

TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE

jaargang 14

nummer 2

april 1989

redactie: 't zelfde

Inhoud

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie	Een brief aan R. Van Dyck	5
R. Van Dyck	Een brief van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie	6
Frits Abrahams	Ik Praat Nooit Over Volledige Genezing	8
Kees van der Velden	Genezing van angst door vermijding (en zonder exposure)	
Richard Van Dyck	Vliegangst	16
Dick & Oudshoorn	Tweede Tussentijds Verslag Bedplasproject Dordrecht	32
Kees Hoogduin & Nijmegen	Hoffelijkheid en motivering	41
Kees Hoogduin	Boekbespreking Jenner	54
Kees van der Velden	Bij een behandeling van depressie en dwang	58
Alfred Lange	Enkele gedachten over een nieuw labelingsonderzoek en over het meten van effecten	63
Alfred Lange	Sociale angst	68
Kees van der Velden & Kees Hoogduin	Een Bijdrage aan de Moderne Daderhulpverlening	81
Kees van der Velden	Een brief aan Dr. O. van der Hart	96
R. Van Dyck	Nachtmerries	98

Ten Geleide

Recent is opgericht: de Vereniging van Profiteurs van de Directieve Therapie.

Voorzitter: J.A. Jenner. Secretaris: mw. Frédéricqué Bannincqk. Overige bestuursleden: Bobbie Kernkamp, Albert Gieskes, Paula de Jong.

De Vereniging stelt zich de imitatie van beroemde directieve therapeuten ten doel, en het te gelde maken van invallen van deze therapeuten ten behoeve van de leden.

Het valt op dat Hoogduin niet minder dan drie volgelingen in het bestuur heeft. Proficiat, Kal!

De Nederlandse Vereniging van Hypnotherapie is via een vriendelijke overname in opgeloste Vereniging opgegaan. Zie de correspondentie tussen Van Dyck en het bestuur van de Nvvh, waaruit u tevens kunt afleiden dat oud-redacteur Van der Hart niet goed snik aan het worden is. Verdere aanwijzingen voor deze aanneming vindt u in MGv 44 (4), 414-420, in het laatste nummer dus. Van der Velden schreef hierover een bezorgde brief. Deze staat achter in dit nummer.

Het is wel een vergissing van de Nvvh om te denken dat de beroemde therapeuten door deze gebeurtenissen zin krijgen om de geldelijke tekorten van de Nvvh aan te vullen.

Ik wil er nog op wijzen dat J.A. Jenner, aan wiens werk Kal in dit nummer een essay wijdt, voor de Jaarvergadering van de Nvvh een voordracht hield over:

14.00

uur J.A. Jenner e.a.:

Het Gebruik van Hypnose in de Lichttherapie
bij Winterdepressies.

ontzettend!

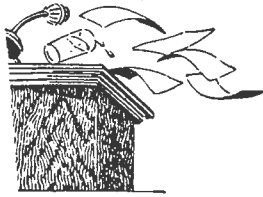
Na Jeroen Brouwers' Zonder Trommels En Trompetten kwam W.F. Hermans met Ik Draag Geen Helm Met Vederdos'; lang bleef het stil en toen was daar dan F. Abrahams met Ik Praat Nooit Over Volledige Genezing. Behalve volledige genezing zijn er gelukkig genoeg andere onderwerpen om over te praten. We komen allemaal in deze bijdrage voor!

Genezing Van Angst Door Vermijding (En Dus Zonder Exposure) is een pleidooi voor stilzitten en het laten staan van een Buik. Dat de bijdrage ook in

neurobiologisch opzicht verantwoord moete heten, blijkt uit de hieronder afgedrukte tekst van professor Swaab.

Fitrace naar de dood

Onze gemiddelde levensverwachting steeg de laatste honderd jaar van 45 tot bijna 80 jaar, terwijl wij in dezelfde periode steeds minder lichamelijke inspanning behoeften te verrichten. Men zou verwachten dat de conclusie hieruit wel zou luiden: langer lui dan moe. Niets is echter minder waar. Men is het over weinig zaken eens in deze wereld, maar waar je ook in het Westen komt, iedereen lijkt ervan overtuigd dat het slecht is dat we ons tegenwoordig zo weinig inspannen en dat we alleen gezond kunnen blijven door te sporten. En dus kun je niet meer rustig door een bos lopen zonder ingehaald te worden door hijgende, zwetende



en overduidelijk lijdende joggers, heeft de Universiteit van Nijmegen een ziektekostenverzekeraar zo gek gekregen een

sportprogramma te sponsoren, pronkte de Vrije Universiteit met zijn Olympische roeiers, organiseerde de Groningse Universiteit ter ere van haar 375-jarig bestaan een 'Keep Fit' manifestatie, loopt prof. Voûte marathons voor de gezondheidszorg en wordt de rest van de Nederlanders in de fitrace meegesleept door Ilona Hofstra in een onweerstaanbaar springpakje.

Hoe ontstaat het misverstand dat sporten zo gezond is? Niet door de cyclusstoornissen van vrouwelijke duursporters, of door eens een zondag op een eerste hulp-post door te brengen, noch door het werk van de ANWB-alarmcentrale tijdens de wintersport te volgen of door het raadplegen van de statistieken. Immers, zoals Rob van Dijk (*Het Parool*, 14 januari 1989) al rapporteerde, ontstaan er in Nederland 1,2 miljoen sportblessures per jaar, en kost de medische behandeling ervan zo'n tweehonderd miljoen gulden per jaar. In Nederland overlijden per jaar bovendien honderd mensen tijdens het beoefenen van hun sport. Nu zou men kunnen tegenwerpen dat dit nu eenmaal de kleine ongemakken zijn van een levenswijze waarmee men het Nederlandse volk aan een lang en gezond leven helpt. Ook deze mening blijkt op niets te berusten.

Pearl concludeerde al in 1924 dat men

door zware lichamelijke inspanning het leven bekortte. Dit fenomeen blijkt voor het hele dierenrijk op te gaan. Hoe hoger het metabolisme, hoe korter de levensduur zoals Hofman in 1983 berekende. De experimenten van Sohal, die liet zien dat hoe meer vliegbewegingen een vlieg maakt, hoe sneller hij dood neerval, lijken dus ook voor ons een subtiele boodschap te bevatten.

Eén orgaan beïnvloedt onze levensduur echter volgens een andere wetmatigheid: onze hersenen. De levensduur van het dier neemt toe met de evolutionaire groei van de hersenen, alweer volgens het werk van Hofman. Er zijn een paar waarnemingen die erop wijzen dat de relatie grotere hersenen-langere levensduur ook bij de mens zelf bestaat. Mensen met te kleine hersenen, zoals microëncfalen en patiënten met het syndroom van Down, leven korter. Bovendien zouden eminente wetenschappers volgens een recente Chinese studie langer leven en volgens een oud Amerikaans onderzoek ook grotere hersenen hebben. Dit zou kloppen met waarnemingen uit experimenteel onderzoek bij dieren, waaruit blijkt dat het aanbieden van steeds weer nieuwe informatie aan volwassen dieren leidt tot grotere hersenen.

Alle momenteel beschikbare gegevens wijzen dus in een totaal andere richting dan de bewegingsfanaten ons doen geloven. Het lijkt eerder gezonder om na te denken dan te joggen. Hieruit lijkt ook te volgen dat de enige sport die men iemand uit gezondheidsoverwegingen zou mogen aanraden het schaken is. De fitrace zou wel eens uitsluitend gezond kunnen zijn voor de kijkers.

Dick Swaab ■

Prof. dr. D. F. Swaab is arts en directeur van het Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek

Van Dyck schreef een artikel over vlieg angst. (Bij een zeventiende-eeuws auteur kon hij geen geschikt citaat vinden om zijn betoog in te leiden.) Het stuk bewijst dat hij veel van het griezelige onderwerp weet. Zoals bij elk onderzoek dat in ons professie wordt uitgevoerd, blijkt ook in het door Van Dyck samengevatte onderzoek dertig procent goed te reageren op de behandeling, dertig procent matig en dertig procent niet.

Het tweede Tussentijds Verslag Bedplasproject Dordrecht, waarin wij de bovengenoemde percentageverdeling zo gauw niet konden terugvinden, maakt nieuwsgierig naar het Derde Tussentijds Verslag Bedplasproject Dordrecht. Doorzetten Dick!

Met Hoffelijkheid en Motivering willen Kal en Nijmegen aantonen dat patiënten niet onverschillig staan tegenover intelligentie en beschaving bij hun behandelaar.

In zijn bespreking van Jenner is Kal eigenlijk nog mild. Zou zo'n Jenner veel verdienen?

Bij Een Behandeling Van Depressie en Dwang is een casuïstische schets met een nasleep.

Van Alfred Lange, auteur van een tweetal oorspronkelijke bijdragen aan deze aflevering, verscheen een foto in de Haagse Post. Wat houdt hij zijn handen vreemd. Verdient hij bij als boeienkoning? Doet hij aikido? Waarom draagt heer Olivier een pet? Waarom staat Lange zijn naam er niet bij? (Zie foto volgende bladzijde.)

De bijdrage Enkele Gedachten Over Een Nieuw Labelingsonderzoek dient na lezing opgegeten en vergeten te worden. Wij zouden de auteur willen vragen of hij de etiketteringsproblemen die in het voorgaande artikel worden genoemd in zijn onderzoek kan betrekken. Dat zou de praktische waarde misschien vergroten.

Sociale Angst is een Positief Stuk. Op bladzijde 12 staat een ontroerend opstel, dat wel een zelfportret van de schrijver lijkt.

Kees & Kal hebben geprobeerd weer iets samen te schrijven. Wij hopen dat u hierop jaloers bent en dat u denkt: Dat gaan wij ook doen!

Wij hebben elkaar namelijk erg nodig, u en wij. U weet wel dat vrijwel al uw collega's dom en lui zijn. Wanneer uw patiënten beter worden en de hunne niet, bewonderen zij u niet en vragen zij u niet uw kunsten aan hen voor te doen

R van Dyck schreef een meertalige stuk, maar we terug naar het nuchteren geschied, maar we terug naar het bijna ... Flen Dicoms? Of juist Jennings?

EEN BRIEF VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HYPNOTHERAPIE

Richard Van Dyck

In het vorige nummer creeerde Freddy een precedent door de correspondentie in te sturen met een collega die misschien een groot geleerde is, maar blijk gaf van geringe belangstelling voor en vaardigheid in een hoffelijke bejegening van het redactielid van TDT met wie hij in contact stond. Dit blijkt geen uniek geval te zijn, wat ik met de volgende korte briefwisseling zal aantonen. Is wat we hier zien een poging om ook in de lagere bestuurlijke regionen de "no-nonsense" stijl van leidinggeven toe te passen? In elk geval is hier sprake van daadkracht. Als het bestuur van de Nvvh iets "een goede zaak" vindt laat het zich niet van de wijs brengen door reglementen, eerdere verzoeken of afspraken. Gaarne had ik het vervolg van deze correspondentie afgedrukt. Helaas heb ik nog geen antwoord ontvangen.

De heer R. Van Dyck
Prins Hendriklaan 34
4321 GC OEGSTGEEEST

kenmerk

uw kenmerk

datum

7 maart 1989

Geachte heer Van Dyck,

In de bestuursvergadering van 14 februari jl. kwam de vertegenwoordiging ISH/ESH ter sprake.

Het bestuur heeft in deze vergadering besloten dat het een goede zaak is dat in de vertegenwoordiging van de ISH de voorzitter en de ex-voorzitter plaatshebben, dat wil zeggen per komende algemene ledenvergadering van 18 maart de heren Van der Hart en Hoencamp. Dit betekent dus dat Uw vertegenwoordiging overgaat naar de heer Van der Hart.

Het bestuur wil U hartelijk danken voor alle moeite die U voor de vereniging heeft gedaan binnen de ISH.

Met vriendelijke groet,



mw. F.P. Bannink,
secretaris Nvvh

DR. R. VAN DYCK
HOGLERAAR PSYCHIATRIE

2341 JC OEGSTGEEST,
PRINS HENDRIKLAAN 34
TEL. 071 - 174087

Bestuur Nvvh
Herenstraat 1B
3512 KA Utrecht

10 maart 1989

Geacht bestuur,

Uw briefje van 7 maart j.l. over de vertegenwoordiging bij de ISH heeft mij zeer verbaasd. Op verzoek van de Nvvh heb ik mij in augustus 1988 voor de Council of Representatives van ISH beschikbaar gesteld en ben daarin voor een periode van drie jaar door die Council benoemd.

Als het bestuur meent dat in afwijking van de ISH-statuten een tussentijdse wisseling van de vertegenwoordiging noodzakelijk is, zou ik op zijn minst verwachten dat mijn mening hierover gevraagd was. Dit zou niet zo moeilijk geweest zijn omdat ik in een ander verband de voorzitter op 6 maart j.l. bij mij thuis mocht ontvangen.

Voor deze onreglementaire en slordige manier van besturen kan ik geen enkele waardering opbrengen.

Ik wens het nieuwe bestuur in toekomstige beslissingen meer wijsheid en zorgvuldigheid toe.

met vriendelijke groet,

Richard Van Dyck

De psychiatrie staat weer volop in de belangstelling, mede dankzij de openhartigheid van prins Claus en prof. P. Kuiper over hun depressies. De antipsychiatrie is op de terugtocht. Psychofarmaca en elektroshocks mogen weer, inrichtingen zijn niet langer instrumenten van onderdrukking. Leen Joele, directeur van een grote psychiatrische inrichting, is een exponent van deze Nieuwe Zakelijkheid: 'Juist in de psychiatrie moet de utopie bestreden worden.'



'Ik praat nooit over volledige genezing'

Frits Abrahams

Ik ben er diep van overtuigd dat de mensen over vijftig jaar geamuseerd zullen lachen om de ideeën die wij nu in de psychiatrie ontwikkelen,' zegt Leen Joele. 'Alles heeft zijn plaats in de tijd. Boerhaave was een groot geleerde in zijn tijd, maar wat klopt er nog van zijn theorieën? Ik heb een hoge pet op van mijn vak, we doen zeer nuttig werk, maar je moet jezelf niet belachelijk maken met pretenties. Dat doet afbreuk aan de psychiatrie.

'Juist in de psychiatrie moet je erg alert blijven, omdat je anders onherroepelijk vervalt in charlatanerie. Er is zó weinig controleerbaar dat je als beroepsbeoefenaar verplicht bent superkritisch te blijven. Sommigen noemen dat defaitistisch, maar dat is iets anders.'

Joele (45) is zenuwarts en sinds 1983 directeur behandelzaken van psychiatrisch centrum *Bloemendaal* in Den Haag, een van de grotere psychiatrische centra van Nederland. Op de 26 afdelingen van 'Bloemendaal' - waaronder een psychiatrisch ziekenhuis en een psychogeriatrisch verpleeghuis - werken in totaal 1200 mensen, die jaarlijks de zorg hebben voor zo'n 850 patiënten. In vakkringen geldt Joele als een nuchtere, nonconformistische inrichtingsdirecteur, representant ook van een nieuwe generatie psychiaters die zich niet laat kluisteren door de dogma's uit haar studieperiode in de jaren zestig.

Hoge trappen, veel kamers - we klimmen naar zijn studeerkamer in de nok van zijn royale, oude huis in Rijswijk. 'Ik heb me al jong voorgenomen om ruim te wonen als ik me dat kon veroorloven,' zegt hij. 'Mijn vader was sleepbootkapitein met Dordrecht als standplaats. De eerste acht jaar van mijn leven ben ik op zo'n nauw sleepbootje opgegroeid.'

Na het gymnasium zat hij een blauwe maandag op de Amsterdamse Toneelschool, want hij was bij het schooltoneel een talent gebleken. De hoofdrol in - of all plays - Molière's *De ingebeelde zieke* bezorgde hem lovende kritieken in de plaatselijke pers. 'Dat streelde me, maar op de toneelschool had ik vrij snel door dat ik een middelmatig acteur zou worden, en daar had ik geen zin in.'

Na vier jaar medicijnenstudie in

Leiden besloot hij voor de psychiatrie te kiezen. 'Het boeide me zeer en bovendien bood prof. Bastiaans me na een examen een assistentschap aan. Bastiaans was voor mij in die jaren een lichtend voorbeeld bij de behandeling van mensen. Zijn colleges waren de enige die ik trouw volgde. Ik was wel wat ontgoocheld door 'Begrijp je nu waarom ik huil' (een film over de behandeling met LSD van een oorlogsslachtoffer in de Jelgersmakliniek van Bastiaans). Ik vond het iets te dramatisch en onecht.' Het kost hem enige moeite over de geestelijke erfenis, gebaseerd op de psychoanalyse, van Bastiaans te spreken. 'Hij is een heilige voor veel mensen, en dat wil ik niet aantasten,' zegt hij aarzelend. Maar dan: 'Ik heb geleerd afstand te nemen van die manier van theorievorming over psychiatrie. Bastiaans heeft grote verdiensten gehad voor het vak. Hij heeft profetische constatering gedaan op het gebied van oorlogstrauma's. Het kz-syndroom, zoals hij het beschreven heeft, bestaat echt. Maar wat je daar dan verder mee moest doen, was voor mij minder duidelijk. 'Ik ontken niet dat Bastiaans resultaten heeft geboekt met zijn oorlogsslachtoffers, maar ik beschouwde het als één methode voor een beperkte groep mensen en ik had bezwaar tegen de generalisatie die ervan uitging.'

Het was voor u niet de methode voor alle slachtoffers?

'Zeker niet. Eén voorbeeld is me altijd bijgebleven: In de tijd dat ik in de Jelgersmakliniek werkte, kwam er een man bij me met een vreselijk oorlogsvreterij. Daar moest mee gepraat worden, alleen: hij zei geen stom woord. We ontmoetten elkaar een half jaar lang tweemaal per week. Er groeide een band en op den duur praatten we over allerlei zaken, behalve over de oorlog.

'Op een dag zei hij: "Wilt u het echt allemaal weten?" Ik zei dat me dat goed leek. Toen heeft hij viereneenhalf uur gepraat. Daarna was ik helemaal stuk en ik vroeg hem waarom hij het nooit eerder had verteld. Toen zei hij: "Ik was als de dood dat u het uit me zou wringen." Het doorbreken van het karakterpantser, noemde Bastiaans dat zelf. Het is een benadering die niet bij mij past. Ik wil uitgaan van hetgeen de patiënt mij aanbiedt in plaats van met een zeker structureel geweld de informatie los te krijgen.'

U heeft ook nooit, zoals Bastiaans, met LSD gewerkt?

'Dat heb ik geweigerd. Ik heb er meer een ethisch en esthetisch bezwaar tegen dan een technisch bezwaar. Als iemand zóveel angst heeft om te openbaren wat er in hem zit en je gaat dat met een kunstmatig middel opgraven - wat gebeurt er daarna? Je wilt dat iemand later weer zelfredzaam is, maar intussen heb je gedemonstreerd dat je door al zijn defensies kunt heenbreken.

'Een van de non-specifieke doelen van elke therapeutische bemoeienis is dat je iemand weer een gevoel van zelfvertrouwen geeft. Je geeft hem het idee dat hij zelf bepaalt wat er gebeurt.

'Ik heb ook wel positieve resultaten gezien van de methode-Bastiaans, maar ik vermoed dat die ook wel op een andere manier bereikt hadden kunnen worden.'

Wat heeft de psychoanalyse voor u als psychiater verder betekend?

'Ik ontleen heel veel aan het psychoanalytische referentiekader, maar ik ben geen analyticus en wil dat ook niet worden. Het gaat om het verschil tussen de psychoanalyse als theorie en als behandelmethode. Aan de theorie heeft elke therapeut wel iets, maar de methode is lang niet voor iedereen geschikt: twee procent van de patiënten. Psychoanalyse als methode - drie jaar lang zowat elke dag bij de psychiater op de divan - bestaat ook nauwelijks meer.' Lachend: 'Je moet behoorlijk psychisch gezond zijn om dat te kunnen verdragen!'

'Wat mij in de geschiedenis van de psychoanalyse altijd erg heeft tegengestaan, is het geloofskarakter ervan. Je hoorde erbij - of niet. Zéér sektarisch.'

Waarom had u als behandelend psychiater zo weinig aan de psychoanalyse?

'Omdat het te weinig aanknopingspunten bood voor de concrete klachten van patiënten en omdat het de beleving van mensen teveel inperkte. Als je een patiënt confronteert met een theorie, is het toch de bedoeling dat hij er meer perspectief door krijgt. Maar het lijkt er vaak op dat de patiënt eerst moet worden opgevoed in de theorie van de hulpverlener. De klachten worden aangepast aan de modellen van de theorie. De psychoanalyse biedt kapstokken die je soms kunt gebruiken, maar het blijven modellen, en je moet je steeds afvragen wat ze met de werkelijkheid te maken hebben. En

vooral: of de mensen er zich in kunnen vinden.'

Begon u Freud als een kwakzalver te beschouwen?

'Wél als je met hedendaagse ogen kijkt naar de manier waarop hij wetenschap bedreef. Maar je moet ook hem in zijn tijd zien, en toen was hij zeker geen kwakzalver, maar een bevlogen vernieuwer en een voorbeeld voor velen. Zijn theorieën waren niet controleerbaar en ik zie ze nu ook meer als prachtige, literaire verzinsels. Karel van het Reve heeft schitterend beschreven hoe je al die droomverhalen ook volkomen anders kunt interpreteren.'

Hoezeer hij 'scholen' ook wanstrouwt, dank zij enkele collega's in de Jelgersmakliniek kwam Joele in de jaren zeventig in contact met een benadering die hem zou blijven aanspreken: de directieve therapie, in 1963 geïntroduceerd door de Amerikaan J. Haley. Een belangrijk kenmerk van de directieve therapie is het doelgericht en binnen een beperkte tijd aanpakken van problemen.

De therapeut probeert concrete oplossingen te vinden en geeft de patiënt daartoe directieven. Dit in tegenstelling tot de psychodynamische en Rogeriaanse nondirectieve therapieën, waarin men zich juist onthoudt van het geven van adviezen en aanwijzingen. Het is een eclectische benadering: aan verscheidene theorieën worden waardevolle elementen ontleend. De directieve therapie is vooral gericht op de zelfwerkzaamheid van de patiënten. Juist omdat geen sterk beroep wordt gedaan op de kennis van de patiënt, hoopt men 'gewone mensen' te bereiken.

Joele: 'In de polikliniek naast de Jelgersmakliniek is die hele directieve club ontstaan: Freddy Lange, Onno van der Hart, Richard van Dijck, Kees Hoogduin, Dick Oudshoorn en Kees van der Velden, een maatschappelijk werker met een enorme kennis van de psychiatrie die nu hoofdredacteur is van een gezaghebbend tijdschrift over directieve therapie. Aan dat clubje heb ik mijn inspiratie ontleend om door te gaan in de psychiatrie. We ontmoeten en schrijven elkaar nog steeds regelmatig.'

'Het wonderlijke is dat de term *nondirectieve therapie* al bestond voordat de directieve therapie werd uitgevonden. Ik vond het als jong beroepsbeoefenaar al fundamenteel onjuist dat je de cliënt die met grote problemen

bij je kwam, geen echt antwoord mocht geven. Als hij je om raad vroeg, moest je zeggen: "Wat vindt u er zelf van." Dat is wel erg flauw.

'Je merkt dat je met redelijk eenvoudige adviezen in een goed gesprek met de patiënt ver kunt komen. Maar hij zal een advies nooit opvolgen als hij het niet zelf goed vindt. Hij moet het gevoel krijgen dat het idee voor hem gemaakt is. Je hele methode moet maatwerk zijn: aangepast aan de persoonlijke omstandigheden en de beleving van de patiënt. Op dergelijk werk wordt in de psychiatrie nogal eens neergekeken. Dat heet dan geen echte psychotherapie, want alleen daarmee daal je in de diepte af. Maar hoe diep en waar? Dat is niet aan de orde.

'Voor mij is psychotherapie *gesprek*therapie. Neem zoiets als assertiviteitstraining. Daarvan wordt vaak laatlunkend gezegd dat het alleen maar een beetje ik-versterkend is. Maar het kan buitengewoon dankbaar zijn. Verlegen mensen die leren zich meer te uiten, daar gaat een wereld voor open.

'Patiënten willen weten: hoe is het allemaal gekomen. De psychoanalyse gaat daarvoor op zoek naar traumata in de vroege jeugd. Dat kan het geval zijn, maar het hoeft niet. Het gaat er mij om dat je met de patiënt de zogenaamde 'gedeelde mythe' vindt. Het gaat niet om de waarheid, want daar kom je toch niet achter, maar om een overeenstemming met de patiënt: hierdoor is het gekomen. Uit onderzoek is gebleken dat therapieën bij zo'n "gedeelde mythe" vaak beter uitpakken.

'Er is ook onderzoek geweest naar het effect van therapieën. En of het nou Rogers, Freud, Skinner of wie dan ook betreft, het resultaat komt steeds weer teleurstellend hierop neer: een-derde knapt helemaal niet op, een-derde is buitengewoon tevreden en een-derde vindt dat het wel iets geholpen heeft. Dat is nogal ontvullend voor de verscheidene scholen. Wat er óók uitkomt, is dat het succes met de persoon van de therapeut te maken heeft. Kan hij hoop geven en een perspectief bieden in de trant van: we komen er wel?'

Het klinkt nogal optimistisch. Gelooft u in de veranderbaarheid van mensen? Of in hun genezing?

'Ik praat nooit in termen van "veranderbaarheid" of "volledige genezing". Dat heeft iets infan-

tiels, ook in de somatische geneeskunde. Uiteindelijk helpt niks, aan het eind van het leven is de dood. Geneeskunde is op zijn best: met zo weinig mogelijk middelen zo goed mogelijk symptomen bestrijden - zodanig dat iemand weer voortkan. Dat is het hele leven: je strompelt van de ene verstoring van het evenwicht naar de andere.

'Juist in de psychiatrie moet de utopie bestreden worden. Daarom moet je heel goed met de patiënt afspreken wat je met hem wilt bereiken, want anders gaat het teveel op algehele geluksbevordering lijken. Je moet concrete doelen in haalbare stappen formuleren.'

Noem eens zo'n concreet doel.

'Heel gebruikelijk is dat een patiënt bij je komt met de boodschap dat alles moet veranderen en beter worden. Bij inventarisatie stuit je op een verstoord huwelijk, alcoholisme, niet meer de straat op durven. Waar moet je beginnen? Het is een kunstfout om met het moeilijkste te beginnen. Dus begin je met een klein, duidelijk doel. Ging hij vroeger veel met zijn vrouw wandelen? Dan laat je hem nu weer twee keer per week met haar wandelen.

'Als iemand een fobie heeft, en niet op straat durft, kun je hem eindeloos laten praten over al zijn vreselijke angsten, maar je kunt hem beter voorstellen eens in de tuin te gaan lopen. Van daaruit bouw je dan geleidelijk een programma op. En alles wat iemand goed doet, geef je positieve aandacht.

'Ik geloof niet in de veranderbaarheid van mensen in de zin van "beter worden". Maar je kunt ze wel vaardigheden leren waardoor ze meer zelfvertrouwen krijgen. Als iemand door zijn schuwheid zwaar gehandicapt is, zul je hem in contact moeten brengen met leeftijdgenoten en hem sociale vaardigheden moeten bijbrengen. Ik heb een man behandeld die carrièrekansen miste, omdat hij zo'n moeite had met optreden in het openbaar. Toen heb ik hem van mijn eigen spreekangst verteld en welke psychologische truukjes ik gebruikte om die te overwinnen. Door bij voorbeeld tegen mijn gehoor toe te geven dat ik nerveus was.'

Iemand zit met een diep verdriet dat niet meer ongedaan te maken is. Hoe verandert u voor hem de situatie?

'Het leven gaat zijn gang, en wat je kunt doen is sowieso marginaal, maar die marge kan buitengewoon belangrijk zijn voor iemand. Ik heb een meneer in behandeling die moeilijk kan lopen, deels door een lichamelijke oorzaak, deels door een gebeurtenis - een voortijdige pensionering - die hem zo geschokt heeft dat het met zijn zelfvertrouwen nooit meer goed is gekomen. Hij loopt nog steeds moeilijk, zit soms in een rolstoel, en ik denk dat dat ook wel zo zal blijven.

'Ik ken hem nu acht jaar. In het begin hebben we veel gesproken over de krenkingen die hij heeft ondergaan en over de effecten daarvan op zijn gezin. Dan komt alles uit zo'n leven naar boven waaruit steeds meer blijkt waarom hij zo is geworden. Dat bespreek je met hem en geleidelijk zie je dat hij zich verzoent met zijn lot. Hij is nu heel tevreden dat hij dank zij de behandeling aan een nieuw evenwicht is toegekomen. Je kunt je afvragen: wat is er eigenlijk veranderd? Dat is aan die man om te bepalen. In de hulpverlening handelen we in subjectiviteit.

'Een therapeut moet met een zekere onnadrukkelijkheid te werk gaan. Daardoor ontstaat charisma. Mensen leren je te vertrouwen als je voor ze open staat en je niet afhankelijk toont van een methode of een profeet.'

We praten over de zwaardere middelen waarmee het leed in de inrichtingen soms bestreden wordt: psychofarmaca, elektroshocks. 'Ik ben geen fervent voorstander van shocken,' zegt hij, 'maar ik heb er een pragmatische kijk op. Al die bezwaren tegen elektroshocks - in zekere zin is het minder ingrijpend dan een LSD-therapie. Elke medicamenteuze therapie doet ingrijpende dingen in het lichaam. In Nederland is de elektroshock een tijd lang bijna totaal verdwenen, ook onder druk van de cliëntenorganisaties. Ik heb er als student ook tegen geprotesteerd. Vroeger is er soms zeker ten onrechte geschokt, er werden zelfs *strafshockjes* uitgedeeld.

'Ik heb in een aantal gevallen gezien dat mensen er ingrijpend van opknapt. Na veel onderzoek moeten we nu concluderen dat de afgelopen jaren een groep patiënten een methode is onthouden, waardoor ze eerder zouden zijn opgeknapt. Mondiaal nam Nederland jarenlang een uitzonderingspositie in, overal om ons

heen gebeurde het nog volop. De laatste jaren is er weer een groei geweest. In 'Bloemendaal' is het blijven gebeuren, zij het zeer incidenteel. Er worden hier nu jaarlijks tien à vijftien mensen geschokt. Dat is nog wel het hoogste aantal in Nederland.

'Ook controversieel zijn de MAO-remmers, een geneesmiddel dat een tijd lang niet meer te krijgen was. Maar nu blijkt dat ze bij depressies en sommige angststoornissen heel goed kunnen werken.'

De tijden van de antipsychiatrie lijken ver achter ons. De maatschappij als de grote ziekmaker, de inrichting als symbool van de onderdrukking.

'Het protest van de antipsychiatrie tegen de medische arrogantie vond ik terecht, maar men sloeg door en verviel in de fout van de tegenstander. En hun romantische notie dat mensen met psychische stoornissen een soort onbegrepen genieën waren, was ronduit abjecte nonsens waarmee veel schade is aangericht.'

Hij is opgetogen over het, zoals hij het noemt, Claus-en-Kuiper-effect op de publieke waardering van de psychiatrie. 'Door de gevallen van prins Claus en prof. Kuiper (de emeritus-hoogleraar psychiatrie die in 'Bloemendaal' verpleegd werd) heeft het publiek gemerkt dat het ook gerespecteerde mensen kan overkomen. Dat betekent dat de stigmatisering van de psychiatrische patiënt enigszins doorbroken wordt. Nog vaak hoor ik de mensen van de cliëntenorganisaties klagen over de arrogantie van de hulpverleners en de maatschappij ten opzichte van psychiatrische patiënten.

'Ook van het "respectvolle zwijgen" moet ik niets hebben. De psychiatrie moet meer in de openbaarheid treden, opdat de burgers accepteren dat het een verschijnsel is dat bij het leven hoort. Iedereen heeft een kans van één op de drie of vier dat hem zoiets overkomt. Eén op de honderd Nederlanders heeft een schizofrene stoornis. De meeste patiënten in een inrichting hebben meer met ons gemeen dan ze van ons verschillen.

'Ik heb ook een periode in mijn leven gehad waarin ik me niet best voelde en angstig was. Als ik toen niet in dit vak had gezeten, waardoor ik het wat kon relativeren, was ik iemand met psychische problemen geweest. Het komt bij zeer veel mensen voor, maar het blijft een soort geheim waarover niet gesproken mag worden.'

Als hij me in de auto wegbrengt, herinnert hij zich het geval van een oudere, vrouwelijke patiënt, die hem al jaren trouw consulteert. Een verknoeid leven: nare jeugd, mislukt huwelijk en nu alleen. Feiten waaraan niets meer te veranderen valt. 'Kun je zo iemand nog 'beter' maken. Welnee. Je blijft met haar in gesprek en zo blijft het leven gaande.

'Uiteindelijk moeten mensen er zichzelf weer bovenop helpen. Dat is geen frase, dat denk ik tegenwoordig echt. Als psychiater ben je in dat proces een vroedvrouw, maar je maakt het kind niet.'

GENEZING VAN ANGST DOOR VERMIJDING (EN DUS ZONDER EXPOSURE)

Kees van der Velden

De heer Rood, een zevenendertigjarige arts, werd verwezen omdat hij, in de woorden van zijn verwijzer, zijn draai niet kon vinden in het leven en omdat hij 'straatvrees' had.

De verwijzer had mij zeer bij de heer Rood aanbevolen, en de heer Rood had zich voor het eerste gesprek terdege in mijn persoon en werk verdiept. Waarom moet dit nu toch vermeld worden?, vraagt u zich misschien af, maar in de Discussie zal blijken dat dit hier niet voor niets staat.

Ook ik moest vaststellen dat de heer Rood zijn draai niet kon vinden. Hij had drie, vier vriendinnen, die hem graag de hare zouden willen noemen - Rood was niet slechts arts, maar bovendien athletisch gebouwd -, maar hij kon slechts gedurende een beperkt aantal uren zijn liefde geven. Daarna wou hij naar huis, of naar een andere vriendin. Hij slaagde er overigens op bewonderenswaardige wijze in Albee-gesprekken te vermijden. Wanneer een vriendin over de mogelijkheden van een langerdurende verbintenis begon, of aangaf niet tevreden te zijn, zei hij dat hij hier tot zijn spijt niet tegen kon en ging weg. Albee hoort op het toneel, niet in de woonkamer! Rood vroeg zich af of hij zo kon doorgaan. Ooit zou hij toch moeten beslissen wie zich verder zijn levenspartner zou mogen noemen.

Voorts had Rood nog niet kunnen besluiten wat voor soort dokter hij zou worden.

Na zijn medische studie had hij vnl. in de tropen gewerkt. Hij had oogoperaties uitgevoerd, baarmoeders verwijderd en schizofrenie behandeld, hoewel hij maar een gewoon arts was, nog niet eens een erkend huisarts. Hij meende dat het moment gekomen was om zich voor te bereiden op een normaal bestaan.

Deze problemen, ter oplossing waarvan Onno van der Hart vroeger een overgangsritueel zou hebben voorgeschreven ('U neemt een fijne douche en wast die tropenjaren van U af'), en die hem nu tot de diagnose multiple-persoonlijkheidsstoornis zou inspireren ('Rood 1 zou zich het liefst aan niemand binden, terwijl Rood 2 juist de zekerheid van een rustig bestaan zoekt'), werden overschaduwd door een derde probleem, zijn zg. 'straatangst', die geen straatangst bleek te zijn, maar de vrees om 's avonds na elfen op de Kruiskade in Rotterdam door misdadigers in elkaar geslagen te worden. Ook voelde hij zich niet prettig wanneer hij alleen in een coupé

in de nachttrein zat, en één, twee of drie jongeren met sjonnies en lederen jacks en blikken bier zijn gezelschap zochten. De angst kroop dan van de onderkant van zijn rug naar zijn kruin. Het leek of hij geëlektriseerd werd. Deze angst hield de heer Rood sterk bezig, ook op momenten dat hiervoor geen directe aanleiding was.

Natuurlijk wees ik hem er op dat menigeen in mijn omgeving verwante angsten had en dat ik er zelf al helemaal niet aan moest denken om op straat lastig gevallen te worden door een onverlaat die misschien net de beruchte combinatie van rohypnol en cocaïne tot zich genomen heeft. Hij bracht hier tegenin dat zijn vader alles had gedurfd en dat hij zelfs niet geweten had wat angst was. Die liep bijvoorbeeld midden in de nacht dwars door Katendrecht langs de verlaten Maashaven via de tunnel naar de clubs aan de 's Gravendijkwal, om daar de allersterkste Amerikaanse matrozen zonder pardon tegen de grond te slaan (wanneer dezen het hiernaar gemaakt hadden).

Rood had zich een jaar geleden bij een karate-school laten inschrijven. Vrijwel iedere dinsdagavond ging hij, met de dood in zijn schoenen, naar de sportzaal. Hij wilde niet afzeggen, maar stiekem dankte hij zijn Schepper wanneer griep of een avondvergadering deelneming aan de gevechten onmogelijk maakte. Vergeefs wachtte hij op het moment waarop de exposure voldoende was ingewerkt om therapeutisch effect te ontplooiën.

Vermeld moet worden dat Rood ook vaak door gedachten aan suïcide door het hoofd speelden. Hij voelde zich een lul.

Na enkele gesprekken adviseerde de therapeut Rood om niet meer naar de karatelessen te gaan en de wandeltochten over de Kruiskade te staken. Voorts stelde hij hem voor zich niet als huisarts te vestigen en zich ook niet aan een vrouw te binden. Zich binden was geschikt voor anderen. Het leek dat Rood deze zienswijze kon waarderen.

Natuurlijk kreeg Rood ook een registratie-opdracht.

Hieruit werd duidelijk dat Rood extra angstig was wanneer hij de dag tevoren flink gedronken had. Registratie van het drinken leerde dat matiging Rood niet zou schaden. Rood trok hieruit de juiste conclusie en inderdaad namen zijn angsten af.

In de drie jaar die volgden schreef Rood een boek en hij nam in uiteenlopende praktijken waar. Hij kreeg een gepassioneerde liefdesrelatie met een blonde vrouw met een rode twinset, een parelketting, een donkerblauwe plooirok en penny-shoes - interniste van haar beroep. Hoewel het hem moeite kostte - hij vond haar waanzinnig aantrekkelijk -, bleef hij ook deze vrouw bedriegen; dat was nu eenmaal een principe. Rood en zijn therapeut spraken elkaar eens per drie weken, soms eens per maand. De inhoud van de gesprekken had een algemeen-vormend karakter, waarbij Rood immer belang stelde in het oordeel van de therapeut, of het

nu over vrouwen of angsten of de gezondheidszorg ging.

Ten slotte vertrok Rood weer naar de tropen - om in een tweehonderd kilometer van de bewoonde wereld gelegen missieziekenhuis te gaan werken -, met achterlating van zijn blonde droom.

Zo'n anderhalf jaar voor zijn vertrek was zijn angstige geobsedeerdheid door geweld op straat verdwenen, weg, over. Wanneer hij 's nachts door donker Rotterdam liep bleef hij wel op zijn hoede.

Hij deed al lang niet meer aan karate en hij was ook geen enkele andere sport gaan beoefenen. Wel schilderde hij.

Discussie

In tegenstelling tot wat men uit de gedragstherapeutische literatuur kan afleiden, is exposure niet altijd nodig om angst te verminderen of te laten verdwijnen.

Kinderen blijken hun angsten veelal zonder enige inspanning te overwinnen. (Kinderen van therapeuten zullen deze kans niet altijd krijgen.)

Bij volwassenen kan de angst wijken voor liefde.

Een patiënt met paniekaanvallen en agorafobie werd vooral zenuwachtig van exposure, maar ging goed vooruit toen hij verliefd was. Met zijn mooie vriendin wou hij bijna overal naar toe, zeker als hij haar mocht vasthouden, ook op plaatsen die daar officieel niet voor bedoeld zijn, en wanneer hij een pot seresta en een fles jenever mocht meenemen.

Tot eer van De Levita moet gezegd worden dat hij oog voor de genezende werking van de liefde had (De Levita, 1967).

Ook Van Dyck et al. (1989) beschrijven een casus waarbij de liefde de vrees overwon ('Liefde zonder Vrees'). Hun patiënte werd helaas weer volslagen fobisch toen haar romantisch avontuur beëindigd was.

De raad om zich niet als huisarts en huisvader te vestigen kan als een bijdrage tot de vermindering van stress gezien worden. Hetzelfde geldt voor het advies om angstaanjagende situaties te vermijden. Van Dyck (1989) noemt een onderzoek van Gelder, waaruit bleek dat stress-reductie evenzeer vermindering van angst tot gevolg kan hebben als exposure. In dit onderzoek leek een begaafde stress-verminderende therapeut voor dit effect verantwoordelijk te zijn. In later onderzoek, zonder deze therapeut, trad dit effect niet op.

Men kan zich afvragen om welke reden de heer Rood deze adviezen als stress-verminderend ervaarde en niet juist als stress-verhogend: het is immers niet ontspannend om te erkennen dat je niet bij machte bent om

ja! anders

je idealen uit te voeren?

Voor Rood is het vermoedelijk prettig geweest dat zijn therapeut een bangelijk type was, te laf om zich in het nachtleven te begeven en te lui om aan lichaamsbeweging te doen, maar niettemin: geen lul.

Het feit dat Rood ging schrijven en schilderen, net als zijn therapeut, wijst zelfs op imitatie.

De bewonderende woorden die de therapeut wijdde aan Roods vermogen om de vrouwen in zijn leven kort te houden, zullen zeker aan diens zelfvertrouwen bijgedragen hebben, te meer daar de therapeut in dit opzicht in Rood zijn meerdere moest erkennen.

Het kan voor de moderne directieve therapeuten nuttig zijn zich te realiseren dat de therapeut ook een geschikt model kan zijn door helemaal niets aan sport en krachtpatserij te doen.

Een voorbeeld van succesvolle vermijding geeft ten slotte Hanlo.

In de korte biografie die de Inleiding vormt van zijn Brieven (1989), wordt een vraaggesprek geciteerd waarin Hanlo vertelt over zijn genezing van het stotteren.

'Hij (dr. W. Beuken, zijn leraar Nederlands, vdV) heeft me van een plotselinge neiging om te gaan stotteren genezen, door me gewoon een tijdlang geen beurt te geven bij het lezen. Op het laatst vond ik het vervelend, dat ik nooit meer een beurt kreeg. En toen was het stotteren over. Eerst gaf dr. Beuken mij weer korte beurten, te kort naar mijn zin. Ik ben hem voor die "behandeling" heel dankbaar.'

Referenties

Dyck, R. Van (1989), Persoonlijke mededeling.

Dyck, R. Van, Spinhoven, P. & Commandeur, J., Klinische beschrijving en follow-up van de behandeling van vijf fobische patiënten met toekomstgerichte zelfhypnose. In: K. van der Velden (red.), Directieve therapie 3. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Hanlo, J. (1989), Brieven 1931-1962. Van Oorschot, Amsterdam.

Levita, D. J. de (1967), Ongelukkige liefde in de adolescentie. In: P.J. van der Leeuw, E.C.M. Frijling-Schreuder & P.C.Kuiper (red.), Hoofdstukken uit de hedendaagse psychoanalyse. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Eerste auteur: _____

R. van Dyck

Korte titel: _____

Vliegangst

1 "Mijn tenen en vingers veranderen in ijspegels,
2 mijn maag maakt een luchtsprong tot boven mijn
3 ribbenkast, de temperatuur van het puntje van
4 mijn neus daalt tot hetzelfde niveau als die van
5 mijn vingers, mijn tepels gaan overeind staan en
6 brengen de binnenkant van mijn beha (...) een
7 beleefde groet, en een minuut lang zijn de
8 kruisende motoren en mijn hart één, terwijl we
9 voor de zoveelste maal trachten aan te tonen dat
10 de wetten der aerodynamica werkelijk kloppen...",
11 aldus beschrijft Erica Jong in haar bestseller¹
12 Fear of Flying" haar toestand bij de aanvang van
13 een vlucht. Kennelijk behoort zij tot de 20% van
14 de bevolking die blijkens epidemiologisch
15 onderzoek² last heeft van min of meer ernstige
16 klachten van angst tijdens een vliegreis. Voor
17 nog eens 10% zijn de angstklachten zodanig dat
18 men in het geheel van vliegen afziet.
19 Volgens het in de psychiatrie veelgebruikte DSM-
20 III-R systeem³ is vliegangst te rubriceren als
21 een "simpele fobie", een wat ongelukkig gekozen
22 term omdat het leven niet altijd simpel is met
23 dergelijke aandoeningen. Een betere benaming zou
24 "enkelvoudige" fobie zijn, omdat het onderwerp
25 van de angst en het vermijdingsgedrag slechts één
26 specifieke situatie betreft.
27 Naast de emotionele reactie van hevige angst
28 kunnen ook cognitieve en fysiologische³ reacties
29 onderscheiden worden. Lijders aan vliegangst
30 noemen verschillende thema's die hen angstig of

Eerste auteur: _____

R. van Dyck

Korte titel: _____

Vliegangst

1 bezorgd maken 4,5: vaak gaat het om de angst neer
2 te storten (51-34%), claustrofobie (37-18%) of
3 hoogtevrees (23-13%). Ook angst voor controle-
4 verlies, voor misselijkheid of voor het ontstaan
5 van een paniekaanval worden vermeld. In dit
6 laatste geval kan de vliegangst onderdeel
7 uitmaken van een paniekstoornis met of zonder
8 agorafobie, wat uit de anamnese gemakkelijk zal
9 zijn af te leiden. De lichamelijke klachten die
10 men tijdens of voorafgaand aan een vliegtocht
11 ervaart zijn die van een typische angstaanval met
12 over het algemeen hartkloppingen, benauwdheid,
13 versnelde ademhaling, zweten, beven en duizelig-
14 heid. Sommige fobici hebben overwegend last van
15 lichamelijke reacties, terwijl anderen het
16 sterkst hinder ondervinden van angstige gedach-
17 ten⁶.

18 In dit artikel wordt de literatuur over de
19 behandeling van deze veel voorkomende aandoening
20 besproken. De vraag wat de werkzame ingrediënten
21 zijn van de gebruikte behandelmethodes zal
22 hierbij centraal staan.

23 Vliegangst bij piloten

24
25
26 Voor wie van vliegen een beroep heeft gemaakt is
27 het ontstaan van vliegangst een ernstige
28 handicap. Volgens gegevens van een verzekerings-
29 maatschappij is ongeveer 13% van de gevallen van
30 verlies van het vliegbrevet te wijten aan

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 psychiatrische oorzaken; ruim een kwart daarvan
2 berust op vliegangst⁷. Bij militair luchtvaart-
3 personeel zijn enige pogingen gedaan om te
4 achterhalen welke kenmerken met het ontstaan van
5 vliegangst samenhangen. In vergelijking tot een
6 controlegroep van klachtenvrije collega's werd
7 bij luchtvaartpersoneel met vliegangst geen
8 verschil gevonden op persoonlijkheidstests,
9 waaronder neuroticisme en extraversie. De piloten
10 met vliegangst vertoonden echter een grotere mate
11 van fluctuatie in de huidweerstand en habitueer-
12 den slechter op auditieve signalen⁸, een
13 verschijnsel van "hyperarousal" dat ook bij
14 andere categorieën van fobici gevonden wordt⁹. De
15 fobische piloten hadden reeds als kind vaker last
16 gehad van fobische angsten en ook als volwassene
17 hadden ze ook nog andere fobische klachten.
18 Traumatische gebeurtenissen die met vliegen te
19 maken hadden, zoals het verlies van een vader of
20 broer in een vliegtuigongeluk kwamen eveneens
21 vaker voor. In de periode voorafgaand aan het
22 begin van de klachten was er meer sprake van
23 sexuele problemen of huwelijksconflicten. De
24 vliegangst begon in veel gevallen tijdens een
25 vlucht met een beperkte zichtbaarheid tijdens een
26 periode van stationnering in het buitenland⁸. Al
27 met al suggereren deze bevindingen bij vliegper-
28 soneel bij wie vliegangst tot ontwikkeling is
29 gekomen dat er sprake is van een relatief
30 grotere geneigdheid tot angstklachten, versterkt

Eerste auteur: ~~R. van Dyck~~

Korte titel: ~~Vliegangst~~

1 door een ongunstige levensfase en met vliegen
2 verbonden traumatische belevenissen.

3
4 ONGECONTROLEERDE THERAPIESTUDIES

5
6 Tot in de zestiger jaren werd door Amerikaanse
7 autoriteiten op het gebied van de luchtvaartge-
8 neeskunde nog gesteld dat vliegangst bij
9 militairen een onbehandelbare aandoening zou
10 zijn¹⁰. Uit een retrospectief onderzoek¹¹ bij 97
11 Britse piloten die vanwege dit probleem medische
12 zorg hadden gekregen bleek echter dat degenen die
13 met "graded flying rehabilitation" waren
14 behandeld veel vaker slaagden in volledige
15 hervatting van hun activiteiten dan piloten die
16 tijdelijk aan de grond gezet waren of de gangbare
17 therapie van een klinisch psychiatrische afdeling
18 hadden gekregen. Dit leidde tot een poging om een
19 meer specifiek behandelprogramma te ontwikkelen,
20 bestaande uit klinische gedragstherapie in de
21 vorm van systematische desensitisatie gevolgd
22 door "flying rehabilitation". Systematische
23 desensitisatie is een gedragstherapeutische
24 techniek met als essentiële strategie: 1)
25 aanleren van relaxatie; 2) aanleggen van een
26 hiërarchie van angstverwekkende situaties en 3)
27 stap voor stap in de imaginatie de angstver-
28 wekkende situaties oproepen, waarbij relaxatie
29 gebruikt wordt om het angstniveau laag te houden.
30 Relaxatie werd in het behandelprogramma van het

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 vliegpersoneel als een zeer belangrijk onderdeel
2 gezien als methode om angstreacties weer onder
3 bewuste controle te brengen¹². Het "rehabilita-
4 tie" programma hield in dat de piloten met
5 begeleiding van een instructeur tijdens echte
6 vluchten opnieuw vertrouwd werden gemaakt met de
7 situaties die eerder angstreacties hadden
8 opgeroepen. Zoals dat vaker gezien wordt waren de
9 resultaten van de eerste studie (die in de
10 begindagen van de gedragstherapie in het Maudsley
11 Hospital te Londen werd gestart) het meest
12 indrukwekkend: van de zes piloten konden er vijf
13 hun functie volledig hervatten, de zesde
14 verbeterde weliswaar, maar ondervond nog
15 beperkingen¹². Bij replicatie op wat grotere
16 schaal waren de bevindingen iets minder opmerke-
17 lijk, maar toch nog zeer de moeite waard: van de
18 18 man luchtmachtpersoneel konden er 6 volledig
19 en 6 gedeeltelijk hun werk in de lucht hervatten
20 en bleven 6 aan de grond¹³. De therapeutische
21 inzet was daarbij niet gering: de systematische
22 desensitisatie vond plaats in de loop van een zes
23 weken durende klinische opname. Tijdens die
24 opname nam men ook deel aan steunende individue-
25 le- en groepsbehandeling evenals echtpaargesprek-
26 ken. Na de opname volgde het rehabilitatiepro-
27 gramma met 40 tot 80 vliegreizen. Inmiddels
28 verschenen ook diverse publicaties over de
29 behandeling van vliegangst bij passagiers in de
30 burgerluchtvaart¹⁴⁻²². Elementen die men in

R. van Dyck

Eerste auteur: _____

Vliegangst

Korte titel: _____

uiteenlopende benaderingen terugvindt zijn: 1) voorlichting over de gebeurtenissen die men tijdens een vliegtuigreis kan verwachten; 2) imaginaire voorstelling van een vlucht in een chronologische verloop of hiërarchisch opgebouwd naargelang de moeilijkheidsgraad; 3) relaxatie als methode om angst onder controle te brengen; 4) een oefenvlucht onder begeleiding als afronding. In meerdere publicaties werd ook gebruik gemaakt van hypnose, al dan niet naast de eerder genoemde elementen¹⁷⁻²¹ en in één studie²² hanteert de auteur naast gedragstherapeutische technieken ook psychodynamische inzichten. Uit deze ongecontroleerde en vaak casuïstische studies valt niet af te leiden welke elementen werkzaam zijn en welke misschien overbodig zijn. Ook uit de vaststelling dat een hogere hypnotiseerbaarheid met een gunstiger therapieresultaat samengaat²¹ volgt nog niet dat hypnose een werkzaam onderdeel van de behandeling is geweest, want dit persoonlijkheidskenmerk kan ook bijdragen tot het succes van andere behandelingsmethodes²³. Over de vraag naar de werkzame ingrediënten kan gecontroleerd onderzoek in principe meer opheldering verschaffen.

GECONTROLEERDE STUDIES

In de literatuur zijn zeven publicaties te vinden waarin een behandeling van vliegangst met één of

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 meerdere controlecondities werd vergeleken.
2 De reeds genoemde methode van systematische
3 desensitisatie werd met andere behandelingen
4 vergeleken in twee studies waarin het succes werd
5 gemeten aan de bereidheid om aan een testvlucht
6 deel te nemen. Tegen dit criterium kunnen wel
7 bedenkingen aangevoerd worden: het is maar de
8 vraag of falen of slagen in deze eenmalige test
9 het gevolg is van angstreductie of van andere
10 motieven zoals compliance. De resultaten van
11 beide studies stemmen niet geheel met elkaar
12 overeen. Denholtz & Mann²⁴ vonden dat systemati-
13 sche desensitisatie meer deelnemers aan de
14 testvlucht opleverde dan enigszins geamputeerde
15 versies van deze methode waarin of de relaxatie
16 of de hiërarchische presentatie van voor de fobie
17 relevante beelden was achterwege gelaten. Aan
18 deze uitslag kan echter niet veel waarde gehecht
19 worden omdat de onderzoekers een merkwaardige
20 fout in het onderzoeksdesign bouwden: systemati-
21 sche desensitisatie omvatte meestal 8 sessies,
22 maar kon uitlopen tot 24 zittingen, terwijl de
23 andere behandelgroepen na 6 zittingen aan hun
24 testvlucht moesten beginnen. Solyom e.a.²⁵
25 rapporteerden daarentegen dat "habituatie",
26 d.w.z. eenvoudigweg wennen aan een therapieruimte
27 die met vliegtuigstoelen was uitgerust en waarin
28 films van landende en opstijgende vliegtuigen
29 werden vertoond, even effectief was als de meer
30 gecompliceerde gedragstherapeutische methodes van

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 systematische desensitisatie of "aversion
2 relief". Overigens werd met groepstherapie op
3 korte termijn geen verandering bereikt. In beide
4 studies werd een follow-up uitgevoerd: hieruit
5 bleek dat na 1 jaar en 3 1/2 jaar de verbeterde
6 patienten nog steeds vlogen.
7 In een derde studie⁴ waarin systematische
8 desensitisatie met andere gedragstherapeutische
9 methodes -waaronder relaxatie- werd vergeleken
10 met een onbehandelde controlegroep, bleek dat de
11 behandelde groepen wel minder angst rapporteerden
12 voorafgaand aan de testvlucht, maar desondanks
13 niet vaker aan de testvlucht deelnamen dan de
14 onbehandelden. In dit onderzoek werd bovendien
15 gekeken naar de ontwikkeling van het angstniveau
16 tijdens de testvlucht: het opvallende resultaat
17 was dat de testvlucht een krachtig therapeutisch
18 effect opleverde, ongeacht de voorafgaande
19 therapie of zelfs afwezigheid van behandeling.
20 De bevinding dat vooral een echte vliegtocht tot
21 een sterke angstreductie kan leiden is in ander
22 onderzoek bevestigd. Een groepsbehandeling die
23 drie sessies van drie uur omvatte was opgebouwd
24 uit geruststellende informatie, een gesimuleerde
25 vlucht en een echte vliegtocht. Alleen na het
26 laatste onderdeel trad een sterke afname van de
27 vliegangst op⁵. Ten tijde van de follow up na
28 drie jaar had inmiddels 60% commercieel gevlogen,
29 wat er op wijst dat niet uitsluitend korte
30 termijn effecten bereikt werden. In slechts één

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 studie²⁶ is het effect van een farmacon onder-
2 zocht: een beta-blokker werd dubbelblind met een
3 placebopil vergeleken gedurende twee vluchten van
4 circa 40 minuten. Hoewel de hartfrequentie lager
5 was bij gebruik van de beta-blokker, werd geen
6 verschil gevonden tussen beide condities wat
7 betreft de subjectieve angst of de beoordeling
8 door de psychiater die de vlucht meemaakte. De
9 angst was na de vliegtochten wel significant
10 verminderd, ongeacht de conditie. Dit bevestigt
11 nogmaals het angstreducerende effect van
12 proefvluchten, ook zonder verdere therapeutische
13 ondersteuning dan een placebomedicatie. Deze
14 studie illustreert tevens dat de emotionele en
15 lichamelijke reacties niet noodzakelijk synchroom
16 lopen: ondanks een verlaagde hartfrequentie duurt
17 de angst voort. Het verschijnsel van ontkoppeling
18 van emotionele, cognitieve en fysiologische
19 reacties is ook bij ander angstonderzoek
20 vastgesteld²⁷.

21 Cognitieve therapie is een recente ontwikkeling
22 binnen de gedragstherapie. De essentie is dat
23 gestreefd wordt naar de beheersing van cognities
24 of gedachten in angstverwekkende situaties. Een
25 van de daarvoor gebruikte technieken is "Self
26 Inoculation Training"²⁸. In twee vergelijkende
27 studies is deze methode onderzocht. Blijkens een
28 onderzoek met een vrij ingewikkeld design²⁹ werd
29 tijdens een normale vlucht geen duidelijk
30 voordeel gevonden in angstreductie in vergelij-

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 king tot een andere methode van cognitieve
2 ondersteuning of tot een onbehandelde controle-
3 conditie. Als een juiste selectie van patienten
4 wordt toegepast kunnen deze cognitieve interven-
5 ties misschien van meer nut zijn: dit wordt
6 althans gesuggereerd door een kleine studie met
7 slechts 10 patienten die waren ingedeeld op
8 grond van hun overwegend cognitieve of fysiologi-
9 sche manier van reageren bij angst. Patienten die
10 werden behandeld met de methode die het beste bij
11 hun manier van reageren paste -voor de fysiolo-
12 gisch reagerenden was dat relaxatie en voor de
13 cognitief reagerenden SIT- hadden in een aantal
14 opzichten een gunstiger therapieresultaat dan
15 degenen die een behandeling kregen die niet bij
16 hun reactietype paste⁶.

17
18 **CONCLUSIE**

19
20 Vliegangst bij luchtvaartpersoneel en bij (poten-
21 tiele) passagiers blijkt een behandelbare
22 conditie te zijn. Het bestaande programma voor
23 hertraining van fobisch luchtvaartpersoneel is
24 vrij intensief; men kan een rendement verwachten
25 van ongeveer 30% gedeeltelijke en 30% complete
26 werkhervatting¹⁰.
27 Aan de behandeling van passagiers moet veel
28 minder hoge eisen gesteld worden dan aan
29 luchtvaartpersoneel en het is dan ook niet
30 verwonderlijk dat met veel kortere behandelingen

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 een vergelijkbaar resultaat bereikt kan worden.
2 Na een drietal therapieessies zet ook op langere
3 termijn 60% van de deelnemers het vliegen
4 zelfstandig voort⁵.
5 Voor verschillende gedragstherapeutische
6 technieken werd een vergelijkbaar effect
7 gevonden, maar op grond van de beschikbare
8 gegevens moet de conclusie zijn dat vooral het
9 maken van één of meerdere proefvluchten een
10 sterke angstreductie oplevert en dus het
11 essentiële therapeutische element vormt. Dit is
12 geheel in overeenstemming met de bevindingen over
13 de behandeling van andere fobische stoornissen
14 zoals agorafobie: ook daar blijkt "exposure in
15 vivo" of confrontatie in de werkelijkheid de
16 meest werkzame techniek te zijn³⁰.
17 Het is mogelijk dat verder onderzoek naar het
18 belang van een nauwkeuriger patiententypering en
19 -selectie in de toekomst nog duidelijke differen-
20 tiele effecten oplevert, maar vooralsnog lijken
21 hulptechnieken zoals voorlichting, relaxatie,
22 hypnose of cognitieve training eerder van
23 ondergeschikt belang. Misschien is hun betekenis
24 vooral dat ze motiverend en drempelverlagend
25 kunnen werken voor deelname aan exposure in vivo.
26 Achteraf is het vooral eigenaardig dat de
27 werkzaamheid van exposure in vivo zo laat is
28 onderkend, omdat de toepassing van dit principe
29 reeds ten tijde van de eerste wereldoorlog bij de
30 behandeling van fobische piloten onder de naam

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

Jan Huykenstraat 5, 1071 CJ Amsterdam

KOPIJBLAD: _____

29

Een kopijblad = 1/2 kolom = 1/4 pagina druks
Typen met anderhalve regelafstand
In tekst regels niet uitvullen

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 "slow recovery" is gedocumenteerd¹².
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

1 Literatuur

- 2 1. Jong E. Het ritsloze nummer. Amsterdam: De
3 Arbeiderspers, 1974.
- 4 2. Agras S, Sylverster D, Oliveau D. The
5 epidemiology of common fears and phobia.
6 Compr. Psychiatry 1969; 10: 151-156.
- 7 3. American Psychiatric Association: Diagnostic
8 and Statistical Manual of Mental Disorders
9 (DSM-III-R) 3rd ed (revised). American
10 Psychiatric Association, 1987.
- 11 4. Howard WA, Murphy SM, Clark JC. The nature
12 and treatment of fear of flying: a controlled
13 investigation. Behavior Therapy 1983; 14:
14 557-67.
- 15 5. Walder CP, McCracken JS, Herber M, et al.
16 Psychological Intervention in Civilian Flying
17 Phobia. Evaluation and a three year follow-
18 up. Brit J Psychiat. 1987; 151: 494-498.
- 19 6. Haug T, Brenne L, Johnsen BH. A Three
20 systems Analysis of Fear of Flying: A
21 Comparison of a Consonant vs a Non-consonant
22 Treatment Method. Behav Res Ther 1987; 25:
23 187-194.
- 24 7. Smith R. Psychiatric Disorders as they relate
25 to Aviation: the Problem in Perspective.
26 Aviat Space Environ Med 1983; 54: 586-587.
- 27 8. Aitken RC, Lister JA, Main CJ. Identification
28 of Features associated with Flying Phobia in
29 Aircrew. Brit J Psychiat 1981; 139: 38-42.
- 30

Eerste auteur: _____

R. van Dyck

Korte titel: _____

Vliegangst

- 1
- 2 9. Lader MH, Wing L. Physiological measures, se-
- 3 dative drugs and morbid anxiety. Maudsley
- 4 Monograph no 14, London: Oxford University
- 5 Press, 1971.
- 6 10. Aitken RC, Daly RJ, Rosenthal SV, et al.
- 7 Treatment of Flying Phobia in Trained
- 8 Aircrew. Proc R Soc Med 1970; 63: 882-886.
- 9 11. Goorney AB, O'Connor PJ. Anxiety Associated
- 10 with Flying: A Retrospective Survey of
- 11 Military Aircrew Psychiatric Casualties. Brit
- 12 J Psychiat 1971; 119: 159-166.
- 13 12. Goorney AB. Treatment of Aviation Phobias by
- 14 Behavior Therapy. Brit J Psychiat 1970; 117:
- 15 535-44.
- 16 13. Aitken RC, Daly RJ, Lister JA, et al.
- 17 Treatment of Flying Phobia in Aircrew. Am J
- 18 Psychother 1971; 25: 530-542.
- 19 14. Sank LI. Counterconditioning for a Flight
- 20 Phobia. Soc Work 1976; 21: 318-319.
- 21 15. Ladouceur R. In vivo cognitive desensitization
- 22 of flight phobia: A case study. Psychol
- 23 Rep 1987; 50: 459-462.
- 24 16. Rebman VL. Self-control Desensitisation with
- 25 cue-controlled Relaxation for Treatment of a
- 26 Conditioned Vomiting Response to Air Travel.
- 27 J Behav Ther Exp Psychiat 1983; 14: 161-164.
- 28 17. Tim SA. Systematic desensitization of a
- 29 phobia for Flying with the use of Suggestion.
- 30 Aviation, Space & Environmental Medicine
- 1977; 48: 370-372.

Eerste auteur:

R. van Dyck

Korte titel:

Vliegangst

- 1 18. Deyoub PL, Epstein SJ. Short Term Hypnotherapy
2 for the Treatment of Flight Phobia: A Case
3 Report. Am J Clin Hypnosis 1977; 19: 251-254.
- 4 19. Diment AD. Fear of Flying: Case study of a
5 Phobia. Aust J Clin Exp Hypnosis 1981; 9: 5-
6 8.
- 7 20. Shaw HL. A Simple and Effective Treatment for
8 Flight Phobia. Brit J Psychiat 1977; 130:
9 229-232.
- 10 21. Spiegel D, Frisscholz EJ, Maruffi B, Spiegel
11 H. Hypnotic responsivity and the treatment of
12 flying phobia. Am J Clin Hypnosis 1983; 23:
13 239-247.
- 14 22. Aronson ML. A Group Program for Overcoming
15 the Fear of Flying. In: L.R. Wolberg & M.L.
16 Aronson (eds), Group Therapy 1974: An
17 overview. N.Y.: Stratton Intercontinental
18 Medical Book Corp, 225.
- 19 23. Dyck R van. Psychotherapie, Placebo en
20 Suggestie. Rijksuniversiteit Leiden,
21 Academisch proefschrift, 1986.
- 22 24. Denholtz MS, Mann ET. An Automated Audiovisu-
23 al Treatment of Phobias administered by Non-
24 Professionals. J Beh Ther & Exp Psychiat
25 1975; 6: 111-115.
- 26 25. Solyon L, Shugar R, Bryntwick S, Solyom C.
27 Treatment of Fear of Flying. Am J Psychiat
28 1973; 130: 423-427.
- 29
30

Eerste auteur: R. van Dyck

Korte titel: Vliegangst

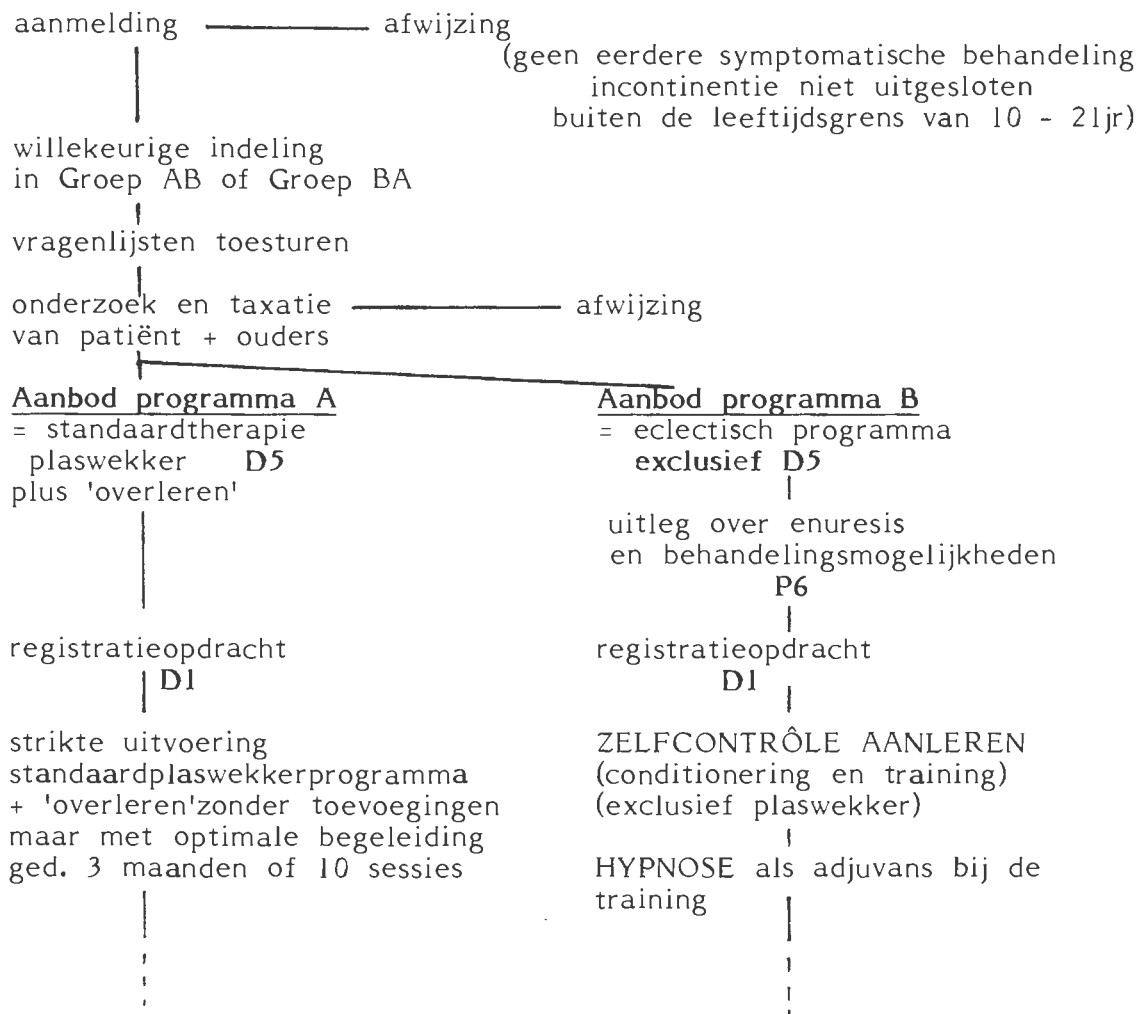
- 1 26. Campos PE, Solyom L. Koelink A. The Effects
2 of Timolol Maleate on Subjective and
3 Psychological Components of Air Travel
4 Phobia. Can J Psychiat 1984; 29: 570-574.
- 5 27. Rachman S, Hodgson RI. Synchrony and
6 desynchrony in fear and avoidance. Behav Res
7 Ther 1976; 2: 375-389.
- 8 28. Meichenbaum D, Turk D. The cognitive
9 behavioral management of anxiety, anger and
10 pain. In: The Behavioral Management of
11 Anxiety, Depression and Pain (Ed. Davidson
12 PO) Brunner Mazel New York, 1976.
- 13 29. Girodo M., Roehl J. Cognitive Preparation and
14 Coping Self-Talk: Anxiety Management During
15 the Stress of Flying. J Consult Clin Psychol
16 1978; 46: 978-989.
- 17 30. Emmelkamp PMG. Phobic and obsessive compulsi-
18 ve disorders. Theory, research and practice.
19 New York, Plenum Press, 1982.
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30

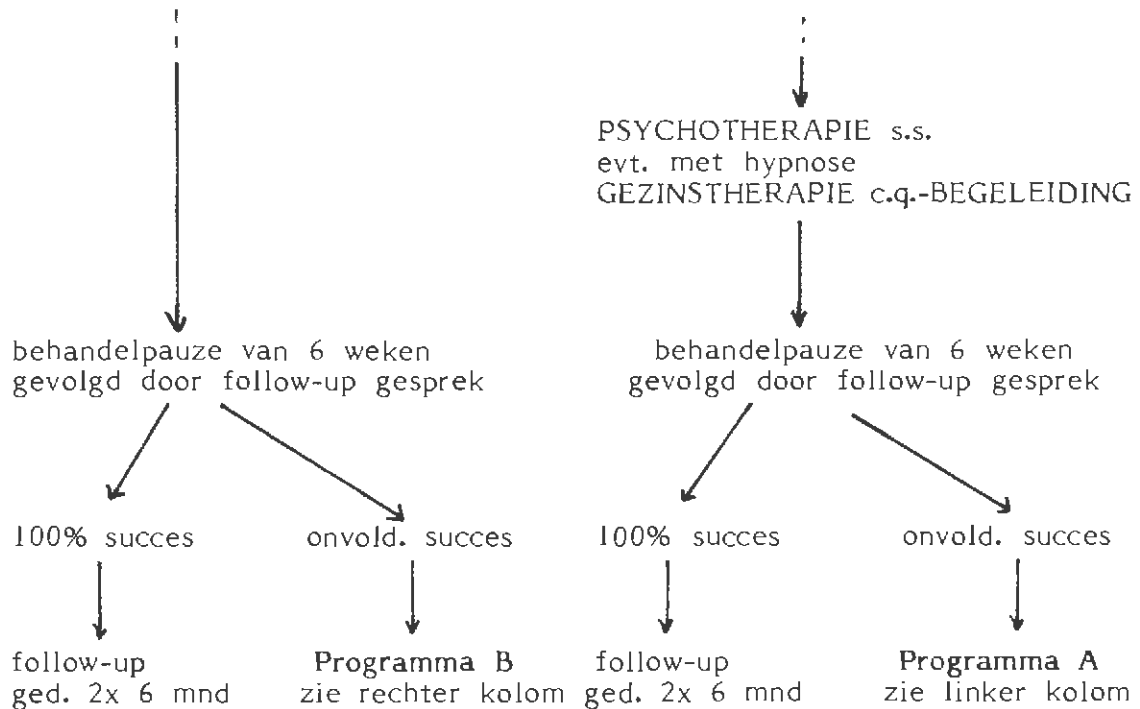
7 April 1989

Tweede tussentijds verslag bedplasproject DordrechtDick N. Oudshoorn**1 Inleiding**

Diverse behandel mogelijkheden zijn in een vooronderzoek op zichzelf of in combinatie uitgetoetst bij twintig patiënten die allen al eerder vergeefs waren behandeld. Telkens is gepoogd een 'op maat gesneden' behandeling te geven.

De opgedane ervaring heeft geleid tot een protocol. Om nu de effectiviteit van een **eclectische strategie** te vergelijken met een standaardbehandeling (in casu de plaswekker) is een zg. 'crossover design' opgesteld waarbij de mogelijkheid bestaat om een niet geslaagde behandeling van de ene soort na een zg 'washout period' te vervolgen met een therapie van de andere categorie.

PROTOCOL BEHANDELING ENURESIS NOCTURNA



3 Overzicht patiëntenbestand per 1/4/'89

Op dit moment bedraagt ons bestand 42 bedplassers; hiervan behoren er 20 tot de A- en 22 tot de B-categorie. De nodige gegevens worden verkregen door:

- Vragenlijst voor bedplassen - ingevuld door de ouders;
- Gedragsvragenlijst volgens Achenbach voor kinderen 4-16 jr, ingevuld door de ouders; respectievelijk (boven 16 jr) vragenlijst voor meisjes en jongens van 11-18 jr, ingevuld door de patiënt zelf;
- Intake, anamnese en psychiatrisch onderzoek van patiënt en ouders, c.q. gezin. Hierbij wordt niet volstaan met de klacht zelf (i.c. het bedplassen), doch wordt nagegaan welke andere psychiatrische symptomen of psychosociale problemen mogelijk aanwezig zijn (geweest), zoals deze voorkomen op de ICD-symptomenlijst. Voorts wordt getoetst of er nog andere classificaties volgens DSM-III-R mogelijk zijn naast functionele enuresis (307.60). Er wordt een globale inschatting gedaan van de intelligentie, op grond van schoolanamnese en klinische indruk. Deze gegevens worden op drie- of vierpuntsschaaltjes gekwantificeerd. Ook de Achenbachlijst is goed voor een driepuntsschaaltje (voor wat betreft sociale activiteiten/vaardigheden) en een vierpuntsschaaltje (voor wat betreft de hoeveelheid pathologie). Dit levert alles bijeen een **somscore voor het kind**. Deze kan variëren van 0 tot 13.

Wat betreft het gezin wordt gekeken naar:

- de sociaal-economische status;
- de gezinsgrootte
- het vóórkomen van lichamelijke ziektes
- gezinsleden onder behandeling voor psychiatrische ziektes
- evidente dysharmonie binnen het gezin
- echtscheiding.

Ook deze gegevens worden gekwantificeerd tot de zg gezinstegegenspoedindex (GTI) (Family Adversity Index). De GTI kan variëren van 0 tot 12.

De optelling van de somscore van het kind en de gezinstegegenspoedindex levert de zg grosscore op. Deze kan derhalve uiteenlopen van 0 tot 25.

De hoogste grosscore in ons huidige bestand is 13. (Zie bijlage.)

Om na te gaan in hoeverre de grosscore relevant is voor de behandeling en de prognose hebben we een driedeling gemaakt:

- a) 'Ongecompliceerde bedplassers ('EN-sec') grosscore 0-5 : 13 patiënten
- b) 'Min of meer gecompliceerde' ('EN-plusmin') 6-8 : 11 patiënten
- c) 'Gecompliceerde bedplassers' ('EN-plus') 9-13 : 16 patiënten.

Het voordeel van scores is dat ermee te rekenen valt, het grote nadeel is de abstractheid ervan. Om de lezer wat meer reliëf te tonen is in de volgende tabel enige nadere typering gegeven.

patiënt lft score typering

EN1	14	5	fobisch in het duister, dysthyme klachten (in lichte mate)
EN2	13	11	Hyperactief, weinig ondernemend; te hoge somscore gedragsproblemen
EN3	17	7	weinig weerbaar, lusteloos/passief; aanpassingsproblemen
EN4	13	9	erg fobisch in het duister, dysthyme klachten die worden overgecompenseerd; moeder chron. ziek; echtscheidings- problemen: voelt zich door vader verwaarloosd
EN5	12	12	Depressie i.e.z.; veel ziekte en sterfte in familie
EN6	16	5	Restverschijnselen ATHS; lichte dwangklachten
EN7	14	4	Weinig sociale activiteiten
EN8	14	7	Erg fobisch in het duister, hardnekkige angst plaswekker
EN9	11	5	prikkelbaar; erg afhankelijk van moeder; weinig gemoti- veerd voor behandeling.
EN10	14	?	komt nog

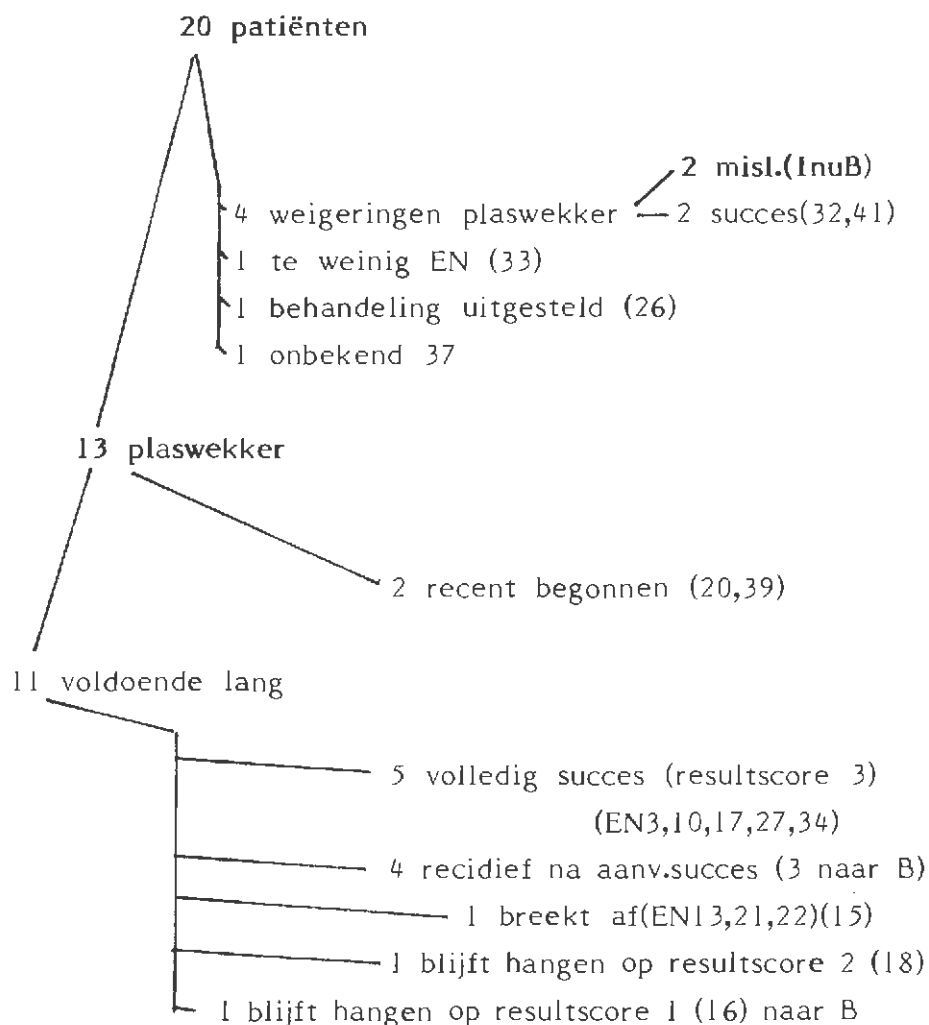
	lf	score	
EN11	14	13	Zwakbegaafde LOM-leerlinge met multip.lich.kl.;veel gezinsstress door lich.klachten en financiële problemen
EN12	11	13	Zwakbegaafde MLK-leerling, dysthyme stoornis; heimwee op schippersinternaat, ouders krenken hem en tonen weinig belangstelling; hooglopende echtpaarconflicten
EN13	13	5	Aanpassingsproblemen t.o.v. medescholieren
EN14	13	8	ATHS - zeer weinig motivatie en doorzettingsvermogen
EN15	10	11	Aanpassingsstoornis; prikkelbaar, afhankelijk, heimwee op het schippersinternaat
EN16	13	12	Zwakbegaafd; kinderlijke angsten, affectief verwaarloosd ouders ook zwakbegaafd
EN17	10	5	Vader woont in Suriname, moeder WAO
EN18	15	6	pedagogische verwaarlozing; passief, weinig eigendunk
EN19	14	?	komt nog
EN20	10	2	volstrekt ongecompliceerd; geen gezinstegenspoed
EN21	10	10	ATHS: structuurloos+taalontwikkelingsstoornis;schoolstress astma+allergieën; moeder overbelast door familieprobl.
EN22	21	10	Affectief verwaarloosd; vertraagde losmaking; slecht behandelde pseudo-epilept. klachten; ernstige gezinsconflicten (vader alcoholist)
EN24	10	3	volstrekt ongecompliceerd; geen gezinstegenspoed
EN25	10	7	Dysthyme klachten; dubieuze motivatie; verontachtzaamd door gescheiden vader
EN26	10	9	ATHS; externaliseert; geringe sociale vaardigheden
EN27	17	5	Ongecompliceerd beh. getob met oorontstekingen
EN28	14	8	Dysthyme st.; emot. en psychoseks. achterstand
EN29	14	8	ATHS? specif. leerstoornis; (alg. retardatie?) zeer lage sociale vaardigh./act. Zeer hoge somscore
EN30	14	8	Geringe sociale vaardigh./act.; onrijp; groot gezin, 2 sibb. ook EN
EN31	15	10	lage sociale vaardigh./act.; hoge somscore;zeer verwarrende en wisselende gezinssituaties na echtscheiding
EN32	15	5	Lage sociale vaardigh./act.; infantiel-afh. van moeder
EN33	18	13	Moeder chron.psychotisch, oudere zus gelooft in de hall. patiënte geen steun van ouders; inadekwate verwachtingen van anderen - voorbestemd voor persoonlijkheidsstoornis
EN34	14	7	Vrij hoge somscore, te hoge IntI; schizoïd en onrijp

EN35	10	8	Oppositieel-opstandig gedrag, vrij hoge somscore
EN36	16	?	komt nog
EN37	13	12	Mishandeld door moeder; hoge GTI door echtscheiding, dysharmonie & criminaliteit broer
EN38	10	8	Lage sociale vaardigh./act. groot gezin; 2 sibb. ook EN
EN39	10	4	Ongecompliceerd ondanks depr. episode van moeder na echtscheiding
EN40	14	10	Onvoldoende sociale activiteiten; zeer hoge somscore
EN41	10	2	Volstrekt ongecompliceerd
EN42	18	4	Schaamte voor EN maakt hem sociaal onzeker. Overigens een goed functionerende MTS'er
EN43	11	6	Driftig ventje met eczeem; schippersinternaat; betrokken doch zeer gespannen ouders

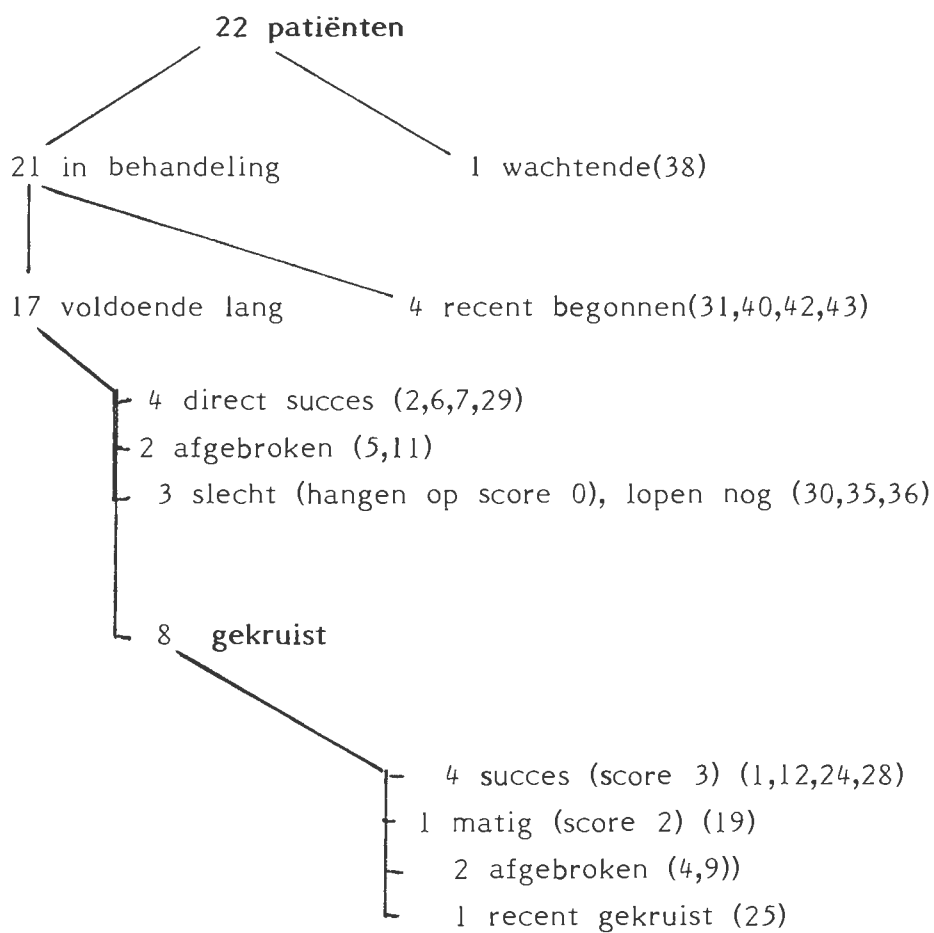
tabel 1: EN met/zonder complicaties

4 Enige voorlopige resultaten

In de A-categorie:



In de B-categorie:



0 0-33% beter	1 34-65% beter	2 66-94% beter	3 95-100% droog
<u>EN4</u> §		<u>EN21</u> § A	<u>EN22</u> § A
<u>EN5</u> §			<u>EN2</u> §
<u>EN11</u> §			<u>EN29</u> §
<u>EN12</u>			
<u>EN15</u> § A			
	<u>EN16</u> A		EN8 § A
<u>EN30</u>	EN25		EN3 §
		EN14 A	EN28 §
		EN18 § A	EN13 A
	en9 §		en6 §
			en7 §
			en1 §
			en17 § A
			en24 §
			en27 § A
			en32 § A
			en41 § A

GROOT : ENplus (grosscore 9-15)

GROOT : ENplusminus (grosscore 6-8)

klein : ENsec (grosscore 2-5)

A : A-conditie

§ : afgesloten

Tabel 2 Relatie complicaties & beloop:

5 Enkele zeer voorlopige conclusies

- Het lijkt voor het resultaat van de enuresisbehandeling weinig uit te maken of programma A dan wel programma B wordt gevolgd. Voor alle afgesloten behandelingen van patiënten in de A-conditie is de gemiddelde resultscore 2,3 . Deze score is voor de B-categorie: 2,1.

Deze uitkomst resulteert zowel uit het grote aantal recidieven met de plaswekker, als uit de weinig rooskleurige resultaten met de eclecticische strategie. Opvallend veel behandelingen (ongeveer de helft) zijn dan ook gekruist: 8 na A naar B en ook 8 van B naar A.

- Voor de kans op therapeutisch welslagen lijkt van groot belang te zijn of EN als een zelfstandige klacht voorkomt bij een overigens gezonde en goed functionerende bedplasser, dan wel gecompliceerd wordt door psychopathologie en/of ernstig familiair dysfunctioneren.

Om de mate van pathologie (in ruime zin) te kwantificeren hebben we voor iedere patiënt een grosscore bepaald. Vervolgens zijn de tien laagste scores vergeleken met de tien hoogste. Daarbij kwam een opvallend verschil uit de bus. Toen is een experimentele onderverdeling gemaakt in drie groepen: hoge scores (de zg ENplus), lage scores (de zg EN-sec) en een middengroep (zg ENplusmin).

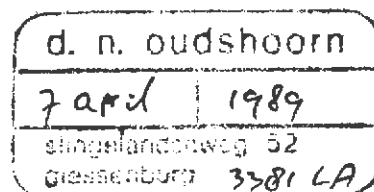
Het gemiddelde van de resultaatscores van de afgesloten behandelingen

is per categorie: ENplus :	1,4
ENplusmin:	2,8
EN-sec:	2,8

Bij een grosscore van 2-8 is de prognose blijkbaar ca 90% en daarboven is de prognose slechts ca 50% kans op succes. De grens lijkt zeer scherp te zijn.

- De behandelduur valt erg tegen. Van de afgesloten behandelingen (succesvol of niet) is de gemiddelde duur **bijna één jaar** (50 weken). (A-groep: gemiddeld 52 weken; B-groep gemiddeld 48 weken)

- In het bovenstaande is geen poging gedaan effecten van afzonderlijke interventies of technieken (bv. hypnose) na te gaan. De B-groep is tot dusverre toch pas erg klein, laat staan als die nog wordt opgesplitst. De rol die een interventie of techniek kan spelen kan direct effect hebben op een symptoom (in casu bedplassen), en dan hopen we daar iets van te merken in de registratie, maar kan ook indirecte, bv. voorbereidend effecten sorteren, doch die zullen vrijwel nooit statistisch 'hard' te maken zijn. Dat behoeft niets iets af te doen aan de therapeutische waarde. Om zulke effecten aannemelijk te maken moet het onderhavige onderzoek als een verzameling N=1 studies worden opgevat.



Bedplasproject Dordrecht

NAAM van het kind:

Code EN

kind

a) ICD-symptomenlijst (z.o.z.)	0	1	2	3
b) DSM-III-R as I:	0	1	2	3
c) IQ (op grond van gegevens en/of indrukken) lager dan 50 51 - 74 75 - 90 boven 90 (imbeciel) (debiel) (zwakbegaafd) (normaal)	0	1	2	
d) Gedragsvragenlijst van Achenbach soc.vaardigh./act. gedragsproblemen	0	1	2	
	0	1	2	3

SOMSCORE

gezin

e) Sociaal-economische status (SES):	0	1	2	
f) Groot gezin (meer dan 6 kinderen):	0	1		
g) Voórkomen van lichamelijke ziektes:	0	1	2	3
h) Gezinsleden onder behandeling wegens psychiatrische ziektes:	0	1	2	3
i) Evidente dysharmonie in het gezin:	0	1	2	
j) Echtscheiding:	0	1		

GTI

GROSSCORE

Aanvullende gegevens omtrent behandelingsindicatie en prognose

Symptomenlijst met betrekking tot behandelingsindicatie en noodzaak tot interventies.

01	suicidaal gedrag		
02	automutilatie		
03	agressiviteit		
04	mishandeld worden		
05	mutisme		
06	negativistisch gedrag		
07	schoolfobie/schoolweigering (niet "spijbelen")		
08	geringe prestaties op school of werk		
09	stereotypieën		
10	tics		
11	enuresis		
12	encopresis		
13	spraakstoornissen		
14	eetstoornissen		
15	slaapstoornissen		
16	psychogene aanvallen, o.a. breathholding spells en hyperventilatie		
17	separatieproblemen en onzelfstandigheid		
18	lusteloosheid, passiviteit		
19	communicatie- en contactstoornissen	100	101
20	medicijngebruik op niet-medische indicatie, druggebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	gedragsstoornissen van niet delinquente aard	102	103
22	lichamelijke klachten van psychische oorsprong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	sexuele stoornissen	104	105
24	delinquentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	uitgesproken conversieverschijnselen (lichamelijk)	106	107
26	verwardheid en denkstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	hallucinaties of wanen	108	109
28	motorische stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	dwangverschijnselen		
30	angst en/of fobische klachten		
31	overige (specificeren)		

NB. volgorde van de coderingen in mate van belangrijkheid voor de aanleiding tot behandeling

Inleiding

Rees + Nijmegen.

Patiënten melden zich aan voor behandeling meestal omdat ze zich ongelukkig en angstig voelen. Anders dan bij lichamelijke aandoeningen worden psychiatrische stoornissen nogal eens als een persoonlijk falen beleefd. Mogelijk speelt dit een rol bij het gebruikelijke wat timide gedrag van de patiënt die met psychische klachten bij een psychotherapeut komt. Ten onrechte gaat hij ervan uit dat de expert op dit geestelijke terrein zelf wel geen geestelijke problemen zal hebben. Vaak toch is deze opvatting niet geheel juist. Niettemin voelt de patiënt zich ten gevolge van zijn klachten vaak minderwaardig en neigt hij ertoe een ondergeschikte positie in te nemen binnen de therapeutische relatie. Er zijn therapeuten die menen dat dit zo hoort. Zij menen dat de patiënten nu eenmaal de zieligen zijn en zij de hulpverleners, de genezers, de uitverkorenen. Wanneer dergelijke opvattingen zich bij therapeuten nestelen is het vaak gedaan met succesvolle behandelingen. De patiënten worden toenemend onvriendelijk bejegend. Wanneer zij niet beter worden, wordt hen dat persoonlijk aangerekend: De patiënt manipuleert, is onbetrouwbaar, heeft een As-II-stoornis, kortom vertoont een typisch patiënten gedrag, etc. Verdere verzuring van de therapeut dreigt en ten slotte wordt het voor velen te zwaar. Niet voor niets suïcideert 10 o/o van de psychotherapeuten zich uiteindelijk. jr.!

Een mogelijkheid deze ontwikkeling te keren is patiënten als gewone mensen beschaafd en hoffelijk tegemoet te treden. In dit artikel hopen we duidelijk te maken dat hoffelijkheid binnen de psychotherapie een krachtig therapeuticum is.

Wanneer patiënten een psychotherapeut bezoeken, ontstaat de situatie dat

de therapeut richtlijnen gaat verstrekken in de verwachting dat de patiënt deze zal opvolgen en daardoor zal verbeteren. Zowel de therapeut als de patiënt beleven aan zulk een ontwikkeling vreugde. De wat oneerbiedige vergelijking met een winkelier en een klant is niet geheel misplaatst. De klant wil iets van de winkelier kopen, de winkelier verkoopt en na deze handeling zijn beiden hopelijk tevreden. 'De klant is koning', zegt de winkelier en bejegent de klant als zodanig, beleefd, hoffelijk en met respect. Het is ondenkbaar dat de klant door diezelfde winkelier onbeschoft behandeld zou worden, dat de klant een voorstel gedaan wordt, terwijl de winkelier uit het raam kijkt en hij met de vingers op de toonbank trommelt. Nee, hij weet wel beter; hoffelijkheid, respect en vriendelijkheid helpen om de verkoop goed te laten verlopen. Welnu, bij de behandeling gaat het met betrekking tot het verstrekken van een behandeling niet veel anders. Ook de patiënt moet koning zijn. Aldus behandeld neemt de kans dat de richtlijnen opgevolgd worden toe, neemt de kans op succes bij de behandeling toe, neemt de kans op een tevreden therapeut toe. Kortom, hoe staat het met de hoffelijkheid in de psychotherapie, of anders gezegd waar moeten we op letten om te voorkomen dat patiënten niet met respect en onvriendelijk en onbeschoft behandeld worden?

Het interessante verschijnsel doet zich voor dat nadenken over een hoffelijke bejegening van patiënten automatisch de gedachten op motivering en het motiveren van patiënten brengt. Ieder aspect van hoffelijk gedrag kan in strikte vorm als motivatietechniek beschreven worden.

2. Hoffelijkheid en motivering

Het zal niet verbazen dat de hiervolgende richtlijnen bij kritische beschouwing opgevat kunnen worden als vanzelfsprekend. De bespreking van de betekenis van deze richtlijnen voor het welslagen van de behandeling maakt de nadruk waarmee de aandacht gevraagd wordt mogelijk toch aanvaard-

baar.

Een goede manier om te zien wat het betekent behandeld te moeten worden is zelf maar eens deze tocht te maken. Eerst een kwartiertje in de volle (?) wachtkamer vlak tegen collega-patiënten aangedrukt, van sigarettenrook vergeven, zittend op een harde stoel. Daar klinkt een naam - nauwelijks verstaanbaar - en er staat iemand op. Eindelijk is het zo ver, je gaat naar de therapeut, deze geeft een hand, wijst een zitplaats aan en begint in stukken te bladeren. Het ruikt niet fris op de kamer, het is benauwd op de kamer. Voortdurend gaat de telefoon. Tijdens het lezen van de brieven kijkt de therapeut je af en toe verbaasd aan. "Zou ik zo iets gekks hebben? Zou hij weten dat ik twee maanden heb moeten wachten om hier eindelijk te kunnen komen?" De therapeut stelt zijn vragen nogal stuurs. "Ik wil hem graag vertellen wat naar mijn idee de oorzaak van alles is. Hij is niet geïnteresseerd. Hij onderbreekt mij herhaaldelijk. Plots begint hij een verklaring te geven waarbij hij aanneemt dat de relatie met mijn ouders van grote betekenis is voor mijn klachten. Dat gaat me wat ver, die aardige mensen. Wanneer ik nogmaals probeer te zeggen wat ik ervan vind, onderbreekt hij mij met een hautain lachje, "Sorry, u weet er helaas niet zoveel van, maar het ligt aldus . . ., etc." Wanneer ik nog een poging doe, wordt hij geïrriteerd en ontstaat er, als ik niet beter zou weten, een wat ruzieachtige sfeer. Het wordt duidelijk dat de therapeut mij niet hoog heeft zitten. Ik begrijp nu waarom er zo'n lange wachttijd is. Ze hebben het te druk. Hij heeft haast om snel alles te weten, zodat weer anderen geholpen kunnen worden. Maar ik heb nu juist behoefte eens rustig alles op een rijtje te krijgen. Wat valt dat tegen. Wat ziet hij er eigenlijk vreemd uit, oorbelletje, ongewassen trui, vieze baard, slecht verzorgd gebit en wat een naar plat taalgebruik. Wat praat deze man, na tien minuten weet hij al hoe het in elkaar zit en hij gaat maar door. Maar ik wil zoveel zeggen, ik heb zoveel te vertellen. Schijnt niet nodig te zijn. En dan dat chagrijnige gezicht, zo te snauwen door de telefoon tegen, lijkt me, een pa-

tiënt in nood. Ook dat gepraat over hoe hij dingen heeft opgelost, hoe patiënten bij hem beter worden. Nou ja, in ieder geval worden er blijkbaar mensen beter van. Plots blijkt het afgelopen te zijn. Ik krijg de mededeling volgende week te bellen voor een nieuwe afspraak. "Met u?" vraag ik nog. Nee, dat is nog niet zeker, dat wordt eerst in het team besproken. Beschaamd over mijn onnozelheid, maar ook kwaad over de bejegening verlaat ik wat verward het pand. Thuis vragen ze hoe het geweest is. Ik heb toen maar een beetje gejoekt.

Het zal duidelijk zijn: goede manieren, de patiënt op zijn gemak stellen, hem snel de gelegenheid geven zijn verhaal te doen, hem vriendelijk af en toe om een aanvulling vragen. Je verontschuldigen geven voor telefonische interrupties, vragen naar het leed, vragen hoe hij zich gehouden heeft onder zijn klachten, vriendelijk zijn. Hem iets vertellen over het voorkomen van dergelijke klachten en ook iets over de mogelijkheden er iets aan te doen, zullen de patiënt het gevoel geven dat hij op de goede plaats is.

Hoe moet de therapeut zich gedragen? De therapeut moet geduldig (Van der Velden et al., 1980) en vriendelijk (Brinkman, 1978) zijn. Hij moet het statusverschil verkleinen (Tennen et al., 1981). Boven is hij tactvol. Wanneer een patiënt het oneens is met hem, zal hij deze mening niet direct verwerpen, maar de positieve punten eruit belichten. Hij laat de patiënt uitspreken. Wanneer de patiënt een duidelijke visie heeft op de manier waarop het probleem aangepakt moet worden, zonder dat aangenomen kan worden dat dat ergens toe leiden zal, zal de therapeut de voorkeur geven aan een indirecte benadering.

Een hoffelijke therapeut luistert naar de patiënt, laat hem rustig uitspreken, laat zien dat hij bereid is om te luisteren. Hij onderbreekt de

patiënt niet te snel, probeert echter, na de patiënt gecompimenteerd te hebben, het onderwerp van het gesprek in de gewenste richting te veranderen.

Hij zal een goede indruk proberen te wekken. Dat betekent geen veranderingen over successen, wel aandacht voor eventuele kwaliteit van de patiënt, bijv. het correcte tijdstip van verschijnen. Bovendien toont hij interesse in de patiënt, zijn werk, zijn activiteiten. De therapeut neemt de patiënt serieus. Hij zorgt voor een prettig welkom. Daarnaast zorgt hij voor een goede indruk. Het toilet en de kleding zijn verzorgd. De eerdere correspondentie is goed verzorgd geweest. De brieven aan vrouwelijke patiënten waren aan mevrouw gericht en niet aan meneer. De therapeut moet een goed humeur hebben. Dat valt niet altijd mee. Toch zal de therapeut daar naar moeten streven. Laat de patiënt merken dat je moeite voor hem doet, bereid zijn bezoek voor, lees zijn status en laat merken dat je nog weet hoe zijn kinderen heten, dat hij net gestopt is met roken, en dergelijke. Geef hem een speciaal voor hem geconstrueerd registratieformulier met de naam van de patiënt erop getypt. Blijf vriendelijk ook als de patiënt zich onbehoorlijk gedraagt.

Een groot gevaar is de benadrukking van het verschil in status: het wachten in de wachtkamer, de minder comfortabele stoel aan de verkeerde kant van het bureau, de benauwde, niet-geluchte kamer, voortdurende stoornissen door telefoontjes en secretaresses. Beëindig het gesprek niet plotseling zonder aankondiging; praat de patiënt er een beetje uit. Beter is het dit soort problemen te vermijden, zorg dat ze niet voor kunnen komen. Haal de patiënt uit de wachtkamer en laat hem weer uit.

Toon respect voor de pogingen die de patiënt ondernam om zijn klachten te overwinnen. Toon respect dat de patiënt hulp zocht. Zorg ervoor dat de resultaten zonder gezichtsverlies bereikt worden. Toon waardering voor een goed uitgevoerd programma. Complimenteer de patiënt dat hij

zijn gezin zoveel mogelijk ontziet.

Naast deze algemene opmerkingen zijn er voor bepaalde patiënten meer concrete richtlijnen te geven.

De patiënt die het beter weet

De patiënt meldt zich aan met een aantal klachten, die door hem op een energieke wijze uit de doeken worden gedaan. Uitgebreid vertelt hij boeiende details uit zijn ziekte-geschiedenis. Op vragen van de therapeut reageert hij niet of dusdanig tangentieel, dat hij (patiënt) zijn verhaal vrijwel "ongestoord" kan vervolgen. Wanneer er dan een stilte valt en de therapeut benut deze om op een empathische wijze het gezegde nog eens samen te vatten, reageert de klient licht geïrriteerd met de mededeling, dat het door de therapeut niet goed gezien is. Er volgt dan opnieuw een uitgebreid wijdlopig verhaal, waarin aangetoond wordt, waarom de therapeut het verkeerd zag (te jong, onervaren misschien, te ernstige problematiek, etc.)

De beginnende therapeut heeft nogal eens de wens de klient te willen overtuigen van zijn visie, zijn interpretatie. Dit leidt tot een prestigie slag, die de klient wint. Tenslotte zal hij met de opmerking: "U kunt het aardig onder woorden brengen, maar ik geloof niet dat u me kunt helpen. Hartelijk dank voor de door u gegeven tijd (of: Hartelijk dank en kunt u me zeggen, hoeveel dit gesprek gekost heeft), het contact kunnen beëindigen. De houding van de patiënt zal dan als een prognostisch ongunstig teken gewaardeerd kunnen worden.

Wanneer de patiënt mededeelt, dat samenvatting of interpretatie niet deugt en wel om die en die redenen, wordt het van belang goed en vol aandacht naar de patiënt te luisteren. Vanaf dit moment worden de pauzes, die de patiënt inlast gebruikt om lichte bijvalsuitingen te plaatsen, als: - een interessante visie, ik ben ook nog wat jong en onervaren, u formuleert uw problemen haarscherp, heeft u bepaalde ervaring in het vak, u hebt zeker veel psychologie gelezen, etc.

De patiënt zal ook nu weinig vertrouwen hebben in de therapeut, maar is bereid om hem nog wat zittingen aan te horen.

Van groot belang is: dat de patiënt door zijn typische manier van opstellen vraagt om een typische opdracht. Van een leeropdracht, die hij niet zal uitvoeren, zal hij u volgende maal aantonen welk een slechte opdracht het was.

Het antwoord van de therapeut op de het zo goed wetende klient zal een paradoxale opdracht moeten zijn. Vol trots zal de patiënt aantonen, dat de opdracht niet deugde, want etc.

De heer K. kwam met gedurende 1 jaar bestaande impotentieklachten op ons buro. Hij had zijn verhaal klaar; iedere interpretatie van onze kant wees hij van de hand. Niets van wat wij naar voren brachten deugde. Hij kreeg het advies niet meer met zijn vrouw te vrijen, niet meer te coïteren, daar de batterijen eerst opgeladen moesten worden. Na drie weken kwam hij ons melden, dat hij het een zeer zwak advies had gevonden, dat hij spontaan met zijn vrouw was gaan vrijen en tot een voor beiden bevredigende coïtus was gekomen. Hij vroeg zich af of de therapeut wel in staat was hem werkelijk te helpen.

De patiënt die door niemand te helpen is

De patiënt meldt zich met de mededeling dat de therapeut de 5e hulpverlener is, de voorafgaande, zo deelt hij opgewekt mede, waren niet in staat hem van zijn klachten te bevrijden.

De patiënt geeft aan, dat zijn verwachtingen t.o.v. de therapeuten niet al te hoog gespannen zijn. De reactie van de te enthousiaste therapeut: "laat uw klachten maar eens horen, dan zullen we zien wat we eraan kunnen doen", betekent vrijwel zeker, dat hij de 6e hulpverlener wordt, die geen soulaas kon bieden.

Een meer succesvolle benadering is in een aantal gevallen de volgende:

- Laat de patiënt uitgebreid zijn ervaringen met andere therapeuten vertellen
- Spreek verbazing uit, als hij de inkompetentie van de voorgangers beschrijft.
- Wanneer hij tenslotte vraagt op welke wijze de nieuwe thera-

peut van plan is hem te helpen (de therapeut moet op een vraag van deze strekking wachten; hij komt altijd in de eerste zitting), deel hem dan mede, dat je van zeer goede wil bent, dat je al veel ervaring hebt met de doorpatiënt geschetste problematiek, maar dat je niet verwacht iets voor hem te kunnen doen. Vanzelfsprekend wil je hem wel in behandeling nemen, maar voorlopig b.v. maximaal 5 zittingen. Het is onzin om uw kostbare tijd te verspillen aan een niet slagende behandeling. Met de 5 zittingen hebben we toch een poging tot behandeling gedaan. We staan daarna vanzelfsprekend voor een goede doorverwijzing garant.

De therapeut stelt zich vervolgens steeds zeer empathisch op. Meelevend resumeert hij bij herhaling, dat de patiënt toch van zijn verschrikkelijke klachten bevrijd zou moeten worden. Tenslotte richt hij in "wanhoop" de vraag aan de patiënt op welke wijze die hulpverlening zou moeten geschieden. De patiënt nu (mede dankzij de ervaring van voorgaande therapeuten) heeft meestal een aantal oplossingen paraat. De therapeut zal door middel van geraffineerd vragen de patiënt het zo concreet mogelijk laten formuleren. Wanneer dit gebeurd is, geeft hij alle lof aan de patient voor deze aardige, uitgewerkte oplossing. Onmiddellijk stelt hij echter niet te verwachten dat dit zal werken. Verzoeken van de patiënt waarom niet, worden niet gehonoreerd. Met vage opmerkingen wordt de discussie hieromtrent omzeild. Opmerkingen als: "daar bent u nog niet aan toe" kunnen gemaakt worden, "u hebt nog niet voldoende inzicht". Wanneer de patiënt bij het volgende contact zijn oplossingen uitgevoerd heeft, zal de therapeut met verbazing dit aanhoren en vervolgens op de hiervoor aangegeven wijze de therapie vervolgen. Steeds zal hij er zorg voor dienen te dragen zelf geen oplossingen aan te bieden, doch via een passieve houding de patiënt zelf met ideeën en suggesties te laten komen.

De patiënt met verlangens naar dieper gaande therapieën

Nadat de wijze van behandeling besproken is: doelstellingen, tijdslimiet, matige frequentie van eens per 2 of 3 weken, afspraken concreet gericht op gedragsveranderingen, het inschakelen van andere gezinsleden, stellen een aantal patiënten zich kritisch op. Ze vertellen dat ze daar eigenlijk niet voor gekomen zijn. Natuurlijk hebben ze veel last van de symptomen, maar een behandeling zal dieper moeten gaan en van hem een gelukkig, evenwichtig mens moeten maken. Wanneer die fase bereikt is, zullen de klachten vanzelf verdwenen zijn.

Dit is een groep patiënten, die moeilijk te behandelen is. De discussie rond het verkopen van de therapeut en zijn behandel-methode, is vaak voor therapeut en patiënt onbevredigend.

De volgende benadering bleek soms een oplossing te geven: Nadat de patiënt duidelijk uitgelegd is, welke behandelings-methode hem te wachten staat, is voor het welslagen van de therapie van groot belang om tijd te winnen. De discussie rond de aard van de behandeling wordt door de therapeut verder vermeden. De patiënt wordt zoveel mogelijk aan het woord gelaten, er wordt een uitvoerige anamnese opgenomen. De bedoeling hiervan is een relatie met de patiënt te krijgen, die tenslotte voor patiënt belangrijk genoeg is om een 6 of 8 zittingen kontrakt eens aan te zien. Om toch geen misverstanden omtrent de aard van de behandeling te laten ontstaan, krijgt patiënt wel 'monitoring' opdrachten mee naar huis, waarbij de ongewenste gedragingen geregistreerd moeten worden. Als verkoop-techniek is de explikatie: "het is van groot belang om precies te weten hoe u gebukt gaat onder uw klachten, hoe ernstig u het te pakken heeft", bruikbaar.

Mevrouw R. was aangemeld, omdat zij de kinderen schopte, sloeg en beet. Deze problemen vond zij verschrikkelijk, maar het kwam omdat zij niet deugde. Als zij maar eerst "uit zichzelf bevrijd" kon worden door middel van diepgaande psychotherapie, dan verdwenen ook de andere problemen. Klante kreeg als opdracht het mishandelen van haar kinderen te monitoren.

Tot de 6e zitting had zij steeds het monitoren gesaboteerd op de meest ingenieuze wijze. Deze zitting werd gebruikt om te evalueren. Ze zei dat ze de kinderen nu meer mishandelde (wat de man tegensprak) en eiste opnieuw diepgaande psychotherapie. Ze weigerde nog langer te monitoren. De zitting werd door de therapeut afgesloten met de mededeling nu geen beslissing te nemen omtrent verdere behandeling maar volgende maand te bellen, Ze belde en vroeg een nieuwe afspraak, waarop ze mededeelde wel met de therapeut verder te willen gaan, maar zij weigerde het slaan van de kinderen te monitoren. Toen de therapeut daarop de onmogelijkheid van een verdere behandeling stelde, deelde zij triomfantelijk mede de kinderen de laatste 2 maanden niet meer geslagen te hebben, monitoren was dus een onzinnige opdracht geworden.

De Vergeetachtige patiënt

Bij de tweede zitting blijkt de patiënt het kontrakt (de gemaakte afspraken) niet nagekomen te zijn, lijsten zijn niet ingevuld, opdrachten (afspraken) zijn door andere zaken er bij ingeschoten.

In een aantal gevallen echter is het de onbekendheid met de werkwijze. De therapeut is bij zijn informatie over de te volgen werkwijze onduidelijk geweest. Goede voorlichting en wijzen op de noodzakelijkheid van het uitvoeren van afspraken kan dan voldoende zijn om de therapie toch vlot te laten verlopen.

De therapeut verontschuldigt zich, dat hij zo onduidelijk was en biedt hartelijk aan om het nog eens uit te leggen.

Hij complimenteert de patiënt, dat hij een zo onduidelijke afspraak niet nagekomen is, daar dit alleen verwarring gegeven zou hebben. Hij moedigt de patiënt aan vooral kritisch het volgende direktief aan te horen en bij een nieuwe onduidelijkheid onmiddellijk aan de bel te trekken. Op deze wijze kan hij voorkomen, dat de behandeling door stuntelige afspraak-methodieken van de therapeut onnodig verlengd wordt.

De zich excuserende patiënt *the patient*

Therapeuten maken fouten in de benadering van hun patiënten. Hoewel deze constatering nogal voor de hand ligt, wordt in de literatuur maar weinig aandacht gegeven aan de vraag hoe deze fouten kunnen worden rechtgezet.

Het toegeven van fouten nadat er een begaan is, kan betekenis hebben voor de machtsverhoudingen binnen een bepaalde relatie. Zo zal de ondergeschikte vrouw snel excuses maken voor allerlei zaken aan de dominerende, prikkelbare echtgenoot (zoals iemand zich kan verontschuldigen als iemand anders op zijn tenen gaat staan).

Wanneer de dominerende echtgenoot een fout begaat, zal het hem binnen de relatie niet meevallen zijn excuses te maken. Zodra hij dit doet, verandert er iets. Het complementaire relatietype verschuift iets naar een symmetrische.

Binnen een goede relatie passen excuses. Deze worden aanvaard op een wijze dat gezichtsverlies aan de excusant bespaard blijft (bijv. met opmerkingen als: "Het had mij ook kunnen gebeuren.").

Iedereen heeft wel eens meegemaakt dat iemand zijn excuses maakt voor een bepaalde gebeurtenis. Wanneer die gebeurtenis ernstig is, bijv. het laten vallen van een stuk zeldzaam aardewerk, dan herstellen de excuses de schade niet en zullen ook de overigen gevolgen hersteld moeten worden. Wanneer verontschuldigungen aangeboden worden voor een onzorgvuldigheid, leidt dit meestal tot een plezierige sfeer.

Degene die de verontschuldigungen ontvangt, respecteert de ander voor zijn correcte gedrag. Ook ontstaat bij de ontvanger het gevoel dat het zo wel weer goed is. Deze sfeer is ook binnen een behandeling van belang. Een therapeut die zijn verontschuldigungen aanbiedt voor een kleine onzorgvuldigheid, draagt daarmee bij aan de goede sfeer. Soms waardeert de patiënt dit dusdanig dat een extra inzet volgt om de

afspraken na te komen. Niet direct de bedoeling van de verontschuldiging, maar toch van belang bij de voortzetting van de behandeling.

Literatuur

- Brinkman, W. (1978), Het gedragstherapeutisch proces. In: J.W.G. Orlemans (Ed.) Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der, Hart, O. van der, Dyck, R. van (1980), Positief etiketteren. In: K. van der Velden (Ed.) Directieve Therapie 1. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Tennen, H., Rohrbauch, M., Preiss, S., Whithe, I. (1981), Reactance theory and therapeutic paradox. A compliance - defiance model. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 18, 14-21.

Jenner, J.A., Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie. Van Gorcum, Assen 1988, 184 p, f 35,-.

In het Ten geleide vergelijkt de auteur de problemen waarin mensen verstrikt kunnen raken met een doolhof. De lezer mag vervolgens verwachten dat de voorgestelde benadering richtlijnen zal inhouden om mensen te helpen uit dit doolhof te geraken. Maar zo eenvoudig is het niet, de auteur stelt dat ook het therapeutisch proces op een doolhof zou gelijken. Reden om met enige bezorgdheid aan dit boek te beginnen. Wanneer de auteur nog steeds in zijn Ten geleide vervolgens stelt dat "De indeling in crisis (interventie) fasen in hoofdstuk 1, het suicide preventie en het psychose-protocol in respectievelijk hoofdstuk 2 en 4 zijn (is) enerzijds bedoeld als leidraad anderzijds als hulpmiddelen (middel) om de draad niet kwijt te raken in het doolhof van methodologische regels, epidemiologische feiten, intuïtie, creativiteit, volharding en flexibiliteit", krijg ik inderdaad het gevoel de weg kwijt te raken.

Maar ter zake. Het boek is opgebouwd uit 5 delen. In het eerste deel worden crisis theorie, communicatie theorie en crisis interventie globaal besproken. Deel 2 is gewijd aan zelfmoord en zelfmoorddreiging. Het derde deel gaat over klachten van depressieve aard. In deel 4 worden de psychosen besproken en in deel 5 tenslotte wordt de problematiek rond het opnemen van patienten met een psychiatrische stoornis besproken.

Het is van belang dat mensen werkzaam op het sociaal psychiatrisch terrein hun ervaringen publiceren. Dat nu zou ook voor dit boek moeten gelden. Helaas er zijn een drietal zeer ernstige bezwaren tegen dit boek in te brengen. 1. De auteur geeft blijk een onvoldoende kennis te bezitten van de psychiatrie. Dit blijkt o.a. uit het onzorgvuldig omgaan met begrippen uit de psychiatrie en het negeren van officiële classificatiesystemen.

Een tweede belangrijk bezwaar is de schrijfstijl. Een derde bezwaar is dat de auteur ten onrechte de indruk wekt alles zelf bedacht te hebben. Hij is zeer onzorgvuldig met betrekking tot zijn bronvermeldingen.

Ad 1: Onvoldoende kennis van de psychiatrie en slordig gebruik van begrippen uit de psychiatrie.

- Het DSM-III-R classificatiesysteem wordt geheel genegeerd.

- In het Jenner schema over Depressie (blz. 69) worden onder niet organische exogene (?) depressies, de psychogene depressies, neurotische depressies, hysterische depressies en reactieve depressies, genoemd. De auteur laat na te beargumenteren waarom hij voor deze classificatie kiest. Voorts suggereert hij richtlijnen voor medicamenteuze (4 x 1 geneesmiddel) ^{behandels} zonder dat hij zijn keuze beargumenteert. Vervolgens geeft hij een classificatie van de psychosen vlg. Jenner. Hier vinden we onder de niet-affectieve psychosen 3 subtypen, nl. de hysterische psychosen, de schizofrene en de paranoïde psychose. Vervolgens worden deze beelden in 10 zinnen besproken. Hoe onzorgvuldig met begrippen uit de psychiatrie wordt omgegaan blijkt o.a. uit de volgende voorbeelden.

- . Wanneer huisartsen en instanties niet langer staan te dringen een lastige drankzuchtige patiënte te helpen spreekt hij over "tegenoverdracht" (p. 16).
- . Wanneer een crisis bestreden wordt moet besloten worden met de patient en of familie te spreken. Jenner spreekt dan al met "dyaden en triaden" (p. 18).
- . Jenner spreek over een "vernauwde perceptie." ter verklaring van een "vernauwd bewustzijn" (p. 24).
- . De genezende werking van huilen wordt een patient verduidelijkt met behulp van onderzoeksresultaten bij kikkers (p. 25) (deze resultaten worden niet vermeld).
- . Een vrouw die zelfmoord wilde plegen werd gered door een buurt met een "positieve sociale controle".
- . Het zelf geven van pillen aan patient levert "overdrachtsmeerwaarde" (p. 52).

Ad. 2: De doolhof discussie uit het Ten geleide illustreert de problemen die de lezer zal ondervinden wanneer hij de auteur tracht te volgen.

Op iedere bladzijde zijn dergelijke zinnen te vinden. Blz. 11:

Wie weet dat de realiteit persoonsgebonden is, realiseert zich

dat mensen met een gestoorde realiteitszin zich makkelijk aangetast voelen in hun persoonlijkheid. ¹¹ Wie zich realiseert dat bomen van hout zijn realiseert zich dat van beschadigde bomen ook het hout beschadigd is. Brede wegen en open deuren worden door gekunsteld en gecompliceerd taalgebruik veranderd in een doolhof.

Ad. 3: Onzorgvuldig gebruik van de bronnen. Dit bezwaar valt uiteen in twee gedeelten. Het eerste is de referenties die vermeld zijn:

- de Ruesch 1965 uit het ^Ten geleide wordt niet vermeld.
- e.a. en et al wordt door elkaar gebruikt.
- Everstine & Everstine (1985) zijn in de referenties Everstine & Everstine (1984) (blz. 7.)
- Patterson (1970) moet zijn Patterson & Marks, (1970.) (blz. 9.)
- Jenner (1984) moet zijn Jenner 1984 a of b. (blz. 12)..
- Jenner (1986) wordt niet vermeld in referenties (blz. 13)
- Watzlawick (1978) moet zijn Watzlawick, Weakland & Fisch (1978) (blz. 24).

Wij zijn na blz. 24 maar gestopt.

Veel ernstiger is echter het gegeven dat vele bronnen waar de auteur uit heeft geput geheel onvermeld blijven. Enige pregnante voorbeelden:

- Over de judotechniek, blz. 30.
- Het niet-zelfdodingscontract, blz. 47.
- De benadering van de suicidale patient, blz. 45, 49 en 51.
- Het noodrantsoen. blz. 51.
- Directieve interventies bij psychosen, blz. 97 - 138.
- De hulpmiddelen bij zelf-registratie; de golfteller, de schaakklok, blz. 118.
- De horror techniek, blz. 124.
- Mothering techniek, blz. 124.

Tot slot moet nog iets gezegd worden over het theoretische concept dat de auteur hanteert. Dit ontbreekt geheel. Wat als zodanig aangeboden wordt is een ratatouille van psycho-analyse, verouderde begrippen uit de systeemtheorie en communicatietheorie

en verouderde opvattingen uit de biologische psychiatrie. Ik zou

de bespreking van dit boek willen afronden met de conclusie dat het door Jenner ontdekte "jahazona virus" (hiermee bedoeld ~~de~~ auteur "jachtig handelen zonder nadenken" blz. 26), ook bij de auteur zelf heeft toegeslagen.

Kees Hoogduin

Bij een behandeling van depressie en dwang

Kees van der Velden

Soms wordt mij gevraagd of ik wil proberen stagnerende behandelingen van zogenaamde 'moeilijke mensen' in goede banen te leiden.

De hieronder beschreven patiënte was in behandeling bij een psychiater die zich specialiseert in de behandeling van bejaarden.

Mevrouw De Wit, een magere, nerveuze vrouw van zeventig jaar, belde haar achtendertigjarige dochter José soms wel twaalf keer per dag op met vragen als: 'Wanneer ga je naar Albert Heyn?', 'Is Anton (de kleinzoon van patiënte) niet te warm gekleed?', 'Ben je allang thuis?' en 'Wat heb je vanavond gegeten?' De dochter drong er bij de psychiater van haar moeder op aan dat deze zou proberen mevrouw De Wit van deze gewoonte af te brengen. Zij voelde zich door haar moeder overheerst, en met haar vaak herhaalde verzoeken of moeder hiermee zou willen ophouden had zij maar bescheiden succes: moeder belde bijv. een middag niet, of maar één keer op een middag, en dan begon het opnieuw. Angst en bezorgdheid vormden de reden van het storende gedrag. Als ze niet belde had ze het idee gek te worden van onzekerheid. Misschien kwam haar bezorgdheid wel doordat José met een onderwereldfiguur gehuwd was, voor wie alleen auto's en geld betekenis hadden, en die er niet voor terugschrok zijn mening met harde hand te onderstrepen.

De vele jaren geleden aangevangen psychiatrische behandelingen van mevrouw waren ooit bedoeld geweest om een reeds van haar jeugd af bestaande controledwang te genezen, maar dit was niet gelukt. Mevrouw deed zolang over het vaststellen dat fornuis, geysers, broodrooster en het licht buiten werking waren gesteld, dat ten slotte twee dames uit de bejaardensflat deze taak van haar hadden overgenomen. De ene nam 's morgens de controlehandelingen over en de andere 's middags.

Naast bovengenoemde klachten had mevrouw ook agorafobie. Zij durfde beslist niet zelfstandig naar het spreekuur te komen, maar haar ex-echtgenoot was meestal bereid het vervoer te verzorgen. (De man stierf zowat van het schuldgevoel omdat hij tien jaar eerder met een jongere vrouw was gaan samenwonen.)

Mevrouw was in de loop der jaren behandeld met verschillende tranquilizers en antidepressiva.

Patiënten met paniekaanvallen lijken geruststellende informatie niet te kunnen onthouden. De hun toegediende geruststellingen lijken heel even doel te treffen, maar dan keert de paniek met onverminderde kracht terug en stellen zij dezelfde vragen opnieuw. 't Is of de paniek de rustgevende informatie onbereikbaar maakt. Zij lijden als het ware aan een functionele Korsakow. De hoge frequentie van het klagen (Zie Van der Velden, 1989b) zou hieraan toegeschreven kunnen worden.

Het bellen van mevrouw De Wit, zo bedacht ik, berustte mogelijk niet op de drang tot overheersen, maar op steeds terugkerende catastrofale gedachten en gevoelens, op paniek dus. En waar paniek is, daar is vaak een depressie. (Dit was niet zo'n vreselijk origineel bedacht. Een aanzienlijk deel van de door mij bestudeerde 'moeilijke mensen' - zie Van der Velden, 1985 - bleek aan

depressies met paniekaanvallen te lijden en reageerde goed op behandeling met antidepressiva of lithium.)

De veronderstelling bleek te kloppen: mevrouw was aanzienlijk afgevallen, het eten smaakte haar niet, zij kwam nergens toe, zij was angstig, de ochtenden waren een verschrikking, er was een dagschommeling, en het geheel werd bekroond met een daverende score op de Zung.

Het eerste advies was natuurlijk om mevrouw een antidepressivum te geven, in dit geval Anafranil, vanwege de vermoedelijk gunstige effecten van dit middel op de paniek en mogelijk ook op de dwang.

In twee weken klom zij van 25 naar 75 mg. De derde week voelde zij zich een stuk beter.

In de vierde week belde zij haar dochter driemaal. Dit vond de dochter normaal en mevrouw had De Wit zelf had aan meer telefoongesprekken geen behoefte.

Toen de depressie verdwenen was, waren er nog drie problemen op te lossen, een nieuw en twee oude. Het nieuwe was dat mevrouw te dik werd. Het smaakte haar allemaal zo heerlijk dat ze er niet van af kon blijven. Een vermageringsdieet moest dit oplossen.

Resteerden de controledwang en de agorafobie.

Uit registratiegegevens bleek dat de controlerituelen door de behandeling met Anafranil niet verminderd waren. Dit leek logisch, want mevrouw had al een obsessief-compulsieve stoornis voor zij aan depressie en paniek ging lijden.

De behandeling van de dwang verliep voorspoedig.

Na een week registratie bedankte mevrouw haar beide assistentes (d.w.z. de medebewoonsters van het bejaardenhuis, die de controles van haar overgenomen hadden) en voerde zij haar controles weer zelf uit. Vervolgens beëindigde ze de meest tijdrovende controlehandelingen. Zij rapporteerde dat het opgeven van de rituelen geen angst gaf, wel even een gevoel van leegte en vervolgens een overweldigend gevoel van trots.

Bij haar laatste bezoek meldde mevrouw dat zij voor het eerst in twee jaar in haar eentje was gaan winkelen.

Mevrouw De Wit is ervan overtuigd dat zij enkele jaren 'verschrikkelijk ziek' is geweest en dat zij als door een wonder in aanraking is gekomen met de juiste therapie en therapeut.

Ook de psychiater die mijn advies had gevraagd ziet in mij nu een groot man. (Ik moet trouwens nog vertellen dat hij mijn naam tegenkwam tijdens het bestuderen van Hoogduins 'De ambulante behandeling van dwangneurosen' uit 1986). Hij ziet in mij dus wel een groot man, maar in Hoogduin ziet hij een nog groter man.)

De lezer vraagt zich natuurlijk af waarom het geval van mevrouw De Wit werd opgeschreven. De behandeling zelf is immers niet bijzonder of vernieuwend. Over enkele jaren zal het zelfs in de Psychiatrische Universiteitskliniek (zie Van der Velden, 1989) gebruik zijn om patiënten met dergelijke stoornissen ongeveer zo of nog efficiënter te behandelen.

Nee, het is vanwege de brieven en paperassen die ik in het dossier van mevrouw De Wit aantrof. Daar wil ik wat uit citeren, niet om iemand belachelijk te maken (want wat schieten we daar mee op), maar om er in de discussie op terug te kunnen komen.

De oudste mij bekende brief over mevrouw De Wit werd zeven jaar geleden geschreven door een Riagg-psychiater. Ook als wij de tijd in aanmerking nemen was hij niet best (die brief). Uit de beschrijving van de klachten kan afgeleid worden dat er ten minste enige vitale kenmerken waren ('s morgens vroeg wakker', 'eet weinig'). De conclusie luidde: 'Eenzaamheidsproblematiek bij hysterische vrouw met een gedeprimeerde stemming en gespannenheid,

ontstaan na echtscheiding (deze echtscheiding had zeven jaar eerder plaatsgevonden, vdV) en verergerd door uit huis gaan kinderen en het overlijden van haar moeder'. U ziet het, de auteur wist precies waardoor alles veroorzaakt werd. Toch is het niet echt een nare brief, vind ik. Vakkennis: 4; mentaliteit: 6.

De tweede brief dateert van vijf jaar geleden. De vrijgevestigde neuroloog-psychiater bij wie mevrouw haar opwachting maakte, concludeert: 'Samenvattend lijkt er sprake te zijn van een hysterisch beeld met eenzaamheidsproblematiek.' 't Is een nergens op slaande maar goedmoedige brief. Vakkennis: 0; mentaliteit: 6.

De derde brief werd veertien dagen later geschreven door een arts-assistent, die blijkbaar (centrale) intakes voor de eerdergenoemde Ragg deed. Het is een nogal goede brief, op de vaststellingen over de persoonlijkheid na ('niet vrij van theatraliteit', 'gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale trekken'). (De auteur kon niet weten wat voor persoonlijkheid of karakter mevrouw had, want hij kende haar niet voor zij ziek werd en evenmin beschikte hij over een betrouwbare hetero-anamnese, en ook kon hij niet bevroeden of mevrouw nog afhankelijk en theatraal zou zijn nadat haar ziekte adequaat behandeld zou zijn.) Met zijn hoofddiagnose ('depressie IEZ met vitale kenmerken') sloeg hij de spijker op de kop. Vakkennis: 7.5; mentaliteit: 9.

Terecht werd mevrouw doorgestuurd naar de afdeling (sociale) psychiatrie van dit Ragg.

Helaas wilde de behandeling niet lukken. Men schreef mevrouw Anafranil 10 mg. 3 dd. voor en toen dit niet aansloeg (45 mg. erbij en het was goed geweest!) werd zij naar een herstellingsoord gestuurd, waar men meende met een 'zeer ambivalente, afhankelijke vrouw' te maken gehad te hebben. Vakkennis: 2; mentaliteit: 9.

Vijf maanden later zat ze in een inrichting. Degeen die haar observeerde kan een tekort aan eruditie niet verweten worden: 'matig depressieve stemming en psychasthenie, op te vatten als abaissement du niveau mental bij totnutoe gecompenseerde obsessieve compulsive personality disorder, in de involutieleeftijd'. Vakkennis: enormement, want een hybride van Van der Hart en Hoogduin; mentaliteit: prima, een 8. Men gaf mevrouw: Anafranil 25 mg. 2 dd. (!). Misschien dat men de dosering wel verhoogd zou hebben wanneer zij langer in het instituut had willen verblijven, maar dat wilde zij dus niet. In het dossier zit ook nog de volgende brief. Hij werd zes jaar geleden geschreven door de Ragg-psychiater aan wie mevrouw was 'toegewezen'. 'Verloop: Cliënte was een opgewekt pratende vrouw met claimend gedrag, die hulp zocht om haar week te vullen. Nadat de hulpverlener niet meer op de voor haar beste tijd, maandagmiddag, voor haar beschikbaar was, wilde ze het contact beëindigen. Op andere tijdstippen had cliënte reeds een dagvulling.' Vakkennis: 0; mentaliteit: 0.

Bespreking

1 Hoewel wij de plicht hebben ons op de hoogte te stellen van de beste behandelingsmogelijkheden voor onze patiënten, is het onvermijdelijk dat wij de meesten maar ten dele kunnen helpen, eenvoudig omdat we niet genoeg weten van wat er met hen aan de hand is. Het is waarschijnlijk dat behandelingen die wij nu als adequaat ervaren, over enkele jaren als ontoereikend worden gezien. Hier is niets aan te doen en niemand hoeft zich hiervoor te schamen.

Maar is het niet overdreven om onze onkunde en onwetendheid breed uit te meten, zoals speciaal in de laatst aangehaalde brief gebeurt? Het felt dat je niet weet waar je op moet letten is toch geen reden om trots te zijn?

2 Wanneer een dermatoloog de diagnose 'acne bij een ordinaire man' zou stellen, zouden wij dit niet goed begrijpen, wanneer een chirurg over 'appendicitis bij een humoristische vrouw met Mulo-A' zou schrijven zouden wij dit vreemd vinden, wanneer een loodgieter 'rioolbreuk in een gezellig hoekpand' zou vaststellen, zouden wij denken dat met de vaststelling 'rioolbreuk' volstaan had kunnen worden.

Maar 'depressie IEZ bij een theatrale vrouw' wordt wel een zinvolle diagnose gevonden. Hoe deze depressie met het evt. theatrale geacht wordt samen te hangen is echter niet duidelijk.

Zijn theatrale mensen vaker depressief?

Wordt men depressief doordat men theatraal is?

Moeten patiënten met een depressie die theatraal zijn andere medicijnen gebruiken dan patiënten die niet theatraal zijn?

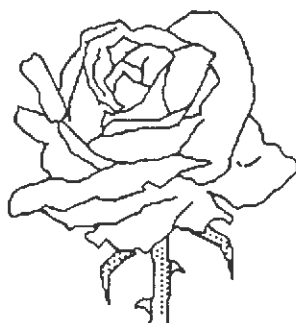
Hebben theatrale mensen een ander soort depressies?

Wordt voor de theatrale stoornis een andere behandeling gegeven dan voor de depressieve stoornis?

Komt het vaker voor dat depressieve mensen theatraal zijn? (Ja, voor de duur van hun depressie.)

Welke informatie zou eigenlijk verloren gaan wanneer de kwalificaties 'theatrale', 'narcistische', 'passief-agressieve', 'vermijdende' en 'afhankelijke' persoonlijkheid zouden worden geschrapt? (Noot: het achterwege laten van deze diagnoses zou ook werk besparen, denk daar ook eens aan!)

3 In discussies over de persoonlijkheid van de patiënt heb ik mij wel tot de bewering laten verleiden dat ik de patiënt niet gestoord maar juist aardig of oorspronkelijk vond, of dat kunstenaars vaak van een dergelijke persoonlijkheid waren voorzien. (Ook mevrouw De Wit was trouwens een schat van een vrouw, een lieverd, die al bij het vijfde gesprek een fles heerlijke witte tafelwijn meebracht voor de psychiater die mijn advies had gevraagd en mij: 'Omdat u mijn leven hebt veranderd!' Zie afb. 1.)



Afb. 1 Een roos voor mevrouw De Wit

Dit is onverstandig geweest, want degenen met wie ik discussieerde vonden de patiënt juist niet aardig of oorspronkelijk en van zulke griezels als kunstenaars moesten zij al helemaal niets hebben. Zij konden in het debat gemakkelijk scoren met de opmerking dat ook zij de patiënt aardig en oorspronkelijk vonden, maar dat deze appreciatie hen niet van een juiste persoonlijkheidsdiagnose afhield. Waren niet veel grote kunstenaars gestoord (Van Gogh! Dat oor!)? Een tip voor mijn medestanders: neem het nooit openlijk voor de patiënt op. Zeg op de toon waarop Van Dyck dat kan: 'Laten we afwachten wat de Anafranil doet'.

4 De therapeut die veel woorden vuil maakt aan de persoonlijkheid van de

patiënt, diens egoïsme, gebrek aan inzet, geringe 'Leidensdruck', opzettelijk verborgen gehouden vrolijkheid en dergelijke, maakt eigenlijk vooral een amateuristische indruk. Het is of hij het niet kan. Vergelijk de beeldhouwer die over het marmer kankert, de timmerman die het hout te hard vindt, de electriciën die zeurt dat 'het tegen zit'.

5 In de status van mevrouw De Wit vond ik opvallend vaak (vaker dan vermeld werd) dat subtherapeutische doses medicatie werden voorgeschreven. Zou dit als het ware een Europees protest zijn tegen de farmaceutische industrie en de Amerikaanse biologisch psychiaters, die er niet tegen opzien om patiënten 250 mg. Anafranil per dag te laten wegeten? Dan is het in ieder geval goed bedoeld. De oplossing is echter niet dat de doseringen hier omlaag moeten, maar juist daar! Hier moeten ze omhoog. Het laten bepalen van bloedspiegels is tegenwoordig allerwegen mogelijk.

6 Een klein kind dat in paniek is houd je tegen je aan, je zoent het, evt. neem je het in bed, op zeker moment probeer je afleiding te vinden. Helpt de afleiding niet, dan begin je van voren af aan. Ik neem aan dat paniek bij kinderen meestal zomaar voorbijgaat - dus niet als gevolg van het in bed nemen en zoenen, wat overigens wel even helpt, maar als gevolg van 'rijping', 'eroverheen groeien' o.i.d. Het feit dat fysieke nabijheid en afleiding angstige patiënten kan kalmeren, wordt door hulpverleners als een bewijs beschouwd voor de veronderstelling dat deze patiënten angstig worden met het doel bij de hulpverlener te kunnen komen of hun partner aan zich te binden. Om zo te redeneren moet je echt een hulpverlener zijn.

7 Ik vroeg mij af of het zinvol was om de gevalbeschrijving op te schrijven: therapeuten die hun vak bijhouden hoeven dergelijke stukken niet te lezen, en die het niet bijhouden lezen toch niet. Een wijze collega wees mij er echter op dat het toch zinvol kon zijn om deze ervaring te publiceren, 'want er is altijd wel een of andere slimme co-assistent die ineens met zo'n artikel loopt te zwaaien, en dan móét men zich er wel in verdiepen.'

Referenties

- Hoogduin, C.A.L. (1986), *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (1985), Eclecticisme als noodsprong. *Dth* 5(4).
- Velden, K. van der (1989), Uit de ziektegeschiedenis van mejuffrouw H. van Effen. *Dth* 9(1).
- Velden, K. van der (1989), De les van Charcot. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie* 3. Deventer, Van Loghum Slaterus.

ENKELE GEDACHTEN OVER EEN NIEUW LABELINGSONDERZOEK EN OVER HET METEN VAN EFFECTEN

ALFRED LANGE

Inleiding

In de Geestelijke Gezondheidszorg is het gebruikelijk dat een behandelaar van te voren enige informatie krijgt over patiënten die hij in behandeling krijgt. Het beleid in dit opzicht verschilt per instelling. In sommige instellingen houdt men het summier, in andere is het uitgebreid. Ook de toon kan zeer verschillen. In een serie experimenten hebben Lange, Koppelaar en enkele anderen in de laatste jaren aangetoond dat onder bepaalde omstandigheden de aard van de vooraf-informatie over patiënten effect heeft op de manier waarop de patiënten worden waargenomen (halo-effecten) en ook op het gedrag dat therapeuten ten aanzien van patiënten geneigd zijn te vertonen (Lange & van der Valk, 1983; Lange, Koppelaar & Abraham, 1984; Lange, de Beurs & Koppelaar, 1988; Lange, et al., 1989).

Het blijft echter de vraag of halo-effecten ook in de praktijk van de psychotherapie een belangrijke rol spelen. Enerzijds kan men stellen, dat wanneer de waarneming in een nagebootste situatie al zo gemakkelijk is te beïnvloeden, het effect in een werkelijke situatie - waarin men veel meer gemotiveerd is en meer zal laten afhangen van de vooraf-informatie - nog veel groter zal zijn. Bovendien kan het zijn dat als de therapeut beïnvloed is, deze op zijn beurt bij de cliënt reacties oproept die in de verwachte richting gaan. Dit soort self-fulfilling prophecies zijn sinds de klassieke studie van Rosenthal & Jacobson (1968) - 'Pygmalion in the classroom' - meerdere malen aangetoond in studies waar het gaat om de verhouding tussen leraar en leerling. Miller & Turnbull (1986) geven daarvan een uitgebreid overzicht. Een interessante veldstudie in dit opzicht is bijvoorbeeld uitgevoerd door Eden & Shani (1982). Dezen toonden aan dat valse vooraf-informatie leidde tot self-fulfilling prophecies en bias in bepaalde eenheden van het toch zo gerenommeerde Israelische leger. Anderzijds kan men zich echter afvragen of dergelijke processen in een psychotherapeutische setting ook spelen. Misschien laat een psychotherapeut, zelfs al is hij enigszins bevooroordeeld, zich meer leiden door het gedrag van de patiënt dan door een geïnduceerd vooroordeel. M.a.w. misschien heeft vooraf-informatie in de psychotherapeutische praktijk wel minder gevolgen dan in experimenten waarin de praktijk wordt nagebootst, en ook minder dan in andere beïnvloedingssituaties. Tegen deze veronderstelling spreekt de bekende veldstudie van Rosenhan (1973) die zich met enkele collegae liet opnemen in een psychiatrische kliniek. Zij hadden de grootste moeite om de staf van de kliniek later te overtuigen van het feit dat zij gezond waren en dat de volledig foutieve psychiatrische etiketten, waarmee zij binnen waren gekomen, waren verzonnen. Deze veldstudie is echter nooit gerepliceerd, en bevatte methodologisch flinke tekortkomingen.

Met Richard heb ik de mogelijkheden besproken om experimenteel te onderzoeken of en (zo ja) onder welke voorwaarden vooraf-informatie in de praktijk van de ambulante psychotherapie het gedrag van therapeuten en cliënten kan beïnvloeden. Wij hebben daar een voorlopig plan over geformuleerd. Het lijkt mij een goed idee om daarover nu in TDT ook van gedachten te wisselen in plaats van achteraf als alles al vastligt. Op die manier kunnen we maximaal profiteren van elkaars kennis, ideeën en organisatorische mogelijkheden.

Hoofdkenmerken van het onderzoek

a. Met betrekking tot de behandeling van 'echte patiënten bij 'echte' psychotherapeuten' worden er twee experimentele condities gecreëerd: in de ene conditie wordt er neutrale vooraf-informatie gegeven in de andere conditie gekleurde vooraf-informatie.

b. Het onderzoek vindt plaats in één of verschillende instellingen, waarbij uiteraard zo min mogelijk personen op de hoogte zijn van de aard van het onderzoek. Bij Richard lijkt dat mogelijk te zijn. Als de vraagstelling uitgebreid zou worden, bijvoorbeeld door verschillende klachtgebieden te onderzoeken, verschillende therapievormen of verschillende rationales voor het onderzoek, dan zouden er misschien meer instellingen bij betrokken kunnen worden.

Een aantal specifieke punten, waarover beslist zal moeten worden

1. *Wat voor soort behandelingen komen in aanmerking?* Moet gekozen worden voor één stroomis of voor een heterogene verzameling. Het voordeel van de eerste mogelijkheid is dat de variantie beperkt wordt waardoor een grotere kans op het vinden van significante resultaten ontstaat. Nadeel van deze keuze zou echter kunnen zijn dat het misschien moeilijk is om genoeg behandelingen te vinden die in het onderzoek opgenomen kunnen worden. Dat hangt ook af van de organisatie van het onderzoek. Na overleg lijkt dat gekozen kan worden voor een homogene patiëntengroep. Voorlopig wordt gedacht aan een groep patiënten met sociale angst. Eventueel worden er verschillende homogene populaties onderzocht en wordt dit als factor in het design opgenomen.

2. *Wie voeren de behandeling uit?* Het mooiste is natuurlijk wanneer er veel behandelaars zijn, die elk slechts één behandeling doen in elke conditie. Er ontstaan dan gematchte steekproeven. Het is echter de vraag of er in een eenvoudige opzet met niet al teveel instellingen wel zoveel behandelaars zijn. Indien één behandelaar alle behandelingen zou verrichten zou een toetsing zonder meer mogelijk zijn, maar zou men niet kunnen generaliseren naar een populatie van psychotherapeuten. Het experiment zou dan vele malen moeten worden gerepliceerd. Waarschijnlijk zal er gekozen moeten worden voor een tussenvorm waarin een betrekkelijk klein aantal behandelaars in de verschillende condities de behandelingen uitvoert.

3. *Wat voor soort vooraf-informatie wordt gehanteerd?* Uit ethische overwegingen lijkt het onwenselijk dat er negatieve informatie wordt gebruikt. Dat is wel jammer, want het gebeurt in de praktijk wel vaak. Het voorstel is om uit te gaan van opvallende, niet zonder meer verifieerbare, positieve informatie (bijv. over de gemotiveerdheid van de patiënt) versus neutrale informatie.

4. *Wat voor soort metingen worden er verricht?* Dat hangt ten dele af van de beantwoording van vraag 1. Als het steeds gaat om dezelfde stoornis dan zijn metingen op dat gebied mogelijk en kunnen de resultaten vergeleken worden. Gaat het om een heterogene hoeveelheid klachten, dan zullen meer algemene maten moeten worden gebruikt: bijvoorbeeld de Goal Attainment Scale (Kiresuk & Sherman, 1968; Van der Hart & Lange, 1972) of een tevredenheidslijst. In ieder geval zal op verschillende tijdstippen een 'Client-Therapeut-Relatie'-lijst (Bennun & Schindler, 1986; Bennun et al., 1986; De Beurs, Lange, & Arrindell, 1989) worden afgenomen. Deze zal zowel door de cliënt als door de therapeut moeten worden ingevuld.

5. *Bovenstaand punt brengt ons op het probleem dat de therapeuten om de tuin geleid moet worden.* Er moet dus een rationale worden gecreëerd die het aannemelijk maakt dat deze metingen worden verricht. De vraag is, wat voor rationale? In overeenstemming met de suggesties die Aronson & Carlsmith (1968) daartoe geven kan een fake onderzoek worden bedacht, dat de aandacht afleidt van het werkelijke onderzoek. Waarschijnlijk zullen de vraagstellingen daarvan niet eens echt fake hoeven te zijn, maar ook werkelijk onderzocht kunnen worden. Te denken valt aan de validering van meetinstrumenten en het onderzoeken van predictoren voor het succes van de behandeling van een bepaalde stoornis. Als alle proefpersonen dezelfde rationale krijgen dan is het van belang dat het zogenaamde doel van het onderzoek niet zo belangrijk lijkt dat het tot een 'Hawthorne' effect leidt (Roethlisberger & Dickson, 1939), waardoor de therapeuten in alle condities extra gemotiveerd zijn. De therapeutische voordelen daarvan hebben we gezien in het 'Moeilijke Mensen Project' van Kees, niet CAL, (Van der Velden, 1985) Het valt ook te overwegen om de rationale en daarmee de organisatie als te manipuleren variabele in het design op te nemen. D.w.z. dat de helft van de therapeuten helemaal geen idee heeft in een onderzoek mee te draaien, terwijl dat voor de anderen wel het geval is. Dit zou dan licht kunnen werpen op de meta-vraag: In hoeverre zijn gecontroleerde effect studies generaliseerbaar naar de praktijk?

6. *Samenhangende met bovenstaande komt natuurlijk de kwestie van de organisatie. Wie geeft de vooraf-informatie?* Uit eerder onderzoek (Lange, Koppelaar & Abraham, 1983) blijkt dat vooraf-informatie meer gevolgen heeft wanneer die afkomstig is van iemand uit de 'eigen kring'. Dat zal binnen een instelling wel te verwezenlijken zijn, maar het blijft de vraag wie dat kan doen. Het ligt het meest voor de hand dat dat gebeurt via de intaker(s). Die zouden dan op de hoogte moeten zijn van het onderzoek. Bij Richard is dat waarschijnlijk te verwezenlijken.

Mogelijk experimenteel design:

	vooraf informatie	
	positief	negatief
<u>organisatie & rationale</u>		
onderzoek/strict protocol	a	b
geen onderz./ weinig metingen	c	d

Waarheid

Zowel de vraagstelling betreffende vooraf-informatie als die over de reactieve kant van onderzoek kan geanalyseerd worden in het 2 bij 2 design waarbij als afhankelijke variabele slechts een gering aantal metingen worden gebruikt; liefst metingen die in de betreffende instellingen sowieso worden gehanteerd. De effecten van vooraf-informatie kunnen bovendien bij een vergelijking van conditie a en b met meerdere instrumenten worden getoetst.

Waarom is dit onderzoek van belang?

1. Uit theoretische overwegingen. Er is een rijke schakering aan onderzoeksliteratuur over self-fulfilling prophecies in verschillende gebieden, met vooral veel laboratorium experimenten (zie voor een overzicht daarvan Lange, De Beurs & Koppelaar, 1988). Het is van belang om te onderzoeken of dergelijke processen ook optreden in beïnvloedingssituaties als psychotherapie. De laboratorium-experimenten doen geloven van wel. Wat ontbreekt zijn de veld experimenten, waarvan dit de eerste zal zijn.
2. Indien er ook een manipulatie van de rationale plaats vindt dan zal het onderzoek een fundamenteel belang hebben voor effect onderzoek in het algemeen.
3. Voor de praktijk is het van belang om te weten of men het psychotherapeutisch proces in positieve zin kan beïnvloeden door de informatie die men aan de behandelaars verstrekt in positieve zin te manipuleren. In feite gaat het nog verder want het zou ook gebruikt kunnen worden om de manier waarop patiënten tijdens stafbesprekingen worden geëvalueerd door te lichten. De in vele instellingen gebruikelijke negatieve etiketten zouden wellicht vervangen kunnen worden door wat positievere. Het onderzoek zou kunnen leiden tot een serie aanbevelingen voor verwijzers.

Enkele prealabele vragen en opmerkingen:

1. Welke subsidie-gever zou voor dit onderzoek benaderd kunnen worden? en wat is de beste aanpak daarvoor. Er valt bijvoorbeeld te denken aan een subsidie voor een onderzoeker gedurende twee jaar, plus geld voor bijkomende kosten. Er valt ook te denken aan een AIO-plaats mits er een aanvullende subsidie is om de verdere kosten van het onderzoek te financieren.
2. Indien gekozen wordt voor een AIO - plaats dan kan het onderzoek in de uitgebreide versie worden uitgevoerd, met manipulatie van de rationale en eventueel met verschillende klachtgebieden.

Geheimhouding

Het onderzoek moet een vertrouwelijk karakter hebben omdat eventuele behandelaars niet mogen weten waar het onderzoek over gaat. In conditie c en d mogen zij zelfs niet weten dat zij meedoen aan een onderzoek. Aangezien onze 'fans' mogelijk ook behandelaars zijn of 'kennis hebben aan' behandelaars verzoek ik jullie om bij uitlenen van dit nummer, deze bijdrage eruit te

verwijderen. Ook het praten erover zou ik zoveel mogelijk beperkt willen zien tot onze eigen kleine selecte kring.

Literatuur

- Aronson, E. & Carlsmith, J.M. (1968), Experimentation in social psychology. In: G. Lindzey & E. Aronson (eds.), *The Handbook of Social Psychology*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Bennun, I. & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 145-150.
- Bennun, I., Hahlweg, K., Schindler, L. & Langlotz, M. (1986). Therapist's and patient's perceptions in behaviour therapy. The development and cross-cultural analysis of an assessment instrument. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 275-285.
- Beurs, E. de, Lange, A. & Arrindell, W. (1989), Validering van een therapeut-client vragenlijst. In voorbereiding.
- Eden, D. & Shani, A.B. (1982), Pygmalion goes to boot camp: expectancy, leadership, and trainee performance. *Journal of Applied Psychology*, 67, 194-199.
- Hart, O. van der & Lange, A. (1972), Goal Attainment Scaling; een methode tot evaluatie van psychotherapieën. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 27, (11), 502-510.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968), Goal Attainment Scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, (6), 443-453.
- Lange, A. & F. van der Valk (1983), Labelingsprocessen en het oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38 (5), 286-300.
- Lange, A., L. Koppelaar & R. Abraham (1984), De bron van vooraf-informatie en de invloed daarvan op het oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 39 (8), 486-495.
- Lange, A., Beurs, E.de & Koppelaar, L. (1988), De invloed van labeling op de percepties, de attitudes en het gedrag van psychotherapeuten; een verslag van drie experimentele studies. *Directieve Therapie*, 8, (3), 253-279.
- Lange, A., E. de Beurs, H.J. Oppenheim & C. Luijters (1989), De invloed van vooraf-informatie op het gedrag van psychotherapeuten. *Ned. Tijdschrift voor de Psychologie*. 44, (1), 15-24.
- Miller, D.T. & Turnbull, W. (1986), Expectancies and interpersonal processes. *Ann. Rev. Psychology*, 37, 233-256.
- Roethlisberger, F.J. & W.J. Dickson (1939), *Management and the Worker*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968), *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Student Intellectual Development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Velden, K. van der (1985), Eclecticisme als noodsprong: mededelingen uit het 'moeilijke mensen' project. *Directieve Therapie*, 5, (4), 393-410.

VOORWOORD BIJ 'SOCIALE ANGST'

Alfred Lange

Enige tijd geleden kwamen ~~CAL~~ en Richard (of omgekeerd) op het idee om een populair boekje te schrijven over angststoornissen; een boekje dat instructief voor patiënten kon zijn. Zij vereerden mij met het verzoek er aan mee te werken. Wie weigert zoiets? Ik in ieder geval niet, hoewel de onderhandelingen met de uitgever slechts een schamele 7% royalties opleverden (daar moeten we toch nog es over gaan praten).

Een van de hoofdstukjes die ik zou gaan maken betrof 'sociale angst'. Dààrvoor heb ik inmiddels een eerste versie geschreven. Daarop zullen uiteraard de bovengenoemde auteurs commentaar leveren, maar ik vind het helemaal geen gek idee als ook de andere TDT redacteuren zich verplaatsen in de wereld van een doorsnee patiënt en bekijken of ze dit dan een zinnige tekst vinden.

Sociale angst

Het essentiële kenmerk van sociale fobie is dat de aanwezigheid van andere personen angst aanjaagt en leidt tot onaangename paniekachtige verschijnselen als benauwdheid, zweten, pijn op de borst en ademhalingsproblemen. Deze verschijnselen en de bijbehorende negatieve emoties leiden er dan toe dat men deze situaties in meer of mindere mate gaat vermijden. Wat dat betreft lijkt een sociale fobie op de eerder besproken agorafobie, de angst om op straat te gaan. Door het vermijden van de situaties die angst aanjagen komt men in een vicieuze cirkel. Men krijgt geen gelegenheid om te ervaren dat de angstwekkende situaties niet altijd tot rampen hoeven te leiden. Naarmate men een situatie langer heeft gemeden wordt daarentegen de angst juist groter en daarmee ook de kans op een negatieve ervaring, waardoor men weer bevestigd wordt in het idee: "zie je wel, ik kan het beter helemaal niet proberen".

Een sociale fobie kan gebonden zijn aan heel specifieke situaties. Bijvoorbeeld, de angst om in het openbaar te spreken, de angst om in nabijheid van anderen te urineren, ^{de angst om} te eten of een kopje vast te houden zonder te trillen. Sociale angst kan ook algemener zijn, de angst om iets verkeerd te zeggen, de angst om niet aardig gevonden te worden, en ^{kan} aldus leiden tot een algemene angst om te falen en om zich in sociale situaties te begeven.

In bijna elke sociale fobie speelt de *angst voor de angst* een grote rol. In vakjargon wordt dit *anticipatie-angst* genoemd, een woord dat u misschien nog wel eens zult tegenkomen. De angst dat er iets mis zal gaan maakt juist dat dat ook gebeurt. Stel bijvoorbeeld dat iemand erg bang is dat hij in gezelschap gaat zweten. Als hij dan een ruimte betreedt waar het een beetje warm is, raakt hij bij het binnentreden al zo gespannen van de mogelijkheid dat hij overmatig zou kunnen gaan transpireren dat hij in de korste keren kletsnat is. Ook hier kan men spreken van een vicieuze cirkel: De angst om te zweten leidt ertoe dat men daadwerkelijk overmatig zweet waardoor men de volgende keer nog weer angstiger is en nog meer kans loopt om inderdaad te zweten.

Achter de meeste vormen van sociale angst en sociale fobie ligt een *gebrek aan zelfvertrouwen*. Dat kan op specifieke terreinen zijn, zoals het idee niet goed te kunnen praten, dingen niet goed onder woorden te kunnen brengen. Maar vaak heeft degene met een sociale fobie in het algemeen het idee dingen niet goed te kunnen, niet voor vol aangezien te

worden. Dat maakt dat men erg bang is dat anderen iets negatiefs aan hem zullen ontdekken. Iemand met veel zelfvertrouwen maakt zich wat minder zorgen over wat anderen vinden, en schrijft kritiek van een ander soms wat gemakkelijker toe aan een falen van de ander dan aan zichzelf. Bij sociaal angstige mensen ligt dat vaak andersom. Kritiek van anderen of een negatief oordeel van anderen moet kost wat kost vermeden worden want het zou het bewijs zijn dat men inderdaad niet deugt. Sterker nog, complimenten van anderen worden vaak niet vertrouwd. Die kunnen toch niet kloppen. Die ander heeft dat vast alleen maar gezegd om mij gerust te stellen. Dat kan die niet menen. Een mooi voorbeeld daarvan geeft de komiek Groucho Marx als hij gevraagd wordt om lid te worden van een exclusieve New Yorkse club. Hij weigert. Van een club die zo stom is om hem lid te willen maken wil hij geen lid worden.

Het gebrek aan zelfvertrouwen waar we het hierboven over hadden kan al in de jeugd zijn ontstaan, bijvoorbeeld doordat de ouders weinig stimulerends hebben ondernomen, en wordt dan versterkt door het soort vicieuze cirkels waar we het hierboven over hebben gehad. De angst om te falen, om iets niet goed te doen, leidt er dan regelmatig toe dat men dingen inderdaad niet goed doet. Men krijgt dus als het ware reden om aan zichzelf te gaan twifelen.

Een ander kenmerk van sociaal angstige en faalangstige mensen is dat zij vaak te hoge eisen aan zichzelf stellen. Zij moeten het beter doen dan anderen. Het moet allemaal perfect zijn. Zij hebben vaak ook gedachten als: "je mag nooit falen". Als het dan een keer fout gaat is het ook vreselijk. Door dit soort gedachten neemt de spanning natuurlijk ook veel meer toe dan bij iemand die gewoon denkt "ach wat jammer, volgende keer beter".

Enkele behandelingen kort beschreven

Hieronder zullen wij een korte beschrijving geven van vier mensen die zich hadden aangemeld om met behulp van een deskundige hun sociale angst te beteugelen. We zetten de belangrijkste elementen van de behandeling op een rij. U zult zien dat het er steeds om gaat om met de persoon in kwestie een aantal afspraken te maken over *gedrag dat hij zal gaan veranderen, zodat hij meer controle krijgt over zijn omgeving en over zichzelf*. Probeer u bij het lezen ervan te bedenken in hoeverre het probleem en de behandellementen ook op u van toepassing zijn.

De man die niet uit zijn woorden komt

Meneer J. is een alleenwonende, zelfstandig werkende loodgieter. Zijn bedrijf loopt voortreffelijk. Hij is een vakman en hij heeft veel tevreden klanten. Hij heeft één groot probleem. Als hij in gesprek raakt met mensen die hij niet zo goed kent, en het gaat niet over werk, dan raakt hij al gauw verward. Dat komt niet omdat hij te dom is om de ander te volgen, maar omdat hij zo bang is dat de ander zijn reacties niet zal waarderen dat hij tijdens het praten van de ander zich voortdurend zit af te vragen hoe hij de ander kan laten merken dat hij geïnteresseerd is en dat hij belangrijke dingen te zeggen heeft. De angst dat de ander hem niet zal waarderen als gesprekspartner maakt dat hij daadwerkelijk slecht kan luisteren naar die ander. Dat heeft dan weer tot gevolg dat hij inderdaad soms verward overkomt. Een vicieuze cirkel dus, die gevoed wordt door 'angst voor de angst'.

Meneer J. krijgt de volgende adviezen :

- om te beginnen wordt hem geadviseerd om een aantal weken exact *bij te houden* wanneer datgene waar hij bang voor is gebeurt. Voor de goede orde: meneer J. is wèl bang voor mislukkende gesprekken en hij krijgt het er ook benauwd van, maar hij vermijdt de situaties waar zij voorkomen (nog) niet. In deze periode moet hij vooral niet proberen om het allemaal beter te doen, maar zal hij na elk 'mislukt' gesprek precies opschrijven waar het fout gaat.

- daarna wordt met hem doorgesproken en geoefend hoe hij, wanneer hij in een gevreesde situatie terecht komt, de vicieuze cirkel kan doorbreken. Hij zal een gesprekspartner aan het begin van een gesprek het volgende medelen: "Ik wil graag met u praten maar ik weet van mezelf dat ik tijdens zo'n gesprek als dit vaak de draad kwijt raak omdat ik me dan zorgen maak over de vraag of de ander wel vindt dat ik zinnige dingen zeg." In vakjargon noemen we dit *etaleren*. Meneer J. zal zijn 'gebrek' als het ware zelf aanbieden, te kijk (in de etalage) zetten. De vicieuze cirkel wordt hierdoor doorbroken. Als hij een gesprekspartner immers voorspelt dat het gesprek zal mislukken dan kan er in feite niets meer misgaan. Als hij de draad inderdaad kwijtraakt dan is dat niet verrassend voor de ander. Hij heeft het al voorspeld en er ook begrip voor gekregen. Gaat het gesprek onverhoopts helemaal goed dan is dat natuurlijk ook prima.

De angst voor mislukking en de daarmee gepaard gaande afname aan spanning neemt dermate drastisch af dat meneer J. begint te merken veel

meer plezier aan gesprekken met anderen te kunnen beleven dan voorheen. De negatieve vicieuze cirkel is omgezet in een positief proces.

De trillende handen van mevrouw S.

Mevrouw S. is een 30 jarige huisvrouw die nauwelijks haar huis uitkomt, omdat ze bang is dat in gezelschap bij het drinken van een kopje koffie, of bijvoorbeeld een frisdrank, haar handen gaan trillen. Als ze alleen is of met haar man heeft ze er geen last van. Het probleem is tien jaar geleden ontstaan toen ze tijdens een klaverjasavondje opeens trilde bij het koffie rondbrengen. Daarna was ze in elke sociale situatie waarin ze iets moest drinken zo bang dat ze zou gaan trillen, dat het ook gebeurde. Anders dan meneer J. is zij de angstwekkende situaties ook steeds meer gaan vermijden. Ook bij haar is angst voor de angst een belangrijke factor. Ze is zo bang dat ze zal gaan trillen dat ze gespannen wordt en daadwerkelijk gaat trillen. Door het vermijden wordt dit proces versterkt omdat de barrière om zich in sociale situaties te begeven alleen maar groter wordt en de spanning eveneens.

De adviezen aan mevrouw S. zijn er op gebaseerd de vicieuze cirkel te doorbreken. Waar is zij het meest bang voor? Dat de mensen, die van haar probleem niet op de hoogte zijn, zien dat zij trilt en koffie morst. Als zij echter van te voren gaat vertellen dat bij het aanpakken van koffie of frisdrank haar handen waarschijnlijk enorm gaan trillen dan zal zij daarna niet meer bang zijn. De mensen weten het immers al. De spanning zal dan niet stijgen en zij zal in werkelijkheid niet gaan trillen. Evenals bij de heer J. krijgt zij daarom het advies om de omgeving op de hoogte stellen. Omdat haar dat niet gemakkelijk lijkt, gaat zij eerst met een *rollenspel*, een soort toneelstukje, oefenen. Dat houdt in dat zij zich voorstelt dat zij naar een ouderavond van de school van haar kinderen gaat. Zij heeft daarvoor net een uitnodiging gekregen. Tot nog toe is zij daar nooit heengegaan. Zij begint met zich voor te stellen dat zij naar een vriendin gaat, die een kind heeft in dezelfde leeftijd als haar kinderen, aan wie zij haar probleem van te voren zal vertellen. In het toneelstukje wordt dat geoefend. Later voert zij dit in werkelijkheid uit. Het resultaat is positief. Haar vriendin begrijpt het heel goed. Daarna gaat zij ook in werkelijkheid naar de schoolavond waar zij opnieuw aan een aantal mensen vertelt wat er met haar aan de hand is. Koffie drinken levert geen problemen op. Zij begint steeds meer situaties op te zoeken die zij voordien heeft gemeden. Een interessante ontdekking doet zij vervolgens als zij haar zusters en moeder op de hoogte stelt. Het blijkt dat haar moeder en

twee zusters hun hele leven lang dezelfde angst hebben gehad maar het nooit hebben durven te vertellen.

De minderwaardigheidsgevoelens van meneer V.

Meneer V. is een 40 jarige succesvolle advocaat. Hij werkt op een groot kantoor waar men zeer tevreden over hem is. Desalniettemin werkt en leeft hij onder stress. Op de meest onverwachte momenten breekt letterlijk het angstzweet uit. In een mum van tijd is hij kletsnat en loopt het in stralen van zijn voorhoofd. Het gebeurt niet alleen op zijn werk, ook in andere sociale situaties. Het is zelfs zo erg geworden dat hij een half jaar met ziekteverlof is geweest. Dat heeft niet zo erg veel geholpen zodat hij met klachten en al weer aan het werk is gegaan.

De therapeut die hem nu in behandeling heeft adviseert hem om elk moment van angst meteen te noteren. 'S avonds gaat hij dan in alle rust voor elke situatie na wat het precies is geweest wat hem gespannen en angstig maakte. Dit registreren levert inzicht op. De angst heeft altijd te maken met de gedachte dat hij anderen iets moet zeggen over zichzelf of over zijn werk, of dat hij iets moet laten zien waar anderen een oordeel over zullen geven. Hij raakt dan helemaal in paniek bij de gedachte dat dat oordeel negatief kan zijn.

Hij krijgt de volgende adviezen:

- hij gaat er een gewoonte van maken om mensen in zijn omgeving meer *over zichzelf te vertellen* en over het feit dat hij soms gespannen wordt als hij denkt dat anderen hem moeten beoordelen.
- hij gaat bewust letten op *positieve kanten van zichzelf* en daar een *opstel* over schrijven. De tekst daarvan leest hij dagelijks hardop.
- Wanneer hij een angstaanval heeft *trekt hij zich terug*. Hij gaat dan precies opschrijven wat voor 'verschrikkelijks' er kan gebeuren en schrijft ook op waarom zelfs dat verschrikkelijke niet verschrikkelijk is. Met andere woorden, hij dwingt zichzelf ertoe om het ongerijmde van de automatisch optredende negatieve gedachten onder ogen te zien en zichzelf te indoctrineren met positievere gedachten.

De hierboven geschetste aanpak leidt niet meteen tot verbluffende resultaten. De angsten zijn hardnekkig en komen af en toe terug, maar meneer V krijgt er gaandeweg steeds meer controle over.

Het minderwaardigheidscomplex van meneer R.

Meneer R. is een 28 jarige electriciën die al enige tijd in de ziektewet is. Meerdere malen per dag heeft hij paniekaanvallen. Hij is dan zeer

gespannen, zweterig, zweverig, benauwd en heeft pijn op de borst. Lichamelijke oorzaken zijn er niet. Hij is bang voor verantwoordelijkheden, bang om zijn werk niet goed te kunnen doen, maar ook bang om alleen te reizen of naar een kapper of tandarts te gaan. In privé-situaties voelt hij zich vaak ook niet op zijn gemak. Hij vindt anderen dan veel interessanter en intelligenter dan zichzelf en is bang om verkeerde dingen te zeggen. Angst voor de angst en voor de aanvallen speelt ook bij hem een rol. Ondanks de paniekaanvallen, die bij nader onderzoek niet op hyperventileren berusten, vermijdt hij de situaties waar hij angstig voor is niet. Hij vindt dat hij dan 'verloren zou zijn', dus heeft hij besloten 'te vechten'. Buiten de aanvallen voelt hij zich ook vaak zeer gespannen, somber en piekert hij veel. Hij is getrouwd met een lieve, begripvolle vrouw. Een pluspunt in zijn leven.

De eerste stap in zijn behandeling is dat hij een maand lang elk uur van de dag noteert hoe hoog zijn spanning is (de zg. *spanningsmeter*). Als de spanning boven een bepaald punt is dan staakt hij onmiddellijk al zijn activiteiten en begint hij met een serie *zelfcontrole maatregelen*.

Deze bevat successievelijk de volgende elementen:

- Van de cijfers, die de spanningsmeter oplevert, maakt hij wekelijks een *grafiek*, zodat hij goed in de gaten kan houden hoe het gaat met zijn spanning.
- Hij maakt een *lijst van nuttige en positieve activiteiten*.
- Evenals meneer V. maakt hij een *opstel over positieve eigenschappen* van zichzelf. Deze worden uiteindelijk samengevat in enkele kernzinnen die hij op een kaartje schrijft dat hij altijd bij zich draagt.
- Bij een cijfer boven de 5 op de spanningsmeter (schaal van 1-10) *trekt* hij zich *10 minuten terug* en schrijft op wat het precies is wat hem gespannen maakt, en wat er allemaal 'mis' is met hem. Hij gaat dit zelfs *overdrijven*, zodat hij ervaart hoe onterecht zijn negatieve gedachten zijn.
- Na de 10 minuten piekeren pakt hij zijn *positieve kaartje* en leest de tekst hardop
- Daarna voert hij gedurende minimaal een half uur één van de nuttige, *positieve activiteiten* uit van de eerder opgestelde lijst.
- Elke avond heeft hij een vast *piekerkwartier*. Hoe de dag ook is verlopen, 's avonds gaat hij zich een kwartier concentreren op al zijn zorgen en negatieve gedachten. De bedoeling is dat hij dan de rest van de dag daarvan 'vrij' is.
- Eenmaal in de week gedurende een half uur *vertelt hij aan zijn vrouw* hoe het met hem gaat en waarover hij allemaal heeft gepiekerd. Verder

is dit onderwerp als gespreksstof tussen hen verboden. Dit, omdat hij tot nog toe de neiging heeft eindeloos over zichzelf en zijn zorgen met haar te praten, wat niet goed is voor de onderlinge verhouding, maar ook niet voor hemzelf.

-In sociale situaties gaat hij *observeren*. D.w.z. dat hij dan één persoon uitkiest waar hij speciaal op gaat letten: Hoe praat die persoon? Hoe kijkt die? Doet die het goed of slecht?, Etc. Na afloop van zo'n situatie, bijv. een verjaardagsvisite, schrijft hij daarover een kort verslag. De bedoeling hierachter is dat hij *afgeleid* wordt van zijn angst om iets verkeers te doen en minder krampachtig bezig zal zijn om het allemaal 'goed te doen'. Bovendien laat het hem zien dat anderen ook fouten maken en verkeerde dingen zeggen.

-Omdat dit pakket veel energie van hem eist, is een *beloning* op zijn plaats. Daarvoor worden een aantal alternatieven bedacht, bijvoorbeeld: lekkere maaltijd, iets kopen voor zijn knutselhobby, etc. Wekelijks zal hij zichzelf met één daarvan belonen.

Het opzetten en uitvoeren van dit programma neemt zeven gesprekken in beslag, die over vijf maanden verspreid zijn. Na afloop daarvan heeft meneer R. geen paniekaanvallen meer, hij voelt zich niet meer zo angstig en gespannen en is weer aan het werk. Ook zijn vrouw, die bij alle gesprekken aanwezig is geweest, is verbaasd over de veranderingen. Hij moet zich echter wel realiseren dat hij sommige technieken weer zal moeten gaan toepassen indien hij opnieuw problemen en spanningen zou ervaren.

Wat kunt u zelf doen?

Hierboven hebben we aan de hand van een aantal behandelingen van mensen die zich daarvoor hebben aangemeld een aantal technieken gezien. U heeft daardoor een beeld kunnen krijgen van wat er in zo'n behandeling kan gebeuren, wat daarbij van u wordt verwacht en wat de effecten kunnen zijn. Een aantal van de beschreven technieken kunt u in principe ook zelf uitvoeren, zonder dat iemand anders u daartoe aanzet. Laten we deze nog eens doorlopen.

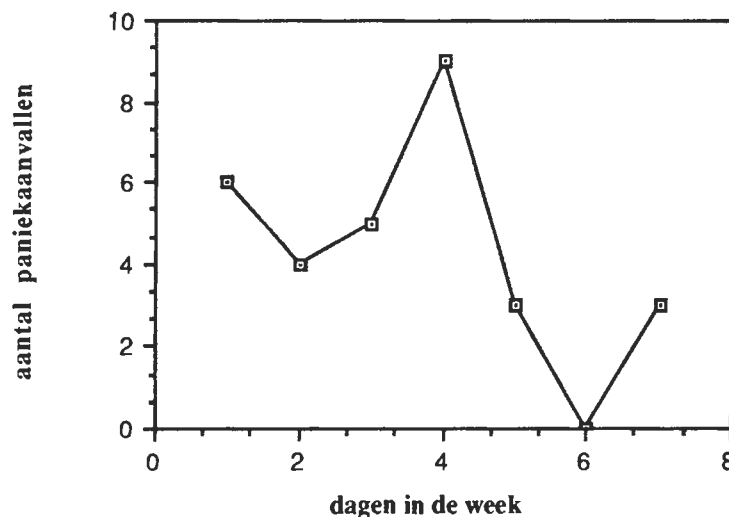
Registratie

Als men in sociale situaties angstig is, is het bijna altijd verstandig om gedurende een langere tijd precies te gaan bijhouden hoe het zit: op welke momenten bent u bang?, op welke momenten krijgt u meer

spanning? Het is daarbij van belang dat u het registreren niet alleen in gedachten doet maar ook *op papier*. Evenzo van belang is dat u het onmiddellijk doet als u de spanning of angst ervaart. Dat betekent dus dat u altijd een blocnootje bij u zult moeten dragen, waarop u ter plekke een notitie kunt maken. Wilt u er veel baat bij hebben dan is het van belang om, voor iedere keer dat zich angst of vermijding voordoet, tijd in te ruimen om zich af te vragen wat het precies is in deze situatie wat angstverwekkend is. Soms kan dat niet onmiddellijk. Het is dan verstandig om dat diezelfde dag, zodra er gelegenheid is, alsnog te doen.

Men kan ook *cijfers geven aan de spanning en angst*, met een 10 als negatief hoogtepunt bijvoorbeeld. Als u over een langere tijd wilt nagaan hoe het eigenlijk met u gaat, dan verdient het aanbeveling om de cijfers die u dagelijks over zichzelf ervaart in een *grafiek* om te zetten.

In figuur 1 zien we zo'n grafiek, van mijnheer R. Daarop kunt u net als hijzelf zien hoe vaak hij in een bepaalde week een paniekaanval heeft gehad met een angstcijfer van 5 of hoger.



Figuur 1 grafiek van paniekaanvallen van meneer R gedurende één week

We zien dat hij in deze week gemiddeld drie maal per dag zo'n aanval heeft gehad. Aan het einde van de behandeling, tien weken later, was het gemiddelde gedaald naar één maal per week. Ook wanneer men zichzelf behandelt is het verstandig en motiverend om op deze manier naar de effecten van de gekozen maatregelen te kijken.

Sociale vaardigheden vergroten

Mensen zijn soms bang om zich in een situatie te begeven omdat ze niet goed weten hoe ze zich dan moeten gedragen. Ze zijn bang zichzelf niet goed te kunnen uiten, of niet goed voor zichzelf op te komen. Dat kan bijvoorbeeld door het registreren aan het licht komen. Het is dan verstandig om te gaan oefenen. Bijvoorbeeld door bepaalde situaties te gaan naspelen, met een vriend, familielid of eventueel zelfs alleen. U stelt zich bijvoorbeeld voor dat u in een vergadering op uw werk gevraagd wordt om commentaar te leveren op de voorstellen van uw baas. U gaat dat nu hardop doen en neemt het op een casetterecorder op. Naderhand luistert u dit af en stopt de band steeds als u niet tevreden bent met hoe u de dingen zegt. U doet het dan anders. Totdat u tevreden bent over uw reacties. U kunt dit doen voor iedere situatie die met het registreren duidelijk is geworden.

Onder de loep nemen van de eigen negatieve gedachten

Sociaal angstige mensen hebben meestal met elkaar gemeen dat zij zich overmatig veel aantrekken van wat anderen van hen vinden. Zij zijn bang om afgewezen te worden, raar gevonden te worden, etc. We zullen er hier niet op ingaan hoe dat allemaal is gekomen, hoe dit te maken kan hebben met zelfvertrouwen dat in de jeugd niet genoeg is opgebouwd. Daarop komen we nog terug. Hier is van belang dat men deze gedachten rechtstreeks te lijf kan gaan. Als men bang is om in een vriendenkring iets verkeerd te zeggen, kan men zich bewust gaan afvragen wat er voor rampen zouden gebeuren als men inderdaad zo iets fouts doet. Hoe erg is het wanneer een ander ziet dat je iets niet zo goed kan? Zijn die verwachte gevolgen wel zo verschrikkelijk? In hoeverre gebeurt dat waar je zo bang voor bent ook bij anderen? En als iemand een negatief oordeel over je zou hebben, wat dan nog? Door je bewust bezig te houden met dit soort vragen ga je over sommige dingen anders denken, zodat je minder bang wordt om 'af te gaan'. In hun boekje *Rationeel emotioneel educatie* bespreken Dijkstra en enkele collegas een aantal onnodig negatieve en irrationele gedachten die angstige mensen vaak hebben, en zij laten zien hoe men die kan omzetten in reëlere gedachten.

Een ander punt is dat sociaal-angstige mensen soms zo bang zijn om negatief beoordeeld te worden dat zij aan hun eigen prestaties veel hogere eisen stellen dan aan die van anderen. Wat zij zelf positief hebben gedaan stelt niks voor, is onbelangrijk, deugt niet of het ligt eigenlijk aan

anderen. Als iets mislukt dan ziet men echter juist de eigen rol en niet die van de anderen en dan is dat vreselijk belangrijk. Men zou kunnen zeggen dat sociaal angstige mensen soms wat al te bescheiden zijn. Waar andere mensen hun eigen rol altijd in positieve zin overdrijven doen sociaal angstige mensen dat vaak in negatieve zin. Als je daar bewust over gaat nadenken op het moment dat het gebeurt geeft dat inzicht en de mogelijkheid om je in dat opzicht iets positiever ten opzichte van jezelf op te stellen. We komen nog terug op andere technieken die u daarvoor kunt toepassen.

Het doorbreken van het negatieve proces: etaleren en observeren

We hebben steeds gezien dat de problemen van faalangstige en sociaal angstige mensen voortkomen uit een vicieuze cirkel: Men is bijvoorbeeld bang om in gezelschap niet uit zijn woorden te komen en men weet dat men zo direct naar een bijeenkomst moet waarin men het een en ander moet vertellen -----> dan leidt de angst om daar een slecht figuur te slaan tot spanning -----> deze spanning leidt ertoe dat men misschien daadwerkelijk minder goed presteert of dat het gevreesde symptoom (bijv. blozen, zweten, hakkelen) inderdaad optreedt -----> dit leidt ertoe dat de angst de volgende keer van tevoren weer minstens zo groot, zo niet groter, zal zijn -----> dit kan ertoe leiden dat men de gevreesde situatie gaat vermijden -----> barrière en angst wordt groter -----> etc.

Er zijn enkele manieren om deze *vicieuze cirkel* te doorbreken. Het meest essentiële is dat men de *angstwekkende situaties gaat opzoeken*, waardoor men kan ervaren dat de gevreesde symptomen wel kunnen meevallen. Dat lijkt natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan.

Daarom zijn er een paar hulpmiddelen:

1. *Van te voren aan anderen in de angstwekkende situatie over uw eigen angst vertellen.* We hebben in de behandeling van zowel meneer J. als mevrouw S. al gezien hoe deze vorm van *etalieren* genoeg kan zijn om de angstspiraal te doorbreken. Als u de ander verteld heeft dat u bang bent dat u gaat blozen, gaat trillen of niet uit uw woorden te komen, dan kan er eigenlijk niks meer gebeuren. Ze weten het toch al. De kans is groot dat het dan niet eens gebeurt en als het wel gebeurt is het niet erg en neemt de angst in toekomstige situaties toch af.
2. In plaats van krampachtig uw best te doen om een goede indruk te maken in de sociale situatie is het verstandig om eens bewust daarvan af te zien en systematisch anderen te *observeren*. Dat heeft verschillende voordelen. Over het algemeen merkt men dan dat anderen ook niet

bepaald volmaakt zijn en wordt het beeld dat men van zichzelf heeft wat realistischer. Soms ziet men door systematisch observeren van een ander bepaalde positieve kwaliteiten, die men zichzelf ook zou kunnen aanleren, waardoor de eigen sociale vaardigheden toenemen. Maar het meest belangrijk van het observeren is dat, als men de observatie-taak serieus neemt, men niet tegelijk over zichzelf kan piekeren. Men is als het ware *afgeleid*, waardoor de spanning afneemt en kans op negatieve symptomen wordt verkleind.

3. Wanneer het opzoeken van angstwekkende situaties nog te moeilijk lijkt kan men als eerste stap beginnen met het alleen maar in gedachten te doen. U stelt zich voor dat u naar de bewuste bijeenkomst gaat en wat er daar tegen u wordt gezegd. U antwoordt (hardop) en eventueel vertelt u over uw angst (etaleren). Zo'n oefening noemt men in vakjargon *imaginair blootstellen*. Zo'n oefening kan men alléén doen, maar men kan er ook anderen bij inschakelen. Van belang is dat u de tijd en rust neemt om u volledig in de situatie waar het om gaat te verplaatsen.

Imaginair blootstellen kan men zien als een eerste stap. Ook daarna is het van belang om het probleem stapsgewijs te benaderen. U hoeft niet opeens overal heen te gaan. Begint u maar eens te experimenteren met één of twee situaties. U ziet dan wat het verschil is tussen zoals het eerst ging en zoals het nu gaat. Geleidelijk kunt u uw actieradius dan gaan uitbreiden.

Positieve indoctrinatie

We hebben al eerder gezien dat sociaal anstige mensen vaak de neiging hebben hun negatieve kanten te overdrijven en hun positieve kwaliteiten over het hoofd te zien. Zij indoctrineren zich als het ware onophoudelijk met negatieve uitspraken over zichzelf. We hebben ook hierboven besproken dat het zinvol kan zijn om die negatieve gedachten systematisch onder de loep te nemen zodat men er het betrekkelijke van gaat inzien. Men kan daar nog iets aan toevoegen door de negatieve indoctrinatie te vervangen door een bewuste positieve zelf-indoctrinatie. Dat lijkt vreemd maar is het niet. Hoe daarbij te werk te gaan? De eerste stap houdt in dat u vrijblijvend begint alles wat u normaal en goed vindt van uzelf op te schrijven. Daarmee moet u zich niet te lang achter elkaar bezig houden. Het is verstandig om bijvoorbeeld na een uur op te houden en een volgende dag op een rustig moment weer verder te gaan. Als u echt niets nieuws meer kunt bedenken gaat u de dingen die u heeft opgeschreven verwerken in een klein verhaaltje over uzelf, van

bijvoorbeeld tien regels. Dat verhaaltje moet in de 'ik-vorm' worden geschreven. Als het klaar is schrijft u het netjes over op een klein kaartje dat u altijd bij u draagt. In figuur 2, hieronder, ziet u een voorbeeld.

Figuur 2 voorbeeld van een positief opstel

Ik ben een goede vader voor mijn kinderen. Er is een goede verstandhouding tussen ons. Ik ben hun steun en doe veel activiteiten met ze. Mijn vrienden vinden mij zeer actief met de kinderen. Ik vind het ook niet erg als de kinderen kritiek hebben. Het is erg goed als ze er een eigen mening op na houden. Ik heb meer interessante dingen gedaan in mijn leven als de meeste andere mensen. Heb twee jaar gevaren, een aantal malen in het buitenland gewoond. Verdien een comfortabel inkomen voor mijn gezin. Mijn werk bevalt me uitstekend. Heb juist weer een zeer goede beoordeling gehad. Ik word regelmatig geraadpleegd en heb veel invloed op de gang van zaken. Veel mensen in mijn vakgebied leunen op mij. Ik kan dus best trots zijn op dit alles en hoef mij nergens voor te schamen. Ik hoef niks achter te houden, mij af te schermen omdat er nog genoeg overblijft als iets eens minder positief is. Zwakke punten worden voldoende gecompenseerd. Verschil van mening is een uiterst normale zaak. Op wat ik zeg mag een ander best commentaar hebben.

Als uzelf zo'n kaartje heeft gemaakt dan is het de bedoeling dat u de tekst ervan enkele malen per dag hardop uitspreekt. U kunt dat doen op rustige momenten, als u alleen bent. U kunt het ook doen op momenten waarop u zich angstig voelt. Het lijkt ietwat gekunsteld, maar u zult merken dat het een prima en belangrijk tegenwicht vormt voor de negatieve zelf-indoctrinatie waarmee u tot nog toe bezig bent geweest.

Beschouwing: achterliggende factoren

We hebben een aantal technieken besproken die u kunt toepassen als u last heeft van angst en spanning in sociale situaties. De kans dat u er baat bij heeft is niet gering maar bij sommige mensen werkt het beter als zij met een deskundige een precies en stapsgewijs programma opstellen om aan hun klachten te werken. Voor de mogelijkheden daarvoor verwijzen wij naar hoofdstuk (hoofdstuk over de GGGZ).

U zult misschien ook denken: 'al die technieken kunnen wel goed zijn, maar het komt toch ergens vandaan; het moet toch iets diepers in mijzelf zijn'. Daarin heeft u gelijk, maar het neemt niet weg dat het vaak toch zinniger is om in het 'hier en nu' te proberen om bepaalde gedragingen te veranderen en negatieve processen te doorbreken, dan om in het verleden te gaan graven. Soms is dat echter niet voldoende. Als u in het verleden dingen heeft meegemaakt die uw zelfvertrouwen vreselijk

hebben aangetast en u een heel negatief beeld van uzelf hebben opgeleverd, dan is het verstandig om dat verleden eerst te verwerken, bij voorkeur met een deskundige psychotherapeut. De principes en behandellementen die u daarbij kunt verwachten bespreken we in hoofdstuk

Sommige mensen met sociale angst wonen alleen, anderen wonen samen met een partner, met ouders, met kinderen, of met een combinatie daarvan. Dat kan invloed uitoefenen op zowel het ontstaan van sociale angst als op het voortbestaan ervan. De omgeving kan het bijvoorbeeld erger maken door iemand voortdurend met zijn falen te confronteren in plaats van met positieve kanten; of door iemand steeds aan te sporen iets te doen wat hij op dat moment beslist niet durft; of door het al te aantrekkelijk te maken dat men iets niet doet waarvoor men bang is.

Kortom: De manier waarop een gezin of een paar functioneert kan invloed uitoefenen op de ontwikkeling van dit soort klachten. Het voert te ver om in het kader van dit boek hierop gedetailleerd in te gaan. Indien u in dat opzicht literatuur zoudt willen raadplegen dan adviseren wij het boek 'Gedragsverandering in Gezinnen' (zie lijst van te raadplegen literatuur).

Als u het gevoel heeft dat uw partner en/of uw kinderen een belangrijke rol spelen dan is ook dat een indicatie om professionele hulp te zoeken, bij een psychotherapeut die gewend is om hele gezinnen in behandeling te nemen als dat nodig is. Wij komen daar in hoofdstuk nog op terug.

Te raadplegen literatuur

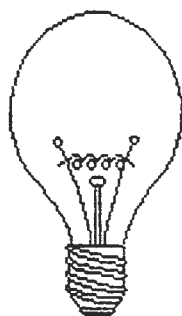
- Diekstra, R.F.W., Knaus, W.J. & Ruys, T. (1982), Rationeel emotieve educatie, een trainingsprogramma voor kinderen en volwassenen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lange, A. (1980), De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie deel II. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985), Gedragsverandering in gezinnen. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. & K. van der Velden (1980), Afleiding. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie deel II. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Smith, M.J. (19..), Je hoeft niet bang te zijn. Een handleiding bij het bestrijden van fobieën. Baarn: Ambo.

IJzerman, Th. & Schouten, J. (1985), Ik kon wel door de grond zakken.
Meppel, Boom.

EEN BIJDRAGE AAN DE MODERNE DADERHULPVERLENING

door

Kees van der Velden & Kees Hoogduin



'Waarom is het leven niet normaal?'

Alex van Warmerdam, Abel

Inleiding

Volgens psychoanalytische inzichten en het gedachtengoed dat in lunchpauzes tot bloei komt, wordt geweld tussen partners vaak uitgelokt door het slachtoffer; zelfs wordt verondersteld dat vele slachtoffers blij zijn met de klappen van de wederhelft. De zojuist afgetuigde vrouw zou stiekum bewondering voelen voor de spierkracht en vastberadenheid van haar man. Of ze zou menen dat ze diens klappen verdiend heeft, bijvoorbeeld omdat ze in het geheim naar een andere man verlangde.

Dergelijke opinies hebben het de laatste jaren moeten afleggen tegen de overtuigende aanwijzingen dat verreweg de meeste mensen helemaal niet gelukkig zijn met slaag, gewelddadige overheersing en seksuele vernedering.

Het is natuurlijk geen compliment voor de empirische instelling van hulpverleners dat zij al niet decennia eerder tot dit inzicht zijn gekomen. Maar nu het inzicht ten slotte dan toch tot hen lijkt te zijn doorgedrongen, proberen zij dezen er meteen wijzer van te worden. Zij begeleiden de slachtoffers in slachtofferprojecten en de daders in daderprojecten. Kassa!

Volgens de daderhulpverlening moet de dader zijn daden afleren. Hij moet

leren dat wij meer van hem houden wanneer hij zich netjes gedraagt. Hij moet eieren voor zijn geld kiezen.

Dit artikel is een bijdrage aan de moderne daderhulpverlening.

Zoals alle hulpverlening, vertrekt ook de daderhulpverlening uit een empathisch standpunt. Hoe zouden wij de dader kunnen helpen wanneer wij hem niet begrijpen, en hoe zouden wij hem kunnen begrijpen zonder te proberen ons even iets van zijn zienswijze eigen te maken?

De onderstaande casuïstiek biedt de lezer de gelegenheid zich in daders en slachtoffers te verplaatsen.

Gevalsillustratie: Gevecht Om Liefde

Mevrouw Etta Quack, een kortharige, stevig gebouwde kantinemedewerkster van achtendertig jaar, werd, nadat zij tweemaal had gepoogd haar leven door inneming van ongeveer vijftien slaaptabletten te beëindigen, door haar huisarts naar onze polikliniek gestuurd. Hij schreef: 'Patiënte heeft achttien jaar samengewoond met met een vriendin die haar geslagen en bedreigd heeft. Deze vriendin werkt evenals zij bij V&D. Vanwege de escalatie van de problemen (de vriendin bedreigde patiënte op zeker moment met een mes in de kantine van V&D), heeft haar werkgever besloten patiënte op non-actief te stellen. Soms wordt patiënte alles te veel en zij neemt dan al haar ~~slaap~~ tabletten tegelijk in. Overigens heeft patiënte intussen een nieuwe vriendin, met wie ze nu ook samenwoont, althans meestal.'

Deze nieuwe vriendin, mevrouw Els Struyk, vijfenveertig jaar, eigenares van een eetcafé, was bij het kennismakingsgesprek aanwezig. Mevrouw Struyk had een vrolijke kop met vrolijk blond haar en lieve blauwe ogen. Nog geen vijf minuten na haar binnenkomst had zij de taal van de therapeut verrijkt met de kernachtige uitdrukking 'praatje kut' (= gesprek over seks). In de loop van het gesprek rapporteerde mevrouw Quack onder de volgende verschijnselen gebukt te gaan: onrustig slapen, vaak wakker worden, schrikachtigheid, twijfelzucht, concentratieproblemen, lusteloosheid en minderwaardigheidsgevoelens.

De problemen waren ongeveer tien jaar geleden begonnen. Toen had mevrouw Quack ook haar eerste suïcidepoging gedaan. Zij was door haar vroegere vriendin bont en blauw geslagen, achtervolgd, bedreigd, lastiggevallen, en dat alles zo ernstig dat de rechter deze ex-vriendin had verboden zich ook maar een seconde in de woonomgeving van mevrouw Quack op te houden. Verder had de rechter deze vriendin zware boetes in het vooruitzicht gesteld voor het geval deze mocht willen proberen om Etta Quack per brief, per telefoon of anderszins mondeling te benaderen, al was het maar om de groeten te doen.

JALOEZIE

Mevrouw Quack beklagde zich over het ontbreken van lichamelijke koestering en seksueel verkeer in haar huidige relatie. Zij had daar zelf een sterke behoefte aan, en het uitblijven van de honorering van dit verlangen leidde tot een versterking van de bijna altijd aanwezige jaloeziegevoelens en een verergering van de angst om door haar vriendin Els verlaten te worden. Wanneer Els zich naar het gevoel van mevrouw Quack te intens of te langdurig of te vriendelijk verstond met een klant van haar café, flitste door ~~van~~ mevrouw Quacks hoofd de gedachte 'Waarom zij (of hij) wel en ik niet?', en dan gaf zij zich over aan onredelijke handelingen - ze kon zich in dit opzicht niet beheersen. Zij begon bijvoorbeeld mevrouw Struyk in het bijzijn van klanten van gebrekkig financieel beheer te beschuldigen, of van promiscuïteit. Mevrouw Struyk trachtte zich in dit stadium zo goed mogelijk te beheersen, in de hoop dat haar nieuwe vriendin op een ander onderwerp zou overstappen en de klanten de wanklank zouden vergeten. Misschien was deze strategie soms effectief - mevrouw Struyk wist het niet zeker. In haar geheugen werden niet de omstandigheden bewaard onder welke zij succes had, maar de omstandigheden waaronder mevrouw Quack haar aanval vervolgde met luide vragen over het ontbreken van seksuele toeschietelijkheid bij haar vriendin. Deze avonden eindigden veelal met het besluit van mevrouw Struyk om in haar eigen flatje te slapen. Hoewel mevrouw Quack dit besluit meestal kon billijken, belde ze haar vriendin vervolgens vele malen op, 'uit paniek', met het doel gerustgesteld te worden over het voortduren van de liefde van haar vriendin, welk doel soms bijna, maar nooit helemaal bereikt werd. Tweemaal had voortijdige beëindiging van het telefoongesprek door mevrouw Struyk haar vriendin tot een poging zich van het leven te beroven gebracht.

De schrik zat er zodoende goed in.

Mevrouw Struyk wilde dat haar Etta in een zo intensief mogelijke poliklinische behandeling genomen zou komen, want ze voelde aan niet veel langer tegen de spanningen bestand te zijn. In geen geval wilde zij schuld, aanleiding of oorzaak zijn van Etta's eventuele dood. Wat mevrouw Struyk betreft mocht haar vriendin ook opgenomen worden, graag zelfs, maar ze vermoedde (terecht) dat deze daar niet voor zou voelen.

VISIE

Mevrouw Struyk had de volgende visie op het probleem. Haar vriendin had in haar jeugd geen liefde gekend (dit in tegenstelling tot mevrouw Struyk zelf). In de verhouding met haar vorige vriendin had de liefde slechts een ondergeschikte rol kunnen spelen (Els Struyk zelf kon op enkele overwegend bevredigende verhoudingen terugzien). Het aldus als het ware opgehoopte verlangen naar liefde had zich nu geheel en al gericht op

mevrouw Struyk zelf, die echter ook nog andere dingen aan haar hoofd had - zoals de zorg voor haar demente moeder, het dagelijkse bezoek aan haar reeds vijf jaar in coma verkerende zoon, en het van de ondergang redden van haar eetcafé, dat door graafwerkzaamheden van de gemeente gedurende vier maanden niet goed bereikbaar was geweest -, en daardoor niet altijd tactvol kon reageren op vragen om lichamelijke aanhankelijkheid en beschuldigingen van overspel. Zij zag overigens geen kans om zich na ruzies en getreiter lichamenlijk aan haar vriendin te geven.

'Misschien speelt bij Etta de menstruatie ook wel een rol', opperde mevrouw Struyk.

Er waren aanwijzingen voor een aanpassingsstoornis, er waren aanwijzingen voor depressie, er waren aanwijzingen voor pathologische jaloezie. En er *waren vooral* ~~waren~~ aanwijzingen dat mevrouw Quack helemaal niet gelukkig was met de openhartigheid van haar vriendin Els bij de therapeut. De lezer zou kunnen vermoeden dat alcohol de hierboven genoemde gebeurtenissen hun dramatisch karakter verleende, maar de dames zouden zeer matig drinken. Er werden afspraken gemaakt voor een intensief contact van steunende aard.

MITSUBISHI

De eerste twee afspraken werden door mevrouw Quack afgebeeld. Toen moest zij onmiddellijk gezien worden. Dit gaf een beetje wrevel. Zij zei hulp te behoeven omdat zij overstuur was. Snikkend vertelde zij het volgende.

Zij had ruzie gehad met Els. Ineens was Els gewelddadig geworden ('Zij rukte mij bijna een oog uit!'). Hierop had mevrouw haar ex-vriendin gebeld met de vraag of deze haar zou willen ophalen. Enkele minuten later had de Mitsubishi voor de deur gestaan. 'Pleur alsjeblieft op!', had mevrouw Struyk uitgeroepen, en: 'Ik smeeek je: kom alsjeblieft nooit meer terug! Blijf weg! Alsjeblieft!' Mevrouw (Etta Quack dus) en haar vroegere vriendin hadden zich naar de woning van de oud-geliefde gehaast, waar het tot een uitwisseling van tedere woorden en strelingen was gekomen. Toen mevrouw Quack vervolgens wilde opstappen, ontstonden moeilijkheden. De ex-vriendin had begrepen dat mevrouw Quack tot een hernieuwing van de liefdesrelatie had willen komen, maar toen bleek dat zij zich vergist had won de teleurstelling het van de genegenheid en het had mevrouw Quack veel moeite gekost zich uit de worsteling te bevrijden. Bloedend en snikkend had zij bij haar vroegere huisarts aangebeld. Deze had haar verbonden en bij vriendin Els afgeleverd.

En nu stond Els erop dat Etta zich meteen zou laten behandelen.

Etta verdween voor enkele weken in een herstellingsoord, waar zij Rationeel Emotieve Therapie kreeg.

Hierna zette zij de behandeling voort bij een andere medewerker van de polikliniek. Haar eerste therapeut had zij eigenlijk een engerd gevonden.

Anderhalve maand later vroeg Els Struyk om een reeks afspraken met deze eerste therapeut. Zij zag er helemaal niet goed of vrolijk uit.

Zij deelde het volgende mee.

Zij, die nooit een vinger naar een geliefde had uitgestoken (ook niet naar een vijand, trouwens) maakte er nu een gewoonte van haar vriendin Etta te mishandelen.

Soms kneep zij Etta's keel dicht. Dan bonkte zij met een laars op Etta's hoofd. Dan schopte ze tegen Etta's rug.

(Etta's verwondingen werden na de mishandeling wel netjes door mevrouw Struyk verzorgd.)

Wat mevrouw Struyk bevreemdde en verontrustte was dat zij zich niet schuldig voelde, maar juist steeds vaker dacht: 'Je verdient niet beter, teringkrenge.'

BEET

Nooit had zij zich in staat geacht een partner te mishandelen, laat staan een partner te mishandelen en dit dan met een schouderophalen af te doen.

'M'n normbesef verandert en het kan me niet eens schelen. Ik herken mezelf niet.'

Ze was blij dat haar demente moeder dit niet meer bewust hoefde mee te maken en ze schaamde zich tegenover haar vader, hoewel die allang dood was.

Hoe had Etta haar zover gekregen?

'Zo, lekker geneukt?', vroeg mevrouw Quack wanneer haar vriendin gesproken had met de deurwaarder, die het inmiddels onvermijdelijke bankroet van het eetcafé kwam bezegelen. 'Ik wou dat ik je zoon was', zei mevrouw Quack, toen de comateuze zoon van mevrouw Struyk op een brancard werd binnengedragen om zijn verjaardag te 'vieren', 'voor hem heb je toch wel tijd?'

Wanneer mevrouw Quack bemerkte dat ze beet had ging ze door. Ook als ze niet beet had ging ze door, namelijk tot ze wel beet had. Ze wees erop dat mevrouw Struyk wel de hond aanhaalde en de kat, en dat ze wel kon lachen tegen haar zoon, die daar trouwens niets aan had, maar dat zij, Etta Quack, het zonder aanhalingen moest stellen, en dat er tegen haar, Etta Quack, niet gelachen werd; Els Struyk was zeker uitgelachen als ze met Etta samen was, hè, Etta was zeker niet leuk genoeg om naar te lachen en niet aantrekkelijk genoeg om aan te halen, lang zo aantrekkelijk niet als de hond en de kat en de deurwaarder, met wie ze vast lekker...

In dit stadium namen de gewelddadigheden een aanvang.

Nadat zij slaag had gekregen, was Etta ten minste een dag lang ~~het~~ gezeglijk. Zij ruimde uit zichzelf op, maakte ~~de~~ hapjes klaar ... en gaf haar vriendin het gevoel juist gehandeld te hebben door haar in elkaar te rammen.

Nadat de therapeut mevrouw erop gewezen had dat het het beste zou zijn om de band met mevrouw Quack ogenblikkelijk te verbreken, en mevrouw Struyk geantwoord had dat ze hiertoe pas wilde overgaan wanneer zij ervan overtuigd was dat zij alles geprobeerd had, werden mevrouw Struyk en haar therapeut het er over eens dat de gewelddadigheden hoe dan ook zouden moeten ophouden, al was het maar voor het zelfrespect van mevrouw Struyk zelf, en dat registratie van de conflicten noodzakelijk was.

RING

Een week later bracht mevrouw Struyk een blanco registratieformulier mee. Toen Etta weer begonnen was met treiteren had mevrouw Struyk haar verlovingsring afgedaan en gezegd: 'Met iemand die zulke dingen doet wil ik eigenlijk helemaal geen relatie hebben.' De maatregel bleek voldoende voor twee weken rust.

De ring werd weer aan de vinger geschoven. Het pesten nam opnieuw een aanvang.

De therapeut gaf Els nu de opdracht om zo neutraal mogelijk op Etta te reageren, en de inhoud van de pesterijen vast te leggen in een schrift. Dit bleek de hierop volgende maand een goed middel om handtastelijkheden te voorkomen.

Els merkte op dat Etta's geheugen niet helemaal goed functioneerde. Er waren episodes waarover mevrouw Quack zich niets kon herinneren; zelfs kwam het voor dat zij woedend werd over een peuk in een asbak in de slaapkamer ('Heb je na het naaien lekker liggen roken?'), terwijl Els met eigen ogen had waargenomen dat Etta deze peuk zelf in de asbak had uitgedrukt. Voor de lezer nu tot de slotsom komt dat Etta Quack aan een multiple-persoonlijkheidsstoornis lijdt, dient vermeld te worden dat zij misschien toch wel drinkt. Els ontdekte een fles wodka onderin de klerenkast. Ook is vastgesteld dat Etta liegt.

Gevalsillustratie: Gevecht Om Begrip

De heer Bob Beer, veertig jaar, geeft zijn zeven jaar jongere vrouw Fyfje Beer harde klappen. Zij praten, zij praten langer en op zeker moment begint hij te schreeuwen. Zij pakt hem bij zijn armen of schouders. Hij vraagt of ze hem los wil laten en of ze even weg wil gaan. Zij zegt: 'Het is

ook mijn huis' en houdt hem vast. Dan volgen de dreunen. Zij bloedt, roept 'Was ik maar met m'n gezinnetje gebleven' en snikkend valt zij op de grond.

Bob is een reusachtig grote kerel met donkere wenkbrauwen, donkere ogen en donker broshaar, die zeker dertig koppen koffie per dag drinkt. Men zou verwachten dat Bob wel een klein blond vrouwtje zal hebben, maar dat is niet zo. Fyfje is juist een reuzin. Ze draagt enorme broeken van stretchstof, waarvan de pijpen in grote zwarte laarzen verdwijnen. Zij draagt heel grote truien, die ondanks hun grootte nauw om haar gigantische borsten sluiten. Fyfje is wèl blond.

Fyfje heeft de klappen van Bob beslist niet verdiend!

Ze kan toveren met gehakt.

Ze heeft de kamers in huis zelf geschilderd en behangen met vrolijk Ikea-behang. De lichte gordijnen heeft zij zelf gemaakt van goedkope stof.

Ze heeft alles over voor haar twee kinderen. Ze heeft ze in wezen alleen opgevoed.

Ze is in het verleden door twee echtgenoten mishandeld (één van deze echtgenoten bleek bovendien seksueel contact met een dochtertje te hebben) en klaagt hier nooit over. Ook over de alcoholist die ze hierna tot vriend had, klaagde ze niet. Als kind heeft ze zelf ook aan contacten met een pedofiel blootgestaan; hierover klaagt ze evenmin. Alles wat je in je leven overkomt, zo vindt Fyfje, is ergens goed voor, ook al weet je soms in het heden niet waar het precies goed voor is.

Bob heeft goede ervaringen met 'de hulpverlening', Fyfje juist niet.

Bob is alcoholist geweest. Vier jaar geleden besloot hij zich te laten opnemen in een soort therapeutische gemeenschap. Hij had daar nuttige gesprekken. Hij drinkt geen alcohol meer.

Fyfje begeleidde een van haar vorige echtgenoten naar de Sociaal-psychiatrische dienst. De psycholoog adviseerde haar om haar man uitbundig te prijzen wanneer deze iets goed deed. Belachelijk, vond Fyfje. De psycholoog had eens aandacht moeten geven aan de klappen die zij in ontvangst moest nemen!

Bob is een echte debater. Wie tegenover Bob een bewering uit, kan er op rekenen dat Bob deze bewering zal tegenspreken. Bob vindt het heerlijk om een discussie te winnen en hij vindt het ook heerlijk om een discussie te verliezen en dan zelf als eerste toe te geven dat hij er helemaal naast heeft gezeten. Bob zou graag vrienden hebben. Zijn vader ging dood toen hij zestien was. Hij heeft zijn vader altijd gehaat, tot hij in de therapeutische gemeenschap tot de slotsom kwam dat hij niet zijn vader haatte, maar juist zijn moeder. Hij mist nu zijn vader.

Hij had eigenlijk gehoopt dat Fyfje een kameraad voor hem zou zijn, dat ze hem zou begrijpen, dat ze zouden genieten van urenlange gesprekken, die dan tot een verinnerlijking van hun verstandhouding zouden leiden. Maar zo is het niet. Bob bekvecht nu met zijn collega's op en met zijn baas.

Fyfje had gehoopt dat Bob een fijne vader voor de twee kinderen zou zijn, en dat hij dan 's avonds met haar over de kinderen zou praten en dat ze dan echt een gezinnetje zouden vormen, met spulletjes die van allemaal een beetje zouden zijn, en dat ze dan bijvoorbeeld een plakboek zouden bijhouden over de kinderen, met foto's en grappige uitspraken, en dat ze zich daarna dan zouden verenigen: zijn grote lichaam en haar grote lichaam.

PRIESTERES

Fyfje is geen intellectueel, zoals Bob, die personeelswerk heeft gestudeerd, maar ze heeft een 'natuurlijke wijsheid', vinden zij en Bob, ze leeft dichter bij de natuur dan Bob, ze rationaliseert niet, zoals Bob, maar ze staat in een direct contact met haar gevoelens, en soms ook met de gevoelens van overledenen, want Fyfje is paranormaal begaafd.

Bob ziet in Fyfje een soort een priesteres; zij staat als het ware tussen hem en de kosmos in. Hij begrijpt met z'n stomme verstand niets van de geheimen van geboorte en dood; hij kan hoogstens een sollicitatieformulier begrijpen.

'Het móét lukken om een goede verhouding te krijgen', meent Bob. 'Fyfje heeft een hart van goud en ik wil er alles aan doen.'

Voor ze naar de polikliniek komen, schrijft Fyfje, mede namens Bob, een brief aan hun toekomstige therapeut, waarin ze verhaalt over hun beider levensgeschiedenis en de actuele moeilijkheden. Ze eindigt haar uiteenzettingen als volgt: 'Ik hoop, net als mijn man, dat er echt iets gaat gebeuren, waar wij gelukkig mee kunnen worden, en elkaar kunnen accepteren zoals wij zijn.'

Enkele dagen later schrijft ze weer een brief, ditmaal niet mede namens Bob. 'Voor mij was het van belang dat ik niet open kon schrijven gezien zijn enorme agressie naar mij toe. (...) Ik heb mijn man Bob anders gekend, al was dat maar eventjes, ik weet dat er een andere Bob is (...). Ik houd nu nog genoeg van hem om het gezin staande te houden, maar ik moet ook rekening met de kinderen houden, die ik van hun geboorte af alleen heb opgevoed, maar dan zonder geweld. (...) Ik ben doodsbang voor hem (...). Ik ben nog jong en de kinderen hebben hun bescherming nog zo nodig (...).'

Bob en Fyfje hebben elkaar leren kennen door een advertentie. 'Ik houd van kinderen en oude mensen', had Bob geschreven, en Fyfje had gedacht: 'Wat lief!' Ze begonnen een uitgebreide correspondentie (Bob en Fyfje schrijven brieven van minstens 10 bladzijden lang, ook aan degenen die hen bijstaan), ontmoetten elkaar en trouwden twee jaar geleden.

Bob zou willen dat Fyfje minder tegen hem zeurt over geld en de kinderen en de hoeveelheden koffie en sigaretten die hij wegwerkt, en dat ze niet op zijn schoot springt als hij naar het journaal wil kijken, en dat hij zich soms een paar uur mag terugtrekken.

Wat Fyfje wil? 'Bob moet leren met mensen om te gaan', schrijft Fyfje. 'Het alcoholprobleem is behandeld, maar is Bob zelf ook behandeld? (...) Bob kan goed lullen, om het zo maar eens uit te drukken, maar in die echte Bob, achter dat masker, zit een zielig hoopje mens. (...) Hij moet leren zichzelf te zien en te ontdekken dat er regels, plichten zijn. (...) Maar in wezen is die grote stoere Bob nog een kind, dat eigenlijk nog moet leren dat Bob er ook nog is. Hij heeft grote stukken in zijn leven overgeslagen, niet doorleefd, hij heeft gehold, niet meer omgekeken naar de ravage die hij voor zichzelf en anderen aanrichtte. (...) Bob heeft niemand. (...) Ik gun hem zijn vrienden. (...) Ik ben geen gemene vrouw, nooit houd ik iets voor mezelf, alles deel ik, of geef ik weg als een ander het meer of harder nodig heeft. Ik ben geen egoïst. Ik houd van mensen en dieren, geniet van dingetjes om me heen. (...) Ik ben niet ziek, ik heb zelf geen probleem, ik vraag geen hulp voor mezelf. Ik vraag alleen hulp voor Bob. U heeft ervoor geleerd. Ik kom niet om te horen "jullie kunnen maar beter gaan scheiden". (...) Het is jammer dat we al zover zijn dat het vertrouwen in elkaar steeds minder wordt in de wereld!

RAZERNIJ

Slechts weinig mannen ~~of vrouwen~~ zullen bij het lezen van regels als deze niet een gevoel van algehele wanhoop en razernij voelen opkomen. Zou dit misschien de razernij zijn die Bob soms voelt?

Zou hij zich met zijn zwartbehaarde vuisten misschien een uitweg willen slaan door de hormonale argumenta^{tie}brei van zijn paranormale reuzin?

Na enkele gesprekken met Bob en Fyfje vindt Fyfje dat er wel heel veel tijd aan Bob wordt gegeven, en dat zijzelf 'in de kou blijft staan'. De therapeut regelt daarop een zo feministisch mogelijke vrouwelijke collega voor Fyfje. Toch is Fyfje niet tevreden en zij blijft de eerste therapeut brieven sturen met vertrouwelijke informatie over Bob en het verwijt dat zij zich weggestuurd voelt. Men krijgt de indruk dat Fyfje steeds zoveel mogelijk controle over de toekomst van haar Bob wil houden - of dat zij bang is voor wat de gestudeerde heren buiten haar, ongeletterd moedertje, om bekokstoven.

De therapeut maakt Bob duidelijk dat hij geweld in alle opzichten afkeurt en dat hij zijn therapie als mislukt zal beschouwen wanneer Bob doorgaat zijn Fyfje af te tuigen; voorts dat hij Bob helemaal niet het type vindt om te slaan, hetgeen Bob vlot beaamt. In eerdere verhoudingen heeft hij immers vrijwel moeiteloos zijn handen thuis kunnen houden.

De suggestie van de therapeut om Fyfje en haar spulletjes en dingetjes achter te laten en elders een nieuw leven te beginnen wordt door Bob niet opgevolgd.

De therapeut deelt vervolgens mee dat hij zelf totaal niet opgewassen zou zijn tegen de spanningen die het leven met een vrouw als Fyfje met zich meebrengt; knettergek zou hij worden, en dat is nog heel vriendelijk uitgedrukt. 'Maar', zo vervolgt hij: 'U heeft er zelf voor gekozen om deze berg aan deze zijde te beklimmen.' De therapeut uit vervolgens zijn bewondering voor dit roekeloos alpinisme en onderstreept zijn eigen lafhartigheid. Bob Beer kan niet anders dan de complimenten glimlachend in ontvangst nemen en de veronderstelde lafhartigheid van zijn therapeut relativeren. 'Het is alleen een beetje dom om je, als je eenmaal aan de rotswand hangt, kwaad te maken op de hardheid van het materiaal en dan maar met je handen op het graniet te beuken. Dat doen alleen alpinisten die er niets van kunnen.' Dat vindt Bob ook.

Bob registreert dat het een aard heeft, in het bijzonder de momenten dat hij meent dat er nú naar hem geluisterd moet worden.

Na een halfjaar therapie zou het aantal incidenten belangrijk verminderd zijn. Ook Fyfje geeft dit toe. Bob heeft, ondanks protesten van Fyfje, een kamertje voor zichzelf bestemd, waar hij kan uitblazen en voor zich uitstaren.

Echt goed gaat het natuurlijk niet.

Vorige week bijv. gingen ze beiden naar een avond van de paranormale beweging. Op zeker moment zegt het medium: 'Timmeren, timmeren, er is iets met timmeren.'

- 'Het gaat over jou', sist Fyfje, 'jij bent toch aan het timmeren?'
- 'Ik aan het timmeren?', zegt Bob, 'hoe kom je daar nou bij?'
- 'Nou, op je nieuwe kamer, ben je toch boekenplanken aan het timmeren?'
- 'Nee, die schroef ik alleen maar vast.'
- 'Nou, dat is toch ook timmeren? Het is wel voor jou! Ik zie je vader zuiver staan?'
- 'Nee, dat is geen timmeren, dat is schroeven. M'n vader? Ik zie niks.' ..
- 'Zeg nou wat! Ik zie hem sta-haan!'
- 'Zeg dan zelf wat.'
- 'Nee, 't is jóúw vader... Ah, gadver, hij is al weg. Stommeling! Nou komt er een ander.'

Toen werd het weer ruzie, zij het zonder slaan.

De therapeut vroeg nog waarom die vader zo snel wegging toen Bob niet reageerde. De oorzaak bleek te zijn dat zijn vader werd weggedrongen door een andere dode. Men moet zich voorstellen dat de doden staan te dringen om aan het woord te mogen komen. Wordt er op een dode niet snel genoeg gereageerd dan vinden de anderen dat zij aan de beurt zijn.

Gevalsillustratie: Het Misverstand

Monica van Elfen, een negentienjarige schoonmaakster, moest opgenomen

worden omdat zij overwoog een eind aan haar leven te maken. Wat ze wilde lukte niet en wat ze niet wilde gebeurde in overmaat. Zij had geen fijne vaste vriend, hoewel ze zich vrolijk genoeg kleepte en opmaakte, maar wel was ze enkele malen seksueel misbruikt op straat en bij een disco. Ze was de laatste jaren in toenemende mate ongelukkig en eenzaam geworden. Wat zij kortgeleden met haar beide buurmannen had beleefd had haar wens om te sterven een krachtige impuls gegeven.

Twee maanden voor de opname ging ze oppassen bij de burens rechts. De buurman kwam om twaalf uur alleen thuis. Zijn vrouw feestte nog even door, zei hij. Vervolgens trachtte hij haar te overmeesteren. Zij deed haar best om zich los te maken, maar werd toch enkele minuten later verkracht. Ongeveer een maand later paste Monica op bij de burens links. Reeds een uur nadat de buurman en zijn vrouw vertrokken waren, kwam de buurman terug. Hij had zijn sigaretten laten liggen, zei hij. Hij vroeg vriendelijk hoe het met de kinderen ging en stelde voor dat zij samen zouden gaan kijken of zij wel lekker sliepen. Zij gingen de trap op, maar eer zij bij de kinderen waren, duwde hij haar zijn slaapkamer in en verkrachtte haar. De volgende dag belde hij haar op met de mededeling dat hij haar vader over haar losbandigheid zou inlichten, tenzij zij bereid was en afspraak met hem te maken. In haar paniek zei ze ja. Hierna was zij gedwongen deze buurman verscheidene malen seksueel ter wille te zijn.

Toen vervolgens de eerste buurman een poging van haar om gewoon gezellig op te passen aangreep om haar wederom te verkrachten, vluchtte zij gillend naar buiten; een opname kon niet meer vermeden worden. In het ziekenhuis wilde zij met geen enkele man spreken. Zij wilde alleen een vrouwelijke therapeut. Deze verzoeken werden vanzelfsprekend ingewilligd. Mannelijke verpleegkundigen mochten haar kamer niet betreden.

Het enige contact met een man dat niet vermeden kon worden vond plaats in het kader van de zg. grote visite. Het hoofd van de kliniek was namelijk een man. Aan Monica werd meegedeeld dat zij geen woord met deze man hoefde te wisselen; ze zou alleen maar op haar kamer aanwezig hoeven zijn. Zij ging hiermee na enige aarzeling akkoord.

Toen de visite op haar kamer arriveerde, lag Monica op haar knieën op de dekens. Zij was gekleed in een kort, ruim vallend jakje en een piepklein broekje van flinterdunne, gladde stof. Haar bibs was omhoog gericht. Het bezoek keek er tegenaan en onderdoor. Verlegen lachend keek zij naar het bezoek terug. Het bezoek werd ook verlegen.

Na enkele weken kon Monica het contact met mannen weer aan. Dat bleek onder andere hieruit, dat zij een vaste relatie begon met een ~~alcoholist~~ alcoholist. Later werd vernomen dat ze bij deze man was ingetrokken. Na verloop van enige weken werd het ziekenhuis door haar ouders gebeld. Hoe had men deze verbintenis toch kunnen toestaan? Het bleek dat Monica mishandeld werd door haar nieuwe vriend.

Bespreking

1

De beschreven slachtoffers hadden alle drie ruime ervaring met noodlot en pech.

Els Struyck en Bob Beer daarentegen waren als ouders nog maar beginnelingen. (Hoe het met de buurmannen stond is niet bekend.) Verder is kenmerkend dat mevrouw Struyck en de heer Beer hoge prijs stelden op behandeling en steun. Niet één zitting werd door hen afgezegd. Beiden brachten hun gewelddadigheden na het eerste bezoek aan de therapeut belangrijk terug.

Typerend is voorts dat noch bij de handtastelijkheden van Els Struyck noch bij die van Bob Beer alcohol een rol speelde.

De lezer die op basis van het bovenstaande denkt 'Zo zijn dus partners die zich aan geweldpleging schuldig maken' vergist zich. Els en Bob zijn waarschijnlijk uitzonderingen.

2

Bij mensen als Etta, Monica en Fyfje, die al eerder het slachtoffer waren van agressie, kan het vermoeden worden geuit dat zij langs een of andere weg bij de ander het idee doen postvatten dat geweld jegens hen geoorloofd of normaal is.

Wat in de overweldigers van Monica omging weten we niet. Misschien leidden dezen uit het gedrag en de kleding van Monica af dat zij hun seksuele lust beoogde op te wekken, ook al beweerde zij van niet.

De houding waarin de grote visite Monica aantrof kan men in seksbladen terugvinden. Zij betekent daar: 'Kom in me! Gauw! Ik heb zin!'

In het ziekenhuis had de houding deze betekenis vrijwel zeker niet. Monica kan haast niet gedacht hebben dat het hoofd van de kliniek tijdens zijn ronde aan het voortbestaan van de soort zou werken. Misschien wilde ze alleen maar zeggen: 'Ik vind je best aardig. Jij mij ook?', en dacht ze dat deze boodschap het meest tot zijn recht zou komen wanneer ze de dokter met haar achterwerk omhoog zou opwachten.

In dit geval zou Monica misschien uitgelegd kunnen worden dat het veiliger is eventuele positieve gevoelens op een andere manier tot uitdrukking te brengen, bijv. door de dokter een mooie doos sigaren aan te bieden. We moeten echter vrezen dat Monica voor een dergelijk advies niet ontvankelijk zou zijn. 'Waarom kan die-en-die wel een baby doll, een mini-rok, een doorkijkbloes dragen? Waarom wordt die dan niet verkracht en juist wel lief toegesproken en gestreeld, zoals in de film gebeurt? Ben ik soms minder dan een ander?', zo zou zij denken.

En minder wil ze natuurlijk niet zijn.

Fyfje Beer is een voorbeeld van een onschuldige vrouw, die onophoudelijk het goede voor haar en haar gezinnetje nastreeft, maar steeds weer wordt tegengewerkt. Men zou denken dat het voor Fyfje een vreemde ervaring moet zijn om er steeds achter te komen dat zij weer in de hoek waar de klappen vallen heeft plaatsgenomen, maar in werkelijkheid valt dit mee. Het is of zij niet veel anders verwacht.

Het gegeven dat haar immer aanhoudende goedheid wrevel veroorzaakt bij haar man Bob, brengt haar niet in verwarring. Roept het goede niet altijd boze krachten op?

Bob zal waarschijnlijk in zijn huwelijk met Fyfje moeten ervaren dat het zijn taak is haar in volmaaktheid te evenaren, hierin te falen, en er aardigheid in te hebben om het opnieuw te proberen. Het domme van Bob is dat hij met Fyfje wil praten over het onaantrekkelijke van dit perspectief. Het kan hem alleen opleveren dat zij hem voor nog grotere egoïst houdt dan zij al dacht dat hij was.

Etta Quack is het enige slachtoffer dat zich niet voor onschuldig houdt. Zij vindt dat zij slaag verdient voor al het gepest en getreiter. Als ze in elkaar is geramd is ze gezeglijk. Een algeheel verval kan door dit patroon in gang worden gezet.

Els Struyck mag geprezen worden om haar interventie met de ring. 't Is een symbolische ingreep die in de klassieke directieve therapie thuishoort.

3

De neutrale houding van de relatietherapeut tegenover de partners is niet altijd op haar plaats. Het kan beter zijn om te zeggen: 'Van zo'n man/vrouw zou ik knettergek worden', of 'Van zo iemand snap ik echt niks' of 'Jê, moet je daar oud mee worden?' De partner tegen wie men dit zegt reageert dan niet met: 'Als u hem/haar niet begrijpt, heb ik aan u ook niets', maar met 'Ik ben blij dat u het zegt. Ik wôrd er ook knettergek van.' Na dit steunende effect kan ook het besef groeien dat men aan een hopeloze onderneming is begonnen.



Kees van de **R** Velde **N**

11/4/89

Stationsingel 17a
3033 HA Rotterdam
Telefoon 010 - 4662587
Giro 4466326

Beste Orno,

Wat heb je je laten gaan in je reactie op het keuzige en redelijke stuk van Havendaan in MBV! Die situatie! De misplaatste dramatiek! Ik schrok ervan en ik schaamde me ook!

Neem alleen al de eerste bladzijde:

- Niemand heeft toch jullie stuk geweldig
- (Inzeggendeel, jullie krijgen zelfs een prijs...)
- waarom wijst het op weerstand wanneer men vragen stelt?
- wat is er fout aan sceptis?
- waarom blijft het Havendaan zijn gelijk uit halen?
- Havendaan beweert toch regels dat hij originell is?

De rest is mis beten...

Het doet me allemaal te veel aan professor Barinaans denken, Orno.

Ik hoop me ook af waarom S. Boon
die didactische stromingen nodig heeft.
Alle kwalen zijn toch over met
Palazzoli?

Ik ken het soort patiënten over wie jullie
schrijven mij soer - een aanvankelijk deel
van hen reagert verrassend op soed op
Lithium, Regurol en Anapamil. Het
jullie wijze van discussieren zal je van
dit soort feiten niet afbreiden op de
hoogte raken.

Het weerstaan heeft het volgens
mij niet te maken. 't Is een plor
en wie niet plorft heeft "weerstand",
wil niet onder ogen zien dat wij onze
kanten behandelen ... Enz.

Ik ben dus erg teleurgesteld!

Het mentel zijn moet,

K.

NACHTMERRIES

Richard Van Dyck

INLEIDING VOOR TDT

Bijgaand stukje is een verzoeknummertje voor een huisartsen-vademecum, waarin vragen kunnen voorgelegd worden die dan bondig beantwoord moeten worden.

Ik wil me in het onderwerp verdiepen omdat slaapstoornissen voor de poliklinische psychiatrie een omvangrijk gebied vormen waar betrekkelijk weinig systematisch aan gedaan wordt. Bovendien is de aansluiting met de angststoornissen waar we al aardig mee bezig zijn- zonder meer duidelijk. Net als angst vormen slaapstoornissen een gebied waar biologische en psychologische fenomenen allebei een belangrijke rol spelen; mooier kan het niet.

Vandaar dat ik ben togetreden tot de zogenaamde interdisciplinaire werkgroep over slaapstoornissen van het AZVU, waar men over een slaaplaboratorium beschikt. Hopelijk kunnen we in de nabije toekomst patienten ook met een ambulante EEG-registratie thuis onderzoeken. Overigens leerde ik in die werkgroep dat mensen die erover klagen dat ze 's nachts veel wakker zijn en over wie de verpleging zegt dat ze de hele nacht als een roos hebben geslapen, inderdaad veel wakker zijn. Ze liggen er wel rustig bij, maar het slaap-EEG toont veel korte periodes van waken en weinig tot geen diepe slaap.

WAT IS DE BETEKENIS VAN NACHTMERRIES BIJ VOLWASSENEN? KUNNEN GENEESMIDDELEN NACHTMERRIES VEROORZAKEN, ZO JA WELKE?

INLEIDING

Nachtmerries moeten onderscheiden worden van "night terrors" of pavor nocturnus. Dit laatste fenomeen treedt vooral op tijdens de eerste uren van de slaap in slaapfase 3 en 4 en bestaat uit een enkele minuten durende periode waarin uiterlijke kenmerken van hevige angst opvallen met schreeuwen en motorische onrust. Hieruit ontwaakt men doorgaans gedesoriënteerd en zonder herinnering aan een droominhoud.

Nachtmerries treden vooral tijdens het latere deel van de slaap op en zijn gekenmerkt door het angstig ontwaken uit een levendige, angstverwekkende droom.

Nachtmerries komen vaker bij kinderen voor dan bij volwassenen en worden vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd. In twee studentenpopulaties werd door 20, resp 25% van de respondenten een frequentie van tenminste 1 nachtmerrie per maand gemeld(1). In twee bevolkingsonderzoeken werd gevonden dat 4 resp 5% van de volwassenen aangeeft van nachtmerries last te hebben(1,2). Stressoren zoals financiële problemen of scheiding doen de frequentie van nachtmerries toenemen. Ook angststoornissen, depressie en schizofrenie gaan gepaard met een toename van

nachtmerries. Het optreden van nachtmerries die qua inhoud een herbeleving zijn van een doorgemaakt trauma is een van de kernsymptomen van de posttraumatische stress stoornis. Bij personen die traumatiserende situaties doorstaan komen nachtmerries veelvuldig voor: 68% van de Vietnamveteranen hadden last van deze klacht. In veel gevallen nemen deze posttraumatische nachtmerries spontaan weer af.

BETEKENIS VAN NACHTMERRIES

Van oudsher is aan dromen en nachtmerries een bijzondere, soms voorspellende betekenis toegeschreven. Een invloedrijke visie op dromen in het algemeen is de Freudiaanse, waarin het wensvervullende karakter van dromen wordt benadrukt. Nachtmerries lenen zich niet zo goed voor een dergelijke interpretatie; ze worden in de psychoanalytische visie eerder als symptomen van een neurotisch conflict opgevat. Overigens blijkt dat in gerapporteerde dromen een negatief affect meer voorkomt dan een positief.

In recente studies werden psychologische kenmerken onderzocht van personen die al hun hele leven last hadden van nachtmerries, zonder dat er van een posttraumatische stress stoornis sprake was. In vergelijking tot twee controlegroepen, namelijk personen met weinig dromen en personen met veel levendige dromen zonder angstige inhoud bleken personen met "levenslange" nachtmerries een afwijkend

psychologisch profiel te hebben. Op de MMPI werden geen verhoogde scores op de "neurotische" subschalen gevonden, maar wel op de "psychotische" subschalen. Er was geen sprake van psychose of schizofrenie, maar wel van kwetsbare, sensitieve, soms artistieke of schizotype persoonlijkheden(3). Dit profiel werd bij lijdens aan een posttraumatische stress- stoornis niet gezien.

PSYCHOTHERAPIE

Blijkens literatuuroverzichten(1,2) zijn verschillende gedragstherapeutische interventies effectief bij de symptomatische behandeling van nachtmerries. Bij de meeste behandelingen wordt de inhoud van de nachtmerrie weer opgeroepen, soms wordt relaxatie of een positieve voorstelling gebruikt om angstreductie te bewerken, soms wordt een andere afloop van de nachtmerrie gesuggereerd, al dan niet met gebruikmaking van hypnose. Hypnose kan zijn rationale ontlenen aan de bevinding dat lijdens aan nachtmerries over het algemeen meer dan gemiddeld hypnotiseerbaar zijn.

INVLOED VAN MEDICATIE

Een toename van frekventie en levendigheid van dromen en van nachtmerries is bij gebruik van verschillende farmaca vastgesteld. Dit is het geval voor reserpine, beta-blokkers

en L-dopa. Wanneer een hoge dosering tricyclische antidepressiva of neuroleptica als eenmalige dagdosering voor het naar bed gaan worden ingenomen kan dit ook tot slaapstoornissen zoals nachtmerries of pavor nocturnus leiden. Merkwaaardig genoeg is ook bij het benzodiazepine nortrazepam het optreden van nachtmerries beschreven, terwijl diazepam ze onderdrukt.

Nachtmerries kunnen verder te wijten zijn aan accidentele inname van insecticides die acetylcholinesterase bevatten. Tot slot kunnen ze optreden tijdens de onthoudingsfase van middelen die de REM-slaap onderdrukken. Dit geldt voor alcohol, barbituraten, Mao-remmers en amfetamines.

In dit geval is er sprake van een rebound- fenomeen van REM-slaap. Voor de toename van nachtmerries bij de overige farmaca die onderling uiteenlopende werkingen hebben, worden verschillende processen genoemd: remming van serotonerge transmissie, van adrenerge transmissie, toename van dopaminerge transmissie en van cholinerge transmissie. Een gemeenschappelijk effect van deze processen kan een toename van de REM- slaap zijn(4). Toename van de REM-slaap kan ook een rol spelen bij stress aangezien bij stress het groeihormoon toeneemt en dit verhoogt de hoeveelheid REM-slaap.

CONCLUSIE

Tal van invloeden kunnen nachtmerries in de hand werken. Een belangrijk mechanisme is wellicht de toename van REM-slaap. Bij patienten die over (een toename van) nachtmerries klagen is het gewenst de volgende mogelijkheden na te gaan:

- wordt medicatie gebruikt zoals L-dopa of betablokkers?
- kan er sprake zijn van een onthoudingsfase van alcohol, barbituraten of Mao-remmers?
- is er sprake van psychopathologie die wijst op een depressie, psychose, een posttraumatische stress-stoornis, dan wel een mildere vorm van stress of van een angststoornis?
- worden neuroleptica of antidepressiva in een eenmalige dagdosis 's avonds ingenomen? Spreiding van de dosis kan dan aangewezen zijn.

Naast maatregelen gericht op de vermoedelijke oorzaak van de toename van de nachtmerries kan een symptomatische gedragstherapie of tijdelijk gebruik van diazepam of een antidepressivum worden overwogen.

LITERATUUR

1. Halliday G. Direct psychological therapies for nightmares: a review. Clin Psychol Review 1987; 7:501-523

2. Linden van den Heuvel C van, Emmelkamp P. Nachtmerries en night terrors. Dth gedragstherapie, relatie- & gezinstherapie, hypnose 1987; 7:277-300

3. Hartmann E, Russ D, Oldfield M, Sivan I, Cooper S. Who has nightmares? Arch Gen Psychiat 1987;44: 49-56

4. Someren E van. Neurofysiologische aspecten van nachtmerries. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1987