

TIJDSCHRIFT VOOR
DIRECTIEVE THERAPIE

Jaargang 12, no. 2



TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE

Jaargang 12, nummer 2

Oktober 1986

*

(1)

De Hoofdredacteur
Ten Geleide

(16)

Leen Joele
Beste vrienden

(16)

Kees van der Velden
Elke man een Marokkaan

Alfred Lange

Medical Detectives (18)
Leeftijdsregressie op papier (36)

~~*Dick N. Oudshoorn*~~

~~De Bedweraar Door De Eeuwen Heen (ontbreekt)~~

(47)

Richard Van Dyck
Hypnose en somatoforme stoornissen

Kees Hoogduin & Kees van der Velden
De les van Charcot → 68

of

Hoe kom ik in de WAO → 85 (Richtlijnen voor een WAO-witening)

(30)
CAL

Psychotherapie en het pastoraal advies

(94)

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin
De behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis

*

TEN GELEIDE

WIJ LIJKEN DICK N. OUDSHOORN WEL!
TOEN DIE EEN TEKSTVERWERKER HAD
GEKOCHT - REEDS VELE JAREN
GELEDEN -, TRACTEERDE HIJ U EN ONS
OP DE EIGENAARDIGST UITGEVOERDE
DOCUMENTEN; HERINNERT U ZICH DIT
NOG?

BIJ ALFRED LANGE DEED ZICH IETS
DERGELIJKS VOOR NADAT HIJ IN HET
BEZIT VAN EEN COMPUTER WAS
GEKOMEN.

MISSCHIEN HOORT HET ER WEL BIJ.

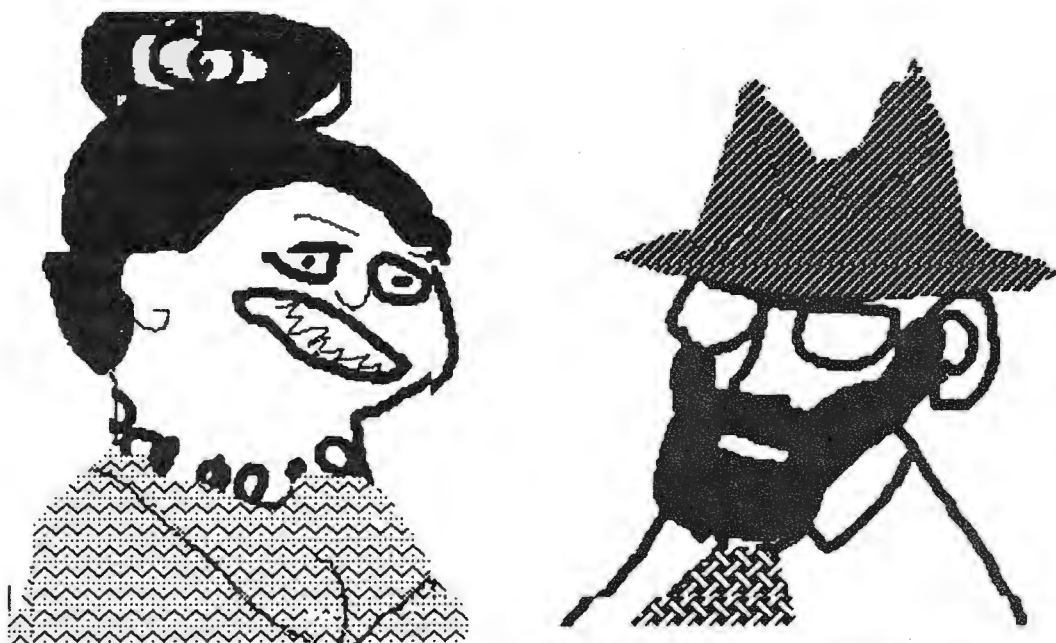
TECHNISCH IS HET ALLEMAAL HEEL
BIJZONDER, WAT DE MACINTOSH 512
KAN, MAAR ESTHETISCH IS HET, NOU
JA, ZEG MAAR GERUST SCHOOL-
KRANTACHTIG.

'DE MAC KAN GEMAKKELIJK OP EEN
MARGRIETWIELPRINTER AANGESLOTEN
WORDEN', ZEI DE BAAS VAN DE COMPU-
TERWINKEL VOOR IK ZIJN PRODUKT
KOCHT.

'DE MAC KAN *VERMOEDELIIK* GEMAK-
KELIJK OP EEN MARGRIETWIELPRINTER
AANGESLOTEN WORDEN', ZEI HIJ
NADAT IK HEM MIJN FL. 7.806,63 HAD
OVERHANDIGD.

Geld!

Mijn goede moeder sprak heel vaak over geld, soms smartelijk, soms heftig-opgewonden, maar tot een vermeerdering van haar financieel vermogen leidde dit spreken niet. Het zwijgen van mijn vader over dit onderwerp leidde overigens evenmin tot een verruiming van het inkomen. Op de ingevoegde afbeelding ziet U mijn beide ouders. 't Is duidelijk dat ze het niet breed hadden...



Mijn Moeder & Mijn Vader

Laat ik ophouden over geld. Als het wel lukt een margrietwielprinter op dit systeem aan te sluiten is de investering volkomen verantwoord!

**Lezer, het is een feestelijke eer
U weer te mogen begroeten!
Ons Tijdschrift bloeit!
Onze jongens doen het enorm!
Ook Leen!
*Welkom, Leen!***

Leen schreef een keurige brief die ook nog juist geadresseerd was. In deze brief verwees Leen naar een tweede brief, die de introductie vormt van zijn twee bijdragen. De eerste bijdrage wordt voorafgegaan door een fotokopie van een artikel uit het dagblad De Volkskrant. In dit artikel gaat het over de behandeling en suïcide van mevrouw Joke Stormer.

Leen reageert op dit (?) artikel met de stelling dat de overheid ten onrechte verkleining van de psychiatrische ziekenhuizen nastreeft. Al doorredenerend zou de dood van Joke Stormer ten slotte aan WVC geweten moeten worden...

Toevallig hebben wij het door Joke Stormer zelf geschreven verslag juist vandaag in ons bezit gekregen. Er blijkt niet uit dat men in de psychiatrische ziekenhuizen waar zij verbleef ook maar een beetje prettiger of lakoniker was dan bij Riagg of Crisiscentrum. Over bezuinigingen op psychiatrische voorzieningen schrijft zij helemaal niet. 't Is misschien wel waar hoor, dat men ten onrechte op het APZ bezuinigt, maar met mevrouw Stormer heeft dit denklijk niet veel te maken. Maar misschien schrijft Leen wel helemaal niet over deze vrouw. De tweede bijdrage werd niet door Leen zelf geschreven, maar door een oud-patiënt.

Erst thans, enkele ogenblikken voor de verzending van dit nummer, weet mij duidelijk dat de inzender ik op een bijzondere manier met dit stuk heeft willen verrassen.

]

'Elke man een Marokkaan' is de titel van een bijdrage van Kees van der Velden. Verbaas U niet wanneer U Uw vrouw binnenkort een klein opgewonden kreetje hoort slaken. Zij heeft dan zojuist in de Margriet het verhaaltje gelezen dat U wellicht veel liever onder ons had willen houden.

Margriet heeft ongeveer twee miljoen lezeresjes - dat zijn er een heleboel. Libelle schijnt er zo'n tweeëneenhalf miljoen te hebben - dat zijn er nog meer. Alfred Lange liet zijn leuke kop regelmatig aan de liefjes van Libelle zien, maar blijkbaar is hem dat niet genoeg meer. Hij had nog niet gehoord dat Margriets Hein Dik Van der Velden voor een eenmalige *column* had weten te strikken, of zijn vrolijke hoofd lachte ook de mopjes van Margriet toe. Naast hem de schijnheilige vraag: DOE IK HET WEL GOED?

'Wat een sympathieke man!', zuchten de lezeresjes, 'zo goedlachs en een beetje onzeker en dan ook nog vol belangstelling voor onze kindertjes...' En voort mijmeren ze... over hun eigen man... hoe lang het al geleden is dat die... over hun dromen van vroeger... die eigenlijk ook nog de dromen van nu zijn... over hoe anders alles is... hoe het zou zijn met een man als die dr. Lange... dat lieve... dat mannelijke... en toch dat twijfelen... hoe zou het zijn om hem te troosten wanneer hij een

beetje te erg twijfelt?... die bril... die levensmoed... hoe zou het voelen om eens aangeraakt te worden door die sympathieke heer die zo helemaal *niet* een Marokkaan is... Een siddering gaat door hen heen. Een zacht schokje doorhuivert hun bekken...

NIEUW!

DOE IK HET WEL GOED?

Vanaf deze week in Margriet „Doe ik het wel goed?“ Een opmerkelijke nieuwe serie over opvoeden. Elke keer legt een gezin aan Dr. Alfred Lange, psycholoog en psychotherapeut een opvoedingsprobleem voor waar hij zijn commentaar op geeft. In deze Margriet alvast een eerste kennismaking.

Hoe goedwillend je als ouder ook bent, het valt niet altijd mee aan je kinderen een richting mee te geven waar je zelf achter kunt staan. Toch zijn er een aantal principes die belangrijk zijn bij de opvoeding en die je kunt toepassen zonder dat opvoeden dresserend wordt. Omdat ik die graag wil overbrengen, werk ik met plezier mee aan de opvoedingsserie die deze week in Margriet begint. Als iets van deze principes op papier staat, kun je het als ouder lezen, eens

wegleggen om over na te denken en nog eens herlezen. Mijn ideaal is niet dat u letterlijk opvolgt wat in deze serie aan de orde komt. Veel liever zie ik dat u erover nadenkt, zich afvraagt of er misschien iets bijzit dat met u te maken heeft en eventueel oplossingen zoekt die passen, bij uw gezinssituatie en bij uw persoonlijke gevoelens en instelling.

Laat ik eerst een voorbeeld geven van een belangrijk opvoedingsprincipe. Iedere vader of moeder maakt mee dat een kind weigert te doen wat je vraagt. Jij vindt dat hij z'n kamer moet opruimen, maar het lukt maar niet dat gedaan te krijgen. Het gevolg kan zijn dat je je als ouder opwindt: je begint te schreeuwen, loopt rood aan, er vallen scheldwoorden, misschien zelfs klappen. Heeft dit tot resultaat dat een kind in het vervolg wel doet wat gewenst wordt? Meestal niet. Misschien gaat het één of twee keer goed, maar daarna is het weer mis.

Ouders weten vaak niet dat die woede en opwinding door het kind niet alleen als straf worden ervaren, maar ook als beloning en aandacht. Het kind heeft z'n ouders tuk, het voelt dat het macht heeft over de situatie.

Niemand hoort mij beweren dat je boosheid volledig kunt uitbannen. Een mens is geen robot. Maar het kan wel verstandig zijn al van tevoren na te denken over eventueel consequenties als een kind ongewenst gedrag vertoont. Opvoedingsmaatregelen hebben meer resultaat als je kalm, weloverwogen en neutraal reageert, zonder emoties te tonen. Ik denk daarbij eerder aan het afnemen van bepaalde privileges (niet naar een favoriet tv-programma kijken bijvoorbeeld) dan aan straffen met het toebrengen van narigheid. Bovendien is het verstandig om het kind ruim tevoren te laten weten dat zo'n consequentie hem boven het hoofd hangt. Opvoeden is niet altijd eenvoud-



Dr. Alfred Lange, psycholoog en psychotherapeut over opvoeden.

dig. Je wilt een kind een richting en capaciteiten meegeven die jij belangrijk vindt. Daarvoor moet je je afvragen wat je zelf wilt, wat je wilt dat ze van jou als ouder overnemen en wat juist niet. Je moet jezelf een beetje in de gaten houden en voorkomen dat je alleen maar instinctief reageert.

Als ouder heb je de eindverantwoordelijkheid, maar als je die accepteert, kunnen kinderen goede vrienden zijn. Het belangrijkste aan de opvoeding is zo vanzelfsprekend dat ik het bijna vergeet te noemen: een warm plezierig klimaat, een liefdevolle steer. Is die er niet, dan wordt opvoeden alleen maar dresserend. Is die er wel, dan kun je een verantwoordelijke ouder zijn voor je kinderen, maar ook goeie maatjes met elkaar. ●

Dankzij de Quick Start methode van Weight Watchers kunt u nu sneller en gemakkelijker afvallen dan ooit tevoren.

Geen enge pillen, drastische hongerdiëten of exotische toverdrankjes, maar gewoon afvallen op een verantwoorde en vooral gezonde manier.

De eerste ongewenste kilo's bent u al gauw kwijt en wie weet hoe snel u kunt genieten van strakke spijkerbroeken en leuke najaarsmode.

Open Huis te gaan. Stel het niet uit en kom snel, des te eerder raakt u uw ongewenste kilo's kwijt.

Een cursusadres bij u in de buurt vindt u in de Gouden Gids of door even te bellen met Weight Watchers in Rijswijk (070-906250).

f 10,- korting op het inschrijfgeld vóór



En daar

6

Als een blikseminslag ervaren zij het wanneer zij het geluid horen van de wagen van hun man die thuiskomt. Het anders zo vertrouwde gevloek en getier komt hun heel even als onwerkelijk voor. Heel even zijn zij bij iemand geweest bij wie het anders, mooier was.

Overigens vond Daniël van der Velden, de ontwerper van het omslag van deze aflevering, dat de opmerkingen van dr. Lange over opvoeding als 'geheel in de roos' betiteld moeten worden.

'Medical Detectives', luidt de titel van Alfred Lange's eerste speciale bijdrage aan dit tijdschrift. 't Stuk gaat over fouten van psychiaters. Het is leerzaam. Het lijkt of Lange zelf als het ware een beetje dokter is (en dus niet alleen maar het *slachtoffer* van chirurgen en orthopaeden).

'Leeftijdsregressie op papier' is een techniek waarbij de patiënt geadviseerd wordt terug te keren naar de leeftijdscategorie waarin Dick N.Oudshoorn gespecialiseerd is. Is de patiënt daar gearriveerd, dan wordt hem evenwel niet geadviseerd zich bij Dick N.Oudshoorn aan te melden, maar om weer terug te keren, met medeneming van een ruime hoeveelheid beschreven papier. Lange mag graag schrijven over 'indicaties' en 'contra-indicaties'. Hij verzuimt echter te vermelden dat deze techniek vooral geïndiceerd is bij patiënten die vroeger niet in de gelegenheid waren de kinderpsychiater te bezoeken. Wie dit artikel leest kan bijna niet nalaten om voor zichzelf na te gaan waar 'alles is fout gegaan'.

**DICK. N. OUDSHOORN VERRIJKT DE
VAKTAAL MET HET WOORD
BEDWATERAAR. HAD U OOK
VERNOMEN DAT ER VANAF 1982 EEN
PROJECT GAANDE IS OP *DE POLIKLINIEK
VOOR KLEUTER-, KINDER-, ADOLES-
CENTEN- EN JEUGDPsYCHIATRIE* VAN
HET **MERWEDEHOSPITAAL** te Dordrecht?**

Wij wisten niet beter of Oudshoorn trachtte allerlei soorten zenuwachtige kinderen te troosten door hun verhaaltjes te vertellen en ze zoet te laten slapen. Hij blijkt nu dus een **project** te leiden. De lezer krijgt het vermoeden dat dit **project** tot doel heeft de **auteur** aan de **doctorstitel** te helpen en dat deze **doctorstitel** de **auteur** geschikt moet maken voor een **professoraat**.

Oudshoorns **onderzoek** draagt een sterk **persoonlijk** karakter. Hij is een soort **Rümke** die vergeefs probeert zich als een soort **Emmelkamp** voor te doen.

Het professoraat waarnaar Dick N. Oudshoorn streeft lijkt inmiddels bereikt te zijn door Richard van Dyck. 'Lijkt', omdat minister Deetman zich inmiddels ontpopt heeft als een vijand van de directieve therapie en harde maatregelen genomen heeft om o.a. Alfred Lange het leven zuur te maken. 't Schijnt dat Deetman van Cals vriend In 't Veld hoort waar de directieve mensen zich bevinden en hoe ze getroffen moeten worden. Enfin, voorlopig nemen we aan dat de bikkelharde strijd tussen de psychiatrie-vakgroepen van GU en VU zal uitmonden in een overwinning voor de laatste en dat deze overwinning de benoeming van Richard tot hoogleraar in de sociale en ambulante psychiatrie zal inhouden.

Als twintigjarige las ik Rümke's Levenstijdperken van de man. Hard moest ik lachen over zijn opmerkingen over de Virilitas. Haha! Ze blijken echter allemaal waar te zijn.

Hoe Van Dyck zich ontwikkelt blijkt uit zijn artikel Hypnose en somatoforme stoornissen. Alleen wat door middel van gecontroleerd onderzoek is vastgesteld heeft voor hem waarde. Aangezien er in de psychotherapie vrijwel niets op deze wijze is vastgesteld, heeft vrijwel niets waarde.

Het is de bedoeling dat professor Rooymans, 'de nestor van de Nederlandse hoogleraren klinische psychiatrie' (zoals hij zelf zegt), gelukkig wordt van deze zienswijze. Hopelijk lukt dit. Het is niet erg wanneer U er niet gelukkig van wordt.

De therapeut van mevrouw Joke Stormer zat al na een paar huisbezoeken met zijn vingers tussen haar benen. Er is geen gecontroleerd onderzoek waaruit blijkt dat dit schadelijk is.

Op 29 oktober a.s. promoveert onze positivistische vriend.

Reserveer deze dag in Uw agenda. 's Middags zal er een komische sketch voor twee heren worden opgevoerd. Spelers: R. Van Dyck en P. Jongerius. Komt dat zien! U hoeft zelf niets leuks meer te doen!

'Hé', denkt U wanneer U de titel van het volgende artikel leest, 'deze intrigerende kop komt mij bekend voor!' Dit klopt. 'De les van Charcot' is een samenvatting van twee eerder in TDT verschenen artikelen. Het middengedeelte is nieuw en ook Appendix I ('Richtlijnen voor het verkrijgen van een WAO-uitkering') is nieuw. De auteurs, Kees van der Velden & Cal, geven zich duidelijk moeite de voordelen van de moderne psychotherapie bereikbaar te maken voor de geïnteresseerde of belanghebbende leek. Hulde!

Er wordt wel gedacht dat directieve therapeuten goed kunnen *relativeren*. Zij zouden wel van mening zijn dat psychotherapie erg belangrijk is, maar zij zouden dit niet *aldoor* van mening zijn. Zo zouden zij op verjaardagen en bij de borrel beter te verdragen zijn dan meer drammerige types, waarvan U zelf wel voorbeelden kunt bedenken. In 'Psychotherapie en het pastoraal advies' wordt duidelijk dat dit zogenoemde relateren hun helemaal niet moeilijk valt, eenvoudig omdat zij psychotherapie niet alleen bij verjaardagen en op de borrel, maar ook tijdens de werkuren niet serieus nemen. Met veel plezier beziet auteur Cal de vorderingen van de biologische psychiatrie. 'Weer een oplossing voor een patiënt die ik zelf niet goed had kunnen helpen!', hoort men hem denken. Het komt bij hem niet op dat hij verontrust zou kunnen zijn door iets dat zijn patiënten ten goede komt.

Vooralsnog blijft er voor psychotherapeuten genoeg te doen. Tegen de V-codes lijkt nog geen chemisch kruid gewassen en vrijwel heel As-II kan nog met praten en adviseren bewerkt worden. In zijn inzending over de behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis toont Cal zich de verkoper die wij altijd al in hem zagen. Wij nemen ons voor hem binnenkort het meesterwerk 'Zo maakt U vrienden en goede relaties' cadeau te doen. Daarin wordt aanbevolen om mensen van wie men iets gedaan wil krijgen te bewerken met het best werkende medicijn dat de natuur geeft:

STROOP.

Ten Geleide

9

Beste lezer, wij nemen aan dat U doodmoe geworden bent van de blootstelling aan de mogelijkheden van onze tekstverwerkende apparatuur. 't Is te begrijpen.

Wees dus verstandig en rust uit tijdens het doornemen van deze gloednieuwe aflevering van Uw eigen Tijdschrift voor Directieve Therapie.

De Hoofredacteur

Beste vrienden,

Twee bijdragetjes

1. Ter informatie een hartekreet in de Volkskrant.
Vooral de opmerkingen van 's Gravensande zijn voor mij moeilijk te verteren.

2. Een verhaal van een man die ik zo'n zes jaar geleden eens behandeld heb voor angst om in openbare gelegenheden te urineren.
Hij heeft nu mijns inziens iets vergelijkbaars (als drank of neurologie uitgesloten is).
Ik vond dat hij zijn verhaal heel helder opschrijft.

Met vriendelijke groeten,

Leen Joele.

Hulpverleners konden maar wilden je niet helpen

Wanneer drs Joke Stormer (36) haar laatste zes jaar alle Utrechtse instellingen op het gebied van psychische hulpverlening van binnen en vooral van buiten gezien. Het begon ooit met een behandeling tegen stressvrees. De GG en GD, de SPD. De gesloten afdeling van het Academisch Ziekenhuis, de psychiatrische afdeling van het

Hilversum door een verblijf in de overblijfsadviesafdeling in de Volkskrant. Een week geleden overleed een Suïcidepatiënt.

Hij kwam door een zelfdoding. De psychische hulp die hij had gevraagd werd hem geweigerd. Naar aanleiding van dit verhaal wezen psychiater's erop dat ook RIAGG's niet onafhankelijk zijn. De vraag dringt zich op hoe ruim dit begrip moet worden opgevat, als in een week twee gevallen bekend worden van als onbehandelbaar te boek staande patiënten die tot zelfdoding overgaan.

De werkloze drs Joke Stormer (36) heeft de laatste zes jaar alle Utrechtse instellingen op het gebied van psychische hulpverlening van binnen en vooral van buiten gezien. Het begon ooit met een behandeling tegen stressvrees. De GG en GD, de SPD. De gesloten afdeling van het Academisch Ziekenhuis, de psychiatrische afdeling van het

nieuwe Overvecht. Zou en Schied in Amersfoort, het IMP. De particuliere psychiater, de huisarts. Een aantal politiebureaus en het wijke gezondheidscentrum. En, steeds weer, het crisiscentrum.

Uit het verhaal van haar vrienden wordt niet duidelijk of ze wist wat ze precies wilde. Ze zocht hulp, dat staat vast. Ze vocht zich keer op keer naar binnen en werd overal weer naar buiten gezonden. In haar lezing, verteld door haar vrienden, telkens van het laatste naar de muur. En altijd met afspraken waar ze niet mee uit de voeten kon of die, in haar ogen en die van haar vrienden, werden geschonden. Ze was ongetwijfeld een lastige patiënt, die het stichten van een brandje of het ingooien van een ruit niet schuwde om aandacht te vragen.

Ze dreigde bovendien onophoudelijk met zelfdoding, ook tegen haar vrienden. Ook, eenmaal, bij de Volkskrant. Heel wat (schijn)pogingen heeft ze ondernomen. En toen het

eenmaal zo ver was, stuurde het twee weken voordat ze gevonden werd.

Waar het haar vrienden om te doen is, en wat hen bracht tot het zinnetje in de overblijfsadvertentie, is dat iemand zodanig in de „standaardhulpverleningsmolen“ kapot kan draaien en daartegen blijft vechten, dat er geen energie meer overblijft om aan zijn of haar herstel te werken. Een van hen vervat de kritiek als volgt:

„Nergens hebben ze haar zo serieus genomen als wij, terwijl zij ervoor zijn. Als wij de professe in huis hadden gehad, zou het met echte aandacht misschien wel gelukt zijn. Wie bepaalt op grond waarvan dat iemand onbehandelbaar is en heeft vervolgens zo'n invloed dat alle andere hulpverleners zich daarnaar gedragen. Daar gaat het ons om.”

Jaap Schravessande, algemeen directeur van de RIAGG stad Utrecht, probeert er een antwoord op te formuleren. Er is

lang en veel vergaderd over Joke Stormer. „We hebben alles uit de kast getrokken wat er was.” De conclusie was niet verder helpen.

„Je mag eigenlijk nooit zeggen: we bieden geen hulp meer. Maar er zijn gevallen dat hulp een contra-indicatie is die de zaak erger maakt. Joke was het type dat hulp wilde en tegelijkertijd niet wilde. Zodra ze dan hulp kreeg, zette ze zich er weer tegen af. Zo'n type hebben we eigenlijk nooit meegemaakt.

„Haar dood heeft ook ons geschokt. Wij hadden nog gehoopt dat het niet verder zou afglijden. Hadden gehoopt dat klinische behandeling nog zou helpen. Wij zullen als RIAGG's zeker de discussie weer opnemen over de risico's die je neemt bij de beslissing over wel of niet opnemen en wel of niet behandelen. Maar ik ben het niet eens met de advertentie. Wij moesten deze conclusie wel trekken na de vreselijke lijdensweg die wij en de medewerkers in dit geval ondervonden hebben.”

Volkskrant 210886

REACTIE OP DE BIJDRAGE VAN H. Heijs in Open Forum van 23-8-1986

Titel: De voorwaarde tot echte hulpverlening is het onbevooroordeeld luisteren naar wat de cliënt zegt;(Alfons van Steenwegen).

Ik heb veel waardering voor het feit dat H. Heijs zijn nek enigszins heeft willen uitsteken in zijn bijdrage aan Open Forum van 23-8-1986. Niettemin brengen zijn opmerkingen naar aanleiding van rampzalige incidenten in de eerste opvang van mensen met psychische problemen, mij tot enkele kanttekeningen.

Mijn bezwaren (-ik houd me al iets minder in-) naar aanleiding van zijn stukken betreffen ten eerste de toon ervan, ten tweede de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en ten derde de impliciete opvattingen over de taak van beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg die ik in zijn bijdrage meen aan te treffen.

Ten eerste de toon: natuurlijk moet er in de hele geestelijke gezondheidszorg -en niet alleen in de RIAGG's- "vrijwel continue discussie zijn of het beter kan en (-of er ?) meer voorkomen kan worden." Wat een open deur !

Dat geldt ook voor de bestrijding van tandbederf of de altijd verraderlijke lintworm. Waar het om gaat is dat hulpverleners in een sector waar zowel publiek als overheid graag omheen lopen, geconfronteerd worden met tragische voorvallen, waarvan nog uitgemaakt zal moeten worden of het incidenten zijn. De suggestie dat cliché's als "Waar gehakt wordt vallen spaanders" als excuus kan gelden moet vermeden worden en de opmerking dat het optreden van een hulpverlener niet alleen mag worden getoetst aan het -soms fatale- gevolg van zijn optreden doet denken aan zo'n excuus: is het H. Heijs bijvoorbeeld onbekend dat in de geneeskunde een fataal gevolg van een medisch ingrijpen vrijwel routinematig wordt getoetst door middel van een lijkschouwing ? Verder stelt Heijs in dit verband dat hulpverleners (-en hun cliënten, slechts 10 tot 20 % van de opnames in Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen komt onvrijwillig tot stand-) "op safe" kunnen spelen, en "eerder en meer" dan uit het oogpunt van het beleid van voorkomen van opnames gewenst en eigenlijk nodig (?) is" kunnen besluiten tot opname !

Foel ! Wat zijn die hulpverleners en hun cliënten toch dom dat ze het zekere voor het onzekere nemen (-in de rest van de gezondheidszorg is dat zo ongeveer een kwaliteitscriterium-) en zich niet realiseren dat in de psychiatrie kennelijk andere wetten gelden.

Deze kanttkening leidt tot de volgende:

de overheid heeft met de stimulering van de RIAGG-formatie beoogd om een geïntegreerd circuit van tweedelijns-voorzieningen tot stand te brengen. De invloed van -weinig representatieve- cliëntengroeperingen (de "belangenorganisaties" in de bijdrage van Heijs) werd vervolgens ge- of misbruikt om aan de nieuwe rechtspersonen, de RIAGG's, een bezuinigingsdoelstelling mee te geven, ideologisch verpakt als de "opnamevoorkoming", in het stuk van Heijs een "hoofdopdracht" voor de RIAGG's.

Het is logische flauwekul om als overheid enerzijds continuïteit van zorg te bevorderen en om anderzijds dat tegen te werken door tussen tweede- en derdelijn drempels in te bouwen door de tweede lijn op te zadelen met een tot behandel doelstelling verheven bezuinigingsitem als "opnamevermijding". Terloops moge overigens vermeld worden dat het aantal opnames in APZ'en de laatste jaren alleen maar toegenomen is. Erger is dat de RIAGG's in hun effectiviteit mede beoordeeld worden op basis van dat ideologische criterium; het is toch te gek dat behandelaars of instituten mede beoordeeld worden op hun vermogen om zich te isoleren van andere échelons. De integratie in de tweede lijn is een groot goed; afstemming tussen tweede- en derde lijns-functies is nog belangrijker en zou niet belemmerd moeten worden op basis van ideologische vooringenomenheid of professionele zelfoverschatting: we weten wel veel in de geestelijke gezondheidszorg, maar weinig zeker. Het voordeel van de twijfel dat instituten en beroepsbeoefenaren dikwijls voor zichzelf opeisen zouden ze ook meer aan hun cliënten moeten gunnen: wanneer U het niet weet, verwijs dan ! De voornaamste doelstelling van elke behandeling is het verminderen of voorkomen van klachten. Andere doelstellingen moeten kritisch bekeken worden: uiteraard kan en moet rekening gehouden worden met extern opgelegde bezuinigingen, doch het verschaffen van een inhoudelijke of organisatorische rationalisatie voor een -zelfs redelijke- bezuinigingsdoelstelling van de overheid behoort niet tot de taken van hulpverleningsorganisaties. Evenmin behoort de hulpverlening zich bezig te houden met het transformeren van utopieën tot volksoopvoeding: de cliënt moet niet gebruikt worden als lesmateriaal voor hulpverleners die afwijkend gedrag vanuit slechts een referentiekader wensen te bezien: voor een patiënt is wetenschappelijke reductie van zijn subjectieve ervaring dikwijls een belediging.

"Last but not least" nog een citaat van Heijs: "een persoon kan erop staan om opgenomen te worden, terwijl de hulpverlener van mening is dat een opname ongewenst of onnodig is. In een dergelijke situatie is de kans aanwezig dat de cliënt een opname zal forceren. Vaak gaat het om een bekende en weet men dat voorafgaande opnames niet of nauwelijks baat hebben opgeleverd. Ook hier zal de hulpverlener van de 24-uursdienst in moeten schatten hoe groot de kans op gevaar is. Neemt hij op, dan is de cliënt wellicht tevreden, maar de opname wordt vaak na enkele dagen weer beëindigd".....

De geestelijke gezondheidszorg, zowel de ambulante als de klinische kan evenmin (?) garanties bieden dat iemand met psychische problemen geheel of gedeeltelijk genezen wordt."

Dit is mijn belangrijkste bezwaar: kennelijk kan de slimme hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg op basis van zijn kennis de domme hulpvrager die alleen verstand heeft van zijn narigheid beslissend overstemmen.

Laat het hier dan eens heel duidelijk gezegd zijn: psychiatrie, psychologie, sociologie, pedagogie en adragogie zijn zeer jonge kennisgebieden die de naam "wetenschappelijk" niet of nauwelijks verdienen. Hulpverleners die zich niettemin aangetrokken voelen tot het praktisch toepassen van wat ze uit deze gebieden (niet zeker) weten, past bescheidenheid. Heijs zal toch wel weten dat juist de "bekenden" van de G.G.Z. een voorname risico-groep vormen en dat het adagium "wie het zegt doet het niet" voornamelijk een kreet is waarmee jeugdige beroepsbeoefenaren zichzelf geruststellen ?

"Ronduit" verbijsterend is het dat de vraag of opname gerechtvaardigd is mede afhankelijk wordt gesteld van het feit dat vorige opnames "niet of nauwelijks effect hebben gehad". Wat een naïeve overschatting van het cure over het care aspect !

Volgens welke normen effect ? Mogen alleen de beste leerlingen van de klas naar het APZ, zoals vroeger alleen de upper middle class voor de echte psychotherapie in aanmerking kwam ?

Ik hoopte dat de RIAGG's dat elitaire standpunt achter zich gelaten hadden.

Moeten we mensen met een asthma-aanval laten stikken, omdat de kans op recidief vrij groot is ? Laten we iemand die in het water ligt verzuipen, omdat hij bij vorige gelegenheden een zwemcursus heeft geweigerd ? Geven we iemand die in een depressie om de dood vraagt een spuitje, terwijl we weten dat hij al enkele malen hersteld is van een melancholie ?

Nogmaals: hulpverleners weten veel, maar niet zeker. Dat behoort te leiden tot een houding waarin de cliënt altijd het maximale voordeel van de twijfel krijgt; niet om geheel verlaten, doch in het volledige bezit van zijn zelfbeschikkingsrecht te verrekken, doch wel om, desnoods mopperend en verre van dankbaar, tussen behandelaar en jurist in, niettemin te leven.

De hemel behoede ons voor defaitisten en idealisten

Elke man een Marokkaan

In de geestelijke gezondheidszorg wordt aangenomen dat de problemen van Marokkanen, Turken en de vertegenwoordigers van andere etnische minderheden voor Nederlandse psychiaters en psychotherapeuten moeilijk te begrijpen zijn. De klachten en kwalen van deze patiënten - rugpijn bijvoorbeeld, of geesten zien - zouden verhullen wat hen werkelijk dwarszit. Wat zit hen dan dwars? In de boeken en brochures over dit onderwerp wordt uitgelegd dat deze 'allochtonen' bijzonder gevoelig zijn voor gezichtsverlies, en dat gezichtsverlies de oorzaak is van veel psychische aandoeningen. Vrees voor hetzelfde gezichtsverlies zou de patiënten ervan weerhouden om direct mee te delen wat er aan de hand is. De patiënt zegt dus niet dat hij bij een poging tot overspel impotent bleek, maar hij klaagt over steken in het hoofd. De patiënt deelt niet mee dat hij een flater slaat nu hij niet in meer in staat is geld over te maken naar zijn oude moeder in Marokko, maar hij eist een uitgebreid bloedonderzoek. Voorts wordt erop gewezen dat deze buitenlanders het erg vreemd vinden dat zij bij Riaggs en dergelijke hun problemen aan geheel onbekende personen moeten toevertrouwen om vervolgens op een wachtlijst te worden geplaatst. De hulpverlener wordt geadviseerd om met de grootste voorzichtigheid met deze gevoeligheden om te gaan.

Dit advies is natuurlijk juist. Het zou echter niet alleen op buitenlandse mannen moeten worden toegepast, maar ook op Nederlandse. Want zomin als Turkse en Marokkaanse mannen openlijk zullen toegeven dat zij gezichtsverlies geleden hebben, zomin doen Nederlandse mannen dat. En ook Nederlandse mannen ervaren het als een vernedering om aan een onbekende te moeten vertellen dat zij inderdaad regelmatig teveel alcoholconsumpties gebruiken en dat hun vrouw meer dan vriendschappelijke contacten met de buurman heeft aangeknoopt. (Voor de buitenlanders is een gebrekkige kennis van het Nederlands in dit opzicht een groot voordeel; Nederlanders zijn vaak zo verstandig dergelijke informatie in een eerste gesprek ~~—~~ achterwege te laten.) Mannen die het tegenzit lijken op elkaar, mannen die de wind mee hebben kunnen zich permitteren te verschillen.

Wie een Nederlandse man met rugklachten op het spreekuur ziet zal echt niet te horen krijgen: 'Ik ben altijd een nogal lui persoon geweest en ik kan me heel goed voorstellen dat men een klaploper als ik niet tot ~~chef~~ benoemd heeft'. Hij hoort wel: 'Ik heb me altijd voor de volle honderd procent ingezet, maar nu kennen ze me ineens niet meer.'

Lmp

—
gewoon
maar

Nederlandse mannen zijn eventueel bereid om diep-ongelukkig te worden wanneer zij maar een beleidsfunctie kunnen krijgen, of een managersfunctie - in ieder geval een functie waar vergaderingen aan te pas komen en die iets van gewichtigheid uitstraalt. Krijgen zij deze baan niet, dan zijn zij in staat gecompliceerde lichamelijke en psychische klachten te ontwikkelen, waarin het oorspronkelijke probleem nog maar moeilijk te herkennen is.

In publikaties over buitenlanders wordt regelmatig het specifieke belang van de familieband genoemd. In Nederland zou die band ontbreken. Van dit laatste heb ik nooit iets kunnen merken.

Mannen willen zich diep in de schulden steken om een huis te kunnen bewonen dat hun moeder zal doen zeggen: 'Ik kan wel zien dat jij het heel ver geschopt hebt!' Jongere broers kopen grotere auto's dan hun oudere broers in de hoop eindelijk door vader op waarde geschat te worden. Men is bereid met een ongezellige vrouw te trouwen om moeder een plezier te doen (of juist om haar te plagen).

Talrijk zijn de mannen die voor hun ouders natuurkunde, medicijnen of theologie gingen studeren, terwijl zij 'eigenlijk' violist hadden willen worden in een zigeunerorkest.

De drang om gewichtig te lijken en de levenslange gebondenheid aan de familie vindt men niet alleen bij buitenlanders en niet alleen bij mannen die de psychiater bezoeken. Kijk maar om U heen.

Kees van der Velden

Medical Detectives

Alfred Lange

Voorwoord

In verschillende publicaties heeft onze vriend Hoogduin de laatste tijd gewaarschuwd voor al te snelle concludering dat bepaalde somatische klachten psychogeen zouden zijn (Hoogduin, 1986; Hansen, Raymakers & Hoogduin, 1986). Zelf heb ik tien jaar geleden over dat thema op bescheiden wijze al iets op papier gesteld (Lange, 1976).

Berton Roueché is een Amerikaanse journalist die is gespecialiseerd in medische gebeurtenissen. Merkwaardige epidemieën, of vreemd verlopende ziekteprocessen worden door hem met behulp van interviews onderzocht. De resultaten van zijn spitwerk zijn weergegeven in twee bundels ('The Medical Detectives'). De meeste van de verhalen daarin zijn boeiend en interessant voor elke hypochonder. Twee verhalen in Vol.II verdienen hier extra aandacht omdat het daarin gaat om psychiatrische misdiagnoses bij ernstige somatische aandoeningen. Ik ben zo vrij geweest deze voor het TDT te copiereën en ze u in de volgende pagina's ter lezing en commentaar aan te bieden. Graag vraag ik excuus voor de minder fraaie lay-out die het geheel na copieren heeft gekregen.

Referenties

- Hansen, A, M.J.Raymakers & K.Hoogduin (1986), Hyperventilatie en somatische aandoeningen. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 12 (1).
- Hoogduin, K. (1986), Hypnotherapeutische behandeling van een patiënt met verlammingen. *Directieve Therapie*, 6 (1), 77-78.
- Lange, A. (1976), Het gevaar van het etiket 'psychiatrisch patiënt' en somatische oorzaken voor psychische verschijnselen. *Directieve Therapie*, 3 (5), 17-21.
- Roueché, B. (1986), *The Medical Detectives, Volume II*. Washington Square Press, New York.

19
In. B. Roueché (1986),
The Medical Detectives, Vol. II
Washington Square Press,
New York.

CHAPTER 23

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

A LITTLE PAST FIVE O'CLOCK ON THE AFTERNOON OF OCTOBER 11, 1978, a young black woman shuffled on the arm of a friend into the emergency room of Alvarado Community Hospital, in San Diego, California, and asked to be admitted for psychiatric help. Her name, she said, was Sheila Allen, her age was twenty-four, and her complaint (as later interpreted and standardized and noted on her chart) was "bizarre behavior, with looseness of thought associations and severe depression associated with suicidal thoughts." She was admitted after a brief examination to the psychiatric wing, and made comfortable there in a double room. The following day, and for several days thereafter, she was examined, tested, and variously observed. The results of these evaluations were inconclusive, and on October 16th a member of the psychiatric staff named Robert Brewer was appointed attending physician.

"I went in to see her after rounds the next morning," Dr. Brewer says. "She was sitting on the edge of the bed—sitting there with the help of a nurse. She was tall, with a beautiful figure, a beautiful face, and beautiful, wide-apart eyes. She was also pathetic. She didn't seem to have any

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

strength at all. She couldn't walk. She could hardly sit up. She could hardly lift her arms. I introduced myself and made some getting-acquainted talk. I took her history and did a routine physical and checked her mental status. She was just as weak as she looked. She was well oriented and alert. There was some evidence of conversion hysteria. I finished up with a lot of history and a lot of problems, but no strong impressions in any direction. I was inclined to go functional, but not entirely. I did a residency in neurology, and I always try to keep the organic possibility in mind. I started thinking 'multiple sclerosis.' Her age, for one thing, was right. Multiple sclerosis is a young-person's disease. But I'm a listener. I think that if you listen long enough your patient will usually tell you what the trouble is. So I asked her what she thought was her trouble. She said, 'I'm a kook.' I said maybe so, but before we go that road—I'd like you to see a neurologist I know. She almost blew up. I think she might have hit me if she'd had the strength. She said, 'I don't want to see a neurologist. I've seen a dozen neurologists. I'm a kook. I'm in the kook hospital. I want you to fix up my kookiness.' But I wasn't convinced. And that afternoon, I called Fred Baughman, the neurologist I had in mind."

I met Sheila Allen in the spring of 1983, some five years after that pitiful outburst. We met, by prearrangement, in San Diego, in the office of Dr. Brewer's neurological colleague Dr. Fred A. Baughman. She looked good—the picture of health, and beautiful, and entirely free (if she had ever been otherwise) of kookiness.

"Oh, I was," she told me. "I was a kook. I had to be, after what I'd been through. If a person can be driven crazy, that was me. But, of course, I wasn't really crazy. I was simply in despair. I had been sick for so long—for almost four years. I was getting sicker and sicker. I was almost helpless. I went to Alvarado Hospital because I couldn't think of anything else to do. I had finally given up.

"I don't know when my trouble actually started. I mean,

THE MEDICAL DETECTIVES

it came on so innocently. I guess it began in Dallas some time in 1974. No, I'm not from Dallas. I was born in the Chicago area—in Maywood, Illinois. But when I was fourteen, my parents moved to Los Angeles, and I went to high school there. I ran track, and I was a cheerleader. I've always liked sports. I've always loved to run and dance and bike and everything like that. I went to Cal State, at Northridge, for a year, and I studied physical education. I went to Dallas because I wanted a change. There were no problems at home or anything like that; I just wanted a change. I got a job at a Sears store, demonstrating cosmetics. Then a friend told me that Braniff was hiring flight attendants. I had an interview, and they hired me and sent me to their school—six weeks of emergency procedures, first aid, posture, grammar, how to prepare the meals. I was based in Dallas, and I flew every stop to Chicago and sometimes to New York—all over. I think March of 1974 was when the trouble first began. I was out dancing one night, and my legs gave out on me. I mean, I fell down. But I was able to get right up; and I said it was my high heels. That's what I thought. So I went to lower heels, and then one night it happened again. It was just like the first time. I was able to get right up and go on. Nobody seemed to think anything of it. So I wasn't really worried. But when I had my regular Braniff physical in August, I mentioned it to the doctor. He gave me an extra careful checkup, and passed me. He said I was in great shape. He said I was probably just tired—too much standing. Well, flying is all standing. You hardly ever sit down on a flight. So that made sense. But then my legs began to hurt. I wasn't just tired. I also *hurt*—at the end of a flight, or walking through the airports. Like O'Hare. Or, especially, Dallas. You know how big it is. We were always having to walk from Gate 1 to Gate 22. My legs would cramp. It was a real tight pain. I would have to sit down and rest for a couple of minutes. Then I'd be all right. But all of the girls were always complaining about being tired, so I still didn't think so much about it. Until it began to affect my

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

arms. Just lifting two trays, and my arms would begin to tremble. It seemed like they didn't want to hold. Even a coffee pot was almost too much for my strength. I tried to get more sleep. But I just got tired and tired. And I began to almost miss flights because I had to sit down so often along the concourses and rest. So what I did was just get up earlier. If there's one thing I've got, it's will power. I drove myself as hard as I could. But I was getting worried now—real worried. I went to a doctor one of my friends knew. He said take it easy. Stop driving myself so hard. He gave me a prescription for Valium.

“That would have been around the end of 1974. I thought maybe I wasn't eating right. It's hard to eat right when you're flying. All too often after we have served the passengers their lunches or dinners there wouldn't be any food left. Most of the girls carried candy bars for those emergencies. I carried what I called my survival package—tuna fish and peanut butter and crackers and raw carrots and lots of vitamins. A lot of the girls recommended a shot of bourbon at bedtime. I tried that, and it was all right, but I couldn't see that it helped me any. I had to realize that my tiredness was different from the other girls'. So finally—I think it was in October, or maybe November, of 1975—I tried again. I went to an orthopedic specialist. I told him about my legs, how weak they were—and my arms. He looked me over; he was very thorough. But he couldn't find anything wrong. He said it was probably my job—the standing and the stress and all that. His advice was to quit, to take a leave or something. But I *loved* flying. I loved my job. And I loved the money. I had a little Opel GT sports car. I had a nice apartment. I had a wonderful life. So I kept on working—getting to the airport early enough so I could make it to the gate, and getting back home late—and resting every chance I got. I stopped talking about my problems to the other girls. I didn't want them to say anything. I wanted to keep my job. But I was only fooling myself. It was just too much for me. In February of 1976, I asked for a vacation, and they gave me three

THE MEDICAL DETECTIVES

weeks' leave. I went to my favorite place—to Hawaii. I relaxed and rested and tried to enjoy myself. The three weeks went by, and I was the same as always. I just didn't have any strength. I went back to Dallas and gave my two weeks' notice. I said I had personal problems. Which was true enough. My sister Enid flew in from L.A., and drove me home in my little Opel—back home to my parents.

"It's hard to explain just how I felt. I was worried about feeling so tired and weak. But I still really thought it would go away. I still really thought I'd get better. Anyway, I couldn't just sit around the house. That isn't my way. I went out and got a job—two jobs, as a matter of fact. I got a daytime job demonstrating cosmetics again. I worked in various stores doing makeup. And at night I worked as a cocktail waitress in a club. I suppose that was kind of foolish. Because I had the same old trouble—the same problem with trays, the same problem with all the standing and walking. I had to wear heels at the cocktail job, and, of course that made things that much worse. Every now and then I dropped a tray. I could tell when it was coming on—I'd think, There goes the tray. The other waitresses dropped things, too. But they only dropped a glass or something. I dropped the whole tray. But the boss was crazy about me. That made everything O.K. This was in the summer of 1976. But finally the boss got to be too much for me. I had to quit. I had already quit the cosmetics job. Two jobs were too big a load for me, and the cocktail job paid better. When I quit that, I got a daytime job as a hostess in a restaurant at the beach. I guess I knew by then that there was something really wrong, but I wanted to work. I missed the airline income. It's hard to change when you get used to a certain level of living.

"When I first came home to L.A., I had gone to the family doctor. He couldn't find anything wrong with me. Then I met a chiropractor at a party and told him my problem. He checked me out, and couldn't find anything wrong, either. He referred me to a woman psychologist. She gave me an I.Q. test. That only told her that I was bright. So she gave

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

me another test. And then another. She never seemed to try to think anything out—she just kept giving me tests. I decided she was a waste of time and quit. I also quit my hostess job. I had to—I was getting weaker every day. Everything I did hurt. It hurt to comb my hair. My arms were so heavy and weak. It was hard for me to drive my car. Once or twice it was really frightening. I'd try to brake or something, and my foot wouldn't move. One Sunday afternoon I took my little three-year-old niece to the park. When we were driving home, a traffic light up ahead turned red and I started to brake and I couldn't lift my foot. Oh, my God! I thought. I'm going to kill us both. I told my niece to get down on the floor. I hung onto the wheel and we sailed across the intersection. Thank God, there was nobody coming. I don't know how I ever made it home. That was the last time I drove. I was at home now all the time. But I had problems even there. I don't know how many times my legs gave out and I fell down the stairs. They were carpeted, thank God. So I wasn't hurt much. That was going down. Climbing the stairs, I practically had to crawl. My mom was a problem, too. She kept saying I was just trying to upset her. She didn't really mean that. The real reason was that she couldn't bear to think there was something wrong with me. And my sisters. We would be getting ready to go out somewhere, and it took me so long to get ready they'd go off without me. I got so I was crying a lot. I'd try to pick up a glass, and my arm would go limp. And I'd say, 'Oh, no!'—and fall into a chair and just cry.

"But I still hadn't given up. When I quit going to that woman psychologist, my chiropractor friend suggested I see a psychiatrist. I was going out with him some, and he was really trying to help. He was convinced that my trouble was psychosomatic. I didn't know what to think. Some days I was better, and some days I was worse. Some days I could get dressed and go out and everything was almost like normal. Then the next morning I couldn't even fix breakfast. I had a drawer full of prescriptions—Valium, Elavil, Equanil,

THE MEDICAL DETECTIVES

all those drugs. Every doctor I went to see prescribed something. I tried them all, and I couldn't see any difference. I couldn't see that any of them helped. So I went to a psychiatrist. He was a white guy. Some of the doctors I'd seen were white. Some were black. Anyway, I went to this psychiatrist once a week. We talked. We went over everything I'd been told by all the others. He said I must face it. I had a psychosomatic problem. I liked him; he was a nice man. He made me feel better about myself, which helped. But I didn't really believe what he said. Then I had my family—my mother and my brother and my three sisters—on me. They made it perfectly plain. They said I was crazy. I said to myself that *they* were crazy.

"About that time, in December of 1976, I met a nice guy from San Diego. He was a big guy—six foot six and two hundred and seventy pounds. His name was Ira Watley, and he had been playing offensive tackle for Miami. He'd just got cut. He was going back home to San Diego, and he suggested I come with him—get away from my family. He knew they were driving me nuts. I thought about it. Then one morning I woke up and I almost couldn't get out of bed. But I made it and started down to breakfast, and fell. I fell all the way down the stairs. I didn't know whether I was hurt or not. I hurt all over anyway. I must have looked awful, because my mother helped me up and took me to the emergency room of a hospital a few blocks away. There was a young doctor on duty. He examined me and everything—my arms and legs and all. He said to wait, and went away. He came back with a textbook and he stood there studying it. Then he said, 'I would think you might have myasthenia gravis, but the symptoms aren't right. Myasthenia gravis starts with the eyes and face, with drooping eyelids, and trouble swallowing. You don't have that.' He said he thought I ought to see a psychiatrist. He gave me a prescription for Elavil.

"That made up my mind. I went to San Diego with Ira. He was working, so he could take care of me. He was really

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

understanding. He wanted to get married. I didn't think so, not right then. But I was feeling a little better and getting a little restless. I wanted to do something. Ira suggested I go to school—to a business college he knew about. So I enrolled. That was in February, 1977. But it was the same old story. I wasn't really any better. The school was on the second floor—a walkup—and those stairs were too much. I would go late so people wouldn't see me struggling. It was one step and rest, another step and rest. Some days I could go three steps without resting. I was taking typing. And finally I couldn't do it. I couldn't hold my arms. It was a three-month course, but I never finished it. After that, I just stayed home. Except to go to the doctor. I had already seen a couple of doctors in San Diego. One was a regular internist. The other was a neurologist. They were like all the rest, psychosomatic, Valium. But Ira kept pushing me to keep trying to get some help. I even went to a doctor in La Jolla who tried to hypnotize me. I wouldn't hypnotize, and that frustrated him. He told me I didn't want to get well. Then I tried an orthopedic surgeon. He asked me to lift my arms. I couldn't do it. He stomped out of the room. He said he couldn't help me because I wouldn't cooperate. Then I tried another psychiatrist. I had four or five visits. The psychiatrists and the psychologists were all alike. What did your last doctor say? I see. Well, I agree. Psychosomatic. I'm going to give you a prescription for an antidepressant. Some of them started with my childhood. Some started now and worked back. I told them I had a normal childhood—a normal middle-class childhood. I told them I didn't hate my parents, and they didn't hate me. They were loving parents. The psychiatrist I went to four or five times, he saw Ira when Ira brought me to his office. I told you Ira is a very big man. So this doctor had a new idea. He asked me if Ira beat me.

"I started getting completely worse in June—June of 1978. Ira was away. The Winnipeg Blue Bombers had signed him on, and he was training up there in Canada. He

THE MEDICAL DETECTIVES

had arranged everything before he left. He had his father come over and look after me. He sent me his check every week, and one of his friends—Frank or Drake—would take me to the bank and to the supermarket or wherever. Frank was very sympathetic. He had been in Vietnam and had had a hard time there, and he'd had some therapy. He persuaded me to try the state mental-health center. I joined their group-therapy class. I went for a while. But the classes were kindergarten stuff, and I wouldn't take the drugs they offered. Elavil was one of them, and it actually seemed to trigger more weakness. It seemed to actually loosen my muscles. I had some bad experiences even without drugs. I'd sit down in a chair, and when I wanted to get up I couldn't. I'd have to wait for Ira's dad or somebody to help me. It got so I was afraid to cook. I remember one afternoon I had some vegetables on the stove. I left the kitchen and fell, and I couldn't get up. I just lay there smelling them burn. The house was full of smoke when Ira's dad came in and turned off the stove. It was an awful feeling. I wasn't good for anything. I used to sit and meditate and pray. I'd fix my mind on, say, fishing or shopping, and try not to think of anything else. I did a lot of praying. I'd say the Lord's Prayer over and over and over. It helped me, I think. I prayed in bed in the morning, too. I kept a Bible by the bed. In the morning, when I woke up, I'd read or pray, and finally I'd have the strength to get up. One morning, I couldn't comb my hair. I didn't have the strength. I finally had to lay my head on the sink, and that way I could use my arms a little. There was another time Drake and his brother Lee took me fishing with them out on the park dock. After a while I went to the bathroom. I sat down on the toilet, and I couldn't get back up. Nobody came in. I yelled and yelled, and finally Lee came in and got me out.

"I think that was about the last time I went out anywhere. I knew I was reaching the end of the line. My muscles were getting weaker and weaker. I had to rest more and more. I knew that pretty soon I'd be helpless. I had to do something

THE HOOFBEATS OF A ZEBRA

before it was too late. I decided my only hope was to get hospitalized. And I knew the best way I could get hospitalized was to talk depression and suicide. That was one thing I'd learned from all those psychologists and psychiatrists. The hospital I picked was Alvarado Community Hospital. It was the nearest one to Ira's apartment. I got Frank to drive me there, and he had to practically carry me into the emergency room. I told my story, and they took me in. I remember the date. I remember it very well. It was Wednesday, October 11, 1978, late in the afternoon. But the date I really remember is the following Wednesday, October 18th, around noon. That was the day I met Dr. Baughman. He came into my room and looked me over and told me what my trouble was. I had myasthenia gravis."

"Well, yes," Dr. Baughman told me. "It was almost as quick and easy as that. I was pretty sure the minute I saw her that her trouble was myasthenia gravis. The only other possibility was amyotrophic lateral sclerosis, and she was much too young for that." Dr. Baughman is a slight, wiry man of fifty, with a bang of sandy gray hair and a wide, warm, country-boy smile. He was smiling now. "But it wasn't magic. Myasthenia gravis is a special interest of mine. I trained at Mt. Sinai, in New York, and Mt. Sinai has a rather famous myasthenia-gravis research laboratory. Some important work has been done there. So I learned about myasthenia gravis early, and it is always on my mind. There is a saying about diagnosis—about why doctors often fail to recognize one of the less-common diseases. It goes: When you hear hoofbeats, you don't necessarily think of a zebra. I recognized the hoofbeats of a zebra. That was my only magic. I won't say myasthenia gravis is a common disease. But it isn't a rarity, either. The national occurrence rate is one in twenty thousand. I see my share—because I'm a neurologist and because I'm aware. I average three to five *new* cases a year. Women seem to be more susceptible than men—particularly young women. Myasthenia gravis is a

good descriptive name. The 'my' refers to muscle, and 'asthenia' comes from the Greek for weakness. It isn't as gravis—as serious—a disease as it once was. It was first described in the seventeenth century, and it was named around the end of the nineteenth century, and in those days and up until the middle nineteen-fifties it was very often fatal. There is a treatment now. But, of course, it can't be treated if it isn't diagnosed. That's the problem. In that respect, Sheila was a classic case.

"I remember my first look at Sheila. Bob Brewer had called me and said he had some doubts about a psychiatric patient at Alvarado and would I take a look. So the next day I went up to Four South when I finished my regular rounds. The first order of business is the visual impression. And oh, Lord! She was pathetic—truly pathetic. She was lying in bed and not exactly crying—sort of whimpering. There was a feeling of just hopelessness. Her beauty made it all the worse. I knew the moment I saw her that there was a profound generalized muscle weakness. I called a nurse, and we got her sitting up. She tried to help, but it was a genuine, real weakness. Nothing functional about it. Her face was normal, and so was her speech. There was a slight nasal character, but not much. I had the nurse get her to her feet and walk. It was a definitely abnormal gait; it was a waddle. That indicated a hip-girdle weakness. We have a scale of evaluation. It begins at zero, then trace, then poor, then fair, then good. Sheila's hip and shoulder girdles were poor to fair. Her body and feet were in the good range. The weakness was symmetrical, and there was just no question about it. I knew her history, and I didn't believe a word of all those psychiatric evaluations. This was a serious muscle disease.

"It's sad to think how close she came to an early diagnosis. I'm thinking of that young doctor up in Los Angeles. He suspected myasthenia gravis, but he made the common mistake of going entirely by the book. The books all emphasize that the presenting symptoms are drooping eyelids, facial weakness, and palatal weakness—difficulty in speaking.

The classic teaching requires the presence of one or more of those symptoms for a diagnosis of myasthenia. I had one patient who was referred to me by an ophthalmologist. A man had come to him complaining that he was losing his eyesight. The ophthalmologist recognized that the cause of his failing sight was the drooping eyelids of myasthenia gravis. I wish the textbooks were a little less rigid. But the fact is that a mere suspicion of myasthenia is enough, because there's a quick and easy diagnostic test that is almost entirely reliable.

"Myasthenia gravis is a fundamentally mysterious disease. I mean the basic cause is unknown. It is generally thought to be one of the several autoimmune diseases—the consequence of some disturbance in the body's immune system. Antibodies appear in the blood that interfere with the supply of a substance called acetylcholine, which mediates neuromuscular function. I'm putting a highly complicated process in very simple terms. The result of this inhibition is a weakness much like the weakness induced by the poison curare, and the treatment of myasthenia gravis has derived from an understanding of curare intoxication. The site of the physiological defect in both curare poisoning and myasthenia gravis is the neuromuscular junction. In the absence of acetylcholine, the muscular response very rapidly decreases. A period of rest will, at least for a time, restore sufficient acetylcholine to allow for normal function, but only for a limited time. Then the weakness returns. Drugs have been developed that are antagonistic, in varying degrees, to the substance that inhibits acetylcholine. One of these anti-cholinesterase agents is involved in the diagnostic test for myasthenia gravis. Tensilon—or, generically, edrophonium chloride—has the power to restore almost normal muscular function almost instantly, in a matter of moments. Its effect lasts only moments, but a positive response to Tensilon is diagnostic of myasthenia gravis.

"Tensilon was developed at Mt. Sinai in 1952, and I've used it many times. The effect is always startling. I gave

Sheila the usual dose—ten milligrams, injected intravenously. I waited a moment, and then checked her arm strength. There was resistance to pressure—maybe eighty to eighty-five per cent of normal. So I asked her to get up and walk. She said, 'You know I can't walk.' I told her to try. She gave me a doubtful look—and sat up. Then she stood up. Then she walked across the room. It was a miracle. It's always a miracle, but this was one of the most miraculous. I'll never forget the look on her face. She was dazed. She was stunned. The tears were running down her cheeks. I felt the way I always do when I see that miracle happen. I felt—I don't know—almost godlike. Then she began to give out. I helped her back to bed. She collapsed. It was all over."

Sheila Allen was discharged from Alvarado Community Hospital on the morning of Thursday, October 26, 1978. That was fifteen days after the day of her admittance and eight days after her dramatic noonday meeting with Dr. Baughman. In the course of those eight days, she was introduced to another, and more durable, anti-cholinesterase agent called Mestinon, and an effective dosage (one sixty-milligram tablet every four hours) was determined. Tensilon is of only diagnostic value. The discharge summary noted: "Discharged to out-patient treatment, to be followed by Dr. Patricia Marrow for supportive psychotherapy (in adjusting to the presence of a chronic debilitating illness) and by Dr. Fred Baughman for control of myasthenia gravis." Her condition, the summary added, was "markedly improved." It was, indeed. The friend who had helped her into the hospital was there to meet her on her departure. She was pleased by his thoughtfulness; she was glad to have his company, but she didn't need his help. She walked out of the hospital with the easy gait of any normal twenty-four-year-old woman. She was, for all practical purposes, a normal young woman, and two weeks later, in early November, she was leading a normal life. She had a job demonstrating cosmetics at a San

Diego department store, and she was attending evening classes at a school for real-estate brokers.

Dr. Baughman saw Miss Allen at his office soon after her hospital discharge, and once a month thereafter. At their December meeting, on December 5th, he noted that her response to Mestinon was entirely satisfactory. It was better than that of many other patients in his experience, and inferior to none. Nevertheless, he watched her closely and questioned her closely at their monthly meetings. There is always a chance that Mestinon, or any other anti-cholinesterase agent, may in time weaken in its mastery. There is a surgical procedure that can provide a vigorous supplement to Mestinon therapy. This involves the removal of the thymus gland. The thymus is situated between the chest wall and the windpipe, just below the thyroid gland. Its function has to do with the development and maintenance of the immunological system. The thymus develops rapidly in infancy, grows more slowly until around puberty, and then, in most people, begins to wither away. It has been established that in victims of myasthenia gravis the thymus is abnormally intact, and its functions seem to have been perverted into the phenomenon of autoimmunity. Dr. Baughman decided in the course of the summer of 1979 that Miss Allen would benefit from the removal of her thymus, and he arranged with a thoracic surgeon named David M. Long to perform the operation. Miss Allen was admitted to El Cajon Valley Hospital on September 25th, and underwent a trans-cervical thymectomy the following morning. The operation was a complete success, and its good results were immediately apparent. Dr. Baughman noted that within less than two hours Miss Allen's muscular powers were stronger than at any time since he had diagnosed her illness. She was discharged, stronger than at any time in recent years, on September 29th.

"Oh, sure," Miss Allen told me toward the end of our talk in Dr. Baughman's office. "I knew that a thymectomy was

THE MEDICAL DETECTIVES

a serious operation. Dr. Baughman told me all about it. But, of course, I agreed. Whatever he suggested was Gospel to me. He was the Messiah. He is the Messiah. I moved back to Los Angeles in January of 1980, but we keep in touch—I'm still on Mestinon; I always will be—and I see him here once a year. It seems to me that I feel better every day. When I moved back to L.A. I had finished my real-estate course, and I went in with my mother and father in their real-estate business. I also did volunteer work for a while in a hospital in the neighborhood. I did physical counselling. Then in 1982 I heard about a new airline opening up with flights between L.A. and Hawaii, and I applied, and they took me on. I'm a senior flight attendant, and I do seven turnabout flights a month. Between trips, I still work in real estate. The only trouble I have now is trying to hold myself back. I don't want to walk—I want to run. I'm so full of strength and energy. I guess I'm making up for lost time. I told my new boyfriend about my myasthenia. He said, "So what?" We dance all night."

[1984]

Acetylcholine, 393
 Ackerknecht, Erwin H
 Acosta, Ismael, 24, 25
 29-30
 ACTH, 178
 Akureyri disease, 213
 Allen, Sheila, 382, 383
 describes myasthenia
 383-91, 395-96
 Allergies, 206, 207
Allodermomyssus sangu-
 15
 American Medical Ass
 155
 Amnesia, 87-88
 functional, 87-88
 organic, 87-88
 Amyotrophic lateral scl
 258-59, 264, 265,
 Anderson, Mildred (M)
 (pseudonym), 291-
 305-06

In: B. Roueche (1986), *The Medical Detectives*, Vol. II. Washington Square Press, N.York

CHAPTER 16

THE CASE OF MRS. CARTER

THE CASE OF THE WOMAN WHOM I'LL CALL LINDA MAE CARTER—Mrs. Joseph Carter—first came to the attention of Dr. Louis Cohen, an internist in Topeka, Kansas, on the morning of February 24, 1962. It was brought to his attention by a colleague on the staff of the Topeka State Hospital. Mrs. Carter, his colleague told him over the telephone, was thirty-three years old and the wife of a skilled machinist. The Carters had one child, a boy of three. Mrs. Carter had been a patient at Topeka State for almost three months. She had been admitted on November 29 for evaluation of a progressive disabling disease tentatively diagnosed as amyotrophic lateral sclerosis. She was further disabled by two hip fractures that had failed to mend properly, and by a severe mental depression. The hospital was discharging her that afternoon. There had been no improvement in her physical condition, and a recent psychiatric diagnosis had described her as a hysterical personality with neurotic or psychotic potentialities, but the hospital felt that she would be more comfortable at home with her family. Continued hospitalization seemed useless, and might even be damaging to so young a woman. The only trouble was that the Carters had no regular physician. Might he refer Mrs. Carter and her

[1966]

82
husband to Dr. Cohen? Dr. Cohen hesitated. It sounded like a discouraging case, but he couldn't very well say no. He told him to go ahead.

"That was Saturday," Dr. Cohen says. "I heard from the Carters on Monday. I called my office from the hospital—Stormont-Vail Hospital—as I always do after my morning rounds, and my nurse gave me the morning calls and messages. One of the calls was from Joseph Carter. His wife wanted to see me—sometime that day, if possible. Well, right then was as good a time as any, so I asked my nurse to call and say I'd be over directly. I got there around ten o'clock. It was a fairly new house on an unpaved road in a kind of development way out on the north side of town. Carter was at work by then, and a neighbor girl opened the door. They had got her in as a combination nurse and babysitter. She took me into the bedroom. Mrs. Carter was lying there flat on her back in a hospital bed. She was a nice-looking woman with pretty black hair, but her face was as white as a sheet, and she was nothing but skin and bones.

"I introduced myself and sat down by the bed, and we talked for a couple of minutes. Mrs. Carter had no particular reason for calling me. I mean, nothing new had happened since Saturday—since she left the hospital. She simply wanted to meet me, and she hoped I could do something to help her. Nobody else had been able to, she said. I said I'd do the best I could. We talked a little more, and then I examined her. It was pathetic. She was really disabled. She was doubly disabled. She was flat on her back because of her fractured hips, but that was only part of it. She was also immobilized by a permanent contraction of the muscles of her legs and abdomen. Her body was pulled as taut as a bowstring. And not only that. Every now and then, she told me, her muscles would suddenly pull even tighter, and she would go into a spasm. I knew what she meant, and I could imagine how it must have felt. It would have been a seizure like the spasms in tetanus or in strychnine poisoning. A powerful convulsion. Those symptoms—the stiffness and the spasms—were manifestations, of course, of

the disease that was thought to be amyotrophic lateral sclerosis. Amyotrophic lateral sclerosis is a degenerative disease of the central nervous system. It's somewhat on the order of multiple sclerosis—what they used to call 'Lou Gehrig disease.' Well, I examined her as carefully as I could in the circumstances, and I must say I wasn't particularly impressed by the amyotrophic-lateral-sclerosis hypothesis. One of the usual manifestations of that disease is muscle fasciculations. That's a spontaneous muscular quivering. It's like the deliberate twitch that a horse gives when he wants to shake off a fly. Another, though less frequent, manifestation is a positive Babinski reflex. Babinski's reflex is an upturning of the big toe when the sole of the foot is stroked. A turned-up toe is an indication of damage to the pyramidal tract of the brain and spinal cord. Also, there is usually some spasticity in the lower legs. But Mrs. Carter had a negative, or normal, Babinski, and I found no suggestion of either muscle fasciculations or spasticity.

"So I had my doubts about amyotrophic lateral sclerosis. And yet I couldn't absolutely rule it out. The only certainty was that I needed to know a great deal more about this case than I did. Even the general nature of Mrs. Carter's trouble was not entirely clear. She seemed to be the victim of some central-nervous-system disease, but maybe not. Maybe that was only the way it looked. I remembered that the State Hospital had described her as a hysterical personality. I didn't find her very stable myself. Actually, she was rather hostile. She was more or less hostile all the time I was with her. Still, we talked. We talked about her illness. And the more we talked, the less her hostility bothered me. By the time I left, it hardly bothered me at all. I could understand why she acted that way. I mean, I had an inkling. It wasn't until I dug into her medical history and saw just what she'd been through that I really understood."

Mrs. Carter's trouble began in 1959. One day in early August of that year, she stumbled and fell while getting out of the family car. She wasn't hurt, but the accident unnerved her. It

was her conviction that it hadn't been an ordinary accident. There was something wrong with her legs. They had a funny feeling. This impression persisted, and as summer ended and autumn came on she identified the feeling as a stiffness. It was a sudden tightening of the leg muscles, and it seemed to occur at moments of emotional stress. Mrs. Carter had a job at that time as a clerk in a Topeka business office, and she became aware that any little excitement—a teasing remark by one of her fellow-workers—might bring on a stiffening contraction. The spasms lasted for several minutes, and while they lasted her legs were locked at the knee. She could walk only with a painful stiff-legged lurch. Around Thanksgiving, the spasms became more frequent. They also lasted longer, and it seemed to take less and less to bring them on. The telephone, the doorbell, a shout—any unexpected noise would throw her into a spasm, and she found that she was especially susceptible just before a menstrual period. Even a sudden quickening of pace would often excite a seizure. She developed a frantic fear of falling, and refused to ride on escalators or to go through revolving doors. She began to cry at the slightest provocation. Shortly after Christmas—in January of 1960—she called a physician recommended by a friend, and made an appointment for a consultation.

The physician Mrs. Carter consulted was an internist whom I'll call Dr. Warren. He asked her the usual questions and then performed the usual comprehensive examination. The results of the examination were unequivocally normal. There was no evidence of any fundamental physical derangement. It was equally clear, however, that Mrs. Carter was physically disabled. Dr. Warren resolved this perplexity in the standard modern manner. It was his impression, he told Mrs. Carter, that her trouble was functional rather than constitutional in origin. A psychiatric examination was therefore indicated. If Mrs. Carter wished, he would be glad to refer her to a psychiatrist in whom he had every confidence. Mrs. Carter thanked him, took the name of the recommended psychiatrist, and went home.

Mrs. Carter considered calling Dr. Warren's psychiatrist. She discussed the matter with her husband and thought about it for several days. She wanted to call, and yet she didn't. The idea of a psychiatric examination was somehow very disturbing. The days, the weeks, the months went by, and she never made the call. Instead, toward the end of July she telephoned Dr. Warren again and made another appointment. The reason for the consultation was a new set of muscular symptoms. In addition to the spasms that locked her knees, she now had begun to suffer from similar spasms in the muscles of her neck. The muscles there were tender, and they often ached. So did those in her shoulders. Dr. Warren examined her again. The examination confirmed her new complaints. It also further confirmed his impression that her symptoms were psychogenic. He gave her a prescription for phenobarbital to ease her nervousness, and urged her once more to consult his psychiatric colleague. Mrs. Carter said she would.

But she didn't. Nor did she call on Dr. Warren again. With the help of phenobarbital, she continued on her own for three months longer. Then, in November, she consulted another friend and telephoned another physician. I'll call him Dr. Rushing. His impression of Mrs. Carter and of the nature of her illness was much the same as that affirmed and reaffirmed by Dr. Warren. He, too, concluded that what she needed was psychiatric treatment. However, before passing her along to psychiatry, he thought it might be prudent to arrange for a neurological consultation. Mrs. Carter had no objection to that, and a few days later she was admitted for observation to Stormont-Vail Hospital. The observing neurologist returned her to Dr. Rushing with a report that entirely confirmed the latter's understanding of the matter. There was no evidence of any neurological disease—no aberrant reflexes, no abnormal modalities of sensation, no synaptic ambiguities. On the other hand, the neurologist added, there was abundant evidence of "emotional illness . . . lying somewhere in the neurotic range, with components of anxiety, hysteria, and the

possibility of a little depression." Psychiatric evaluation was strongly recommended.

Dr. Rushing conferred with Mrs. Carter the following week, and he succeeded where Dr. Warren had failed. Mrs. Carter agreed to let him refer her to the municipal Family Service and Guidance Center of Topeka for psychiatric examination and counseling. Her name was put on the waiting list there, and when the Center called her, early in January of 1961, she responded to the call. The results of the examination were a gratifying justification of the neurologist's apprehension and the suspicions of Dr. Warren and Dr. Rushing. Mrs. Carter was emotionally ill, and the specific character of her illness was diagnosed as a "conversion reaction, or schizophrenic reaction, schizo-affective-type." She was instructed to return to the Center for a psychotherapeutic consultation. She returned for two or three consultations with a designated staff psychiatrist, and then—losing interest or patience or confidence—dropped out of the course. A week or two later, around the middle of March, she called another psychiatrist, a man in private practice, and arranged for an office consultation. Her physical condition by then had conspicuously worsened. The psychiatrist noted that she arrived on the arm of her husband, and was unable to walk across the room without help. He also noted that she "kept her handkerchief over her face at all times" and that her general behavior was "inappropriate." She was, in addition, "quite uncoöperative." At the end of the consultation, Mrs. Carter asked for a prescription for phenobarbital. The psychiatrist, detecting in her manner a hint of possible dependence, refused. Instead, he gave her a prescription for mephenesin, a muscle relaxant and a non-addictive drug, and urged her to resume her consultations at the Family Service and Guidance Center. But nothing came of either remedy. Mrs. Carter ignored his advice, and the mephenesin failed to control the crippling muscle spasms. The spasms spread from her legs to her thighs and upward to her abdomen, and the seizures became more violent and

more frequent. Early in April, she found it necessary to resign her job. She was practically immobilized by almost daily seizures.

The accident in which Mrs. Carter suffered the first of her two hip fractures occurred on June 21. That morning, as usual, she awakened early, at about six-thirty, and, as usual, asked her husband to help her out of bed. His help had become essential. Her muscles were now so tightly drawn that she couldn't bend at either the waist or the knees. Carter picked her up like a log, swung her gently around, and lowered her feet to the floor. Her heels found a purchase and he raised her stiffly erect. Her body gave a sudden spastic wrench. There was a crack like the sound of a snapping twig, and Mrs. Carter screamed. Carter stood transfixed. Mrs. Carter screamed again, and then began to moan. Carter laid her back on the bed and ran to the telephone and called the Topeka ambulance service. Mrs. Carter was carried into the emergency room of Stormont-Vail Hospital at about seven-thirty. An X-ray examination revealed an intracapsular fracture of the left hip: The bone was set, and fixed in place with a flanged, triangular five-inch length of stainless steel known to surgery as a Smith-Petersen nail. Mrs. Carter remained in the hospital for almost two weeks. Her hip appeared to be mending normally, and on July 4 she was discharged to convalesce at home.

Mrs. Carter spent the summer on her back in bed. The muscle spasms and the spells of crying continued. Her emotions were stretched as tight as her leg and abdominal muscles, and they were equally sensitive to even the slightest jar. She was still confined to bed when the accident in which she suffered her second hip fracture occurred. That was on October 14, around seven o'clock in the morning. Mrs. Carter had awakened that morning with a soreness at the base of her spine that radiated into her right hip. She asked her husband to massage it. She had experienced this soreness several times before and had found that a gentle massage would relieve it. Mrs. Carter lay on her back, and

her husband kneaded her hip and upper thigh. After two or three minutes, she asked him to massage her spine, and moved to turn on her stomach. Her body arched in a spasm—and Carter again heard a crack like the sound of a snapping twig. Mrs. Carter screamed.

An X-ray examination at Stormont-Vail Hospital, to which Mrs. Carter was again conveyed by ambulance, revealed an intracapsular fracture of the right hip. It also revealed that her fractured left hip was unhealed. The Smith-Petersen nail had not been strong enough to withstand the wrench of almost daily muscle spasms, and the bone ends had gradually pulled apart. The attending surgeon had planned to fix the new fracture with another Smith-Petersen nail, but the evidence of the second X-ray immediately changed his mind. He used instead a system of Hague pins. A Hague pin is a stainless-steel bolt with threads at one end to receive a securing nut. The pins chosen by Mrs. Carter's surgeon were about six inches long and just over an eighth of an inch in diameter. He fixed the right hip fracture with three Hague pins, and then removed the loosened nail from the other hip and replaced it with a bone graft and another set of three pins. It was during Mrs. Carter's convalescence from that double operation that a tentative diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis was offered as a possible supplement to the continuing psychiatric evaluation. Mrs. Carter remained at Stormont-Vail until November 29. That was when she was admitted to Topeka State Hospital. A few weeks after her arrival there, she suffered a series of spasms so violent that her fractures were again undone. The spasms were, in fact, so violent that they bent the six Hague pins. The pins still held, but the damage now was irreparable. A normal union of her broken bones could never be achieved as long as her spasms continued, and Mrs. Carter was all but completely helpless.

It took Dr. Cohen several days to root out and review Mrs. Carter's medical history. His findings left him sympathetic but confused. In a memorandum he made at the time.

he noted, "Fantastic as it may seem, the possibility must be considered that this patient has fractured both hips during violent muscle spasms of psychic origin. Metabolic bone disease must be considered, and appropriate studies are recommended to rule out this factor. Although the history is against this, a convulsive disorder must be ruled out. Repeat neurological evaluation is thus suggested." Dr. Cohen contemplated this brief patch of diagnostic contradictions, and then, with more hope than expectation, arranged with his colleague at Topeka State Hospital for a thorough reevaluation of the neurological evidence in their file on Mrs. Carter. Meanwhile, he did what he could to make her less uncomfortable. The means he finally settled on was a muscle-relaxant drug known to pharmacology as chlorzoxazone. Its impact, though slight, was perceptible. Chlorzoxazone (in doses of five hundred milligrams three times a day) had no effect on the shackling muscular rigidity, but it somewhat tempered the ferocity of the periodic spasms. That was a small but not insignificant blessing.

A report on the Topeka State review of Mrs. Carter's case reached Dr. Cohen on May 10. It took the form of a letter from his colleague on the hospital staff and (in its essentials) read, "We had an interesting panel discussion. . . . The neurology consultants were unable to make a diagnosis accounting for all the clinical symptoms and signs. There are many features about the patient that did not fit within the frame of the so-called amyotrophic lateral sclerosis group. The patient did not show any atrophy of muscles or muscle fasciculations, and apparently did not suffer from anterior horn [of the spinal cord] degeneration. The hip fractures did not show any degree of healing. The osteoporosis of both hips was still observed. . . . An electromyogram [a recorded depiction of muscular contraction] was normal. Serum sodium, potassium chloride, calcium phosphorus, alkaline phosphatase and acid phosphatase, BUN, Creatinine, uric acid, LDH, LAP, blood sugar, SGOT, SGPT, and CRP were all within limits of normal." Dr. Cohen read

22

the report without elation. Its value was almost entirely negative. Osteoporosis, the one pathological finding, is an abnormal porosity, or rarefaction, of the bones. Bones thus weakened may sometimes fracture spontaneously. There was, however, no reason to believe that osteoporosis was a significant factor in Mrs. Carter's hip fractures. Her fractures were spontaneous fractures, but it was an aberrant force of muscle, rather than a weakness of bone, that brought them about.

Dr. Cohen added the Topeka State report to his file on Mrs. Carter and resumed his diagnostic search. It now took him exclusively to the library. In spite of the lack of neurological evidence, he was increasingly inclined to feel that Mrs. Carter's trouble was basically neurological, and the literature he searched was largely in the field of neuromuscular disorders. His explorations led him through many clinical journals and through the ranks of many clinical investigators, and among those many investigators the name of one turned up so often that it fixed itself in his mind. This was a member of the neurology section of the Mayo Clinic named Donald W. Mulder. There was nothing relevantly revelatory in the writings of Dr. Mulder that came to Dr. Cohen's attention, but they had a decisive impact. He emerged one evening from a Mulder paper with both a sense of resignation and a sudden flash of hope. He faced and accepted the probability that an accurate diagnosis of Mrs. Carter's trouble was beyond him. It might not, however, be beyond the reach of Dr. Mulder.

Mrs. Carter and her husband knew the Mayo Clinic by reputation, and since its reputation is an inspiring one, they responded to Dr. Cohen's proposal with an almost euphoric approval. The only problem was Mrs. Carter's total immobility, but Mr. Carter provided an answer to that. They could make the trip by trailer. Rochester, Minnesota, the seat of the Mayo Clinic, was not much more than five hundred miles from Topeka.

On June 5, Dr. Cohen sat down and wrote an introductory letter to Dr. Mulder. He had, he said, a "very interesting"

patient whom he would like to refer for diagnosis and possible suggestions for treatment. He then related her appalling history—the devastating muscular contractions, the pathological hip fractures, the contradictory diagnosis—and described the treatment she was now receiving. It was his feeling, he went on to say, that she might have an aneurysm pressing on the pyramidal tract of the spinal cord, or a "space-occupying lesion." He ended his letter with a warning that Mrs. Carter "would have to be admitted directly to the hospital" and that she would arrive by trailer.

Dr. Mulder's reply was prompt and eagerly affirmative. It was also brief and to the point. Dr. Mulder was looking forward to seeing "this very interesting patient," and arrangements were being made for her admission to the neurology service at the Methodist-Worrall Hospital, in Rochester, on Monday, June 11. He would keep Dr. Cohen informed of Mrs. Carter's progress.

The Carters reached Rochester on June 10, and Mrs. Carter was admitted to the hospital the following morning. She remained there under observation and examination until July 3. On July 14, Dr. Mulder's progress report came through, and it was indeed a report of progress. It introduced Dr. Cohen to a disease of which he had never heard, and to a drug so new that it was not yet on the market.

Dr. Mulder began with an expression of thanks for the opportunity of seeing Mrs. Carter in neurological consultation. He and his colleagues were very much interested in her problem. It was provocatively reminiscent. Nevertheless, the possibility that she might be suffering from a spinal-cord tumor or spinal-cord lesion "with secondary muscle spasm" was routinely considered. The indicated tests—an X-ray examination of the muscle tissue, an X-ray examination of the spinal cord, and an examination of the spinal fluid—were made. The results, however, were all essentially normal. That returned them to their first impression. It was their conclusion that Mrs. Carter's clinical syndrome might best be classified as being the "stiff-man syndrome." This syndrome had recently

been found to respond to a new drug called Valium, and Mrs. Carter had been so treated and with apparent success. He would see that Dr. Cohen received a supply of the drug. He wished Dr. Cohen and Mrs. Carter well, and hoped to be kept informed of the latter's progress.

Dr. Cohen's decision to solicit help for Mrs. Carter at the Mayo Clinic was more than just a happy one. It was providential as well. The Mayo Clinic was then the only medical center in the world where the stiff-man syndrome could be both readily diagnosed and efficaciously treated. Few physicians even now have ever heard of it. The syndrome is known at the Mayo Clinic because it was there that it was first recognized as an entity. It also was first successfully treated there, and it was named by Mayo investigators.

Its discoverers were two Mayo neurologists—Frederick P. Moersch and Henry W. Woltman. They announced their discovery in a report to the *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, entitled "Progressive Fluctuating Muscular Rigidity and Spasm ('Stiff-Man' Syndrome): Report of a Case and Some Observations in Thirteen Other Cases," in 1956. It was not a hasty announcement. The report began, "In the summer of 1924, an Iowa farmer, aged 49 years, came to the Clinic because of 'muscle stiffness and difficulty in walking.'" It continued:

His disability . . . had begun insidiously in 1920 with episodes of tightening of the muscles of his neck. Gradually, these attacks had increased in frequency, in severity, and in duration. The tightening had spread to include the muscles of the shoulders and upper portion of the back. In March of 1923, after a fall, which had appeared to have no serious consequences other than to confine the man to bed for a few days, his muscular condition had worsened. His neck muscles had remained rigid most of the time, and his head could be brought forward only with great effort. Also, the ab-

dominal muscles and, to a lesser degree, those of the lower part of the back and those of the thighs had partaken of this same stiffness or tightness. Moreover, the rigidity had been punctuated by intermittent and moderately painful spasms. As might be expected, this behavior of his muscles had interfered with walking. His gait had become slow and awkward and, when spasms had supervened, he might "fall as a wooden man." He had observed that noise, a sudden jar, or voluntary movement often precipitated these spasms. To arise from a seated position he frequently required assistance. . . . Nothing helpful to diagnosis was learned from routine physical [and] neurologic examination. . . . We could not make a diagnosis, but the unusual condition interested us no end and, to associate it with a memorable and descriptive term that could not be taken by anyone to be final, we nicknamed it the "stiff-man syndrome." In the absence of a diagnosis, and without knowledge of specific treatment, we observed the effects of bromides, of intramuscular administration of magnesium sulfate, and of sedation with barbiturates, but these helped only temporarily. . . . We were not privileged to examine this patient again. . . . He reported last in 1932. . . . He could be on his feet, but he was weak and could take only a few steps unassisted.

This ends our account of that case, but the clinical picture so imprinted itself on our minds that in the course of the following years we recognized the same syndrome in . . . thirteen other cases.

The records of these fourteen cases were similar. There was some variation in rapidity of onset, in degree and extent of muscular rigidity, and in associated spasms. Some patients complained slightly of pain that occurred with the spasms, and in four instances pain was of major importance. A critical review of the records suggested no common cause. . . . Of our four-

34
 teen patients, ten were males and four were females. The age of onset of the illness varied from twenty-eight to fifty-four years. . . . It is worth noting that the malady frequently was considered to be functional, especially in its early stages. Of our fourteen patients, four came to us without previous diagnosis. In five cases, a diagnosis of "functional condition" had been made by the referring physicians, and one of these patients had been given several electric-shock treatments to no avail. We, too, considered the possibility of a functional disorder in these five cases, and in several we pursued psychotherapy, including hypnosis in one case, before realizing our error. The previous diagnosis made in the remaining five cases was chronic tetany [a convulsive muscular disorder of metabolic origin] in two, and, respectively, dystonia [a disturbance in muscular tonicity], stroke, and arthritis in three. . . . In six cases the muscles of the trunk were first affected, in four cases the muscles of the neck and shoulders, and in the remaining four, the muscles of the limbs. Of these latter four cases, the legs were first involved in three, and a leg and the ipsilateral arm in the fourth. In all instances, the affliction spread to include other muscles. . . . Routine physical examination of the patients did not help toward diagnosis. Neurologic examination of the patients demonstrated only fluctuating muscular rigidity and spasm. . . .

Thus our story ceases for the present. The threads are there but, in spite of their being woven into a fairly constant pattern, the completed design awaits added study. Whether the rigidity occurred reflexly by way of the spinal cord, or whether it represented involvement of the basal ganglia, we could not decide. . . . Because of the fluctuating intensity of symptoms and because four patients had reducing substances in the urine, a metabolic basis for the malady should be considered.

The completed design of the stiff-man syndrome still awaits added study. It is generally accepted that the disease has its seat in the spinal cord, and that both the creeping rigidity and the volcanic spasms are brought about (like the convulsions in strychnine poisoning and in tetanus) by a disturbance in the polarizing elements called synapses, which separate one cell from another in the neuron chains along which nervous impulses travel. This disturbance, it is thought, manifests itself as a suppression of synaptic inhibition, and a kind of neuromuscular anarchy results. The nature of that fundamental disturbance, however, remains a total mystery. The years since the publication of "Progressive Fluctuating Muscular Rigidity and Spasm" have produced just two real certainties about the stiff-man syndrome. One of these, the discovery of a Mayo Clinic neurologist named Frank M. Howard, is that a drug variously known as diazepam, Valium, and 7-chloro-1, 3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1, 4-benzodiazepin-2-one has the power to throttle its symptoms. The other is that the stiff-man syndrome is not a phenomenon peculiar to the American Middle West. Clinicians have reported cases in other parts of this country and in Britain, Germany, and Spain. In the spring of 1962, when Mrs. Carter made her instructive visit to the Mayo Clinic, the number of cases of stiff-man syndrome on record was twenty-three. She brought the total up to twenty-four.

Dr. Cohen was out of town when Mrs. Carter returned from the Mayo Clinic. He didn't see her until the day he received Dr. Mulder's revelatory letter. Mrs. Carter was another revelation. Her response to diazepam had been complete. The muscle spasms had ceased, and her leg and abdominal muscles were normally relaxed. Moreover, for the first time in almost three years she was able to make herself comfortable.

"Not only physically comfortable," Dr. Cohen says. "She also seemed to be more comfortable in her mind. She was beginning to stop just lying there and waiting for the

next spasm to hit. She was beginning to hope. And so was I. With those terrible spasms under real control, her fractures would finally have a chance to mend. She would probably always be a cripple. That was almost certain. But she might someday be able to walk a little. It all depended on diazepam. The only trouble was that diazepam wasn't on the market yet. It didn't become generally available in this part of the country until about 1964. Mrs. Carter had a supply on hand. Dr. Mulder had fixed the dosage at fifteen milligrams four times a day, and he had given her enough tablets to last for three or four weeks. After that, it was up to me. I wrote to the people who made it—the pharmaceutical firm of Hoffmann-La Roche, in Nutley, New Jersey—and they wrote right back. They were very much interested in the case I described, and they would be glad to provide me with a regular supply of Valium—that's their brand name for diazepam—for experimental clinical use.

"Which they did. They worked out the amount I needed, and every month or so they sent me something like five hundred five-milligram tablets, and I rationed them out to Mrs. Carter. I followed the dosage set by Dr. Mulder. It was fairly heavy. Sixty milligrams a day is a lot of diazepam. But it takes that much to do the job in the stiff-man syndrome. And it did a wonderful job. Mrs. Carter continued to respond. Her hips began to knit, and in less than a year she was up and walking with the help of a walker. Her progress was all I had hoped for. There was only one incident—one interruption. That one was plenty, though. I don't know if you've ever seen a Valium label, or one of the ads for Valium. There's a paragraph there headed 'Side Effects.' The last sentence reads, 'Abrupt cessation after prolonged overdosage may produce withdrawal symptoms similar to those seen with barbiturates, meprobamate, and chlordiazepoxide HCl.' The reason for that paragraph is a number of experiences very much like mine. And mine was one of the scares of my life.

"It happened in the second year of treatment, in Decem-

ber 1963. I don't know how it happened—and it doesn't matter. But there was a slipup here or there or somewhere, and we ran out of diazepam. I sent an airmail letter off to Hoffmann-La Roche, but I wasn't particularly worried. I didn't think that a couple of days off diazepam would seriously revive her symptoms. And they didn't. She seemed to be all right—for a day or two. She was much the same as ever. She then began to act a little anxious, and there was some tremor and twitching. I still wasn't really worried—only a bit uneasy. Then, all of a sudden, I got a call from Mr. Carter. His wife was having convulsions. For a moment, I thought he meant a return of the stiff-man spasms. But it wasn't that. I realized a moment later that he was describing a status-epilepticus seizure, and I told him I'd get out there as fast as I could. Status epilepticus is a series of epileptic-like seizures, and it represents a real medical emergency. The seizures often come so fast the patient has no chance to breathe. There are several drugs that are more or less effective in controlling status epilepticus. The drug I used was sodium pentobarbital. It worked well enough. Then I called an ambulance and got her to the hospital. She had no more seizures that day or that night, and the next morning a new supply of diazepam arrived by special-delivery airmail.

"So it turned out to be just an incident. The effect of diazepam is practically immediate. There was no harm done. There was no setback. There were no aftereffects. Mrs. Carter continued to improve. In a few more months, she could walk around the room by holding on to the furniture. Then she was doing the cooking again, and even a little housework. And then she got to the point where she could walk just leaning on her husband's arm. They even go out now and then. The last time I saw her, she was talking about getting a job."

[1968]

Leeftijdsregressie op papier

Alfred Lange

1. Inleiding

Leeftijdsregressie is een techniek die door hypnotherapeuten al vele jaren positief wordt gewaardeerd. Men schijnt ermee achter dingen te komen die anders in het onderbewuste blijven rondspoken en onheil aanrichten. Er lijken weinig klachten te bedenken waarbij hypnotherapeuten niet het idee hebben dat het wel goed zou zijn om in trance eens een aantal jaartjes terug te gaan.

Ik hoop niet dat de licht ironische toon die zich hier van mij meester heeft gemaakt verkeerd wordt opgevat. Ik beschouw leeftijdsregressie als een bruikbare hypnotherapeutische techniek, vooral wanneer het gaat om cliënten waarvan mag worden aangenomen dat ze last hebben van dingen die in het verre verleden zijn gebeurd, zonder dat ze weten wat het nou precies is, laat staan dat ze er 'afscheid van kunnen nemen'.

In publicaties over rouwprocessen staat het nemen van afscheid meestal centraal (Ramsay, 1979). In hun vergelijking van gedragstherapeutische en directieve technieken komt bij Lange & Kernkamp (1983) het schrijven van brieven naar voren als een hulpmiddel bij het verwerken van traumatische gebeurtenissen uit het verleden. Van Doorn & Aelen (1986) expliciteren nog eens de verschillende functies van therapeutische schrijfp opdrachten. Zo onderscheiden zij bijv. 'ontdekkende' brieven en 'verwerkende' brieven. Hoewel de verschillende aspecten daarvan niet altijd uit elkaar te houden zijn, is het onderscheid toch nuttig. Het schrijven aan een bepaald persoon over een bepaald thema kan tot

doel en gevolg hebben dat men van bepaalde kwesties minder last ondervindt door de exposure die inherent is aan het schrijven. Het kan echter ook nieuw materiaal opleveren. Men herinnert zich dingen die men dacht niet te weten.

In eerdere publicaties (bijv. Lange, 1985, hoofdstuk 8) heb ik weleens betoogd, dat schrijfoopdrachten met dit soort doelen voorzien moeten zijn van duidelijke instructies over het thema. Dus niet: 'schrijf maar een brief aan uw moeder.' Maar bijv. wel: 'schrijf een brief aan uw moeder waarin u haar uitlegt wat voor effect het op u heeft gehad dat ze u altijd heeft gekleineerd en dat ze uw zusje zo heeft voorgetrokken.' Wanneer de cliënt zich van te voren alles al goed herinnert, dan is het ontdekkende gedeelte in zo'n brief van minder belang dan het exposure gedeelte, of - zo men wil - het afstand nemen. Maar bij sommige cliënten is het allemaal wat vaag. Zo vaag, dat men hun stapje voor stapje 'terug' naar de meest relevante periode zou willen laten gaan. Voor therapeuten die toch geen hypnotherapie willen gaan bedrijven, is er dan een elegante methode voorradig. De leeftijdsregressie wordt op papier opgebouwd. De cliënt krijgt een schrijfoopdracht. Daarbij wordt afgesproken welk jaar of welke periode in eerste instantie centraal staat. Bijv. 'de komende week twee maal aan moeder schrijven over hoe u de verhouding met haar nu ziet. De week daarop stelt u zich in op vorig jaar, de week daarna weer een jaar verder terug', etc. Uiteraard gaat het hier niet om brieven die verzonden worden.

De brieven hoeven niet altijd te beginnen in de huidige periode. Het is mogelijk en vaak nuttig om bijv. in de adolescentie te starten: schrijven aan een bepaalde ouder of een ander belangrijke persoon uit die tijd over wat men toen heeft meegemaakt en vandaar verder teruggaan. Het is ook niet nodig om altijd per jaar terug te gaan. De periodes kunnen meerdere jaren tegelijk bevatten.

Uiteraard is er ook flexibiliteit m.b.t. het aantal malen schrijven per week en de hoeveelheid schrijftijd per periode. Men kan ook de instructie geven om over een bepaalde periode te schrijven totdat men het gevoel heeft 'klaar te zijn' (satiatie) en dan over te gaan tot de volgende.

De eerste maal, dat ik deze methode gebruikte was in 1982 bij een vrouw die als oorlogsgetroffene was aangemeld en last had van diverse diffuse angsten. Gezien de aard van haar oorlogservaringen was het aannemelijk dat het verleden een rol speelde, maar zij wist zelf niet wat haar het meest dwars zat. Hieronder zal ik de per brief uitgevoerde leeftijdsregressie zoals die zich in die behandeling afspeelde in het kort beschrijven. Daarna volgen nog enkele andere voorbeelden. Het geheel wordt tenslotte in de discussie besproken.

2. De oorlogsherinneringen van Marga Pannekoek

Marga Pannekoek, over wiens behandeling ik al eerder heb geschreven (Lange, 1984) is 45 jaar als zij zich aanmeldt wegens niet al te duidelijke klachten. Zij voelt zich tot niets in staat, is gauw moe, angstig, etc. Zij is al geruime tijd met ziekteverlof van haar werk, wat zij juist altijd met veel plezier en toewijding heeft gedaan. Er zijn geen lichamelijke oorzaken voor haar klachten en de verhoudingen in het gezin van vijf personen zijn alleszins redelijk te noemen. In de oorlog heeft zij haar volledige naaste familie verloren. Als klein kleutertje werd zij naar een onderduikadres gebracht en na de oorlog groeide zij op bij een tante, bij wie zij niet onverdeeld gelukkig was. Ondanks deze barre jeugd ontwikkelde zij zich voorspoedig. Zij trouwde op jonge leeftijd, ging later studeren en kreeg gelegenheid om haar vak uit te oefenen. Zowel in haar werk als in haar functies voor het gezin was zij altijd zeer consciëntieus. Het feit dat zij steeds minder

werk kon verzetten werd de reden dat zij zich aanmeldde voor een psychotherapeutische behandeling. Hoewel zij zichzelf voorheen niet als oorlogsslachtoffer wenste te beschouwen denkt zij nu toch dat haar problemen met de oorlog hebben te maken.

De eerste zittingen wordt getracht de aard en ernst van de klachten te inventariseren d.m.v. registratieopdrachten. Daaruit blijkt dat zij een bijzonder hoog aspiratieniveau heeft en faalangstig is; een minder plezierige combinatie. Bovendien is zij slecht in staat om rechtstreeks voor zichzelf op te komen en is zij bang door haar man verlaten te worden. 'Verlating' speelt een grote rol in haar leven. De angst daarvoor verklaart veel van de hierboven genoemde trekken en problemen. Het is haar niet duidelijk of dat komt door het verlies van haar ouders of door de opvang na de oorlog. Teneinde daarover meer inzicht te krijgen gaat zij op advies van de therapeut schrijven, over wat in verschillende periodes van haar leven ertoe heeft geleid dat zij zo bang is om verlaten te worden en welke invloeden er in die verschillende perioden waren die haar zo onzeker en faalangstig hebben gemaakt. Het schrijven geschiedt op de gebruikelijke ritualiserende manier (Van der Hart, 1984). Twee maal in de week zal zij een uur aan een bureau in een aparte kamer plaatsnemen en zich concentreren op de vraag welke factoren in deze bepaalde periode bijgedragen hebben aan haar onzekerheid en angst om verlaten te worden. Als zij 'klaar' is met een periode gaat zij over naar de volgende periode van drie jaar. Als mocht blijken dat 'drie jaar' te grof is, dan kan het tijdperk in verschillende eenheden worden gesplitst. Aangezien het haar allemaal niet zo helder voor de ogen staat begint zij niet bij het begin maar achteraan. De eerste periode heeft dus betrekking op de laatste drie jaar. Aldus begint de eerste 'leeftijdsregressie op papier'.

Het schrijven heeft voor haar positieve gevolgen. Zij ontdekt

dat angst voor ontrouw en verlating door haar man een tiental jaren geleden is toegenomen omdat er toen nogal wat spanningen in het gezin heersten. Bovendien wordt haar duidelijk dat het vooral de eerste jaren na de oorlog waren die haar negatief hadden beïnvloed, met name door het gedrag van haar tante. Het schrijven erover en een later geschreven brief aan deze tante hebben een positieve invloed op haar. Dit wordt versterkt door enkele rollenspelen en opdrachten waarmee zij haar sociale vaardigheden vergroot. Na 12 zittingen wordt de therapie beëindigd nadat zij haar werk weer voor 80% heeft hervat.

3. De levensmoeilijkheden van mevrouw Baars

Mevrouw Baars is 32 jaar als zij wordt aangemeld door een staflid van een psychiatrische kliniek die een vervolg-behandeling voor haar en haar gezin zoekt, nadat zij in de kliniek enige tijd is behandeld wegens acute psychose. Zij heeft het nog steeds niet makkelijk met zichzelf: zeer onzeker, wazig en met wat verschijnselen die naar depersonalisatie neigen. Bij het eerste gesprek zijn ook haar man en vier kinderen aanwezig. Dat is niet overbodig. De gezinssituatie levert behoorlijk wat problemen op. Haar man is een veel oudere weduwnaar, die een jaar of tien geleden met haar is hertrouwd en haar opzadelde met de opvoeding van zijn kinderen, die toen al teenagers waren. Deze taak heeft zij als zeer moeilijk ervaren en zij heeft zich nooit echt gesteund gevoeld door haar echtgenoot. Volgens de verwijzer van mevrouw heeft meneer Baars ook weinig soepelheid aan de dag gelegd tijdens de gesprekken die zij in de kliniek met hem hadden gehad. Hij wordt door hem als 'een moeilijke man' omschreven en zou een slechte invloed op haar uitoefenen.

Het begin van de behandeling is gericht op de verhoudingen in het gezin, waarbij het m.b.v. de nodige hoeveelheid judo en het

betuigen van veel respect lukt om meneer te involveren. De behandeling gaat langzaam, maar door veel registreren en oefenen wordt mevrouw Baars toch wat meer sociaal vaardig en meneer wat coöperatiever, ook t.a.v. haar. Na ongeveer 30 zittingen is er een soort plafond bereikt. Het gaat redelijk goed, maar mevrouw heeft toch regelmatig dagen dat zij zich angstig en onmachtig voelt, al is zij dan niet meer zo in de war als voorheen. Besloten wordt om de behandeling niet te beëindigen maar met een lage frequentie te continueren: ongeveer drie sessies per jaar, waarbij van keer tot keer bekeken wordt of mevrouw alleen komt, of met haar man. De mogelijkheid om af en toe wat adviezen te krijgen lijkt voor haar geruststellend en daardoor belangrijk te zijn. Tijdens deze gesprekken komen haar onzekerheid en sub-assertiviteit regelmatig aan bod. Zij vindt het nu niet meer erg om wat dat betreft als 'de patiënt' gezien te worden en het is niet meer nodig om alles toe te schrijven aan de verhouding met haar man. De verhouding tussen hen is overigens daadwerkelijk verbeterd en levert weinig spanningen. Men kan die verhouding zelfs beschouwen als een positieve factor in haar leven, dat vrij rustig is geworden aangezien nu ook de laatste kinderen de deur uit zijn gegaan. Tijdens enkele van deze gesprekken wordt de aandacht gericht op haar verleden. Zij is opgegroeid met een alleenstaande moeder die volgens haar zeggen altijd ziek was en totaal geen aandacht en interesse voor haar vertoonde. Veel details weet zij echter niet te vermelden. Zij kan zich nauwelijks iets herinneren, zelfs niet van de jaren rond en tijdens de puberteit. Zij gaat accoord met een schrijfpdracht (twee maal per week, een uur). Het zal gebeuren in brief-vorm aan haar moeder, die enkele jaren geleden is overleden. Het thema is: gebrek aan zorg en wat voor effect dat op haar heeft gehad. De eerste brief zal betrekking hebben op haar 20ste levensjaar, het jaar voordat zij trouwde. Als deze brief 'af'

is, zal het gaan over het 19e jaar, etc.

Het resultaat is niet verbluffend. Er komen nauwelijks nieuwe details naar voren. Het is zelfs merkwaardig hoe weinig er naar boven komt. Het heeft ook niet veel invloed op haar verdere functioneren. Zij blijft nog vele jaren drie maal in het jaar komen, voornamelijk om de zelfcontroleprocedures bij te stellen die zij gebruikt als zij in de put is. Ongeveer een jaar geleden is de inmiddels 9 jaar durende behandeling (jawel, u heeft het goed gelezen) definitief beëindigd. Uiteraard bestaat de kans dat zij nog eens terugkomt.

4. De crisis in het leven van het echtpaar Haring

Mevrouw en meneer Haring zijn vijftigers zonder kinderen wanneer zij zich aanmelden omdat er problemen in de onderlinge verhouding zijn. Het blijkt al gauw dat de problemen eerder bij mevrouw liggen. Sinds zij een half jaar geleden haar moeder heeft verloren is zij volledig van slag af. Zij zegt niet meer te weten wie zij is, voelt veel agressie tegen de overleden moeder, maar ook jegens haar man en de scenes zijn niet van de lucht. De man, die als senior in een gerenommeerd advocatenkantoor toch wel wat gewend is, weet zich daarbij geen raad en maakt het volgens haar dan nog erger door zijn koele, rationele houding. Aangezien beiden het erover eens zijn dat de dood van mevrouws moeder een grote rol in het geheel speelt, wordt besloten om eerst in te gaan op het verleden van mevrouw. Zij zal een aantal malen alleen komen. De aanwezigheid van meneer Haring is bij die gesprekken immers niet echt noodzakelijk en hij heeft een volle agenda terwijl zij niet bepaald dicht bij Amstelveen wonen.

Mevrouw is een bewegelijke, veel pratende, wat 'metafysische' persoon. Zij zoekt naar godsdienstige waarden en heeft een zekere hang naar sectarisme. Gelukkig relativeert zij zichzelf daarbij ook

regelmatig. De dood van haar moeder heeft haar zo geschokt omdat zij zich toen pas realiseerde wat voor een hekel zij aan haar had; hoe haar moeder haar leven altijd heeft vergald; hoe bang zij voor haar is geweest en hoe onzeker zij mede daardoor nu in het leven staat. Zij durft bijv. zelden iets positiefs voor zichzelf te beslissen. Zij is altijd bang dat anderen haar dan niet aardig vinden. Ook t.a.v. haar man heeft zij dit soort angsten en twijfels. De onderworpenheid, die zij daarbij dan aan de dag legt, krijgen die anderen (zeker haar man) op andere momenten in heftige scenes op hun brood.

Aan mevrouw Haring wordt voorgesteld om tweemaal in de week te schrijven over de invloed van haar moeder, teruggaand vanaf de dood van moeder tot aan mevrouws vroege jeugd. Mevrouw Haring voert dit zeer consequent uit, met veel inzet. Het leidt tot nieuwe inzichten, die zij met veel emoties tijdens de therapiesessies ventileert en tot het afscheid nemen van het verleden met behulp van een brief aan de overleden moeder. Daarnaast wordt besproken op welke wijze zij beter voor zichzelf kan opkomen. Een hulpmiddel voor haar wordt het advies om, wanneer zij niet weet te kiezen, a.h.w. uit zichzelf te stappen door zich voor te stellen dat zij iemand observeert die met haar keuzeprobleem worstelt. Het advies dat deze 'observator' zal geven zal zij dan uitvoeren.

Na acht zittingen is er bij mevrouw behoorlijk wat veranderd. Zij zegt zich veel steviger te voelen: niet meer zo angstig en veel meer geneigd om meteen te zeggen waar het op staat, gelukkig zonder daarin door te schieten naar hyper-assertiviteit. Haar man komt nu ook weer mee en bevestigt dat er veel is veranderd, al komen er soms nog scenes voor, die toch moeten worden toegeschreven aan mevrouws instabiliteit. Dit wordt op haar beurt door mevrouw bevestigd, maar ze vindt het zelf niet zo verschrikkelijk. Er worden enkele maandelijkse sessies gebruikt om het patroon van

scenes d.m.v. registratie-opdrachten te onderzoeken en m.b.v. zelfcontrole-procedures te begeleiden. Na elf zittingen wordt de therapie als beëindigd beschouwd.

5. Discussie

(1) De hier geïntroduceerde variant van een schrijfpdracht heeft geen contra-indicaties. Men kan hooguit stellen dat het schrijven in deze vorm voor de cliënt extra werk met zich mee brengt, wat lang niet altijd nodig is. De methode is vooral geïndiceerd wanneer de cliënt last heeft van bepaalde aspecten van zijn verleden, maar niet zo goed in staat is de beelden daarvan op roepen. Het gaat, kortom, om situaties waarin men ook aan leeftijdsregressie op de gebruikelijke manier met hypnose kan denken. Een voordeel van de schrijfvorm boven hypnose is, dat de cliënt alles in zijn eigen tempo kan doen en dat het niet alleen een ontdekkende functie heeft, maar ook gemakkelijk kan leiden tot verwerking en afscheid nemen. Een niet te onderschatten voordeel is bovendien dat de cliënt meer moeite moet doen dan bij hypnotherapie. Dat kan therapeutische gevolgen hebben en bovendien ziet men al gauw wie wel en wie niet gemotiveerd is iets aan de klachten te doen. Hypnotherapie wordt naar mijn idee door sommige cliënten toch beschouwd als een soort snoepje dat door de therapeut wordt uitgedeeld en waar men betrekkelijk passief bij kan blijven. Uiteraard is het mogelijk om de hier beschreven techniek te combineren met leeftijdsregressie in trance. Misschien vullen de methoden elkaar wel prima aan. Ik heb met de combinatie nog geen ervaring.

(2) De manier waarop de leeftijdsregressie op papier kan worden uitgevoerd hoeft niet te verschillen van de procedure bij 'gewone' schrijfpdrachten. Van geval tot geval zal moeten worden

afgesproken hoe vaak de cliënt schrijft, hoe lang achter elkaar, waar en wat het thema zal zijn.

(3) Over het algemeen hebben schrijfopdrachten plaats in het begin van een behandeling. Het verwerken van het verleden is immers meestal een voorwaarde die zo goed mogelijk vervuld moet zijn, voordat veranderingen in het heden worden geïnitieerd (Lange, 1985, hoofdstuk 8). In par. 3 zagen we bij mevrouw Baars dat het schrijven pas later werd geïntroduceerd, aangezien tijdens haar verblijf in de kliniek al veel aandacht aan het verleden was geschonken. Bovendien leek het verstandig om in haar geval zo snel mogelijk te trachten iets te veranderen in de gezinsverhoudingen.

(4) Bij twee van de drie behandelingen is de leeftijdsregressie op papier van wezenlijk belang gebleken (bij mevrouw Groenteman en mevrouw Haring, resp. par. 2 en 4). Misschien dat de afwijking van de gebruikelijk timing bij mevrouw Baars wel tot gevolg had dat het schrijven minder belangrijk is geweest. In de therapie waren al flink wat interventies geweest. De zittingen waren al niet meer zo frequent en misschien waren de verwachtingen bij zowel de therapeut als bij de cliënte wel niet zo hooggespannen als wanneer het schrijven in het begin van de behandeling zou hebben plaatsgevonden.

Literatuur

Doorn, M. van & F. Aelen (1986), De schrijfopdracht: van oud zeer naar

nieuwe zin. *Directieve Therapie*, 6 (2), 100-115.

Hart, O. van der (1984), *Rituelen in psychotherapie; overgang en*

bestendinging. Van Loghum Slaterus, Deventer.

- Lange, A. (1984), Directieve psychotherapie bij oorlogsgetroffenen. In:
J.Dane (red.), *Keerzijde van de vrede*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. (1985), *Gedragsverandering in gezinnen*. Vijfde, compleet
herziene, druk. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Lange, A. & B. Kernkamp (1983), Een vergelijking van gedrags-
therapeutische en directieve interventies bij het behandelen van
pathologische rouw. *Kwartaalschrift Directieve Therapie en Hypnose*,
3 (4), 316-336.
- Ramsay, R.W. (1979), Rouwtherapie, de gedragstherapeutische behandeling
van pathologische rouwproblemen. In: J.W.G. Orlemans et al. (red.),
Handboek voor gedragstherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Inleiding voor IDI

Ter gelegenheid van het 10-jarige hoogleraarschap van Harry Rcoymans te Leiden werd door de vakgroep Psychiatrie een Boerhaavecursus georganiseerd over somatoforme stoornissen. Aan mij werd gevraagd om de rol van hypnose te bespreken.

Deze bijdrage begint met een eerder gebruikt "entrée": via een historisch voorbeeld. Dit is voordrachttechnisch leuk omdat de aandacht getrokken wordt en meteen allerlei aanknopingspunten voor relativerende opmerkingen geboden worden. Maar bovendien vind ik het steeds leerzamer om te lezen over allerlei oude medische procedures. Vooral "Devils, drugs and doctors" van Howard W. Haggard (Heineman, London, 1929) kan ik warm aanbevelen.

De parallellen tussen de psychotherapie van nu en de geneeskunde van vroeger zijn opvallend: scholen, doctrines en enthousiast verdedigde procedures zonder empirische basis, maar niettemin een beroepsgroep die zich al aardig een positie had weten te verwerven.

HYPNOSE EN SOMATOFORME STOORNISSEN

R. Van Dyck

Inleiding

Een zestien jaar oud dienstmeisje werd in 1885 in de kliniek van Hippolyte Bernheim (1891/1973) opgenomen met een niet-produktieve hoest en pijn in de zij. Na lichamelijk onderzoek wordt de diagnose op longtuberculose gesteld. Sinds drie weken heeft ze ook last van afonie na een voorafgaande periode van heesheid. Omdat slikklachten of pijn in de larynx ontbreken vermoedt Bernheim dat er van "nerveuze afonie" sprake is. Een week na haar opname bespreekt Bernheim in aanwezigheid van de patiënte met zijn studenten dat nerveuze afonie soms onmiddellijk te verhelpen is met elektriseren en hij laat het elektriseerapparaat halen. Voor hij het apparaat gebruikt besluit hij het effect van directe suggestie tijdens de wakende toestand te proberen. Hij zegt tegen de patiënte: "Ik zal u uw stem teruggeven" en legt zijn hand op haar strottenhoofd en beweegt het op en neer. "Nu kunt u hardop praten. Zeg A". Ze fluistert. Bernheim dringt aan: "U kunt spreken. Zeg A". Ze zegt met een duidelijke stem "A" en vervolgens "B". Daarna herhaalt ze haar naam en ze kan inderdaad verder duidelijk verstaanbaar praten. "Iemand die zo goed reageert op directe suggesties moet goed te hypnotiseren zijn" zegt Bernheim tegen zijn studenten. Inderdaad lukt het om met enkele suggesties catalepsie (gesuggereerde verstijving van lidmaten) en zelfs hallucinaties op te roepen.

Dit historische voorbeeld van Bernheim illustreert dat voor personen die goed hypnotiseerbaar zijn, de toepassing van een hypnose-inductie niet essentieel is voor het welslagen van suggestieve therapie. Voor deze verbale suggestieve interventies die zonder hypnose-inductie werden verricht, voerde Bernheim de naam "psychotherapie" in. In een ander voorbeeld vermeldt Bernheim dat bij een patiënt die bij eerdere gelegenheden zeer goed hypnotiseerbaar was gebleken, het mogelijk was om de visus te herstellen en vernauwde gezichtsvelden uit te breiden met behulp van hypnose, maar ook met behulp van een electromagnetische stimulatie. Zelfs

toen de electromagneet buiten medeweten van de patiënt van de stroombron ontkoppeld was, bleek dit apparaat werkzaam. Voor een dergelijk therapie-effect bestaat tegenwoordig de term placebo-effect.

In hoeverre therapie door middel van hypnose hetzelfde is als een placebo-effect is één van de vragen die in de loop van deze bijdrage aan de orde zullen komen. Allereerst wordt besproken of de overeenkomsten die van oudsher tussen hypnose en hysterie zijn gesignaleerd van enig belang zijn voor de huidige visie op somatoforme stoornissen. Vervolgens worden enkele therapieprocedures beschreven die bij aandoeningen zoals conversieverschijnselen, (onbegrepen) pijn en hypochondrie zijn toegepast. Bij dit alles wordt getracht enig historisch perspectief aan te brengen, omdat blijkt dat de te bespreken recente opvattingen een duidelijke voorgeschiedenis hebben en de bestaande therapieprocedures door herkenbare voorgangers werden vooraf gegaan. Mede vanwege dit historische perspectief wordt naast de DSM-III terminologie ook gebruik gemaakt van het oude hysterieconcept.

Als definitie voor hypnose wordt een bondige omschrijving van Orne (1980) gebruikt: "that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception or memory". Voor verdere beschrijvingen wordt naar de betreffende literatuur verwezen (Hilgard, 1965; Sheehan & Perry, 1976; Frankel, 1978; Van Dyck, 1983).

Hysterie en hypnotiseerbaarheid

Het hysterieconcept is de voorloper van o.a. de somatoforme en de dissociatieve stoornissen. Charcot, de tijdgenoot en wetenschappelijke rivaal van Bernheim op het gebied van hypnose huldigde de opvatting dat hypnose een verschijnsel is dat uitsluitend bij "la grande hysterie" optreedt. In de Parijse Salpêtrière beschikte hij over een aantal dames, veelal voormalige prostituées, voor wie de functie van permanent proefkonijn een alternatief voor het armenhuis was. Zij waren op afroep beschikbaar om de meest bizarre suggesties uit te voeren. Charcot beschreef aan de hand van zijn observaties bij deze selecte groep "professionele hysteri-

ca's" (Thornton, 1976) drie stadia van hypnose: catalepsie (een toestand van onbeweeglijkheid waarbij gesuggereerde houdingen worden vastgehouden), lethargie (een toestand waarbij niet meer op prikkels wordt gereageerd) en somnambulisme waarbij complexe suggesties werden opgevolgd zoals de waarneming van hallucinaties. Zoals Bernheim (1891/1973) al opmerkte werd buiten de Salpêtrière de overgang in stadia zoals die door Charcot beschreven was niet meer waargenomen. Zijn observaties zijn een klassiek voorbeeld van het fenomeen van de "demand characteristics" (Orne, 1962). De onderzoeker is er zich niet van bewust dat hij signalen geeft die de gewenste resultaten aan de proefpersonen duidelijk maken. Met andere woorden: deze stadia deden zich voor omdat Charcot of zijn assistenten ze op allerlei manieren suggereerden en uitlokten en niet omdat ze eigen aan hypnose zijn. Bovendien demonstreerden Bernheim en Liébault dat hypnotische suggesties niet alleen door hysterici maar door allerlei patiënten en gezonden met een zekere mate van succes konden worden uitgevoerd.

Deze distributie van hypnotisch talent is in de vijftiger en zestiger jaren van deze eeuw bij normale proefpersonen verder in kaart gebracht door het onderzoek van Hilgard (1965). Met behulp van de Stanford hypnotiseerbaarheidsschalen, die bestaan uit een reeks van 5 of 12 gestandaardiseerde suggesties met een opklimmende moeilijkheidsgraad documenteerde Hilgard dat hypnotiseerbaarheid ongeveer normaal verdeeld is onder de bevolking. Eenvoudige suggesties, zoals het ontwikkelen van een zwaartegevoel in de arm kunnen door ruim 80% van de proefpersonen worden uitgevoerd; met zeer moeilijke suggesties zoals negatieve visuele of acoustische hallucinaties heeft minder dan 10% succes. Onderzoek naar het verband tussen hypnotiseerbaarheid en persoonlijkheidskenmerken heeft niet aan het licht gebracht dat hoge hypnotiseerbaarheid geassocieerd is met enigerlei pathologische scores op vragenlijsten, de hysterie-score van de MMPI niet uitgezonderd. Wel vond J. Hilgard (1974) dat hoog hypnotiseerbaren vanaf hun jeugd, in tegenstelling tot niet hypnotiseerbaren, sterk geïnvolveerd waren in esthetische activiteiten zoals lectuur, toneel of andere creatieve bezigheden en daarbij gemakkelijker de grens tussen fantasie en werkelijkheid konden overschrijden.

Toch is het idee dat hystericie op de één of andere manier met hypnotiseerbaarheid te maken heeft niet geheel verlaten. Spiegel (1974) beschreef wat hij het "grade 5 syndroom" noemde. Hiermee bedoelde hij de personen die maximaal scoorden op de door hem gebruikte 5-puntsschaal voor hypnotiseerbaarheid. Kenmerkend voor deze personen zou o. a. zijn: een grote bereidheid om anderen te vertrouwen, grote belangstelling voor nieuwe ervaringen en geneigdheid om logische incongruenties te accepteren. Onder stress zouden deze personen ertoe neigen om te decompenseren met hysterische symptomatologie. Deze beschouwingen over de persoonlijkheid berusten echter alleen op klinische indrukken.

Frankel (1974, 1976) beschreef een aantal patiënten van wie de meesten multipale fobische klachten hadden, maar sommige conversieverschijnselen vertoonden of aan een multipale persoonlijkheid leden. Een gemeenschappelijk kenmerk was dat zij zeer hoog hypnotiseerbaar waren, hetgeen enige anecdotische steun geeft aan de opvattingen van Charcot en Spiegel.

Een eerste poging tot een gecontroleerd onderzoek werd door Bendefelt et al. (1976) uitgevoerd. Zij vergeleken 17 gehospitaliseerde patiënten met conversieverschijnselen met een controlegroep van niet psychotische psychiatrische patiënten op een aantal cognitieve tests, waaronder enkele items van een hypnotiseerbaarheidsschaal. De hysterici bleken inderdaad significant hoger te scoren dan de controlegroep. Toch kan aan dit resultaat niet veel belang worden gehecht, want de onderzoekers gebruikten als één van de selectiecriteria voor de diagnose "conversiehysterie" de klinische indruk van verhoogde suggestibiliteit. Het is dan ook niet opmerkelijk dat zij dit in de suggestibiliteitsscores terug vonden.

In twee recente publicaties, waarbij de inmiddels gebruikelijke classificatie van de DSM-III wordt gehanteerd, rapporteerde Bliss (1983, 1984) bij enkele patiëntengroepen opvallend hoge scores voor hypnotiseerbaarheid: 9.5 voor patiënten met het syndroom van Briquet (N=17), en 9.7 voor patiënten met ernstige conversiever-

schijnselen (N=18). Bliss gebruikte voor dit onderzoek de als een moeilijke schaal bekend staande Stanford Hypnotic Susceptibility Scale - form C; met een score van 9 of hoger zijn deze patiënten te beschouwen als behorend tot de beste 10% van de bevolking.

Resumerend: de veronderstelling dat hypnotiseerbaarheid een exclusief kenmerk is van hysterische personen wordt niet gesteund door onderzoek bij "normalen". Tot nog toe is niet gebleken dat aan hoge hypnotiseerbaarheid enige vorm van psychopathologie is gekoppeld. Maar in psychiatrische populaties vindt men wel dat patiënten die het syndroom van Briquet vertonen of aan ernstige conversieverschijnselen lijden opvallend hoge scores van hypnotiseerbaarheid hebben. Overigens is dit onderzoek naar de relatie tussen psychopathologie en hypnotiseerbaarheid bij verschillende diagnostische groepen pas kort geleden op gang gekomen en uit replicatiestudies moet nog blijken hoe consistent deze relatie is.

Conversieverschijnselen en hypnotische suggesties

Behalve dat een hoge hypnotiseerbaarheid kenmerkend zou zijn voor personen die aan vormen van histerie lijden, is ook al sinds Charcot gespeculeerd over een rol van hypnose bij het ontstaan van hysterische symptomen zoals conversieverschijnselen of multiple persoonlijkheid. Charcot demonstreerde dat conversieverschijnselen door hypnotische suggesties kunnen worden opgewekt: een parese van een lidmaat of de anesthesie van een hand die via hypnose tot stand komt gehoorzaamt evenmin als conversieverschijnselen aan de innervatiebegrenzungen, maar komt overeen met het "idee" van een arm of hand. Ook van de hysterische of psychogene varianten van afonie, coxalgie en amnesie demonstreerde Charcot de fenomenologische overeenkomst met de via hypnose tot stand gebrachte symptomen; deze activiteiten leverden hem de bijnaam van de Napoléon van de neurosen op.

Veel verder dan deze vaststelling dat er grote gelijkenissen bestaan in spontaan opgetreden conversieverschijnselen en gesuggererde uitvalsverschijnselen is men eigenlijk nog niet gekomen. Er kan hooguit gesproken worden van een aanzet voor verder onderzoek. Sackheim et al. (1979) bespreken een aantal gevalsstudies

bij personen met een gezichtsveldbeperking op grond van conversie en proefpersonen met hypnotisch gesuggereerde gezichtsveldvernaauwing. De proefopstelling bestond er uit dat de aard van voorwerpen die buiten het vernauwde gezichtsveld werden aangeboden "geraden" moest worden. Zowel bij gehyptotiseerden als bij conversiepatiënten werd enkele keren vastgesteld dat zij minder juiste antwoorden gaven dan op grond van toeval verwacht mag worden. Dit suggereert dat de (visuele) informatieverwerking bij deze proefpersonen in twee fasen verloopt: eerst treedt correcte identificatie op en daarna een ontkenning van de waarneming. Dit zou kunnen verklaren waarom zowel gehyptotiseerden als conversiepatiënten ondanks een visuele handicap weinig vallen of zich bezeren. Bovendien maken Sackheim et al. in een pilot study aannemelijk dat bij het al of niet optreden van ontkenning van de waarneming motivationele factoren van groot belang zijn: dat wil zeggen de ontkenning is alleen karakteristiek voor gehyptotiseerden die onder druk gezet worden om "het bewijs" te leveren dat ze "echt" blind zijn.

Met dergelijke proefopstellingen zou in principe meer systematisch onderzoek mogelijk zijn door vergelijking van het gedrag van patiënten met een bepaalde conversie, versus gehyptotiseerden met suggesties voor dezelfde handicap en een controlegroep van proefpersonen die hypnose simuleren.

Conversieverschijnselen door (zelf)hypnose?

Charcot veronderstelde dat hysterici tijdens een hypnoïde toestand door zelfsuggestie een symptoom tot ontwikkeling brachten. Deze redenering is o.a. overgenomen door Breuer die bij Anno O. een dergelijk proces veronderstelde. Heden ten dage wordt zij verdedigd door o.a. Frankel (1974, 1976) en Bliss (1980, 1984), die menen dat bij hoog hypnotiseerbare personen in stress-situaties spontaan trance-achtige fenomenen optreden, die o.a. gebruikt kunnen worden om amnesie op te roepen voor onaangename of bedreigende ervaringen. Het blijft bij deze auteurs onduidelijk hoe deze spontane trances dan tot conversieverschijnselen moet leiden. Het speculatieve verhaal zou kunnen worden aangevuld met de veronderstelling dat de aantrekkelijke kanten van de ziekerol

en eerdere ervaring met een bepaald symptoom zich tijdens deze spontane trances doen gelden. Hoewel dit alles plausibel lijkt, is het niet erg duidelijk hoe het optreden van een dergelijk proces onderzocht zou kunnen worden. Omdat we per definitie te maken hebben met zeer suggestibele personen is de valkuil van demand characteristics levensgroot aanwezig. Een belangrijk probleem is dat er geen objectieve maten voor de aanwezigheid van trance bestaan: we kunnen uitsluitend afgaan op subjectieve rapportage van gehypnotiseerden.

Hypnose als therapie voor conversies

De bevinding dat patiënten met aandoeningen zoals het syndroom van Briquet zeer hoog hypnotiseerbaar zijn leidt niet automatisch tot de conclusie dat hypnose een geschikte behandeling voor deze aandoening vormt. De onbehandelbaarheid van deze weinig beïnvloedbare aandoening is bekend (Goodwin & Guze, 1984). De vaststelling dat sterk op conversieverschijnselen gelijkende symptomen kunnen worden opgeroepen door hypnose biedt evenmin garanties dat conversieverschijnselen langs deze weg tot verdwijnen gebracht kunnen worden.

Over gecontroleerd effectonderzoek betreffende de resultaten van hypnose bij conversies kunnen we kort zijn: het is er niet. We moeten ons derhalve beperken tot een kritische bespreking van de literatuur die wel beschikbaar is. In de recente publicaties vindt men met enige regelmaat casuïstische beschrijvingen van voornamelijk succesvolle behandelingen van patiënten met conversies (Erickson, 1954; Greenleaf, 1971; Kaplan & Deabler, 1975; Pelletier, 1977; Roden, 1979; Trennery & Jackson, 1983; Faverey & Oyen, 1983). Conversieverschijnselen komen minder vaak voor dan angststoornissen, maar als het aantal publicaties over succesvolle behandeling als een maat gebruikt mag worden, dan ontstaat de indruk dat met hypnose vaker succes geboekt wordt bij de behandeling van fobieën dan van conversieverschijnselen. Niettemin bestaat er een therapeutische traditie die enige continuïteit vanaf het eind van de vorige eeuw vertoont.

Als we ons beperken tot de grote lijnen en technische subtilitei-

ten buiten beschouwing laten, kunnen we in de toepassing van hypnose in het algemeen en ook bij conversieverschijnselen twee strategieën onderkennen (du Jour, 1986): een symptoongerichte en een explorerende. De eerste is de oudste en bestaat uit het oproepen van verhoogde suggestibiliteit teneinde symptomen in gunstige zin te beïnvloeden. Bij de explorerende benadering worden technieken gebruikt zoals revivificatie of leeftijdsregressie om een oorzaak van de klachten te ontdekken, eventueel gevolgd door symptoongerichte suggesties. Men zou ook nog een derde strategie kunnen onderscheiden, namelijk het gebruik van hypnose voor verhoging van motivatie of voor ego-versterking. Dit houdt in dat suggesties gegeven worden met de strekking dat de patiënt toenevend behoefte zal voelen om bepaalde constructieve activiteiten uit te voeren ondanks de symptomen, eventueel gecombineerd met rechtstreekse suggesties ter vergroting van het zelfvertrouwen. Deze meer indirecte strategie lijkt voor de behandeling van conversieverschijnselen niet vaak te zijn toegepast en we zullen hem hier verder buiten beschouwing laten.

De meest elementaire vorm van symptoanreductie werd door Liébault toegepast en door Bernheim overgenomen, zij het met reeds enige aanpassing aan de karakteristieken van individuele patiënten. De Luikse hoogleraar Delboeuf, die Liébault in Nancy aan het werk zag beschrijft zijn werkwijze aldus (Thornton, 1976): "Nadat hij de patiënt gevraagd heeft wat zijn klachten zijn, plaatste Liébault een hand op de onderarm van de patiënt en zonder verder onderzoek en terwijl hij de patiënt amper bekijkt zegt hij: "Je zal gaan slapen". Daarna sluit hij de ogen van de patiënt en zegt hem dat hij in slaap is. Daarna tilt Liébault de arm van de patiënt op en zegt: "Je kan je arm niet meer omlaag krijgen". Als het de patiënt toch lukt, lijkt Liébault dat amper te merken. De therapeutische suggesties zijn uiterst eenvoudig en ruim gesteld: "Je zal genezen; de spijsvertering zal goed zijn, de slaap is ongestoord; de hoest zal overgaan; je zal je sterk en gezond voelen, etc.." Hij varieerde zijn toon nauwelijks en herhaalde een groot aantal keren dezelfde suggesties, maar vreemd genoeg" zei Delboeuf, "ondanks de onvermijdelijke monotonie van zijn woorden en de uniformiteit van zijn stijl en stem is de toon van de meester

zo vurig dat ik nooit naar hem heb kunnen luisteren zonder een gevoel van bewondering".

Voor deze sessies, die bovendien werden gehouden met de wachtenden als toehoorders, kwamen patiënten en bezoekende artsen zoals Van Renterghem van heinde en verre. Vreemd genoeg was deze uiterst eenvoudige techniek, voor zover na te gaan, behoorlijk effectief, althans op korte termijn. Bernheim (1891/1973) die een variatie van de methode van Liébault toepaste en van zichzelf zei dat hij minder succes bereikte dan zijn leermeester, geeft een overzicht van 105 eigen behandelingen van uiteenlopende aandoeningen waaronder als hysterie gediagnostiseerde klachten en vermeldt dat in 85% van de gevallen (gedeeltelijke) verbetering werd bereikt. Vooral bij de minder welgestelden zou de benadering werkzaam zijn geweest. Het is goed om in gedachten te houden dat over verschillende therapeutische interventies, die later alleen een placebowerking bleken te hebben, ten tijde van de enthousiaste introductie vergelijkbare verbeteringspercentages werden gerapporteerd (vgl. Van Dyck, 1986).

Als we een halve eeuw verder gaan vinden we bij Wolberg (1948) een gedetailleerde beschrijving van een tegenwoordig nog gebruikte vorm van symptoomreductie door hypnose. De stappen die Wolberg aanbeveelt zijn de volgende:

- een voorbereiding, waarin de patiënt een redelijke uitleg krijgt over het doel van de sessies en waarin hij o.a. gewaar-schuwwd wordt tegen onjuiste of overdreven verwachtingen.
- een inductie, waarin de patiënt ervaart, bijvoorbeeld door handlevitatie, hoe hij lichamelijke gewaarwordingen kan beïnvloeden.
- de suggestie tijdens de hypnose van een analoog symptoom van de te behandelen klacht, bijvoorbeeld een parese van een arm bij iemand die in behandeling komt vanwege een verlamming van een been, als demonstratie van het feit dat symptomen door suggestie opgeroepen kunnen worden.
- opheffen van de nieuwe parese gevolgd door suggesties voor gedeeltelijke verbetering van het bestaande symptoom, met achterlaten van een restverschijnsel dat hopelijk dezelfde psychody-

namische betekenis heeft.

- posthypnotische suggesties waarin geleidelijke verdere verbetering gesuggereerd wordt.

Bij gebrek aan vergelijkend effectonderzoek kan niet vastgesteld worden of deze meer complexe methode van Wolberg betere resultaten oplevert dan de suggesties van Bernheim. Als we de twee procedures met elkaar vergelijken valt op dat Wolberg een aantal elementen heeft toegevoegd die de interventie een redelijker en rationeler aanzien geven, zodat de aanpak ook acceptabel kan zijn voor meer kritisch ingestelde patiënten. De toevoegingen zijn vooral van rethorische aard: de geloofwaardigheid wordt verhoogd en de gewenste verwachtingen worden in de hand gewerkt. De toegenomen aandacht voor geloofwaardigheid reflecteert ongetwijfeld de veranderde sociale verhoudingen, waarin de handelingen van een arts niet meer onvoorwaardelijk geaccepteerd worden. Het therapeutisch basisprincipe blijft achter hetzelfde als bij Liébault en Bernheim: het opwekken van een toestand van "trance" door middel van hypnose-inductie bevordert de suggestibiliteit en kan derhalve effectief zijn bij symptomen die door suggestie te beïnvloeden zijn.

Voor de tweede strategie bij toepassing van hypnose, de explorerende benadering, staat de behandeling van Anna O. zoals beschreven door Breuer en Freud (1893/1955) meestal model. Volgens Ellenberger (1970) zou Freud met deze benadering kennis gemaakt hebben via een eerdere publicatie van Janet. Van der Hart (1985) spoorde het therapieverslag op van een behandeling die halverwege de vorige eeuw plaats vond en waarin door de Haagse arts Hoek ruim vóór de tijd van Janet, Breuer en Freud al hetzelfde principe wordt toegepast. In het kort bestaat dit eruit dat met behulp van hypnose herinneringen worden opgeroepen aan een traumatische gebeurtenis die een oorzakelijk verband heeft met de symptomen. Bij Anna O. waren er multipele symptomen waaronder een paralyse van haar rechter arm, die blijkens haar herinneringen tijdens hypnose hun oorsprong vond in een angstige droom die ze had toen ze vermoeid in slaap was gevallen bij de verpleging van haar stervende vader. Het bewust worden van dergelijke herinneringen gaat gepaard met veel affect en wordt gevolgd door een al dan

niet expliciet gesuggereerde remissie van de symptomen. Dit historische model van de catharthische methode is van verschillende kanten kritisch besproken. MacMillan (1977) argumenteert dat de veronderstelling dat de onthulling van een bezwarend geheim een therapeutisch effect kan hebben ten tijde van Anna O. en Breuer eigenlijk gemeengoed was. (Men kan overigens ook de gelijkenis met een biecht hierbij aantekenen). Het therapie-effect zou op grond daarvan ook aan gemeenschappelijke verwachtingen van Anna O. en Breuer toegeschreven kunnen worden. Dat verwachting een belangrijke rol speelde wordt geïllustreerd door het feit dat Anna O. de data voorspelde waarop bepaalde klachten zouden verdwijnen. Belangrijker is nog de kritiek op de weergave van het ziekteverloop (Ellenberger, 1972; Thornton, 1983). Er bestaan sterke aanwijzingen dat de symptoomresolutie minder volledig en duurzaam was dan in de ziektegeschiedenis vermeld staat; er is ook reden om aan de diagnose van conversie te twijfelen omdat Anna O. aansluitend behandeld werd voor tuberculeuze meningitis.

Niettemin wordt de exploratieve strategie tot op heden voortgezet. Een technische evolutie bestaat eruit, dat men "oorzaken" niet alleen in het verleden zoekt, maar ook het heden of de toekomst betreft bij de verklaring van de conversieverschijnselen. Zo beschrijft Erickson (1954) nog niet uitgevoerde ontrouwplannen als achtergrond van een conversieblindheid. Verdere technische innovaties zijn (vgl. Edelstien, 1981): non-verbale ondervraagtechnieken, de invoering van ego-states als concretisering van een intern conflict en het uitvoeren van een "silent abreaction", een zeer praktische verbetering die toelaat het verleden te verwerken zonder de werkzaamheden in de aanpalende spreekkamers te storen. Een belangrijke vraag is welke waarde men moet hechten aan "oorzaken" die met behulp van hypnose aan het licht zijn gekomen. Het tegenwoordige onderzoek (Dywan & Bowers, 1983) naar de betrouwbaarheid van herinneringen die via hypnose werden verkregen wijst uit dat het aantal herinneringen dat tijdens hypnose opkomt groter is dan tijdens een "normale" concentratie. Maar dit betreft zowel correcte als foutieve herinneringen; bovendien wordt de betrokkene minder kritisch t.o.v. zijn herinneringen en ontwikkelt vaker (ten onrechte) een stellige overtuiging dat de

herinnering correct is. Dit betekent dat men ook in een therapeutische situatie niet zonder meer kan afgaan op de mening van de patiënt dat hij zich de juiste toedracht heeft herinnerd. De waarde van de explorerende benadering ligt waarschijnlijk vooral in het feit dat voorzien wordt in de behoefte aan een welomschreven "oorzaak" voor het ontstaan van de klachten. Inmiddels heeft allerwegen de gedachte postgevat dat een behandeling waarbij de oorzaak ongemoeid wordt gelaten niet afdoende kan zijn. Daarom heeft in rethorisch opzicht een explorerende, causale strategie een zeker voordeel. Daarbij zal het ongetwijfeld gebeuren dat ook echte belangrijke stress-bronnen in heden of verleden kunnen worden geïdentificeerd en al dan niet met behulp van hypnose met passende maatregelen worden beantwoord. In andere gevallen zal de gevonden verklaring meer de status van een door patiënt en therapeut gedeelde mythe toegekend moeten worden: in psychotherapie blijkt de feitelijke juistheid van verklaringssystemen geen absolute voorwaarde voor een positief effect (vgl. Frank, 1973).

Hypnose bij pijnklachten

Bij pijnklachten, al dan niet psychogeen van oorsprong, wordt hypnose veelvuldig gebruikt. Uit laboratoriumonderzoek (Hilgard & Hilgard, 1983) blijkt dat kunstmatig opgewekte, kortdurende pijn met hypnose bestreden kan worden. Het is de subjectieve beleving die met hypnotische suggestie voor analgesie beïnvloed kan worden; de fysiologische reacties op de pijn prikkel, zoals hartslagversnelling en bloeddrukverhoging vinden onverminderd doorgang. Het succes van de hypnotische suggesties is duidelijk aan de hypnotiseerbaarheid gecorreleerd; de meeste hoog hypnotiseerbaren slagen er in om de pijnintensiteit met 30% of meer te verminderen terwijl de meeste slecht hypnotiseerbaren minder dan 10% pijnreductie bereiken.

Dar er toch nog van enige pijnreductie sprake is bij de slecht hypnotiseerbaren was voor Hilgard (1977) aanleiding om een tweecomponenten model voor te stellen: de eerste component zou bestaan uit afleiding, angstreductie, relaxatie e.d. en zou door iedereen ervaren kunnen worden. De tweede component bestaat uit de specifiek hypnotische analgesie die alleen bij goed hypnоти-

seerbaren zou zijn op te wekken. Dit model wordt ondersteund door de resultaten van een onderzoek van MacGlashan et al. (1969). Hoog en laag hypnotiseerbaren werden aan pijnstimuli blootgesteld, enerzijds tijdens hypnose en anderzijds na toediening van een placebopil. Bij de laag hypnotiseerbaren was het effect van hypnose en van de placebopil gelijk. De hoog hypnotiseerbaren vertoonden tijdens hypnose een pijnreductie die het effect van de placebopil aanzienlijk overtrof. In dit tot nog toe enige goed opgezette experiment waarin hypnose met een geloofwaardige placebo-procedure vergeleken wordt blijkt dat hypnose - althans voor experimenteel opgewekte pijn - een effect heeft dat voor hoog hypnotiseerbaren groter is dan dat van een placebopil. De vraag of dat voor andere klachten eveneens het geval is kan nog niet beantwoord worden.

Uiteraard zal in een klinische situatie getracht worden om beide componenten (placebo en hypnotische pijnreductie) zo goed mogelijk te benutten. In het beschikbare onderzoek over de toepassing van hypnose bij klinische pijn wordt gevonden dat hypnotiseerbaarheid van belang is voor het bereiken van resultaten bij uiteenlopende soorten pijn, zoals hoofdpijn na trauma capitis, pijn van brandwonden, pijn gedurende beenmergaspiratie en migraine. Vooral bij acute vormen van pijn, die het best vergelijkbaar zijn met de pijn die in een laboratoriumsituatie wordt opgewekt, is de rol van hypnotiseerbaarheid redelijk gedocumenteerd. Voor chronische pijn is dit minder duidelijk het geval (vgl. Spinhoven, 1982; Hilgard & Hilgard, 1983). De resultaten die door middel van hypnose bereikt worden zijn vergelijkbaar met die van andere methoden zoals relaxatietraining of biofeedback. Bovendien blijkt hypnotiseerbaarheid niet alleen bij te dragen tot de voorspelling van de resultaten van hypnotherapie, maar ook die van andere procedures zoals relaxatie of autogene training (Spinhoven et al., 1985). Een superieur effect van hypnose of van één van de vele procedurele varianten die in de hypnoseliteratuur bekend staan, is nog niet gebleken (Spinhoven, 1983).

Bij het onderzoek dat in de vakgroep psychiatrie te Leiden wordt uitgevoerd naar het effect van hypnose bij chronische pijnklach-

ten worden een aantal principes aangehouden, die op grond van de beschikbare gegevens rationeel lijken (vgl. Spinhoven & Linssen, 1986):

- patiënten worden geleerd om zelfhypnose uit te voeren, zodat ze in staat zijn de geleerde technieken zelf toe te passen op de momenten dat dit nodig is
- in plaats van het elimineren van pijn, wat bij chronische pijn een onbereikbaar doel is, wordt gestreefd naar een vermindering van de "last" die de pijnklachten opleveren
- er wordt ruim gebruik gemaakt van schriftelijke informatie waarin de rationale van de behandeling of training en van haar onderdelen wordt toegelicht. Een magische benadering wordt vermeden
- de patiënten krijgen verschillende technieken aangeboden, te beginnen met relaxatie, vervolgens procedures gericht op afleiding zoals imaginaire voorstellingen en tenslotte procedures gericht op beïnvloeding van de pijnbeleving, zoals aard, duur of locatie van de pijngewaarwording. Na ervaring te hebben opgedaan met deze diverse technieken maakt de patiënt zijn eigen keuze over de combinatie van procedures waarmee hij zijn zelfhypnose-oefeningen verder zal gebruiken.

Gehoopt wordt met dit onderzoek o.a. meer inzicht te krijgen welke factoren samenhangen met een positief effect van hypnotische procedures bij vormen van chronische pijn, en welke componenten daarbij voor patiënten als het meest werkzaam worden ervaren.

Hypnose bij hypochondrie

Slechts zelden wordt hypnose genoemd bij de behandeling van hypochondrie. Deze schaarste aan referenties doet vermoeden dat het aantal succesgevallen gering zal zijn. Stokvis (1953) slaagde erin met suggesties voor symptoomreductie en hypnocatharsis jaren lang bestaande lichamelijke klachten van een 72-jarige patiënte te verbeteren. Bij Kellner (1979) is suggestie een onderdeel van een breedspectrum benadering die vooral op geruststelling en informatie is gebaseerd. Deiker & Counts (1980) gaven met goed resultaat suggesties met de strekking dat andere problemen dan de lichamelijke klachten op de voorgrond zouden komen te staan. Het

is niet bekend in hoeverre hypnotiseerbaarheid een rol speelt bij het bereiken van therapeutische effecten bij hypochondrie en welke strategie de voorkeur verdient.

Conclusies

1. In het hier gepresenteerde overzicht werd sterk de nadruk gelegd op de mogelijke rol van hypnotiseerbaarheid bij het behalen van resultaten door middel van hypnotische procedures. Wanneer het behandelingseffect niet gerelateerd is aan de hypnotiseerbaarheid kan men beter niet spreken van een behandeling door hypnose: kennelijk moeten dan andere factoren voor het resultaat verantwoordelijk gesteld worden. Deze aandacht voor de variabele hypnotiseerbaarheid betekent niet dat andere aspecten vergeten mogen worden: in veel gevallen zullen motivatie voor therapie, secundaire ziektewinst of de therapeutische relatie van even groot of groter belang zijn dan het hypnotische talent van de patiënt. Een nuttige kanttekening betreft verder de onzekerheid die veelal blijft bestaan over de juistheid van de diagnose. Men doet er goed aan de resultaten van het follow-up onderzoek van Slater & Glithero (1965) in gedachten te houden. Deze auteurs vonden dat bij meer dan de helft van de patiënten bij wie hysterie was gediagnostiseerd, later somatische afwijkingen aan het licht kwamen.
2. Uit het overzicht blijkt dat onderzoeksgegevens over de rol van hypnose en hypnotiseerbaarheid bij somatoforme stoornissen nog schaars zijn. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat de onderzoekstraditie over het klinische effect van hypnose nog vrij nieuw is. Anderzijds heeft deze achterstand ook te maken met de ziektebeelden die deel uitmaken van deze categorie. Bijvoorbeeld kunnen conversieverschijnselen in verschillende delen van het lichaam gelocaliseerd zijn en deel uitmaken van of gepaard gaan met verschillende diagnostische groepen. Dit maakt het verkrijgen van enigszins homogene en vergelijkbare groepen niet eenvoudig. Dit algemene probleem doet zich uiteraard voor alle therapievormen gelden.
3. Men kan zich afvragen welke betekenis men moet toekennen aan

de voortgaande stroom van variaties en therapeutische innovaties, die ook bij de toepassing van hypnose bij somatoforme stoornissen gezien wordt, terwijl het effect van hypnose voor alsnog maar zeer matig gedocumenteerd is. In zekere zin zijn deze innovaties meer bedoeld voor het heil van de therapeut dan van de patiënt. Vooral wanneer het gaat om moeilijk behandelbare klachten kan het uitproberen van een nieuwe techniek of een nieuwe theorie de uitdaging bieden die demoralisering van de behandelaar helpt voorkomen. Het zal tenslotte weinigen gegeven zijn om zoals Liébault met onverminderde gloed dezelfde standaardformules te blijven herhalen. Op deze manier zou de waarde van variaties niet zozeer liggen in een toename van het gemiddelde verbeteringspercentage, maar eerder in het vermijden van een geleidelijke afbrokkeling van de resultaten door afnemend enthousiasme van behandelaars. Daarnaast kunnen de verschillende procedures mogelijk verschillen in hun rethorische kracht. We zien dat in de loop van de tijd de toegepaste technieken evolueren van eenvoudig naar complex. De tegenwoordige patiënt verwacht niet meer dat een simpele bezwering hem uit zijn lijden zal verlossen. Om hetzelfde verwachtingspeil te handhaven moeten in hypnotische technieken ook aan de veranderde verwachtingen recht gedaan worden. De vroegere stereotype, autoritaire benadering is veranderd in een meer flexibele en permissieve opstelling waarin veel aandacht aan voorlichting wordt gegeven. Deze verandering reflecteert in de eerste plaats gewijzigde maatschappelijke verhoudingen, waar de hypnose praktijk zich aan heeft aangepast. Op deze manier houdt hypnose een plaats als één van de rethorische technieken waarmee voor bepaalde patiënten (de beleving van) uiteenlopende klachten beïnvloed kan worden.

REFERENTIES

- Bendefelt, F., L.L. Miller & A.M. Ludwig (1976), Cognitive performance in conversion hysteria. Archives of General Psychiatry, 33, 1250-1254.
- Bernheim, H. (1891/1973), Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, Etudes nouvelles. Doin, Paris. Engelse vertaling: Hypnosis & suggestion in psychotherapy, Jason Aronson, N.Y.
- Bliss, E.L. (1980), Multiple personalities: a report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. Archives of General Psychiatry, 37, 1388-1397.
- Bliss, E.L. (1983), Multiple personalities, related disorders and hypnosis. The American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 114-123.
- Bliss, E.L. (1984), Hysteria and hypnosis, Journal of nervous and mental disorders, 172, 203-206.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/1955), Studies on Hysteria in J. Strachey (ed. & translator). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Hogarth Press, London.
- Deiker, T. & D.K. Counts (1980), Hypnotic paradigm-substitution therapy in a case of hypochondriasis. The American Journal of Clinical Hypnosis, 23, 122-127.
- Dyck, R. Van (1983), De toepassing van hypnose in de geneeskunde. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 127, 1725-1729.
- Dyck, R. Van (1986), Psychotherapie, placebo en suggestie. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit te Leiden.
- Dywan, J. & K.S. Bowers (1983), The use of hypnosis to enhance recall. Science, 222, 184-5.
- Edelstien, M.G. (1981), Trauma, trance and transformation. A clinical guide to hypnotherapy. Brunner/Mazel, New York.
- Ellenberger, H.F. (1970), The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. Basic Books, New York.
- Ellenberger, H.F. (1972), L'histoire d'Anna O.: étude critique avec documents nouveaux. L'Evolution psychiatrique, 37, 693-717.
- Erickson, M.H. (1954), Special techniques of brief hypnotherapy. Journal of Clinical Hypnosis, 2, 109-129.

- Faverey, H. & F. Oyen (1983), Behandeling van een man met psychogene blindheid. Dth, kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 3, 29-40.
- Frank, J.D. (1973), Persuasion and Healing. A comparative Study of Psychotherapy. (revised edition), John Hopkins University Press, Baltimore.
- Frankel, F. (1974), The use of hypnosis in crisis intervention. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 3, 188-200.
- Frankel, F. (1976), Hypnosis. Trance as a coping mechanism. Plenum Medical Books, New York.
- Frankel, F.H. (1978), Hypnosis and altered states of consciousness in treatment of patients with medical disorders. In: T.B. Karasu & R.I. Steinmuller (Eds.): Psychotherapeutics in medicine, Grune & Stratton, New York.
- Goodwin, D.W. & S.B. Guze (1984), Psychiatric diagnosis. 3rd ed. Oxford University Press, Oxford.
- Greenleaf, E. (1971), The red house: hypnotherapy of hysterical blindness. The American Journal of Clinical Hypnosis, 13, 155-161.
- Hart, O. van der (1985), De hypnotherapie van Rika van B.: ontdekkende therapie vóór de tijd van Janet, Breuer en Freud. Dth., kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 5, 243-264.
- Hilgard, E.R. (1965), Hypnotic susceptibility. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Hilgard, E.R. (1977), The problem of divided consciousness: a neodissociation interpretation. In: W.E. Edmonton (Ed.). Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena. Annals of the New York Academy of Sciences, 296, 48-59.
- Hilgard, E.R. & J.R. Hilgard (1983), Hypnosis in the relief of pain, 2nd edition, Kaufmann, Los Altos.
- Hilgard, J.R. (1974), Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and non-hypnotizable. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 22, 138-156.

- Jour, P. du (1986), Somatoforme en dissociatieve stoornissen. In: R. Van Dyck & Ph. Spinhoven (in voorbereiding). Hypnose: praktijk, theorie en onderzoek. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Kaplan, J.M. & H.L. Deabler (1975), Hypnotherapy with a severe dissociative hysterical disorder. The American Journal of Clinical Hypnosis, 18, 83-89.
- Kellner, R. (1979), Psychotherapeutic strategies in the treatment of psychologic disorders. Psychotherapy and psychosomatics, 32, 91-100.
- McGlashan, T.H., F.J. Evans & M.T. Orne (1969), The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. Psychosomatic Medicine, 31, 227-246.
- MacMillan, M.B. (1977), The cathartic method and the expectancies of Breuer and Anna O. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25, 106-118.
- Orne, M.T. (1962), On the social psychology of the psychological experiment with particular reference to demand characteristics and their implications. American Psychologist, 17, 776-783.
- Orne, M.T. (1980), On the construct of hypnosis: how its definition affects research and clinical application. In: G.D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Elsevier, Amsterdam, p. 29-49.
- Pelletier, A.M. (1977), Hysterical aphonia: a case report. The American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 149-153.
- Roden, R.G. (1979), Psychoanalytically oriented hypnotic treatment of autoerotic sensitization and blindness. The American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 278-281.
- Sackheim, H.A., J.W. Nordlie & R.C. Gur (1979), A model of hysterical and hypnotic blindness: cognition, motivation and awareness. Journal of Abnormal Psychology, 88, 474-489.
- Sheehan, P.W. & C.W. Perry (1976), Methodologies of Hypnosis. A critical appraisal of contemporary paradigm of hypnosis. John Wiley & Sons, New York.
- Slater, E. & E. Glithero (1965), A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria. Journal of Psychosomatic Research, 9, 913 - .

- Spiegel, H. (1974), The grade 5 syndrome: the highly hypnotizable person. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4, 303-319.
- Spinhoven, Ph. (1982), Het therapeutisch belang van hypnotiseerbaarheid. Dth., Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 2, 329-365.
- Spinhoven, Ph. (1983), Gecontroleerd effectonderzoek naar de therapeutische toepassing van hypnose. In: Boerhaave cursus: Hypnose in de medische praktijk, Rijksuniversiteit Leiden.
- Spinhoven, Ph., T. Kleijn & R. Van Dyck (1985), Hypnotherapie bij hoofdpijnklachten. Dth., Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 5, 196-215.
- Spinhoven, Ph. & C. Linssen (1986), Hypnose en pijn: theorie en praktijk. In: R. Van Dyck & Ph. Spinhoven (in voorbereiding) Hypnose: praktijk, theorie en onderzoek. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stokvis, B. (1953), Hypnose in de geneeskundige praktijk. de Tijdstroom, Lochem.
- Thornton, E.M. (1976), Hypnotism, hysteria and epilepsy: an historical synthesis. William Heinemann, London.
- Thornton, E.M. (1983), Freud and Cocaine: the Freudian fallacy. Blond & Briggs, London.
- Trennery, M.R. & T.L. Jackson (1983), Hysterical dystonia successfully treated with post-hypnotic suggestion. The American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 42-44.
- Wolberg, L.R. (1948), Medical Hypnosis, vol.II. Grune & Stratton, New York.

Kees van der Velden

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

Ellenberger bespreekt de oorzaken van Charcots val en concludeert dat het vooral zijn methodologische fouten waren die hem de das om deden. Charcot beging de vergissing dat hij de wonderlijke gedragingen van zijn patiënten als de uitingen van hun psychopathologie zag. Hij realiseerde zich niet dat hij en zijn medewerkers deze patiënten bij wijze van spreken opgedragen hadden zich zo vreemd te gedragen. Charcots vergissing wordt mooi geïllustreerd op de prent die hieronder is afgebeeld.



De man rechts onder de drie lampen is Charcot. Hij demonstreert een geval van hystérie. De patiënte voelt zich al duidelijk niet goed. Twee verpleegsters staan klaar om haar op de brancard te kunnen leggen zodra de aanval doorzet. Voorzover de patiënte niet precies mocht weten hoe zij haar aanval vorm moet geven, kan zij zich oriënteren op de afbeelding

aan de linkerwand, waarop een voorgangster in een arc de cercle is afgebeeld. Intussen informeert Charcot zijn gehoor - en dus ook zijn patiënte - over de verschijnselen die zij waarnemen en mogelijk ook over de symptomen die dadelijk zullen volgen. 'De schilder heeft onwillekeurig Charcots fatale vergissing in beeld gebracht', schrijft Ellenberger. Hij maakt aannemelijk dat de jonge vrouwen die in Charcots ziekenhuis waren opgenomen er een eer in stelden om door Charcot gedemonstreerd te worden en dus hun best deden om de ziekteverschijnselen zo goed mogelijk te presenteren. Bovendien werden zij tussen de demonstraties door nog extra getraind door medewerkers van Charcot.

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

Charcot wilde de ontdekker van nieuwe ziekten zijn. Dat was hij niet. Hij had niet de opzet een pionier op het gebied van de moderne psychotherapie te zijn. Dat was hij wel. Ik hoop het hieronder aan te tonen.

Patiënten die een psychiater, psychotherapeut of een ander soort professionele hulpverlener bezoeken moeten een antwoord zien te vinden op de vraag wat deze nu eigenlijk van hen verwacht. Dit valt niet mee. Wie dronken binnenkomt en aldus op de duidelijkst mogelijke manier aangeeft dat de jeugdtrauma's ~~er voor~~ tot een solide alcoholprobleem hebben geleid, mag er niet op rekenen dat hem of haar een bespreking van de vroegkinderlijke ontwikkeling wordt aangeboden. Wie uitvoerig beschrijft hoezeer de werkgever tekort is geschoten bij het bieden van nieuwe kansen vergist zich wanneer hij verwacht dat de hulpverlener deze werkgever wel eens op zijn nummer zal zetten. Wie glad geschoren en keurig in het pak om een uitkering gaat vragen krijgt haar niet, en wie met een baard van drie dagen hetzelfde verzoek doet wordt evenmin geholpen.

A.de Swaan en zijn medewerkers onderzochten de spreekuurprocedure van het voormalige IMP in Amsterdam (De Swaan et al., 1979). Zij wilden een indruk krijgen van de inspanningen die aspirant-patiënten moesten leveren om in aanmerking te komen voor psychotherapie. Zij kwamen tot de slotsom dat dit spreekuur opgevat kan worden als een 'in hoge mate ondoorgrondelijke opgave'. De patiënt moet maar gissen naar wat de 'intaker' wenst te horen.

Wie zijn de mensen aan wie het wél lukt om de psychotherapie te krijgen die zij wensen? Het zijn de leden van de 'Kring van vrienden en begunstigers van de psychotherapie', de mensen die ongeveer op dezelfde wijze over problemen denken als professionele therapeuten. Zij zijn, naar het woord van De Swaan, 'geprotoprofessionaliseerd'. Zij weten hoe een goede patiënt zich gedraagt en gedragen zich ook zo.

Wanneer hun therapeut bij hen informeert naar negatieve gevoelens over hun moeder worden zij niet kwaad, maar zij sommen op op welke momenten en op welke wijzen zij zich door hun moeder in de steek gelaten hebben gevoeld. Wijst de therapeut erop dat zij hun zuster hadden willen doden, dan klinkt hun dat aannemelijk in de oren. Zij lezen artikelen over de onderwerpen waarover therapeuten boeken lezen. Zij weten hoe zij hun behandelaars een plezier kunnen doen op de wijze waarop Charcots patiënten wisten hoe ze hem tevreden konden stellen. Het verschil is alleen dat Charcot precies aangaf welke gedragingen door hem op prijs gesteld werden, terwijl degenen die voor psychotherapie in aanmerking willen komen zelf maar moeten uitzoeken hoe ze tot de 'Kring van vrienden en begunstigers' denken toe te treden. Zouden beide benaderingen aan een consumententest onderworpen worden, dan zou Charcot op het onderdeel 'gebruikersvriendelijkheid' belangrijk hoger scoren.

Jerome Frank wijst er (in talrijke publikaties) op dat mensen niet zozeer behandeling zoeken vanwege hun psychopathologie, maar omdat zij gedemoraliseerd zijn. Hun vechtlust is op, zij zien geen mogelijkheid meer hun moeilijkheden zelf te overwinnen. Op het begrip 'gedemoraliseerd' valt wel wat aan te merken, maar dat het niet de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis^F is die mensen naar een professionele hulpverlener doet uitzien is een moeilijk te loochenen feit.

Fop
zichzelf

Dit kan eenvoudig geïllustreerd worden. Volgens epidemiologische gegevens heeft een op de honderd mensen ooit schizofrenie. In het gebied dat mijn collega's en ik geestelijk gezond moeten houden wonen ongeveer 300.000 mensen. Drieduizend van hen moeten aan schizofrenie lijden of geleden hebben. Van deze 3.000 kunnen er hoogstens 300 opgenomen zijn. Blijven er 2.700 over. Laten we aannemen dat 900 van hen hersteld zijn, dan moeten er nog altijd 1.800 patiënten met schizofrenie in ons gebied zijn. Honderd verblijven er wellicht in zg. tussenvoorzieningen, ten hoogste 200 worden ambulantly behandeld - dan blijven er altijd nog 1.500 patiënten met zo'n beetje de zwaarste psychiatrische diagnose over die van behandeling verstoken zijn.

Hulpverleners en Riagg-directeuren hebben dergelijke cijfers nog niet onder ogen of de brief met de subsidie-aanvraag is al weg: 'Alleen al voor de adequate opvang van de schizofrene patiënten in het gebied van Riagg *Zus en Zo* is een uitbreiding van de sociaal-psychiatrische dienst met dertig medewerkers dringend noodzakelijk. Wij gaan hierbij uit van een case-load van vijftig patiënten per medewerker. Gezien de zware belasting die de begeleiding van deze patiënten en hun families voor de medewerker inhoudt, lijkt het ons redelijk deze de volgende compensatieregeling te kunnen aanbieden. (...) Voor bijscholing en in-service-training menen wij het volgende bedrag te mogen vragen. (Volgt enorm bedrag.) Toepassing van de ATV-regeling leidt tot ... (volgen consequenties ATV-regeling). Voor het management van de instelling betekent de onderhavige uitbreiding... (volgt wat de onderhavige uitbreiding voor het management van de instelling betekent, nl. uitbreiding van het management). In een later stadium zullen wij U onze kostencalculaties inzake de opvang van patiënten met andere stoornissen voorleggen. W.g. (Naam directeur).'

De vaststelling van Jerome Frank dringt niet tot therapeuten door. Zij willen stoornissen en V-codes behandelen en houden vast aan het idee dat dat ook is waarvoor patiënten komen. Zij worden hierin gesteund door hun vaktijdschriften, hun vakboeken en door de docenten van de cursussen die zij niet ophouden te bezoeken. Ook *veel van* hun vergaderingen zijn aan de behandeling van stoornissen gewijd. Waar komen patiënten wél voor? Om er beter van te worden, om enig voordeel te behalen. Men komt om (eindelijk eens) gelijk te krijgen. Zij hopen dat therapeuten iets zullen ondernemen dat hun positie versterkt. De alcoholist die met drinken wil stoppen wanneer zijn vrouw hem dreigt te verlaten is echt veel tevredener over de therapeut die zegt: 'Ik kan me niet voorstellen dat een vrouw een man als U werkelijk zou willen verlaten', dan over de therapeut die opmerkt: 'Dan heb ik hier een mooi zelfcontroleprogramma voor U'. De agorafobische vrouw die voor gedragstherapie wordt aangemeld, zal het haar behandelaar heus niet kwalijk nemen wanneer deze al bij de kennisgeving toezegt voorlopig voor een royale taxikostenvergoeding te zullen zorgen. De paranoïde patiënt hoort liever: 'Hier bent U gelukkig veilig' dan: 'Zou U niet eens wat Impromen tegen die rare gedachten nemen?' Maar therapeuten zien dit niet zo. Zij willen het heus wel voor de alcoholist opnemen, zij willen ook wel een taxikostenvergoeding aanvragen en

een gevoel van veiligheid geven, maar dan moet de patiënt eerst mee-gewerkt hebben.

Ik bedoel natuurlijk niet dat patiënten per se vergroting van de secundaire ziekte winst beogen. Wat is de ziekte winst van een vrouw die zich met depressiviteit en slapeloosheid aanmeldt nadat haar vriend haar heeft verlaten? Die is er toch niet? Wel kan deze vrouw hopen dat behandeling haar bijv. de volgende voordelen zal brengen: ten eerste dat haar ex-vriend ter ore zal komen dat zij een therapeut bezoekt en dat dit tot een vergroting van zijn twijfel over de juistheid van het door hem genomen besluit zal leiden; ten tweede dat zij door psychotherapie in een zodanig aantrekkelijk persoon zal worden getransformeerd dat de ex-vriend nog spijt zal krijgen dat hij zo'n leuk iemand niet op waarde heeft weten te schatten; ten derde dat de therapeut een aanhanger van de systeemtheorie zal zijn, voor wie het onmogelijk is te 'werken' wanneer de (ex-)partner niet bij de gesprekken betrokken wordt. Enz. Therapeuten willen dat zij dergelijke verwachtingen uitspreekt en aansluitend het onredelijke ervan inziet, of zij willen haar haar gevoelens laten doorleven en richtlijnen bieden bij de wijze van afscheid nemen, een en ander in de verwachting dat haar stemmingsstoornis zal verdwijnen. Zij zeggen niet: 'Zal ik die vent eens bij mij uitnodigen en kijken of ik hem kan ompraten?'

In het onderstaande schema wordt het misverstand tussen patiënt en therapeut nog eens duidelijk samengevat.

<u>Patiënt</u>	<u>Therapeut</u>
Doel: Voordeel, erkenning, versterking positie	Doel: Bestrijden stoornis
Middel: Vertonen stoornis	Middel: Bieden van voordeel, erkenning, versterking positie

Wie een stoornis vertoont kan in principe aanspraak maken op de kostbare tijd van een professionele hulpverlener. Is men eenmaal bij deze deskundige toegelaten, dan is de eerste stap genomen, maar men is nog niet zover dat deze ook daadwerkelijk iets gaat doen. Hij luistert, stelt vragen en begint bemoeilijkende voorwaarden te formuleren. Hij deelt mee dat eventuele volgende gesprekken eerst over x weken of maanden gehouden kunnen worden, dat bij deze gesprekken die en die familieleden verwacht worden, dat het probleem in een intakevergadering besproken zal worden e.d. Voor de leden van de 'Kring van vrienden en begunstigers' is dit een begrijpelijke gang van zaken, maar voor buitenstaanders niet. Dezen denken: 'Degene

die hier tegenover mij zit meent abusievelijk dat het met mijn moeilijkheid wel meevalt en dat de oplossing van mijn probleem wel uitstel kan gedogen.' ~~Sommigen~~ ^{veelen} van hen houden het daarom kort, maar er zijn ook patiënten die menen dat de hulpverlener indringender met hun probleem geconfronteerd moet worden.

Zij doen het volgende:

- 1. Zij presenteren VEEL klachten en problemen.
- 2. Zij presenteren deze klachten en problemen LUID.
- 3. Zij presenteren deze klachten en problemen VAAK.

En, heel anders dan zij verwachten, is het resultaat dat zij NIET worden geholpen.

Waarom gaan deze patiënten toch door met iets dat kennelijk niet helpt? Dat is omdat zij dom zijn, zou het antwoord kunnen luiden. Dit is echter een dom antwoord, want ook heel intelligente mensen kunnen almaar doorgaan met het beproeven van kansloze pogingen om oplossingen te bereiken. Dan is het omdat zij een persoonlijkheidsstoornis hebben, wordt in professionele kringen wel opgemerkt. Dit is een lui antwoord. Wie geen biefstuk kan bakken moet in het kookboek kijken en niet zeggen: 'De slager heeft me taaie biefstuk verkocht.'

Het is omdat deze mensen overspoeld worden door hun emoties, hun ratio heeft geen greep meer op de primitieve driften, wordt beweerd. Dit klopt echter niet. De patiënten hebben niet altijd klachten, zij hebben alleen altijd klachten als ze aan de aanwezigheid van een hulpverlener blootstaan. Het antwoord dat ik wil voorstellen is dat deze patiënten niet weten en niet kunnen geloven dat de moderne therapeut niet van VEEL, LUID en VAAK houdt. Zij vinden dat niet logisch. Wie een beetje pijn heeft kreunt zachtjes, zo redeneren zij, en wie veel pijn heeft die brult.

In het eerste geval gaat het waarschijnlijk niet om een ernstige aandoening, maar in het tweede wel. Zij hebben dus een ernstige aandoening. Het is voor hen ongeloofwaardig dat de moderne therapeut juist bij WEINIG, BESCHAAFD en EENS PER VEERTIEN DAGEN in actie komt. Stel je de gynaecoloog voor die voor patiënten met een schimmelinfectie desnoods wil overwerken, maar die patiënten bij wie 'alles moet worden weggehaald' alleen maar als lastig beschouwt!

Maar waarom weten deze mensen niet hoe de professionele hulpverlener bejegend wil worden? Antwoord: Zoals de leden van de 'Kring' de juiste artikelen in de juiste tijdschriften lezen, zo lezen de niet-leden de verkeerde artikelen in de verkeerde tijdschriften. Het belangrijkste kenmerk van hun lectuur is dat die niet drie tot vijf jaar achterloopt bij de lectuur

van hulpverleners - wat vermoedelijk geldt voor de lectuur van de leden van de 'Kring' -, maar misschien wel dertig jaar. Men zou eenvoudig enkele modes achter kunnen zijn.

Dertig jaar geleden was men redelijk modern wanneer men zich, ter verklaring van zijn moeilijkheden, op een 'liefdeloze jeugd' kon beroepen. Eventueel wist men een behandelaar tot een poging tot 'corrective emotional experience' te bewegen. Nu wordt men gemaand zich 'niet als slachtoffer op te stellen'. Levenslang verdriet hebben vanwege een verlies - 't was dertig jaar geleden een heroïsch gegeven en in de Story is het dat nog. Nu is men het slachtoffer van idealisering van het verleden en durft men de gevoelens van woede jegens hetgeen verloren ging niet onder ogen te zien.

Te weinig liefde krijgen van je levenspartner was een verschrikking waarvoor men bij een zenuwarts wel erkenning kon krijgen. Nu moet men deze partner meenemen er ABA-oefeningen doen of van deze partner weggaan. In het blad Zondagsnieuws staat nooit iets over ABA-oefeningen en ook de Kasteelroman zwijgt erover.

In televisieseries ziet men mensen die het moeilijk hebben verschrikkelijk tekeer gaan, tot er een warm, liefderijk persoon op de proppen komt - vaak nog knap om te zien ook -, die met veel tact en geduld de geestelijke wond laat helen. In zo'n film zegt de helpende persoon nooit: 'Woensdag schikt niet, want dan heb ik m'n ATV-dag.'

Wie angstig en schrikachtig was moest teveel opwinding en gepeperde spijzen vermijden, maar zo'n persoon moet nu juist wat hem angst aanjaagt koelbloedig onder ogen zien.

Een vrouw die bij haar hulpverlener schreeuwt ziet in diens ogen het afgrijzen dat ze zo goed van haar man kent, en zij hoort geen warme stem die zegt: 'Gooi het er allemaal maar eens uit, meisje...'

Voorlichting!

Wat is er aan deze cultuurkloof te doen? Ik dacht aan... voorlichting. Voorlichting wordt bij alles en nog wat gegeven, dus waarom niet bij de consument van geestelijke-gezondheidszorg? Origineel is het idee trouwens niet. Er schijnen al voorlichtende cursussen te zijn voor mensen die een bepaald soort gedragstherapie willen ondergaan. De belangrijkste begrippen worden hierbij uitgelegd en men krijgt een indruk van de inspanningen die men zelf moet leveren om tot een goed resultaat te komen.

Meteen een cursus is wat veel ineens. Een introductiefolder zou een zinvol begin kunnen zijn. In deze folder zou de aspirant-patiënt tips kunnen lezen die hem kunnen helpen zijn doel te bereiken.

Ik noem er enkele:

- Vraag nooit aan het begin van een gesprek om medicijnen. Wacht tot Uw hulpverlener hier zelf over begint of breng het onderwerp aan het eind van het gesprek ter sprake.
- Gebruik geen vaktaal. U heeft geen 'depressie', U heeft 'zo'n leeg gevoel van binnen'. U heeft geen 'hallucinaties' maar U hoort 'stemmen'. U denkt misschien Uw hulpverlener te helpen, maar U irriteert hem slechts door zijn woorden te gebruiken.
- Kom niet te laat als U vindt dat U niets met de gesprekken opschiet. Zeg ook niet dat U niets aan de gesprekken heeft. Zeg liever dat U veel aan het vorige gesprek heeft moeten terugdenken. (Het is ook goed dit te zeggen voor U om kalmerende medicijnen vraagt.)
- Wanneer U duurzame contacten met een hulpverlener wilt, bijv. om Uw uitkering veilig te stellen of om iemand bij de hand te hebben wanneer U angstig bent, probeer dan bij een oudere arts te komen. Oudere artsen zijn gewend aan patiënten die slechts matig verbeteren en nemen hun dit niet kwalijk.
- Kleed U niet te goed. Vrouwelijke patiënten moeten hoge hakken, glanzende sierraden en feestelijke make-up vermijden. Hoewel U er misschien mee wilt aangeven dat U het gesprek plezierig wilt laten verlopen, is de kans groot dat Uw hulpverlener meent dat U 'erotiserend' bent (dat is niet goed) of dat U niet werkelijk een uitkering nodig heeft. Ga ook niet uitgesproken sjofel gekleed. Dit zou Uw hulpverlener het idee kunnen geven dat U Uw uitkering erdoorheen jaagt. Het beste is: eenvoudige, nette kleding. Verstelplekken mogen.
- Zeg nooit 'nee' tegen een voorstel van een therapeut. Zeg dat U tijd nodig heeft om erover na te denken.
- Maak in elk gesprek een opmerking als: 'Zo heb ik het nog nooit gezien' of 'Dit heeft niemand mij ooit gezegd'. Overdrijf hierin niet.
- Wanneer U Uw hulpverlener op zijn gemak wilt stellen, stel dan geen vragen over zijn privéleven. Vraag alleen 'Heeft U zelf kinderen?' wanneer U foto's van kinderen op het bureau hebt zien staan. U kunt wel vragen stellen over de zwaarte van het beroep en op de antwoorden reageren met: 'Ik zou dat nooit kunnen.'
- Als U meer dan drie klachten heeft, moet U er toch niet meer dan drie noemen.
- Ook al was U als kind diep-ongelukkig, noem dit niet zo. U loopt nl. het risico dat Uw hulpverlener U een 'vroege stoornis' toedicht, wat inhoudt dat er met U niets meer te beginnen valt.

- Indien U een psychogene loopstoornis heeft of een ander conversiever-schijnsel en U wilt toch even genieten: kijk eerst om U heen en vergewis U ervan dat U niet door Uw hulpverlener gezien kunt worden. Deze is nl. niet blij dat U van tijd tot tijd gewoon kunt lopen, maar teleurge-steld of kwaad.
- Ook al hebben anderen U vreselijke dingen aangedaan, noem ze nooit zonder erbij te vermelden dat U eraan twijfelt of U niet 'ergens' mede-schuldig bent. Dit vergroot de kans dat U geloofd wordt. Dit vergroot ook de sym-pathie voor U.
- Zeg niet dat Uw klachten U verhinderen te werken. Zeg wel: 'Hoe ik het doe doe ik het, maar ik zàl werken.' (U hoeft niet werkelijk te gaan werken.)
- Noem geen merknamen van medicijnen, tenzij er nadrukkelijk om gevraagd wordt. Vraag dus niet om Rohypnol als U wilt slapen, want U krijgt Seresta of U gaat met het advies naar huis het met honing en melk te proberen.
- Indien U na deze regels in acht genomen te hebben toch niet voldoende geholpen mocht worden, zult U moeten verhuizen. Let U dan wel goed op dat Uw nieuwe straat in het gebied van een andere Riagg ligt. Wanneer U geestelijk kwetsbaar bent kan het geen kwaad als U eerst bepaalt bij welke Riagg U geholpen zou willen worden; daarna kunt U een woning in het verzorgingsgebied van deze Riagg zoeken.

Nagebootste en geïnduceerde stoornissen

Hierboven bespraken we de weinig gearticuleerde uitingen van mensen die erkenning zoeken maar de juiste toon niet weten te vinden. Deze patiën-ten worden verondersteld te 'aggraveren'. Dit wil zeggen: men neemt aan dat zij de zaak erger maken dan hij is. Therapeuten honoreren dit ^{vaak} met een diagnose op As II.

Er zijn ook patiënten die door klinische manifestaties op As I hun doelen weten te bereiken. Zij bootsen psychiatrische stoornissen na, zoals de patiënten van Charcot deden. (Dezen bootsten trouwens patiënten met nagebootste stoornissen na.) In het Moeilijke-mensen-project (Van der Velden, 1985) zagen wij enkele patiënten die bereid waren traumatische ervaringen te verzinnen en aanpassingsstoornissen na te spelen. Wat zij hiermee wilden bereiken zal niet snel door een vragenlijst aan het licht gebracht worden; maar wij meenden te kunnen vaststellen: jaloezie op mede-patiënten; behoefte aan prestige - bijv. ernstiger ziek willen zijn dan een familielid -, seksuele opwinding; het verdrijven van verveling. Kortom, de motieven die U en ik ook zouden kunnen hebben.

Hoeveel patiënten met nagebootste stoornissen er zijn is niet bekend. Men kent alleen de gevallen waarbij de patiënt door de mand viel. Patiënten die met succes een psychiatrische stoornis voorwendden, slaagden er heel goed in hun behandelaars voor zich te interesseren. Zij wisten precies de opmerkingen te maken die hulpverleners graag horen en de moeilijkheden te rapporteren waardoor hulpverleners een mooi gevoel krijgen. Omdat zij geacht worden onwillekeurig te werk te gaan kunnen zij niet van simuleren beschuldigd worden. Een lijst met adviezen hebben zij niet nodig. Zij kunnen maar één fout maken, en die is: uit hun rol vallen. Bij het geval dat hieronder besproken wordt was het niet eens deze fout die de patiënt de das om deed.

De behandeling van een KZ-syndroom

Charcot en de Leidse psychiater prof.dr.J.Bastiaans zijn vrij goed vergelijkbaar. Was Charcot de 'Napoleon der Neurosen', Bastiaans zou de titel 'Keizer van het KZ-syndroom' niet misstaan. Beiden worden omringd door een hofhouding en staan in contact met de Groten van hun Tijd. Aan alles wat zij zeggen en doen wordt een geneeskrachtige werking toegeschreven. Wat hun patiënten moeten doen om erkenning te krijgen is: ^{enigermate} de ziekte waarin hun dokter gespecialiseerd is vertonen.

Charcot schijnt van de vroege ochtend tot de late avond gewerkt te hebben, bij Bastiaans is dit niet anders. Uit het Hollands Dagboek dat hij op 6 april 1985 in NRC/Handelsblad publiceerde kunnen we wel opmaken dat een begrip als 'vrij weekend' en 'ATV' voor deze toen achtenzestigjarige geen betekenis hebben.

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

Op de volgende bladzijde staat een aanbeveling, die geschreven werd door Prins Bernhard.

Op de daaropvolgende bladzijde lezen wij:

'OPGEDRAGEN AAN:

Willem van Salland en de zijnen

bij wijze van excuus.'

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

Wie was Willem van Salland? Wat mankeerde hem wel als hij niet door de oorlog 'getraumatiseerd' was? Van Salland was een ambitieus politicus die het aardig ver gebracht had, maar misschien niet ver genoeg. Hij kende genoeg ministers en staatssecretarissen, maar de kans dat hij zich ooit hun collega zou mogen noemen was verkeken. Misschien verveelde hij zich wel. Of misschien was hij jaloers op mensen die echt iets vreselijks meegemaakt hadden of moedig waren geweest en deswege werden geëerd. 't Is ook mogelijk dat hij een beetje saai gevonden werd en dat men hem op verjaardagen over het hoofd zag.

Ik zou me kunnen voorstellen dat hij op een dag behoefte had aan een sterk verhaal, bijv. om een meisje voor zich te interesseren. Het is mogelijk dat hij hiermee enig succes had, en dat hij toen, om te voorkomen dat het kind zich zou gaan vervelen, zijn verhaal steeds sterker is gaan maken. Of hij begon meteen met een groot verzinsel en wist aansluitend niet meer hoe hij zonder gezichtsverlies op de dwalingen zijns weegs moest terugkeren. Ik weet het niet.

Wel weet ik het nummer en de naam van wat hij vertoonde: 300.16, dat wil zeggen: Factitious Disorder with Psychological Symptoms (zie DSM-III). Wie het boek leest in de wetenschap dat hier een aperte fantast aan het woord is, komt tot de conclusie dat het met dat fantaseren eigenlijk nog wel meevalt. Van Salland verzint niet zo gek veel, het meeste wordt hem door Bastiaans in de mond gelegd. En als hij de waarheid spreekt wordt hij door zijn behandelaar niet goed begrepen.

B.: Je ziet veel meer dan je zeggen kunt?

vS.: Jaja.. veel meer...

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

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

B.: Het feit dat ik hier op een zaterdagavond met je ga zitten praten terwijl andere mensen gezellig thuis zitten (...) (Pag. 111.)

Zelfs als Van Salland eerlijk mededeelt dat hij zijn herinneringen maar

12

verzint wordt hij niet geloofd.

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

vS.: Ja, dat is ook zo... Maar ik zit een beetje in de moeilijkheden wat dat betreft... Verdomd! Ik weet gewoon niet hoe ik de zaak weer op een ordentelijke manier bij elkaar moet prakkizeren... Echt niet!

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

Bastiaans helpt erg veel.

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

vS.: Jaja...

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

vS.: Jawel, maar...

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

vS.: Dat is waar, ja...

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

Het is allemaal nogal vaag: 'de' opdrachtgevers, 'die' gijzelaars. Ongetwijfeld hoopt Van Salland dat hij het vaag zal kunnen houden - het noemen van namen kan immers tot zijn ontmaskering leiden -, maar Bastiaans vindt dit onbevredigend. Op zeker moment doet Van Salland het voorkomen of hij onder de invloed van de LSD weer met zijn verzonden verzetsvrienden samen is (B.: 'De beelden van de jongens en de meiden spoken alsmaar door je hoofd'), en Bastiaans moedigt hem nu aan te vertellen wie zij zijn. In de behandelkamer zijn, behalve Bastiaans en Van Salland, ook auteur Wennekes en de aantrekkelijke verpleegster Anneke aanwezig.

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

vS.: Oh god!

(...)

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

vS.: ...

B.: Nou?

vS.: ...

B.: Weet je het al?

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

B.: Zeg het eens!

(...)

vS.: Op... op... Toos. Jij bent Toos... (Pag. 122/123.)

Anneke lijkt niet alleen op Toos, zij is Toos. Twee successen voor Bastiaans:

hij heeft antwoord op zijn vraag en de patiënt bewijst dat met het omstreden LSD wel degelijk indringende herbelevingen tot stand gebracht kunnen worden. Toch is Bastiaans nog niet tevreden. Het is niet voldoende dat de LSD zijn werk doet, de patiënt moet ook tekeergaan; het zogenaamde 'zelfverdedigingspantser' moet 'afgebroken' worden.

B.: Waar is Toos kapotgegaan?

vS.: Ja... waar is Toos kapotgegaan, Jan...? Ik weet het niet... Toos...
Oooohh, Toos... (Pag. 123.)

Het is natuurlijk verstandig van Van Salland om deze niet-bestaande Toos meteen te laten overlijden, maar hij staat nu voor de opgave te voorkomen dat Bastiaans hier weer op door gaat vragen. Dus geeft hij Bastiaans wat deze het liefste krijgt: emotie.

B.: Huil maar!

(...)

B.: Toe maar. Laat het maar komen. Een ècht mens moet kunnen huilen!
Samen met jou hebben we nu verdriet. (Pag. 123.)

Bastiaans gaat nu voort Van Salland werk uit handen te nemen. Toos is 'kapotgegaan', Van Salland huilt. Bastiaans vraagt zich af welk element in deze tragische gebeurtenis Van Salland nu speciaal beroert. Om zijn onzekerheid hierover te verkleinen zou hij dit aan Van Salland kunnen vragen, maar dat doet hij niet. Hij deelt Van Salland mee wat er aan de hand is.

B.: Zie je die kelder nog?

vS.: Jaaa... Ik zit er weer middenin. Oooohh...

B.: Weet je waarom?

vS.: ... Nee...

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

vS.: Ja...

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

vS.: Schuldig, ja.

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

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

B.: Jazeker! (Pag. 123/124.)

Jazeker! Op dit punt aangeland bevangt mij de vrees dat ik ervan verdacht zal worden citaten uit hun verband gerukt te hebben, gegevens te hebben achtergehouden, toevoegingen te hebben bedacht, al was het maar dat uitroepeten achter 'Jazeker'. Maar alles wat ik citeer komt zó uit

Wennekes' boek. Dat U het niet zelf kunt nalezen kan ik ook niet helpen.

Het is voor Van Salland natuurlijk niet eenvoudig om steeds maar iets te verzinnen dat zijn behandelaar tevreden stelt. Uit de tekst krijgt men de indruk dat Van Salland het moment waarop hij iets concreets moet zeggen zo lang mogelijk voor zich uit schuift. Dit is een verstandige strategie, want negen van de tien keer blijkt dat Bastiaans zijn taak overneemt en zelf concreet wordt. Soms is het voor Van Salland echter onmogelijk Bastiaans al het werk te laten doen, en voor wat hij dan verzint past regelrechte bewondering, zeker wanneer men zich realiseert dat zijn kop vol LSD zit.

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

B.: Is het te moeilijk?

vS.: (bijna onverstaanbaar fluisterend) Jaaa... oh jaaa...

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

vS.: ...

B.: Willem, hoor je me?

vS.: Jawel...

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

vS.: ...

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

Van Salland kan nu maar een kant op en die kant gaat hij ook op.

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

B.: Maar is het dát of iets anders?

vS.: ...

Dat Van Salland nu even moet nadenken is begrijpelijk. Als hij zegt 'Ja, dát is het' is Bastiaans tevreden, maar voor heel korte duur. Daarna volgt immers: 'Wàt zou je verteld kunnen hebben?' en: 'Weet je het niet? Dan doen we er nog wat LSD bij'. Zegt Van Salland: 'Nee, 't is iets anders', dan volgt: 'Wàt is dat andere, Willem', waarna: 'Weet je het niet? Dan doen we er nog wat LSD bij'. Let op de uitweg die Van Salland na wat vertragen weet te vinden.

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

vS.: ...

B.: Vertel eens wat je nu voelt?

vS.: Tja... iets heel vreemds...

U ziet hoe Van Salland weer het initiatief neemt.

B.: Wat dan?

vS.: Iets wat niet bij mij past, geloof ik.

B.: Vertel het maar! Wat past niet bij je?

vS.: Ik weet het niet... O ja. Daar komt het weer...

B.: Nou?

vS.: Het is een soort angst voor... voor wat ik dan maar

Let nu goed op, lezer!

de Derde wereldoorlog zal noemen...

Bij deze passage aangekomen moet ik me inhouden om niet te applaudiseren en luidkeels 'Bravo!' te roepen. Hoe komt-ie erop, een man van achterin de vijftig vol LSD!

Hoe bereikte Van Salland dat hij niet de ene zitting dit en de volgende dat ging beweren? Door zorgvuldig te registreren wat hij in de ene zitting beweerd had en hiermee rekening te houden bij de voorbereiding van de volgende zitting. Men zou verwachten dat dit pas bij Van Sallands ontmaskering in 1976 duidelijk werd, maar het staat gewoon in een in het boek opgenomen dagboekfragment:

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

Bespreking van het voorafgaande

In deze bijdrage worden eigenlijk twee soorten hulpverleners beschreven: ten eerste de kantoor- of ATV-therapeut en ten tweede de charismatische redder.

De verstrekte richtlijnen kunnen nuttig zijn voor de patiënten van de kantoorthérapeut, maar bij de redder zijn zij overbodig.

Onze hypothese is dat de redder beantwoordt aan de verwachtingen van de dertig jaar achterlopende patiënt.

Veel praktisch belang hebben deze overwegingen overigens niet. De doorsnee-patiënt zal eerder bij een kantoorthérapeut dan bij een redder terecht komen. Redders zijn zeldzaam. Zij kunnen niet veel nieuwe patiënten accepteren omdat zij niet kunnen ontslaan. Kantoorthérapeuten zijn er daarentegen in overvloed.

Het is wel zeker dat redders bekwaam zijn in het bestrijden van demoralisering, zeker wanneer die zich als een psychiatrische stoornis manifesteert. Men neemt wel aan dat het voor een patiënt met een nagebootste stoornis moeilijk is deze stoornis in de loop van de tijd geloofwaardig te houden. Ik denk dat dit toch wel meevalt. Ik heb in ieder geval aanwijzingen dat dit type hulpverlener hierin niet kieskeurig is. In zijn eerder genoemde dagboek bespreekt Bastiaans ^(bijv.) het probleem van een dronken man die een politie-agent te lijf ging. Wanneer Justitie met deze handwijze niet akkoord gaat, raakt de man gedemoraliseerd. 'Dergelijke problemen komen regelmatig voor', schrijft Bastiaans. 'Het onverwerkte verleden kan veel narigheden veroorzaken.' Zoveel moeite hoeft de patiënt dus ook weer niet te doen.

Zoals gezegd Er is al enige ervaring met het instrueren van patiënten die psychotherapie willen ondergaan. Lorion (1985) beschrijft hoe mensen uit de lagere maatschappelijke klassen door middel van rollenspel e.d. vertrouwd gemaakt werden met de procedures van kantoorthérapeuten. Dit resulteerde in betere therapieprestaties van deze patiënten en in betere resultaten. De effecten van dergelijke voorbereidingsprogramma's zouden wellicht verder vergroot kunnen worden met ^(tips of) richtlijnen zoals die in dit artikel werden gepresenteerd. Zonder nu overdreven waarde te hechten aan mijn eigen ideeën, meen ik toch dat toepassing van de richtlijnen als een soort sociale-vaardigheidstraining gezien kan worden. Indien dit juist is, sluit hetgeen hier naar voren werd gebracht aan bij de modernste trends in de huidige psychotherapie (Garfield, 1986).

Referenties

- Ellenberger, H.F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*. Basic Books, New York.
- Frank, J., *Talrijke publikaties*. Zie referenties proefschrift R. Van Dyck.
- Garfield, S.L., (1986), *Toekomstige ontwikkelingen in de psychotherapie*. Dth 6 (1), 4-17.

~~11~~

Lorion, R.P. (1985), Research on Psychotherapy and Behavior Change with the Disadvantaged. In: S.L.Garfield & A.E.Bergin, Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Second Edition. John Wiley and Sons, New York.

Swaan, A.de (1979), Het spreekuur als opgave. Het Spectrum, Utrecht.

Wennekes, W. (1975), Allemaal rottigheid, allemaal ellende. Wetenschappelijke (!) Uitgeverij, Amsterdam.

RICHTLIJNEN VOOR EEN W.A.O.-UITKERING

Kees Hoogduin.

Het is in onze samenleving niet altijd gemakkelijk je doel te bereiken. Bijvoorbeeld wanneer je geen zin meer hebt in eentonig, vuil, slecht betaald werk is het moeilijk om met behoud van inkomen met dit werk te stoppen. Sommigen echter, slagen erin via de ziektewet op grond van psychische klachten de WAO te halen, waarna ze de rest van hun leven meer zin aan hun bestaan hebben kunnen geven.

Anderen, die deze oplossing nagestreefd hebben, zijn onderweg gestrand. Je bent nu eenmaal niet zo maar een psychiatrische patient en wanneer je er een bent, is het moeilijk dat je op een dusdanige wijze opgevangen wordt dat de oplossing even vervelend wordt als de kwaal, terwijl de nagestreefde consequenties (de WAO en een financiële vergoeding voor de rest van je leven) niet bereikt worden. Het is vooral voor deze mensen dat dit artikel geschreven is, mensen die geestelijk niet langer in staat zijn voort te gaan met hun werk, niet voor bedriegers, simulanten en opportunisten.

In het onderstaande worden adviezen gegeven hoe de weg te vinden tussen de verschillende hulpverlenende instituten. Er wordt daarbij vooral aandacht besteed aan richtlijnen voor de toekomstige WAO-er om bij een juiste therapeut terecht te komen.

Vanzelfsprekend moet iemand die op psychiatrische gronden de WAO wenst in te gaan, bereid zijn zich voor zijn klachten te laten behandelen. Hier ontstaan de eerste moeilijkheden. Het is namelijk mogelijk dat je in plaats van bij een zenuwarts of psychiater onder behandeling komt van een psycholoog of maatschappelijk werker. Hoewel een zenuwarts of psychiater vrijwel geen tijd heeft om je te behandelen - vele honderden patienten vragen zijn aandacht - ben je wel q.q. aanvaard als psychiatrisch patient. Dit heeft verstrekkende consequenties omdat ook in de verre toekomst er steeds instanties zijn die je daaraan zullen blijven herinneren. Zelfs wanneer je klachtenvrij funktioneert en alleen maar gezondheid uitstraalt, zul je dit etiket alleen maar kunnen inruilen voor dat van ex-psychiatrische patient. Steeds wanneer je voor een of ander baantje moet solliciteren, bijv. onder dwang van het arbeidsbureau, is het volgende op de vraag: "Bent u wel eens onder specialistische behandeling geweest", "Ja", te antwoorden om te voorkomen dat de werkgever je aan zal nemen voor een baantje dat

vergelijkbaar is met je (ongewenste) vorige.

Bij de soms maar enige minuten durende gesprekken die je maandelijks met de specialist hebt, is onverstandig te zeggen dat je klachten komen door je werk. Beter is het hem voortdurend te bedanken voor zijn hulp en op zijn vraag hoe het gaat te antwoorden, dat je sinds je onder behandeling bent, verbetering bespeurt. Meestal heeft deze specialist door de beperkte tijd die hij voor je heeft, geen gelegenheid uitvoerig over je werksituatie te praten. Het is beter zelf pas daarmee te komen, wanneer de controlerend arts besluit om je weer aan het werk te sturen. Deze artsen zijn nog drukker bezet - lijkt het - dan de psychiaters. Volle wachtkamers, en binnen enkele minuten moet hij gezien hebben of je nog een maand thuis moet blijven of dat je direct aan het werk kan. Wanneer hij je dus plots aan het werk stuurt, dien je hem dankbaar aan te kijken, probeer zelfs wat blijheid te vertonen (dit is soms op te wekken door te denken aan de verre toekomst, waarin je na omf elf uur opgestaan te zijn, je Volkskrant openvouwt bij een geurig kopje koffie). Het is niet verstandig om nu direct over je specialist te beginnen. Dat doen vrijwel alle patienten die hij moet controleren. Hij wordt hierdoor steeds herinnerd aan het feit dat hij zelf geen specialist is, maar slechts een controlerend geneeskundige, een vak dat hij waarschijnlijk niet voor ogen had, toen hij zich als eerstjaars student in de geneeskunde liet inschrijven. Beter is het te blijven zitten en maar even niets te zeggen. Je hoeft geen zorgen te hebben dat de stilte lang zal duren, immers, de volle wachtkamer.... De controlerend geneeskundige zal vrij snel vragen of er nog iets is (dit klinkt vaak wat snauwerig. Mensen beklagen zich hierover en hebben geen begrip voor de drukte van deze dokter en het gegeven dat woorden die snel uitgesproken worden, voor een gevoelig mens soms wat snauwerig aandoen. Er is weinig begrip voor de controlerende artsen die gedwongen worden hun aandacht over vele honderden zieken per dag te moeten verdelen.). In het algemeen is het goed nog eens precies te vragen wanneer er weer gewerkt mag worden.

Op de afgesproken dag moet naar het werk worden gegaan, onafhankelijk van de psychische toestand. Hij zal zich willens en wetens conform het inzicht van de controlerende geneeskundige weer aan de ziekmakende omstandigheden overgeven.

Het is onzin om te verwachten dat dit hem goed zal doen. Meestal nemen de klachten al na enkele uren weer zo toe dat hij zich opnieuw ziek zal moeten melden. Het verdient echter aanbeveling het zo lang mogelijk vol

tehouden. Werkt men slechts enkele uren, dan blijft de vervanger meestal in de buurt en neemt het werk gewoon weer over. Het bedrijf merkt weinig van je problemen. Werk je echter enige dagen, dan denkt ieder dat alles weer in orde is en houdt men geen rekening meer met een nieuwe instorting. Wanneer dit gebeurt moet er in het bedrijf (opnieuw) actie ondernomen worden om je open plaats op te vullen. Dit kan betekenen dat er sneller vragen van de chef naar de bedrijfsgeneeskundige dienst gaan die zich dan sneller met je probleem gaat bezig houden. Het is af te raden zelf contact met een bedrijfsgeneeskundige dienst te zoeken. Ook deze artsen hebben het vaak druk en moeten daarnaast allerlei vervelende bevelen van de leiding van het bedrijf opvolgen, bevelen die meer te maken hebben met commercie dan met geneeskunde. Dit kan deze artsen in grote persoonlijke conflicten brengen. Hierdoor zijn ze minder goed in staat de tijd die ze hebben optimaal te besteden aan de patienten.

Bij het volgende bezoek aan de psychiater is het verstandig te proberen zijn aandacht te trekken voordat hij je het recept heeft overhandigd. Het is belangrijk dat hij weet dat de door hem gegeven behandeling die succesvol leek te verlopen, nu dreigt te mislukken doordat de controlerend geneeskundige je te vroeg aan het werk gestuurd heeft.

Opmerkingen als: het ging zo goed maar nu is al uw moeite vergeefs geweest, maar ook: na een halve minuut praten met de controle-arts stond ik weer buiten, zijn hier op zijn plaats.

In een aantal gevallen is de belangstelling van de psychiater gewekt. Zijn beroepstrots is gekrenkt. Zijn behandeling wordt in de wielen gereden door een niet-specialist, een controlerend geneeskundige. Wanneer hij vraagt wie die arts is, geef je hem onmiddellijk een papier waarop - liefst getypt - naam, spreekuurtijden en het telefoonnummer van de controlerend geneeskundige staan. Wanneer hij zich met de controlerend geneeskundige in verbinding stelt, is de strategie vrijwel voltooid, slechts het jaar Ziektewet moet worden volgemaakt, voordat de WAO bereikt is.

Lukt het niet de zenuwarts zover te krijgen, geen nood, dan zal de geschiedenis zich herhalen. Je wordt door de controlerend arts weer naar het werk gestuurd. Het gaat niet goed. Je meldt je weer ziek en je probeert opnieuw de psychiater zo ver te krijgen dat hij contact opneemt met de geneeskundige, maar vraag hem dit beslist nooit rechtstreeks. Immers, de psychiater heeft meer te doen dan steeds voor patienten allerlei telefoontjes te plegen. Heb je pech dat de psychiater geen beroepstrots (meer) heeft, wacht dan af. Na enige tijd zal de controlerend arts uit zichzelf vragen onder wiens behandeling je staat. Na een bepaalde tijd zal hij de

psychiater inlichtingen over je moeten vragen. Dit geschiedt schriftelijk. De controlerend geneeskundige vraagt naar diagnose en prognose met betrekking tot je gezondheid en je werk. Vaak is het zo dat de controlerend arts nu een psychiatrische diagnose krijgt van de psychiater. Deze weet onderhand wel dat je overspannen bent door je vervelende werk, maar hij vertaalt dit in een medische term waardoor de controlerend arts, die ook allang wist dat je ziek was van dat vervelende werk (zoals zoveel die dat werk doen) plotseling gaat denken dat er iets met je aan de hand is. Immers, de opleiding van de arts is met betrekking tot de psychiatrie beperkt. De psychiatrie houdt zich bezig met bestudering en behandeling van krankzinnigen. Zodra een psychiater psychiatrische diagnosen geeft, herinnert zich de controlerend geneeskundige de enge demonstraties van vreemde gesticte patienten en zal hij er snel toe neigen een volgende afspraak met je op langere termijn te maken.

Mochten de controlerend geneeskundige en de psychiater je als 100% gezond gaan beschouwen, terwijl je jezelf nog steeds ellendig voelt bij de gedachte aan het vervelende, geestdodende werk, dan moet de bedrijfsgeneeskundige dienst te hulp geroepen worden. Je vertelt deze arts je lijdensweg en vraagt of hij je kan helpen met verbetering van je werk-omstandigheden. Het is nu nodig precies te doen wat deze dokter voorstelt. De kans dat hij iets voor je vindt waardoor je klachtenvrij zal gaan functioneren is niet zo groot - slaagt hij daar toch in dan is dat ook prima natuurlijk -. Hij zal overtuigd raken van je goede trouw en contact opnemen met controlerend geneeskundige en psychiater. Meermalen is het dankzij deze dienst dat tenslotte toch de WAO bereikt wordt.

Ook kan je wanneer de psychiater je aan het werk stuurt naar je huisarts gaan en hem vertellen hoe weinig en hoe kort de psychiater je ziet. Aansluitend vraag je hem doorverwezen te worden naar een Universiteitspolikliniek. Hier treffen we vaak jonge psychiaters aan die bereid zijn je in de WAO te helpen, vermits je inderdaad klachtenvrij wordt.

Het is voor de jonge psychiaters erg belangrijk dat er mensen onder hun behandeling klachtenvrij worden. Wanneer hij in de gaten krijgt dat dit bij jou zal lukken via een WAO zal hij je zeker helpen.

Bij alle contacten met artsen is het belangrijk je bereidheid om gezond en gelukkig in een werkklimaat te functioneren steeds uit te spreken.

Zelfs wanneer je van mening bent dat de kans dat dit gebeuren zal klein is.

Sommige mensen worden helaas niet naar een psychiater gestuurd, maar naar een psycholoog of een maatschappelijk werker. Neem hier geen genoegen mee. Deze mensen hebben vaak veel tijd voor je, hebben een grote inzet maar worden door de medische (i.c. afkeurende instanties) niet voor vol aangezien. Bovendien stellen deze mensen geen diagnose en kun je hen niet vermelden op allerlei keuringsformulieren. Immers, nergens staat de vraag of je bij een psycholoog of maatschappelijk werker in behandeling bent geweest. Sterker nog, medische instanties zien dit niet als behandeling maar als begeleiding.

Een uitzondering kan gemaakt worden voor die psycholoog of maatschappelijk werker die in een team werkt waaraan een psychiater verbonden is. Deze psychiaters hebben het vaak ook heel druk. Bovendien hebben ze problemen in dat team rond de emancipatie van de andere werkers, zodat ze nogal snel bereid zijn hun medisch specialisme aan de behandelend psycholoog te tonen. Onderzoek dus of er een dergelijk team bestaat, vertel de psycholoog of maatschappelijk werker precies hoe de zaken er voor staan en dat je graag gelukkig wil werken maar dat dit werk je helaas ziek maakt en wacht tot hij je in zijn team gaat bespreken. Ook bij problemen met arbeidsbureau, controlerend arts of bedrijfsarts is het goed hem dan om raad te vragen. Hij zal met behulp van de teampsychiater je belangen goed kunnen behartigen. Toch verdient de behandeling door een medicus de voorkeur, kom je terecht bij een andere discipline geef dan je huisarts een zo uitvoerig mogelijk verslag over hoe je gesprek met deze hulpverlener is verlopen. Als de huisarts begint te grinneken, vraag hem dan om een verwijskaart naar een zenuwarts.

Tot slot, wordt nooit boos, verwijt niemand iets, toon dankbaarheid, stel je coöperatief op en blijf zeggen dat je iets verbetert. U zult merken dat artsen en specialisten in ruil daarvoor zich zullen inspannen iets voor u terug te doen. Een beetje verontwaardiging tegen de controlerend arts, een briefje naar de G.M.D. en daar is die afkeuring dan. Een werkelijk herstel dus voor U, een succesvol verlopen behandeling voor de dokter. Prachtig toch.

Kees Hoogduin.

Inleiding

De ontwikkelingen binnen de psychotherapie zijn niet mis. Voor vrijwel alle aandoeningen is wel een strategie ontwikkeld en er ontwikkelen zich nog steeds geheel nieuwe psychotherapieën, die opeens de andere van mindere betekenis lijken te maken. Zo beschouwd lijkt het zich bezig houden met psycho-analyse onzinnig en tijdverspilling. Voor de mensen die geknield voor de 90-jarige, vrijwel gemummificeerde nog steeds het Woord menen te ontvangen, past mededogen en erbarmen. De gedragstherapie en de directieve therapie gaan het maken, valt overal te beluisteren. Wij doen directieve therapie, wij doen gedragstherapie. Wij zitten dus goed. Of toch niet helemaal, of zelfs helemaal niet? Daar gaat het in dit artikel over. Hoe goed zit de therapeut nog vandaag?

Voorbeelden

Van de behandeling van hyperventilatie en de paniekstoornissen weten we vrijwel alles: Stressreductie-strategie, ademhalings- en ontspannings-oefeningen, hyperventilatieprovocatie-oefeningen ter ondergraving van de anticipatie-angst, de plastic zak om een aanval te couperen, en wanneer er secundaire fobische ontwikkelingen zijn, even geleidelijke exposure en klaar is Kees. Maar zijn we klaar, of zijn we dat alleen maar als we de ogen sluiten voor de gegevens die uit recent onderzoek naar voren zijn gekomen?

Gaarne citeer ik de heer Ballenger (1986, Am. J. of Psychiatry): "We kunnen er zeker van zijn dat het aantal onderzoeken (van hoge kwaliteit) over de paniekstoornissen snel zal toenemen en de resultaten van dit onderzoek zullen met betrekking tot de biologische verklaring spoedig vergelijkbaar zijn met dat van de affectieve stoornissen".

Wie de "Special Section" - Biologische aspecten van de paniekstoornis - in het aprilnummer van het American Journal of Psychiatry leest, zal minder zeker zijn over zijn psychotherapeutische interventies, met name op welke wijze de interventies veranderingen in de mitraal klep of de parahippocampus-regio zullen bewerkstelligen.

Zo vergaat het je. Wie leest en studeert wordt opgezadeld met vragen waar geen of vaak nare antwoorden op zijn. Impotentie, bijvoorbeeld, was een aandoening waar we sinds Masters & Johnson het antwoord op wisten, een paradoxaal advies: geen coïtus meer en vervolgens de kat op het spek binden: vrijen, praten, voelen, leren, prikkelen en plots werd ieder weer potent. Maar ja, dan lees je een overzichtsartikel van ene Jeffcoate (1986) in het British Medical Journal (Nederlandse editie van mei 1986) en wat blijkt, niemand onderzoekt behoorlijk of er een lichamelijke verklaring is en dan is de psychogenie snel aangenomen. Of Smals in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde bijvoorbeeld, die vooral ouder worden, overgewicht, nierziekten, suikerziekte, endocriene ziekten, vaatziekten, neurologische- en urologische ziekten en pillen noemt. Hij stelt; in het merendeel van de gevallen gaat het om een organische genese.

Neem de Borderline Personality Disorder dan maar, de problemen van overdracht en tegenoverdracht lijken de grote moeilijkheid bij de behandeling te zijn. De behandeling is moeilijk en duurt jaren. Vroeg-kinderlijke hechtcontactstoornissen, daar komt het door of niet? De heren Gardmer en Cowdy (1986) onderzochten de werking van Tegretol in een dubbelblind onderzoek met name op automutilatie en andere ernstige crises in het leven van deze patienten, en ja hoor, zeer significant effectief: geen gestoorde relatie met anderen, maar gewoon een episodische controlestoornis uitgaande van subcorticale of limbische systemen, een soort epileptische variant dus. De auteurs zijn gelukkig zo vriendelijk de verklaring van deze beschadiging zowel in hersenbeschadiging als in de gevolgen van herhaalde emotionele traumata in de vroege jeugd te zien. Dit laatste begrijpen wij niet helemaal: een soort epilepsie door emotionele traumata. Nouja, toch maar gewoon een beschadiging dus.

Over schizofrenie kunnen we gelukkig kort zijn. Dat het hier om hersenstoornissen gaat, staat al enige tijd vast: Of het gaat om verval met negatieve symptomen, inactiviteit en autisme en vergrote ventrikels, of om positieve symptomen, wanen, hallucinaties, enz. en waarschijnlijk een hyperactiviteit van de dopamine bevattende neuronale systemen in de hersenen (zie bijvoorbeeld Verhoeven et al., 1986).

Nou ja gewoontes, dat is toch iets voor gedragstherapie. Dikke mensen behandelen met zelfcontrole procedures: succes verzekerd. Wat blijkt nu echter: Stunkard et al. (1986), echte experts met betrekking tot dikke mensen, onderzochten welke therapie effectief was en wat bleek: Opereren,

dus maag verkleinen of bypass en het bleek dat die mensen niet alleen vele tientallen kilo's afvielen, maar ook gelukkiger werden. Ze gebruikten veel minder antihypertensiva, minder antidiabetica. Kortom, gezondheid en geluk waren het gevolg. Slechts af en toe was er eentje die na ieder hapje een beetje braakte, maar na een paar maanden werd hier verder weinig over venomen. Succespercentage bij follow-up rond 90% worden vermeld. Een beetje magertjes staan de lange termijn resultaten van bijvoorbeeld zelfcontrole procedures hier tegenover: + 10-20%. Andere therapieën zouden nog minder succesvol zijn.

Slot

Bescheidenheid dus: biologische aspecten lijken, naarmate de onderzoeksmethoden verfijnd worden, aan betekenis te winnen. Psychogenese lijkt van minder belang en dus ook psychotherapie, of niet? Is het van belang mensen te beïnvloeden hun pillen in te nemen, te troosten, voor te lichten, uitzicht te bieden? De dominee en de pastoor werden afgedankt. Vroeger werd gezegd dat de psychotherapeut in hun plaats kwam. Toen plots leek het alsof de psychotherapeut geen gewone steun gaf, maar behandelde. Hij deed therapie en de mensen verlieten de kerken. Of er vond een secularisering plaats en ook de steun en troost werd verwereldlijkt en professioneel geleverd. Het lijkt er echter op dat ook het onderzoek naar de betekenis van psychotherapie bevestigt, dat er nauwelijks psychotherapeutische behandeling is. De balans lijkt langzaam in de richting van organiciteit en de daarop stoelende biologische psychiatrie om te slaan. Psychotherapeuten zijn misschien niet meer dan getruce pastorale werkers, die zich goed laten betalen voor hun handel in wind en lucht. Mogelijk hebben we het altijd al gevoeld. Prof. N. Speyer (1977) vertelde eens hoe hij een vergadering van medische specialisten wilde bezoeken maar in een verkeerde zaal binnenging. In de zaal was het stil. De mensen die er zaten waren mager, bleek en hadden brillen op. Ze maakten een uitgesproken ongezonde indruk op hem. Het bleek een psychotherapeutenvergadering te zijn. En plots voelen we weer die hand van de pastoor van de parochie, waar we als kind toe hoorden. Het was een hand met een palm die opbolde van vetweefsel. Toen die hand desgewenst gedrukt werd, groeven de kindervingers zich in de vetlaag: De Hulpverleners.

Literatuur

- Ballenger, J.C., 1986, Biological Aspects of Panic Disorder. Am. J. of Psychiat., 143, 4, 516 - 519.
- Gardmer, W.L. & R.W. Cowdy, 1986, Positive Effect of Carbamazepine on Behavioral Dyscontrol in Borderline Personality Disorder. Am. J. of Psychiat., 143, 4, 519 - 523.
- Jeffcoate, W.J. 1986, Impotence: Science and Sciencibility. Brit. Med. J., 17, 223 - 225.
- Smals, A.G.H. (1986), Impotentie: Organische oorzaken. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 130, 15, 675 - 680.
- Speyer, N., Persoonlijke communicatie.
- Stunkard, A.J., J.L. Stinnet & J.W. Smoller, 1986, Psychological and Social Aspects of the Surgical Treatment of Obesity. Am. J. of Psychiat., 143, 4, 417 - 430.
- Verhoeven, W.M.A., H.G.M. Westenberg & J.M. van Ree, 1986, Biologische determinanten van schizofrene psychose. In: Jaarboek voor psychiatrie en Psychotherapie, 1985, 1986. Onder redactie van C.A.L. Hoogduin et al. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Over de behandeling van As-II-problematiek. De narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Kees Hooijden

Inleiding

De vaststelling dat problemen van patiënten zich binnen het classificatiesysteem van DSM III op As II - persoonlijkheidsstoornissen en specifieke ontwikkelingsstoornissen - weergegeven moeten worden, leidt vaak tot ontmoediging bij de therapeut. Niet geheel ten onrechte worden de diagnostische categorieën van de As II gezien als eufemistische omschrijvingen van psychopathie en zwakzinnigheid.

Dat zwakzinnigheid psychotherapeutische te beïnvloeden zou zijn, getuigt niet van veel gevoel voor de realiteit. Een ook de gedachte een psychopaat even te genezen, doet dat evenmin.

Meestal kijkt de therapeut bij deze mensen snel naar As I. Worden hier eveneens stoornissen vermeld dan wordt de therapeutische interventie op de behandeling van die stoornissen gericht. Wanneer vervolgens enige verbetering is bereikt, wordt hiermede snel genoeg genomen en de patiënt wordt als verbeterd uitgeboekt, dit ondanks een ongewijzigde As-II-problematiek.

Het is echter nogal eens zo dat de As-II-problematiek van grote betekenis is voor het ontstaan van de stoornissen die op As I aangetroffen worden.

In dit artikel wordt vooral aandacht geschonken aan de behandelingsmogelijkheden die er bestaan in die gevallen waar As-I- en As-II-diagnoses gezamenlijk voor de misère van de patiënt zorgen, waarbij de specifieke problemen met betrekking tot zwakzinnigheid buiten het kader van deze bespreking worden gelaten. Het zal dus gaan om klinische stoornissen die in samenhang met de persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Het motto van deze aanpak zou kunnen zijn: Leer de patiënt met de persoonlijkheidsstoornis eieren voor zijn geld te kiezen, leer hem dat zijn agressieve ontladingen hem weinig voordeel op leveren, maak hem duidelijk dat het genot van een vuistslag die velt niet opweegt tegen een ongenoegen van veertien dagen hechtenis. Kortom, leer hem zijn geslepenheid te gebruiken om prettiger en met minder last en klachten te leven. Het is

vervolgens zeer waarschijnlijk dat de mensen in zijn directe omgeving door veranderingen in een dergelijke richting, eveneens minder last en klachten zullen hebben. Aldus zou deze benadering mogelijk zelfs als een aspect van de preventieve geestelijke gezondheidszorg zijn op te vatten.

De narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Een 40-jarige man met de kenmerken van DSM III voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis werd aangemeld omdat hij vastliep op zijn werk. Hij kreeg huilbuien temidden van zijn ondergeschikten. Hij vond dat eigenlijk wel goed omdat ze zagen dat het echt mis was met hem. Over zijn werk vertelt hij dat het zijn lust en zijn leven is en hoe hij de beste is van allemaal, hoe hij dag en nacht bezig is met zijn werk als chef en hoe graag hij schouderklopjes krijgt. De automatisering en de relaxte houding van ondergeschikten gaven hem echter het gevoel de controle over zijn werk in enige mate te verliezen. Hij kreeg weerzin in zijn werk en decompenseerde in een neurastheen-depressief beeld, geen depressie in engere zin.

Een tweede probleem is een sexueel probleem. Patiënt is de gehele dag in beslag genomen door sexuele gedachten en door sexuele activiteiten. Hij masturbeert tweemaal per dag naast de samenleving met zijn vrouw. Zodra hij niet werkt (tijdens zijn werk denkt hij niet aan sex), is hij met sex bezig. Hij zoekt TV-programma's waarin een vrouw voorkomt en stelt zich dan voor hoe deze vrouw met hem sexuele activiteiten be- gaat. Daarbij raakt hij sexueel opgewonden en brengt zijn hand in zijn broek. Zoals hij zegt, kennen vrouw en kinderen (5 en 11) hem alleen maar met zijn hand in zijn broek, zijn genitaal beroerend. Hij ejaculeert tenslotte, wat hij niet prettig vindt, omdat daarna zijn belangstelling anderhalf uur weg is. De drang om hiermee bezig te zijn, is zo sterk dat hij zijn vrouw naar bed brengt om zich daarna er weer aan over te geven. Geen overspel, geen video, dan zou het hek helemaal van de dam zijn, zo stelt hij. Ook op straat kijkt hij naar vrouwen en speelt zijn spel. Hij wil dit niet op een aparte kamer doen, want dan ziet hij zijn vrouw helemaal niet meer, aldus patiënt.

Een derde probleem is dat zijn partner er genoeg van krijgt. Zij vindt zijn gedrag gestoord en heeft te kennen gegeven eventueel weg te gaan.

Het beeld dat hij overhoudt, is het schrikbeeld van een vieze oude man die werkt en sext in eenzaamheid.

Een vierde probleem is zijn alcoholgebruik. Hij blijkt jaren 50 - 100 E per week te gebruiken. Soms een halve fles jenever als troost, zoals hij zegt, als zijn vrouw hem sexueel afwijst, er geen enkel T.V.-programma enige sexuele aanknopingspunten biedt en hij geen pornografische boekjes heeft.

Conclusie:

- As I - Stoornissen in de impulscontrole. Drangmatig masturberen.
 - Alcoholabusus.
 - Dysthyme stoornis.
- As II - Narcistische persoonlijkheidsstoornis.
- As III - Geen bijzonderheden.
- As IV - Dreigende veranderingen in werk en huwelijk.
- As V - Schaal sociaal functioneren.

Behandelplan

1. De therapeutische relatie moet overvloedig strelend zijn. De man moet respect betoond worden voor zijn inzet, zijn sexualiteit moet als een eigenaardigheid geëtiketteerd worden die zijn sociale leven schaadt, maar wel lekker is. Hij moet de beste genezende patiënt worden, die controle krijgt en die zijn eigenaardigheid gedoseerd geniet.
2. Hij kan zonder alcohol, hij deed dat eerder één jaar.

Dus in één keer stoppen, aangesproken op zijn grootheid: hij wordt de beste stopper met drinken.
3. Een zelfcontrole procedure met betrekking tot de sex: zoveel mogelijk alles als eerder laten plaatsvinden. Zelf registreren van duur, ejaculatie en coïtussen.

Vervolgens moeilijkheidsfactor inbrengen op bepaalde plaats, een bepaalde duur, te veel en te weinig, etc.

Met name dingen doen voor vrouw en kinderen als consequenties. Hij wordt de grootste zelfopofferaar. Een langzaam aantrekken van het handelplan.
4. Relatie met partner bespreken. Als punt 1, 2 en 3 enige verbetering laten zien, partner erbij betrekken. Werk- en relatie-verbeterende

afspraken die ertoe leiden dat hij de beste delegerende chef wordt,
die in zijn vuistje lacht.

De behandeling is recent gestart. Over het beloop zal gerapporteerd worden.