

TDT
Tijdschrift voor
Directieve Therapie
Jaargang 12, nummer 4

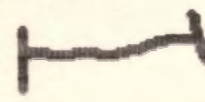
Mindblowing!

Nerve-
sweeping!

Brainblasting!

Met in dit nummer De Behandeling van de vrouw met de vuist van staal (C.A.L. Hoogduin), Een ideale patiënt (Leen Joele), Enkele gedachten over partners van agorafobici (Alfred Lange), Behandeling van een adolescentengroep op een psychiatrische dagkliniek (Dick N. Oudshoorn), Twijfel en depressie (Kees van der Velden)

FL. 12,50 - BF 340 - \$ 6,30



KOOP
NU!

Tijdschrift voor directieve therapie

Jaargang 12, nummer 4

Redactie: Richard Van Dyck, Dick Oudshoorn, Kees van der Velden, Leen Joele, Kees Hoogduin en Alfred Lange

Omslag: Daniël van der Velden

Inhoud

De Hoofdredacteur, Ten Geleide	1
Richard Van Dyck, Leeftijdsregressie bij een man met paniekaanvallen	3
Kees Hoogduin, Over de behandeling van As-II-problematiek (3): de antisociale persoonlijkheid	14
Dick N. Oudshoorn, kinder- en jeugdpsychiater, Behandeling in een adolescentengroep op een psychiatrische dagkliniek	19
Alfred Lange, Enkele gedachten over partners van agorafobici	26
Leen Joele, Een ideale patiënt	37
Kees Hoogduin, De behandeling van de vrouw met de vuist van staal	42
Kees van der Velden, Reactie op Kals overwegingen rond twijfelzucht	52

Ten Geleide

'Ik ben benieuwd naar je Ten Geleide!', schrijft de een. 'Ik hoop dat je Ten Geleide weer als vanouds zal zijn!', schrijft de ander. De redacteur voor wie het altijd teveel moeite was zijn inzending van een briefje vergezeld te doen gaan, schrijft nu: 'Ik ben trots op je!' De meest nalatige redacteur vraagt in het briefje dat zijn bijdrage vergezelt of wij hem toch vooral niet willen sparen in het Ten Geleide...

Wij vroegen ons af of U met elkaar overlegd heeft...

De meest nalatige redacteur was op tijd en niet nalatig... Zou de meest nalatige redacteur nu dan eindelijk, na twaalf jaar, de fakkel der nalatigheid hebben doorgegeven... aan ons?

Richard Van Dyck verbond zich met een Apple IIc en laat ons hierbij het eerste resultaat van zijn automatisering lezen. De aandachtige lezer zal bemerken dat de onderzoeksrazernij van deze auteur onder de invloed van de computer lijkt af te ebben... Het lijkt of de schrijver directieve principes in ere herstelt... Enfin, niet te vroeg juichen, en zeker niet juichen in het bijzijn van de auteur!

Kal schreef geen bijdrage over onderzoek, maar over de behandeling van een mens. Het woord exposure komt in het artikel niet voor. Impliciet kan Kals bijdrage trouwens ook opgevat worden als een pleidooi voor tekstverwerking.

In Dick N.Dudshoorns tekstverwerkende apparatuur zouden wij een kleine storing willen aanbrenge. Wij zouden de mogelijkheid om te onderstrepen graag in het ongerede brengen. Op bladzijde 5 van zijn bijdrage vonden wij een paar opmerkingen die wij van hem niet verwacht hadden. Zij zouden als een requisitoir tégen tekstverwerking opgevat kunnen worden. Quameay - tm ,miouw s_m @TREI, zo luidt onze repliek.

Lange schrijft wél over onderzoek. 't Werd ook tijd. Hij is in zijn artikel onvoorstelbaar bescheiden. Hij streelt, hij plaagt, hij wijkt, hij buigt, hij geeft mee, hij komt een beetje terug, hij grijnst. 't Zal allemaal wel judo zijn.

Lezer wij willen niet door blijven gaan over tekstverwerking, maar wie de bijdrage van Joele leest móét zich toch wel afvragen hoe het schreefloze kopje 'Een ideale patiënt' boven de in een normale typeletter uitgevoerde tekst heeft kunnen komen.

Met onze boerenproletariërsmanieren vinden wij dergelijke patiënten helemaal niet ideaal. Wij worden stikzenuwachtig van hen. Wij hadden weleens iemand als patiënt die door een particuliere chauffeur gebracht werd. Wij stonden bijna te kokhalzen van de zenuwen wanneer wij de notabele uit de wachtkamer moesten halen... (Dit is gelogen. Wij lieten de hooggeplaatste nooit wachten tussen het plebs uit Crooswijk. Dat durfden wij niet.)

Hoe behandelt men een vrouw? Met een vuist van staal, aldus Kol. Ach, hij heeft er wèl succes mee.

Van der Velden ten slotte kletst zo'n beetje mee over twijfelen en besluiten.

Wist U dat de Macintosh-computers waarop Lange en hij hun teksten samenstellen steeds goedkoper worden?

Excuus, lezer, voor het late tijdstip waarop U dit tijdschrift krijgt. Wij kochten zonet een huis en dat vroeg wat tijd.

De Hoofdredacteur

LEEFTIJDREGRESSIE BIJ EEN MAN MET PANIEKAANVALLEN

Richard Van Dyck

Inleiding

Leeftijdsregressie, al dan niet op papier, (vgl Lange, 1987) is bij veel patienten een interventie die sterk aanspreekt. De mening dat klachten hun wortels in het verleden hebben en dat het naar boven halen van traumatische gebeurtenissen heilzaam zal werken is sinds de dagen van Janet en Freud gemeengoed geworden. Hoewel deze techniek al geruime tijd wordt toegepast blijft het een beetje mysterieus waarom hij eigenlijk (soms) werkt. Freud observeerde al dat het in het bewustzijn brengen van verdrongen gebeurtenissen op zich niet voldoende is om een therapeutisch effect te bereiken (vgl Fenichel, 1945.) Vervolgens werd in psycho-analytische kringen veel nadruk gelegd op het belang van het optreden van veel affect. Uit mijn opleidingstijd herinner ik mij verschillende dames en heren die herhaaldelijk tot felle emoties werden gedreven zonder dat ze er merkbaar op vooruitgingen. Er moet van de andere kant ook worden toegegeven dat mensen wel eens opknappen door zich gebeurtenissen te herinneren die helemaal niet hebben plaats gevonden (vgl van der Velden, 1987.)

Aan de hand van een gevalsbespreking wil ik wat speculeren over enkele elementen die met de werkzaamheid van

4

regressietechnieken te maken kunnen hebben. Het gaat om een behandeling waarbij regressie tijdens hypnose werd toegepast. Een sterke persoonlijke affiniteit van de therapeut met de toegepaste methode is niet een factor die verantwoordelijk gesteld kan worden voor het behandelresultaat: ik ga er niet gauw toe over om deze techniek te gebruiken. Als het verleden aan bod moet komen, geef ik eerder de voorkeur aan schrijfofdrachten. Bovendien is een onmiskenbaar neveneffect van het uitvoeren van onderzoek naar de werking van hypnose bij fobische patienten en lijdens aan spanningshoofdpijn dat ik gaandeweg wat gereserveerder ben geworden over het nut van hypnos in het algemeen. Op verzoeken van patienten in die richting reageer ik, in tegenstelling tot vroeger, tegenwoordig wat meer afhoudend en ik zal eerder naar andere interventies zoeken.

Immers, het resultaat van diverse onderzoeken is dat alles wat patienten met hypnose kunnen bereiken ook wel zonder dit middel lukt, en het is niet aangetoond dat een therapie met hypnose sneller gaat dan een behandeling zonder deze techniek. De patient uit de nu volgende gevalsochrijving zou hier overigens niet mee eens zijn.

de heer Vermeulen

Het gaat om een binnenkort 47-jarige gehuwde man met twee kinderen die tien jaar geleden voor het eerst op de polikliniek werd aangemeld vanwege dezelfde klachten die ook

nu de reden van behandeling zijn: aanvallen van angst die kunnen oplopen tot paniek en gepaard gaan met hartkloppingen, duizeligheid en tintelingen in handen en voeten. De aanvallen treden vooral 's nachts op en de frequentie is wisselend: er zijn periodes geweest dat ze meerdere keren per dag voorkwamen, maar het gebeurde ook wel eens dat hij enkele weken lang weinig last had. De wintermaanden vormen voor hem altijd een moeilijke tijd. Hij wijt dit aan het feit dat hij zijn vader plots verloor in een januarimaand toen hij zelf 13 jaar oud was. De leeftijd van zijn vader bij diens overlijden was 47 jaar en de laatste jaren is de heer Vermeulen toenemend met die gebeurtenis bezig, naarmate hij zelf deze leeftijd meer nadert.

De klachten hebben geleid tot vermijdingsgedrag voor de bekende "agorafobische" situaties zoals openbaar vervoer en drukbevolkte ruimten waaronder bioscopen en kerken. Dit vermijdingsgedrag zit hem minder dwars dan de angstaanvallen: het is wel vervelend dat hij niet over de snelweg kan rijden, maar het lukt hem wel zijn beroep als loodgieter uit te oefenen.

Tijdens de paniekaanvallen draaien zijn gedachten onherroepelijk om de dood: met name vreest hij, net als zijn vader, aan een hersenbloeding te zullen overlijden. Op advies van vroegere behandelaars is hij veel gaan sporten: hij rent en fietst en is trainer van een jeugdelftal. Met roken en alcohol stopte hij al jaren geleden en met koffie en thee is

hij zeer matig. Volgens zijn huisarst beschikt hij over een uitstekende lichamelijke conditie, maar het lukt hem niet om de gedachte aan een naderende dood van zich af te zetten. Zijn vrouw of kinderen, met wie hij een goede relatie zegt te hebben, bemoeien zich zo weinig mogelijk met zijn angstklachten: hij wil dat ook zo houden en probeert er liefst alleen doprheen te komen.

Zijn behandelgeschiedenis is zeer uitvoerig: de laatste tien jaar was hij nagenoeg continu in therapie, bij herhaling op dezelfde polikliniek, verder afgewisseld door een prive psychiater, alternatieve genezers en een fysiotherapeut. Vrijwel alle gebruikelijke technieken voor bestrijding van paniek en vermijding zijn op hem toegepast: hyperventilatieprovocatie en oefenen met de plastic zak, relaxatie en ademhalingsstraining, exposure in vivo en schrijfopdrachten m.b.t. zijn angstige gedachteninhouden. Verder slikte hij Anafranil, waarvan hij nu nog een onderhoudsdosering van tweemaal 10 mg gebruikt. Dit alles is overigens niet zonder resultaat gebleven: er zijn beslist minder angstaanvallen dan vroeger en wanneer ze optreden lukt het hem meestal ze min of meer onder controle te krijgen door ademhalingsoefeningen en relaxatie. Veel patienten met zijn toestand zouden waarschijnlijk met de therapie opgehouden zijn en het advies hebben opgevolgd van de huisarts die vindt dat hij het restant van de klachten maar moet leren accepteren. Daar voelt de heer Vermeulen niets voor: hij meent dat "de oorzaak" van zijn klachten nog

7

niet voldoende is opgehelderd en dat ze bovendien geheel moeten ophouden voor er met behandelen kan worden gestaakt. Door opeenvolgende therapeuten wordt hij nogal eens als "dwingerig" getypeerd en zijn aandringen op een volledig afdoende behandeling zal hier niet vreemd aan zijn. Zelf is hij niet erg te spreken over het merendeel van zijn vroegere therapeuten, waarvan hij er nu zo'n zestal heeft meegemaakt. Zijn voornaamste bezwaar is dat de behandelaars te snel tevreden zijn met een beperkte vooruitgang en onvoldoende aandacht hebben besteed aan het waarom van zijn klachten. Mijn persoonlijke bemoeienis met hem dateert van de laatste verwijzing, inmiddels twee jaar geleden. Op dat moment waren er afwisselend periodes met veel en relatief weinig nachtelijke angstaanvallen. Het was zijn uitdrukkelijk verzoek om hypnose aan te wenden en hopelijk daardoor een definitieve oplossing te bereiken. Bij een bepaling van de hypnotiseerbaarheid bleek hij middelmatig te scoren: 2 op een schaal met een maximum van 5. De behandeling werd uitgevoerd door een supervisant, die hem de methode van de "clenched fist" bijbracht als manier om spanning en angst verder onder controle te krijgen. Deze techniek werkte wel en hij voegde ze toe aan zijn bestand van psychologische EHBO-maatregelen bij paniek. Hetzelfde gebeurde met zelfhypnosebandjes die van rustgevende voorstellingen waren voorzien.

Inmiddels werd geoordeeld dat het overlijden van zijn vader een thema was dat meer systematische aandacht verdiende.

Vanwege vertrek op korte termijn kon zijn therapeut hier alleen een begin mee maken door middel van schrijfp opdrachten. De opvolger van deze behandelaar vulde dit aan met een hypnosezitting waarin leeftijdsregressie werd gebruikt om zijn herinneringen aan de plotse dood van zijn vader weer op te roepen. Deze zitting werd een voor hem zeer ingrijpende ervaring, waarin hij naar zijn beleving eindelijk afscheid nam van zijn vader, die hij opgebaard zag liggen. Naar zijn overtuiging was er een soort keerpunt bereikt en hij had voor het eerst veel vertrouwen in zijn verdere herstelkansen. In aansluiting op deze zitting leek het ook erg goed te gaan: het aantal angstaanvallen liep terug tot niet meer dan een per maand. Maar inmiddels was het midden zomer, en dat was toch de tijd dat de klachten minder erg waren. De cruciale periode zou de komende winter zijn.

Onverwacht vertrok ook zijn tweede therapeut, zodat ik besloot zelf de behandeling over te nemen om hem een nieuwe overgang naar een onbekende te besparen. Mijn inschatting was dat er niet veel meer hoefde te gebeuren, en zo dacht hij er zelf ook over. Maar naarmate de dagen korter werden kwamen de angstaanvallen steeds vaker terug, hoewel hij het gevoel bleef houden de dood van zijn vader wel verwerkt te hebben. Gedachten aan zijn eigen dood hielden hem veel meer bezig dan het overlijden van zijn vader. Twee maatregelen leken mij wel zinvol: ten eerste een poging om met een antidepressivum het optreden van paniekaanvallen te

bestrijden. Daarvoor koos ik het nieuwe middel Fevarin. Al na twee weken staakte hij deze medicatie omdat de klachten eerder toe- dan afnamen. Het tweede voorstel was dat hij bij wijze van preventie alle als werkzaam ervaren maatregelen systematisch dagelijks zou inoefenen, ook zonder dat er van klachten sprake was. Dit hield in dat hij elke avond een hyperventilatieprovocatie zou uitvoeren, gevolgd door buikademhalingsoefeningen, relaxatie en de "clenched fist"-oefening. Deze misschien ook als "zware last" te typeren instructie had als doel zijn spanningsniveau zo laag mogelijk te krijgen en door het vergroten van zijn routine eventuele resterende anticipatie-angst verder te doen afnemen. Met tegenzin voerde hij deze voorstellen uit: naar zijn mening zouden nieuwe sessies met leeftijdsregressie meer opleveren. Uit de eerdere schrijfp opdrachten was niet duidelijk geworden dat er nog andere thema's dan de dood van zijn vader aan de orde moesten komen. Ook in het gesprek kon hij niet aangeven waar die leeftijdsregressie dan naartoe moest.

Ik had weinig verwachtingen over een dergelijke sessie en vertelde hem dit. Ik was het eigenlijk met zijn huisarts eens, dat we waarschijnlijk op een niveau waren aangeland waar verdere verbetering zou uitblijven. Verdere vooruitgang trad overigens niet op na de door mij voorgestelde maatregelen. Omdat hij bleef aandringen spraken we af toch nog een nieuwe sessie aan regressie te wijden. Dit werd uitgevoerd volgens de door Edelstien (1981) beschreven

methode van de "affect bridge": na de hypnose-inductie werd hem voorgesteld zich te concentreren op het gevoel van de doodsangst en in zijn herinnering de ervaringen te laten opkomen waarbij dit gevoel eerder was opgetreden. Prompt vertelde hij een gebeurtenis die ik al uit de status kende: toen hij ongeveer twintig was en als schipper werkte schrok hij hevig toen hij het lijk van een drenkeling aan zijn bootshaak optrok. De daaropvolgende nacht had hij zijn eerste paniekaanval. Binnen twee weken werd hij nog tweemaal met de dood geconfronteerd: de eerste keer toen weer een drenkeling bij een sluis werd opgevist en opnieuw nadat een havenarbeider op zijn boot te pletter viel. Toen besloot hij te stoppen met varen. Op zijn nieuwe werk maakte hij meteen mee dat een collega kort na elkaar twee epileptische insulten kreeg, wat voor hem niet minder aangrijpend was dan de eerdere confrontaties met de dood. De laatste van de serie herinneringen was dat hij met zijn vrouw enkele jaren later hun zes maanden oude baby dood in de wieg vond. Terwijl hij deze gebeurtenissen vertelde was hij wel emotioneel, maar niet meer dan ik hem in eerdere gesprekken al had meegemaakt. Na afloop van de zitting voelde hij zich opgelucht. Zijn typering voor het gebeuren was: "een aardige schoonmaak". Inmiddels is de sterfdag van zijn vader gepasseerd zonder dat, zoals gebruikelijk, zijn klachten opnieuw toenamen. Voor alle zekerheid kreeg hij als nieuw huiswerk de opdracht om alle verdere confrontaties met dood en ziekte die hij zich zou kunnen herinneren op te

schrijven, met het vooruitzicht dat daar nog eens een tweede hypnosessie aan besteed zou worden.

bespreking

Met deze langdurige voorgeschiedenis is het verstandig om tenminste een jaar te wachten voor dit als een geslaagde behandeling wordt beschouwd. Een kanttekening die op dit moment al gemaakt kan worden is dat het bij deze regressie niet ging om het bewust maken van verdrongen herinneringen: geen van de incidenten die tijdens de sessie aan bod kwamen was hij voor die tijd vergeten. Sommige, zoals het opdreggen van het lijk stonden al in de status genoteerd. De intensiteit van het affect lijkt mij evenmin de cruciale factor omdat de emoties niet eens zo hoog opliepen. Daarentegen zal het feit dat zijn herhaaldelijk geuite wens eindelijk werd gehonoreerd zeker hebben bijgedragen tot het effect van de zitting. Verder denk ik dat het van belang was dat de verschillende afzonderlijke gebeurtenissen die de sessie naar voor kwamen als een samenhangend patroon werden beleefd, waaruit ook een verklaring voor zijn "doodsangst" volgde.

Negatieve "life events" die met bedreiging en gevaar te maken hebben zouden in de voorgeschiedenis van personen met angststoornissen vaker voorkomen (ref), maar deze bijna wekelijkse confrontatie met aan de dood gerelateerde voorvallen is wel erg ongewoon. Het is goed voor te stellen

dat hij door het vroege en plotse verlies van zijn vader al was gesensitiseerd voor het thema "ziekte en dood". De leeftijdsregressie waarin dit alles uitvoerig aan de orde kwam kan ook worden opgevat als een vorm van exposure die tot habituatie leidde. Hij vertelde de zitting daarop iets dat wel in redenering past: toevallig was in de week na de regressie zijn hulp ingeroepen bij het wegslepen van een stervende koe. Hij kon aan dit verzoek voldoen, en was enigszins tot zijn verwondering vrij rustig tijdens en na het hele gebeuren.

Ook het feit dat zijn klachten als een begrijpelijke reactie op gebeurtenissen werden afgeschilderd zal er toe hebben bijgedragen dat ze minder geheimzinnig werden. Het etiket "doodsangst" sprak hem meer aan dan de omschrijving als "hyperventilatiesyndroom" die eerder was gebruikt.

Tot slot is er het feit dat hij de voor hem symbolische leeftijd van 47 jaar heeft overleefd: ook dit zal wel tot zijn rustiger stemming hebben bijgedragen.

Ook over de rol van hypnose in dit geheel valt verder te speculeren. Voor hem is de meeste vooruitgang toe te schrijven aan de paar zittingen waarin het verleden aan bod kwam op een manier die indringender is dan een gewoon gesprek. De overige toepassingen van hypnose, waarin eerder sprake is van het aanleren van "coping"technieken hebben op hem veel minder indruk gemaakt. Er zijn nogal wat agorafobiepatiënten die na afloop van een behandeling met exposure in vivo nog behoorlijk veel klachten overhouden.

Wellicht zou het nuttig zijn om vaker van dit soort regressietechnieken gebruik te maken.

referenties

Edelstien, M.G. (1981)

Trauma, Trance, and Transformation. A clinical guide to hypnotherapy. New York, Brunner/Mazel.

Fenichel, O. (1945)

The psychoanalytic Theory of Neurosis
New York, Norton & Co 1111

Lange, A (1987)

Leeftijdsregressie op papier
Directieve Therapie, 7, 70-78

Velden, K. van der (1987)

De les van Charcot
Directieve Therapie, 7, 5-21.

Over de behandeling van As-II problematiek, 3:
de antisociale persoonlijkheid.

Kees Hoogduin.

Inleiding.

De mensen die gebukt gaan onder deze stoornis maken het zichzelf en anderen niet gemakkelijk in het leven. Het lijkt erop alsof in hun handelen steeds kwaadaardigheid zit.

Bij de bespreking van persoonlijkheidsstoornissen kan men zich de vraag stellen of het hier niet gaat om een variant waarbij erfelijke en milieufactoren gezamenlijk bijdragen tot dit type mensen.

Binnen de paardenwereld kent men het "zure" paard. Een paard dat zijn ruiter op het moment dat deze hem optuigt, graag mag bijten. De stalknecht zal dit paard nooit achterlangs passeren, want indien het paard dit merkt, maag hij graag trappen. Ook andere paarden gaan dit paard uit de weg, slaan, trappen, bijten en nooit eens lekker tegen een ander aan schurken. Eenmaal een ruiter op de rug heeft dit paard streken: bokken en rollen (het eerste om de ruiter af te gooien, het tweede om zelf boven te komen liggen) en de zee in bij het langs het strand galopperen. In de duinen aangeland kan hij echt onaangenaam zijn. De dennen zijn in Nederland tot ongeveer twee meter hoogte vrij van takken, daarboven zitten, vaak dode zijtakken. De auteur maakte eens mee hoe een dergelijk paard met zijsprongen zeer kort langs deze bomen rende. Zelf bleef het paard gespaard van contact met de puntige, dorre zijtekken, de ruiter kon alleen door plat op het paard te gaan liggen de takken enig-

zins vermijden: een zuur paard: een paard met een antisociale persoonlijkheid als het ware.

In dit artikel wordt een patiënt besproken die zichzelf en anderen grote narigheid bezorgde. Nadat de huisarts enige klappen in ontvangst had moeten nemen, meende deze er juist aan te doen patiënt acuut aan te melden bij de RIAGG ter beoordeling van een eventuele opname.

Gevalsbeschrijving.

De heer Van der Voort komt in gezelschap van zijn vrouw. Hij is nog steeds woedend op de hele wereld. De huisarts had de klappen gekregen, omdat hij weigerde de gemeente te bellen voor andere huisvesting. Van der Voort vindt dat hij niet prettig leeft in zijn huidige huis. Het is te klein en daardoor zou hij gespannen raken en vrouw en kinderen steeds slaan. Zijn vrouw vult aan: "Als hij zo'n bui heeft, is hij een beest." Hij heeft eerder in verband met agressief gedrag in de gevangenis gezeten. Voorts zijn er in het verleden problemen geweest met verdovende middelen. Hij vertelt ook hevige angsten te kennen. Hij wordt soms gekweld door vreselijke, sadistische, bloederige fantasieën en allerlei vage, dreigende beelden. Hij zou dan in paniek raken en soms niet meer weten wat te doen. Daarnaast heeft hij last van sodomie. Hij kan plots de drang krijgen 's avonds of 's nachts de wei in te gaan om sexueel contact met koeien te hebben. Patiënt leeft van een bijstandsuitkering, waar hij allerlei klussen naast doet. Hij

was de tweede echtgenoot van zijn vrouw - haar eerste echtgenoot had zich gesuïcideerd -. Zijn vader en broer waren door zelfmoord om het leven gekomen. Zowel man als vrouw maakten meerdere psychiatrische opnamen mee.

Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis lijkt niet de meest geschikte oplossing van de problemen, vooral omdat de patiënt daar zelf ook niet voor voelt. Met een aanbod de angst, spanning en woede met medicijnen in eerste instantie te behandelen kan hij accoord gaan.

Tijdens het eerste gesprek golft zijn woede op en neer. Patiënt draagt een gehoorapparaat. Wanneer het gesprek enige tijd over zijn gedrag jegens vrouw en kinderen gaat, springt hij plots schreeuwend op, rukt zich het gehoorapparaat uit het oor en gooit dit tegen de muur kapot. Op mijn vraag waarom hij dit doet, brult hij dat het toch niet goed werkt. Hij krijgt Dipiperon 3 x 40 mg, Temesta 3 x 1 mg en er wordt een afspraak voor de volgende dag gemaakt.

De volgende dag is hij rustiger, de problemen worden wat duidelijker. Hij zegt, dat wanneer hij zo kwaad wordt er een waas voor zijn ogen komt, dat hij niet meer weet wat hij doet. Hij zegt bang te zijn zo een keer een einde aan zijn leven te maken. De echtgenote zegt dat ze er niet langer tegenop kan. Ze zegt van haar man te houden, maar niet aan zijn sexuele verlangens tegemoet te kunnen komen, wat ze overigens wel graag zou willen. Van der Voort vertelt vervolgens dat zijn vrouw na het zien van pornografische films wel in staat was tot een goed sexueel contact. Dan informeert hij of het huren van pornofilms via het ziekenfonds te regelen valt. De therapeut deelt hem voor-

zichtig mee niet te geloven dat deze verstrekking in het zieken-
fondspakket zit.

Er wordt afgesproken dat wanneer hij weer zo'n "bui" krijgt,
hij 10 mg Temesta ineens inneemt om zijn spanning te verminderen.
Vervolgens wordt een nieuwe afspraak een week later gemaakt.

De verdere behandeling heeft bestaan uit bestrijding van zijn
paniekaanvallen met behulp van hyperventilatieprovocatie, waar-
bij hij thuis samen met zijn vrouw heeft geoefend. Hij rapporteerde
na twee zittingen dat de klachten voorbij waren. De sodomie werd op
zijn verzoek eveneens bij de behandeling opgenomen. Hij vertelde
bijna huilend dat die activiteit "heus niet zo leuk was", omdat hij
daarbij besmeurd werd met koeiepoep. Ook zijn vrouw vond het
geen pretje, daar zij zijn kleding reinigde. Voor de aanpak van
deze sexuele eigenaardigheid werd het volgende advies gegeven:
Zodra hij de neiging had zich aan dit gedrag over te geven,
zou hij proberen zich ertegen te verzetten door bijvoorbeeld
afleiding te zoeken. Indien dit echter niet lukte dan zou hij zijn
vrouw bij de oplossing van het probleem betrekken. Op het moment
dat hij naar de wei vertrok, zou hij zijn vrouw vragen hem te
vergezellen om hem als het ware op te vangen in deze moeilijke uren.
Tijdens de volgende zitting bleek de nachtelijke tocht eenmaal
gemaakt te zijn, alleen de laatste fase, het intieme contact met
de koe, bleek niet te hebben plaats gevonden. Patiënt had in
het zicht van de koe besloten in zijn Buick te blijven en hij
had vervolgens gemeenschap ter plekke met zijn partner.

Gedurende de behandeling die negen weken (zeven zittingen) in beslag nam, werd de medicatie afgebouwd. Patiënt hervatte zijn werkzaamheden in zijn garagebedrijfje (zwart). Man en vrouw waren tevreden over het bereikte resultaat. Bij nieuwe problemen zouden zij weer contact opnemen. Sindsdien (1½ jaar) heeft een dergelijk verzoek niet plaatsgevonden.

Behandeling in een adolescentengroep op een psychiatrische dagkliniek

Dick N. Oudshoorn, kinder- en jeugdpsychiater

Sedert ongeveer twee jaar functioneert op de psychiatrische dagkliniek bij het Merwedeziekenhuis (vm. Gemeenteziekenhuis) te Dordrecht een groep voor adolescenten vanaf zestien jaar. Sinds begin 1986 draait er ook een groep voor jonge adolescenten (pubers) van twaalf tot en met vijftien jaar.

Na enige algemene informatie te hebben gegeven worden twee aspecten nader besproken te weten:

- a) Groepsdynamische aspecten
- b) Directieve therapeutische elementen.

Algemene informatie over deze groepen:

Welke jongeren nemen we op? De oudere groep bestaat uit tien jongens en meisjes vanaf zestien jaar met uiteenlopende, maar altijd hardnekkige klachten en problemen. Ambulante behandeling op onze eigen kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek of op het RIAGG heeft onvoldoende soelaas geboden maar anderzijds is klinische opname ook niet aangewezen. Er zijn voldoende waarborgen dat de adolescent de volgende dag weer aanwezig zal zijn en hij ondervindt daarbij enige steun van het 'thuisfront'.

Voor de pubergroep geldt hetzelfde; alleen zal de omvang ervan hooguit zes jongens en meisjes bedragen.

De diagnoses omvatten vrijwel de gehele DSM-III (m.n. angststoornissen, somatisatiestoornissen, dissociatiestoornissen, dysthyme beelden, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen t/m borderline) maar we nemen op de dagkliniek géén acute psychiatrie op, zoals jongeren met bloeiende psychotische syndromen of vitale depressies met reëel suicidegevaar. Ook nemen we geen adolescenten bij wie drugs- of alcoholverslaving/afhankelijkheid op de voorgrond staat. In de derde plaats vormt ernstig agressief/destructief gedrag een contra-indicatie voor dagbehandeling.

Doelgericht geformuleerd nemen we jongeren op ten einde:

- a) Een vastgelopen ontwikkeling weer op gang te brengen, op school (vooral bij de pubers is de inboekingsdiagnose vaak 'schoolfobie'), op het werk, bij het loskomen van thuis ('afnavelen') en in de omgang met de groep leeftijdgenoten ('peer group');

- b) Vergroten van sociale vaardigheden, bevorderen van een positiever en realistischer zelfbeeld en adequaat zelfvertrouwen;
- c) Leren onderkennen van eigen problemen plus het aanleren van adequaat gedragspatronen. (We vinden dat het eerste zonder het tweede weinig zin heeft).

Verwijzing geschiedt vanuit een RIAGG, onze eigen polikliniek of de adolescentengroep van onze psychiatrische kliniek. De reisafstand mag niet meer dan circa drie kwartier bedragen. De intake bestaat uit een gezinsgesprek en een individueel gesprek; bovendien draait de aangemelde adolescent een dag mee zodat hij/zij ook weet waar die aan begint. Voorwaarde is ook dat de ouders (indien beschikbaar) de maandelijkse oudergroep bijwonen, en zo nodig ook gezinsbehandeling accepteren. De duur van de dagbehandeling is drie tot acht maanden. De oudere adolescenten komen vijf ochtenden (zodat ze een goed ritme kunnen opbouwen en op tijd opstaan) en de pubers vier middagen (wat hun de mogelijkheid biedt een groot deel van het schoolprogramma te volgen zodra ze daaraan toe zijn).

Het is zeer vruchtbaar wat buiten gebeurt binnen de groep te bespreken; alledaagse ervaringen zijn noodzakelijk om een teveel aan 'navelstaren' met navenante vervreemding van de realiteit van het dagelijkse leven te voorkomen. De tijd buiten de dagkliniek is bedoeld om:

- In de praktijk te oefenen met wat in de behandeling is besproken of afgesproken;
- Een deel van het schoolprogramma bij te wonen c.q. huiswerkopdrachten van school te maken;
- Vrijwilligerswerk te doen of te solliciteren, met name in de eindfase van de behandeling;
- Allerlei andere praktische zaken te regelen, waaronder eventueel ook huisvesting.

De behandeling vindt voornamelijk plaats in de groep. Het programma lijkt op een schoolrooster en omvat zittingen en activiteiten van allerlei aard, sommige meer directief, andere niet of nauwelijks, sommige verbaal, andere nonverbaal, voorts creatieve therapie, bewegings- en ontspanningstherapie en sport. Naast groepspsychotherapie in de strikte zin van het woord zijn er ook zittingen voor rollenspel of psychodrama, en zg. 'themazittingen'.

Elke dag begint met een dagopening onder voorzitterschap van een groepslid. Centraal staat wat ieder groepslid gedaan heeft en van plan is te doen, zowel binnen als buiten de groep. Doel is ook commentaar van elkaar te krijgen.

Iedere adolescent heeft zijn eigen problemen en stoornissen, heeft ook zijn eigen behandelplan, dat in hoofdlijnen door zijn eigen psychotherapeut wordt bewaakt; we spreken van de functie van strateeg. Deze houdt daartoe ook individueel contact met zijn adolescenten, kan daarin problemen behandelen die (nog) niet in de groep bespreekbaar zijn, en kan eventueel ook gezinstherapeutische gesprekken beleggen. Op momenten dat daar aanleiding voor is organiseert hij een evaluatiegesprek waar de betrokken medewerkers en de patiënt (evt. plus ouders) gezamenlijk overleggen over hoe het gegaan is, waar momenteel knelpunten liggen en hoe verder gehandeld dient te worden. Als de voornaamste doelen zijn bereikt wordt een betrekkelijk lange afbouwfase overeengekomen om het bereikte te doen beklijven en om de overgang naar zelfstandigheid optimaal te laten verlopen.

Onze adolescenten zullen zich wel nauwelijks van adolescenten die elders in behandeling worden genomen onderscheiden in die zin dat ze vage doelen hebben, geen planning van hun leven en geen flauw idee hoe ze hun moeilijkheden successievelijk in concrete therapeutische termen en in kleinere stappen zouden kunnen aanpakken. Om dit te bereiken is een wekelijkse plangroepszitting nodig waar dit gezamenlijk, maar toch voor ieder groepslid op zichzelf, wordt doorgesproken. Hoewel dit een moeizame zitting pleegt te zijn is deze onontbeerlijk op straffe dat de hele structuur van individuele behandelplannen die in een groepsgebeuren zijn ingebed, ineens stort.

De groepspsychotherapiezitting wordt geleid door een groepstherapeut met de groepsleider als cotherapeut.

De openingsvraag luidt: "Wie wil iets inbrengen?". Koos begint zijn probleem uit te leggen. Dit doet hij op onduidelijke en onvolledige wijze; de therapeut moet hem helpen met aftasten, omschrijven, verdiepen, spiegelen, samenvatten - en stelt daartoe specifieke vragen maar onthoudt zich (in dit stadium) van interpretaties. Deze eerste ronde is klaar als iedereen begrijpt waarover het gaat; de groepsleden hebben hooguit enkele informatieve vragen gesteld.

In de tweede ronde speurt de therapeut naar relaties tussen groepsprocessen en processen in het eigen milieu van Koos. Herhaling binnen de groep van gezinsinteracties resp. interacties met eigen vrienden en vriendinnen is namelijk aan de orde van de dag. Dan vraagt hij ook of andere groepsleden dit probleem bij zichzelf herkennen. Zodoende wordt een groeps gesprek uitgelokt waarin vaak belangrijke dingen gebeuren zoals: Koos merkt dat hij niet de enige is en niet zo stom is als hij dacht, en ondervindt dat anderen hem begrijpen. Ook kan hij bruikbare tips en commentaar krijgen en daarmee zijn repertoire en blikveld verruimen. Het gaat echter in deze ronde niet speciaal om Koos, doch zoveel mogelijk wordt iedereen erin betrokken.

In de laatste ronde wordt het groeps gesprek teruggeleid naar Koos' probleem en wordt de vraag gesteld wat Koos aan de groepsinbreng heeft gehad en hoe hij nu zelf vindt dat hij zijn probleem het beste kan aanpakken. Dikwijls leidt dit tot een gedragsgerichte afspraak ('opdracht').

Ondanks alle groepsdynamische elementen die niet alleen aan onze doch aan alle therapeutische adolescentengroepen eigen zijn, is de aanpak in Dordrecht directief te noemen:

- concreet en uiteindelijk gedragsgericht;
- in tijd duidelijk beperkt, dwz. relatief kortdurend;
- speelt vooral in het hier en nu (al zijn gesprekken over het verleden geen uitzondering);
- er worden door de jongeren duidelijke adviezen verlangd over wat ze wel en niet dienen te doen;
- huizenhoge, dus onbereikbare en deprimerende idealen worden tot reëlere proporties teruggebracht en er wordt een route ontwikkeld om ze te gaan verwezenlijken;
- er wordt verhoudingsgewijs weinig geïnterpreteerd doch wel geconfronteerd.

Wat beogen we? We streven naar veranderingen op emotioneel, cognitief en gedragsniveau. Onze adolescenten lijken jonger dan hun kalenderleeftijd, voelen zich onzeker, beschaamd, angstig, minderwaardig, niet opgewassen tegen leeftijdgenoten en ouders, maar hebben desondanks dikwijls onwezenlijk hoge normen en idealen, die ze uiteraard niet kunnen verwezenlijken met alle negatieve gevolgen vandien. Ze begrijpen weinig van zichzelf, noch van waarom anderen zo op hen reageren. Ze denken nog erg concreet en doorzien de achtergronden en verbanden van hun problemen of symptomen niet, zodat

gelegener tijd, naar te hopen valt, zal ontkiemen. In dit verband wordt wel van het 'sleeper effect' gesproken.

Het opmer¹ant bua to s_. o, - -tza _s, naoram.am , 'ai elm - , atntbueasam am un_re.am eaam u, -am h,msai , ,t. ta.o gahamtbuo .a eayyam tmzayi_re. j4²Ui_moam=27RE:3 Carmantbu htm ea. s_m ' ,no.iau. specifieke elementen (maar daarom niet minder belangrijk), zoals een veilige omgeving om over jezelf na te denken, geaccepteerd worden zonder overmatige kritiek te

ze er dan ook niets aan kunnen doen. Ze zijn weinig ondernemend (of op de verkeerde manier) en tonen weinig interactionele vaardigheden.

Doelstelling is dat ze een reëler zelfbeeld krijgen, meer leeftijdseigen gedrag gaan vertonen en in het algemeen zelfstandiger en actiever worden. In ontwikkelingspsychologische termen gesteld wordt naar verdergaande individuatie en separatie gestreefd.

Dit alles klinkt ambitieus (en is dat ook), maar hoe valt een en ander in drie tot acht maanden te bereiken? De behandeling op de dagkliniek is erop gericht barrières weg te nemen en de ontwikkeling weer op gang te brengen, maar veel van wat daar wordt aangeleerd is als zaad dat te gelegener tijd, naar te hopen valt, zal ontkiemen. In dit verband wordt wel van het 'sleeper effect' gesproken.

Het opmerkelijke is dat sommige adolescenten over hun moeilijkheden en klachten heen komen zonder ooit iets wezenlijks te hebben ingebracht (T.Fransen,1986). Kennelijk zijn het dan volstrekt aspecifieke elementen (maar daarom niet minder belangrijk), zoals een veilige omgeving om over jezelf na te denken, geaccepteerd worden zonder overmatige kritiek te krijgen, waardoor ze over drempels heen komen en als vanzelf weer in staat zijn om hun opleiding of werk te regelen en de dagbehandeling af te sluiten.

Een van de regelmatig terugkerende problemen is dat nieuwkomers veel moeite hebben met het uitspreken van hun persoonlijke gedachten en gevoelens en dat ze erg geremd zijn. Een bruikbare techniek om een moeilijk spontaan pratende jongere te helpen met zijn entreeverhaal te vertellen is de 'interviewtechniek' waarbij een reeds door de wol geverfd groepslid de nieuwkomer concrete vragen stelt en zo op weg helpt.

Een van de middelen die we bij onze adolescenten ook graag benutten om geremdheid en passiviteit te overwinnen is een modificatie van het spel van Gardner (Gardner 1975; Oudshoorn 1983,1987). Dit spel is oorspronkelijk opgezet om te gebruiken in kindtherapie. Voor een door de Universiteit van Amsterdam ontwikkeld behandelprogramma voor kinderen van gescheiden ouders is het spel met een speciale set kaartjes verkrijgbaar.

In 1986 is door de jongerenafdeling van de dagkliniek te Dordrecht een speciale versie voor adolescenten vanaf vijftien jaar ontwikkeld*. Dit blijkt

* Drs. Marie Renée van den Boogaard heeft hier een groot aandeel in gehad.

een uitstekend vehikel te zijn om groepsinteracties te bevorderen. Het helpt de groepsleden een goed model voor elkaar te zijn om gevoelens en opvattingen over allerlei -vaak gevoelige- zaken te laten zien en bespreekbaar te maken. De groepstherapeut of groepsleider speelt ook mee; zijn/haar reacties hebben een voorbeeldfunctie voor de groepsleden.

Beschrijving van het kaartjesspel voor adolescenten

Over het spelbord heen slingert zich een lange reeks van blauwe, groene en grijze vierkantjes en bontgekleurde rondjes. Ieder heeft een pion die na een worp met de dobbelsteen wordt verplaatst. De vierkantjes corresponderen met drie stapels kaartjes. Op de groene kaartjes staat een vraag naar gevoelens, affectief of sensorisch; op de blauwe kaartjes staan denkvragen die algemene abstracties betreffen of naar persoonlijke standpunten informeren; op de grijze staan opdrachten die hetzij verbaal of in een kort rollenspel moeten worden uitgevoerd. De vragen zijn speciaal voor deze leeftijdscategorie geformuleerd en zijn door de groep herhaaldelijk op hun bruikbaarheid getoetst. Komt men op een rondje dan wordt de draaischijf gebruikt. In de versie voor kinderen geeft deze kans op extra fiches of het moeten afdragen ervan aan een andere speler, maar de adolescenten vinden fiches kinderachtig zodat de schijf een andere functie heeft gekregen. Er staan dingen op als: 'Zoek twee kaarten uit, één die je wilt beantwoorden en één die je beslist **niet** wilt beantwoorden (dat hoeft dus ook niet!)'. 'Zoek een kaart uit voor je linkerbuur'. 'Verzin zelf een kaart van een kleur naar keuze'.

Het spel leent zich voor variaties:

- Aan de hand van de kaartjes die worden getrokken kunnen thema's worden verzameld voor een themazitting of een rollenspel of sociale vaardigheidstraining;
- Men kan ook ter plekke daarop overgaan als de groepsleden dat willen;
- Men kan, ten behoeve van de interactie, ook alle kaartjes zonder bord in het midden van de kring leggen, bv. met als opdracht dat ieder zowel voor zichzelf als voor ieder ander groepslid één hele moeilijke en één hele makkelijke kaart uitzoekt, waarna de uitgeselecteerde kaartjes stuk voor stuk aan bod komen.

Discussie:

Uitgangspunt voor het hier in grote lijnen beschreven behandelprogramma is dat een **combinatie** van groepsdynamische en directief therapeutische

O.V.Z. Harb
Directie van
Post en Telegraaf

elementen bij de behandeling van adolescenten effectiever is dan elk van deze invalshoeken afzonderlijk. Dit is een logisch uitvloeisel van het Strategische Model van de auteur (Oudshoorn, 1985) dat laat zien waarom een behandeling op twee of drie niveaus te verkiezen is boven een behandeling die zich strikt aan één niveau (b.v. psychodynamiek) houdt. Aan interactionele en cognitieve aspecten van iemands problematiek wordt evenveel belang gehecht als aan de strikt intrapsychische kanten ervan.

Een cruciaal aspect van welke behandeling dan ook is de **motivatie** van de patiënt om zich er zo goed mogelijk voor in te zetten. Het belang hiervan komt in de vakliteratuur over adolescententherapie weinig aan bod. In dit artikel is dit ook niet expliciet aan de orde gesteld. De auteur wil hier volstaan met de opmerking dat een therapeut een beweeglijke rol vervult en van alle markten thuis moet zijn om de aandacht van zijn adolescenten bij de behandeling te houden aangezien zij immers zo gemakkelijk psychologisch en evt. ook lijfelijk afhaken. In dit opzicht ligt de parallel met de schoolsituatie voor de hand. Als die te onaangenaam wordt onttrekt de scholier zich er zoveel mogelijk aan. Als het therapieprogramma hem tegenstaat, doordat het beurtelings saai en beangstigend is, gebeurt hetzelfde. Een goed ding is het dan ook om plezierige en verrassingselementen in het programma in te kunnen bouwen, zonder om de hete brei heen te hoeven draaien. Het kaartjesspel is daartoe geëigend. Als een groepslid een kaartje trekt dat met zijn probleem te maken heeft (en het lijkt soms alsof de duvel ermee speelt!) ontstaat er grote hilariteit en kan hij er minder geladen dan in een doodserieuze situatie toch iets over laten horen. Iemand die met zijn sexualiteit omhoog zit krijgt een vraag over een 'natte droom'. Een echte zwart/wit denker moet negatieve eigenschappen opnoemen van iemand die hij graag mag. Iemand heeft net een hele moeilijke vraag beantwoordt en de volgende speler moet hem even later een compliment geven. Humor is een belangrijk therapeuticum...

Literatuur:

- Gardner, R.A. (1975) The Talking, Feeling and Doing Game. In: Psychotherapeutic approaches to the resistant child. Aronson, New York.
- Fransen, T. (1986) Persoonlijke mededeling
- Oudshoorn, D.N. (1983), Het spel van Praten, Voelen en Doen; therapeutisch spel voor kinderen. Uitg.: Psychiatrisch Centrum bij het Merwedeziekenhuis Dordrecht
- Oudshoorn, D.N. (1985), Kinder- en Adolescentenpsychiatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer
- D.N.Oudshoorn, D.N. (1987) Het kaartjesspel; therapeutisch spel voor adolescenten. Uitg.: Psychiatrisch Centrum bij het Merwedeziekenhuis Dordrecht

Enkele gedachten over partners van agorafobici

Alfred Lange

Voorwoord

Sommige onder de TDT redacteuren zullen verbaasd zijn in dit nummer een bijdrage aan te treffen van collega Lange. Was deze niet zeer onlangs weer geopereerd in verband met een zijner vele loszittende ledematen? En zat zijn arm als gevolg daarvan niet in het gips, of op zijn minst in een mitella? En had hij niet aangekondigd dat het schrijven van artikelen de halve onmogelijk was en dicteren van artikelen hem 'niet lag'? Hoezo dan toch...? Het antwoord is simpel. Hij kon het niet laten, om verschillende redenen. De eerste is natuurlijk dat hij zijn vrienden niet graag in de steek laat. De tweede is dat hij beducht is voor de honende woorden van de hoofdredacteur die ongetwijfeld zijn deel zouden zijn indien hij zich achter lichamelijke gebreken zou verschuilen om aan zijn verplichtingen te ontkomen. Ten derde - meest belangrijk - houdt hij ervan om zijn collegae te doordringen van zijn denkbeelden en als hij de kans nu niet grijpt moet hij weer drie maanden wachten voordat hij de belangrijke gedachten, die hij nu weer heeft, kan ventileren. Gelukkig gaat het lichamelijk weer zo wel dat met arm in slinger het Macje best operabel (vat u de woordspeling) is, zij het dat het wat langzamer gaat en de schrijver veel pijn lijdt.

Inleiding

Mijn opvattingen over de behandeling van agorafobie zijn in TDT kringen al enigszins bekend. Men weet waarschijnlijk dat ik van mening ben dat het toepassen van slechts één techniek vaak niet afdoende is, zelfs al bestaat die techniek uit de veelgeroemde exposure. Dat ik deze techniek overigens

geen kwaad hart toedraag blijkt wel uit mijn bijdrage aan het congres in Bloemendaal (Lange, 1985). Per slot van rekening komt in elk van de daar beschreven behandelingen wel enige vorm van exposure voor. Nee, mijn aversie heeft alleen betrekking op het idealiseren van exposure als het enig zaligmakende en dat menen te moeten bewijzen middels dubieuze onderzoekjes. 'Foei, wat is die Lange agressief in de weer' zult u nu denken, 'hopelijk alleen naweën van de narcose'. Waarom vind ik die onderzoeken inderdaad niet zo geweldig? ('dubieus' is natuurlijk veel te sterk). Ten eerste omdat de metingen over het algemeen niet uitblinken in klinische relevantie; is het voor een patiënte essentieel wanneer zij in plaats van 300 meter nu 800 meter (met veel moeite) op straat kan lopen? Ik zou iemand die dat als 'plafond' bereikte toch niet als een succesgeval durven te presenteren. In de onderzoeken, waarop ik doel, leveren dergelijke verbeteringen echter gigantische statistische verschillen, en aangezien kleine p-waarden in de internationale tijdschriften hoog in aanzien staan wordt de rapportage van dergelijke onderzoeken weinig in de weg gelegd, een reden om je onderzoek zo op te zetten. En nu heb ik het nog niet eens over de andere metingen, die nog veel minder zeggen.

Het zal u misschien opvallen dat ik geen namen en jaartallen noem, maar ik wil niemand nu al voor het hoofd stoten en je weet nooit wie uit de kennissenkring TDT te lezen krijgt. Bovendien kan ik u verzekeren dat ik alle verwijzingen zo kan ophoesten als u er prijs op stelt en wil ik alvast verklappen dat de naam van de belangrijkste boosdoener met een E begint en dat de eigenaar van deze naam een veelbelovende, reeds jong hooggeleerde collega is in het noorden des lands, aan wiens integriteit niet getwijfeld hoeft te worden. Een hoop van diens onderzoeken hebben tot doel om niet alleen exposure te bewieroken als het antwoord op alle psychische problemen die men zich kan voorstellen, maar hij ijvert - logisch natuurlijk - ook ervoor om te bewijzen dat andere technieken zinloos zijn. Of ze deugen helemaal niet, of ze dragen niet extra bij aan

datgene wat exposure al aan de mensheid voor goeds doet. Zo weet E. diverse publicaties aan te voeren waaruit blijkt dat exposure met relatie-therapie het helemaal niet beter doet dan exposure in zijn upje. Over de methodologie van deze onderzoeken wil ik het vandaag niet hebben, maar ik kan u verzekeren dat er een hoop aan valt te verbeteren. Ik hoop daarvoor in de nabije toekomst enkele voorstellen te doen.

Belangrijker op dit moment is voor mij de constatering dat het involveren van een partner, ook wanneer er geen relatietherapie nodig is, toch zinvol kan zijn, maar dat de ideeën die daarover in de literatuur geventileerd worden mij niet erg aanstaan. Hierover heb ik al eerder in TDT geschreven, in een kritiek op de stencils van Matthews die op de Jelgersma aan partners van fobici worden uitgereikt (Lange, 1986). Mijn bezwaar tegen deze stencils was, en is nog steeds, dat zij bevorderen dat de fobie nog meer het probleem wordt van de partner dan het al was. De partner moet, de fobica 'achter de broek' zitten, helpen herinneren, informeren, prijzen, etc. In sommige gevallen is dat juist ongewenst en is het beter dat de partner zich distantieert van het probleem zodat het wat aantrekkelijker wordt voor de fobica om het vermijdingsgedrag op te geven. In de volgende paragraaf zal ik dat illustreren aan de hand van één, zeer sprekend geval.

Greet Zwart en haar moeder

Over Greet Zwart heb ik al twee maal eerder gerapporteerd (ik lijk wel zo'n ouderwetse psychoanalyticus, die konden ook één geval eindeloos uitmelken). De eerste keer - in 'de multidimensionele behandeling van agorafobie' (Lange, 1985) - werd zij als één van de zes succesgevallen opgevoerd. Daarbij werd eerlijk vermeld dat de behandeling nog niet was afgelopen, maar het verloop leek redenen tot optimisme te geven. De behandeling werd uitgevoerd door twee studentes die elkaar in reeksen van tien zittingen afwisselden. Als de één als therapeut fungeerde, zat de

ander ter consultatie achter de eenrichtingsspiegel. De behandeling bestond uit HV-provocatie, oefenen daarmee, ademhalingsoefeningen, exposure en het coachen van moeder. De cliënte (ong. 30 jaar) woonde samen met haar moeder (andere kinderen waren er niet en vader was al 20 jaar geleden gestorven). Moeder deed alles voor haar dochter: boodschappen, haar begeleiden naar de schaarse vriendinnen (met moeder durfde zij wel op straat), koken, de was, etc.

In het begin van de behandeling werd duidelijk dat cliënte baat zou kunnen hebben bij ademhalingsoefeningen en exposure, maar ook bleek dat zij behoorlijk lui was. Er was altijd wel een excuus te vinden waarom zij op bepaalde dagen niet had kunnen oefenen: het was te koud, het was te warm, het was te glad op straat, zij was lichtelijk ongesteld, en ga zo maar door. Zelfs voor de geleidelijke exposure van collega Hoogduin (De Haan et al., 1985) viel zij maar moeilijk te motiveren. Desalniettemin konden na zo'n 30 zittingen toch wel vooruitgang constateren. Het was een langzame, moeizame therapie maar het ging de goede kant op. Het optimisme bleek echter onterecht. De cliënte viel weer terug in haar oude patroon, en het viel moeder ook steeds moeilijker om zich terughoudend op te stellen. Zij begon weer 'te trekken' in de zin van aansporen tot oefenen terwijl het haar bovendien ook moeilijk viel om haar belonende houding t.a.v. het onzelfstandige en fobische gedrag van haar dochter op te geven. In het boek 'Strategieën in Directieve Therapie', dat binnenkort door uw ijverige collega/auteur van dit artikel op de markt zal worden gebracht, is in het hoofdstuk over agorafobie Greet Zwart dan ook van succes tot mislukking gedegradeerd. Overigens was de behandeling ten tijde van het schrijven van dat werk nog steeds niet helemaal afgelopen. Kortdurende therapie hoeft gelukkig niet altijd kort te duren.

Nadat cliënte vele malen het oefenen (exposure) achterwege had gelaten en de therapeuten meerdere malen hadden gewaarschuwd dat therapie dan geen zin meer zou hebben, werd de behandeling met cliënte

stopgezet, maar niet met moeder. Deze werd uitgenodigd voor een verdere serie van gesprekken, waarin alleen haar houding t.a.v. haar dochter ter discussie zou staan. Het zou er met name om gaan, hoe zij kon zorgen dat het oefenen en beter worden een probleem voor de dochter zou kunnen worden in plaats van - zoals het nu was - voor haarzelf. Tijdens deze gesprekken (eenmaal per drie weken) coachten de therapeuten haar om voor haar dochter alleen het hoognodige te doen (eten in huis halen), en daarnaast steeds meer haar eigen leven te gaan leiden: haar eigen vriendinnen (alleen) bezoeken, haar dochter niet vergezellen wanneer deze vriendinnen wilde opzoeken, etc. Dit alles gebeurde op vriendelijke, maar besliste wijze met als rationale 'dat moeder ook niet het eeuwige leven had en Greet nu alvast een beetje kon wennen aan de situatie als moeder er niet meer zou zijn. Bovendien kon moeder dan deze jaren van haar leven zelf ook wat meer genieten'.

Na een half jaar vasthouden aan deze strategie blijkt de beschrijving van de behandeling van Greet Zwart wederom aan revisie toe te zijn. Nu is er sprake van een promotie van mislukking naar succes. Zij doet fluitend in haar eentje boodschappen, bezoekt in haar upje vriendinnen, zelfs als zij daarvoor gebruik moet maken van tram en/of trein. U begrijpt wel dat ik nog even wacht met dit in een officiële publicatie mee te delen, totdat er een fatsoenlijke, lange follow-up periode is geweest. Ik wil niet opnieuw in mijn hemd staan.

Discussie

1. De conclusies n.a.v. de hier beschreven behandelingen kunnen natuurlijk niet al te extreem zijn. Om te beginnen wil ik helemaal niet beweren dat oefenen met hyperventilatie provocatie en exposure overbodig was in deze behandeling. Integendeel, ik denk dat het een essentiële onderdeel is geweest. Het heeft zowel cliënte als moeder ervan doordrongen dat vooruitgang en zelfs genezing mogelijk was. Pas toen moeder zag dat het

vooral de luiheid van haar dochter was, die het verdomde om te oefenen waardoor zijzelf als een sloof door het leven moest gaan, werd het haar mogelijk om zich anders op te stellen. Zonder de oefeningen, die cliénte later (na het beëindigen van haar contact met de therapeuten en na het veranderen van de houding van moeder) weer uit zichzelf begon uit te voeren, zou zij waarschijnlijk niet de mogelijkheden hebben gehad om van het vermijdingsgedrag af te komen, zelfs al was de lijdensdruk groot geworden. M.a.w. de 'mediatietherapie' via de moeder kon waarschijnlijk alleen slagen doordat de fobische dochter al een pakket aan oefeningen had geleerd.

Een tweede reden om niet al te extreme conclusies te trekken is dat het hier slechts één geval betreft, waarbij het bovendien om een moeder als partner gaat. Men kan natuurlijk van hieruit niet generaliseren naar anderssoortige vormen van samenwonen. Toch meen ik voorzichtig te mogen stellen, dat het niet onwaarschijnlijk is dat patronen als die tussen Greet Zwart en haar moeder zich ook voordoen tussen echtgenoten of anderssoortige partners.

2. Bij het beschouwen van deze behandeling zouden systeemtheoretici hebben kunnen vermoeden dat moeder baat heeft gehad bij de fobie van haar dochter. De fobische klachten zouden een 'functie' hebben gehad (symbiotische moeder/dochter verhouding). Misschien is het goed om te vermelden dat deze hypothese grondig is onderzocht maar verworpen. Moeder wilde echt wel een 'normale' dochter die minder beslag op haar zou leggen, maar vond het moeilijk haar eigen ingesleten gedragspatronen ten aanzien van de dochter te veranderen. Alleszins begrijpelijk. Ik vraag me af wat er gebeurd zou zijn wanneer een doorgewinterde systeemtherapeut desondanks volgens het 'functiemodel' was verder gegaan. Ik denk dat het arme mens dan helemaal was dolgedraaid.

3. De belangrijkste reden om mij i.v.m. Greet Zwart opnieuw aan de schrijftafel te zetten is dat het verloop van de behandeling fraai datgene illustreert wat ik al langere tijd verkondig en wat ik in de inleiding hier heb herhaald. Men kan de behandeling bijna als een 'single case experiment' beschouwen van het AB-type (Leitenberg, 1973). Eerst lag de nadruk op HV en exposure, later werd de behandeling volledig gericht op het wegnemen van bekrachtiging door de omgeving. Waar het eerste, met veel inzet van de therapeuten (die meerdere malen waren meegeweest met het oefenen) geen succes had, had het tweede wel een opmerkelijk positief effect. Dit is temeer opmerkelijk daar hierbij 'slechts' sprake was van 'mediatietherapie', het beïnvloeden van de cliënte door een persoon in zijn omgeving te beïnvloeden. Dit alles ondersteunt de gedachte dat het betrekken van een partner bij de behandeling van fobici vaak anders zal moeten gebeuren dan zoals beschreven in de onderzoeken van de al eerder gememoreerde E.*, tenzij men wil aantonen dat het niet nodig is om partners bij behandelingen te involveren.

* De eerlijkheid gebiedt om ook onze goede vriend DiJck hier even te noemen. Ook hij houdt nogal van vergelijkende groepsstudies over de behandeling van fobici waarop het soort kritiek, als hier E. ten deel viel, mogelijk is. Gelukkig paart hij zijn onderzoeksdrijf aan een dermate gezond klinisch oordeel en dermate veel praktische zin, dat ik er van overtuigd ben dat zijn onderzoeksopzetten in de toekomst zullen winnen aan klinische relevantie.

Literatuur

- Haan, E. de, K. Hoogduin & P. de Jong (1985), Geleidelijke exposure bij fobische klachten. *Directieve therapie*, 5 (3), 216-226.
- Lange, A. (1985), Een multidimensioneel behandelingsmodel voor agorafobie. *Directieve therapie*, 5 (4), 319-341.
- Lange, A. (1986), Hulp aan fobische partners. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*. 11 (4).
- Leitenberg, H. (1973), The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journ. Abnormal Psychol.* 82 (1), 87-101.

Een ideale patiënt

Leen Joele

In een eerdere aflevering van T.D.T. berichtte ik reeds over de heer X, een manager van hoog niveau die klaagde over trillende handen.

Inmiddels heeft hij een verslagje van zijn ervaringen opgestuurd, dat een aardig beeld geeft hoe een coöperatief mens met adviezen omgaat.

Wat er met welk soort man gedaan is en wat geholpen zou kunnen hebben, wordt kort besproken. Als illustratie zijn brief en mijn antwoord.

1. De heer X had al eerder getoond (zie het verhaal over de plasfobie) dat hij adviezen opvolgde, wanneer hij rationeel overtuigd kon worden van de zin van die adviezen. Met zulke mensen is het prettig praten. Het is wel belangrijk om juist bij deze mensen goed te letten op de non-specifieke factoren: ook de rationele, zelfredzame types onder ons hebben een, veelal knap verhulde, behoefte aan bevestiging, erkenning en geruststelling! Daar weten wij alles van.
2. Zijn trillende handen leken mij aan de ene kant een uiting van sociale fobie aan de andere kant vond ik dat hij echt te veel dronk. Het leek mij los van de eventuele pathogenetische relevantie van het alcoholgebruik, goed om er aandacht aan te besteden bij een man die je als een "succesdrinker" in aanbouw kon zien. Bovendien bood het alcoholverhaal een hypothese.
3. Aanpak via de alcohol leek ook geschikt omdat ik de indruk had dat X meer een gewoontedrinker dan een echte verslaafde was: de aanpak zou niet alleen rationeel goed te verdedigen zijn, doch waarschijnlijk ook snel resultaat opleveren.
4. In ieder geval kon de aanpak van de alcohol ook als afleiding dienen: bij deze zeer prestatiegerichte man zou een succes bij de alcohol wel kunnen leiden tot zoveel extra zelfverzekerdheid dat de sociaal fobische verschijnselen erdoor bedwongen zouden worden.

5. Het alcoholprobleem werd niet als enige verklaring gepresenteerd; ik vond dat het alcoholgebruik ook aan de orde gesteld kon worden in een globale bespreking van de moeilijkheden die ambitieuze en begaafde mensen media vita kunnen hebben: gericht op succes en activiteit en minder op ontspanning en passiviteit.
- In zijn schrijven geeft de heer X mijns inziens ervan blijk dat één en ander goed in het potje is gevallen. Mijn antwoord weerspiegelt wel de sfeer van de gesprekken. Van de hypnose c.q. ontspanningstechnieken had hij al eerder met succes gebruik gemaakt.

Istanbul, 10 januari 1987

Geachte heer Joele,

Wij spraken af dat ik u omstreeks de jaarwisseling zou schrijven, om u op de hoogte te houden over mijn vooruitgang sedert onze serie gesprekken.

Over de gehele periode had ik tweemaal een aanval.

De eerste maal gebeurde het op 25 november, tijdens een vergadering van ons nationaal bestuur (alle bedrijfshoofden zoals ikzelf en de staf-directeuren). Ik moest lang stilzitten terwijl diverse onderwerpen mij niet direct raakten. Gedurende het halve uur dat ik besepte dat aan het einde daarvan de glazen thee binnengebracht zouden worden, begon ik mijzelf op te sarren. Toen overigens het moment daar was, was het een kwestie van slechts seconden - daarna voorbij.

De tweede maal overkwam het me toen ik travellerscheques ging halen bij de H.B.U., op 17 december. Ik moest deze persoonlijk ondertekenen in aanwezigheid van één van de Nederlandse bankmanagers die ik redelijk goed ken. Eerst bedankte ik voor een kop koffie, maar toen ik nogal lang moest wachten voordat de cheques kwamen, nam ik bij volgend aandringen toch aan. Ook de koffie liet op zich wachten en ik voelde de onaangename anticipatie in me opkomen. Ik besloot eerst de cheques te ondertekenen voor de koffiekop aan te raken, omdat ik "zeker wist" dat het mis zou gaan. Dankzij minder gelukkige coupures bleken de cheques er zeventig in aantal te zijn, en toen ik naderhand met inderdaad trillende hand de kop oppakte, veinsde ik dat dit van alle handtekeningen kwam. De koffie was nog vrij smerig ook.

Beide gevallen hadden één omstandigheid gemeen, en dat is dat ik me zwak voelde, welk in de laatste maanden van het jaar in Istanbul onbarmhartig toesloeg en de eigenschap had vrij lang te blijven doorsudderen.

Dat was dan de negatieve kant. Want hier staat tegenover dat ik inderdaad heel veel situaties heb overwonnen. Ik zeg expres overwonnen, omdat het om situaties gaat waar ik vóór onze gesprekken geweldig en in toenemende mate tegenop zag. Ik weet nu ook vaker van tevoren dat het onaangename gevoel de kop nauwelijks of helemaal niet zal opsteken.

Wat zijn de dingen die helpen?

1. Minder alcohol.

Sedert uw advies heb ik mijn alcohol-houdende dranken verbruik vrijwel gehalveerd. Met name zette ik een streep door de dagelijkse borrels vóór en wijn aan tafel! Door de week thuis drink ik anderhalve whisky na negenen 's avonds, als ik rustig nog wat lees of wat klets met mijn vrouw. Daarnaast drink ik veel bewuster tijdens sociale gelegenheden. Ik volg dit door dagelijks alle glazen op te tellen en het voortschrijden wekelijks totaal bij te houden. Om u een indruk te geven:

<u>w.e.</u>	<u>aantal</u>
19/10	30
26/10	24
02/11	28½
09/11	31
16/11	34
23/11	31½
30/11	26½
09/12	32
14/12	32½
*	
09/01	25½

* Met Kerst en Oud-en-nieuw was ik met het gezin met vakantie in Frankrijk en hield ik dat statistiekje niet bij.

De discipline bevalt mij goed, en ik heb geen bijzondere moeite het vol te houden.

2. Voldoende slaap en lichamelijke oefening.

3. Een actieve, positieve attitude.

Zolang ik in staat ben een houding aan te nemen op het beheersen of - sterker nog - het activeren van situaties, heb ik geen probleem.

Ik heb het gevoel dat de zelf-hypnose oefeningen welke ik nog steeds af en toe doe, mij helpen een dergelijke gemoedstoestand sneller te bereiken. Geheel vanzelf komt het overigens niet, zeker niet als ik van tevoren weet dat ik een conflictsituatie of een bepaalde contraverse tegemoet ga.

Al met al registreer ik een sterk opgaande lijn ten opzichte van de periode voorafgaande aan onze gesprekken. Aan de andere kant kan ik nog lang niet zeggen dat het allemaal achter me ligt - het blijft nog iets dat me elke dag wel, soms in meerdere, soms in mindere mate, bezig houdt.

Doorwerken dus.

Vooraf moet ik afleren mezelf op te sarren onder met name omstandigheden wanneer ik naar verhouding passief moet zitten wachten en het zekere moment zal komen.

Ik heb natuurlijk veel nagedacht over de paradox die wij bespraken, en ik denk dat ik hem goed aanvoel. Het hinderlijk denken verlegt zich evenwel soms van "het kan me niet schelen" naar "het kan me nu wel niet schelen, maar zal dat op het kritieke moment nog wel het geval zijn?". Hiermee beland ik natuurlijk weer in een evenzeer vicieuze cirkel.

Mijn persoonlijke omstandigheden geven geen aanleiding tot bijzondere aandacht. Ik ben blij met, zo niet trots op de harmonie welke er in mijn gezin heerst, en op de persoonlijke vooruitgang die ieder van de kinderen boekt.

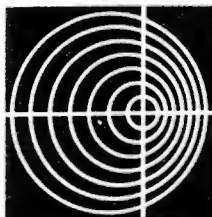
Wat mijn werkomstandigheden betreft, is het jaar uiteindelijk fraai afgesloten, hetgeen naar ik weet op mijn hoofdkantoor niet onopgemerkt voorbij ging.

Nu ik weet dat ik mezelf onder wat ik actieve omstandigheden noem, behoorlijk onder controle heb, zal ik me met mijn auto-hypnotische oefeningen meer gaan toelagen op passieve en met name op "het niets kunnen schelen wat ook" situaties. Misschien dat bepaalde ademhalingsoefeningen helpen kunnen tijdens het "wachten op". Mocht u nog bepaalde adviezen hebben dan hoor ik dat gaarne van u.

Rest mij u een voorspoedig 1987 toe te wensen.

Met vriendelijke groeten,

De heer X.-



Bloemendaal

christelijk psychiatrisch centrum

40
Monsterseweg 93
2553 RJ 's-Gravenhage
Postadres
Postbus 53002
2505 AA 's-Gravenhage
Telefoon 070 910101
Postgiro 62972
Rabobank 323113907

Direktie

ons kenmerk

LJ/jh/87.062
onderwerp

's-Gravenhage

16 februari 1987

Zeer geachte heer,

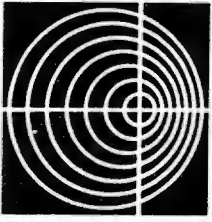
Allereerst dank voor uw vriendelijke nieuwjaarswens; uiteraard wens ik u en de uwen ook een voorspoedig en gelukkig 1987.

Ik maak u mijn complimenten voor de discipline die u in de staat blijkt u zelf op te leggen. Het is helaas namelijk eerder regel dan uitzondering dat mensen die teveel drinken het geheel eens zijn met artsen die daar opmerkingen over maken, doch daar verder geen enkele praktische consequentie aan verbinden!
± 30 consumpties is acceptabel als totaal.

Uw lever zou het nog prettiger vinden wanneer u enkele dagen per week totaal niets zou drinken. Het bijhouden van het aantal consumpties is overigens een uitstekende methode om "afglijden" tegen te gaan.

Het feit dat u slechts twee keer een lichte "aanval" hebt gehad, is een zeer hoopvol teken. Het lijkt me goed mogelijk dat het feit dat u zich in beide gevallen zwak voelde een belangrijke rol heeft gespeeld. Een mogelijkheid is ook dat u er in het algemeen slecht tegen kunt dat u "zwak" bent. Ik bedoel niet dat er op zich iets nastrevenswaardigs aan "zwakte" is, wel dat het nu eenmaal zo is dat zelfs de sterkste en meest begaafde medemensen ook wel eens in een zwakke positie terecht komen; het is een rol die u nooit goed heeft kunnen oefenen!

Zwakke lijkt voor u, zo kwam in me op, ook te kunnen betekenen dat u niet zelf volledig meester bent over uw tijd: andere mensen of de omstandigheden bepalen soms ook wat u wel of niet op een bepaalde tijd moet doen. Voor een actief mens kan dat spanning opleveren.



Het lijkt me een goed plan om u bij oefeningen in zelfhypnose te richten op het in gedachten en voorstellingen trainen van de posities waarin u gedwongen bent passief en afhankelijk te zijn; de actieve, positieve instelling is ruim voldoende van nature bij u aanwezig!

Nogmaals mijn complimenten, vriendelijke groeten, en veel succes.

L.J. Joele, zenuwarts.

De behandeling van de vrouw met de vuist van staal.



C.A.L. Hoogduin.

Inleiding

Conversieverschijnselen zijn vaak moeilijk te onderscheiden van somatische, neurologische aandoeningen. Ook wanneer de verschijnselen een zeer bizar karakter hebben, blijft de differentiaal diagnose ingewikkeld. Immers, ook neurologische stoornissen kunnen tot zeer vreemde klachten aanleiding geven. Zo is bijv. de 'arc de cercle' van de grande hystérie niet te onderscheiden van de opistotonus die gezien wordt bij de ziekte van Wilson of ten gevolge van bepaalde neuroleptica. Ook de bij de arc de cercle beschreven 'coïtus-achtige' bewegingen worden waargenomen indien de boog ontstaat ten gevolge van de extrapyramidale bijwerkingen van bijv. Haldol. Zowel de arc de cercle als de opistotonus ontstaan ten gevolge van een spasme van de lange rugspieren en de nekspieren. Uitputting en nieuwe kramp veroorzaken een soort ritme dat door sommige onderzoekers als obsceen geïnterpreteerd wordt.

Over conversieverschijnselen valt op te merken dat ze vooral ontstaan na een periode van stress en vaak in een lichaamsdeel dat eerder aangedaan was en bij een patiënt die ten gevolge van ziekenhuisopnamen of neurologische aandoeningen bij kennissen of familie op de hoogte was van het bestaan van ziektebeelden die zich bij de patiënt als conversieverschijn-

sel presenteren.

Soms ontwikkelt de patiënt een conversieverschijnsel dat geen enkele gelijkenis heeft met een neurologisch ziektebeeld. In de hierna volgende gevalsbeschrijving handelt het om een dergelijk symptoom.

De vrouw met de vuist van staal

Mevrouw Van der Helm is 42 jaar wanneer ze aangemeld wordt op de polikliniek met wel een zeer bijzondere klacht. Ze heeft een hand die tot een vuist gebald is. Ze is niet in staat deze hand te openen, noch is zij in staat de vingers van de hand te bewegen. De vuist is gebald, hoewel de spieren niet gespannen zijn. De duim is vrij van deze verschijnselen. Omdat de vuist zeer pijnlijk werd, heeft zij zich een spalk laten aanmeten die de hand gedeeltelijk openhoudt. Losmaken van de spalk leidt onmiddellijk tot een samenballen van de hand.

De klacht bestaat nu 11 maanden zonder onderbreking. Zestien jaar geleden was het verschijnsel voor het eerst opgetreden. Het had toen slechts enige maanden geduurd. Spontaan was de hand toen geopend. Daarna had ze nog wel eens kortere tijd last. De laatste maal, nu vier jaar geleden, had zij acht maanden aaneengesloten last gehad van de vuist. Daarnaast leidt zij een leven dat in het teken staat van ziekten en klachten. Dit alles, zonder dat ze als klagerig of zielig imponeert. Zij en haar echtgenoot hebben ondanks alles een optimistische kijk op het leven behouden. In de loop der jaren

heeft zij de volgende klachten en aandoeningen gehad: afonie, plotseling bewustzijnsverlies, moeite met plassen, pijnen in gewrichten, buik en hoofd, frequent braken, hyperemesis gravidarum, onregelmatige menstruatie, hyperventilatieverschijnselen, migraine en daarbij een vijftiental operatieve ingrepen aan voeten, enkels, buik, uterus, lipomen. Eenmaal werd zij geopereerd wegens een afsluiting aan de halsslagader (?) aan de linkerkant (de kant van de aangedane hand). Deze laatste operatie vond ongeveer twee jaar voor het ontstaan van de klachten aan de hand plaats. Patiënte is gehuwd en heeft twee gezonde kinderen. Stress, spanningen, problemen en overbelasting worden ontkend. Noch in het verleden, noch in het heden zou er ooit spake zijn geweest van een uitzonderlijke belasting of een ernstig psychotrauma.

Voor de hand was zij een tweetal malen met succes met behulp van hypnose behandeld. Zij was wegens deze klachten en steeds 'wegvallen' opgenomen op een psychiatrische afdeling. Zij had ook autohypnose geleerd. De behandelend psychiater had eerder met succes de hand losgekregen met hypnose. Dit lukte de laatste maal niet meer mede omdat patiënte, zodra ze in trance geraakte, vervaarlijk met de linkerarm begon te zwaaien. Ten slotte had de psychiater in samenspraak met een anaesthesist patiënte onder narcose gebracht, met enig succes, want tijdens de narcose bleek de vuist zich te openen, om zich helaas onmiddellijk weer te sluiten op het moment dat patiënte bijkwam uit de narcose. De psychiater, de speciale belangstelling van de polikliniek van het SHZ kennende voor de behandeling van conversieverschijnselen, verwees patiënte naar de St. Hippolytus polikliniek.

Over het eerste gesprek valt niet zo veel bijzonders te vermelden. Patiënte is boos, omdat ze lang heeft moeten wachten. De psychiater is een beetje geïrriteerd omdat ze zo kwaad is. Er ontstaat enige wrijving, mede veroorzaakt door het feit dat het gesprek 's avonds om 19.15 uur plaatsvindt en de psychiater ook niet meer zo bereid is de boosheid en irritatie van patiënte te interpreteren als een teken van positieve instelling met betrekking tot de behandeling, of als een signaal dat patiënte haast heeft van de therapeutische mogelijkheden gebruik te maken. Na een korte confronterende fase ebt de spanning weg en kan de formele intake plaatsvinden.

De vuist ziet er vreemd uit. Er is geen gelijkenis met een willekeurig gemaakte vuist. De gewrichten zijn niet geprononceerd, maar juist wat ingezonken. De tonus van de spieren is normaal, of zelfs wat aan de slappe kant, dit terwijl het onmogelijk is voor de onderzoeker om de vingers van de hand ook maar één millimeter in de richting van het openen van de vuist te bewegen. Tenminste, er is wel enige beweging mogelijk, doch dit wordt werkstelligd doordat de vingers een beetje scharnieren in de gewrichtjes, wat de therapeut deed besluiten er maar snel mee op te houden uit bezorgdheid dat luxatie, of nog erger fracturatie zou gaan optreden.

De klacht betrof alleen de vingers (niet de duim) van haar dominante linkerhand.

Tot slot zij gezegd dat de enige verandering die in haar leven was opgetreden na haar handicap bestond uit de onmogelijkheid om aardappels te schillen. Zij bleef goed in staat huishoudelijke taken te verrichten en deed die ook. Herhaaldelijk neurologisch onderzoek had geen afwijkingen te zien gegeven. Als verklaring voor de vele lichamelijke klachten en verschijnselen wordt pati-

ente de rationale gegeven dat zij iemand is die geestelijke spanningen - die bij ieder mens voorkomen - lichamenlijk verwerkt. Vaak gaat dat blijkbaar goed, soms echter blijkbaar niet."Daar deze verwerking onbewust verloopt, bent u zelf dus niet staat deze theorie te bevestigen. Het feit, echter, dat u ondanks alle lichamenlijke narigheid toch zo opgewekt bent gebleven, maakt een dergelijke theorie niet onwaarschijnlijk." Dit betekent dat als de klacht van de hand is verdwenen u uw leven niet mag veranderen. De vuist is mogelijk een signaal dat de belasting een bepaalde draagkracht overschrijdt.

Bovendien wordt haar verteld dat hypnose dus een goede benadering was gebleken, alleen was dit door de onrust van de hand niet langer mogelijk. Dit werd uitgelegd als een technisch probleem, dat oplosbaar was. De hand moest eerst weer tot rust komen tijdens de hypnose.

De eerste twee zittingen hebben bestaan uit hypnose waarbij de hand en de arm steeds als zwaar, loodzwaar gesuggereerd werden, hetgeen ten slotte leidde tot rust tijdens de hypnose.

Vervolgens werd tijdens de derde zitting - patiënte had steeds pijn in de bovenarm tot aan de elleboog - gesuggereerd dat de pijn zich zou verplaatsen in de richting van de hand. Hierbij werd de suggestie gewekt dat , indien de hand door de pijn bereikt zou zijn, de mogelijkheid de vingers te bewegen zou kunnen terugkeren. Inderdaad trilde tijdens deze zitting de pink een enkele keer. De pijn verplaatste zich tot aan de pols.

Tijdens de vierde zitting bleek de pijn niet verder te verplaatsen dan de pols. Patiënte vertelde dat het leek alsof er een schot voor zat. Patiënte zou samen met haar man met behulp van zelfhyp-

nose thuis oefenen, vooral omdat de bleke vingertoppen tijdens de zitting roze geworden waren; een teken van verminderde druk op de vingertoppen.

De vijfde zitting was cruciaal. De therapeut begon met een lange inleiding over het beperkte nut van hypnose wanneer er geen vooruitgang geboekt werd. Patiënte bleek namelijk ten gevolge van het teruggaan van de pijn, niet langer geoefend te hebben. Hij vertelde dat deze dag de laatste zitting zou zijn, tenzij alsnog een aanmerkelijke vooruitgang geboekt zou gaan worden. Hij vertelde dat patiënten met dit soort klachten meestal in drie tot vier zittingen een indrukwekkende verbetering bereiken. Zo dit niet het geval zou zijn, zou het mogelijk beter zijn enige tijd te wachten. Aan patiënte werd voorgesteld zo er geen verdere verbetering plaats zou vinden over drie maanden terug te komen; mogelijk zou de klacht dan zelfs spontaan verdwenen zijn.

Patiënte en partner reageerden wat teleurgesteld. Zij moesten iedere keer honderd kilometer rijden om de polikliniek te bereiken. Motivatie was er zeker. De therapeut begon vervolgens de hypnose met wat waarschijnlijk het beste een confusietechniek, afgewisseld met een meer gedragstherapeutische benadering, genoemd kan worden. Eerst een handlevitatie van de rechter- niet aangedane hand, de hand wordt licht, de vingers trillen, wijken uiteen. Vervolgens een hand van Sacerdote links waarbij de hand rigide en zwaar wordt. De hand wordt zwaar en er treedt dissociatie op. Vervolgens wordt de suggestie gegeven dat de pijn uit de hand op weg is naar de pijn in de elleboog. Bovendien werden suggesties gegeven dat het voorwerp dat patiënte in haar hand draagt - een

groot schuimplastic ei - groter en kleiner wordt, wisselend pijn en ruimte geeft aan de vingers.

Na anderhalf uur besluit de therapeut dat het genoeg geweest is. De vingertoppen zijn rozerood doorbloed. Hij pakt een vinger en ontmoet niet langer weerstand. De hand ontspant zich en is open. Vervolgens wordt de suggestie gegeven dat patiënte uit trance komt met dezelfde ontspannen armen. Dat gelukt. Aansluitend is de klacht verdwenen.

De zitting wordt afgesloten met de bespreking van de mogelijkheid dat de hand weer dicht zal gaan. Dit zal op de volgende zitting een reden zijn om tijdens hypnose de toestand eerst te doen verdwijnen om dan patiënte te leren zelf deze toestand te laten oproepen en beëindigen. Opgelucht en dankbaar vertrekt het paar.

Discussie

1. Van belang lijkt eerst vast te stellen dat het bij deze patiënte gaat om een conversieverschijnsel dat slechts een symptoom bleek te zijn van een ernstige somatisatiestoornis. Patiënte voldeed aan de criteria van D.S.M.-III voor deze stoornis. Altijd wat ziekelijk - er was steeds wel iets - en meer dan 14 van de 37 symptomen die in D.S.M.-III genoemd worden. Met betrekking tot de diagnose 'conversieverschijnselen' moet er een relatie aangetoond worden tussen de lichamelijke klacht en een psychisch conflict, of een bepaalde relatie met wat vroeger bekend stond als secundaire ziekte winst: ze zou door het symptoom onaangename dingen kunnen vermijden, of aangename dingen kunnen verkrijgen. Bij deze patiënte was het allemaal niet zo duidelijk. Zij,

noch haar man waren in staat in dit opzicht relevante informatie te verstrekken. Desondanks kon er geen twijfel bestaan aan de diagnose.

2. Van der Hart (1976) hield voor de redactie van het Tijdschrift voor Directieve Therapie een demonstratie die sindsdien bekend staat als de Aikido-oefening met 'de arm van staal' en de 'ring van staal'. Door concentratie en suggesties bleek het mogelijk bij diverse redactieleden een bepaalde situatie in de arm op te wekken waarbij de arm, hoewel ontspannen, niet meer door een ander redactielid te buigen was. Tot onze verbazing bleek zelfs de potige Joele tegen de grond gedrukt te worden, zonder dat de arm boog. Dit alles met een slappe tonus van de armspieren. Zelf mocht ik het genoeg smaken een ring te vormen tussen duim en wijsvinger die na de suggesties van Van der Hart door mijn collegae slechts met grote inspanning te openen was. Ook hierbij waren de spieren slap en ontspannen.

Wanneer teruggekeerd wordt naar de hier besproken patiënte, hebben we te maken met een fenomeen dat grote overeenkomst vertoont met de Aikido-oefening. De hand was niet te openen bij ontspannen spieren, een fenomeen ontstaan ten gevolge van autosuggestie met een vergaande dissociatie.

3. Patiënte had een hystriionische persoonlijkheidsstoornis Er kan geen verklaring gevonden worden voor haar vele klachten, behoudens dat dit aanleiding gaf in eigen kring en bij de medici toch een glansrol te spelen, een heldin die de meest vreselijke klachten als een man droeg. Vaak vinden we dit terug bij deze patiën-

ten. Toch valt het iedere keer weer op, hoe dankbaar ze zijn wanneer ze van het ongerief bevrijd worden. Ziektewinst lijkt dan opeens niet meer te bestaan. Of zou het zo zijn, dat ze soms de dokter tevreden stellen met klachten, wat aandacht en onderzoek oplevert en soms weer met een wonderbaarlijke genezing waardoor de dokter hen opnieuw met aandacht, warmte en dankbaarheid overlaat. Ook al is het onderliggend mechanisme niet te doorgronden duidelijk is dat patiënten die eenmaal een goede therapeutische relatie hebben met hun therapeut als reactie op een dreigende beëindiging van de therapie, vermits deze gebracht wordt als ook een verdrietige ervaring voor de therapeut, soms plotseling aanmerkelijk verbeteren. Zo maar wegsturen, doet klachten vaak toenemen. Bespreken dat de behandeling nu beëindigd wordt, maar over drie of zes maanden weer hervat kan worden, als er de komende één of twee zittingen geen verbetering wordt geboekt, leidt soms tot een onverhoopt succes.

Slot

De behandeling van veel patiënten met conversieverschijnselen maakt het verschijnsel niet minder onbegrijpelijk. Wanneer de boeken over deze patiënten opgeslagen worden, lijkt het helder en klaar. Wanneer een studie van deze patiënten gemaakt wordt, is er niets meer helder en klaar. Wel kan gesteld worden dat met hypnose meestal de klachten wel verholpen kunnen worden, maar hoe ze ertoe kwamen tot een dergelijke klacht te komen, is vaak volledig duister. Ziektewinst, dat staat vast, is onzin. Het lijkt meer op een armoede aan probleemoplossend ver-

mogen. Een armoede aan vaardigheden om met de eisen van het bestaan om te gaan. Het model 'fight or flight' bestaat voor deze mensen niet. Ze gelijken slechts op de spreeuw, die door de kat gevangen is en plots in een 'Totstellreflex' zogenaamd dood lijkt te wachten op zijn kans. Zodra de kat in triomf opkijkt, vliegt de spreeuw op, soms een beetje kwetterend om de poets die hij de kat bakte, maar ook over het feit dat hij erin slaagde te overleven.

Geen 'flight', geen 'fight', maar 'fright' dus. Wat lijken deze mensen op die spreeuw, altijd een beetje triomf in hun ogen. Veel artsen zien alleen die blik en denken aan bedriegen. Ze vergeten dat het ook verbazing is. Verbazing bij mensen die dachten nooit iets te zijn, nooit iets te kunnen en die plots zonder strategie, zonder plan toch maar zo'n groot bedreigend roofdier, zo'n genadeloze wereld te slim af zijn.

Referenties

Hart, van der O. 1976, Persoonlijke communicatie.

Enige **aanvullende** opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van beslissingen bij 'Enige opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van beslissingen' van C.A.L.Hoogduin (Dth 7 (1), 63-69).

Kees van der Velden

Het artikel van Hoogduin waarop ik wil reageren staat vol verrassende en voorzover ik het kan beoordelen volkomen juiste opmerkingen. 't Is eigenlijk zonde er iets aan toe te voegen. Toch moet dit.

De eerste toevoeging moet zijn dat twijfelzucht symptoom kan zijn van een depressie IEZ. 't lijkt futiel, het is misschien ook futiel, maar 't moet gezegd worden omdat het van praktisch belang is.

Heeft iemand met twijfelzucht tevens een depressie IEZ, dan moet immers niet de twijfelzucht behandeld worden maar de depressie, of eerst moet de depressie behandeld worden en aansluitend de evt. resterende besluiteloosheid.

Een voorbeeld biedt een patiënte van Richards polikliniek, wier behandeling ik bij ieder recidief opnieuw mag superviseren. Deze vrouw, studente, nu een jaar of vijftientig oud, tobt periodiek over de vraag of ze toch geen medicijnen moet gaan studeren in plaats van filosofie. Dit probleem groeit haar boven het hoofd, ze slaapt niet meer, ze wordt wanhopig, ze krijgt suïcidegedachten en ze wordt naar de polikliniek verwezen. Op de polikliniek start ze een debat met de assistent aan wie ze is toegewezen en dit debat wint ze, want ze is intelligent en zeer welbespraakt. Er wordt met haar gesproken over de voors en tegens van de onderscheiden studies en ook het hulpmiddel van Hoogduin uit Directieve therapie 2 (waarover hieronder meer) wordt haar voorgelegd, maar het enige resultaat is dat zij weer nieuwe argumenten verzint die een beslissing onmogelijk maken. Het intussen volledig ontwikkelde vitale syndroom werd door de (twee of drie) assistenten die haar totnutoe behandelden steevast over het hoofd gezien, misschien wel omdat ze zo slim kan debatteren en men zelf ook geheel in dit debat opgaat.

Als supervisor mag ik in dit stadium adviseren haar een antidepressivum voor te schrijven (niet Tolvon, maar een werkzaam middel, bijv. Tofranil). Dit advies leidt tot nieuwe debatten tussen assistent en patiënte. Zij is nl. tegen medicijnen, gelooft niet dat het om een biologische stoornis gaat en dringt aan op verdergaande psychodynamische exploratie van haar

probleem. (Ook hierbij mag ik dan natuurlijk weer advies geven.) Wanneer patiënte vier weken Tofranil heeft gebruikt (75 mg, meen ik) is ze weer goed en gaat ze gewoon verder met de filosofiestudie. Een jaar later brengt de volgende assistent deze patiënte weer ter sprake. Het probleem is dan hetzelfde. Weer meent patiënte dat zij voor een

moeilijke beslissing staat en van het feit dat Tofranil haar een jaar eerder goed hielp kan ze zich niets herinneren.

In elk psychiatrisch handboek zal besluiteloosheid als symptoom van depressie genoemd worden, maar dat iemand zijn depressie kan presenteren als een beslissingsprobleem is minder bekend, althans bij de assistenten van Richard Van Dyck (maar ja, hun opleider is ook wel erg veel afwezig geweest). (Overigens heeft deze patiënte een zwaar door melancholieën en vitale depressies geplaagde familie. Men zou toch in ieder geval aan de diagnose depressie hebben kunnen denken.)

Mijn tweede punt betreft de procedure om tot het nemen van beslissingen te komen die Hoogduin in Directieve therapie 2 beschreef. Ik deed hiermee een pijnlijke ervaring op die leerzaam kan zijn.

Mevrouw Winter, vijftig jaar, echtgenote van een tuindersknecht, kon niet besluiten in welk huis zij wilde wonen. Zij woonde in een flat, maar haar was kortelings een eengezins-doorzonwoning aangeboden, en het was naar dit type behuizing dat zij, haar man en haar tienjarige dochter al zo lang hadden uitgezien. Toch kon zij er niet toe komen om de doorzonwoning te betrekken. Haar man had bij de instanties gedaan gekregen dat zij de beslissing mochten uitstellen. (Wel moest hij in deze periode natuurlijk dubbel huur opbrengen.) Toen na een halfjaar nog geen uitzicht op een oplossing was ontstaan werd het paar naar mij verwezen. (De verwijzer verwachtte dat ik als directief wonderdoener hier ook wel een oplossing voor wist.)

Mevrouw had alle kenmerken van een diepe vitale depressie, en de afspraak werd gemaakt dat er niet over huizen gesproken zou worden voor haar depressie zou zijn opgeklaard. Mevrouw kreeg Ludiomil, maar werd hiervan ongelukkigerwijs vreselijk ziek. Vervolgens kreeg zij Tryptizol en na een week of drie, vier was ze weer geheel de oude.

De huizenkwestie kon nu besproken worden.

De man vond dat zij moest beslissen. Hij zou zich bij elk besluit sans

rancune neerleggen, beloofde hij. Als een herhaling van de afgelopen zes maanden hem maar bespaard zou blijven.

De dochter vond dat de doorzonwoning de voorkeur verdiende, maar niet als moeder daar weer naar van zou worden.

Patiënte kreeg het advies de Hoogduin-procedure toe te passen. M.a.w.: zij verzamelde argumenten voor en tegen verhuizen; de zwaarte van de onderscheiden argumenten zou na overleg worden vastgesteld; de beslissing die uit deze gang van zaken zou voortvloeien, zou zij niet meteen mogen uitvoeren. Pas als ze het veertien dagen achtereen met zichzelf eens had kunnen blijven, zou het besluit uitgevoerd mogen worden.

Het werd al gauw duidelijk dat verhuizen verre de voorkeur verdiende boven in de flat blijven wonen. De argumenten vóór de flat werden zeer serieus besproken, maar eigenlijk vond patiënte al snel dat ze op flauwekul berustten.

Na veertien dagen was het niet anders.

Het gezin verhuisde.

Patiënte werd diep ongelukkig.

Diverse psychotische episodes moesten we met haar meemaken. Zij kreeg het gevoel of zij haar dochter in de flat had achtergelaten, maar dit gevoel kon ze moeilijk verder toelichten. In elk geval kon ze het plezier dat ze had gekend in de omgang met haar dochter toen ze in de flat woonde niet meer oproepen. Zij kon de verhuiskisten niet uitpakken.

Van tijd tot tijd moest er naar de Haldol gegrepen worden, onder andere toen ze meende dat de etalages van de winkels allemaal leeggehaald waren. Patiënte miste haar vroegere burens verschrikkelijk. Zij vond het in en rond de eengezins-doorzonwoning onverdragelijk stil.

Vijf jaar later is haar toestand alleen maar verslechterd. Zij voelt zich een last voor haar man en dochter en dat is zij ook. Zij is depressief en spreekt regelmatig over haar verlangen naar de dood. Zij is soms zo vergeetachtig dat ik denk dat ze dementeert. Onderzoek naar organiciteit levert echter niets op. Een aantal verhuiskisten is nog steeds niet uitgepakt.

Herinspectie van haar argumenten voor en tegen verhuizen maakt duidelijk dat alle argumenten vóór verhuizen in feite argumenten zijn waarin de voordelen van verhuizen **voor haar man en dochter** genoemd worden ('lekkere tuin', 'Miep eigen slaapkamer', 'Eindelijk volière voor Jaap'). De argumenten tegen verhuizen zijn de argumenten waarin zij geprobeerd

heeft **haar** liefde voor haar flat onder te brengen ('Uitzicht vanaf de galerij'). Het wordt duidelijk dat patiënte nooit heeft willen verhuizen. Het ontbrak haar alleen aan de moed/de overmoed/de assertiviteit, enfin, het ontbrak haar aan de mogelijkheid haar voorkeur tot zijn recht te laten komen.

Conclusie 1: Vraag U bij vergaande besluiteloosheid af of je niet met een depressie te maken hebt alvorens de voorstellen van Hoogduin uit te voeren.

Conclusie 2: Het kan verstandig zijn om zich bij de beoordeling van de argumenten voor en tegen een bepaald besluit de vraag te stellen **voor wie** deze argumenten geldig zijn. Honorering van voor anderen geldige argumenten zal niet tot een verbetering voor de patiënt leiden, tenzij de patiënt tot het type behoort dat pas gelukkig is wanneer anderen het naar hun zin hebben.

P.S. Nog geen week geleden stuurde ik een patiënte in bij Kals ziekenhuis, die vooral over besluiteloosheid klaagt. Zij kan uren tobben over de vraag welk slipje zij moet aandoen en wordt hiervan wanhopig. Kal meende met een neurotische decompensatie te maken te hebben, ik meende dat het om een depressie ging. Bij onze volgende bijeenkomst zullen we weten welke hypothese in dit geval de beste perspectieven bood.