly with the therapist around the block).

Breathing patterns are commonly observed to change in various emotional states—eg, sighing in despair, breath-holding in terror. Phobic behavioural patterns are considered to be learned fear responses, and hyperventilation is often dismissed as a secondary physiological consequence of fear. Physiological changes associated with overbreathing (breathing in excess of metabolic needs) include a fall in arterial pCO₂ and ionised calcium, increased cell membrane excitability, pretetany (eg, tingling in the extremities, muscle spasm), chest constriction, and cerebral vascular constriction or dilatation leading to dizziness, lightheadedness, and feelings of faintness.

When a strongly feared physical consequence is associated with the phobic situation the patient tends to focus on the related somatic manifestations—eg, giddiness is associated with fear of fainting and loss of control, palpitations with fear of heart attack, nausea with fear of vomiting in public, and lightheadedness with fear of collapse or insanity—even though the apprehended catastrophe has never been experienced.

The study described here indicates that hyperventilation should not be simply dismissed as secondary to fear but per se produces symptoms, initiates or aggravates panic, and contributes to learning decrement after adaptive relearning. A standard hyperventilation provocation test was used to demonstrate to agoraphobic patients that overbreathing could produce their feared symptoms, and a treatment study was designed to investigate the therapeutic effect of pretreatment of agoraphobic patients with breathing retraining before behaviour therapy with real-life exposure.

Patients and Methods

Hyperventilation Provocation Test

A hyperventilation provocation test was administered to 21 consecutive patients (age range 18–60 years, duration of illness 2–35 years, 15 women and 6 men) in whom a diagnosis of agoraphobia had been confirmed by means of an agoraphobia/avoidance questionnaire. All patients were judged to be medically fit, and no patient with a primary complaint of chest pain was accepted. 16 of the 21 patients were on medication, lorazepam ('Ativan') being the most commonly used (5 patients). The hyperventilation provocation test was administered both to identify hyperventilators and to show these patients that overbreathing would produce their own symptoms.

As a control, the test was also administered to 47 healthy volunteers from the departmental staff.

Administration of test.—The subject was asked to pant as vigorously as possible through both mouth and nose, maintaining a rate of over 60 breaths per minute. It was explained that a predominantly upper-chest movement was necessary to maintain this rate, and the mode of breathing was demonstrated to the subject. The experimenter sat next to the subject, monitoring the rate, observing the degree of cooperation, and watching for the onset of distress. Although any suggestion of effects should preferably be avoided during the procedure, a minimal description of the possible effects ("slight dizziness and tingling") was thought to be necessary to alert the control subjects to what might be unexpected and unfamiliar symptoms. The same description was therefore given to the patients. The subject was asked to signal the onset of any symptoms but was encouraged to continue overbreathing at the prescribed rate and depth. If the symptoms became distressing the procedure was stopped. With those patients who experienced severe symptoms a rebreathing bag was placed

over the nose and mouth. The patients were asked whether the effects of the voluntary overbreathing were similar to symptoms they had experienced in the past, and controls were questioned about the effects of overbreathing.

Treatment Study

12 consecutive newly referred agoraphobic patients confirmed as hyperventilators with the provocation test were entered into a 10-week treatment study to compare the therapeutic effect of breathing retraining followed by real-life exposure with that of real-life exposure alone. All were maintained on their usual medication.

At the start of the study (week 1) the following psychophysiological measurements were made—frequency of panic attacks, resting breathing rate, global phobia score, somatic symptoms, and agoraphobia score. The last three items were self-rated on an 8-point scale. These measurements were repeated at week 4 and at discharge (week 10) and again at 1 month's and at 6 months' follow-up.

Patients were allocated alternately to two treatment groups. However, for administrative reasons, 2 additional patients were admitted to the first group. Thus 7 patients (group I; age range 18–53 years, duration of illness 2–18 years, 4 women and 3 men) had two 1 h breathing retraining sessions with a physiotherapist at weeks 2 and 3, followed by seven weekly 2 h sessions of real-life exposure to the feared situation. During weeks 2 and 3, these patients were told not to expose themselves to their feared situation any more than they usually would. 5 patients (group II; age range 29–49 years, duration of illness 1–5 years, 3 women and 2 men) were given nine weekly 2 h sessions of real-life exposure, starting at week 2, with no breathing retraining.

Breathing retraining consisted of instructing the patient in diaphragmatic respiration. The patient, lying on a couch, was told to place one hand on the abdomen and the other on the chest to ensure that the abdomen was pushed out at each inspiration with minimal movement of the thorax. Breathing was maintained at a rate of 8–10 breaths per minute.

Statistical analysis.—Student's *t* test was used for the statistical analysis of resting breathing rate and panic attack frequency and the Mann-Whitney U test for the global phobia score, somatic symptom score, and agoraphobia score.

Results

Hyperventilation Provocation Test

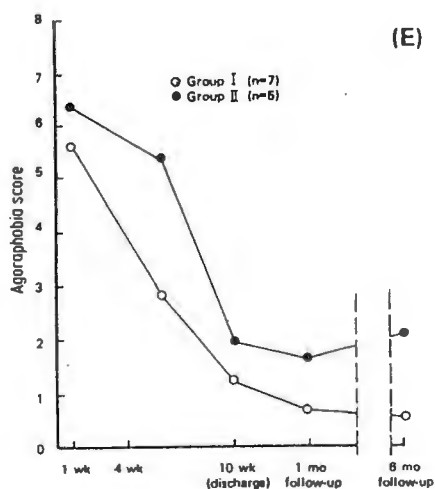
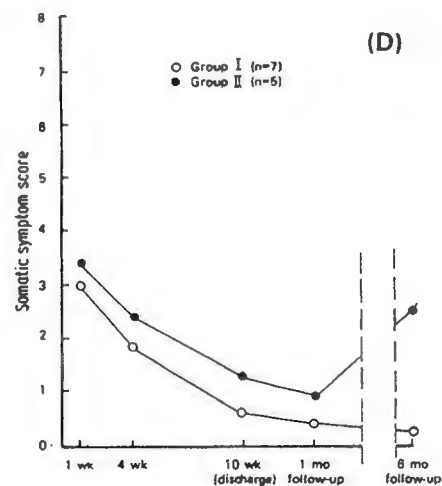
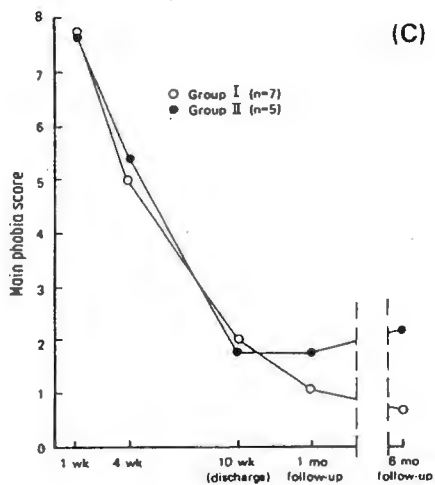
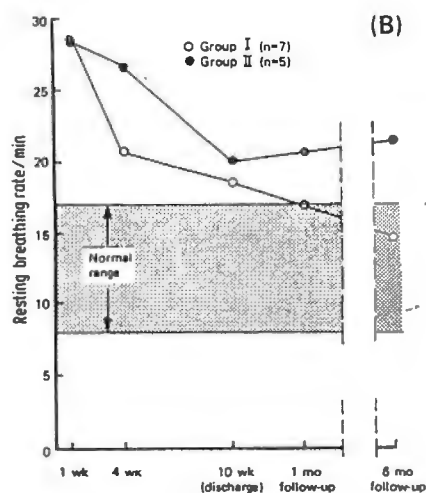
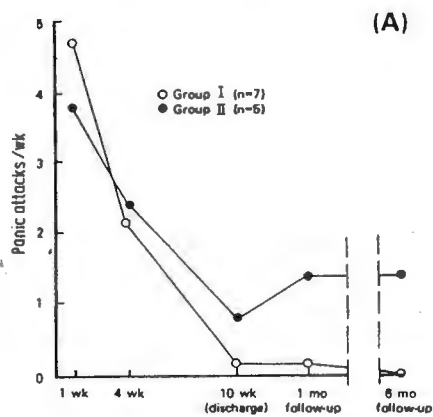
Recognition of symptoms.—A very important criterion for the diagnosis of hyperventilation in these patients is that the patient reported, preferably spontaneously, a similarity

PSYCHOPHYSIOLOGICAL RATINGS BEFORE, DURING, AND AFTER TREATMENT (MEAN AND RANGE)

Patients	Resting breathing rate/min	Panic attacks/wk	Phobia score* (global rating)	Somatic symptom score*	Agoraphobia score*
Group I (n=7):					
1 wk	28.7 (24–37)	4.7 (3–7)	7.7 (7–8)	3.0 (1.9–6.3)	5.6 (3.6–7.6)
4 wk	20.8 (14–24)	2.14 (0–4)	5.0 (2–8)	1.9 (0.5–3.9)	2.9 (0.2–5.2)
10 wk (discharge)	18.7 (16–24)	0.14 (0–1)	2.0 (1–3)	0.6 (0.06–1.8)	1.1 (0–3.4)
1 mo	17.0	0.14	1.1	0.39	0.6
follow-up	(14–26)	(0–1)	(0–2)	(0.06–0.63)	(0–2.8)
6 mo	14.5	0	0.7	0.31	0.54
follow-up	(12–16)		(0–2)	(0–0.75)	(0–2.4)
Group II (n=5):					
1 wk	28.4 (24–36)	3.8 (2–5)	7.6 (7–8)	3.4 (2.6–4.6)	6.32 (4.8–7)
4 wk	26.8 (20–34)	2.4 (0–4)	5.4 (5–6)	2.4 (0.38–3.4)	5.4 (4–6)
10 wk (discharge)	20 (16–24)	0.8 (0–1)	1.8 (0–3)	1.3 (0.125–2.9)	1.9 (1–3)
1 mo	20.8	1.4	1.8	0.96	1.6
follow-up	(18–24)	(0–2)	(1–2)	(0.19–1.6)	(1.2–2.4)
6 mo	21.6	1.4	2.2	2.5	2.8
follow-up	(18–24)	(0–2)	(2–3)	(1.3–3.7)	(0.4–3.6)

*Self-rated, maximum score=8.

73



Mean panic attack frequency (A), mean resting breathing rate (B), mean global phobia score (C), mean somatic symptom score (D), and mean agoraphobia score (E) in patients treated with real-life exposure with initial breathing retraining (group I) and those treated only with real-life exposure (group II).

between the effects of voluntary overbreathing and some, but not necessarily all, of their presenting complaints (or symptoms that the patient has experienced in the agoraphobic situation but not necessarily reported). By this criterion, 20 of 21 patients were positive, although most of the

20 patients reported that the effects of the laboratory procedure were not as severe as their usual symptoms. The remaining patient experienced moderate effects but said they were not like the symptoms experienced during his usual panic attacks. Although recognition of symptoms is not relevant in normal subjects, the 3 min of vigorous panting did, as expected, produce some dizziness, lightheadedness, or tingling in all the controls.

Ability to overbreathe for 3 min.—14 of the 21 patients (67%) were unable to complete 3 min of hyperventilation, being overcome with dizziness or other distress. Among patients who were unable to overbreathe for 3 min the mean duration of hyperventilation was 50 s (range 10 s to 2

min). Only 2 of the 47 control subjects (4%) were unable to carry on for 3 min. (2 further controls appeared to be guarding rather than being unable to overbreathe.) Thus, inability to overbreathe for 3 min discriminates moderately well between hyperventilators and controls, but clearly some hyperventilators, though experiencing symptoms, were not overcome by them and were able to continue overbreathing for the 3 min of the test.

Treatment Study (Figure and Table)

At assessment there was no statistically significant difference in any psychophysiological score between patients allocated to rebreathing training (group I) and those who had only behavioural treatment (group II). After treatment both groups showed considerable improvement in all scores. At discharge (week 10) and at 1 month's follow-up there was little difference between the groups in mean resting breathing rate, global phobia score, somatic symptom score, and agoraphobia score. At discharge the mean frequency of panic attacks was lower in group I than in group II, and at 1 month's follow-up that frequency had increased in group II while remaining unchanged in group I.

At 6 months' follow-up all scores for group II were worse than the scores at discharge, whereas those for group I showed continued improvement. In particular, the mean resting breathing rate in group I had fallen to within normal limits, and panic attacks in this group had been abolished.

The most interesting and important statistical difference in all treatment scores between the two groups occurred at 6 months when the following were significantly better in group I than in group II—ie, resting breathing rate ($p < 0.001$), panic-attack frequency ($0.01 > p > 0.001$), and global phobia, somatic symptom, and agoraphobia scores ($p < 0.05$). No individual patient had scores very different at any time from the mean of his or her group (see ranges in table), and this suggests that statistical analyses based on these means are reliable and valid despite the small numbers of patients.

Discussion

The results confirm the prominent role of hyperventilation in agoraphobia. The mechanism by which symptoms develop and are maintained is most likely a positive feedback loop similar to that suggested by Lewis in 1959.⁴ In the agoraphobic patient's history an initial trigger may often be found in a life-event, and the symptoms have probably first occurred in, or become associated with, stimulus situations. The role of attribution must be taken into account here as well—the patient may believe that the situation per se caused the symptoms, and avoidance is then developed as an escape from the loop. Most agoraphobics are more concerned about their symptoms than about environmental factors and such patients attribute their symptoms to, for example, heart disease or mental illness.

We recommend routine use of the hyperventilation provocation test with agoraphobic and other phobic patients, to identify those who hyperventilate and to reproduce their feared somatic symptoms. The test enabled many patients to realise, for the first time, that their symptoms can be brought under their own control, and this realisation can give immediate relief from the longstanding feelings of helplessness that are characteristic of agoraphobic patients. These patients are likely to benefit from breathing retraining. They must be questioned carefully to find out which symptoms they experience among the full spectrum that can

be produced by chronic hyperventilation—patients may be preoccupied with major symptoms and not report others; they may not realise the relevance of some; or they may fail to mention some because there are so many.

Magarian⁵ recommended breathing at a rate of 30–40 per minute for the hyperventilation provocation test. We believe, however, that asking the patient to breathe at a rate of over 60 per minute increases the power of the test, since the breathing pattern required to pant at this rate more closely resembles the typical upper-thoracic breathing of the habitual hyperventilating patient. The overbreathing of chronic hyperventilators may not be obvious; once a low pCO_2 is established it can be maintained by an occasional deep breath or sigh. The patient may therefore not accept the diagnosis without experiencing the dramatic effects of voluntary overbreathing and recognising the symptoms as those occurring in his or her spontaneous attacks.

Therapy for the patient whose hyperventilation provocation test is positive should begin as soon as possible after the test, while he or she is very much aware of the effects of hyperventilation. We show the patient a list of somatic symptoms related to hyperventilation, which often results in a "shock of recognition", especially with regard to symptoms that the patient would probably not associate with disordered breathing—eg, fatigue, headaches, sleep problems, inability to concentrate, visual disturbances, and gastrointestinal disturbances. The role of overbreathing in producing symptoms, especially through changed cerebral blood flow, is explained to the patient. Psychological and learning factors in phobias are not discounted but are explained in the context of the vicious-cycle model. Breathing retraining may diminish the attacks and symptoms, but exposure to the feared situation is essential to enable the patient to re-establish a lifestyle that includes going out to places that he or she had previously avoided.

Immediate and simple techniques for coping with panic attacks are demonstrated—ie, the use of a paper bag for rebreathing or, in public places, breathing into the hands tightly cupped over the nose and mouth. Patients who have panic attacks at home are given an ordinary oxygen mask for partial rebreathing. To re-establish a normal breathing pattern, the patient is taught to use slow and controlled diaphragmatic ventilation. Non-avoidance behaviour can be facilitated if breathing retraining is undertaken by a skilled therapist during actual exposure to the feared situation. The establishment of a normal breathing pattern requires regular and persistent practice over several months. Panic attacks are resolved comparatively quickly, but the tendency to experience some somatic symptoms persists during the extended retraining period. Any relaxation technique that entails the use of deep breathing is contraindicated, since it will probably exacerbate hypocapnia.

In general, behavioural treatment includes an accepted small learning loss at follow-up, with some relapse in symptoms, but the present study shows that breathing retraining before exposure therapy may abolish this learning decrement and that the tendency to clinical improvement continues well into the follow-up period. This is a distinct advance in the management of agoraphobia, since the patients pretreated with breathing retraining are less likely to require further exposure sessions to treat relapses.

The small number of patients in the trial reflects the success of the pretreatment with breathing retraining. The success of the technique soon became obvious, and we now use it as standard treatment for our agoraphobic patients. We felt we

could not withhold the combined treatment simply to produce a larger number of patients for the trial.

We thank Mrs E. M. Oakley for her help with the breathing retraining; Mr James Drinkwater, of the Department of Psychological Medicine, St Bartholomew's Hospital, for the statistical analyses; and Prof Bernard Watson, of the Department of Medical Electronics, St Bartholomew's Hospital, for his encouragement and support.

Correspondence should be addressed to J. A. B.

REFERENCES

1. Lowenstein H. A clinical investigation of phobias. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1196.
2. Lum LC. Hyperventilation and anxiety state. *J Roy Soc Med* 1981; 74: 1-4.
3. Salkovskis PM, Clark DM, Chalkley J. The use of respiratory control in behavioural treatment of panic attacks. *Biol Psychol* 1983; 16: 285-97.
4. Lewis BI. Hyperventilation syndrome: A clinical and physiological evaluation. *Calif Med* 1959; 91: 121-26.
5. Magarian GJ. Hyperventilation syndromes: infrequently recognized common expressions of anxiety and stress. *Medicine* 1982; 61: 219-36.

Reviews of Books

Synopsis of Diseases of the Chest

J. A. Peter Paré, McGill University, Montreal, and Robin G. Fraser, University of Alabama, Birmingham. Philadelphia and Eastbourne: W. B. Saunders. 1984. Pp 863. £35.

Synopsis of Diseases of the Chest is written by the authors who produced the four-volumed *Diagnosis of Diseases of the Chest*, published in 1978. That book, with its 2300 pages of text, although excellent in its format, has become purely a reference work, and the authors recognised the need for a smaller textbook. Hence this abbreviated version of their earlier work. It has been written for registrars in respiratory medicine and radiology and senior medical students.

The first few of the nineteen chapters describe normal anatomy and physiology, methods of X-ray and pathological investigation, and clinical laboratory investigation. The middle chapters are clinically oriented and grouped according to disease processes such as the infectious diseases of the lungs, neoplastic diseases of the lungs, diseases with altered immunological activity, and vascular and airway disorders. These clinical chapters are broken down into descriptions of the aetiology of the individual chest diseases, their pathogenesis, the pathological characteristics, the X-ray changes, and the clinical manifestations—an arrangement which, as a clinician, I think is the wrong way round. Three chapters towards the end of the book relate diseases to anatomical sites—the pleura, the mediastinum, and the diaphragm and chest wall—and these are useful chapters because of this approach.

The final chapter consists of tables of differential diagnoses and of decision-making trees. The authors base the structure of these differential diagnostic and decision-making trees on the pattern of changes seen on chest X-ray and then correlate such X-ray changes with clinical history and the abnormalities found on physical examination, laboratory investigation, and specialist investigations. These diagnostic trees are interesting, but clinical findings rather than X-ray changes should be the starting point.

Despite these criticisms, many chapters are well written and contain considerable detailed information written in a clear fashion. The X-ray photographs are clear, and enlargements of relevant parts have been used to highlight radiological findings. However, at times I would have liked larger photographs of the chest X-rays. Surprisingly therapy has been omitted. Although treatment written for readers in one country can be confusing for readers in another because of differences in nomenclature and drug availability, a book such as this that does not give therapeutic guidelines is not a complete textbook of chest medicine. The terminology used throughout the text, especially for some of the radiological aspects, is American, but to help the reader overcome any difficulty that this may produce there is an excellent glossary of terms and definitions at the end of the book. The bibliography at the end of each chapter is adequate and up-to-date, but in the chapter on clinical examination it seems a shame to mention the work of the Forgacs on breath

sounds, and then still to use râles and rhonchi for crackles and wheezes.

I do not think that this book is suitable for senior medical students, because it is based on results of investigations rather than on the clinical history and examination. Also it is too detailed in parts and is not comprehensive. Most physicians reading up on a subject usually seek therapeutic advice as well as overall pathological and radiological information. It would be useful as a library book for registrars in radiology and chest medicine to refer to, certainly with its approach to investigative decision-making, but overall it is not one that I would recommend for purchase by the individual.

Department of Thoracic Medicine,
Guy's and New Cross Hospitals,
London

G. M. COCHRANE

Pathophysiology of Blood

Wiley Pathophysiology Series. Edited by Archie A. MacKinney Jr, University of Wisconsin Medical School. New York and Chichester: John Wiley. 1984. Pp 363. £22.70.

THIRTEEN of the fifteen authors of this book are from the University of Wisconsin Medical School, a factor which helps in the attainment of a uniform style. Also, unlike some of the shorter paperbacks for undergraduates, the book has sufficient text to allow a good explanation of disease processes. As a result, many of the chapters, particularly those on the erythrocyte, are extremely well written for undergraduates.

However, the book is unevenly balanced, with the acute and chronic myeloid leukaemias being described, quite inadequately, on one page while a whole chapter is allocated to leukaemic cell kinetics. Haemostatic disorders are dealt with in three chapters but the section on diagnosis and treatment has been artificially segregated into one chapter. An outline of clinical features and the principles of treatment is of value as a teaching aid, even in a pre-clinical course, and most of the chapters include this. Illustrative cases are described at the end of most chapters and help to consolidate learning and show clinical relevance. A microfiche of 81 colour photographs illustrating blood and bone-marrow cells accompanies the book, and again this is a useful method of reinforcing teaching by giving the student a visual concept that no amount of text can do. Some of the photographs are too dark, however, and a microfiche reader of high light intensity is required. A hand lens is an alternative for home study but this needs to be of at least $\times 10$ magnification. The book has sufficient figures but they are of variable quality (the figure of the coagulation cascade will bewilder any student) and an unnecessary number have been adapted from previous publications.

Students, and probably many postgraduates, will learn a lot from this well-written text. The *Wiley Pathophysiology Series* is well conceived and attractively presented and should satisfy many of the requirements of a modern integrated undergraduate curriculum.

Department of Haematology,
University of Birmingham

J. STUART

Milne's Dermatopathology

Edited by Rona M. MacKie, University of Glasgow. London: Edward Arnold. 1984. Pp 357. £57.50.

TWELVE years have lapsed since *An Introduction to the Diagnostic Histopathology of the Skin* by the late Prof John Milne was first published. The preface stated that it was not a competitor to the American dermatopathology "giants" and that its primary aim was to instruct dermatologists and pathologists in training. This "Milne" did for several years. However, owing to the author's untimely death in 1977, plans for a second edition did not come to fruition and its value as a modern introductory text gradually diminished.

Milne's Dermatopathology represents the revised and largely rewritten new edition prepared by his previous Glasgow colleagues. The contents have been partly reorganised, and an interesting

Samenvatting en nabeschuwing van het proefschrift

Richard Van Dyck

Inleiding voor TDT

In had mij voorgenomen om deze keer een "echte" bijdrage te leveren en had al een paar statussen opzij gelegd van enkele langdurige behandelingen om een mooi verslag te schrijven over mensen die het moment van genezing maar voor zich uit schuiven. Misschien was dit onderwerp een verkeerde keuze, misschien waren het de tentamens en college-roosters, de cursussen, het reizen, vergaderen, supervisies of patiëntenzorg, ik weet het niet precies, maar het is mij niet gelukt om dit voornemen uit te voeren. Daarom moet ik weer terugvallen op een reeds bestaand product. Om het economische aan het nuttige te paren zou ik jullie mening over deze nabeschuwing en samenvatting op prijs stellen, want ik ben deze dagen met de eind-eindversie bezig zodat binnenkort een datum geprikt kan worden voor een uitgebreid gezellig samenzijn. Het leek mij niet netjes om ook de resultatenbeschrijving in te sturen, want die is wat lang uitgevallen en is niet vlot leesbaar. Die kunnen jullie trouwens rustig nalezen in het boekje dat nog komt. Ik dacht dat deze nabeschuwing wel begrijpelijk is zonder dat de resultaten helemaal doorgeploegd hoeven te worden.

Dit proefschrift omvat vijf hoofdstukken. Drie ervan betreffen literatuurstudies, het vierde bevat de opzet en het vijfde de resultaten beschrijving en discussie van een vergelijkend effectonderzoek bij agorafobiepatiënten. Het geheel wordt afgesloten d.m.v. een nabeschuiving. Het verbindend thema is de vraag naar het bestaan van aantoonbare specifieke effecten in psychotherapie en het meer specificeerbaar maken van enkele zgn. algemene therapieeffecten. In het bijzonder is een poging gedaan om de waarde na te gaan van hypnose, een oude psychotherapiemethode waarover veel succesvolle casuïstiek is gepubliceerd, maar die relatief weinig systematisch is geëvalueerd.

In het eerste hoofdstuk getiteld "Is psychotherapie een placebo?" wordt het placebobegrip besproken en worden verschillende definities vergeleken. Aan de hand van effectonderzoek wordt nagegaan in hoeverre mag^{worden} aangenomen dat psychotherapie het effect van een even geloofwaardige placeboprocedure overtreft. In zijn algemeenheid blijkt deze vraag niet beantwoordbaar: ze wordt derhalve ook voor de rest van het proefschrift toegespitst op de behandeling van angststoornissen. Het meeste onderzoek is verricht naar het effect van Systematische Desensitizatie. Hieruit blijkt dat SD nauwelijks meer effect heeft dan van een even geloofwaardige placeboprocedure. Exposure in vivo is voor fobieën weliswaar meer werkzaam dan SD, maar een directe vergelijking van deze methode met een placebobehandeling is niet uitgevoerd. Er bestaat ook procesonderzoek naar de werkzame ingrediënten van SD. Dit toont aan dat de door Wolpe veronderstelde verklaring voor de werkzaamheid van zijn methode niet houdbaar is. Hetzelfde geldt wellicht voor veel andere psychotherapiemethodes, waarvan geen onderzoek naar de werkzame factoren bekend is.

De door Frank veronderstelde gemeenschappelijke therapiefactoren bieden een interessant kader voor verder onderzoek op dit gebied. Het belang van één van de onderdelen van dit model, namelijk positieve aanvangsverwachtingen, blijkt redelijk gedocumenteerd, ook voor de behandeling van fobieën. Dit is terug te vinden in een aantal voorstellen zoals het efficacy-model van Bandura en het cognitieve verwachtingsmodel van Emmelkamp waarbij aan de beïnvloeding van verwachtingen als onderdeel van psychotherapie een meer

centrale plaats wordt toegekend.

Het tweede hoofdstuk, "Hypnose, imaginatie en suggestie", bevat de bespreking van een aantal gangbare definities van deze drie fenomenen. Aan de hand van onderzoeksgegevens wordt besproken of er redenen zijn om hypnose van andere therapeutische imaginatieprocedures te onderscheiden en op grond van welke criteria dit het geval is. Er wordt geargumenteerd dat het aanwenden van inductieprocedures geen voldoende voorwaarde kan zijn om van een toepassing van hypnose te spreken. Een betrouwbaarder criterium is het aantonen van hypnotiseerbaarheid bij de patiënt en een correlatie van deze variabele met het therapieresultaat. Hypnotiseerbaarheid zou een vrij stabiel kenmerk zijn en heeft een voorspellende waarde voor therapieresultaten d.m.v. hypnose bij sommige klachten zoals pijn. Op grond van het verband met hypnotiseerbaarheid dat bij hypnose wel en bij placebo-interventies niet aan het resultaat gecorreleerd is, lijkt het terecht om hier van twee verschillende (suggestieve) fenomenen te spreken.

Hypnose is verder op te vatten als een speciale vorm van imaginatie waarbij de kenmerken "onwillekeurigheid" en "moeiteloosheid" in de ervaring van de gesuggereerde effecten typerend zijn.

De resultaten van een imaginatieprocedure als SD blijken niet aan hypnotiseerbaarheid gecorreleerd: hieruit zou geconcludeerd moeten worden dat verschillende therapieprocessen in het spel zijn in hypnose en SD. Hypnose leidt in vergelijking tot progressieve relaxatie, autogene training of meditatie niet tot specifieke of meer intense vormen van mentale of musculaire relaxatie. De vraag of d.m.v. hypnose een levendiger imaginatie bevordert wordt in vergelijking tot andere instructies blijkt zeer moeilijk te onderzoeken en is momenteel niet bevredigend te beantwoorden.

met

Het derde thema van dit hoofdstuk betreft het concept suggestie. Verheldering over dit zeer globale begrip wordt gezocht in sociaal psychologisch onderzoek, m.n. naar beïnvloedings- en persuasieprocessen, bij argumentatieleer en bij de filosofie van taalhandelingen. De meest eenduidige typering van het fenomeen suggestie is die van "zwakke stuurder" volgens de beschouwingen over taalhandelingen van Austin en Searle. Hypnose kan opgevat worden als een specifieke vorm van suggestieve beïnvloeding waarbij opnieuw hypnotiseerbaarheid het typerende kenmerk is.

Uit de totnogtoe besproken literatuur volgt dat de bevindingen over het effect van imaginatieprocedures zoals SD bij fobieën niet noodzakelijk geldig zijn voor een behandeling d.m.v. hypnose.

In het derde hoofdstuk wordt een literatuuroverzicht gegeven over de toepassing van hypnose bij fobieën. Aan de hand van een inventarisatie van de casuïstische beschrijvingen worden de gebruikte technieken gegroepeerd. Duidelijk is dat in de meeste gevallen een vorm van imaginaire exposure wordt toegepast. Het bestaande vergelijkend effectonderzoek vertoont een aantal belangrijke tekortkomingen en voor zover het methodologisch verantwoord is opgezet, is het nagenoeg beperkt tot zgn. "analoog" onderzoek, d.w.z. behandelingen van studenten of vrijwilligers voor geselecteerde klachten zoals slangenfobie, welke niet representatief zijn voor echte patiëntenpopulaties. Uit dit onderzoek volgt niet dat hypnose tot superieure resultaten leidt t.o.v. gedragstherapeutische procedures. Er wordt wel een consistente correlatie gevonden tussen hypnotiseerbaarheid en therapieresultaat.

Vervolgens wordt een methode beschreven waarmee gedurende de afgelopen jaren ervaring is opgedaan. Het hoofdbestanddeel is het veel gebruikte principe van imaginaire exposure met daarnaast relaxatie en posthypnotische suggesties. De procedure bevat verder elementen die beogen de relevantie voor de individuele patiënt te vergroten. De conclusies uit een eerder verrichte pilot-study worden beschreven bij zes fobici. De belangrijkste bevindingen hiervan waren dat een beter beeld van hypnotiseerbaarheid van de patiënt verkregen werd door die na afloop van de therapie te meten i.p.v. ervoor. Verder bleek niet dat de training tot een toename van relaxatie leidde of een verhoging van de helderheid van de voor de therapie relevante imaginatie. Wel verschilden de succesvolle patiënten van de verbeterden door een grotere activiteit in de productie van oplossingsgerichte fantasieën en door de toenemende geloofwaardigheid die positieve voorstellingen voor hen verkregen.

Hoofdstuk vier bevat de beschrijving van de opzet van het onderzoek dat bij 64 agorafobiepatiënten werd uitgevoerd. De voornaamste verwachting was dat de combinatie van hypnose met exposure in vivo tot betere resultaten zou leiden dan exposure in vivo alleen, in het bijzonder bij hoog hypnotiseerbare patiënten. Op grond van de literatuur werd als tweede hypothese geformuleerd dat het therapieresultaat zou samenhangen met de mate van positieve verwachting over de behandeling. Een derde hypothese was dat de voorkeur van de patiënten voor één van beide therapievormen het effect zou beïnvloeden. Daartoe werden de patiënten zodanig geselecteerd dat bij aanvang twee even grote groepen gevormd werden met een voorkeur voor één van beide therapiedraaiboeken. Omdat een gebalanceerd cross-over design gebruikt werd kon ook

worden nagegaan of de volgorde waarin de behandelingen gegeven werden van belang zou zijn: de verwachting was dat de combinatietherapie voorafgaand aan exposure het beste resultaat zou opleveren.

De behandelingen werden aan de hand van een draaiboek verricht door 5 ervaren therapeuten en besloegen 8 zittingen in 8 weken. Als voornaamste meetinstrumenten werden gebruikt: een gedragsmaat, namelijk de afstand die zonder paniek vanaf de polikliniek richting centrum Leiden kon gelopen worden, twee vragenlijsten m.b.t. angst en vermijdingsgedrag, en het oordeel van een onafhankelijke beoordelaar over de mate van angst en vermindering dat gevormd werd aan de hand van een interview. Circa negen maanden na afsluiting van het project werd een follow-up onderzoek uitgevoerd. Twaalf patiënten verlieten vroegtijdig het project, maar werden vervangen zodat het totaal 64 bleef.

In hoofdstuk vijf worden de resultaten besproken. De voornaamste bevinding was dat beide behandelmethoden tot dezelfde mate van klinisch relevante en statistisch significante vooruitgang leidden. Een hogere mate van hypnotiseerbaarheid bleek in de combinatietherapie samen te gaan met betere therapieresultaten. Maar ook in de exposureconditie toonden de hoog hypnotiseerbare patiënten de meeste vooruitgang. Hypnotiseerbaarheid en positieve verwachting blijken met elkaar gecorreleerd te zijn. Deze bevindingen wijzen erop dat hypnotiseerbaarheid mogelijk van belang is als algemene therapievariabele en niet uitsluitend de resultaten van behandelingen met behulp van hypnoseprocedures voorspelt. In tegenstelling tot de verwachtingen was er een voordeel voor de volgorde exposure - combinatietherapie. Een effect van de voorkeur voor één van beide therapieën werd niet gevonden. Wel bleek de voorkeur van de patiënten in de loop van het project te verschuiven in de richting van de combinatietherapie. Positieve verwachting voorspelde in beperkte mate het therapieresultaat. Het follow-up onderzoek dat 9 maanden na afsluiting van het project werd uitgevoerd levert uiteraard geen informatie op over één van beide therapiecondities, maar alleen over het totaal. Hierbij bleek dat de gemiddelde verbetering behouden gebleven was. Als conclusie over dit onderzoek wordt gesteld dat de toevoeging van hypnose aan exposure in vivo bij de behandeling van agorafobie alleen overwogen moet worden wanneer van een middelmatige tot hoge hypnotiseerbaarheid sprake is. Verder worden suggesties gedaan over mogelijke procedurewijzigingen, die de effectiviteit van de behandeling zouden kunnen verhogen, i.h.b. maatregelen om paniek op te vangen.

Tot de exploratieve bevindingen hoort dat het aantal hoog hypnotiseerbare agorafobici veel geringer was dan op grond van de literatuur werd verwacht. Mogelijk was dit van invloed op de verkregen resultaten. Verder bleek van twee hypnotiseerbaarheidsschalen, de CIS en de SHCS slechts de laatste de therapieresultaten te voorspellen, zodat getwijfeld kan worden aan de validiteit van de CIS als maat voor hypnotiseerbaarheid.

In de woorden van Jerome Singer (1978, p. 11) is "wetenschap een strenge meesteres" en daarmee zei hij niets te veel. De evaluatie van een zelfbedachte behandelingstechniek is geen pad dat over rozen voert, zoals dit onderzoek demonstreert. Maar leerzaam is het wel.

In deze nabeschuwing worden een aantal van de literatuurbevindingen uit de eerste vier hoofdstukken in verband gebracht met de resultaten die in het onderzoek verkregen werden. Verder worden aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

In het eerste hoofdstuk werden de begrippen placebo en specificiteit in de psychotherapie besproken. Eén van de conclusies was dat placebofactoren een belangrijk ~~aan~~deel hebben in de werkzaamheid van psychotherapeutische technieken. De meest onderzochte procedure voor angstreductie, namelijk SD, overtreft de werkzaamheid van even geloofwaardige placeboprotocolen niet op een overtuigende manier. Er werd aangetekend dat exposure in vivo wel een betere kanshebber zou zijn voor deze kwalificatie, omdat is aangetoond dat de werkzaamheid van exposure in vivo groter is dan die van imaginaire procedures. In dit onderzoek kan deze uitspraak bevestigd worden door de vergelijking te maken tussen exposure in vivo en het hypnose-onderdeel van de gecombineerde therapie voor de subgroep van de niet hypnotiseerbaren. Na vijf oefeningen met exposure in vivo in twee weken tijd werd een significant verschil in resultaat gevonden tussen exposure in vivo en de quasi-placebo groep. Dit is een argument te meer om exposure in vivo als de voorkeursbehandeling voor agorafobie te beschouwen.

Een opvallend kenmerk van deze tot nog toe eerste therapiemethode die de status van "specifieke" therapie heeft verworven is de eenvoud.

Vooruitgang in de wetenschap gaat vaak gepaard met toenemende ge-

compliceerdheid, maar met de ontwikkeling van systematische desensitizatie of imaginaire flooding naar exposure in vivo lijkt er eerder van een theoretische en procedurele vereenvoudiging sprake te zijn. In vergelijking tot inzichtgevende psychotherapie is exposure in vivo van een bijna beschamend simplisme. Bovendien zal geen enkele patiënt de rationale van het oefenen op straat ontgaan: het is vaak wat patiënten al zelf probeerden of waar de partner al tijden op aandrong. Een interessante vraag is of deze ontwikkeling van gecompliceerde naar eenvoudige interventies zich ook voor andere psychotherapeutische procedures nog zal voordoen. Er zijn wel voorbeelden te noemen, vooral binnen de gedragstherapie: de meest succesvolle behandeling van dwanghandelingen bestaat uit de combinatie van exposure en respons-preventie, d.w.z. de stimuli voor de dwanghandelingen confronteren zonder de rituelen uit te voeren. De procedure van cognitieve therapie bij depressie is niet bijzonder gecompliceerd en dat is evenmin het geval voor de plaswekker die doorgaans met succes bij enuresis nocturna wordt toegepast. Deze reeks zou zonder moeite uitgebreid kunnen worden. Geldt dus voor psychotherapie dat eenvoud het kenmerk van het ware is? Ongetwijfeld is de mens een gecompliceerd wezen en het optreden van psychopathologie betekent meestal o.a. dat de dagelijkse problemen nog ingewikkelder worden. Toch lijkt het te stroken met de huidige geringe kennis van de psychopathologie en van therapieprocessen dat relatief eenvoudige procedures nog het meeste houvast geven. Het hoort helaas nog steeds tot de psychotherapeutische tradities dat soms, zonder enige evidentie voor hun juistheid, speculatieve verklaringen voor afwijkende gedragingen worden aangevoerd die uitmonden in zeer gedetailleerde en doorwrochte therapeutische methoden waarvan het effect of het werkingsmechanisme nooit worden nagegaan. De parallel met de soms buitengewoon ingewikkelde recepten met vaak tientallen substanties uit de farmacopea van Galenus ligt voor de hand. Het gebrek aan documentatie over de noodzaak van de meeste psychotherapie-onderdelen rechtvaardigt de ironie van Jerome Frank die naar analogie met de primitieve geneeswijzen over "ceremonies" en "rituelen" spreekt. Met dit alles wordt niet beweerd dat voor alle problemen wel een eenvoudige oplossing bestaat. Het is eerder ons gebrek aan kennis over psychopathologie en psychotherapeutische processen dat tot gevolg heeft dat

tamelijk elementaire interventies nog volop actueel zijn en veel gecompliceerde modellen eigenlijk prematuur lijken. In dit verband kan men zich afvragen of we met de huidige voorschriften voor de erkenning van opleidingen in psychotherapie wel op het goede spoor zijn. Hoeveel van de informatie die tijdens deze vaak jarenlange cursussen, supervisies en leertherapieën wordt overgedragen verdient de naam kennis en hoeveel is speculatie of zonder meer redundant? Het is moeilijk om zich aan de indruk te onttrekken dat als alleen empirisch ondersteunde informatie zou worden overgedragen, de opleidingen over het algemeen aanzienlijk korter zouden zijn. Ongetwijfeld is de wens om een zekere kwaliteit te garanderen een motief geweest voor de uitbreiding van opleidingen. Of dit op deze manier ook bereikt wordt zou een onderzoek waard zijn.

In het eerste hoofdstuk werden verder een aantal algemene therapiefactoren besproken. Daarbij werd vooral aandacht besteed aan positieve verwachtingen. In het onderzoek werden positieve correlaties tussen aanvangsverwachting en therapieresultaten gevonden, maar deze bleken aan de lage kant en kwamen in wisselende mate voor. Een mogelijke verklaring die reeds genoemd is betreft gebreken van het meetinstrument. Een tweede, daarmee niet strijdige verklaring zou zijn dat agorafobie een aandoening is waarbij positieve aanvangsverwachtingen relatief weinig bijdragen tot het therapieresultaat. Uit resultaten van Bandura et al. (1980) blijkt dat agorafobici in staat zijn vrij nauwkeurig te voorspellen welke onderdelen van een gedragstest zij met succes zullen uitvoeren wanneer hen die voorspelling onmiddellijk voorafgaande aan de gedragstest wordt gevraagd. Bandura et al. hebben de patiënten echter niet gevraagd aan het begin van de therapie te voorspellen welk resultaat na afloop werd verwacht, zodat we niet te maken hebben met aanvangsverwachtingen. De correlaties die door anderen (vgl. hoofdstuk 1) werden gevonden tussen therapieresultaat en verwachting bij aanvang zijn eveneens eerder bescheiden te noemen. Dit betekent dat de steun voor de cognitieve verwachtingsmodellen voor exposure nog slechts gering genoemd kan worden. Het merendeel van de variantie in de therapieresultaten blijft op deze manier onverklaard.

In het tweede hoofdstuk werden redenen genoemd om een onderscheid te maken tussen placebo en hypnose, hoewel beide interventies tot de

suggestieve methoden kunnen worden gerekend. Dit onderscheid werd vooral opgehangen aan het ontbreken van een samenhang tussen hypnotiseerbaarheid en een positieve reactie op placebomedicatie. Tijdens dit onderzoek bleek dat verwachting, een belangrijke placebocomponent, vooral sterk bijdraagt tot het therapieresultaat van de hoog hypnotiseerbaren. Dit strookt meer met een visie waarin hypnose en placebo juist als sterk verwante fenomenen worden gezien. We wezen er trouwens al eerder op (zie p...) dat de zgn. inductievariabelen voor het merendeel als verwachtingsmanipulaties kunnen worden opgevat en in het model van Barber & De Moor (1974) wordt positieve verwachting als een belangrijke intermediërende variabele gezien.

Interessant is verder de bevinding dat hoge hypnotiseerbaarheid niet exclusief een positieve reactie op hypnose voorspelde maar ook tot op zekere hoogte samenhang met een goed resultaat na exposuretherapie. Dit zou kunnen betekenen dat hypnotiseerbaarheid mogelijk op grond van het element "compliance", een voorspellende waarde heeft voor een breed scala van therapieën. De gedachte dringt zich op dat deze eigenschap een rol kan hebben gespeeld in veel van de casuïstische succesverhalen die men in de psychotherapieliteratuur kan aantreffen. Het is een onbeantwoordbare vraag hoeveel van de modelpatiënten, aan wie psychotherapeuten hun enthousiasme en het geloof in de werkzaamheid van hun procedures te danken hebben, behoren tot deze categorie van goed hypnotiseerbare personen. Verder onderzoek naar een algemene rol van deze variabelen bij therapieresultaten zou zeker gewettigd zijn.

De belangstelling voor hypnose is de laatste jaren weer toegenomen. In recente aanbevelingen van de American Psychiatric Association (1985) wordt hypnose genoemd als één van de behandelmogelijkheden bij angststoornissen. Op grond van dit onderzoek zou daaraan de aanbeveling toegevoegd moeten worden om bij fobische patiënten hypnotiseerbaarheid vóór de behandeling te bepalen en patiënten met een lage (0-1) hypnotiseerbaarheid hypnose te ontraden. Voor gemiddelde hypnotiseerbaren (2-3) is een neutraal advies aangewezen, uiteraard als de behandeling ook de combinatie met exposure in vivo omvat. Voor hoog hypnotiseerbaren (4-5) schuilt er mogelijk een voordeel in de toevoeging van hypnose, maar er kan niet gesteld worden dat dit al afdoende

is gedocumenteerd. Hierbij is dan voorbijgegaan aan problemen van betrouwbaarheid bij de meting van de hypnotiseerbaarheid. Dit project heeft daarbij geen informatie opgeleverd, omdat gekozen werd voor één meting na afloop van de behandeling. Door herhaalde metingen uit te voeren vóór en na een behandeling moet blijken of de hypnotiseerbaarheidsscore inderdaad stabiel blijkt en kan dienen als voorspeller van het therapieresultaat.

Op grond van dit onderzoek zou ook geconcludeerd kunnen worden dat wie goede resultaten wenst te bereiken zich kan beperken tot exposure in vivo. Wie er bovendien naar streeft om veel waardering van patiënten te oogsten kan overwegen om hypnose aan de therapie toe te voegen.

Gegeven de vaststelling dat exposure in vivo tot nog toe de meest effectieve behandeling voor agorafobie is, komt in dit project een eigenaardig kenmerk van het therapieproces naar voren: intuïtief zou men verwachten dat het aantal uren oefentijd van groot belang is. Dit blijkt niet duidelijk het geval te zijn. Tijdens de combinatietherapie is het aantal oefeningen met exposure in vivo meer dan 50% lager, maar het gemiddelde resultaat is even goed. Verder blijkt dat de meeste vorderingen relatief vroeg in de behandeling gemaakt worden: na de cross-over, tijdens de tweede helft van de behandeling is de vooruitgang relatief geringer. Dit komt vooral tot uiting op de looptijd, maar geldt ook voor de andere outcome-maten. Bovendien wisselt de mate waarin klinische verbetering bereikt wordt sterk: sommige patiënten vorderen meer dan twee standaarddeviaties t.o.v. de oorspronkelijke referentiegroep, bij anderen is nauwelijks van vooruitgang sprake. Voor deze laatste groep doet een nabehandeling er ook niet veel toe. Hierin herkennen we een fenomeen dat bij psychotherapie-onderzoek in het algemeen herhaaldelijk is gevonden: een langer durende therapie levert als regel nauwelijks meer effect op dan een korter durende interventie. Over dit verschijnsel in zijn algemeenheid hoeft nauwelijks nog meer onderzoek aanbevolen te worden. Dit houdt uiteraard niet in dat te verwachten is dat een korte behandeling in alle gevallen zal volstaan. Het verder identificeren van prognostische variabelen, zoals door Foa & Emmelkamp (1983) begonnen, zou een belangrijke ondersteuning vormen van rationeel beleid.

in