

Cruise  
Missiles  
From Eden

LIVE!



Woon-  
lasten  
huur  
subsidies  
omhoog!



Slift B.V.

Vleesverwerking/  
Snackproductie  
Ook voor Uw  
party's en feesten  
tot 4000 pers.

Slift B.V.



VERSTANDIG  
BESLUIT



PUBLICIMAGE LTD.  
album

**TTT**

JAARWANG  
19  
no 3  
November '86

Re No



# Tijdschrift voor Directieve \*\*\* Therapie \*\*\*

\*

Jaargang 12 (twaalf), nummer 3 (drie)

\*

## Inhoud:

|   |          |
|---|----------|
| <i>Kees van der Velden: Ten geleide (Hoofdredacteur)</i>  | 1        |
| Kees van der Velden, <b>Schizofrenie én het gezin</b> (uit: Elseviers Magazine) en <b>Directieve therapie bij seksuele problemen</b> (uit: Seksuologie; ontwikkelingen in de seksuologische praktijk) | 6<br>9   |
| Alfred Lange, <b>Uitspraak van College van beroep inzake klacht van cliëntenbond versus psychotherapeut</b>   | 13       |
| Richard Van Dyck, <b>Korte therapie gevolgd door Brain and Behaviour</b>  | 37       |
| Dick en Oudshoorn en M.Troost, <b>Behandeling van het psychosomatische kind in de gezinscontext</b>   | 52       |
| Kees Hoogduin, <b>Pathologisch liegen; diagnostiek en interventies gevolgd door De behandeling van tics en het syndroom van Gilles de la Tourette</b> (samen met M.Reinders)                          | 72<br>85 |

*Omslagontwerp Daniël van der Velden (14)*

\*

## *Redactie:*

**Leen Joele**

**Dick Oudshoorn**

**Kees Hoogduin**

**Richard Van Dyck**

**Kees van der Velden**

**Alfred Lange**

## TEN GELEIDE

't Was een beetje een overhaast besluit, om zo snel weer een TDT-nummer te maken. Drank kan er een rol bij gespeeld hebben en ook een anderszins ontstaan gevoel van welbehagen. In feite was er namelijk helemaal geen tijd om iets substantieels te schrijven. Dat dit toch geschied is, het strekt de redactie tot eer.

Van **Kees van der Velden** zijn er twee bijdragen. De eerste is een kopie van het artikel dat hij deze zomer voor **Elseviers Magazine** schreef. Zoals U zelf wel kunt lezen gaat het over schizofrenie. De schrijver blijkt er tamelijk conservatieve opvattingen op na te houden.

De tweede bijdrage is getiteld **Directieve therapie bij seksuele problemen**. Dit stuk, dat eigenlijk maar één eventueel als nieuw te kenschetsen gedachte bevat, verscheen in de bundel **Seksuologie; ontwikkelingen in de seksuologische praktijk**, een uitgave van de Boerhaave Commissie. Van der Veldens aandeel in de Boerhaavecursus werd, blijkens a) de overweldigende belangstelling en b) de ongehoord enthousiaste beoordeling, door het gezelschap seksuologisch geïnteresseerden als verfrissend, vernieuwend, inspirerend en nog veel meer ervaren. Dit deed Van der Velden goed. U moet weten dat hij namelijk niet door iedereen in gelijke mate gewaardeerd wordt...

Van der Velden & Lange, zij zijn de schlemielen in het gezelschap directeuren en professoren dat tegenwoordig de redactie van TDT vormt. Zie nu eens de bijdrage van **Lange**. ~~Twee~~ Twee jaar geleden greep de Cliëntenbond hem bij de strot en toen hij weer wat lucht kon krijgen was daar de kille hand van Deetman die zich begerig naar zijn luchtpijp bewoog. Ijselijk!

Om wie ga je op zulke momenten roepen? Juist, om je moeder. Dat deed Lange ook, natuurlijk niet vermoedend dat zijn moeder hem zou gaan adviseren gebreide onderbroeken en hemden naar Israël te smokkelen! Kunt U het volgen? Wij ook niet. Maar het zal U niet moeilijk vallen te begrijpen dat Lange zich op zeker moment alleen, héél erg alleen ging voelen...

**Richard Van Dyck** is gepromoveerd, zoals U weet. **Met lof** zelfs. In zijn **dankwoord**, aan het eind van de feestelijke bijeenkomst, zong 'de jonge doctor' de lof van zijn promotor, de hooggeschatte **Harry Rooijmans**. Vele uren, zo sprak de zojuist gepromoveerde, had hij met Harry doorgebracht. Het ene uur was nog leerzamer geweest dan het andere. Het was als het ware een voortdurende uitwisseling van inspirerende ideeën geweest, waarbij - en dat is het bijzondere - ook vaak nog hartelijk gelachen werd. In dit dankwoord werd ook **Philip Spinhoven** niet

Drie

overgeslagen. Ook met Philip waren vele vruchtbare uren doorgebracht. Het in de dissertatie naar voren gebrachte gedachtengoed was als het ware ontsproten uit een fusie van beider brein.

Het viel voor de toehoorder niet goed uit te maken wie nu inspirerender was geweest, Harry of Philip, maar op dat moment kon dat niemand wat schelen. 'Dat zoeken later de biografen maar uit!', zo zal menig aanwezige gedacht hebben, 'Vooreerst gaan wij gratis drinken!'

De feestavond bracht trouwens een interessant gebruik aan het licht. Zowel **L.J. Joele** als **Dick N. Oudshoorn** verlieten de feestzaal zonder te groeten! Eerst zagen wij Joele schichtig in zijn regenjas wegduiken, aansluitend vluchtten de nieuwbakken directeur van de Dordtse inrichtingen en zijn echtgenote in de richting van hun limousine. Zou dit een **directeursgewoonte** zijn? Naar verluidt bestaat het werk van een directeur goeddeels uit het overhandigen van geschenken onder couvert aan jubilarissen en pensionerenden, alsook uit het converseren met de partners van zojuist overleden personeelsleden en ten slotte uit het spreken van welkomstwoorden bij de aanvang van door het personeel georganiseerde bingo-avonden. Heimelijk vertrekken zou dus bij de beroepsuitoefening van de heren kunnen behoren.

Wat Van Dyck schrijft heeft overigens niets met heimelijk vertrekken te maken. Zijn eerste artikel bewijst dat het hoog tijd wordt dat wij over het nut van langdurige therapeutische contacten schrijven. In zijn tweede artikel wordt aangetoond dat een knap onderzoeker niet vanzelf een knap spreker is. Men zou er verder uit kunnen leren dat men niet alleen om de ambitie te bevredigen professor of directeur moet worden, maar ook om de eigen gezondheid te beschermen. Een langdurig verblijf in de 'subtop' kan tot nare aandoeningen leiden, althans bij ratten.

'U zult er niet helemaal door verrast zijn', schrijft **Dick N.-zovoort** ter inleiding van zijn artikel. Wij waren er juist wel helemaal door verrast! Wij kunnen U verzekeren dat zijn mede-auteur **M. Troost** een paar jaar geleden nimmer over **niveaus** sprak en ook niet over **sequenties**, **signalen** en **ontsleutelingen**. Daar had die lieverd nog nooit van gehoord! Zo zie je hoe iemand in betrekkelijk korte tijd veel bij kan leren! Merkwaardig in het artikel van Oudshoorn & Troost is dat de door hen beschreven patiëntjes bijna allemaal tot de **top** willen behoren. Zij beseffen blijkbaar intuïtief dat een te langdurig verblijf aan de subtop voor hen niet gezond is. Men zou kunnen stellen dat hun onbewuste er naar streeft een **Center of Excellence** te vormen. (Wij vragen ons wel eens af of het niet te moeilijk gemaakt wordt, die psychotherapie. Immers, waar komen de adviezen op neer? Wie weinig werkt, moet harder werken. Wie hard werkt, moet minder hard werken. Wie zakelijk is, moet gevoel ontwikkelen. Wie gevoelig is, moet de redelijkheid niet verzaken. Wie zich

alle problemen aantrekt, moet dit wat minder doen. Wie zich overal aan onttrekt, mag wel wat meer voor een ander over hebben. Wie te veel eet moet leren minder te eten, en wie te weinig eet moet leren meer te eten. Wij bedoelen: men kan nu wel allerlei cursussen volgen en punten verzamelen, maar erg moeilijk is het toch niet.)

**Kees Hoogduin** schreef ooit een roman. Wij hebben deze nooit gelezen, maar wij hebben de auteur er wel over horen spreken. 'Na twintig pagina's was ik klaar. Zij hadden elkaar gekregen, zij waren uit elkaar gegaan, het noodlot had toegeslagen en ze hadden elkaar weer gevonden. Meer kon ik er echt niet van maken.' Wat Kees vooral bewonderde in de schrijvers van dikke boeken was hun breedsprakigheid.

Breedsprakig is hij zelf niet. Wanneer hij zich al laat verleiden tot een meer uitvoerige omschrijving, haast hij zich deze beknopt samen te vatten. Bijv.: 'Een dergelijk interactiepatroon leidt nogal eens tot recidiverende, escalerende conflicten: *ruzies dus*'

Kees' beknoptheid wordt ook ingegeven door haast, lijkt het. Wie de eer heeft van tijd tot tijd een brief van hem te mogen ontvangen, zal bemerkt hebben dat aan deze brieven iedere interpunctie ontbreekt. Wij citeren (uit) twee willekeurige briefjes.

Briefje 1: 'Goede Kees Voor het TDT Groet Kees.'

Briefje 2: 'Het is zo'n mooi voorbeeld van ons geknoei en geploeter brieven schrijven plastic zakken elastiekjes Wat een armoe Ik wordt er niet goed van Bij mij blaast niemand zakken op of martelt zich met elastieken, ook schrijft niemand venijnige brieven aan zijn bijna doie vader.'

Het artikel **Pathologisch liegen; diagnostiek en interventies** is voor driekwart nog zo'n brief en voor één kwart ligt het al bij de drukker.

Het artikel **De behandeling van tics en het syndroom van Gilles de la Tourette** is voor slechts één kwart een brief; driekwart kan zo in het NTVG. Het is een pleidooi voor wat een *gedragstherapeutische behandeling* genoemd wordt. Deze omschrijving stoort ons, Kees! Men pleit voor gedragstherapie, zoals men kan pleiten voor faramacotherapie. Men pleit niet voor een faramacotherapeutische behandeling. 't Is typisch, maar het zijn vooral gedragstherapeuten die over 'therapeutische behandelingen' spreken. Zou een voorkeur voor gedragstherapie samenhangen met zekere beperkingen in het taalgevoel?

Beste lezer, thans zouden wij de bijdrage van **L.Joele** moeten inleiden. Helaas, die is er niet. Wij voelen er niet voor om bij ontstentenis van een bijdrage dan maar grapjes over Leen te gaan maken. Wat ons namelijk opvalt is dat wij over Leen alleen maar **oude grapjes** kunnen vertellen. Ze komen altijd op hetzelfde neer. Ze gaan steevast over:

1. het directeur zijn;
2. het te laat zijn;
3. het slordig zijn.

Wij nemen ons voor hier **nooit** meer op terug te komen. Van iemand die een belangrijke vergadering had bijgewoond waarin ook Leen moest optreden, hoorden wij dat Leen 'met kop en schouders boven de rest uitstak'. De rest, dat waren hoge ambtenaren, directeuren en dergelijke. Wij voelden ons *trots* toen we dit hoorden!

### **Welke jaargang, welk nummer?**

Tot onze schande is de nummering van TDT geheel in het ongereede geraakt. Het nummer dat U thans in handen heeft is: **TDT 12 (3) - november 1986.**

Het vorige nummer, met de tekst 'Breng nog wat vlees aan onze honorabele gasten!' op het omslag, is: **TDT 12 (2) - oktober 1986.** Er staat per abuis 12 (1). Gelieve dit zelf te corrigeren!

Het nummer daarvoor is op de juiste wijze aangeduid: **TDT 12 (1) - april 1986.** Hier hoeft U dus niets aan te doen.

De aflevering daarvoor is abusievelijk TDT 12 (4) - januari 1986 gedoopt.

Dit moet zijn **TDT 11 (4).** De maandaanduiding blijft gelijk.

Excuses!

Ten slotte groeten wij U hartelijk!

***De Hoofdredacteur***

**Inleiding bij de volgende pagina's door Kees van der Velden**

Er is ooit afgesproken dat wij nooit en te nimmer elders gepubliceerd werk zonder speciale inleiding in TDT zouden plaatsen. Aan deze afspraak houd ik mij gaarne.

Wat U in het navolgende kunt lezen was in eerste instantie bedoeld voor een ander lezerspubliek, maar dit houdt niet in dat bestudering van deze tekst door U, TDT-redacteur, niet zinvol zou zijn.

Uw commentaar maakt mij immers niet alleen wijzer, het maakt mij ook gelukkiger. Moge U in deze wetenschap Uw voldoening vinden!

# Schizofrenie in het gezin

*Achtergronden van een onlangs opgerichte oudervereniging*



Scène uit de film „Het kind van de zon”: zeer waarschijnlijk dat erfelijkheid een belangrijke rol speelt



**S**chizofrenie komt over de hele wereld voor. Op iedere duizend Nederlanders moeten er zo'n tien zijn die aan schizofrenie lijden of geleden hebben. Schizofrenen vormen het grootste deel van de chronische psychiatrische patiënten binnen en buiten de psychiatrische ziekenhuizen.

De oorzaken van schizofrenie zijn niet bekend. Het is niet altijd duidelijk of er in een bepaald geval nu wel of geen sprake is van schizofrenie — vandaar dat de schattingen over het voorkomen van deze stoornis erg uiteen kunnen lopen. Over wat de juiste behandeling is bestaat niet altijd eenstemmigheid.

Wanneer onduidelijk is wat de oorzaken van schizofrenie zijn, en wanneer ook niet duidelijk is wat precies onder schizofrenie verstaan moet worden, zou men grote bescheidenheid bij de behandelaars van mensen met deze stoornis verwachten. Maar die bescheidenheid ontbreekt wel eens.

Binnen (en buiten) de psychiatrië worden opvattingen over de behandeling en begeleiding van schizofrenen gepropageerd, die verstrekkende en niet altijd prettige gevolgen hebben voor de patiënten en hun familieleden. Om tenminste deze familieleden enig houvast te bieden werd onlangs opgericht: *Ypsilon — Vereniging van ouders en andere familieleden van psychotische of schizofrene mensen* (Contactadres: Grindweg 135, 3054 VJ Rotterdam).

Corine P. is negentien jaar en bewoont een eigen kamer, vlakbij het huis van haar ouders. Overdag ligt ze meestal op bed, 's nachts is ze op en doet niet veel anders dan voor zich uit staren. Zij is ervan overtuigd dat haar gedachten en handelingen bestuurd worden door een apparaat waarover ze geen nadere informatie kan geven. Ze meent ook dat dit apparaat gedachten uit haar hoofd wegtrekt. Af en toe mompelt of roept ze moeilijk te begrijpen mededelingen — die zijn bedoeld voor een stem die haar zou toespreken.

Corine ziet er slecht uit. Ze verwaarloost haar uiterlijk en haar kamer. Vrienden of vriendinnen heeft ze niet. Haar moeder komt drie- à viermaal per week langs, soms vergezeld door haar vader. Moeder probeert Corine met tact te stimuleren zich te wassen, haar kamer op te ruimen en er eens uit te gaan. Vader meent dat Corine harder aangepakt moet worden, omdat zijns inziens duidelijk is dat de vreemde dingen die Corine zich in het hoofd haalt, het gevolg zijn van verwenning. Niet zelden krijgen de ouders ruzie in Corines bijzijn. Vader wijst er daarbij op dat moeder iedereen in bescherming neemt, behalve hem, en moeder herinnert vader eraan dat hij zelf ook geen wonder is van doorzettingsvermogen. Corine heeft intussen haar vingers in haar oren gestopt.

Een voorbeeld als dit zou met talloze an-

dere uitgebreid kunnen worden, maar de ingrediënten zouden vaak dezelfde zijn. Er is een puber of adolescent die zijn belangstelling voor de buitenwereld verliest. Schoolprestaties gaan achteruit, vriendschappen worden verwaarloosd, hobby's opgegeven. De omgeving krijgt de indruk dat hij „anders” wordt. Hij raakt in de ban van fantasieën die als volkomen reëel beleefd worden. Er ontstaan vreemde overtuigingen (bij voorbeeld het idee door een apparaat bestuurd te worden), die wanen genoemd worden. De patiënt hoort stemmen (soms stemmen die bevelen geven) die verder door niemand waargenomen worden; hij voelt dat hij „bestraald” wordt zonder dat iemand ook maar iets dat op straling wijst, kan waarnemen — kortom, hij *hallucineert*.

Het is mogelijk dat de patiënt alomvattende eigen theorieën over het bestaan en de kosmos ontwikkelt die hem volledig in



*Kenmerkend voor schizofrenie is de toestand waarbij de patiënt wordt geabsorbeerd door de gebeurtenissen in zijn binnenwereld en dat het contact met de buitenwereld hem niet meer raakt*

beslag nemen. De gedachten die hij ontvouwt, verliezen hun samenhang. Men krijgt de indruk dat hij wordt geabsorbeerd door de gebeurtenissen in zijn binnenwereld en dat het contact met de buitenwereld hem niet wezenlijk meer raakt. Deze toestand is kenmerkend voor schizofrenie.

Het is op grond van de bovenstaande beschrijving te begrijpen waarom Emil Kraepelin (1856-1926), de grondlegger van de moderne psychiatrie, van *dementia praecox*, dat is vroegtijdige demencie, sprak. Deze patiënten kunnen de indruk maken te vervlakken en in het slechtste geval glijden zij af naar een vegeterend bestaan.

Er bestaan diverse vormen van schizofrenie. Bij de ene staat het vroegtijdige verval van de persoonlijkheid centraal, bij de tweede de eigenaardige motoriek (de patiënt is zeer druk in zijn bewegingen of beweegt zich juist niet; deze vorm begint doorgaans later dan de eerste), bij de derde

de waan (de patiënt weet bij voorbeeld zeker dat hij achtervolgd wordt).

Vroeger werd vrij algemeen aangenomen dat het met mensen die aan schizofrenie lijden, slecht afloopt. Tegenwoordig is men daar minder zeker van. Grootschalig bevolkingsonderzoek laat zien dat onverwacht veel mensen met deze stoornis herstellen of zich in elk geval in de samenleving weten te handhaven. Verder wordt op uiteenlopende manieren geprobeerd het beloop een gunstige wending te geven.

De ideale behandeling zou natuurlijk die zijn waarbij de oorzaken worden weggenomen. Over deze oorzaken het volgende. Sommigen menen dat schizofrenie het gevolg is van opvoedingsfouten. Op een of ander wijze zouden de ouders erin slagen hun kind gek te maken. Op deze, voor ouders niet erg bemoedigende opvatting komen we hieronder terug.

Het is zeer waarschijnlijk dat erfelijkheid een belangrijke rol speelt. Een kind van schizofrene ouders heeft zelf een kans van 1 op 4 om schizofrenie te krijgen. Onderzoek bij eenige tweelingen die in verschillende milieus werden opgevoed, leert dat de ene helft van de tweeling weliswaar een zeer grote kans heeft zelf schizofrenie te krijgen wanneer de andere helft aan deze stoornis lijdt, maar dat dit toch niet altijd gebeurt. Voorlopig wordt aangenomen dat niet de ziekte zelf overgeërfd wordt, maar de neiging haar te ontwikkelen. Er vindt volop onderzoek plaats naar de biochemische bijzonderheden die bij schizofrenie een rol zouden kunnen spelen, maar tot een eensluidende conclusie heeft dit nog niet geleid. De behandeling van schizofrenie is voorlopig dus symptomatisch, dat wil zeggen gericht op de symptomen en niet op het proces dat geacht wordt deze symptomen voort te brengen. Het belangrijkste middel waarmee geprobeerd wordt de ziekteverschijnselen te bestrijden, is: medicatie. Deze medicijnen worden *neuroleptica* of *anti-psychotica* genoemd. Op symptomen als teruggetrokkenheid en het verzanden van de persoonlijkheid hebben ze weinig effect, maar op symptomen als angst, verwardheid, hallucinaties en wanen is het effect vaak heel goed. Een probleem is alleen dat veel patiënten een hekel hebben aan de medicijnen, die zij „voor hun bestwil” voorgeschreven krijgen. En ook hebben veel patiënten er een hekel aan „voor hun bestwil” opgenomen te worden.

In de dagelijkse psychiatrische praktijk worden bij schizofrenie ruime hoeveelheden psychofarmaca voorgeschreven, maar lang niet al die medicijnen worden ook daadwerkelijk ingenomen. Ze kunnen nare bijwerkingen hebben (waaronder stijfheid, spierkrampen en bewegingsdrang) en bovendien vindt de patiënt het vaak geheel misplaatst dat hij medicijnen krijgt: hij voelt zich immers niet ziek. Corine uit ons

voorbeeld lijdt niet onder het feit dat ze meent aan straling bloot te staan, maar onder het subjectief ervaren feit dat zij bestraald wordt en niemand dat apparaat uitzet! De lezer moet zich voorstellen welke verontwaardiging zich van hem meester zou maken wanneer hij medicijnen voorgeschreven zou krijgen om zijn politieke overtuiging te niet te doen of zijn waarneming dat het regent.

Het toedienen van deze medicijnen gebeurt dus niet altijd op een prettige manier, zoals ook het opnemen van de patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis niet altijd met instemming van de patiënt geschiedt. Het is niet gemakkelijk een goede relatie op te bouwen met iemand die men zojuist heeft moeten overmeesteren en bij wie men de neuroleptica heeft moeten inspuiten omdat hij weigerde ze gewoon te slikken. Een onvrijwillige opname betekent ook vrijwel altijd: een conflict tussen de patiënt en zijn familie, die deze opname toestond.

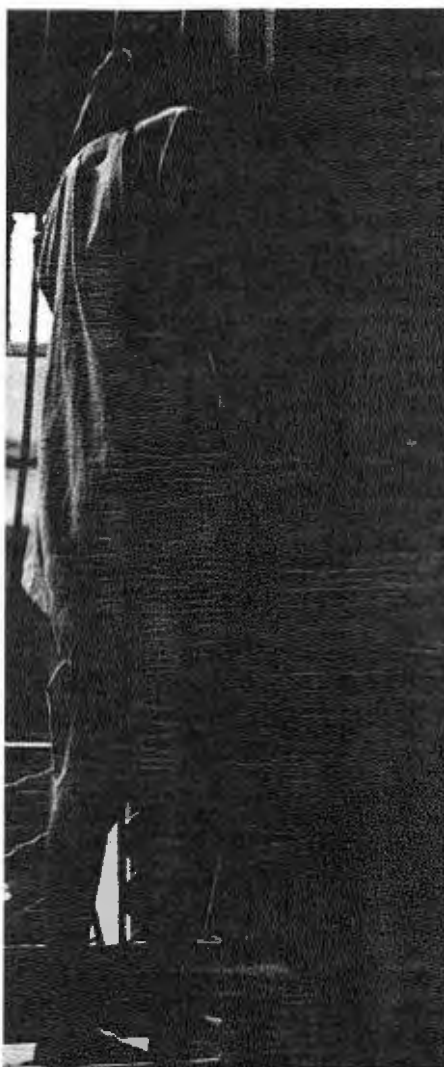
**Anti-psychiatrie**

In de jaren '70 ontstond een breed verzet tegen de gangbare bejegening van (onder anderen) schizofrene patiënten. Onder de naam anti-psychiatrie bepleitten hulpverleners en ex-patiënten de wijziging van het „medisch model” in een „sociaal model”, wat in de praktijk betekent: minder medicijnen, meer gesprekstherapie; minder aandacht voor de ziekte, meer aandacht voor de positie van de patiënt in het gezin; minder opnamen in het psychiatrisch ziekenhuis, meer behandelingen in de onmiddellijke omgeving van de patiënt; beperking of afschaffing van de onvrijwillige opnamen; meer tolerantie van de samenleving tegenover „afwijkend gedrag.” Een aantal van deze doelstellingen rekent de overheid in-tussen tot de hare.

Het is niet duidelijk of de patiënten tot nu toe veel voordelen van de anti-psychiatrie hebben gehad. Het is nu eenmaal moeilijk genegenheid voor psychiatrische patiënten door middel van maatregelen en wetten tot stand te brengen. Ook tolerantie laat zich niet afdwingen. Prof. dr. R. Giel, sociaal-psychiater in Groningen, heeft er onlangs op gewezen dat het uitstoten van chronische patiënten uit de psychiatrische ziekenhuizen vermoedelijk vooral een belangrijke toename van aan hun lot overgelaten thuislozen tot gevolg zal hebben. Het feit dat patiënten pas in het uiterste geval onvrijwillig opgenomen kunnen worden, houdt in dat er hoge eisen gesteld worden aan het uithoudingsvermogen van de mensen in de omgeving van de patiënt. Dat zulks op den duur tot meer ontspannen verhoudingen bijdraagt, lijkt niet waarschijnlijk.

In nogal wat anti-psychiatrische en psychotherapeutische literatuur worden de ouders min of meer verantwoordelijk gesteld voor het ontstaan van de schizofrene stoornis bij hun kind. Kenmerkend is dit citaat uit Foudraines bestseller „Wie is van hout...”:

„Dit (bij de patiënt bestaande) geringe gevoel van eigen draagkracht wordt met name bewerkstelligd door ouders, die hun kinderen nodig hebben om eigen problematiek tot een vorm van oplossing te brengen.” De gedachte is duidelijk. Vader en moeder kunnen het niet met elkaar vinden, maar omdat ze bang zijn voor de mogelijke



conflicten die uit de bespreking van hun moeilijkheid zouden kunnen voortvloeien, geven ze er de voorkeur aan zich zorgen te maken over een kind dat in de war is. Het kind fungeert aldus als bliksemafleider of eventueel als zwart schaap en draagt er op zijn eigen manier toe bij dat de eenheid van het gezin bewaard blijft.

Op deze opvatting bestaan tal van variaties, maar in essentie komen ze er allemaal op neer dat de schizofrene symptomen een „functie” hebben binnen het gezin. De verwachting is dan dat wanneer de ouders ertoe komen hun eigen onenigheid onder ogen te zien, het kind zal ophouden schizofrene symptomen te vertonen. De indruk bestaat echter dat ouders en kinderen die zich aan behandelingen volgens deze opvatting hebben gewaagd, hieraan geen goede herinneringen bewaren. De ouders voelden zich beschuldigd en de schizofrenie stopte niet.

De moeilijkheden in gezinnen met een schizofreen kind zijn vaak groot, ook de moeilijkheden tussen de ouders. Het is denkbaar dat de ouders van Corine uit ons voorbeeld op den duur heftiger meningsverschillen over de juiste benadering van hun dochter ontwikkelen. Eventueel komt het zover dat moeder de kritiek van haar man beu wordt en bij haar dochter intrekt of dat vader er genoeg van krijgt en een buiten-echtelijke relatie begint. Wanneer de dochter dan ook nog ernstiger verward raakt of agressief zou worden, zodat moeder het niet langer kan bolwerken, kan het zijn dat vader haar verwijt dat zij de schuld is van de aandoening van Corine en dat hij veel te lang gewacht heeft met haar te bedriegen.

**Invloed**

Onderzoek heeft aannemelijk gemaakt dat een dergelijke gang van zaken geen gunstige invloed heeft op het beloop van de schizofrene stoornis. Volgens dit onderzoek kunnen de ouders niet als de veroorzakers van de stoornis beschouwd worden, maar wel kunnen hun kritiek en hun te grote betrokkenheid ertoe bijdragen dat de symptomen heftiger worden en de patiënt eventueel opnieuw opgenomen moet worden. Bij deze onderzoeken wordt ervan uitgegaan dat het inadequate gedrag van ouders ten minste mede het gevolg is van het feit dat zij niet weten wat er met hun kind aan de hand is en dat zij dus ook niet weten wat zij wel en niet van hun kind kunnen vragen. In de begeleidingsprogramma's die naar aanleiding van deze onderzoeken ontwikkeld zijn, wordt aan voorlichting over schizofrenie dan ook veel aandacht besteed. De programma's zijn minder gericht op het overhoop halen en bespreken van de gevoelens van de ouders dan op het geven van advies en steun bij het overwinnen van de praktische moeilijkheden, waarmee ouders en patiënten onveranderlijk geconfronteerd worden. Zo is het beslist niet gemakkelijk bezigheden te vinden voor een schizofrene adolescent, terwijl toch wel zeker is dat het de patiënt beter gaat wanneer hij niet de hele dag op de lip van zijn ouders zit. En ook valt het niet mee de patiënt zover te krijgen dat hij regelmatig zijn medicijnen inneemt, terwijl toch zeker is dat patiënten die neuroleptica gebruiken, aanzienlijk minder vaak opgenomen moeten worden.

Voor ouders en patiënten lijkt deze steunende gezinsbenadering realistischer perspectieven te bieden dan de vormen van therapie die de ouders tot bliksemafleider of zwart schaap maken. Per slot zijn ouders van schizofrene patiënten niet verplicht een gelukkiger huwelijk te hebben dan ouders van neurotische, zwakzinnige, astmatische of normale kinderen. Het is dan ook te hopen dat de vereniging *Ypsilon* tot een dergelijke benadering zal bijdragen.

Kees van der Velden

(Kees van der Velden is als therapeut en opleider werkzaam in de psychiatrie.)

## DIRECTIEVE THERAPIE BIJ SEKSUELE PROBLEMEN

Kees van der Velden

Directieve therapie is een benadering van psychiatrische stoornissen en psychosociale problemen, die de laatste jaren belangrijk aan betekenis gewonnen heeft. Vertegenwoordigers van deze stroming zijn actief in de klinische praktijk, in het onderwijs aan diverse soorten hulpverleners en in diverse vormen van onderzoek. In vrij korte tijd verscheen er een uitgebreide hoeveelheid publikaties over de principes en toepassingen van directieve therapie, en ook is er een tijdschrift dat - niet zeer verrassend - Directieve therapie heet.

Met de term directieve therapie wil onder meer aangegeven zijn dat de therapeut directieven oftewel richtlijnen of aanwijzingen geeft. De veronderstelling hierbij is natuurlijk dat het uitvoeren van adviezen tot een vermindering of evt. tot het verdwijnen van problemen kan leiden. In de somatische geneeskunde zal deze veronderstelling als weinig spectaculair ervaren worden, maar in de psychotherapie bestaat bij sommigen wel de vrees dat het geven van adviezen de autonomie en ontplooiing van patiënten en cliënten kan belemmeren.

De verhouding van de directieve therapie tot de traditionele psychotherapieën kan vergeleken worden met de verhouding van de benadering à la Masters & Johnson tot de non-directieve benadering van seksuele problemen, waarbij mensen gestimuleerd worden om zelf te achterhalen wat de mogelijke betekenissen en achtergronden van hun ejaculatio praecox, hun vaginisme of hun afkeer van seksueel contact zouden kunnen zijn.

Een tweede kenmerk van directieve therapie is dat geprobeerd wordt een zo goed mogelijk gebruik te maken van de zg. aspecifieke therapiefactoren. Dit kan als volgt worden toegelicht. Alle therapeutische stromingen kunnen met enig recht verdedigen dat met de bij hun stromingen behorende methoden en procedures behoorlijke resultaten worden verkregen. Het is aannemelijk dat deze resultaten niet toegeschreven moeten worden aan de behandelingsingrediënten die specifiek zijn voor een bepaalde stroming, maar aan de ingrediënten

die de diverse stromingen gemeenschappelijk kenmerken. In alle therapievormen wordt de patiënt hoop op verbetering gegeven, alle therapeuten bieden hun patiënten een verklaring van de klachten of problemen en vertegenwoordigers van alle therapiestromingen bieden hun patiënten procedures aan waarlangs de verwachte verbeteringen gerealiseerd kunnen worden. Deze specifieke of placebofactoren lijken in ieder geval noodzakelijk om de toestand van ontmoediging of demoralisering waarin patiënten bij de aanvang van een behandeling verkeren op te heffen. Directieve therapeuten zullen trachten hun patiënten verklaringen te bieden die deze patiënten aanspreken, zoals zij ook procedures zullen zoeken die aansluiten bij de verwachtingen die een patiënt van een goede behandeling heeft.

(Bij mensen die het idee hebben dat een non-directieve benadering pas werkelijk je ware is, is het vaak moeilijk en soms onmogelijk een directieve behandeling uit te voeren. Hetzelfde geldt bij mensen voor wie vaststaat dat alleen operatief ingrijpen hen kan helpen. Deze voorbeelden kunnen gemakkelijk worden aangevuld.)

Patiënten komen niet altijd om een stoornis te laten bestrijden, maar omdat zij geen kans zien met een stoornis op een enigszins prettige manier te handhaven. Een vrouw met een afkeer van aanrakingen, laat staan van seksueel contact, zal als regel pas hulp zoeken wanneer haar 'stoornis' tot nare consequenties leidt. Haar partner kan bijv. dreigen haar te verlaten of een relatie aanknopen met een toeschietelijker type. In directieve therapie wordt gemeend dat het niet verstandig is te proberen zo'n vrouw haast-je-rep-je orgastisch te doen worden. Beter kan geprobeerd worden met enkele welgekozen bewoordingen haar positie tegenover haar partner te verstevigen en haar zelfrespect te herstellen; daarna kan alsnog bezien worden of zij er zelf aardigheid in zou hebben weer eens aan te halen of aangehaald te worden.

De poging het zelfrespect en de positie van de ontredderde patiënt te verstevigen voor een stoornis of probleem behandeld wordt zou als een derde kenmerk van directieve therapie gezien kunnen worden.

In de literatuur over directieve therapie worden nog de volgende verdere kenmerken genoemd:

- De klachten worden in een zo positief mogelijke context geplaatst.
- De 'omgeving' wordt zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken.

- De doelstellingen van de behandelingen zijn concreet.
- De behandelingen zijn in principe beperkt in tijd.
- Directieve therapie is niet 'monomethodisch' maar 'eclectisch', wat zeggen wil dat alles wat bruikbaar en effectief lijkt of gebleken is erin opgenomen kan worden.
- Directieve therapie is pragmatisch, meer gericht op 'wat werkt' dan op 'wat volgens die-en-die theorie zou moeten werken.

Deze opsomming maakt duidelijk dat er een hoge mate van verwantschap is tussen directieve therapie en behandelingsstrategieën voor seksuele moeilijkheden als die van Masters & Johnson en Kaplan (en mogelijk nog vele anderen), die dan ook regelmatig door directieve therapeuten worden toegepast.

In directieve therapie wordt gebruik gemaakt van diverse soorten richtlijnen, waarvan er sommige als nogal ongewoon imponeren. Het zijn met name de paradoxe opdrachten die hierbij de aandacht trekken. Met paradoxale opdrachten worden de adviezen bedoeld waarbij de patiënt of cliënt wordt aangeraden zijn symptomen te handhaven in plaats van zich ertegen te verzetten. Een patiënt met potentiële stoornissen kan bijv. aangeraden worden seksueel contact te vermijden. Hoe irrationeel dergelijke adviezen ook schijnen, in feite worden ze in de seksuologische hulpverlening al gebruikt. (Denk bijv. aan het coïtusverbod van Masters & Johnson.)

Ook de in de directieve therapie gebruikte metaforische opdrachten trekken de aandacht. Zo behandelde de Amerikaanse psychiater Milton Erickson de seksuele problemen van een aan zijn zorgen toevertrouwd paar zonder een woord aan de seksualiteit te wijden. Wel had hij het met hen over eten en over het feit dat sommige mensen ervan houden snel flinke hoeveelheden gezond voedsel weg te werken, waar anderen de voorkeur geven aan kleine, verfijnde hapjes die met ruime tussenpozen genoten kunnen worden.

#### Literatuur

Algemene informatie over directieve therapie kan men vinden in Directieve therapie 1 en 2 (1977 en 1980), onder redactie van K. van der Velden verschenen bij Van Loghum Slaterus in Deventer.

Het tijdschrift Directieve therapie (afgekort tot Dth) verschijnt eveneens bij Van Loghum Slaterus.

Een recent overzicht van de uitgangspunten van de hier besproken therapievorm wordt gevonden in Directieve therapie en de psychiatrie door K.van der Velden & O.van der Hart. Dit artikel werd eerst gepubliceerd in het Tijdschrift voor psychotherapie 11 (2), 123 - 143. Het werd enigszins gewijzigd ten behoeve van het Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie, dat in 1986 onder redactie van C.A.L.Hoogduin et al. bij Van Loghum Slaterus verscheen.

Een uitgebreide bespreking van het belang van de zg. aspecifieke therapiefactoren wordt gevonden in: R.Van Dyck (1986), Psychotherapie, placebo en suggestie (ter perse).

Aan paradoxale opdrachten zijn diverse hoofdstukken in de hierboven genoemde delen Directieve therapie 1 en 2 gewijd (auteurs zijn onder anderen A.Lange en R.Van Dyck).

Over ongewone adviezen in de seksulogische praktijk gaat het artikel Ongewone interventies bij een stagnerende sekstherapie van W.Vandereycken in Dth 1 (3), 213 - 222 (1981).

De relatie tussen directieve therapie en sekstherapie wordt besproken door L.Migerode in Sekstherapie als directieve therapie, dat in Dth 3 (3), 270 - 283 (1983) verscheen.

Directieve relatietherapie is het onderwerp van Helpen bij partnerrelatieproblemen van A.Vansteenwegen, dat in 1983 bij Van Loghum Slaterus verscheen. Hierin wordt ook ruime aandacht aan de behandeling van seksuele problemen gegeven.

Gedragsverandering in gezinnen is de titel van A.Lange's handboek over directieve gezinstherapie (Wolters-Noordhoff, Groningen). Dit boek gaat niet speciaal over seksuele moeilijkheden, maar wel over de kontekst waarbinnen die moeilijkheden zich vaak voordoen, nl. het gezin. Het lijkt vaak minder zinvol seksuele problemen te willen oplossen bij partners aan wie het maar niet lukken wil een beetje prettige sfeer in huis te scheppen.

# Korte therapie gevolgd door Brain and Behaviour

---

Richard van Dyck

## inleiding van TDT

En komende tijd weerhoudt mij van het schrijven van een uitvoerige <sup>gedegen</sup> inleiding, waarvan excuus. Het voordeel is wel dat ik nu lekker gebruik kan maken van mijn geavanceerd tekstverwerkend apparaat model Mont Blanc. Hierna kunnen allerlei lettertypes gevormd worden. GROOT, klein, schief, rond, stippeels, je kan het zo gek niet bedenken. Er is ook een eenvoudige correctiebehandeling mogelijk: ~~edit~~. Het grootste vordel van den tekstverwerker is de onafhankelijkheid van het electriciteitsnet. Ook batterijen zijn overbodig. Bovendien is hij zo klein dat ik hem in mijn binnenzak kan meenemen. De prijs is bijna beschaamd: van 100 gulden zijn al buitengewoon mooie modellen verkrijgbaar. Kortom: warm aanbevelen.

Symposiumverslag "Brain, behaviour and the immune system", Nijmegen,  
27 oktober 1986.

---

Richard Van Dyck

De aanleiding om dit door de Nijmeegse "Brain and Behaviour Society" georganiseerde symposium te bezoeken was het voornemen om R. Ader uit te nodigen als voornaamste spreker - in het Amerikaanse congresjargon als "Keynote Address" aangeduid - voor het in 1988 te houden International Congress on Hypnosis and Psychosomatic Medicine te Leiden /Den Haag.

Ader is een zeer productief en origineel onderzoeker die met zijn werk de discipline van "psychoneuro-immunologie" in het leven heeft geroepen. Blijkens de congresbrochure moeten de meeste overige sprekers van de dag ook als pioniers op dit voor hypnose en psychosomatiek zeer relevante onderzoeksterrein gezien worden. Het symposium leek een uitstekende gelegenheid om een indruk te krijgen van de kwaliteiten van o.a. Ader als spreker en om een eerste contact te leggen.

De eerste spreker was Felder (New York) die in een duidelijk betoog zijn onderzoek over anatomische en functionele connecties van het autonome zenuwstelsel met het immuunsysteem schetste. In de milt en lymfeklieren zijn tal van noradrenerge autonome vezels te vinden; catecholaminen kunnen in deze weefsels worden aangetoond en verschillende cellen van het immuunapparaat beschikken over receptoren voor deze transmitters. Bovendien kan door chemische of chirurgische sympatectomie de immuunrespons beïnvloed worden. Hiermee is één verbindingslijn aangetoond waarlangs een invloed van het zenuwstelsel op het immuunsysteem in principe mogelijk is.

De tweede bijdrage vormde een illustratie van een dergelijke invloed. Heijen (Utrecht, werkzaam in het instituut van de Wied) rapporteerde over proeven met ratten die in een stressvolle situatie geplaatst werden door toediening van elektrische schokken. Als regel neemt onder dergelijke omstandigheden de immuunresponsiviteit toe. Maar wanneer het proefdier in een conflict geplaatst wordt omdat het



vermijden van de schok ook een aversieve prikkel (fel licht) tot gevolg heeft, dan wordt de immunoreactiviteit onderdrukt. De pogingen om het mechanisme te verhelderen waarlangs dit proces verloopt zijn nog maar ten dele gelukt: zowel ACTH als B-endorfinen oefenen een invloed uit, maar die is soms immuunsuppressief en soms stimulerend.

Eveneens van Nederlandse bodem is het onderzoek van Bohus (Groningen), waarbij ook sociale variabelen een rol spelen. Ratten die een kooi moeten delen ontwikkelen na verloop van tijd een sociale hiërarchie waarin drie lagen te onderscheiden zijn: de top, bestaande uit het meest agressieve dier; de subtop, die regelmatig maar zonder succes de plaats van het topdier tracht in te nemen en herhaaldelijk tot vluchtgedrag over moet gaan en de ondergeschikte dieren die geen strijd aangaan maar een "freezing" reactie vertonen. Observatoren kunnen op betrouwbare wijze deze varianten van sociale coping vaststellen. Het topdier en de ondergeschikten tonen geen immunologische veranderingen. Bij de subtop blijkt echter een verlaagd lymfocytenaantal en een thymusinvolutie. Bohus of de vragenstellers gingen niet over tot extrapolaties van de rattenkolonie naar de mensenmaatschappij. Wel werd tijdens de lunchpauze bij herhaling gespeculeerd over de wenselijkheid om als preventieve gezondheidszorg de "subtop" tijdig te verlaten.

Na de lunch kwam de voordracht van Ader. Het bleek een grondig voorbereide, maar gortdroge presentatie over een indrukwekkend aantal dierenstudies, waarin niet alleen bevindingen gerepliceerd werden maar ook alternatieve interpretaties dankzij de fraai uitgekende controle-groepen minder aannemelijk werden gemaakt. De meest sprekende bevindingen waren dat ratten die (éénmalig!) een immunosuppressieve stof toegediend kregen samen met saccharine, ook na (weken) latere toediening van saccharine alléén, eveneens een immunosuppressie vertoonden. Bij muizen die de genetische eigenschap hadden om een vorm van auto-immuunziekte te ontwikkelen kan met immunosuppressiva deze ziekte vertraagd worden. Een nagenoeg even groot effect wordt bereikt door saccharine aan de aanvankelijke toediening van het farmakon te koppelen en vervolgens lage doses van het immunosuppressieve middel af te wis-

selen met saccharine. Contrôledieren die dezelfde lage dosis immuno-suppressiva zonder koppeling met saccharine krijgen, overleven niet langer dan onbehandelde dieren. Ader gebruikte als verklaring van zijn bevindingen het model van de klassieke conditionering. Zijn voordracht dwong bewondering af door de grondige documentatie, maar helaas niet door een heldere presentatie. In veel te hoog tempo werden te veel details verteld. Ik had van tevoren enkele van zijn publicaties gelezen, zodat ik het betoog nog wel kon volgen. Enkele toehoorders aan wie ik hun opinie vroeg antwoordden dat ze er zeker van waren dat er belangrijke dingen waren gezegd, maar ze konden niet navertellen wat die waren. Het zou teleurstellend zijn als dit het commentaar zou worden op de in 1988 te houden hoofdvordracht.

De volgende spreker was Dantzer (Bordeaux). Deze Fransman leek vooral bevangen door "l'esprit de contradiction". Zijn voornaamste boodschap was dat de door Ader geponeerde verklaring van klassieke conditionering niet houdbaar is, maar dat alleen conditionering van een autonome arousal optreedt. Ader was het hier niet mee eens, maar vanwege tijdgebrek werd de discussie naar het afsluitende forumgesprek verdaagd.

In tegenstelling tot alle overige sprekers waagde Hall (Washington) zich aan mogelijke toepassing van deze bevindingen bij mensen. Hij rapporteerde over een pilot study waarbij door middel van relaxatie en imaginatie bij kankerpatiënten een invloed op verschillende immunologische variabelen werd gevonden. Het tweede deel van zijn verhaal was een verslag over de stimulering van ACTH en endorfine secretie na toediening van een thymus-extract bij apen, maar ook in de weefselkweek. Hiermee lijkt een onderdeelje te zijn aangetoond van wat mogelijk een terugkoppelingsmechanisme vormt van het immuunsysteem naar het zenuwstelsel. Deze spreker viel verder op door een levendige, vlotte, bij momenten humoristische presentatie en het gebruik van overzichtelijke dia's.

Dit vormde een absoluut contrast met de laatste spreker. Besedovsky (Davos) becommentariëerde in onverstaanbaar Engels, met de rug naar het publiek, een serie onleesbare dia's en overschreed bovendien zijn spreektijd zodanig dat sommige toehoorders de zaal begonnen te verla-

ten. Hiermee was de discussietijd voor het forum nagenoeg verbruikt. Niettemin ging Ader er toe over om de door hem voorbereide repliek op Dantzer voor te schotelen. Kennelijk was dit niet hun eerste confrontatie, want Ader had op ruim twintig dia's zijn tegenargumenten verzameld, stoorde zich er niet aan dat het publiek hem niet kon volgen en dat de voorzitter probeerde hem af te remmen. Ik kreeg de indruk getuige te zijn van een eerder Byzantijnse discussie.

Mijn laatste aarzelingen om Ader als spreker te vragen waren hiermee wel verdwenen. Een groot geleerde, maar te saai en te rigide om te boeien als spreker. Wie wel een boeiend betoog over psychoneuro-immunologie zou kunnen houden en daarbij met kennis van zaken de kans op mogelijke toepassingen bij de mens zou kunnen bespreken, is waarschijnlijk Hall. In de beperkte tijd die overbleef heb ik geïnformeerd naar zijn verdere onderzoeksplannen en zijn eventuele interesse voor een bijdrage in 1988 gepeild. Hij vertelde bezig te zijn met het opzetten van een gecontroleerd onderzoek naar het effect van imaginatie en relaxatie op immunologische parameters en zou daarover graag in 1988 een voordracht geven.

Conclusie: een interessante bijeenkomst over een zeer boeiend onderdeel van psycho-somatische interactie, waarbij de Nederlandse bijdragen zeker niet in negatieve zin opvielen. Tijdig kon van het voornemen om Ader uit te nodigen afgezien worden. Tevens werd contact gelegd met een andere potentiële hoofdspreker.

Oktober 1986.

RVD/III/BBS/JW

Richard Van Dyck

## Inleiding

Ambroise Paré, een beroemd barbier uit de zestiende eeuw verkeerde op het slagveld van Turijn in 1536 in een moeilijke situatie. Om de gewonden adequaat te verzorgen en onvermijdelijke amputaties volgens de regels uit te voeren was kokende olie een onmisbaar ingrediënt voor het dicht schroeien van wonden. Het aantal slachtoffers dat hij moest behandelen was zo groot dat de voorraad olie geheel werd uitgeput. Met zeer sombere gevoelens besloot hij maar te trachten de slachtoffers te helpen door hun bloedende wonden zonder schroeien te verbinden. Tot zijn grote verrassing stelde hij de volgende ochtend vast dat de soldaten die volgens de kennis van zijn tijd op een ontoereikende manier behandeld waren er beter aan toe waren dan de patiënten die een orthodoxe therapie hadden gekregen. Deze door Haggard (1932) aangehaalde anecdoten is een voorbeeld van de talrijke met stelligheid vastgehouden en overgeleverde medische voorschriften waarvoor later elke empirische basis bleek te ontbreken. Erger nog, het uitvoeren van de orthodoxe behandeling had zelfs schadelijke gevolgen voor de patiënten en vertraagde hun natuurlijke genezing.

Wie belangstelling heeft voor de werkzaamheid van psychotherapie kan veel leren van de geschiedenis van de geneeskunde. Op grond van allerlei veronderstellingen die in onze ogen zeer naïef en primitief lijken werden ingrijpende procedures geadviseerd, soms met vèrgaande negatieve gevolgen. Weliswaar heeft kokende olie in de psychotherapie geen plaats, toch kan men zich afvragen of met psychotherapie het natuurlijke genezingsproces wordt versneld of ook wel eens wordt vertraagd, met name door de als langdurig bedoelde vormen van therapie.

Volgens Shapiro en Morris (1978) was de geschiedenis van de geneeskunde tot voor kort te beschouwen als de geschiedenis van het placebo-effect. Wat betreft psychotherapie zou men kunnen argumenteren dat deze situatie nog steeds voortduurt (Van Dyck, 1985).

Van de eerder genoemde Ambroise Paré komt de afspraak "je panse, Dieu guérrit" - "ik leg het verband aan, God geneest". Deze bescheiden

opstelling is in de psychotherapie niet of nog niet zo gebruikelijk. Ik hoop in deze bijdrage aan te tonen dat daar evenwel alle reden voor zou zijn.

Aan de hand van onderzoeksgegevens wordt besproken in hoeverre de bestaande psychotherapiepraktijk er feitelijk uitziet. Vervolgens komt aan de orde hoe de resultaten van korter durende therapieën zich verhouden tot de langerdurende vormen. Tot slot wordt besproken of men hier consequenties aan moet verbinden voor het beleid en opleiding. Allereerst bespreek ik enkele terminologische onduidelijkheden.

### Terminologie

Wanneer men over korte therapie spreekt, is het niet altijd duidelijk wat bedoeld wordt. Soms wordt de term gebruikt om een therapie aan te duiden die zich over een relatief beperkte periode uitstrekt, bijvoorbeeld drie maanden; voor velen is een jaar nog steeds kort. Korte therapie wordt ook gebruikt als naam van een therapie waarvan een aantal zittingen beperkt is, bijvoorbeeld tot 10 zoals in de "Brief therapy clinic" van het Mental Research Institute te Palo Alto (Weakland et al., 1974). De werkgroep psychotherapie legde een grens bij 45 zittingen over de periode van één jaar om nog van korte psychotherapie te spreken. Deze grens zal door velen als zeer ruim gezien worden: meestal zal een hogere frequentie aangehouden worden en zal men in de loop van een jaar op een geringer aantal zittingen uitkomen. Hoewel deze varianten: in tijd beperkt, beperkt aantal zittingen en relatief infrequente therapie niet hetzelfde zijn, is het nuttig om ze toch in de overwegingen te betrekken. Ze hebben gemeenschappelijk dat de planning en doelstellingen anders verlopen dan langdurige, intensieve therapie. Of de resultaten ook anders zijn komt verder aan de orde.

Een tweede punt waar enige terminologische verwarring over mogelijk is betreft het gebruik van het woord psychotherapie. Er wordt nogal eens in beleidsstukken of in overzichten een onderscheid gemaakt tussen "psychotherapie" en "psychosociale hulpverlening" (vgl. Abraham

& Kuipers, 1981). Met psychotherapie wordt dan een meer specifiek soort interventie aangeduid, door een speciaal bevoegd persoon verstrekt. Psychosociale hulpverlening is het ruimere begrip waaronder activiteiten als advisering en training vallen. Omdat dit onderscheid er een is van intenties, en totnogtoe geen verschillen in effecten zijn aangetoond zullen we deze terminologie niet overnemen. De term psychotherapie wordt hier in ruime zin opgevat in de betekenis van hulpverlening met psychologische middelen, ongeacht de precieze professionele achtergrond van de hulpverlener. Gezien het feit dat totnogtoe zelfs niet is vastgesteld dat er een verschil in therapieresultaat wordt bereikt door getrainde en ongetrainde hulpverleners (Bermon & Norton, 1985) lijkt deze ruime opvatting vooralsnog gewettigd.

#### Het beeld en de werkelijkheid

Het overheersende beeld over psychotherapie is dat van een langdurige en intensieve bezigheid. Dit vind men ook terug in opleidingseisen van therapieverenigingen en van de Vereniging voor Psychiatrie: doorgaans wordt een relatief groot aantal supervisies gevraagd voor een gering aantal patiënten. De tijd dat de psycho-analyse van Gustav Mahler door Sigmund Freud zich voltrok tijdens één lange strandwandeling in Noordwijk is gevolgd door een periode waarin analyses steeds langer werden. Terwijl de overheersende opvatting was dat psychotherapieffecten pas na lange tijd van betekenis zijn bleek de praktijk zich anders te ontwikkelen. Meltzoff en Kornreich (1970) stelden vast dat de meeste behandelingen, ook wanneer ze als langdurige therapie bedoeld waren, reeds na 12 zittingen feitelijk zijn beëindigd. Dit gegeven is herhaaldelijk bevestigd. Garfield (1978) vond als mediaan 6 zittingen en van alle behandelingen was tweederde na minder dan tien zittingen beëindigd. Ook de 14 overige studies die Garfield bespreekt vertoonden dit patroon: de meeste klinieken waren de helft van hun patiënten al kwijt bij de 8ste zitting.

Deze situatie wordt niet alleen in de Verenigde Staten aangetrof-

fen; in Nederland blijkt de feitelijke therapieduur eveneens beperkt te zijn. Net voor ze op het punt stonden in de RIAGG structuur op te gaan, onderzocht Aarsen (1985) de Instituten van Multidisciplinaire Psychotherapie. Dit zijn bij uitstek de instellingen waar men op grond van reputatie al enige voorselectie kan veronderstellen en waar men de meeste langdurige behandelingen zou mogen verwachten. Ook hier blijkt echter bijna driekwart van de cliënten (Aarsen, 1985, p.26) binnen het jaar uit de behandeling ontslagen te zijn. Tweederde (p.29) van de behandelingen op de IMP's was ook in twintig zittingen of minder afgelopen. Volgens de normen die de werkgroep Psychotherapie hanteert, namelijk 45 zittingen in een periode van één jaar, is 80,9% van de behandeling kortdurend te noemen, zelfs als men de contacten van minder dan zes zittingen buiten beschouwing laat. Het zal verder niemand verbazen dat het aantal kortdurende behandelingen op de RIAGG's in vergelijking met de IMP's nog groter is (Aarsen, p.36). Na zijn verkenning van de praktijk van de psychotherapie komt Schagen (1986) tot de volgende conclusie (p.150) "wij vonden dat veel van de therapie kort was, niet steeds als opzet, wel de facto". Hiermee noemt Schagen een belangrijk punt. Nogal wat van de feitelijke kortdurende behandelingen zijn niet als zodanig bedoeld, maar bereiken hun eind omdat de patiënt wegblijft, soms zelfs na slechts één of twee zittingen. Dit probleem van de dropouts verdient een aparte bespreking. We zullen ons eerst bezighouden met de vraag wat er bekend is over de effecten van korte therapieën.

### Effectstudies

Onderzoek naar de feitelijke duur van therapie levert een vrij eenduidig beeld op: therapie is doorgaans kort. Ook het onderzoek naar het effect van korte therapie is eenduidig: korte therapie blijkt niet onder te doen voor langerdurende behandeling. Het artikel van Luborsky et al. (1975) vormt een belangrijke poging om het betere empirisch onderzoek over verschillende kwesties in de psychotherapie theoretisch te groeperen en daaruit conclusies te trekken. Over de vraag of in tijd beperkte therapie in effect verschilde van niet in tijd beperkte

therapie vonden zij 8 studies. De niet van te voren in hun duur beperkte behandelingen waren steeds langer dan de gelimiteerde therapieën. Het resultaat was in één studie beter voor de onbeperkte behandeling, in twee gevallen van de gelimiteerde therapie en in vijf studies was het resultaat niet verschillend. Hieruit concludeerden Luborsky et al. dat al met al het effect van in de tijd beperkte therapie niet ongunstiger is dan van langduriger therapie.

Smith, Glass & Miller (1980) gebruikten de statistische techniek van meta-analyse om het effect van 475 verschillende studies op één noemer te brengen. Hun belangrijkste bevinding was dat als diverse outcome-maten en diverse behandelingsvormen bij elkaar gevoegd worden, de met psychotherapie behandelde patiënten ongeveer één standaarddeviatie (in feite iets minder, namelijk 0.85) opschoven in de gewenste richting. Ook aan het verband tussen aantal zittingen en therapie-effect werd door hen aandacht besteed. Ze komen tot een tamelijk grillig verlopende curve, waarbij het therapie-effect oploopt gedurende de eerste vijf zittingen, vervolgens afneemt tussen de 10 en 20 zittingen en vanaf circa 25 zittingen weer vergelijkbaar wordt met het beginniveau, zonder dat beginniveau te overtreffen.

Op de werkwijze van Smith et al. (1980) is veel terechte kritiek geleverd. Daarvoor wordt naar de betreffende publicaties verwezen (Kazdin & Wilson, 1980; Schagen, 1983; Van Dyck, 1985). Een van de zwakke punten van hun studie is dat in de meta-analyses zeer uiteenlopende patiëntencategorieën bij elkaar gegooid hebben, wat de resultaten moeilijk interpreteerbaar maakt. Andrews & Harvey (1981) hebben een wat meer homogene subgroep gevormd uit de steekproef van Smith et al. door de 81 studies te heranalyseren waarin sprake was van behandeling van neurotische patiënten. Dit is uiteraard nog steeds een vrij heterogene groep. Deze onderzoekers vonden dat het effect van 0 tot 5 zittingen therapie (0.68) iets lager was dan van 10 tot 20 zittingen (0.73) en dat werd op zijn beurt weer overtroffen door het effect van een therapieduur van 20 tot 100 zittingen (0.86). Deze verschillen bereikten evenwel geen statistisch significant niveau.

Het moet erkend worden dat deze meta-analyses slechts een zeer globaal beeld geven en te onnauwkeurig zijn om stellige conclusies op te baseren. Toch zou het onverstandig zijn ze zonder meer over boord



te zetten. De bevinding dat de duur van de therapie niet of nauwelijks correleert met het effect wordt ook gevonden in redelijk opgezet onderzoek, waarin niet allerlei meetinstrumenten tot een soort goulash verwerkt zijn. Bijvoorbeeld vonden Sloane et al. (1975) dat patiënten van wie de behandeling slechts bestond uit een intake-onderzoek en daarna infrequent telefonisch contact tijdens een verblijf op de wachtlijst, nauwelijks minder verbeterden dan patiënten die door voraanstaande gedragstherapeuten of psychotherapeuten werden behandeld. Het effect van deze "minimale therapie" zoals hier beschreven blijkt over het algemeen overeen te komen met tweederde tot driekwart van een het effect van een "volwaardige" behandeling (Van Dyck, 1985). Dit betekent op zijn minst dat een belangrijke uitbreiding van de geïnvesteerde tijd en deskundigheid maar in geringe mate tot uitdrukking komt en een toename van effect. Meltzoff & Kornreich (1971) merkten al op dat in psychotherapie al snel een "point of diminishing returns" wordt bereikt.

Er is terecht gesteld dat het merendeel van het bestaande effect-onderzoek betrekking heeft op therapieën die zeer kort zijn en dat langer durende therapie waarschijnlijk ondervertegenwoordigd is in de effectstudies. In het licht van de vorige paragraaf kunnen we niet meer zo zeker zijn over deze ondervertegenwoordiging, want langer durende therapie blijkt in de praktijk toch niet zo heel vaak voor te komen. Maar het weinig effect-onderzoek dat over langdurige therapie werd verricht, (bijv. Kernberg et al., 1972) gaf Garfield (1986) aanleiding om te stellen dat geen duidelijk bewijs ten gunste van deze therapieën is geleverd.

Het in Nederland uitgevoerde onderzoek vormt op dit beeld geen uitzondering. Uit onverdachte hoek (Wagenborg et al., 1984) is gerapporteerd over de resultaten van opname in psychotherapeutische gemeenschappen. Ook hier vond men een verbetering van grofweg één standaarddeviatie of minder en patiënten na ontslag uit de TG beoordeelden hun welbevinden gunstiger dan patiënten bij opname maar minder gunstig dan controlepersonen zonder klachten. Ook bij klinische psychotherapie blijkt een korte behandeling van drie maanden in effect beslist niet onder te doen voor een niet-gelimiteerde opname in de TG. (Hesselink & Bolten, 1986).

Hiermee is niet al het psychotherapie onderzoek besproken dat relevant is voor dit thema, maar naar mijn mening is een vrij representatief beeld gegeven van de beschikbare studies. Mijns inziens kan daaruit het volgende geconcludeerd worden: psychotherapie heeft een positief effect, maar dat is eerder bescheiden te noemen. Het is bovendien niet dramatisch verschillend van het effect dat met geringe middelen bereikt wordt zoals een intake gevolgd door verblijf op een wachtlijst. De resultaten van psychotherapie tekenen zich zeer vroeg af en nemen niet belangrijk toe met toenemende investeringen van tijd en aandacht. Voor we ingaan op de vraag welke consequenties deze bevindingen voor de praktijk kunnen hebben moeten we nog stilstaan bij het fenomeen van de drop-outs.

#### De uitvallers

Een belangrijk deel van de "korte therapieën" wordt gevormd door mensen die maar één of enkele zittingen op het spreekuur komen en vervolgens verdwijnen. Men zou kunnen veronderstellen dat het met deze mensen wel slecht afloopt en dat zij tot de therapiemislukkingen gerekend moeten worden. Er is betrekkelijk weinig bekend over de feitelijke afloop bij deze groep. Silverman en Buch (1984) vergeleken patiënten die slechts één bezoek aan een Community Mental Health Center brachten met patiënten die tenminste 5 zittingen terugkwamen. De wegblijvers rapporteerden in dezelfde mate dat hun aanmeldingsprobleem verholpen was, maar zij schreven dit in mindere mate toe aan het instituut. Mogelijk beschikten ze ook nog over andere hulpbronnen.

Een ander recent onderzoek is dat van Pekarik (1983) die de redenen navroeg bij dropouts waarom ze de therapie beëindigd hadden. De grootste groep (39%) gaf aan geen behoefte aan verdere begeleiding te hebben; 35% stelde door praktische omstandigheden verhinderd te zijn om een therapie voort te zetten en slechts 26% was gestopt omdat het contact met het instituut niet op prijs werd gesteld. Alleen bij deze laatste groep werd geen significante verbetering van het klachtenniveau gevonden t.o.v. de aanmelding. Er is niet vast te stellen in hoeverre dit antwoordpatroon door sociale wenselijkheid is bepaald; niet-

temin kan men er uit leren dat dropouts waarschijnlijk niet steeds als therapiemislukkingen gezien moeten worden. Een belangrijke subgroep van de patiëntenpopulatie heeft kennelijk geen behoefte aan meer dan één of enkele contacten met de geestelijke gezondheidszorg.

In een weliswaar kleine groep (N = 12) vonden Lidell et al. (1986) dat de dropouts van hun exposure programma voor agorafobici goed vooruit gegaan waren. De blijvers en de uitvallers verschilden niet in therapieresultaat maar alleen in hun waardering voor het behandelprogramma. Men kan zich afvragen of dit totaalbeeld bemoedigend of eigenlijk wat verontrustend genoemd moet worden. Psychotherapie levert een bescheiden effect op; dit effect wordt na korte tijd zichtbaar en zelfs als men vroegtijdig de therapie verlaat lijkt het vaak nog goed te gaan.

#### Discussie

1. De hier besproken onderzoeksgegevens zijn niet voldoende om al een beleid op te baseren. Een belangrijk aspect dat totnogtoe onbesproken bleef is het klachtenpatroon of het soort psychopathologie die behandeld wordt. Van sommige aandoeningen is iets bekend van het spontane beloop, bijvoorbeeld depressies zijn meestal tijdelijk, agorafobie daarentegen fluctueert wel, maar gaat niet over. Voor andere aandoeningen is nauwelijks iets bekend over het lange termijnverloop met of zonder therapie. Maar het spreekt vanzelf dat het beleid voor anorexia nervosa anders moet zijn dan voor een spinnenfobie, omdat in het eerste geval wel een verbetering op korte termijn verwacht mag worden en in het tweede geval niet.
2. Toch valt er wel iets te leren uit de hier besproken studies. Bij het huidige economische klimaat zullen de financiers een vanzelfsprekende voorkeur hebben voor kortdurende behandelingen. Er zijn geen aanwijzingen dat met het verstrekken van kortdurende therapie patiënten te kort gedaan worden. De aanbeveling om eerst korte therapie aan te bieden (vgl. Van Dyck & Hoogduin, 1977) en pas in tweede instantie langer durende therapie te overwegen lijkt in de

termijnverloop met of zonder therapie. Maar het spreekt vanzelf dat het beleid voor anorexia nervosa anders moet zijn dan voor een spinnenfobie, omdat in het eerste geval wel een verbetering op korte termijn verwacht mag worden en in het tweede geval niet.

2. Toch valt er wel iets te leren uit de hier besproken studies. Bij het huidige economische klimaat zullen de financiers een vanzelfsprekende voorkeur hebben voor kortdurende behandelingen. Er zijn geen aanwijzingen dat met het verstrekken van kortdurende therapie patiënten te kort gedaan worden. De aanbeveling om eerst korte therapie aan te bieden (vgl. Van Dyck & Hoogduin, 1977) en pas in tweede instantie langer durende therapie te overwegen lijkt in de praktijk min of meer al uitgevoerd te worden. Niet dankzij overheidsbeleid of door keuzes vanuit de therapeutenwereld, maar waarschijnlijk omdat de afnemers van het product psychotherapie zich veelal met een bescheiden aantal sessies tevreden stellen. Er is dus nauwelijks aanleiding om maatregelen toe te passen om de therapieduur te bekorten. Die is vanzelf al kort. De subgroep van langdurige therapieconsumenten blijkt betrekkelijk klein en niets wijst er op dat de geestelijke gezondheidszorg vast dreigt te lopen in een teveel aan langdurige behandelingen. Gegeven dat het over een betrekkelijk kleine groep gaat is het natuurlijk nuttig om die nader te onderzoeken. Men kan verwachten daar een behoorlijk aantal mensen in terug te vinden die lijden aan een chronische aandoening, waarbij begeleiding weliswaar niet leidt tot verbetering, maar mogelijk bijdraagt tot het vertragen of vermijden van decompensatie. Wanneer van multipele pathologie sprake is ligt een langere therapieduur eveneens voor de hand. Vanuit het oogpunt van bezuinigers zijn deze groepen niet interessant. De beleidsconsequenties van korte therapie lijken mij dus niet op het vlak van verdere besparingen te liggen.
3. Een terrein waar de huidige stand van zaken nog niet voldoende lijkt te zijn doorgedrongen is dat van de opleiding tot psychotherapeut. De diverse specialistische scholen lijken vooral te wedijveren in grondigheid en de opleidingseisen voor de basisthe-

5/

rapeut lijken eerder ingegeven door de wens het psychotherapiebedrijf zoveel mogelijk aanzien te geven. Een goede aansluiting op de feitelijke praktijk van kortdurende therapieën lijkt nauwelijks een doel te zijn. Een wat meer "marktgerichte" instelling zou op dit punt de psychotherapie geen kwaad doen.

}

AMBRO./RVD3/ak

Dag waarde lezer!

Als inzending voor het Tijdschrift voor Directieve Therapie ditmaal geen bedplassersonderzoeksbijdrage maar de tekst van een hoofdstuk voor het Handboek voor Gezinstherapie. U zult er niet helemaal door verrast zijn.

Dick N.-zovoort

## Behandeling van het psychosomatische kind in de gezinscontext

D.N.Oudshoorn & M.Troost

### Inleiding:

De meeste kinderen en adolescenten die in dit hoofdstuk het onderwerp van bespreking zijn worden door kinderartsen of andere somatische specialisten verwezen. De vraag kan tweeledig zijn:

a) Na onderzoek wordt geen somatische verklaring voor de klachten gevonden en gevraagd wordt de behandeling over te nemen (in dit verband wordt van 'functionele klachten' gesproken);

b) De omvang en het verloop van het klachtenpatroon staan niet in verhouding tot de ernst van de ziekte waarvoor het kind wordt behandeld. Gevraagd wordt de ernst van de klachten terug te brengen tot vanuit de somatische ziekte begrijpelijke proporties (het betreft dan een zg. 'psychosomatische aandoening').

In zijn behandeling staat de therapeut allereerst voor het probleem hoe hij de medewerking van het kind en diens ouders verkrijgt voor een niet-somatische behandeling. Vaak stellen ouders de lichamelijke klachten voorop en ontkennen of bagatelliseren ze het bestaan van problemen. In dit hoofdstuk wordt besproken hoe de kansen om tot onderzoek en zinvolle behandeling van kind en gezin te komen kunnen worden vergroot.

Het hoofdstuk bestaat uit een aantal paragrafen. De eerste paragraaf bevat een summiere beschrijving van de literatuur. In paragraaf 2 wordt het werkmodel van de auteurs uiteengezet. De derde paragraaf geeft een illustratie van de werkwijze. Paragraaf 4 geeft een overzicht van veel voorkomende ziekmakende factoren. Paragraaf 5 bevat drie gevalbesprekingen die laten zien dat met behulp van systematische screening zeer uiteenlopende oorzaken voor de klachten kunnen worden gevonden. In de zesde paragraaf vindt de lezer een aantal praktische opmerkingen en een korte discussie naar aanleiding van de gegeven casuïstiek. De zevende paragraaf vat de aanbevolen werkwijze in een schema samen.

(Vst)

### § 1: Literatuur

In oudere publicaties (bv Alexander & French, 1948; Groen, van der Horst & Bastiaans, 1951) wordt onder 'psychosomatosen' een aantal omschreven ziektebeelden verstaan (bv. astma, colitis ulcerosa, maagzweer) met bijbehorende specifieke persoonlijkheidsstructuren. In een andere zienswijze is er een lijnrecht oorzakelijk verband tussen stress, emoties en ziekte. Psychosomatische ziektes ontstaan in die visie als het individu voortdurend fysiologisch reageert op spanningen. De aard van de ziekte is afhankelijk van diverse variabelen zoals genetische aanleg, persoonlijkheidstype en psychologische factoren.

Een typisch hedendaagse opvatting is het om van 'psychosomatische ziekte' te spreken wanneer de ernst en het beloop van een ziekte beter begrepen kan worden vanuit de levenswijze van de patiënt dan vanuit biologische wetmatigheden van de ziekte (Greenfield & Sternbach, 1972). Weakland (geciteerd door Stierlin, 1986) zegt kort en bondig: 'We kunnen van een psychosomatische stoornis spreken wanneer psychosociale factoren even belangrijk zijn als somatische factoren'. Niet alleen psychologische maar ook omgevingsfactoren worden ter verklaring van de ziekteverschijnselen van belang geacht.

Bekend zijn Minuchins publicaties betreffende het zg. 'psychosomatische gezin' (Minuchin et al., 1979). Kenmerken zijn:

- Gezinskluwen, dat wil zeggen overdreven saamhorigheid, geringe privacy van de individuele gezinsleden, te veel inmenging in elkaars gedachten, gevoelens en opvattingen;
- Overmatige bezorgdheid voor elkaar, met name voor elkaars lichamelijke gezondheid gepaard aan vermindering van openlijke kritiek. Ziekteklachten kunnen de aandacht van onderlinge conflicten afleiden;
- Starheid van gezinspatronen: het gezin weet zich geen raad met veranderingen. Faseovergangen plegen in zulke gezinnen dan ook met veel extra spanningen gepaard te gaan;
- Conflictoplossend vermogen en sociaal aanpassingsvermogen zijn gering.

### § 2: Het strategische model

Bij de behandeling gaat het erom die factoren op te sporen die de klachten beïnvloeden of in stand houden. Het zg. strategische model dat de auteurs in Dordrecht gebruiken (zie Oudshoorn, 1985) is ontworpen om een systematische afweging van heterogene factoren te bevorderen.



Het systeem van de patiënt wordt ingedeeld in zes 'niveaus' (zie tabel 1). Die niveaus functioneren niet op zichzelf doch staan in nauwe relatie met elkaar waar het om informatieverwerking (vgl. bv. Bateson, 1973) en probleemoplossing gaat. Niveaus kunnen elkaars activiteit versterken maar ook weer ongedaan maken.

Zo geeft niveau 1 inzicht in de wisselwerkingen tussen de patiënt en de wereld buiten zijn eigen gezin (zoals school, werk, woonomgeving enz.). Niveau 2 omvat alles wat zich binnen het eigen gezin afspeelt. Niveau 3 is het 'ego', als het ware de poortwachter tussen de buiten- en de binnenwereld van de patiënt, vooral bepalend voor diens waarnemingen, cognitieve processen en gedragingen. Niveau 4 is het zg 'psychodynamische niveau' waar emotionele conflicten en psychotraumatische ervaringen hun invloed op de andere niveaus laten gelden. Niveau 5 is dat van veelal duurzame persoonlijkheidskenmerken. Op niveau 6 spelen zich alle biologische processen af.

Men kan op elk niveau naar factoren zoeken die de problemen of klachten mogelijk veroorzaken of in stand houden.

### § 3: Illustratie van het model aan de hand van een casus

Johan, een jongen van dertien jaar, gaat steeds meer over hoofdpijn klagen en wordt tenslotte naar de neuroloog doorgestuurd. Die stelt de diagnose op spanningshoofdpijn en daarin ziet de huisarts een indicatie voor doorverwijzing naar een psycholoog. Johan vertelt zich niet meer op zijn schoolwerk te kunnen concentreren en hij wil niet meer naar school terug. Ook wil hij niet meer naar voetbal. Bij onderzoek blijkt dat de overgang van de lagere school naar de brugklas hem veel moeite heeft gekost. Hij voelt zich overstelpt door de hoeveelheid huiswerk en kan moeilijk wennen aan zoveel verschillende leraren en klaslokalen. Zijn medeleerlingen lijken hier geen enkele moeite mee te hebben en Johan voelt zich volledig falen. Sinds een onvoldoende voor Frans weigert hij verder naar school te gaan. Menigeen zal geneigd zijn een eenvoudig lineair verband te zien tussen de schoolproblemen en de klachten; voor hem is de oorzaak van de hoofdpijn duidelijk gelegen in de stress die de school oplevert. Aangenomen wordt dat de hoofdpijn zal verdwijnen als in de schoolsituatie bepaalde zaken zijn verbeterd.

In het ene geval lukt dat ook (zij het dat recidiveren van de hoofdpijn op een later tijdstip in een andere stressvolle situatie geen denkbeeldig risico is), maar waarom lukt het in een ander geval helemaal niet? Uiteraard kan er een organisch-cerebrale verklaring uit de bus komen (al is die kans in gevallen als deze klein), maar er ligt nog zoveel meer tussen de schoolsituatie (niveau 1) en de lichamelijke pijn (niveau 6).

Men kan zichzelf tal van vragen stellen zoals:

- Hoe zwaar wegen op zichzelf die stressfactoren op school, in hoeverre is die stress te objectiveren? Dit is een typische vraag betreffende Niveau 1.

- Men kan zich anderzijds afvragen hoe de weerbaarheid/stressgevoeligheid/kwaliteit van 'coping skills' van de betrokken scholier worden ingeschat. Die vragen betreffen primair Niveau 3.

- Als blijkt dat de weerbaarheid en het aanpassingsvermogen (en dan waarschijnlijk ook nog het zelfbeeld en de eigenwaarde) manco's vertonen, hoe kan dat dan verklaard worden? Heeft het aan voldoende steun en goede voorbeelden in het gezin geschort? Of heeft het gezin daar zijn best voor gedaan maar heeft dat geen effect gehad?

- Hoe reageert het gezin als een kind met problemen aankomt (misschien moet het kind het met het 'advies' doen om maar flink van zich af te bijten)? En hoe wordt gereageerd als het kind met lichamelijke klachten komt (wellicht wordt daar ineens veel aandacht aan geschonken en wordt er prompt een heleboel druk van het kind afgenomen: thuis mogen blijven enz.)?

- Als daar aanwijzingen voor zijn, past dat dan in de gezinscultuur c.q. de gezinsregels? Of zijn de gezinsregels op dit punt dubbelzinnig? Dit zijn een aantal vragen die typisch op het gezinsvlak = Niveau 2 liggen.

- Zijn er aanwijzingen dat het kind op de een of andere manier met zichzelf in de knoop zit? Zijn er tekenen van tegengestelde en onverzoenlijke tendenties (bv het ideaal van een flinke jongen te willen zijn die bovendien veel presteert, versus sterke passieve behoeftes waarvoor hij zich dus moet schamen)? Of leeft het kind onder het verbod om negatieve gevoelens te uiten? Deze vragen liggen op Niveau 4.

- Is dit een recent probleem of is het een patroon dat dit kind van jongsaf aan heeft gekenmerkt? Met deze vraag overweegt men of temperament en persoonlijkheid aan de verklaring van de klachten kunnen bijdragen. Dit zijn hypotheses op Niveau 5.

Nadat de niveaus zijn onderzocht kan worden gekeken wat erin opvalt. Welke probleemoplossingsstrategieën vallen op, op gezinssysteem- en op cognitief niveau, welke conflicten spelen mogelijk een rol op de achtergrond, met welk temperament of welke persoonlijkheidsstructuur hebben we te maken, en in welke lichamelijke toestand verkeert de patiënt? We vormen ons een mening over hoe deze niveaus elkaar beïnvloeden.

Dan wordt een voorlopige hypothese en een behandelplan opgesteld. De therapiedoelen worden zoveel mogelijk in gedragstermen geformuleerd waarbij de haalbaarheid een belangrijke factor in de keuze is. Dit houdt in dat de therapeut niet per se met gezinstherapie zal beginnen, ook al zijn er vrijwel zonder uitzondering gezinsaspecten aantoonbaar. Gezinstherapie (in de gebruikelijke vorm) roept namelijk weerstand bij veel ouders op en zou om die reden zelfs niet van start kunnen gaan. De therapeut heeft geen andere keus dan de klachten als uitgangspunt te blijven nemen totdat de ouders zelf aangeven/toegeven dat er ook op andere punten problemen zijn.

Een techniek waarvan de therapeut gebruik kan maken is die van heretikettering van de klachten (van der Velden, van der Hart, Van Dyck, 1980). De klachten worden hierbij in een positief kader geplaatst; bv. kan men ze interpreteren als een door het kind of het gezin gekozen oplossingsstrategie, welke helaas niet het gewenste effect heeft gehad. Gepoogd wordt iedereen mee te laten denken over een andere oplossing voor de problemen. De ouders wordt nadrukkelijk gevraagd hun kind hierbij te helpen. Duurzame veranderingen worden alleen teweeg gebracht, wanneer zowel het kind als de ouders veranderen (Hendriks, 1981).

De therapeut kiest een behandelstrategie die op de opgestelde hypothese aansluit. Hij poogt die veranderingen teweeg te brengen die gunstige invloed op de klachten hebben.

Terugkomend op ons voorbeeld van Johan: De psycholoog naar wie Johan, na het onderzoek van de neuroloog was verwezen, was beducht voor een hardnekkige schoolfobie en drong er bij de ouders op aan dat hun zoon onmiddellijk weer naar school zou gaan. Hij overlegde met de klasseleraar die een oogje in het zeil beloofde te houden. Bovendien behoefde Johan voorlopig geen huiswerk te maken; zijn prestaties waren zo goed dat hij over zijn rapport niet behoefde in te zitten.

Dus ging Johan weer naar school. Halverwege de ochtend moest zijn moeder hem -hevig hyperventilerend en in paniek- van school komen ophalen. De psycholoog leerde hem in een zakje te ademen om zo'n aanval te stoppen en drong vervolgens aan op schoolhervatting, maar nu naar de zesde klas lagere school. Johan keek benauwd en de ouders aarzelden duidelijk, maar de argumenten waren moeilijk te weerleggen en dus werd Johan door vader naar school gebracht.

De geschiedenis herhaalde zich, maar nu viel Johan zelfs tegen de grond en werd hij linea recta naar het ziekenhuis getransporteerd. Na neurologisch onderzoek werd het jeugdpsychiatrische team ingeschakeld. Men trof twee geschokte ouders aan bij een zoon die in paniek lag te hijgen en te kronkelen. Een plastic zak had hij op de grond gesmeten. Hij weigerde te praten maar knikte wel toen hem werd gevraagd of hij een rustgevend medicijn wilde. Enige dagen lang kreeg hij een benzodiazepine toegediend.

Uitvoerig werd met de ouders en met Johan gesproken om de voorgeschiedenis en de huidige problematiek in kaart te brengen en een geschikt plan op te stellen.

Wat was de verklaring voor zulke heftige klachten? Lichamelijke aanknopingspunten waren niet gevonden. De stress die de school kennelijk opleverde leek niet zozeer aan de school alswel voornamelijk aan Johan's eigen instelling te wijten. Twee factoren leken duidelijk:

- a) Hij was emotioneel nog niet rijp voor de overgang van de vertrouwde zesde klas naar de -voor hem- onveilige en competitieve sfeer van de brugklas;
- b) Hij had bijzonder hoge ambities en zag elk cijfer onder de acht als een ernstig falen.

In de gesprekken met de ouders werd met name gepoogd antwoorden te vinden op vragen als:

- a) Hoe gaan ze met Johan's lichamelijke klachten om; kan van bekrachtiging worden gesproken?
- b) Welke eisen stellen ze aan hun zoon, in het algemeen en wat betreft prestaties, en in welke mate bieden ze hem adequate steun en veiligheid?
- c) In hoeverre merken ze gedragsveranderingen bij hun zoon op, die op overgang naar de puberteit wijzen en hoe stellen ze zich op als hun zoon tegen de draad is e.d.?

Welnu, op deze vragen die elk een hypothese impliceren, is het volgende gebleken:

ad a) Zijn lichamelijke klachten worden niet méér bekrachtigd dan onontkoombaar is op straffe van je kind in de kou te laten staan. Het was hun inderdaad moeilijk gevallen hun zoon met zulke angsten en klachten naar school te sturen, maar ze waren au fond tegen thuisblijven.

ad b) Ze zijn zich er niet van bewust hoge eisen aan hun zoon te stellen maar hebben gemerkt dat hij hen niet gelooft als ze zeggen ook tevreden met zessen en zevens te zijn.

ad c) Ze zijn geen typische 'Minuchin-ouders' die individuatie van hun kind tegenhouden en niet in probleemtermen kunnen denken doch uitsluitend op ziekte-symptomen reageren.

Ze hebben nog weinig van 'puberaal' gedrag gemerkt. Volgens de inschatting van het kinderpsychiatrisch team zullen ze daar overigens wel moeite mee kunnen krijgen omdat ze aan harmonie in het gezin hechten.

Al met al wordt de volgende werkhypothese geformuleerd: Johan kampt met problemen rondom de overgang naar de brugklas c.q. de vroege adolescentiefase. Hij voelt enerzijds sterke behoefte aan geborgenheid maar wil anderzijds veel presteren, op school en op het voetbalveld, en heeft veel faalangst. Resulterende spanningen somatiseert hij. Er is een vicieus cirkelproces in gang gezet van hyperventilatieklachten, vermijdingsgedrag en verwachtingsangst. Medewerking van de ouders bij het aanleren van meer onafhankelijk en zelfverzekerd gedrag dient een essentiël onderdeel van het behandelplan te zijn. Dit plan omvat twee fasen:

1) Acute lichamelijke klachten onder contrôle leren krijgen en uiting van emoties zoals schaamte, angst en protesten van het somatische op het psychologische niveau helpen tillen. Parallel hieraan de ouders leren zo min mogelijk aandacht aan lichamelijke klachten te schenken maar wel naar problemen en protesten te luisteren. In deze fase is het zinvol Johan opgenomen te houden.

2) Hulp bieden bij de overgang naar de nieuwe levensfase en in concreto ook terug naar (lagere) school (het enig haalbare op dit moment) en naar huis. De ouders adviseren hoe ze de komende psychosociale veranderingen van hun zoon kunnen begeleiden.

Johan krijgt veel individuele therapie, omdat in die setting zijn individualiteit beter tot uitdrukking komt terwijl hij in gezinsgesprekken onzelfstan-

dig en afhankelijk gedrag van een veel jonger kind ten toon spreidt. De ouders krijgen afzonderlijke gesprekken.

Als Johan's zelfvertrouwen voldoende is toegenomen en hij veel gemakkelijker zijn eigen gedachten en gevoelens kan uitdrukken wordt een stap-voor-stap-approximatieprogramma van de afdeling naar school uitgevoerd. Het enige angstige moment blijkt op te treden bij het instappen in de bus (=separatie); op school verloopt zijn aanpassing vlekkeloos.

Vervolgens wordt de behandeling poliklinisch afgerond. Johan wordt inderdaad veel vrijmoediger en zijn ouders moeten bepaalde grenzen stellen.

Ze zijn echter zeer met de ontwikkeling van hun zoon ingenomen. Hij gaat na de zomer naar de brugklas en voelt zich daar dan goed op zijn gemak. Lichamelijke klachten treden niet meer op.

**§ 4: Pathogene factoren bij lichamelijke klachten**

In tabel I zijn een aantal veel voorkomende pathogene factoren opgenomen (vgl Oudshoorn 1985, hoofdstuk 10).

- Hier tabel I invoegen (zie pag 8a) -

**§ 5: Een tweede voorbeeld betreft Laurens:**

Laurens is acht jaar oud als hij door de huisarts wordt verwezen met klachten over hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid en braken. De klachten heeft hij voornamelijk 's ochtends vóór hij naar school moet.

Bij taxatie blijkt het volgende:

**Het gezin:** de ouders zijn anderhalf jaar geleden vrij plotseling gescheiden;

moeder is met haar kinderen, Laurens en een tienjarig zusje, naar haar vriend vertrokken.

Na de scheiding zijn er veel problemen geweest met het zusje dat de situatie niet accepteerde. Dit gaat, volgens de ouders, inmiddels beter.

Ze vertellen dat Laurens daarentegen 'erg goed' op de echtscheiding heeft gereageerd. Hij kan zowel met vader als met moeder en stiefvader goed opschieten.

Niveau 1 Omgeving

**SOCIALE STRESS**

- buurtspanningen
- werkloosheid
- onveiligheid
- schoolproblemen

Niveau 2 Gezin

**GEZINSSTRESS**

- onvoldoende weerbaar tegen sociale stress
- ziekte kind
- gezinspathologie

**BEKRACHTIGING**

Niveau 3 Ego

**ONVOLDOENDE WEERBAAR**

- t.o.v. sociale stress
- t.o.v. gezinsstress
- t.o.v. ziek zijn
- lichaamstaal (symptomatische communicatie) door falen van verbale cognitieve-emotionele uitingsmogelijkheden
- onvoldoende zelfverzekerd
- negatief zelfbeeld
- geringe eigenwaarde

Niveau 4 Psychodynamiek

**INTRAPSYCHISCH CONFLICT**

- afweer van onwenselijke gedachten, gevoelens en impulsen
- uitlaatklep voor agressie, verdriet, angst
- straf voor agressieve gevoelens ten opzichte van de ouders

Niveau 5 Persoonlijkheid

**ONVERMOGEN**

- inadequaat uitdrukken van gevoelens
- associatie lichaam en psychische gevoelens
- erfelijke en constitutionele factoren
- temperament en persoonlijkheidsstoornissen

Niveau 6 Lichaam

**OVERMATIGE AROUSAL**

- via limbische systeem, hypothalamus, autonome zenuwstelsel, organen
- via pyramidebaan, skeletspieren
- via hypothalamus, hypofyse, hormonen organen;
- leidt tot stoornissen, ziekte

**ABNORMALE SELECTIE**

- binnenkomende informatie

**EXOGENE SCHADELIJKE INVLOEDEN**

tabel 1 Veel voorkomende pathogene factoren

De ouders stellen hoge eisen aan de kinderen. Zelfstandigheid en activiteiten buitenshuis worden aangemoedigd, evenals goed gedrag en beleefdheid. Laurens is lid van twee sportverenigingen en gaat regelmatig naar verjaardagsfeestjes en uit logeren.

**Laurens:** Hij is een spontane en actieve jongen. Hij doet het goed op school en heeft veel vriendjes. Wat opvalt is zijn krampachtige wens de beste te zijn; hij kan slecht tegen zijn verlies.

De laatste weken vinden zijn ouders hem echter veranderd. Hij ziet overal tegenop, kan 's ochtends niet eten, braakt en gaat niet meer naar school. Soms kondigt hij aan dat hij naar een partijtje gaat, maar als hij dan de deur uitmoet klaagt hij over een prop in zijn keel en wil hij thuisblijven. De ouders dwingen hem dan meestal toch te gaan omdat ze merken dat hij opknapt als hij eenmaal is gearriveerd. Laurens moeder heeft zelf ooit fobische klachten gehad en herkent hiervan veel in Laurens' gedrag.

De klachten van Laurens doen op het eerste gezicht aan scheidingsangst denken, welke zich voornamelijk in een schoolfobie manifesteert. Maar er zijn punten die in een andere richting wijzen. Laurens zit er tijdens het gesprek stil en pips bij. Hij maakt een tekening waarop een hondje huilend alleen in een bootje op zee ronddobbert.

Bij doorvragen blijkt hij slecht te slapen en 's ochtends erg vroeg wakker te worden. 's Avonds voelt hij zich beter dan 's ochtends. Hij is in enkele weken drie kilo afgevallen.

Ook op school vindt de leerkracht hem veranderd: Laurens is prikkelbaar, snel afgeleid en huilt bij het minste geringste.

Diagnostische overwegingen: Laurens' lichamelijke klachten berusten niet op een schoolfobie (zoals aanvankelijk leek) maar op een depressief syndroom met vitale kenmerken. Zijn depressie is vermoedelijk een reactie op de scheiding en is extra in de hand gewerkt doordat hij zo zijn best heeft gedaan om alles te accepteren en 'flink' te zijn.

Behandelplan: Met de ouders worden deze overwegingen doorgesproken. Laurens zal in het vervolg niet meer als een fobisch jongetje maar als een depressief jongetje behandeld worden. Dit betekent niet doorzetten en eisen stellen, maar juist terugschroeven van het verwachtingspatroon. Laurens zal geholpen dienen te worden zijn emoties niet weg te stoppen maar ze bewust te verwerken.



De afspraak wordt gemaakt dat hij wel naar school zal gaan maar dat de overige activiteiten worden teruggeschroefd. Hij komt eenmaal per week voor individuele therapie; de ouders en Laurens' vader komen afzonderlijk met als doel een eenduidige aanpak te vinden.

Een derde voorbeeld is Judith, twaalf jaar oud, opgenomen op de kinderafdeling met hoofdpijn en duizeligheid. De klachten zijn twee maanden geleden na een griep begonnen en Judith is sindsdien thuis gebleven. Somatisch onderzoek levert geen aanknopingspunten op. De kinderarts vraagt onderzoek van het kinderpsychiatrische team. Judith's ouders reageren echter afwerend. Ze zijn bang dat er een lichamelijke oorzaak over het hoofd wordt gezien en ze voelen zich afgescheept met een zg. 'psychische' verklaring voor de klachten. Judith's vader vraagt de therapeut sneerend of deze nu ook alles over hun huwelijk wil weten.

Met de nodige diplomatie kan de therapeut toch tot een gesprek komen. Het eerste dat blijkt is dat het gezin (bestaande uit ouders, Judith en een broertje van vijf jaar) drie jaar geleden uit Curaçao naar Nederland is verhuisd. Judith heeft er veel moeite mee gehad. Ze heeft noch op school, noch in de buurt aansluiting met leeftijdgenootjes kunnen vinden. Ze mist haar vriendinnetje uit Curaçao nog steeds. In een individueel gesprek met haar komt ze naar voren als een meisje met een sterke eigen wil dat soms flink boos kan worden als haar iets tegenzit. Deze eigenschap keurt ze af; ze zou liever redelijk zijn en begrijpend... Ze is bang dat men haar om haar driftige karakter zal afwijzen en daarom verstopt ze haar boosheid zoveel mogelijk.

Het beeld dat Judith van zichzelf heeft blijkt aardig te kloppen met het beeld dat de ouders van haar hebben. Ze vinden haar vaak onredelijk, driftig en ongemanierd. Ze proberen haar haar onredelijkheid te laten inzien en haar tot ander gedrag te bewegen.

Tijdens een gesprek met de ouders en Judith valt op dat beide ouders bezorgd en nadrukkelijk op haar klachten reageren. Ze stellen geen eisen aan haar, vragen uitgebreid naar haar pijklachten en ontzien haar zoveel mogelijk.

Judith wordt uit het ziekenhuis ontslagen en het gezin krijgt een afspraak op de kinderpsychiatrische polikliniek. Zowel de ouders als Judith zijn teleurgesteld dat men nu nog niet weet wat er met haar aan de hand is. De ouders overwegen nu een magnetiseur te raadplegen. Toch komt het gezin een week later op de afspraak. De situatie is onveranderd; het

vertrouwde onderwerp van gesprek is het klachtenpatroon. De therapeut gaat daar serieus op in en brengt later ook het niet naar school gaan ter sprake. Men blijkt thuis niet over dit onderwerp te praten. Judith wordt boos en vertelt hoe ze de afgelopen drie jaar gepest is en hoe ze ook nog ruzie met haar onderwijzeres heeft gekregen.

Judith zegt dat ze in geen geval naar school terug wil. De ouders blijken absoluut niet ontvankelijk voor haar argumenten. Judiths moeder zegt dat ze zeker weet dat Judith best weer naar school zou willen als ze maar niet zo'n hoofdpijn had. Judith zakt verslagen achterover in haar stoel en beaamt lauwtjes wat haar moeder zegt.

Overwegingen: De klachten hebben er mede voor gezorgd dat Judith aan een moeilijke situatie kon ontsnappen. De spanning op school viel weg en ze werd thuis omringd met zorg en aandacht. De prijs die ze ervoor moest betalen was hoog: ze had hoofdpijn, ze moest in het ziekenhuis worden opgenomen en ook leuke activiteiten vielen weg.

Als de therapeut dit zo aan de ouders uitlegt blijken deze wel open te staan voor deze zienswijze. Ze besluiten Judith naar school terug te sturen, maar zullen in het vervolg wel praten over Judith's bezwaren en over de problemen die ze op school ondervindt. Ze zullen hun best doen Judith te helpen om een betere manier van omgaan met haar problemen te vinden. Ook zal er veel aandacht aan leuke nevenactiviteiten worden geschonken. Gezamenlijk zullen ze nog een aantal malen op de polikliniek terug komen.

Een laatste voorbeeld is Karin:

Karin is zeventien jaar en is de jongste uit een gezin met vier kinderen. Haar vader is boekhouder en haar moeder huisvrouw. Twee kinderen zijn getrouwd; Karin en een broer wonen nog thuis.

Karin wordt aangemeld door de internist. Ze heeft sinds anderhalf jaar last van misselijkheid. Ze is uitgebreid onderzocht en men heeft zelfs haar appendix verwijderd. De klachten worden echter alleen maar heviger.

De internist heeft tenslotte alle onderzoeken gestaakt en heeft patiënte naar het RIAGG verwezen. Na één gesprek heeft Karin's moeder echter besloten van verdere contacten af te zien 'omdat men zich daar met zaken wil bemoeien die niets met de klachten hebben te maken'. Op aandringen van die internist en van de huisarts komen Karin en haar ouders naar de polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie.

Tijdens het eerste gesprek doet Karin's moeder voornamelijk het woord. Ze zit zich, op het puntje van haar stoel, handenwringend af te vragen of ze hier nu wel op de juiste plaats zijn. Karin hangt onderuit in haar stoel, trekt pijnlijke gezichten en zucht regelmatig. Ze geeft aarzelend antwoord op vragen en blijft daarbij haar moeder voortdurend aankijken. Klachten: De klachten bestaan sedert anderhalf jaar. Karin zat toen voor de tweede maal in de eindexamenklas van de Mavo. De eerste keer had ze, vanwege nervositeit, niet aan het examen meegedaan. Het was begonnen met buikpijn, hoofdpijn en misselijkheid. Aanvankelijk had men gedacht dat 'zenuwen' voor het examen de oorzaak waren. Nadat ze haar diploma had gehaald bleven de klachten echter voortduren en toen begon er een lange weg langs allerlei specialisten. Karin zit thuis, gaat nooit alleen de deur uit en heeft geen toekomstplannen.

Gezin: Op verzoek van de therapeut komt het hele gezin. Thema van het gesprek is de behandeling van Karin op de polikliniek en de bijdrage die andere gezinsleden aan haar herstel kunnen leveren.

De gezinsleden blijken zeer eensgezind te zijn. Men stelt zich voor als een hecht gezin, beide getrouwde kinderen hebben nog dagelijks contact met de ouders. Het lukt niet in het gesprek ook maar het geringste verschil in opvatting te ontdekken over welk onderwerp dan ook. Moeder vertelt trots dat ze nog altijd met zijn allen op vakantie gaan, de aangetrouwde kinderen inclusief.

Mevrouw verwoordt de gevoelens van Karin, waarbij ze nadrukkelijk stelt dat Karin niet begrijpt waarom ze op deze afdeling moet worden behandeld, en waarom daar ook de andere gezinsleden bij betrokken moeten worden. Conflicten zijn er in het gezin nog nooit geweest. Het enige probleem waar iedereen over inzit zijn de klachten van Karin. Vader zit er wat afstandelijk en geprikkeld bij. Hij blijkt van mening te zijn dat Karin flinker moet zijn en moet doorzetten. Hij probeert zijn irritatie niet te laten merken en trekt zich direct terug als zijn vrouw zegt dat hij niet begrijpt hoe Karin zich voelt. Wanneer de therapeut echter expliciet vraagt of de ouders van mening verschillen over de aanpak van Karin, ontkennen ze dit. Vader zegt dat zijn vrouw het beste weet hoe ze met Karin om moeten gaan.

Conclusie: Dit gezin beantwoordt aan de criteria van Minuchin voor een psychosomatisch gezin. Een dergelijk gezin biedt weinig mogelijkheden tot het ontwikkelen van een eigen identiteit.

Karin's klachten zijn inmiddels chronisch en ze binden haar letterlijk en figuurlijk aan huis.

Therapiedoelen: We gaan er vanuit dat verbetering alleen mogelijk is wanneer er op tenminste twee niveaus veranderingen optreden:

- op gezinsniveau duidelijker onderlinge grenzen, het toelaten van andere meningen en het bevorderen van individualiteit;
- op het individuele vlak haar gestagneerde ontwikkeling weer op gang brengen, met name ook buiten de directe gezinssfeer.

Strategie: Allereerst zal de weerstand tegen behandeling moeten worden overwonnen en zal de therapeut de nodige medewerking van de gezinsleden en met name van Karin's moeder moeten zien te krijgen. Om dat te bereiken is het verstandig de klachten als uitgangspunt te blijven nemen. Verder is het in dit stadium zeer onverstandig de onderlinge gezinsbanden op een directe wijze aan te pakken en dient men op dit moment de hechte gezinsrelatie positief te etiketteren. Karin's moeder krijgt steun van de therapeut als de persoon die het beste in staat is om Karin te coachen; de therapeut laat weten zonder moeder's medewerking niets te kunnen uitrichten.

De enige heretikettering die wordt gebruikt is de verklaring dat de klachten Karin in haar ontwikkeling belemmeren. Het hele gezin is het ermee eens dat het belangrijk is Karin's ontwikkeling weer op gang te brengen.

De behandeling: De therapeut begint met een individuele behandeling van Karin, in aanwezigheid van haar moeder die als co-therapeute wordt aangesproken. Op deze wijze kan moeder haar zorg nog blijven tonen, maar op een andere wijze dan tot dusverre. Zodoende verbetert de werkrelatie en ontstaat er een sfeer van vertrouwen.

Aangezien Karin thuis desondanks muurvast zit wordt op het geschikte moment opname op de dagkliniek voorgesteld; Karin komt dan in de behandelingsgroep voor adolescenten. Langzaam maar zeker beseft ze het verband tussen haar klachten enerzijds en allerlei problemen anderzijds en gaat ze meer oog krijgen voor andere zaken dan haar misselijkheid. De ouders nemen deel aan de oudergroep en herkennen veel problemen die andere ouders daar naar voren brengen.

### §6 Praktische opmerkingen en discussie:

- Bij aanmelding van een kind of jongere met psychosomatische klachten kan de therapeut niet aan zijn feitelijke onderzoek (laat staan aan zijn behandeling) beginnen voordat aan de volgende punten aandacht is besteed:

- a) Is er voldoende somatisch onderzoek verricht?
- b) Zijn de ouders tevreden en gerustgesteld door de uitslag van het onderzoek?
- c) Heeft de arts hun uitgelegd wat ze van de hulpverlener naar wie ze zijn verwezen, kunnen verwachten?
- d) Zijn de ouders het met de verwijzing eens of bestaat er nog veel weerstand tegen?

Deze vragen dienen allereerst aan de orde te komen en als het mogelijk is, is de verwijzende arts daarbij aanwezig. Dit lijkt omslachtig maar kan uiteindelijk veel tijd en tegenslag besparen.

- Een volgend punt is dat de klachten niet opzij worden geschoven doch een centrale positie in de eerste gesprekken krijgen. De therapeut vraagt ze gedetailleerd uit. Hij wil graag weten wat ze precies inhouden, hoe lang ze bestaan, hoe vaak ze optreden en hoe lang ze aanhouden. Hij wil ook graag weten onder welke omstandigheden ze vooral optreden, wat het kind doet bij het optreden van klachten en hoe de omgeving erop reageert.

- Gewoonlijk staan ouders en kind sceptisch tegenover de verwijzing; hierbij speelt een rol dat de ouders er een onuitgesproken beschuldiging achter zoeken. Indien de therapeut dergelijke signalen opvangt is het raadzaam uitleg over psychosomatiek te geven op een manier die voor ouders en kind of jongere begrijpelijk is, en aanvaardbaar in die zin dat niemand schuld draagt. Besproken wordt hoe men angst of spanningen in het lichaam kan voelen, en dan vooral op 'zwakke plekken'. Stilgestaan wordt bij de angstige bezorgdheid die over zulke klachten kan ontstaan, vooral als niet meteen duidelijk is waar ze vandaan komen. Daardoor nemen de spanningen en dus ook de klachten toe en ontstaat er een vicieuze cirkel. Wanneer de ouders en kind of jongere dit herkennen en zelf met voorbeelden komen is de basis gelegd voor systematisch onderzoek en voor een passend behandelplan.

- Het merendeel van de kinderen die met lichamelijke klachten naar een kinderpsychiatrisch of vergelijkbaar team worden verwezen, is tussen de negen en achttien jaar oud. Jongere kinderen klagen veelal over buikpijn, hoofdpijn of wit wegtrekken. Bij adolescenten betreft het vaak hoofdpijn,

hyperventileren, flauwvallen of algemene malaiseklachten. Bij hen wordt vaak een stilstand in hun ontwikkeling gezien. Ze gaan niet meer naar school of werk en hebben nauwelijks contact met leeftijdgenoten. De tijd lijkt in hun gezin stil te staan (Van Dyck, 1977). De gezinsleden zitten gevangen in een patroon van machteloosheid in de omgang met de klachten waar alle aandacht op is gericht.

- Wanneer een jonge patiënt met lichamelijke klachten wordt aangemeld waarvoor geen goede somatische verklaring kan worden gevonden, dient men met name met de volgende mogelijkheden rekening te houden (vgl. ook Liebman, 1978):

a) Het kind gaat gebukt onder schoolproblemen, eventueel zelfs een schoolfobie. De betrokkenen zelf wijten het schoolverzuim echter aan het klachtenpatroon;

b) Het kind lijdt aan een depressie. Depressies manifesteren zich bij jonge individuen dikwijls in de vorm van school- of gedragsproblemen, of in lichamelijke klachten. Men spreekt wel van 'gemaskeerde depressie'; deze valt door gericht onderzoek echter snel te 'ontmaskeren';

c) Het kind staat bloot aan gezinsspanningen en bedekte conflicten. Pathogene factoren die in de literatuur veel worden genoemd zijn:

- het kind zit in een driehoek met zijn ouders gevangen, hetzij dat het moet scheidsrechteren of dat het een coalitie met één ouder tegen de ander heeft;

- het kind heeft een te sterke libidineuze binding met één ouder. Als die al te sterk -en daardoor gevaarlijk- dreigt te worden, met name als de adolescentie wordt bereikt, kunnen lichamelijke symptomen een uitkomst zijn. Het gevaar is geweken en de ouders kunnen eendrachtig voor hun zieke dochter of zoon zorgen.

- een derde factor van betekenis kan zijn dat het klachtenpatroon van het kind de ouders van onderlinge conflicten afleidt. In dat geval hebben de symptomen een morfostatische functie.

De kans is groot dat zulke factoren, als ze een rol spelen, door de therapeut niet worden opgemerkt. De betrokkenen zelf zullen het niet spontaan naar voren brengen. Als verbetering in een op zichzelf adequate therapie uitblijft, kan nauwkeuriger exploratie van de gezinsverhoudingen geboden zijn.

- Van Dyck (1980) stelt voor de taxatie van symptomen achtereenvolgens vanuit drie vraagstellingen uit te voeren (vgl Oudshoorn, 1985, hoofdstuk 6):

- a) Is het symptoom een alarmsignaal of boodschap?
- b) Is de klacht onderdeel van een zich herhalende sequentie? Hierbij spelen inherente en omgevingsbepalende factoren een rol.
- c) Is het symptoom een kwestie van aanpassing geworden, onder meer gericht op het vermijden van alternatieven?

Hoe langer een symptoom bestaat hoe duidelijker het accent verschuift van

a) via b) naar c).

Dit is aan onze voorbeelden duidelijk te maken:

Bij Laurens is er sprake van acute lichamelijke klachten die een signaal zijn dat hij zijn voorbeeldige aanpassing aan een desondanks pijnlijke en veeleisende situatie niet langer kan volhouden. Het klachtenpatroon wordt door moeder als een poging opgevat om de school te ontlopen en wordt dienovereenkomstig aangepakt. Dit leidt dan tot averechts resultaat. Bij nader inzien blijkt er een flinke depressie achter te schuilen. Wanneer dit uiteindelijk door allen wordt onderkend is adequate behandeling mogelijk. Ook bij Judith gaat het om (sub)acute klachten met signaalkarakter. Ze blijken op een heimweereactie te berusten. Problematisch is dat haar ouders in eerste instantie van het Minuchin-type lijken te zijn: veel aandacht voor lichamelijke klachten maar blindheid voor de aanpassingsproblemen van hun dochter. Na ontsleuteling van de achtergronden blijken de ouders echter toch open te staan voor een meer probleemgerichte benadering.

Johan heeft klachten die subacuut zijn begonnen en boodschapkarakter hebben: "Help, ik wil zo graag mijn uiterste best doen maar ik kan de brugklas toch niet aan en daar schaam ik me erg voor." Doordat zijn aanpassingsvermogen aanvankelijk helaas werd overschat werd een plan uitgevoerd waardoor de klachten juist verergerden, alsof de jongen wil zeggen: "Begrijpen jullie het nou echt niet!".

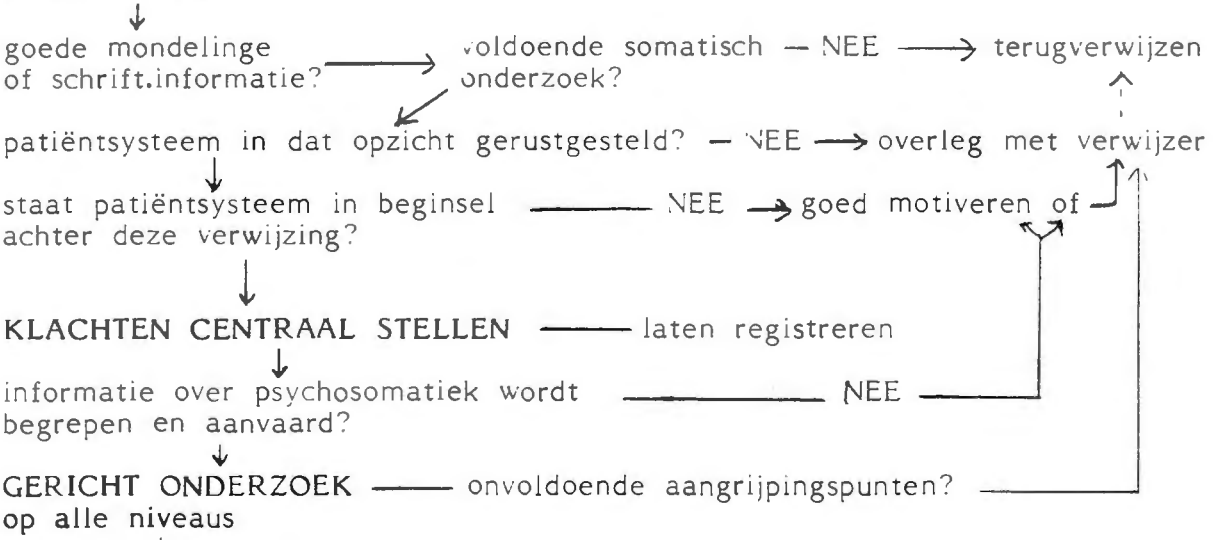
Zijn klachten zijn al in een vicieuze cirkel (sequentie) opgenomen. Tot zijn geluk heeft hij coöperatieve ouders zonder opvallende problemen of stoornissen. Anders was er een gerede kans geweest dat zijn klachten chronisch waren geworden.

Bij Karin is dit reeds het geval. Zij heeft chronische klachten en haar psychosociale ontwikkeling is tot stilstand gekomen. Ze ontloopt, dankzij de klachten, alles wat stress kan opleveren. Haar gezin is een typisch Minuchin-gezin.

**§7 : Een schematisch overzicht:**

Het hierboven besprokene kan in een schema worden samengevat. Hierin worden de verschillende stappen aangegeven tussen de aanmelding en het feitelijke begin van de behandeling. Voorts wordt een aantal vuistregels gegeven bij de behandeling van acute, respectievelijk subchronische of chronische klachtenpatronen. De therapeut combineert vaak vasthoudendheid met de nodige creativiteit om vaak hardnekkige weerstanden te overwinnen.

**AANMELDING**



**GESCHIKTE WERKHYPOTHESE**

| acute klachten                          | subchronische klachten   | chronische klachten   |
|---|--|---|
| boodschap ontsleutelen                  | klacht heretiketteren  | ongerustheid vergroten  |
| vaak redelijk normaal gezin             | nieuwe probleemstelling (bv.'depressie' of 'ontwikkelingsstilstand')   | vaak Minuchin-gezin morfofase die zich tegen verandering verzet                                       |
| congruente aanpak is zinvol en haalbaar | medewerking van de ouders om gezinsbekrachtiging te doorbreken en/of gedragstherap.opdrachten uit te (doen) voeren | bijzondere manoeuvres met paradoxale elementen aangewezen   |
| adekwate gezond-verstand-adviezen       |  |   |
| congruente opvoedingsadviezen           | soms is overreding nodig dat <u>negeren</u> van de klachten de enige goede manier van helpen is                    | dikwijls is een <u>crisis</u> onvermijdelijk, met plaatsing in een kliniek, dagkliniek of anderszins. |
| soms gedragstherapeutische adviezen     |  |   |



Literatuur:

- Alexander, F. & Th. M. Morton (1948), Studies in Psychosomatic Medicine. Ronald Press Company, New York
- Bateson, G. (1973), Steps to an Ecology of Mind. Paladin.
- Dyck, R. Van, (1977), Vormen van directieve therapie bij paren en gezinnen. Hoofdstuk 2 in K. van der Velden, Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Dyck, R. Van, (1980), Modellen in psychotherapie. Hoofdstuk 28 in K. van der Velden, Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Greenfield, N.S. & R.A. Sternbach (1972) Handbook of Psychophysiology. Holt, Rinehart & Winston, New York
- Groen, J. , L. van der Horst & J. Bastiaans (1951), Grondslagen der klinische psychosomatiek, Haarlem
- Hendrickx, J. (1981), Structurerende Gezinstherapie. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Liebman, W.M. (1978) Recurrent abdominal pain in children. Clinical Pediatrics 1978; p. 149-153
- Minuchin, S., B.L. Rosman & L. Baker (1979 Eng.editie; 1983 Ned.editie) Psychosomatische ziekten in het gezin. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Oudshoorn, D.N. (1985) Kinder- en Aolescentenpsychiatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stierlin, H. (1986) Persoonlijke mededeling op studiedag van de NVRG over Lichamelijke klachten en Gezinstherapie te Rotterdam.
- Velden, K. van der, O. van der Hart & R. Van Dyck (1980), Positief etiketteren. Hoofdstuk 3 in K. van der Velden, Directieve Therapie 2, Van Loghum Slaterus, Deventer.

## 1. Inleiding.

Traven schreef:

"Als je niet voorgelogen wilt worden, stel dan geen vragen. Het enige werkelijke verweer dat de beschaafde mens heeft tegen iemand die hem lastig valt, is de leugen. Als er geen vragen waren, zouden er geen leugens bestaan."

Uit: Robinson en Wyatt, 1979.

Traven wist waarover hij sprak. Hij heeft zijn gehele leven moeten liegen, daar hij als schrijver anoniem wenste te blijven. Daar hij zichzelf uitgaf voor "zijn beste vriend Groves" (die in het geheel niet bestond) en als zodanig sommige van zijn zaken behartigden, kwamen spoedig mensen op de gedachte dat Groves en Traven misschien dezelfde persoon waren en zijn liegen begon. Feit is dat Traven, die dus dezelfde was als Groves, eigenlijk Torsvan heette die in Duitsland gepubliceerd had als Marut, maar tenslotte als Otto Feige geboren was in Polen. Hij loog, mensen vroegen, speurden, zetten valkuilen. Hij verweet hen dit vragen, dit hem lastig vallen en loog.

Met deze literaire illustratie wordt aangegeven dat liegen een communicatieve betekenis heeft, waarbij de een de ander iets vetelt wat deze ander als een opzettelijk onware mededeling kwalificeert en de leugenaar lik op stuk geeft door hem als leugenaar (vrijwel een scheldwoord, een verbaal agressieve uiting dus) te betitelen, maar ook dat de vragensteller een verantwoordelijkheid kan hebben bij het ontstaan van leugens.

# Linke Loetje

door Reg Smythe



Fig. 1 : Linke Loetje (De Volkskrant van 14-10-1981).

Om te kunnen liegen is er immers iemand nodig waartegen gelogen wordt (zie fig. 1). Bovendien wordt een onwaarheid die met het doel om te misleiden wordt uitgesproken, niet altijd door de ontvanger van die boodschap als een leugen gekwalificeerd wordt (Berg, 1960). In een vreedzaam gesprek bijv. wordt de term liegen in het geheel niet gebruikt. Berg (1960) formuleert het als volgt: "Wanneer de hoffelijkheid, de tact, het medelijden of de solidariteit in het geding zijn, in het algemeen wanneer men met de onwaarheid sympathiseert, wordt de benaming leugen stelselmatig achterwege gelaten en degene die zich niet aan de regel houdt, neemt men dit zelfs kwalijk. Een mededeling die onaangenaam is, wordt eerder als leugen gekwalificeerd."

Berg (1960) stelt bovendien terecht dat de mate van opzettelijkheid en het waarheidsgehalte nauwelijks kan worden beoordeeld. Dat hierdoor de conclusie van de ontvanger dat hij belogen wordt (een meta-communicatieve, onvriendelijke opmerking) op zijn beurt aanleiding kan zijn voor nieuwe leugens of een onvriendelijke actie van de van leugens verdachte ligt voor de hand. Een dergelijk interactiepatroon leidt nogal eens tot recidiverende, escalerende conflicten: ruzies dus.

Er zijn diverse drijfveren die mensen ertoe brengen bewust onwaarheid te spreken (zie ook Wiersma, 1934; Berg, 1960)):

1. Leugens uit medemenselijkheid, hoffelijkheid, tact of solidariteit.
2. Leugens uit angst voor straf, liefdesverlies, gezichtsverlies, geldelijk verlies.
3. Leugens uit eigenbelang: om er zelf beter van te worden, om producten te verkopen, geldelijk voordeel te behalen, om aandacht, eer en roem.
4. Leugens om geheugenstoornissen te maskeren, confabuleren bij organische hersensyndromen.

De eerste categorie en de vierde categorie vallen om begrijpelijke redenen buiten het kader van dit artikel.

Het zal gaan over de categorieën twee en drie. Nadere beschouwing laat zien dat de ene categorie een beschrijving geeft van mensen die liegen uit angst, uit bangigheid, onzekerheid en kwetsbaarheid; niet om te winnen maar om te handhaven, om te vermijden. Kortom, mensen die als angstig of neurotisch omschreven worden. De mensen uit de derde groep, daarentegen, zijn degene die met opzet onwaarheid vertellen om er zelf beter van te worden; bewust

slachtoffers makend. Mensen worden gebruikt om zelf goede sier te maken of rijker te worden. De meer psychopathische variant. De mensen uit groep twee zullen, indien ze betrappt worden op de onwaarheid eerder mededogen opwekken. Degene uit groep drie worden doorzien in hun alloplastisch gedrag; ze vallen door de mand. Het egoïsme als drijfveer wordt herkend. In het woord leugenaar ligt de verachting en verwerping besloten. Een leugenaar is niet iemand die je tot vriend wilt hebben. Een leugenaar wordt buitengesloten,

is een slecht mens. Waarbij nog komt, dat degene tegen wie gelogen is, dit als een belediging, teleurstelling, of krenking kan beleven. De agressieve disqualificatie van de actie in het woord leugenaar spreekt voor zich zelf.

Diverse auteurs, Wiersma (1934), Berg (1960), die zich uitvoerig met ziekelijk liegen hebben beziggehouden, zijn van mening dat sommige patiënten bewust, anderen onbewust zouden liegen. Met de door hen beschreven casuïstiek kan dit onderscheid onvoldoende ondersteund worden. Weliswaar is het voorstelbaar dat iemand die voortdurend overdrijft en onware verhalen vertelt op den duur - zeker wanneer het geheugen bescheiden is - zelf niet meer precies waarheid en fantasieverhalen kan onderscheiden. Carp (1948) bijv. stelt dat mogelijk zelf-suggestie hierbij van betekenis zou kunnen zijn. Schneider (1941), expert op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen maakt geen onderscheid tussen bewust en onbewust onwaarheid spreken. Zeeger (1959) meent dat mensen die opzettelijk onwaarheid vertellen, altijd weten dat ze leigen. Op zich geen opzienbarende conclusie. Het lijkt erop, aldus Zeegers, alsof de auteurs hun patiënten alleen op dat punt - nl. dat ze onbewust onwaarheid zouden spreken - willen geloven. Het probleem is waarschijnlijk dat de patiënt als het ware ongemerkt zijn fantasieverhalen begint en dan wel voort moet gaan, ongemerkt in plaats van onbewust; het lijkt wel alsof het vanzelf gaat: "Voordat ik het weet, ben ik al bezig."

De verwarring bewust en onbewust is ontstaan omdat pseudologia fantastica jarenlang als een afgrensbare ziekte-eenheid is gezien. Uit DSM-III is zij verdwenen. Na enig speurwerk is de symptomatologie terug te vinden onder de rubriek Narcistische Persoonlijkheidsstoornis, waarbij de neiging steeds maar weer onwaarheden te vertellen opgevat zou kunnen worden als een stoornis in de impulsecontrole. Aldus kan het beeld geclassificeerd worden. In de hier gegeven indeling valt de pseudoloog onder de derde categorie, de alloplastische leugenaar, volgens de DSM-III-classificatie op As-I, stoornis in de impulscontrole, not elsewhere classified, en op As-II, narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Over de behandeling van deze stoornis is weinig bruikbare informatie voor handen; psycho-analytische en orthopaedagogische maatregelen worden vooral geadviseerd. Onderzoeksgegevens over het resultaat

van deze behandelingen ontbreken geheel.

Er zijn argumenten om bij de behandeling van stoornissen in de impulscontrole aan zelfcontrole procedures te denken (zie bijv. Hoogduin, 1987). Hierbij wordt de patiënt geleerd de antecedente en consequente factoren, die aan het ongewenste gedrag voorafgaan resp. op het ongewenste gedrag volgen, te wijzigen. Hierdoor is het mogelijk de kans dat het ongewenste gedrag optreedt te verkleinen. In het hierna volgende worden enkele patiënten beschreven die op een of andere manier met opzet onwaarheden vertelden. De gevolgde behandelingsstrategie bestond in hoofdzaak uit een zelfcontrole procedure.

2. Voorbeelden.

- De aanranding van zuster Anne.

Een 17-jarige leerlingverpleegster, Anne, werd aangemeld door haar ouders. Ze zou allerlei fantasieverhalen vertellen waardoor ze eigenlijk niet langer te handhaven zou zijn in de opleiding. Bij onderzoek zien we een vriendelijk, jong meisje, dat snel in tranen vertelt wat er gebeurd was. Tijdens een praatje met een collega was verkrachting en aanranding ter sprake gekomen. Voordat ze zich het goed realiseerde, had ze gezegd dat ze kort geleden zelf aangerand werd. Haar collegaatje vroeg, heel begrijpelijk, wat er precies gebeurd was. Anne wilde er niet verder op ingaan, maar haar collega hield aan. Van het een kwam het ander. Haar vriendin vertelde het verder en het werd steeds moeilijker voor Anne om te zeggen dat het verzonnen was. De directie hoorde maanden later ervan en riep Anne bij zich. Toen werd het haar te machtig. Ze bekende dat het allemaal verzonnen was. De directie nam contact op met haar ouders en adviseerde psychologische hulp.

Bij onderzoek bleek dit de enige maal geweest te zijn dat ze een dergelijk verhaal verteld had. Ze was intussen van werkkring veranderd.

Bespreking.

Bij de hier beschreven leerlingverpleegkundige gaat het om een uit de hand gelopen incident: Ze wilde erbij horen en vertelde een sterk verhaal. De reactie uit de omgeving maakte het haar steeds

moeilijker de waarheid te vertellen, dit ondanks het feit dat ze niets liever wilde dan dat het allemaal ophield. Van belang is nog te vermelden zij er zelf geen genoeg aan beleefde. Na de eerste opmerking over de aanranding, ervaarde ze alle volgende vragen erover als buitengewoon vervelend. Na de beantwoording met gefantaseerde details, voelde ze zich terneergeslagen en schuldig. De uiteindelijke bekentenis bij de directie had haar zeer opgelucht.

- De liegende echtgenoot.

De heer en mevrouw Van der Zwaan werden aangemeld in verband met ernstige relatieproblemen. Kort samengevat speelde het volgende: Mevrouw Van der Zwaan vond dat haar echtgenoot er de oorzaak van was dat in toenemende mate depressief was geworden. Hij dronk teveel en zou zich zeer onhebbelijk tegen haar en de twee kinderen gedragen. Bovendien verdacht zij haar man ervan steeds met opzet onwaarheden te verkondigen. Zij confronteerde hem hiermee, waarna verdere escalaties volgden. Een enkele keer had dit geleid tot een handgemeen.

De conclusie luidde: dysthyme stoornis bij een vrouw met een psychasthene persoonlijkheid; en alcohol abusuis bij een man met een persoonlijkheidsstoornis met overwegend narcistische trekken.

De behandeling bestond uit een zelfcontrole procedure voor het alcoholgebruik van de man en de vrouw zou haar verwijten en bezwaren die ze dagelijks uitte eveneens met behulp van een zelfcontrole procedure terugbrengen (quid pro quo). Mevrouw Van der Zwaan bleef haar man echter van leugens verdenken, waardoor heftige confrontaties bleven plaatsvinden.

Gekozen werd voor de volgende procedure die ongeveer als volgt aan het echtpaar werd aangeboden:

Om te liegen zijn er twee nodig. Uw man geeft soms antwoorden op vragen van u waar hij liever geen antwoord op geeft; zoals: "Ben je in een café geweest?", "Waarom ben je zo laat?", "Waar ben je geweest?". Vragen die u stelt omdat u denkt dat uw man dingen heeft gedaan waarvan u liever hebt dat hij ze nalaat. Voor de behandeling, noch voor uw relatie maakt het uit of u echt op de hoogte bent van de antwoorden op uw vragen. Immers, het drankprobleem van uw man wordt niet opgelost doordat hij u steeds tot in detail beschrijft waar en hoeveel hij heeft gedronken. Hij zal geleidelijk, in overeenstemming met de gemaakte afspraken, zijn alcoholgebruik vermin-

deren. U, aan de andere kant, wil dat alles zo snel mogelijk weer goed komt. U vraagt dus uw man al die dingen alleen maar om eigenlijk te horen dat hij niet gedronken heeft. Dit verlangen is zo sterk dat u bijv., doordat uw man laat thuis komt, twijfelt of het goed gaat en onmiddellijk een bevestiging wil horen dat uw twijfel niet terecht is. U twijfelt echter niet voor niets, maar nogmaals, de antwoorden van uw man zijn op de lange duur niet van betekenis voor het bereiken van een verbetering. Dit leidt tot het volgende advies: Iedere keer dat u onzeker bent over uw man, stel ik voor dat u uw man éénmaal een vraag stelt. Wanneer uw man u antwoordt en u bent van mening dat uw man onwaarheid spreekt, vraagt u uw man éénmaal of het waar is. En u, meneer, geeft daarna uw vrouw éénmaal antwoord: ja of nee, waarop u, mevrouw, verder handelt overeenkomstig het antwoord van uw man, waarna het onderwerp als afgedaan beschouwd wordt. Het echtpaar verklaarde zich accoord met de procedure. Inderdaad bleken in de daarop volgende zittingen de conflicten over de waarheid niet meer voorgekomen te zijn. Overigens kwam mevrouw Van der Zwaan enige maanden later erachter dat haar man al enige jaren een verhouding had met zijn secretaresse, waarna ze echtscheiding aanvraagde en scheidde.

Bespreking.

Om te liegen zijn er twee nodig. Soms lijkt het erop alsof binnen een relatie vragen naar informatie gevolgd wordt door met opzet vertelde onwaarheden. De daarop volgende confrontatie: "Je liegt." verlegt de discussie naar mededelingen over de betrokken personen. Zodra de een de ander een leugenaar noemt, verandert de toon van het gesprek, verdere escalatie dreigt.

Bij het hier besproken paar is de vrouw een psychasthene, onzekere vrouw, die de waarheid zoekt en voortdurend in twijfel is. De man is een koud, egoïstisch type, die naast oplichting, zijn vrouw meerdere malen in aansluiting aan een ruzie sloeg en verkrachte. Een persoonlijkheidsstoornis met overwegend narcistische trekken.

Met het hier gegeven advies werd een voortdurend storend interactiepatroon tijdelijk geblokkeerd. Dat op het moment van het begin van de behandeling weinig liefde en genegenheid meer bestond was wel duidelijk. Desondanks is het een goede zaak een verzoek tot behandeling van een dergelijk paar te honoreren. Het is echter verstandig als therapeut in eerste instantie een bescheiden doelstelling te formuleren. Een echtscheiding, zoals in dit geval ten slotte plaatsvond, kan dan als een bevredigende afloop van de behandeling worden opgevat.



- De geheimzinnige heer in het restaurant.

Een 38-jarige man werd aangemeld door zijn bedrijfsarts, omdat er grote problemen op het werk ontstaan waren. Wat was het geval, de patiënt had een vooraanstaande functie op een groot bankbedrijf, waarbij hij verantwoordelijk was voor belangrijke financiële transacties. Het was bekend geraakt op dit bedrijf dat hij in grote financiële moeilijkheden verkeerde. Patiënt zou allerlei smoesjes verteld hebben als verklaring voor de grote schulden die hij had. Deze verhalen waren zeer ongeloofwaardig. Bovendien bleek hij al jaren oncontroleerbare, soms met de feiten in strijd zijnde, sterke verhalen te vertellen. Zo vertelde hij eene dat hij een week-end was gaan diepzee-duiken, terwijl een andere medewerker hem in dat bewuste week-end elders gezien had. Ook bleek hij hier en daar te vertellen dat hij eigenlijk de directeur van de bank was en hij zou over allerlei vertrouwelijke informatie van de cliëntele praten. Zijn onkreukbaarheid stond op de tocht. De bank was bereid zijn schulden te saneren, maar dan moest de patiënt zich onder behandeling stellen.

Tijdens het intake-gesprek ontkende de patiënt dat hij leugens en onwaarheden vertelde. Op de vraag waardoor zijn schulden ontstaan waren, deelde hij mee dat zijn grote probleem was dat hij geen nee kon zeggen. Als voorbeeld gaf hij het volgende: Zo gauw hij een kledingzaak binnenkwam - hij ging alleen naar eerste klas zaken - was hij niet in staat weerstand te bieden aan de adviezen van de verkoper. Dit betekende meestal dat hij met zeer kostbare kledingstukken thuiskwam. Bood zijn wijnhandelaar hem twaalf zeer kostbare flessen aan dan maakte hij onmiddellijk gebruik van het aanbod.

Patiënt zag er inderdaad zeer chique uit. Hij was gekleed in een zijden overhemd en een kostuum van fijne Engelse wol.

Nadereanalyse leerde echter dat hij in vrijwel alle situaties nee kon zeggen, alleen die situaties waarin hij aangesproken werd als welgesteld mens, niet. Het doen van kostbare bestellingen maakte hem tot een belangrijk man, tot één van de grote van de aarde.

Hij leefde als vrijgezel in een flat, waarvan hij alleen de slaapkamer had ingericht. In de vijf jaar dat hij er woonde had hij niet de moeite genomen de dozen na de verhuizing uit te pakken. Boven-

dien bleek hij één- of tweemaal in de week in een zeer chique restaurant in Amsterdam te gaan eten, waarbij hij steeds aan hetzelfde tafeltje zat en zeer luxueus dincerde, met wijn, die tot f. 300,00 per fles kostte. Een kapitein van Köpfernicks dus. Iemand die zich niet vermomde als dokter of officier, maar als rijke, beschaafde levenskunstenaar.

De behandeling bestond uit een zelfcontrole procedure, waarbij hij geholpen werd financieel weer orde op zaken te stellen en geen onverantwoorde uitgaven te doen. Vervolgens werd hem een zelfcontrole procedure aangeboden voor de behandeling van zijn sterke en onware verhalen. Op dat moment raakte hij geïrriteerd, daar hij immers geen onwaarheden vertelde. Dat maakt behandeling niet goed mogelijk. Volstaan is toen met een uitvoerig exposé over de oorsprong van deze (ontkende) verschijnselen: minderwaardigheidsgevoelens die als het ware gecompenseerd werden door zijn problematische gedragingen. Okdat er geen enkel bezwaar bestond tegen zijn uitzonderlijke dineetjes, vermits het financieel geen problemen zou geven.

Patiënt hoorde het allemaal aan en op het moment dat de financiële problemen echt opgelost waren, beëindigde hij de behandeling een beetje uit de hoogte dankend voor de gedane moeite.

Bespreking.

De diagnose bij deze patiënt was geen diagnose op de As-I, of misschien toch : pathologisch liegen en zich voorgeven als iemand anders, ondertussen zo lustvol beleefd door de patiënt dat van een stoornis in de impulscontrole, not else where classified, gesproken zou kunnen worden. Op As-II is er sprake van een narcistische persoonlijkheidsstoornis. De behandeling van dit soort klachten wordt pas gezocht als het probleemgedrag geleid heeft tot ernstige maatschappelijke gevolgen.

In dit geval hadden de schuldenlast en de problemen binnen de werksituatie tot gevolg dat de patiënt zich gedwongen door de werkgever onder behandeling stelde.

Een zelfcontrole procedure, waarbij het leugengedrag, wanneer de patiënt dit tenminste ook als ongewenst gedrag omschrijft, centraal staat, kan dan mogelijk van nut zijn.

Duidelijk was dat het water deze patiënt niet echt tot aan de lippen stond. Bovendien was hij min of meer gedwongen de behandeling te ondergaan, wat toch de motivatie er iets aan te doen niet bevordert zal hebben.

- Jannie en haar ongeluk.

Jannie was 15 jaar toen zij werd aangemeld door haar vader voor behandeling, omdat ze, zoals hij vertelde, overal de politie op af stuurde. Ze deed aangifte bij de politie van een aanranding, een beroving of een zeer bedreigende achtervolging, waarna de politie de vermeende dader(s) aan een verhoor onderwierp. Meestal bleek snel dat zij het door Jannie vertelde delict onmogelijk gepleegd konden hebben, waarna de politie dan Jannie nog eens verhoorde. Dit leverde zoveel tegenstrijdigheden op dat Jannie met een ernstige berisping het bureau uitgezet werd en de ouders op de hoogte gesteld werden van de waarschijnlijk valse aanklacht. Desalniettemin volhardde Jannie tegenover haar ouders in de door haar bij de politie gedane verklaringen, waarna haar vader haar er nog een pak slaag overheen gaf. Mogelijk inspireerde haar deze bejegening tot het vertellen dat ze door haar ouders voortdurend mishandeld werd aan de burelen en op school. Dit leidde tenslotte tot de aanmelding.

Tijdens het gesprek wordt al snel duidelijk dat Jannie een bescheiden intelligentie heeft. Op de lagere school is ze enige malen blijven zitten en ook op de huishoudschool gaat het leren haar niet goed af. Wanneer ze geconfronteerd wordt met al die pogingen tot aanranding, diefstal en mishandeling, zegt ze dat ze ook niet begrijp waarom ze haar steeds moeten hebben. Ze beklaagt zich erover dat de politie haar niet langer te woord staat. Haar vader wordt hierop woedend en hij vindt dat het nu afgelopen moet zijn met die onzin. Na het eerste gesprek volgt een tweede contact. Ze vertelt geen last meer gehad te hebben van de aanrandingen en dat het nu dus goed gaat. Aansluitend vraagt ze waarom ze nog terug moet komen. Met haar wordt besproken dat wanneer je soms je fantasieën of angsten hardop vertelt, andere mensen je echt geloven en wanneer zij erachter komen dat het niet helemaal waar gebeurd is, zij soms de neiging hebben om kwaad te worden. Het is verstandig dit te proberen te voorkomen, bijv. door zelf goed op te letten of hetgeen je vertelt geen fantasietje is. Hierop reageert ze wat aanstellerig verbaasd en zegt dat zij er toch niets aan kan doen dat die vervelende dingen haar zijn overkomen. De behandeling wordt met een vaderlijk advies afgesloten.

Bespreking.

De hier besproken patiënte Jannie lijkt nog het meest van de beschre-

ven patiënten op degenen die vroeger bekend stonden onder de diagnose pseudologia fantastica. De ene onwaarheid moet aan een stellige nieuwe onwaarheid een waarheidskarakter ontleenen. Het vertellen van fantasieën lijkt Jannie een mogelijkheid te bieden op enige wijze zich te manifesteren. Behandeling zou kunnen plaatsvinden wanneer er enig verlangen is bij de patiënt om met deze gewoonte te breken. Dit zou dan kunnen met behulp van een zelfcontrole procedure. Wanneer de patiënt ook tijdens de zittingen volhardt, lijken de therapeutische mogelijkheden bescheiden.

### 3. Slotopmerkingen.

Wanneer de resultaten van de interventies worden gezien, stemmen deze niet tot vrolijkheid. In alle vier van de gevallen kan wel gezegd worden dat de therapeutische invloed bescheiden is geweest. Naast de hier gepresenteerde voorbeelden bezochten nog drie patiënten met dergelijke problemen de polikliniek.

- Een man van middelbare leeftijd die allerlei rekeningen van klanten als betaald boekte om zijn werkgever vrolijk te stemmen. Hij probeerde vervolgens in zijn vrije tijd alsnog deze gelden te innen. Zijn werkgever kwam erachter en ontsloeg hem. Thuis verzweg hij dit en hij probeerde de ene onwaarheid met de andere te maskeren. Hij kwam toen in behandeling alwaar hij opnieuw probeerde de problemen weg te moffelen. Een zelfcontrole procedure werd afgesproken. Hij bleef na 4 zittingen zonder verdere berichten weg uit de behandeling.
- Een 20-jarige vrouw werd door haar vriend naar de polikliniek gestuurd om zich te laten behandelen. Ze vertelde de neiging te hebben steeds allerlei verhalen te verzinnen die niemand meer geloofde. Ze kreeg een aanbod voor een behandeling met een zelfcontrole procedure. Vervolgens bleef ze weg na deze intake.
- Een 20-jarige jongeman wordt door zijn moeder gestuurd omdat hij steeds fantasieverhalen vertelt en driftbuien heeft. Tijdens de intake zegt hij niet te weten wat zijn moeder bedoelt en hij zegt dat het eigenlijk met het vertellen al weer goed gaat. Nadat hij na enige weken een baan heeft gevonden, houden de klachten over de verhalen op. Ook de woedebuien nemen af.

Wanneer gekeken wordt naar de motieven van de hier gepresenteerde gevallen gaat het om het krijgen van aandacht of om angst voor gezichts-

verlies. Bij de eerste twee gevallen speelden interactionele factoren een duidelijke rol bij het ontstaan en blijven bestaan van het onwaarheid spreken. Bij nadere beschouwing, echter blijken ook bij de andere gevallen steeds interactionele aspecten te vinden te zijn. De betrokkenen dringen steeds aan op behandeling, een werkgever, ouders en partners. In geen van de gevallen ging het verzoek uit van de patiënt zelf.

Samengevat lijkt de gehanteerde aanpak weinig soulaas te bieden. Zelfcontrole procedures lijken op theoretische gronden een nuttige strategie. In de praktijk leiden ze tot niets bij de behandeling van deze mensen.

Een verklaring kan liggen in het feit dat ze niet zelf hulp zochten, maar steeds door anderen gestuurd werden. Ze waren niet gemotiveerd voor behandeling. Helaas is dit een conclusie waarmee het therapeutisch falen niet is opgelost, integendeel, het geeft precies het probleem weer.

De behandeling van de patiënt met een neiging om met opzet de onwaarheid te vertellen zal als eerste doelstelling de beïnvloeding van de gebrekkige belangstelling voor therapie moeten hebben. Het accent van de behandeling zal gericht moeten zijn op het tot stand brengen van een goede relatie, waarna verdere beïnvloeding misschien mogelijk zal worden.

Zoals eerder gezegd zijn er voor liegen twee nodig. Wanneer degene tegen wie onwaarheid wordt gesproken - de partner of de ouders - bij de behandeling wordt betrokken, kunnen de communicatieve aspecten van het ziekelijk liegen als uitgangspunt voor die behandeling genomen worden. Mogelijk dat op die manier wel een kans op een succesvolle behandeling ontstaat.

Referenties.

Berg, R.F. (1960) Liegen met en zonder opzet. Bijleveld, Utrecht.

Carp, E.A.D.E. (1949) De psychopathieën. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

Hoogduin, C.A.L. (1987) De behandeling van gewoonten en verslavingen.  
In: R. van Dyck & Ph. Spinhoven. Nederlands Handboek voor Hypno-  
therapeutisch Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer (in voorbe-  
reiding).

Robinson, R. & W. Wyatt (1979) Op zoek naar de schrijver van het  
dodenschip. Bijvoegsel Vrij Nederland, 32, blz. 3-14.

Schneider, K. (1941) De psychopathische persoonlijkheid (Ned.vert.)  
Bijleveld, Utrecht.

Wiersma, D. (1934) Pathologische leugenaars. Leidsche Uitgeversmaat-  
schappij, Leiden.

Zeegers, M. (1959) De oplichter. Bijleveld, Utrecht.

De behandeling van tics en het syndroom van Gilles de la Tourette.

M. Reinders, C.A.L. Hoogduin.

---

### Inleiding

Sinds in diverse publicaties behandeling met Haloperidol wordt aanbevolen (Shapiro, et al., 1978; Verhey en Wouters, 1980), wordt er vrijwel geen patiënt met tics voor een gedragstherapeutische behandeling aangemeld, zonder dat een behandeling met dit middel heeft plaats gevonden. Dit ondanks het feit dat gedragstherapeutische behandeling voor sommige patiënten succesvol is gebleken (zie Hoogduin & De Haan, 1980a, 1980b, 1984).

In dit artikel wordt na een korte bespreking van de tics en het syndroom van Gilles de la Tourette, een patiënte besproken met het syndroom van Gilles de la Tourette. De patiënte kreeg na een medicamenteuze behandeling dusdanige klachten, dat overgegaan werd op een gedragstherapeutische aanpak.

Tot slot worden enige aanbevelingen gedaan voor de te volgen behandelingsstrategie

### Tics en het syndroom van Gilles de la Tourette.

Een tic is een onvrijwillige beweging van een functioneel bij elkaar behorende groep spieren of de onvrijwillige productie van een geluid of van woorden (D.S.M.-III).

Over de etiologie, de behandeling en de prognose van tics is nog veel onduidelijkheid. Heel lang is het de vraag geweest of tics bij de psychiatrische, dan wel de neurologische stoornissen ingedeeld moeten worden.

Voor het standpunt dat tics ontstaan ten gevolge van afwijkingen in de hersenen (biochemische, neurofysiologische of neurologische) worden de laatste tijd steeds meer argumenten gevonden. Echter ook psychische en sociale factoren zijn van invloed, m.n. op de duur en de

intensiteit van de tics. Dit betekent dat onafhankelijk van de oorzaak van de tics, deze tics door de patiënt zelf of door de omgeving te beïnvloeden zijn.

In D.S.M.-III (1980) worden drie tic-syndromen onderscheiden: het voorbijgaande tic-syndroom, het chronisch-motorische tic-syndroom en het syndroom van Gilles de la Tourette.

Het syndroom van Gilles de la Tourette ontleent zijn naam aan George Gilles de la Tourette die in 1885 voor het eerst een syndroom heeft beschreven van motorische tics, echolalie (papegaaien) en coprolalie (het uitstoten van obscene woorden) (Gilles de la Tourette, 1885). Corbett heeft gesteld dat het syndroom van Gilles de la Tourette een volledig tot ontwikkeling gekomen tic-syndroom is en dat mildere tics in essentie niet verschillen van dit syndroom (Corbett et al., 1969; Corbett, 1971, 1977). Ook Shapiro en Shapiro (1982) stellen dat de drie diagnostische categorieën waarschijnlijk een continuüm representeren (zie tabel I).

Over de etiologie van tics bestaat nog weinig zekerheid. De argumenten voor twee belangrijke hypothesen voor het ontstaan van tics worden hier besproken.

- Er is een organische basis voor het voorkomen van tics (zie Shapiro et al., 1978; Friedhoff & Chase, 1982). Een belangrijke basis voor deze hypothese wordt ontleend aan de ervaring die werd opgedaan met patiënten die rond de Eerste Wereldoorlog de zgn. 'slaapziekte' (encephalitis lethargica) kregen. Een aantal van deze mensen bleef in leven; als restverschijnsel van deze ziekte vertoonden zij een katatoon parkinsonachtig beeld..

Aan het eind van de jaren zestig werd een nieuw geneesmiddel voor de ziekte van Parkinson ontwikkeld: het L-Dopa. Dit medicament werd ook aan deze patiënten gegeven. De reactie hierop was dramatisch; na veertig tot vijftig jaar werden zij voor het eerst weer actief en herstelde zich een normaal bewegingspatroon. Meer dan 50% van deze mensen echter ontwikkelde een beeld dat als twee druppels water lijkt op het syndroom van Gilles de la Tourette. (Sacks, 1982).



Ook de reactie van patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette op Haloperidol, een neurolepticum dat gebruikt wordt bij de behandeling van psychosen, ondersteunt de organische hypothese: onder invloed van dit medicament verdwijnen in een aantal gevallen de tics. Patiënten met tics hebben echter veel sneller en in veel heviger mate dan gebruikelijk last van de bijverschijnselen van dit middel, zoals slaperigheid, sedatie en rigiditeit van de spieren.

Recent (zie Mueller & Aminoff, 1982; Friedhoff & Chase, 1982) zijn tic-syndromen beschreven die zijn ontstaan na het staken van jarenlang gegeven neuroleptische, antipsychotische medicatie. Ook hierbij lijkt een organische basis voor de tics aanwezig.

Het volledig ontwikkelde tic-syndroom bestaat naast multiple tics ook uit coprolalie, waarbij de patiënt obscene woorden uitstoot; deze coprolalie wordt ook bij bepaalde hersenaandoeningen gevonden, zoals hersenbloedingen, dementie en bepaalde vormen van afasie (Nuwer, 1982).

Een argument tegen de organische hypothese is de negatieve bevinding bij de twee obducties die tot nu toe zijn verricht (Richardson, 1982). Bij twee patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette werden na hun dood in de hersenen geen afwijkingen gevonden. Richardson (1982) tekent hierbij aan dat een dergelijk resultaat natuurlijk ook kan wijzen op het nog niet voldoende verfijnd zijn van de onderzoeksmethode.

- De leertheoretische hypothese: Hoewel gesteld kan worden dat het volledig ontwikkelde tic-syndroom niet langer als een primaire psychiatrische aandoening beschouwd kan worden (Montgomery et al., 1982; Shapiro et al., 1978) mag de door Yates ontwikkelde hypothese hier niet ontbreken (Yates, 1958, 1970). Hij ziet de tic als een geconditioneerde vermijdingsrespons die oorspronkelijk is uitgelokt door een traumatische situatie. Wanneer de ticbeweging de angst-inducerende stimulus doet verdwijnen (of deze stimulus verdwijnt toevallig tegelijkertijd), ontstaat er een bekrachtiging. Bij de volgende gelegenheden kan ook door andere stimuli (stimulus-generalisatie) angst worden opgewekt die weer door de tic-beweging wordt verminderd. De bezorgdheid, irritatie en woede van ouders, onderwijzers en de omgeving kunnen daarna het voorkomen van dit

gedrag verder versterken.

Azrin en Nunn (1973) maken geen onderscheid tussen gewoonten als nagelbijten en duimzuigen en tics. Beide noemen zij 'nervous habits'; deze nervous habits zijn volgens hun theorie ooit een normale reactie op stress of ongemak geweest, of zelfs normaal maar niet frequent optredend gedrag. Dit gedrag - de tics of gewoonte - is geleidelijk opgenomen in het gewone dagelijkse gedrag. Zo geleidelijk dat de persoon zelf noch de omgeving dit op kon merken, zodat er dus geen feedback over de vreemde beweging of gewoonte mogelijk was en deze zich ongestoord kon ontwikkelen tot een vast ingeslepen gewoonte of een frequent optredende tic. Bij sommige tics worden specifieke spieren of spiergroepen door het steeds uitvoeren van die tic extra geoefend, terwijl de spieren met een tegenovergestelde functie betrekkelijk verwaarloosd zijn. Ook dit verschijnsel zou bijdragen tot het in stand houden van de tics. Azrin en Nunn (1973, 1980) ontwikkelden een gedragstherapeutische behandeling, de zg. Habit Reversal Method: Deze behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

- Zelfregistratie van de frequentie waarmee de tic optreedt en inventarisatie van de situaties waarin de tic optreedt.
- Training in het bewust worden van de tic; de patiënt geeft een nauwkeurige beschrijving van de tic, eventueel met behulp van een spiegel. Vervolgens leert hij ieder onderdeel van de tic te herkennen; vooral de herkenning van de allereerste beweging van de tic is hierbij belangrijk.
- Oefeningen met de onverenigbare respons: voor de tic wordt een onverenigbare respons uitgezocht die aan de volgende eisen moet voldoen: de respons moet tegenovergesteld zijn aan de tic; de respons moet voor de patiënt bewust gemaakt kunnen worden met behulp van isometrische contractie (d.i. een contractie van een spier zonder dat de lengte van de spier verandert); de respons moet onopvallend uitgevoerd kunnen worden en gemakkelijk inpasbaar zijn in de normale activiteiten; de respons moet de antagonist van de spieren die gebruikt worden voor de tic, versterken (door de tics worden immers bepaalde spiergroepen versterkt). Steeds wanneer de patiënt de tic voelt aankomen, moet hij drie minuten lang de onverenigbare respons uitvoeren. De respons wordt ook drie mi-

nuten uitgevoerd als de tic toch is opgetreden.

- Bespreken en manipuleren van de consequenties: met de patiënten wordt uitgebreid gepraat over het ongemak en de problemen die ontstaan door het ticgedrag. Ouders, familie of vrienden worden ingeschakeld om te helpen herinneren aan de oefeningen en om de patiënt te prijzen voor zijn inspanningen en behaald succes.
- Tijdens de zitting wordt er geoefend in het bewust worden van de tic en het uitvoeren van de onverenigbare respons. De situaties waarin het ticgedrag pleegt op te treden, worden in vitro geoefend.

Samengevat kan er niet voorbijgegaan worden aan de aanwijzingen voor een organische oorzaak van de diverse tic-syndromen. De door Yates en door Azrin en Nunn geformuleerde hypothesen kunnen als aanvulling hierop gezien worden.

De lotgevallen van patiënt A.-

Lakke (1984) beschreef in een klinische les\* de succesvolle behandeling van mevrouw A. met Haloperidol en later pimozide. Uit dit artikel geven we de bespreking van deze patiënte.

Patiënt A was 49 jaar toen zij ons spreekuur bezocht naar aanleiding van het televisieprogramma van Sonja Barend op 8 april 1983, waarin een patiënt met het syndroom van Gilles de la Tourette was opgetreden. Onze patiënte maakte voortdurend overdreven grimassen, rechts meer dan links en kneep daarbij de oogleden krachtig samen, soms een paar maal snel achter elkaar, dan weer met langere tussenpozen. Op onregelmatige momenten maakte zij snuif- en snurkgeluiden, terwijl nu en dan onverwachts een vloek werd gehoord. Ook, minder vaak, schopte ze met het rechterbeen of maakte ze plotseling strekbewegingen met de linkerarm. Deze bizarre verschijnselen namen in de loop van het gesprek in hevigheid af.

\*In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 128, blz 2116-2164.

Ze beschreef zich als een drukke 'doenerige' maar ondanks alles opgewekte en vrolijke vrouw, die sinds haar zevende jaar last had van dit soort bewegingen. Het was begonnen met in perioden voorkomende trekken van de mond, waarbij de onderkaak vooral naar links uitweek, waarvoor ze op school voor 'vissebek' werd uitgeschoold. Gelukkig bekommerde ze zich weinig om deze opmerkingen uit haar omgeving, ook niet toen omstreeks haar 12e jaar dit bekketrekken toenam en ze bovendien onwillekeurige kuch- en keelschraapgeluiden ging maken en tevens nu en dan haar linkerarm ging uitslaan. Deze verschijnselen verdwenen bijna geheel omstreeks haar 18e jaar, maar manifesteerden zich opnieuw toen ze 24 jaar oud wegens tuberculose in een sanatorium was opgenomen. In die periode, die slechts enkele maanden duurde, ontstonden ook schopbewegingen met het rechterbeen. Ze vertelde op 32-, 34-, 37- en 47-jarige leeftijd perioden van maanden tot een halfjaar te hebben gehad met bovenvermelde tics, telkens naar aanleiding van een belangrijke gebeurtenis, zoals een echtscheiding, psychosociale moeilijkheden en een uterusextirpatie. In de tussengelegen perioden had ze weinig tics, hoogstens wat trekkingen in het gelaat en knipperen met de ogen. De huidige ticperiode duurde nu al meer dan een halfjaar en zou o.a. verband houden met toenemende moeilijkheden met haar tweede echtgenoot. Ze was voor haar tics een enkele maal psychiatrisch behandeld met relatietherapie en neuroleptica, maar meestal kortdurend, ook al omdat ze de medicijnen slecht kon verdragen. Dat zij thans hulp zocht, was niet alleen ingegeven door het toenemen van de tics, maar vooral doordat zij te pas en te onpas vloeken was gaan uitspreken wat ze vroeger niet deed. Ze trok zich de reacties uit de omgeving meer aan en had niet meer als voorheen snel een antwoord klaar op kwetsende opmerkingen door voorbijgangers. In de familie komen geen tics voor.

Zij werd voor kortdurende observatie in onze kliniek opgenomen. Bij neurologisch onderzoek werden geen uitvalsverschijnselen vastgesteld, en ook aanvullend onderzoek van bloed, liquor, EEG, computertomogram en de neurotransmittermetabolieten in de liquor toonde geen afwijkingen. De diagnose Tourette-syndroom werd daardoor wel duidelijk. Het was voor patiënte een bevrijdende ervaring, toen wij de somatische achtergrond van haar ziekte met haar bespraken. Natuurlijk was haar het verband met emotionaliteit en spanning niet ontgaan, maar aan psychiatrische bemoeienis had ze zich toch telkens menen te moeten onttrekken. Omdat ze het grootste gedeelte van haar leven slechts geringe tics had gehad, had zij ook maar spaarzaam medische hulp gezocht. Ze verbeterde snel onder de behandeling van Haloperidol (Haldol) 3 dd 1 mg, maar na twee maanden werd overgegaan op pimozide (Orap) 3 dd 1 mg dat ze beter kon verdragen en hetzelfde effect had.

Ruim 2 jaar later meldt patiënte zich op de polikliniek van de PAAZ. Als reden van aanmelding worden diverse bewegingsstoornissen en inactiviteit genoemd. Bij onderzoek blijkt patiënte niet stil te kunnen zitten, iedere paar seconden verheft zij zich van de stoel waarna ze met plof erop terugvalt. Haar tong beweegt zich in draaiende bewegingen op en neer in haar mond. Ze knijpt soms op een krampachtige manier de handen samen. Voorts is er sprake van een afgenomen mimiek. Ze heeft een maskerachtig gezicht. Tijdens het lopen loopt ze licht voorovergebogen zonder meebewegen van de armen. Af en toe maakt ze een schoppende beweging naar achteren met het linkerbeen.

De haar vergezellende echtgenoot vertelt dat zijn vrouw tot geen enkele activiteit meer komt, bovendien praat ze bijna niet meer. Hij beschrijft haar als suf en apatisch.

Het onderzoek wordt afgesloten met de conclusie: acathasieën (wippen), tardieve dyskinesieën (de bewegingen van de tong), parkinsonisme en mogelijke enige verschijnselen van het oorspronkelijke syndroom van Gilles de la Tourette. De acathasieën, de tardieve dyskinesieën en het parkinsonisme moeten gezien worden als gevolgen van de medicatie, met name van de pimozide.

Besloten wordt patiënte op te nemen voor een detoxificatie. Bovendien zal een gedragstherapeutische behandeling gestart worden.

Patiënte zal driemaal daags gedurende een halfuur turven hoeveel bewegingen ze maakt. In eerste instantie zal ze het schoppen en wippen registreren. Op de eerste dag registreert patiënte 70-maal wippen en 58-maal schoppen in het sample. Overigens zegt patiënte dat deze bewegingen ongeveer een jaar geleden zijn begonnen na het verhogen van de Orap. De medicatie wordt verlaagd (zie fig. 1), waarna deze bewegingen vrij snel afnemen. Inmiddels ontspant ook haar gezicht, het maskerachtige in haar gelaat neemt af. Bovendien nemen de spasmen in haar handen af en ze begint weer wat te handwerken. Vier weken na opname treden de wip- en schopbewegingen nog hooguit éénmaal op in de registratie-tijd. Weer twee weken later vertelt ze nog maar één wipbeweging per dag te maken en de volgende dag rapporteert ze nog maar één schopbeweging (zie fig. 1). De andere

bewegingen (in handen en elleboog) nemen gelijktijdig af.

Naast de afbouw van de medicatie worden aan patiënte ontspanningsoefeningen geleerd. Gebleken is dat de bewegingen bij spanning toenemen en bij ontspanning afnemen.

Daarnaast wordt ze behandeld met een variatie op het gedragstherapeutisch programma van Azrin en Nunn. In plaats van te oefenen met de tegengestelde beweging, hetgeen lastig is bij gecompliceerde bewegingen, wordt patiënte gevraagd de bewegingen tegen te houden door de spieren aan te spannen. Bij alle oefeningen en registraties vertoont patiënte veel inzet.

Drie weken na de opname - de pimozide is dan gestaakt - treedt een nieuwe beweging op: een draaiende beweging met het hoofd, die eindigt in het uitschieten van het hoofd naar links of rechts. Patiënte rapporteert dat ze deze beweging al eerder gehad heeft. Ook deze beweging zal ze gaan registreren. Zij zal proberen de beweging te onderdrukken door het hoofd te fixeren in de middenstand. Vervolgens nemen de tics sterk af (zie fig. 2).

Na Vijf weken krijgt patiënte last van een beweging in haar kaak, die een malende beweging maakt waarbij de onderkaak naar links of rechts wegschiet. Deze tic wordt op dezelfde manier behandeld.

Na acht weken wordt patiënte ontslagen. Zij gebruikt nog 1½ mg rivotril. Een enkele keer per dag beweegt ze haar kaak nog heen en weer. De andere bewegingsstoornissen zijn verdwenen, behalve de bewegingen van de tong, die ongewijzigd zijn gebleven (tardieve dyskinesie). Ook het parkinsonisme is geheel verdwenen.

Patiënte wordt poliklinisch vervolgd, waarbij tenslotte ook de rivotril gestaakt wordt, terwijl de tardieve dyskinesieën een weinig afnemen.

Ongeveer twee maanden na ontslag is patiënte weer begonnen met het uitstoten van het woord 'keurig'. Ze doet dit ongeveer 25 keer per dag. Dit blijkt met een gedragstherapeutische benadering niet verder terug te brengen.

Ze heeft haar huishoudelijke bezigheden weer opgenomen en haar man omschrijft haar als weer bijna de oude. Ze zou nog iets minder actief zijn.

Een halfjaar later wordt de poliklinische controle afgesloten. Patiënte gebruikt geen medicamenten meer. In haar toestand hebben zich geen veranderingen meer voorgedaan.

Slotopmerkingen.

De behandeling heeft uit drie elementen bestaan:

- de afbouw van de medicatie,
- een training in ontspanningsoefeningen,
- en een gedragstherapeutische behandeling volgens Azrin en Nunn, de zg. Habit Reversal Method (Azrin & Nunn, 1973).

De schoppende beweging, het wippen, de krampachtige bewegingen van de handen lijken vooral een gevolg te zijn geweest van de medicatie, *Quindal* de amimie en de apathie. Het stoppen van met name de pimozide leidde snel tot een verbetering. De gedragstherapeutische aanpak in combinatie met de ontspanningsoefeningen gaf patiënte snel controle over de tics die t.g.v. het dalen van de medicatie weer terugkwamen. De bewegingen met de tong (tardieve dyskinesieën) namen in de loop van de maanden na het ontslag in enige mate af.

Deze stoornis moet geheel als gevolg van de hoge dosis pimozide gezien worden.

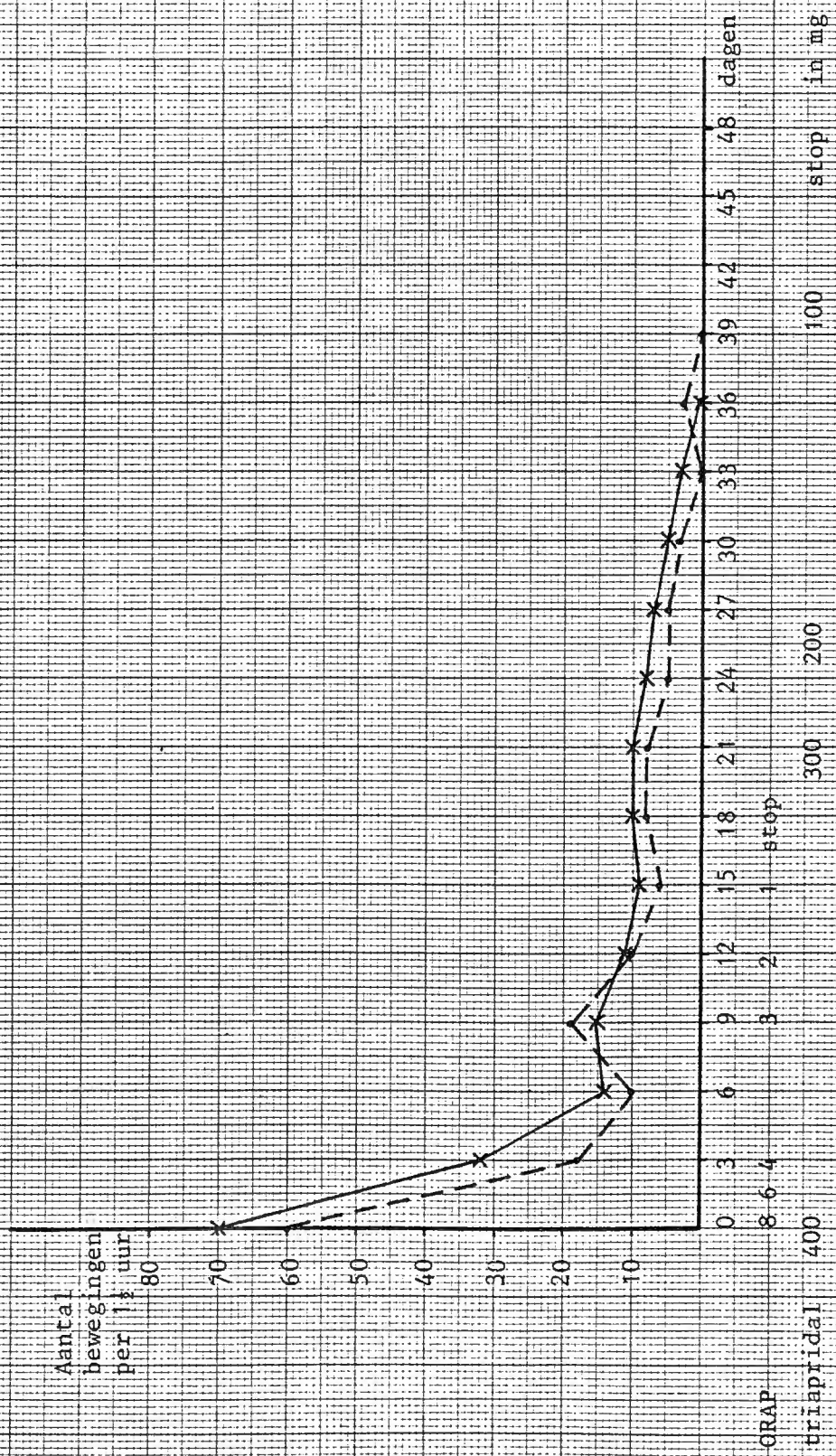
Uit de anamnese blijkt dat patiënte een viertal malen een periode van enige maanden tot een halfjaar met erg veel last van tics heeft meegemaakt. Het is zeer goed mogelijk dat ook de tics waarvoor de behandeling met Haloperidol ingesteld werd, intussen reeds spontaan verdwenen waren. Ten gevolge van de medicatie ontstonden er diverse motorische stoornissen van geheel andere oorsprong en ontwikkelde patiënte ernstige iatrogene, motorische afwijkingen. Bovendien ontstond als bijwerking een ernstig apatisch, hypokinetisch toestandsbeeld wat de levensvreugde van patiënte ernstig deed verminderen.

Opnieuw zouden we ervoor willen pleiten patiënten met tics en ook met het syndroom van Gilles de la Tourette eerst eens een gedragstherapeutische behandeling volgens Azrin en Nunn aan te bieden in combi-

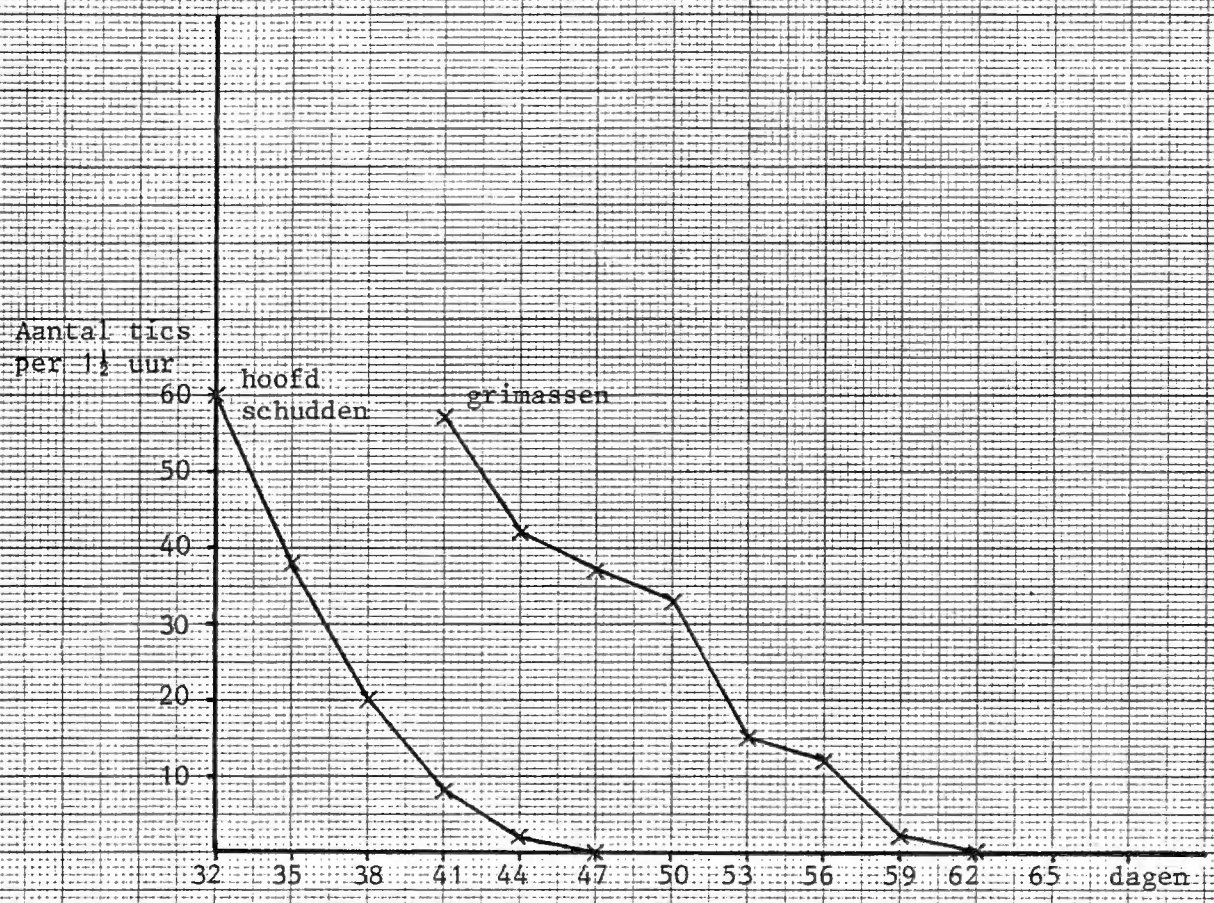
natie met een relaxatietechniek, alvorens een medicamenteuse behandeling in te stellen.

Shapiro et al. (1978) vermelden met een dergelijke behandeling successen in 25% van de gevallen, Azrin en Nunn (1973) vermelden bij patiënten met een chronisch-motorisch ticsyndroom en een voorbijgaand tic-syndroom succes in 90% van de gevallen. Elders rapporteerden wij een succesvolle behandeling bij vier van zeven kinderen (zie Hoogduin & De Haan, 1984) met een chronisch-motorisch tic-syndroom (3) en het syndroom van Gilles de la Tourette (1).





Figuur 1 : Zelfregistratie van het wippen en van het schoppen met het linkerbeen en weergave van de medicatie.



Figuur 2 : Zelfregistratie van de tics

Referenties

- Azrin, N.H. & R.G. Nunn (1973), Habit Reversal: a Method of Eliminating Nervous Habits and Tics. Behav. Res. & Ther. 11, 619-628.
- Azrin, N.H., R.G. Nunn & S.E. Frantx (1980), Habit Reversal as Negative Practice Treatment of Nervous Tics. Behav. Ther. 11, 169-178.
- Corbett, J.A., A.M. Mathews, P.H. Connel & D.A. Shapiro (1969), Tics and Gilles de la Tourette's Syndrome: a Follow-up Study and Critical Review. Brit. J. of Psychiat. 115, 1229-1241.
- Corbett, J.A. (1971), The Nature of Tics and Gilles de la Tourette's Syndrome. J. of Psychosomat. Res. 15, 403-409.
- Corbett, J.A. (1977), Tics and Tourette's Syndrome. In: M. Rutter & L. Hersov, Child Psychiatry. Blackwell, London.
- D.S.M.-III (1980), American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition. Washington D.C., A.P.A.
- Friedhoff, A.J. & F.N. Chase (1982), Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology. vol. 35, Raven, New York.
- Gilles de la Tourette (1885), Etude sur une affection nerveuse caracterisée par l'incoördination motrice, accompagnée d'echolalie et de coprolalie. Arch. Neurol. 9, 17-42.
- Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1980-a), Tics. In: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie 2. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1980-b), Commentaar op het syndroom van Gilles de la Tourette. Tijdschrift voor Psychiatrie 22 (5), 351-353.
- Hoogduin, C.A.L. & E. de Haan (1984), De behandelingen van kinderen met tics. In: C.A.L. Hoogduin & E. de Haan, Directieve Therapie bij kinderen en adolescenten. Van Loghum en Slaterus, Deventer.
- Lakke, J.P.W.F. (1984), Het syndroom van Gilles de la Tourette. Ned. Tijdschrift van Geneeskunde 128, 2161-2164.
- Montgomery, M.A. , P.J. Clayton & A.F. Friedhoff (1982), Psychiatric Illness in Tourette Syndrome Patients and First Degree Relatives. In: A.F. Friedhoff & F.N. Chase (1982), Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology, vol. 35, Raven, New York.

Mueller, J. & M.J. Aminoff (1982), Tourette-like Syndrome after Long-term Neuroleptic Drug Treatment. Brit. J. Psychiat. 141, 191-193.

Nuwer, M.R. (1982), Coprolalia as an Organic Symptom. In: A.F. Friedhoff & F.N. Chase (1982), Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology, vol. 35, Raven, New York.

Richardson, E.P. (1982), Neuropathological Studies of Tourette Syndrome. In: A.F. Friedhoff & F.N. Chase (1982), Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology, vol. 35, Raven, New York.

Sacks, Q. (1982), Acquired Tourettism in Adult Life. In: A.F. Friedhoff & F.N. Chase, Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology, vol. 35, Raven, New York.

Shapiro, A.K., E.S. Shapiro, R.D. Bruun & R.D. Sweet (1978), Gilles de la Tourette Syndrome. Raven, New York.

Shapiro, A.K. & E.S. Shapiro (1982), An Update on Tourette Syndrome. Am. J. of Psychotherapy 3, 379-391.

Verhey, F. & W. Wouters (1980), Het Syndroom van Gilles de la Tourette. Tijdschrift. v. Psychiat. 22 (1), 29-39.

Yates, A.J. (1958), The Application of Learning Theory to the Treatment of Tics. J. Abnorm. Soc. Psychol. 56, 175-182.

Yates, A.J. (1970), Behavior Therapy, Tics (192-207). Wiley, New York.