

JAARGANG 14 NUMMER 3 JUNI 1989

TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE



ORGAAN VAN DE TDT-GROEP

Tijdschrift voor directieve therapie

jaargang 14 = nummer 3 = juni 1989

Redactie

Alfred Lange
Kees Hoogduin
Leen Joele
Kees van der Velden
Dick Oudshoorn
&
Richard Van Dyck

=

Inhoud

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Kees Hoogduin	'Persoonlijke omstandigheden' (Uit de correspondentie tussen Prof. Dr. C.A.L. Hoogduin en het bestuur van de Nvvh)	7
Richard Van Dyck	Over multiple persoonlijkheid (met noten)	9
E. de Beurs & Alfred Lange	Beoordeling van therapeuten en cliënten; experimentele validatie van een nieuw meetinstrument	18
Leen Joele	Wat is de GGZ waard? (congresverslag)	45
Kees van der Velden	Een nieuwe poging om over persoonlijkheidsstoornissen te schrijven	53
P. Hageman, Alfred Lange, Richard Van Dyck & Kees Hoogduin	Het voorspellend vermogen van de IPOV	58

Leen Joele	Onvriendelijkheid tussen de directie van Bloemendaal en het team van de afdeling Op Eigen Wieken	84
Dick Oudshoorn	Gedachten van een zeezeiler	88
Kees Hoogduin, Richard Van Dyck & Else de Haan	Hypnose en conversie. Follow up van 'elf lammen'.	93
C. Schaap, P. Tautenhoof t & Kees Hoogduin	De voorspelling van het resultaat van de behandeling van dwang met linguïstische analyse	111

Omslag

E. van der Elsken

Ten Geleide

Onze organisatie bestaat nu al zo'n jaar of vijftien en in die vijftien jaar is er van een een behoorlijk beleid eigenlijk geen sprake geweest. Meestal werd er maar wat geïmproviseerd, laten we er niet omheen draaien.

Aankankelijk heeft Richard nog wel voorgesteld om de inzendingen van een codenummer te voorzien - bijv. R 2.76.4.12, om aan te geven dat de betreffende inzending geschreven was door Richard, bestemd was voor de tweede aflevering van het jaar 1976, en betrekking had op rubriek 4 (de rubriek therapietechnieken), onderdeel 12 (paradoxe opdrachten); DSM-III- en paginanummers hadden hieraan evt. toegevoegd kunnen worden -, maar niemand hield zich hier aan. Ook andere pogingen de kopijstroom te coördineren faalden. Laten we er maar niet bij stilstaan aan wie dit gelegen heeft. Dat zou maar kwaai koppen geven.

Er is nu tenminste een eerste aanzet voor een beleidsplan.

Beleidsplan TDT 1989 - 1993

Punt 1 is natuurlijk dat we **projectmatig** gaan werken. Daartoe moeten we de zaak eerst faseren; hierna kan er pas beslist worden. We moeten er uiteraard voor waken dat in de nazorgevaluatie geen elementen uit de initiatieffase zitten (zie fig. 1).

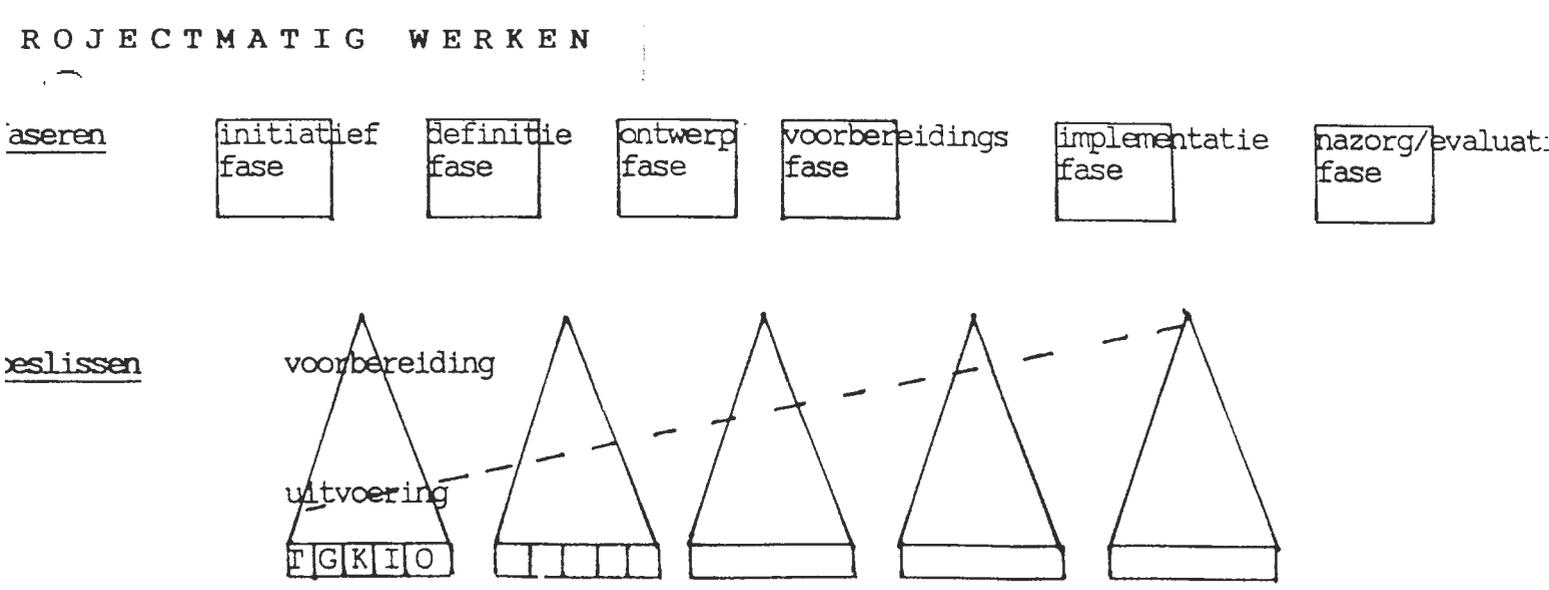


Fig.1 Projectmatig werken bij TDT.

Bij het beslissen dient steeds een onderscheid gemaakt te worden tussen voorbereiding en uitvoering, dus dat men bijv. niet denkt 'ik heb net een artikel geschreven' (uitvoering), terwijl men in werkelijkheid alleen maar van plan is geweest om een artikel te schrijven (vorbereiding).

En dan komt... het beheersen!

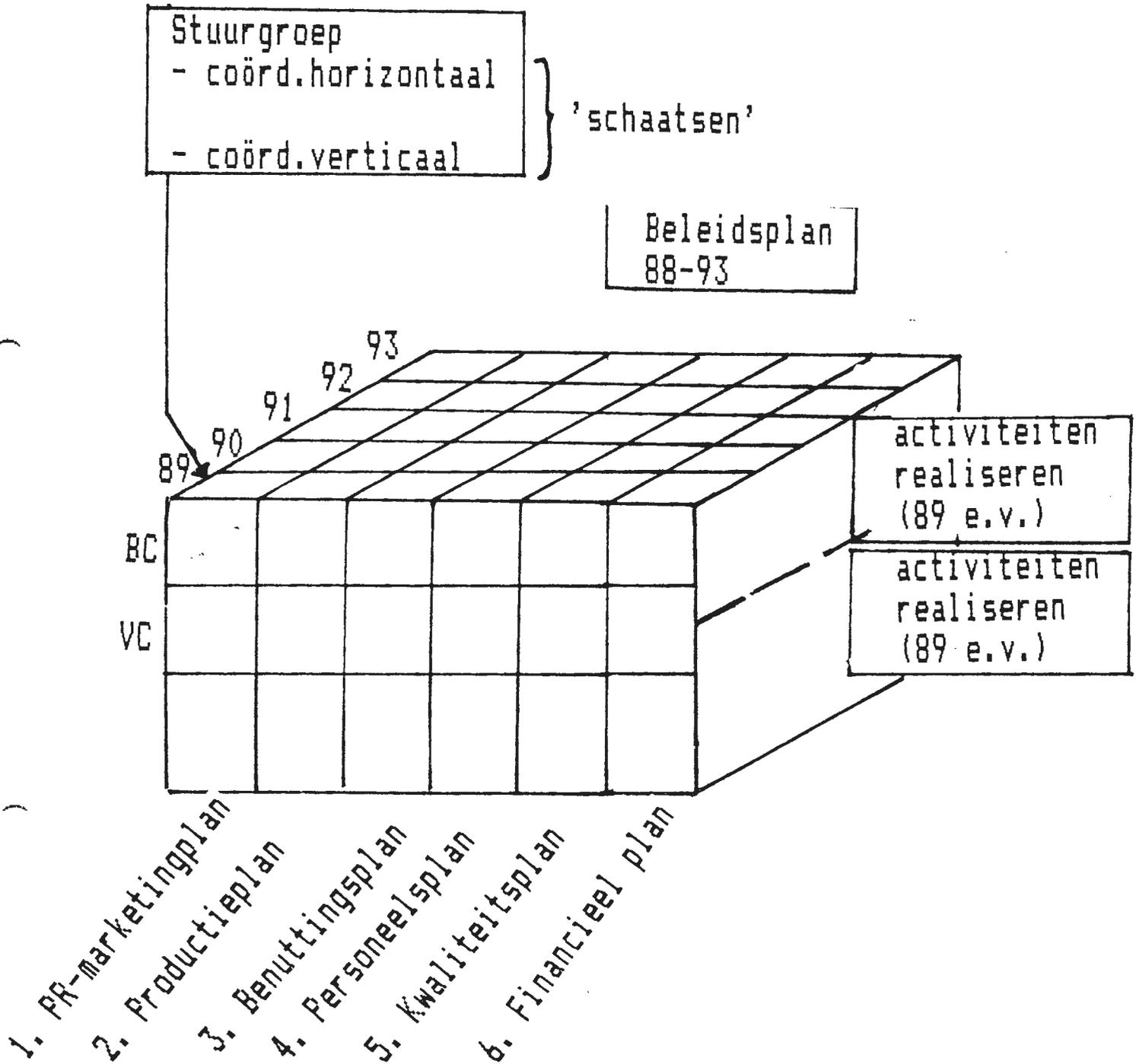
In onderstaand stroomdiagram (fig. 2) is te zien hoe het beheersen plaatsvindt. Het loopt van links naar rechts. Men begint dus links te beheersen en schuift het beheerste als het ware op de lange banen rechts. Wij beheersen Tijd, Geld, Kwaliteit, Informatie en Organisatie (zie het schema); daarnaast moeten bij TDT beheerst worden: Papier, Schrijfmateriaal, Letters en Woorden, Woordvolgordes. De beheerstaken komen ten laste van het management, dat om deze reden aanzienlijk dient te worden uitgebreid; bij het beheersen van van de secties Letters en Woorden en Woordvolgordes kan gebruik worden gemaakt van thuiswerkende kopijverzorgers. Auteurs zijn in dit model overbodig, wat wel prettig is, want het zijn meestal grillige types met een hoop praatjes en weinig gevoel voor hiërarchische verhoudingen.

T ijd
G eld
K waliteit
I nformatie
O rganisatie

Fig. 2

Komen we nu aan de **meerjarenplanning**. Onderstaand 'schaatsmodel' (afb. 3) geeft aan dat wij steeds van horizontaal naar verticaal gaan, zij het dat wij niet heen en weer gaan en ook niet op en neer, maar juist heen en op en weer en neer. Het is duidelijk dat deze bewegingen niet zonder gevaar kunnen worden uitgevoerd, vandaar dat de stuurgroep e.e.a. moet coördineren. U ziet dat we de activiteiten voor alle zekerheid tweemaal

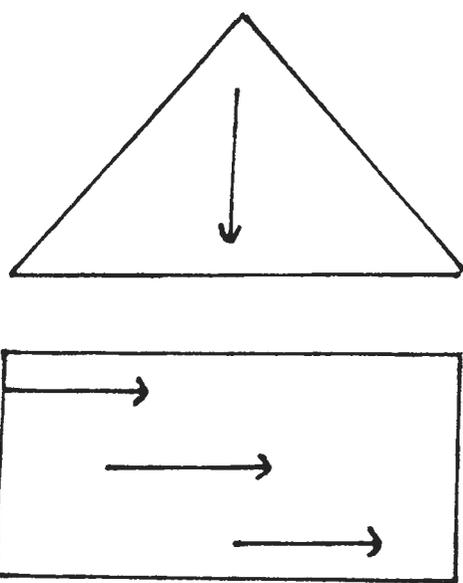
realiseren, en dat tot in 1993 toe. Uit het Benuttingsplan moet blijken of de abonnees dubbele toezending van TDT op prijs stellen. (Gaarne overleg met het divisiehoofd Productieplan!)



Afb. 3. TDT-meerjarenplanning

Tot slot eist de verticale planning onze aandacht. Nu levert iemand de ene keer twintig pagina's in, de volgende keer maar een halve. Dit kan zo niet doorgaan. In de driehoek zien we hoe de commandostroom van boven naar

VERTICALE PLANNING



- . Besturen:
 - . plannen
 - . coördineren
 - . structureren
 - . toetsen

- . Operationeel

Programma van eisen:

1. PR-marketingplan
2. Productieplan
3. Benuttingsplan
4. Personeelsplan (incl. sociaal plan)
5. Kwaliteitsplan (incl. kwal/do)
6. Financieel plan (incl. - budgettereing
- informatieplan)

Fig. 4

beneden gaat. In de rechthoek zien we hoe ze operationeel worden doorgegeven. (zie fig. 4).

Met deze beleidsvisie, lezer, kan men niet alleen een tijdschrift leiden, maar ook een ziekenhuis. De schema's die wij hierboven mochten afdrucken zijn afkomstig van de sectie Technisch Tekenen van de afdeling Personeel & Organisatie van het **Psychiatrisch Centrum Joris** in Delft. Te bedenken dat wij bijna het voorrecht hadden om in dit centrum te mogen werken!

Phrédérique Banninckqué is iemand die van nature een grote affiniteit heeft met de principes die zoëven uiteen werden gezet. Dit blijkt wel uit de brief welke zij haar vroegere baas en de vroegere voorzitter van de Nvvh prof. dr. ('de heer') C.A.L. Hoogduin schreef. Wij adviseerden de heer Hoogduin de brief te retourneren met onderaan de volgende handgeschreven tekst: 'Beste Frederiekje, Leer jij nou eerst maar hoe je je oude baas een nette brief moet schrijven. K.' U kunt lezen dat hij deze raad niet opvolgde.

De formulering die wij de heer H. aanrieten werd geïnspireerd door de Rotterdamse advocaat mr. E., die na zijn scheiding, achtentwintig jaar geleden, veel belangstelling van vrouwen mocht ondervinden. Op zekere receptie werd het hem teveel. 'Bent u getrouwd?', vroeg hij aan de Kralingse die om hem heendraaide. Ze knikte. 'Ga dan eerst maar lekker scheiden.'

Wij voelen er eigenlijk veel voor om ons lidmaatschap van de Nvvh op te zeggen, maar om dit helemaal zonder aanleiding te doen geeft weinig voldoening. En als je eenmaal hebt opgezegd kun je het niet nog een keer doen. Gaarne sluit ik me bij een protest tegen een of andere misstand aan.

Van Dyck, die nieuws heeft over **zijn** correspondentie met de Nvvh, verrast met een informeel gestelde bijdrage over de multiple-persoonlijkheidsstoornis (die wonderlijkerwijs niet op As 2 wordt gescoord, maar op As 1).

E. de Beurs & Alfred Lange lieten een zg. zelfbeoordelingslijst voor therapeuten en cliënten invullen door een derde. Wonderlijke procedure. Lange zorgt voor meer verbazing. Wanneer hij op een tv-voetbalavond een afspraak met cliënten heeft, zegt hij tevoren tegen zijn gezinsleden: 'Ik denk dat ik ze er om kwart voor negen weer *uitflikker*.' Onder andere omstandigheden mogen zij tot halftien blijven...

Uit **Wat is de GGZ waard?** blijkt dat Leen Joele schrijft. Aan MGv stuurt hij een tekst waarin te lezen staat dat het een genot is om naar de eindredacteur van MGv te luisteren. Ach, schreef hij zulke dingen maar naar ons...

Het stuk van Kees van der Velden zal de lezers van ons tijdschrift bekend voorkomen, zij het niet meteen, want u krijgt het pas over enkele dagen toegezonden.

Drie redactieleden mochten samenwerken met P. Hageman in een poging om te onderzoeken of de IPOV kan voorspellen. Men legde de IPOV allerlei vragen over de toekomst voor. Wat bleek? De IPOV kon niet alleen niet voorspellen, de IPOV kon ook niet praten. Geduldig verder onderzoek maakte duidelijk dat de IPOV zelfs niet kon lezen! Vermoed wordt nu dat de IPOV is overleden.

Wéér schreef Leen Joele voor een ander blad, maar ditmaal zijn we minder jaloers. Het team van Op Eigen Wieken biedt haar cliënten het eeuwig leven. Citaat: "'(...)aan het eind van het leven is de dood". Onze cliënten bewijzen wat ons betreft het tegendeel'. Geen wonder dat de opnames bij Op Eigen Wieken lang duren. Dit staat haaks op het beleid van Bloemendaal. Lees hoe Leen zich verdedigt tegen de aantijgingen van zijn medewerkers. Een fout van hun typiste wordt hun noodlottig.

Bij Dick N. Oudshoorn lezen we dat de organisatie waar wij werken veel voor ons doet om het ons naar de zin te maken. Dit is een verheugende mededeling. Wij wisten dit niet. Waarom wordt hier niet meer ruchtbaarheid aan gegeven? Het laatste wat wij van onze organisatie merkten was dat zij ons '21VEL' heeft gedoopt. Onze vriend Koenegracht heet '35KOE'. Dit staat ook op de afsprakenkaartjes van de patiënten: 'U heeft een afspraak met 35KOE' (of 21 VEL).

Nieuw is ook dat wij, in afwijking van wat wij steeds meenden te voelen, **niet** gelukkig zijn met ons nieuwe huis. Vroeger, in ons vorige huis, waren wij even gelukkig, aldus Oudshoorn.

Zelfs is het volgens Oudshoorn niet zo dat wij ons gelukkiger voelen dan tien jaar geleden, terwijl we dat toch werkelijk dachten. Enfin, 't is een dokter die het zegt, nog wel een die door je heen kijkt, dus het zal wel waar zijn...

De laatste twee artikelen kunnen wij moeilijk bij u inleiden. Wij hebben ze nl. nog niet ontvangen. Het geeft wel een groot genot dat Hoogduin een keer de deadline is vergeten!

De Hoofdredacteur

Bericht van "een Jaak van dwerg"

. De heer C.A.L. Hoogduin
Zoeterwoudsesingel 77
2313 EL LEIDEN

kenmerk

uw kenmerk

datum

22 mei 1989

Beste Kees,

Met excuses voor de vertraging in de beantwoording van je brief dd. 16 maart jl. wil ik je eerst wat betreft de vertegenwoordiging bij de ESH wijzen op een klein misverstand. Volgens jouw brief zou het zo zijn dat de Nvvh door de voorzitter en 1 afgevaardigde vertegenwoordigd wordt. Bij bestuursbesluit dd. 11 augustus 1987 is besloten dat de voorzitter en onmiddellijke ex-voorzitter in principe de vertegenwoordiging op zich nemen.

Het bestuur van de Nvvh zal zich nog beraden over de opvolging in de vertegenwoordiging tijdens het ESH-congres van 1990. Je zal daarvan bijtijds op de hoogte worden gehouden. Voorts heeft het bestuur zich verbaasd over je reactie betreffende de rapportage aan het bestuur over je activiteiten binnen de ESH. Opdat je werkzaamheden binnen de ESH niet alleen een eigen leven leiden, maar inderdaad gebaseerd zijn op vertegenwoordiging van de Nvvh wil het bestuur alsnog een mondeling, danwel schriftelijk jaarlijks rapport van je ontvangen.

Met vriendelijke groet,



Fredrike Bannink,
secretaris Nvvh

Prof.dr. C.A.L. Hoogduin
zenuwarts

Hoogleraar Psychopathologie
Katholieke Universiteit Nijmegen
Psychologisch Laboratorium
Montessorilaan 3
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

Reinier de Graaf Gasthuis
Reinier de Graafweg 11
Postbus 5012, 2600 GA Delft

8

Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie,
Postbus 4085,
3502 HB UTRECHT.

Delft, 14 juni 1989.

In antwoord op uw brief van 22 mei 1989 deel ik u mede, dat ik mij in verband met persoonlijke omstandigheden, met onmiddellijke ingang terugtrek als vertegenwoordiger van de NVVH bij de ESH. Ik ben ervan overtuigd dat het bestuur erin zal slagen de vacature op te vullen. Dit betekent evenwel, dat ik ook mijn lidmaatschap van het bestuur van de ESH neerleg. Vanzelfsprekend kan deze functie niet door de NVVH opgeëist worden, daar bestuursleden in de vergadering van de vertegenwoordigers verkozen worden. Ik zal Walter Bongartz, de huidige voorzitter, van mijn beslissing op de hoogte stellen.

Hoogachtend,

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin.

Richard Van Dyck

Inleiding

Recent ben ik door de redactie van een standaardwerk dat binnenkort de kennis over psychopathologie bij Belgische en Nederlandse psychologiestudenten aanzienlijk zal verdiepen, uitgenodigd tot het leveren van een bijdrage over het onderwerp "dissociatieve stoornissen". Het is niet een thema waar ik mijzelf voor zou hebben opgegeven; ik heb er bij mijn weten nog niet over gepubliceerd, terwijl ons taalgebied over enkele zeer actieve publicisten over deze ziekte beschikt. Naar ik van de redactie begreep was het oorspronkelijk de bedoeling dat ik als co-auteur van een Nederlandse expert op dit terrein zou instaan voor een kritische bespreking van het thema. Deze rol van waakhond van iemand die daar ongetwijfeld geen enkele behoefte aan zou hebben leek mij dermate onaantrekkelijk, dat ik heb bedankt voor het aanbod, maar- tijdens een gezellig TDT diner en na inname van bourbon en voortreffelijke wijn- heb voorgesteld om het hoofdstuk alleen te schrijven. Als dit standaardwerk er dan toch zou komen leek het mij ook weer zonde dat ik er helemaal niet aan zou hebben meegedaan, en een ander onderwerp hadden de redacteuren niet meer in de aanbieding. Bovendien ben ik bezig met de begeleiding van

een promovendus op het gebied van dissociatie en boulimie en helemaal onkundig over het onderwerp ben ik ook niet.

Inmiddels heb ik een literatuursearch uitgevoerd, wat een honderdtal artikels heeft opgeleverd. Die zitten netjes in een map en ik heb ze nog niet gelezen. De bedoeling van deze bijdrage is op te schrijven wat ik -zonder de steun van een gericht literatuuronderzoek- over het onderwerp denk. De lezers van TDT kunnen tzt vaststellen of het literatuuronderzoek nog tot nieuwe standpunten heeft geleid.

de DSM-III-R

In de huidige classificatie worden de dissociatieve stoornissen (ook genoemd: hysterische neurosen, dissociatieve type) als volgt ingedeeld:

- multiple persoonlijkheid
- psychogene fugue
- psychogene amnesie
- depersonalisatie stoornis
- aspecifieke dissociatiestoornis

Geen van deze stoornissen, met uitzondering van de multiple persoonlijkheid, is ooit inzet geweest van enige discussie. Het gaat om betrekkelijk zeldzame aandoeningen. Van elk heb ik wel eens voorbeelden ontmoet, met uitzondering van de multiple persoonlijkheid. Ik heb wel verschillende

patienten gekend die met enige goede wil en leiding tot overtuigende multiple persoonlijkheden zouden zijn om te bouwen. Ik heb daartoe nog niet de neiging gehad en heb nog niet het gevoel dat ik deze patienten daarmee te kort doe.

drie voorbeelden **

Een patiente van 20 jaar heeft last van depressie i. e.z. met een duidelijke familiale anamnese. Tijdens depressieve episodes vertoont ze ook nog vreemd gedrag: ze is vaak afwezig, neemt conversaties slecht op en is onderhevig aan nachtmerries en slaapwandelen. Tijdens de nacht komt kennelijk veel onrust los, want zonder dat ze er achteraf iets over kan vertellen verplaatst ze meubilair en allerlei voorwerpen in haar kamer. Vanaf haar jeugd heeft ze de beschikking over een parallel droomwereld, waarin bestaande personen een rol spelen en waarin ze een soort sprookjesrelatie beleeft met een neefje die haar in werkelijkheid nogal onverschillig behandelt. In periodes van sterke spanning gaat ze ook over tot automutilatie, wat haar dan rust brengt. Episodisch drinkt ze zeer stevig en is dan verregaand promiscu. Bij de aanmelding vertelde ze dat ze gewend is zich heel anders voor te doen dan ze zich in werkelijkheid voelt: ze presenteert zich vlot en zelfverzekerd, maar zegt van binnen erg onzeker en gespannen te zijn. Daarnaast had ze ook duidelijke verschijnselen van

een depressie, met dagschommelingen, eetlustvermindering en suicedegedachten (en twee pogingen). In de behandeling heb ik aan de depressieve verschijnselen voorrang gegeven en antidepressiva voorgeschreven. Behalve een verbetering van haar stemming had dit ook een afname van haar onmiskenbare dissociatieve verschijnselen voor gevolg. In een latere fase hebben we de discrepantie tussen haar gevoelens en haar uiterlijke presentatie als onderwerp genomen en dit lijkt zich voorspoedig te ontwikkelen. Deze casus kan als illustratie dienen voor de stelling dat dissociatieve verschijnsel die de kant van een multiple persoonlijkheid uit gaan in sommige gevallen goed opgevat kunnen worden als symptomen van een andere stoornis, i.h.b. een depressie.

Een 35-jarige vrouw met boulimia nervosa vertelde in loop van een therapiegesprek dat wat haar het meeste dwars zat, het gevoel was uit drie personen te bestaan: 1 magere, die op alles nee zegt; 1 brave Joris Goedbloed, die het de omgeving naar de zin probeert te maken en tenslotte de bemiddelaar tussen die twee, die het meest met haar dagelijkse beleving overeenkomt. Deze opmerking was het startpunt van een behandeling waarin de ego-toestanden techniek van Watkins gebruikt werd. Het lukte uiteindelijk om het gevoel van gespletenheid terug te brengen door haar te leren bij voorbaat meer rekening te houden met tegenstrijdige belangen van haarzelf en haar omgeving. Wat

deze patiënte onder woorden bracht is een fenomeen dat vrij vaak voorkomt: velen hebben de beleving van innerlijke conflicten en min of meer zelfstandig optredende personen binnen henzelf. Het nastreven van meer overeenstemming kan zeker verlichting en overzichtelijkheid brengen. Dit kan heel goed gebeuren zonder dat de metafoor van "subpersoonlijkheid" heel letterlijk genomen wordt. Iedereen in Nederland is al op de hoogte van "het onbewuste" als een instantie die nog voor verrassingen kan zorgen en als regel komt men wel uit met dit hulpmiddel als men verborgen krachten aan het licht wil brengen.

Een 30-jarige vrouw met een voorgeschiedenis van incest en aanrandingen hoort regelmatig een stem die haar activiteiten kritisch en neerbuigend begeleidt. Ze herkent die stem als een voortzetting van het commentaar dat haar moeder voortdurend over haar uitstrooide. Verder heeft ze last van nachtmerries waarin ze achtervolgd en soms mishandeld wordt. Soms spreekt ze in haar slaap een onbegrijpelijke taal waarvan ze zich niets herinnert. Amnesieën komen veelvuldig voor. Zij blijkt zeer goed hypnotiseerbaar en bij de eerste poging daartoe lukt het om via suggesties de inhoud van een van haar vaste nachtmerries door posthypnotische suggesties in gunstige zin om te buigen. Ik twijfel er niet aan dat zij, mits goed gecoached, zich tot een typische patiënte met multiple

persoonlijkheden zou kunnen ontpoppen. Vooralsnog zijn we die weg niet opgegaan. Als dat nuttig zou blijken kan het altijd nog.

de controverse

Waarom is MPS een diagnose die discussies oproept, in de Verenigde Staten, en sinds kort op gepaste schaal ook in Nederland? Een aantal factoren spelen daarbij m.i. een rol:

1. Het lijkt geen twijfel dat er patienten zijn bij wie een sterke mate van discontinuïteit in het gedrag valt waar te nemen en die zo'n discontinuïteit ook subjectief beleven. Bij sommige mensen gaat die beleving veel verder dan de banale rolwisselingen of stemmingsfluctuaties die iedereen wel uit eigen ervaring kent. Deze categorie van mensen stond destijds als "hysterisch" bekend. Er is goed gedocumenteerd dat het om hoog hypnotiseerbare personen gaat. Het hebben van meerdere persoonlijkheden is een metafoor die goed bij de beleving van deze mensen aansluit.

Een eerste vraag is in hoeverre deze metafoor letterlijk genomen moet worden. Het begrip persoonlijkheid is al een doorgaans slordig gehanteerd concept. De beschikking over meerdere (soms tientallen) patronen van persoonlijkheidskenmerken lijkt tegen het concept van een duurzame persoonlijkheidsconfiguratie in te gaan. Een

interessante vraag voor literatuuronderzoek is in hoeverre al gedocumenteerd is dat inderdaad op persoonlijkheidstest meetbare wisselingen optreden die consistent zijn met de betreffende "subpersoonlijkheid".

2. Een tweede vraag is of we hier te maken hebben met een zgn Charcot/Bastiaans fenomeen. Dit is allerminst denkbeeldig, omdat het gaat om een patientenpopulatie die hoog hypnotiseerbaar is en zeker gevoelig zal zijn voor sturing door de therapeut. MPS therapeuten spreken dit met kracht tegen. Een experiment waarbij de "demand characteristics" aan patienten met MPS variëren tussen veel of weinig persoonlijkheden zou het principe van iatrogene effecten kunnen illustreren. Gebruik van een protocol voor de vaststelling van MPS bij een simulerend subject naar analogie van de experimenten van Martin Orne zou opheldering kunnen geven over de aanwezigheid van demand characteristics in de diagnostiek. Dit lijkt me een leuk experiment om te doen, en nog uitvoerbaar ook.

3. Een deel van de weerstand tegen de MPS beweging is het secte-achtige dat de diagnostiek en behandeling van deze stoornis omgeeft. Een groepje in de USA is buitengewoon actief in publicaties, workshops en congressen over deze stoornis. Er wordt met veel kracht en energie een boodschap uitgedragen. Op sceptische opmerkingen komt een

felle reactie en net als de vroege Freudianen wordt al gauw een pose van vervolgde aangenomen. Terwijl altijd gedacht werd dat het om een zeer zeldzaam verschijnsel gaat, blijken bepaalde experts inmiddels tientallen, zelfs honderdtallen gevallen behandeld te hebben. Wat men vroeger dacht hoeft natuurlijk niet juist te zijn. Ook het voorkomen van incest is wellicht onderschat. Van de andere kant weten we uit eigen ervaring dat met de beste bedoelingen overdiagnostiek zoals bij het hyperventilatiesyndroom kan optreden. De excessen in de vorm van tientallen subpersoonlijkheden doen vermoeden dat er soms erg onkritisch geredeneerd wordt.

4. Een bedenking tegen de diagnose MPS en de overige dissociatieve stoornissen is dat mogelijk een betrekkelijk aspecifiek symptoom of persoonlijkheidskenmerk (de neiging tot dissociatie) tot ziekte verheven wordt. Of dit bezwaar terecht is valt niet eenvoudig na te gaan: het zou nodig zijn om een het beloop te volgen bij een grote groep patienten die tijdens een symptomatische fase van bijvoorbeeld depressie of boulimie dissociatieve verschijnselen hebben vertoond.

slot

Ik ben benieuwd wat de literatuur oplevert.

* noot 1: omdat ik een hekel heb aan het opzoeken van referenties werden literatuurverwijzingen in deze bijdrage vermeden. Dit verhoogt niet alleen het schrijfplezier, maar voorkomt ook vergissingen in jaartallen, pagina's en spelling van namen. Wie per se nog behoefte heeft aan het raadplegen van literatuur raad ik aan mijn proefschrift nog eens door te lezen, dat onlangs zo voortreffelijk werd besproken in Dth.

** noot 2: om herkenning te voorkomen worden alle patienten naamloos opgevoerd. Bovendien wordt niets vermeld over hun persoonlijke leven. De leeftijden zijn slechts bij benadering juist. Deze aanpak is niet alleen buitengewoon discreet en patientvriendelijk, maar bespaart ook veel opzoekwerk. Van harte aanbevolen!

18

**Voorwoord bij "Beoordeling van therapeuten en cliënten: een
experimentele validatie van een nieuw meetinstrument"**

Alfred Lange

Het bewust hanteren van zowel therapeutvariabelen als cliëntvariabelen is sinds jaar en dag een pijler van de directieve therapie. Meetinstrumenten op dat gebied zijn dus voor ons niet zonder belang. Vandaar dat ik geïnteresseerd ben in de reacties op het hierna volgende artikel.

Voorlopig is het een co-productie van Edwin de Beurs en mij. Willem Arrindell is aangeboden om als medeauteur op te treden, maar hij is nogal traag in zijn reacties, vandaar dat hij er nog niet bij staat.

Beoordeling van therapeuten en cliënten: een experimentele validatie van een nieuw meetinstrument*

Edwin de Beurs en Alfred Lange**

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van een nieuw instrument, dat de relatie tussen therapeuten en cliënten beoogt te meten, de Nederlandse versie van de Bennun-vragenlijst. Beoordelaars beoordeelden therapiegesprekken van twee therapeuten, die sterk verschilden in therapie-ervaring. Er werden psychometrische gegevens verzameld en er werd nagegaan of de gegevens van de Nederlandse versie overeenkwamen met die van eerder cross-cultureel onderzoek. De resultaten gaven aan dat de gevonden subschalen inhoudelijk over het algemeen overeenkwamen met de resultaten van eerder cross-cultureel onderzoek. Op item-nivo waren er verschillen. Bovendien bleek dat met de vragenlijst onderscheid te maken is tussen een ervaren en een onervaren therapeut en dat de samenhang met parallelle instrumenten voldoende was. Al met al bleek de Bennun-vragenlijst valide en betrouwbaar.

INLEIDING

Aanvankelijk was er in de gedragstherapeutische literatuur relatief weinig aandacht voor de invloed van de therapeut-cliëntrelatie op de effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen. Binnen de gedragstherapie ging het meer om het correct toepassen van bepaalde behandelingstechnieken. Aandacht voor wat de cliënt vond van de therapeut of wat de therapeut vond van de cliënt werd van ondergeschikt belang geacht. In de directieve therapie is er al lang belangstelling voor de verhouding tussen de therapeut en de cliënt, met name wanneer het gaat om wat de therapeut kan doen om zoveel mogelijk effect te sorteren (Haley, 1963). Dit komt o.a. tot uiting in het belang dat gehecht wordt aan het motiveren van cliënten (Van der Velden & Van Dyck, 1977; Van Dyck, 1980; Lange, 1987, hoofdstuk 3) of het opbouwen van therapeutische kracht (Lange, 1987, hoofdstuk 11).

* Veel dank zijn wij verschuldigd aan K. Groot, E. Rieder, P. Schotanus, E. Stikfort en J. Stuij voor hun hulp bij de uitvoering van het experiment en aan W. A. Arrindell en G. Hanewald voor hun methodologische en statistische adviezen.

** Drs E. de Beurs, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Psychologie, Vakgroep Klinische Psychologie, Weesperplein 8, 1018 XA Amsterdam.

Dr. A. Lange, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Psychologie, Vakgroep Klinische Psychologie, Weesperplein 8, 1018 XA Amsterdam

Frank (1961; 1979) heeft erop gewezen, dat voor het bereiken van therapeutische veranderingen het oordeel van de cliënt over de therapeut zeer belangrijk is. Het gaat volgens hem met name om de mate waarin de cliënt de therapeut en zijn procedures als geloofwaardig beschouwt of verwacht dat de therapeut verbetering in de klachten kan bewerkstelligen. Hij acht het stimuleren van hoop en verwachting zelfs belangrijker dan de specifieke technieken die de therapeut ten dienste staan. Ook uit de onderzoeksliteratuur komt naar voren dat de kijk van de cliënt op de therapeut van invloed is op het effect van de behandeling. Gurman (1977) verzamelde 26 onderzoeken en in 23 daarvan vond hij steun voor de hypothese dat er een positieve samenhang is tussen de het oordeel van de cliënt over de therapeut en het behandelingsresultaat. Over het algemeen wordt in deze onderzoeken aan de cliënt gevraagd om aan te geven hoe "goed", "warm" of "echt" de therapeut is. Ook komt de deskundigheid die aan de therapeut wordt toegeschreven naar voren als een variabele die lijkt samen te hangen met het therapieresultaat (Corrigan, Dell, Lewis & Schmidt, 1980; Heppner & Dixon, 1981; Garfield, 1986). Omtrent de vraag "welke specifieke gedragingen van therapeuten van belang zijn om goed, warm, echt of deskundig gevonden te worden?" is weinig bekend.

Ook een zonnige kijk van de therapeut op de mogelijkheden van een cliënt om positief te reageren op de behandeling lijkt van invloed op het behandelingseffect. Beutler et al. (1986) noemen o.a. de verwachting van de therapeut omtrent het therapieresultaat als belangrijk. Een positieve verwachting over hetgeen er bij een cliënt bereikt kan worden zou tot een positief resultaat van de behandeling leiden. Het omgekeerde geldt voor een negatieve verwachting van de therapeut. Over hoe deze verwachting tot stand komt en welk gedrag van cliënten daarbij van belang is, is weinig systematisch onderzoek verricht. Wel is in experimenteel onderzoek aangetoond dat vooraf-informatie over cliënten van invloed is op hoe therapeuten hun cliënten waarnemen (Lange & Van der Valk, 1983) en hoe therapeuten geneigd zijn zich te gedragen (Lange, De Beurs, Oppenheim & Luijters, 1989). Tenslotte wordt door Garfield (1986) in een literatuuroverzicht geconcludeerd dat overeenstemming in normen en waarden tussen therapeuten en cliënten therapie-effecten gunstig beïnvloedt.

Over het algemeen wordt bij onderzoek naar de therapeut-cliëntrelatie pas later in de behandeling gemeten. Dan is er voldoende contact geweest tussen de therapeut en cliënt om tot een oordeel te komen. Een nadeel is dat het gevaar bestaat dat er al enig resultaat in de behandeling is geboekt. Het oordeel dat de therapeut en de cliënt over elkaar geven kan dan beïnvloed zijn door het resultaat. Over de causaliteit valt dan niets meer te zeggen. Een recent onderzoek van Hoogduin, de Haan, Schaap & Severijn (1988) illustreert dit. Bij een groep dwangneurotische

cliënten werd een verband gevonden tussen de therapeutische relatie en het behandelingsresultaat, als de beoordeling na de tiende behandelingszitting plaatsvond. De samenhang tussen het therapieresultaat en de beoordeling van de cliënt was er niet als de meting na de tweede zitting plaatsvond. Bij de meeste onderzoeken naar de invloed van de therapeutische relatie, die wij hierboven bespraken, werden de cliënten en de therapeuten pas aan het einde van de behandeling gevraagd elkaar te beoordelen.

Een ander probleem bij onderzoek over de therapeut-cliëntrelatie is dat er telkens andere meetinstrumenten worden gebruikt, waarvan meestal geen psychometrische gegevens bekend zijn. Dit maakt de resultaten onderling moeilijk vergelijkbaar. Een aantal vragenlijsten is echter wel psychometrisch onderzocht. Voorbeelden zijn de Counselors Rating Form (CRF; Barak & LaCrosse, 1975) en de Barret-Lennard Relationship Inventory (RI; Barret-Lennard, 1962). De laatstgenoemde is in het Nederlands vertaald en gevalideerd door Lietaer (1976). Aan beide vragenlijsten kleven echter een aantal bezwaren. Ten eerste zijn ze vooral geconstrueerd voor het meten van concepten van de Rogeriaanse therapieopvatting. Zo krijgt de mate van empathie van de therapeut grote nadruk en wordt bijvoorbeeld directiviteit als een negatieve therapeutische eigenschap beschouwd. Een extra bezwaar van de RI is dat het een lange en omslachtig in te vullen vragenlijst is. Al met al bestaat er behoefte aan een nieuw meetinstrument dat meer recht doet aan de veranderde opvattingen over de rol van de therapeut. De Bennun-vragenlijst (Bennun, Hahlweg, Schindler & Langlotz, 1986) komt voor een groot deel aan de beschreven tekortkomingen tegemoet. Deze vragenlijst bestaat uit 29 tegengestelde woordparen, die een beschrijving geven van eigenschappen en gedrag van een te beoordelen persoon (therapeut of cliënt). Men kan op een 6-puntsschaal aangeven in hoeverre men de beschrijving van toepassing acht. Op grond van cross-cultureel onderzoek concluderen Bennun et al. (1986) dat de vragenlijst valide en betrouwbaar is. Ook bleek de score op de vragenlijst predictief te zijn voor de latere therapie-uitkomst in de behandeling van fobici (Bennun & Schindler, 1988). Er zijn twee versies van de Bennun-vragenlijst: één voor de beoordeling van cliënten en één voor de beoordeling van therapeuten. Uit de valideringsonderzoeken bij Engelse en Duitse cliëntenpopulaties kwam naar voren dat de cliënt-versie (d.w.z. opvattingen van de therapeut over de cliënt) uit drie subschalen bestaat: "positieve houding", "openheid" en "doelgerichtheid". De therapeutversie bestaat ook uit drie subschalen: "positieve houding", "competentie" en "directiviteit". De Bennun-vragenlijst is vertaald door medewerkers van de Universiteit van Groningen (Emmelkamp, 1988), maar psychometrische gegevens zijn nog niet bekend.

Samenvattend kunnen we stellen dat er in verschillende studies een samenhang is aangetoond tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de mate van succes van de behandelaar. Gezien de tijdstippen waarop in dergelijk onderzoek de metingen over het algemeen plaatsvonden is het echter niet duidelijk in hoeverre de wederzijdse beoordeling aan het begin van de behandeling voorspellende waarde heeft voor het resultaat van een behandeling. Verder is onbekend welke specifieke kenmerken of gedragingen van de therapeut en van de cliënt hierbij van belang zijn. Hiervoor is meer onderzoek noodzakelijk, waarbij vroeg in de behandeling wordt gemeten met gebruikmaking van een meetinstrument waarmee verschillende aspecten van therapeuten en cliënten kunnen worden vastgesteld. In dit artikel wordt hiertoe een eerste bijdrage geleverd door de validiteit en de betrouwbaarheid van de Bennun-vragenlijst te onderzoeken.

EXPERIMENTELE PROCEDURE

Om de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst te onderzoeken is gekozen voor een opzet waarbij gebruik werd gemaakt van externe beoordelaars, die gevraagd werden cliënten en therapeuten te beoordelen. Op deze manier is het mogelijk om in een kort tijdsbestek een groot aantal beoordelingen te verzamelen. Bovendien kan een grote groep beoordelaars dan dezelfde cliënten en dezelfde therapeuten beoordelen. De error-variantie is zo kleiner dan wanneer therapeuten en cliënten elkaar beoordelen.

De beoordelaars kregen videofragmenten van een relatietherapie te zien. De behandeling werd uitgevoerd door een doctoraalstudent klinische psychologie. Na tien zittingen was er een zitting waarbij de supervisor als therapeut fungeerde. Uit deze zitting en de daaropvolgende van de stagiar werden twee fragmenten samengesteld van ongeveer tien minuten. De fragmenten hadden betrekking op dezelfde onderwerpen en beide therapeuten en beide cliënten kwamen evenveel aan bod. Over de cliënten kan nog vermeld worden dat het een moeizaam verlopende therapie betrof waarbij de cliënten niet bijzonder coöperatief waren.

De experimentele manipulatie bestond eruit, dat de proefpersonen zowel een fragment met de zeer ervaren therapeut (de supervisor) beoordeelden als een fragment met de relatief onervaren therapeut (de doctoraal student).

In verband met de privacy van de cliënten werd voor het experiment van start ging een stilstaand beeld van de cliënten vertoond en werd aan de beoordelaars gevraagd om bij herkenning de zaal te verlaten.

Na het zien van een fragment werd de therapeut beoordeeld met behulp van de Bennun-vragenlijst. Tevens werd de beoordelaars gevraagd een aantal andere vragenlijsten in te vullen. Zo werd de therapeut-versie van de Barret-Lennard-

Relationship Inventory (RI) afgenomen. De RI is de enige vragenlijst voor het Nederlandse taalgebied waarvan psychometrische gegevens zijn. Tevens werd door middel van een zestal vragen de verwachting omtrent het verloop van de behandeling bij de beoordelaars geïnventariseerd. De volgorde van aanbidding van de twee video-fragmenten werd systematisch gevarieerd. De helft van de proefpersonen kreeg eerst de ervaren therapeut te zien, de andere helft eerst de onervaren therapeut. Na het zien van beide fragmenten werden vragenlijsten voor de beoordeling van de cliënten uitgedeeld. Ook de volgorde van aanbidding van deze vragenlijsten werd systematisch gevarieerd. Ten slotte werden enige persoonsgegevens van de beoordelaars verzameld. In figuur 1 is de experimentele procedure schematisch weergegeven.

Hier figuur 1 invoegen

De beoordelaars

In het experiment participeerden 100 eerstejaars psychologiestudenten als beoordelaars, aselect verdeeld over vier experimentele condities. De groep bestond uit 83 vrouwen en 17 mannen, in leeftijd varieërend van 18 tot 42 jaar met een gemiddelde leeftijd van 22 jaar. 25% van de proefpersonen had enige ervaring opgedaan met psychotherapie, waarvan 18 als cliënt, drie als therapeut en vier als cursist of anderszins. Bij 12% kon op grond van de vooropleiding enige kennis van psychotherapie verwacht worden. Tussen de vier experimentele condities waren geen systematische verschillen met betrekking tot deze biografische variabelen.

RESULTATEN

Factoranalyses van de Bennun-vragenlijst

Teneinde de factorstructuur van de Nederlandse Bennun-vragenlijst te onderzoeken en om na te gaan in hoeverre deze overeenkomt met de Engelstalige en de Duitstalige versie werden factoranalyses uitgevoerd (principale factoring met iteratie, gevolgd door varimax rotatie; SPSS-x, 1986). De volgende vuistregels (Arrindell et al., 1983) voor het bepalen van de factoren werden gevolgd:

- een factor dient uit minstens drie items te bestaan;
- een extra factor dient voldoende extra variantie te verklaren.
- een item dient meer dan .40 te laden op de factor en minder dan .25 op andere factoren;

- indien het voorgaande niet het geval is moet het verschil tussen beide ladingen meer zijn dan .25.

Met toepassing van deze criteria blijkt dat bij het beoordelen van de therapeuten een factoroplossing met drie factoren het best interpreteerbaar is. De drie factoren gezamenlijk verklaren 59.9% van de variantie in de beoordeling van de ervaren therapeut. Bij de onervaren therapeut wordt 54.6% verklaard. Er werd nagegaan of de Bennun-vragenlijst uit dezelfde subschalen bestaat wanneer verschillende personen worden beoordeeld (consistentie in factorstructuur bij verschillende metingen). Hiertoe werden de factorstructuren van de beoordelingen ten aanzien van de twee therapeuten met elkaar vergeleken. Hetzelfde werd gedaan met de beoordelingen ten aanzien van de twee cliënten. De gevonden factorstructuur bij de twee therapeuten is nagenoeg identiek. Vier items, die bij de twee therapeuten niet op dezelfde factor laadden, zijn uit de verder analyse weggelaten. Op itemniveau is er op het eerste gezicht weinig overeenkomst tussen de structuur van de Engelse en Duitse versie van de vragenlijst en de Nederlandse versie. Om de overeenkomst in structuur na te gaan zijn phi-coëfficiënten berekend; Tucker's coëfficiënt van congruentie ϕ (ten Berge, 1977). De gang van zaken is daarbij als volgt. Uitgaande van de structuur die uit het eerder genoemde onderzoek bekend is worden de ladingen van de items op de factoren vergeleken met hun theoretisch hoogst mogelijke waarde. Voor een uitgebreide beschrijving van de gevolgde methode verwijzen we naar Arrindell (1987). De overeenkomst blijkt te gering om te concluderen dat dezelfde structuur ten grondslag ligt aan de verschillende vragenlijsten. Er werd besloten de verdere analyses te verrichten op grond van de eigen structuur van de Nederlandse vragenlijst, zoals gevonden in de factoranalyses. In de discussie komen we hierop terug. In tabel 1 zijn de factoren benoemd en staan de bijbehorende items en hun lading voor de beide beoordeelde therapeuten apart, alsmede de item-totaal correlatie.

Hier tabel 1 invoegen

Twee van de drie dimensies (betrokkenheid en competentie) komen overeen met de factoren die zijn gevonden ten aanzien van Duitse en Engelse therapeuten (Bennun & Schindler, 1988). De hier aangetroffen factor "ontspannenheid" is daar niet gevonden en items die in het onderzoek van Bennun et al. (1986) de factor "directiviteit" samenstelden zijn in de Nederlandse versie terug te vinden onder de factor "competentie".

De subschalen vertonen grote interne consistentie en kunnen als homogeen beschouwd worden. In tabel 2 is van iedere subschaal de betrouwbaarheids-

coëfficiënt (Cronbach's α) en de homogeniteitsmaat (gemiddelde inter-itemcorrelatie) vermeld.

Hier tabel 2 invoegen

Om de samenhang tussen de subschalen na te gaan werden de onderlinge Pearson product moment correlatiecoëfficiënten berekend. Bovendien werden deze correlatiecoëfficiënten gecorrigeerd voor onbetrouwbaarheid (Nunnally, 1978, p. 220). In Tabel 3 zijn de coëfficiënten met betrekking tot de subschalen weergegeven (r) en hun waarde na correctie (r_a).

Hier tabel 3 invoegen

De subschalen correleren onderling gemiddeld tot hoog. De verschillende aspecten die door de Bennun-vragenlijst gemeten worden hangen blijkbaar toch samen. Dit is overigens ook het geval binnen de Engelse en de Duitse versie van de vragenlijst (Bennun & Schindler; 1988).

De beoordelingen ten aanzien van de cliënten werden op dezelfde manier geanalyseerd als die van de therapeuten. Ook hier blijkt een factoroplossing met drie factoren het best te voldoen. Slechts drie items laden bij de twee cliënten op verschillende factoren. Zij zijn uit de verdere analyses weggelaten. Wederom werd de overeenkomst berekend tussen de structuur van de Nederlandse versie en de bij Engelse en Duitse populaties gevonden structuur. De phi-coëfficiënten zijn laag, zodat werd geconcludeerd dat er geen overeenkomst in factorstructuur is aangetoond. In tabel 4 zijn de factoren weergegeven.

Hier tabel 4 invoegen

De dimensies die in dit onderzoek worden gevonden bij de cliënten komen inhoudelijk goed overeen met de in eerder Engels en Duits onderzoek gevonden factoren. Zoals vermeld zijn er op itemnivo enige verschillen. Ook van deze subschalen werd de betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's α) en de homogeniteitsmaat (gemiddelde inter-itemcorrelatie) berekend. In tabel 5 zijn deze weergegeven.

Hier tabel 5 invoegen

De betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn hoog en de homogeniteit van de subschalen is voldoende.

Ook bij de beoordelingen ten aanzien van de cliënten werden de onderlinge Pearson product moment correlatiecoëfficiënten met betrekking tot subschalen berekend en gecorrigeerd voor onbetrouwbaarheid. In Tabel 6 zijn de coëfficiënten voor de samenhang tussen de subschalen weergegeven (r) en hun waarde na correctie voor onbetrouwbaarheid (r_a).

Hier tabel 6 invoegen

Opvallend is dat de subschalen bij de beoordeling van de vrouw hoger correleren dan bij de man. De vrouw is vermoedelijk als consistenter waargenomen, wat ook in de hogere ladingen op de factoren tot uiting komt.

De samenhang van de Bennun met de RI.

Om de convergerende validiteit van de Bennun-vragenlijst te bepalen werd de samenhang met de RI-vragenlijst nagegaan. Daarbij werd de verkorte RI-vragenlijst (therapeut versie) gebruikt. Deze vragenlijst bestaat uit vier subschalen, te weten "empathie", "positieve houding", "incongruentie" en "negatieve gezindheid" (Lietaer, 1976). Zowel de samenhang van de totaalscores van de vragenlijsten als de samenhang van de subschalen van de RI-vragenlijst met de drie dimensies van de Bennun-vragenlijst is nagegaan door de Pearson product moment correlatiecoëfficiënten te berekenen. De coëfficiënten en hun gecorrigeerde waarde zijn weergegeven in tabel 7.

Hier tabel 7 invoegen

De samenhang van de totaalscores van de vragenlijsten is hoog. Indien we de subschalen beschouwen valt op dat vooral de samenhang tussen "empathie" zoals dat gemeten wordt door de RI-vragenlijst en "betrokkenheid" zoals dat gemeten wordt door de Bennun-vragenlijst hoog is, geen onverwacht resultaat. Verder valt op dat alle correlaties gemiddeld tot hoog zijn. De verschillende subschalen meten verwante begrippen, een bevinding die we ook al bij de onderlinge correlaties van de Bennun-schalen tegenkwamen.

De samenhang van de Bennun met de prognose van de behandeling.

Met een korte vragenlijst is nagegaan welke verwachting de beoordelaars hadden over het verdere verloop van de behandeling is. Gevraagd werd of de beoordelaars verwachtten dat er een positief effect van de behandeling zou zijn, of de cliënten uit

elkaar zouden gaan en of het effect van de behandeling blijvend zou zijn. Ook kon men aangeven hoe groot de kans was dat de cliënten de behandeling vroegtijdig zouden afbreken en wat men verwachtte over de samenwerking tussen de therapeut en de cliënten in toekomstige zittingen. Deze vragenlijst vertoont voldoende interne consistentie: Cronbach's α was .74 en de gemiddelde inter-itemcorrelatie .31 voor de ervaren therapeut. Bij de onervaren therapeut was Cronbach's α .82 en de gemiddelde inter-itemcorrelatie .42. De samenhang van de prognose met de drie dimensies van de Bennun-vragenlijst is nagegaan door de Pearson product moment correlatiecoëfficiënten te berekenen (r). De correlatiecoëfficiënten werden gecorrigeerd voor onbetrouwbaarheid (r_a). De resultaten zijn weergegeven in tabel 8.

Hier Tabel 8 invoegen

Opvallend in tabel 8 is dat niet alleen de competentie, maar ook de mate waarin men de therapeut betrokken acht, samenhangt met een verwacht gunstig therapieverloop.

Verschillen met betrekking tot de twee beoordeelde therapeuten.

Zoals eerder beschreven was er in het stimulusmateriaal een contrast ingebouwd door een zeer ervaren therapeut te laten beoordelen en een relatief onervaren therapeut, die in gesprek waren met dezelfde cliënten. Daarbij werden zowel de volgorde van aanbidding van de videofragmenten als de aanbidding van de vragenlijsten systematisch gevarieerd. De beoordelingen werden geanalyseerd met behulp van variantieanalyse in een $2 \times 2 \times 2$ -design met herhaalde metingen. De factoren waren: de mate van ervaring van de therapeut, de volgorde van aanbidding van de fragmenten en de volgorde van afname van de vragenlijsten. Voor iedere subschaal van de Bennun-vragenlijst werd een aparte analyse verricht. Het effect van de manipulatie werd vooral op de dimensie "competentie" verwacht.

Uit de resultaten kwam naar voren dat de volgorde van afname van de vragenlijsten niet van invloed was op de beoordelingen. Voor een meer gedetailleerd verslag van de resultaten verwijzen we naar Rieder, Schotanus, Groot, Stikfort & Stuij (1988). In het overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de beoordelingen op de drie subschalen ten aanzien van de therapeuten, zoals weergegeven in tabel 9, is de factor "volgorde van vragenlijstafname" buiten beschouwing gelaten.

Tabel 9 hier invoegen

Uit de analyse van de beoordelingen blijkt dat de manipulatie, zoals verwacht, tot uiting komt in de scores op de Bennun-vragenlijst. Op de dimensie "competentie" is het effect van de manipulatie significant: de meer ervaren therapeut wordt als meer competent beoordeeld ($F=147,27$; $df=1$; $p < .001$). Op de andere subschalen wordt geen effect van de manipulatie aangetroffen. De beoordelaars zien de ervaren therapeut niet als meer betrokken of meer ontspannen ($F=1,32$; $df=1$; $p = .25$) en ($F=.909$; $df=1$; $p > .25$). Voorts blijkt uit de variantieanalyse dat de volgorde van aanbidding van de fragmenten van invloed is op de beoordeling: de eerst geziene therapeut wordt zowel wat betreft zijn competentie, als wat betreft zijn betrokkenheid, negatiever beoordeeld dan de therapeut die als tweede gezien wordt, ($F=6.72$; $df=1$; $p < .001$) en ($F=11.34$; $df=1$; $p < .001$). In de discussie zullen we nader ingaan op dit onverwachte effect.

Voor de scores op de vragenlijst waarin de beoordelaars hun prognose van het therapieverloop konden weergeven, is eenzelfde variantieanalyse uitgevoerd. Ook hier blijkt de volgorde van afname van de vragenlijsten niet van invloed op de beoordeling. Wederom is deze factor buiten beschouwing gelaten in het overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de beoordelingen op de drie subschalen ten aanzien van de therapeuten, zoals dat is weergegeven in tabel 10.

Hier Tabel 10 invoegen

Uit de resultaten van de variantie analyse komt naar voren dat de mate van ervaring van de therapeut niet van invloed is op de prognose van de behandeling ($F=2.18$; $df=1$; $p = .14$), al duiden de gemiddelden wel op een effect in de verwachte richting. Wel blijkt de volgorde van aanbidding van de fragmenten van belang: de prognose van de behandeling van de therapeut die als tweede werd beoordeeld is het gunstigst ($F=5.97$; $df=1$; $p = .001$).

DISCUSSIE

1. Uit de factoranalyses komt naar voren dat de Bennun-vragenlijst dezelfde factorstructuur heeft bij de beoordeling van verschillende therapeuten (consistentie in factorstructuur bij verschillende metingen). Opvallend is wel dat deze factorstructuur niet volkomen overeenkomt met de Engelse en Duitse versie van de Bennun. De daar gevonden factor "directiviteit" wordt in de Nederlandse versie onder "competentie" gerekend. Bovendien wordt in de Nederlandse versie een factor "ontspannendheid" aangetroffen, die niet in de Engelse en Duitse versie voorkomt. Een laatste verschil is dat de factoren van de Nederlandse versie gedeeltelijk uit andere items bestaan dan de factoren in de Engelse en Duitse versie.

Bij de beoordeling van cliënten heeft de Bennun-vragenlijst ook een consistente factorstructuur, die bovendien op een gering aantal items na overeenkomt met de resultaten van de onderzoeken met de Duitse en Engelse versie van de vragenlijst. De overeenkomst van de vragenlijst met de Engelse en Duitse versie op itemnivo, zoals dat tot uiting komt in de phi-coëfficiënten, is wederom niet groot. Een verklaring voor de geringe overeenkomst in ladingen van de items zou kunnen zijn, dat door de vertaling de items een enigzins andere betekenis hebben gekregen. Een andere mogelijkheid is dat het verschil in ladingen terug te voeren is op de verschillende wijze waarop de onderzoeken zijn uitgevoerd. In dit onderzoek werden onafhankelijke beoordelaars als respondenten gebruikt en in het onderzoek van Bennun et al. (1986) vulden cliënten en therapeuten zelf de vragenlijsten in. Een derde mogelijkheid is dat culturele verschillen een rol spelen. Verder onderzoek bij verschillende onderzoekspopulaties zal moeten uitwijzen of culturele en taalkundige verschillen een rol spelen of dat de verklaring eerder gezocht moet worden in de verschillende wijze waarop de onderzoeken zijn uitgevoerd.

2. De verschillende subschalen van de Nederlandse versie van de Bennun blijken behoorlijk met elkaar samen te hangen. Dit is een bevinding die ook in eerder beschreven onderzoek naar de therapeut-cliëntrelatie wordt vermeld (Lietaer, 1972; Bennun et al., 1986). Indien een therapeut deskundig wordt gevonden is de kans groot dat hij ook als betrokken bij zijn cliënt en als ontspannen wordt beschouwd. De correlaties zijn echter niet zo groot dat de subschalen niet apart genomen kunnen worden. Er zijn ook duidelijk verschillen tussen de subschalen. Zo komt het verschil in ervaring tussen de twee getoonde therapeuten tot uiting op de subschaal die competentie meet. Wat betreft de scores op de twee andere subschalen zijn er geen significante verschillen tussen de beoordeling van de ervaren en de onervaren therapeut.

Er is voldoende samenhang met de RI, zowel wat betreft de subschaalscores als met betrekking tot de totaalscores. Hierbij valt op dat de samenhang het hoogst is bij de subschalen die dezelfde concepten meten ("empathie" in de RI en "betrokkenheid" in de Bennun). De samenhang tussen de verschillende Bennun-schalen en de prognose van de behandeling is hoog, vooral van de "betrokkenheid"-schaal en de "competentie"-schaal. Dit alles wijst op een goede mate van convergerende validiteit.

3. We hebben het al aangestipt: de ervaren therapeut wordt als meer competent beschouwd dan de onervaren therapeut. Hieruit kunnen we concluderen dat de experimentele manipulatie geslaagd is: de beoordelaars hebben twee therapeuten

beoordeeld, die zij waarnamen als verschillend in ervaring. Belangrijker is echter dat de Nederlandse Bennun-vragenlijst dit verschil zeer duidelijk aantoonde (discriminerende validiteit).

4. Uit de analyse van de resultaten bleek dat de volgorde waarin de beoordelaars de therapeuten zagen van invloed was op hun beoordeling van de competentie en betrokkenheid van de therapeuten. Ook de prognose van de behandeling door de beoordelaars werd beïnvloed door de volgorde van aanbidding van de fragmenten. De eerst geziene therapeut werd minder competent en minder betrokken gevonden en zijn behandeling kreeg een slechtere prognose. Een verklaring voor dit onverwachte effect zou kunnen zijn dat een leereffect een rol heeft gespeeld. Volgens deze gedachtengang hebben de beoordelaars aanvankelijk een te hoge verwachting van wat er gebeurt in een psychotherapeutisch gesprek. Enigszins teleurgesteld beoordelen zij zo de eerst geziene therapeut negatief. Wanneer ze voor de tweede keer een therapeut zien is deze verwachting bijgesteld en komt er aldus een milder oordeel ten aanzien van de therapeut en een gunstigere prognose voor de behandeling uit de bus. In hoeverre deze verklaring juist is kan niet opgemaakt worden uit onze data. Uit de persoonsgegevens van de beoordelaars komt wel naar voren dat het overgrote merendeel geen ervaring had met psychotherapie. Er waren te weinig beoordelaars mét therapie-ervaring om aparte analyses bij deze subgroep uit te voeren.

5. Een voorzichtige conclusie: de Nederlandse Bennun-vragenlijst is in dit eerste onderzoek valide en betrouwbaar gebleken. De factorstructuur van beide versies van de vragenlijst blijkt nagenoeg gelijk wanneer verschillende therapeuten en wanneer verschillende cliënten beoordeeld worden. Er wordt voldoende samenhang met andere subschalen aangetroffen. Het contrast in het stimulusmateriaal van een ervaren en een onervaren therapeut komt tot uiting op de subschaal die competentie meet en niet op andere subschalen, al met al geheel in overeenstemming met de verwachting. De discriminerende validiteit blijkt zelfs uit het aangetroffen volgorde-effect, waarbij de eerst geziene therapeut negatiever werd beoordeeld dan de tweede therapeut.

Enige voorzichtigheid is toch geboden rond de conclusie dat de Bennun-vragenlijst valide en betrouwbaar is. In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van beoordelaars. Het is niet bekend in hoeverre de resultaten van dit onderzoek te generaliseren zijn naar beoordeling van de therapielatie door therapeuten en cliënten zelf. Indien afname van de vragenlijsten bij therapeuten en cliënten dezelfde psychometrische gegevens zou opleveren is er meer reden om de Bennun-vragenlijst als valide en betrouwbaar te beschouwen. Op het moment wordt met de

Bennun-vragenlijst een dergelijk onderzoek ondernomen bij agorafobici in het kader van een onderzoeksproject naar de effectiviteit van verschillende behandelingsmethoden. Belangrijke vraag in dat onderzoek is naast de validiteit van het meetinstrument, de voorspellende waarde van de therapeutische relatie voor het effect van de behandeling.

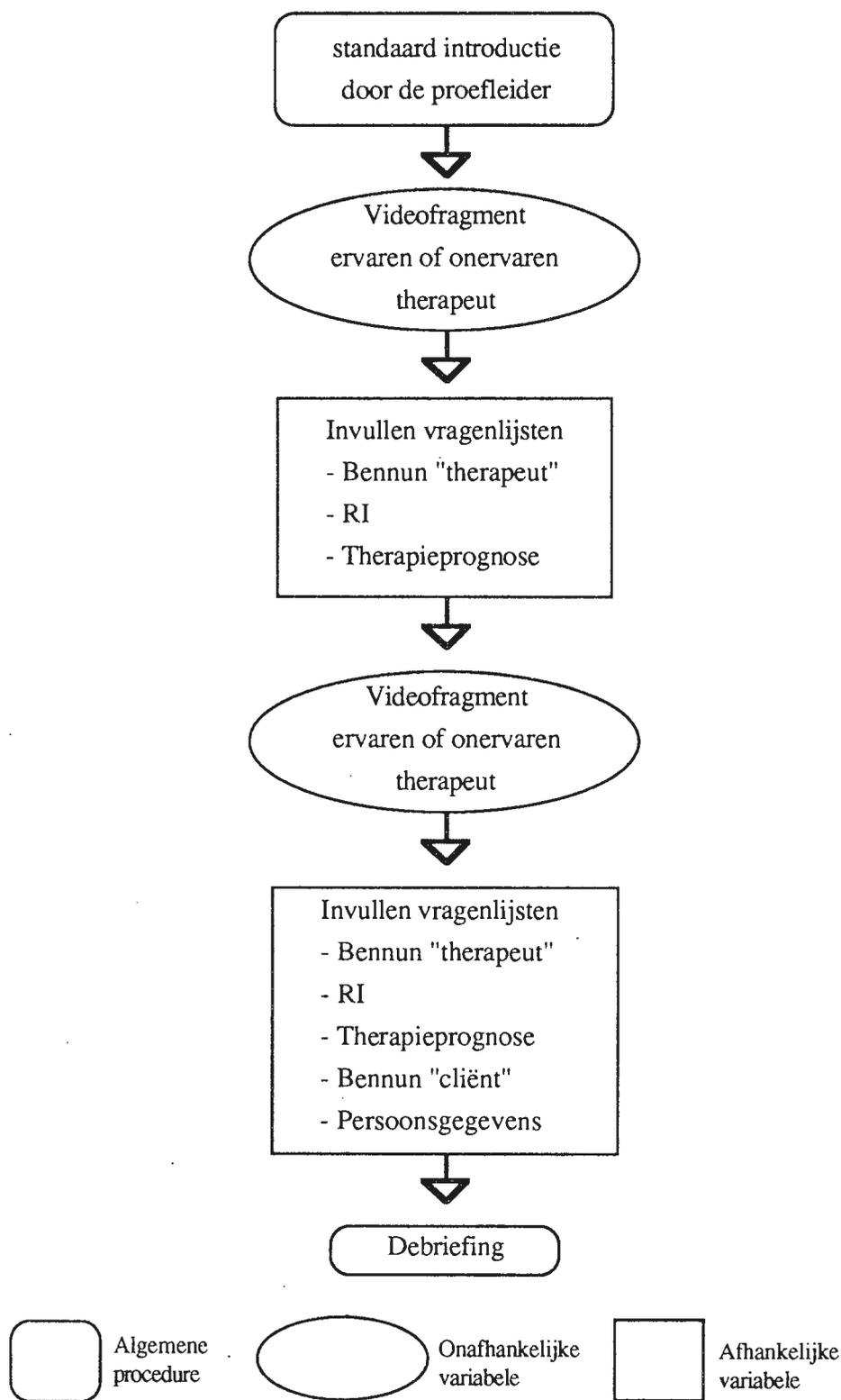
Een andere mogelijkheid voor onderzoek is als experimentele manipulatie in plaats van verschillende therapeuten verschillende cliënten te gebruiken. In zo'n opzet worden twee fragmenten getoond van één therapeut met twee verschillende cliënten of cliëntsystemen. Deze kunnen bijvoorbeeld verschillen in meewerkendheid of sympathie. In zo'n experiment kan de discriminerende validiteit van de cliënt-versie van de Bennun-vragenlijst onderzocht worden en de invloed van cliënt-variabelen op de prognose van de behandeling.

The purpose of this study was to assess the validity and reliability of the Bennun therapist-patient-inventory, a new self-report questionnaire for the therapeutic relationship. In an experimental design 100 judges rated two therapists, differing in experience, and filled in the questionnaires. The expectation was that a more experienced therapist would be rated as more competent on one of the subscales of the instrument. This expectation was confirmed. It was possible to differentiate on the basis of the Bennun-scores between an experienced and a non-experienced therapist. Furthermore the Bennun-questionnaire emerged from the results as a valid and reliable instrument. The instrument as a whole and the subscales had a high internal consistency and the subscales were almost similar to those found in earlier cross-cultural studies. The scores on the questionnaire were moderately to highly correlated with other means for assessing the therapeutic relationship.

Literatuur:

- Arrindell, W. A. (1987). *Marital Conflict and Agoraphobia. Fact or Fantasy*. Delft: Eburon.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P.M.G., Brilman, E. C. & Monsma, A. (1988). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. A Dutch form of the EMBU, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(3), 163-177.
- Barak A. & La Cross, M.B. (1975). Multidimensional Perception of Counselor Behavior, *Journal of Counseling Psychology*, 22, (6), 471-476
- Barret-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 43 (whole no. 435).
- Berge, J.M.F. ten (1977). *Optimizing Factorial Invariance*. Groningen: VRB Drukkerijen
- 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.
- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Corrigan, J.D., Dell, D., Lewis, K.N. & Schmidt, L.D. (1980). Counseling as a social influence process: A review. *Journal of Counseling Psychology Monograph*, 27, 395-441
- Dyck, R. Van (1980). Timing en motivering. In K. van der Velden (ed.), *Directieve Therapie II*, hfdst. 5, 66-78. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Emmelkamp, P.M.G. (1988). *De Nederlandse vertaling van de Bennunvragenlijst*. Ongepubliceerd manuscript, Universiteit van Groningen, Groningen.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore. John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). What is Psychotherapy? In Bloch. S. (ed.), *An introduction to the psychotherapies* 1-22. New York: Oxford University Press
- Garfield, S. L.(1986). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Gurman, A.S. (1977). The patients perception of the therapeutic relationship. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of Research*. New York: Pergamon Press.

- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune/Stratton.
- Heppner, P.P. & Dixon, D.N. (1981). A review of the interpersonal influence process in counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 542-550.
- Hoogduin, K. Haan, E. de, Schaap, C. & Severijn, R. (1988). Het verband tussen therapeutische relatie en therapieresultaat bij de behandeling van dwangneurose. *Gedragstherapie* 21 (3), 247-255.
- Lange, A. & Van de Valk, F. (1983). Labelingsprocessen in het oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 44, 15-24.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in Psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A., Beurs, E. de, Oppenheim, H.J. & Luijters, C. (1989). De invloed van vooraf-informatie op het gedrag van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 44, 15-24.
- Lietaer, G. (1976). Nederlandstalige revisie van Barret-Lennard's Relationship Inventory voor individueel-therapeutische relaties, *Psychologica Belgica*, 16 (1), 73-94.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Rieder, E., Schotanus, P., Groot, K. Stikfort, E. & Stuij, J. (1988). *Oordelen over therapeuten en cliënten en verwachtingen over het effect van therapie, een valideringsonderzoek*. Vakgroep Psychonomie, Universiteit van Amsterdam
- SPSS-x (1986). *SPSS-x User's guide, 2nd edition*. New York: McGraw-Hill.
- Velden, K. van der & Dyck, R. Van (1977). Motiveringstechnieken. In K. van der Velden, (ed.), *Directieve Therapie I*. Deventer: Van Loghum Slaterus.



Figuur 1. Schema van de experimentele procedure

Tabel 1. De factoren van de Bennun vragenlijst bij de beoordeling van de ervaren en de onervaren therapeut

Factor: competentie/directiviteit				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	ervaren	onerv.	ervaren	onerv.
beslissend	.78	.60	.67	.52
doelbewust	.73	.79	.76	.68
geeft duidelijk instructies	.72	.45	.78	.59
helder	.70	.48	.79	.63
zelfverzekerd	.63	.73	.53	.49
geconcentreerd	.61	.36	.70	.44
spraakzaam	.58	.41	.34	.38
ervaren/vaardig	.57	.68	.72	.73
georganiseerd	.55	.59	.57	.53

Factor: betrokkenheid/empathie				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	ervaren	onerv.	ervaren	onerv.
sympathiek	.67	.81	.75	.68
coöperatief	.65	.67	.79	.64
behulpzaam	.66	.63	.73	.55
oplettend	.51	.73	.64	.75
onderzoekend/vraagt om uitleg	.67	.56	.47	.45
reageert	.67	.50	.68	.57
vriendelijk	.47	.70	.58	.49
diepgaand	.71	.33	.60	.51
zorgvuldig	.63	.48	.71	.66
natuurlijk	.37	.63	.61	.64
echt	.46	.66	.61	.61
consequent	.44	.45	.55	.56

Factor: ontspannendheid				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	ervaren	onerv.	ervaren	onerv.
rustig, kalm	.85	.69	.72	.59
geduldig	.76	.51	.77	.65
geeft tijd	.69	.58	.67	.67
ontspannen	.70	.43	.61	.56

Tabel 2. De betrouwbaarheid en de homogeniteit van de subschalen van de Bennun vragenlijst bij de beoordeling van de ervaren en de onervaren therapeut

Factor:	Cronbach α		homogeniteit	
	ervaren	onerv.	ervaren	onerv.
competentie/directiviteit	.89	.84	.47	.37
betrokkenheid/empathie	.91	.89	.46	.40
ontspannendheid	.85	.80	.59	.50
gehele vragenlijst	.94	.92	.39	.31

Tabel 3. Correlaties tussen de dimensies bij de beoordeling van de ervaren en de onervaren therapeut

Beoordeling ervaren therapeut:

	betrokkenheid		ontspannenheid	
	r	r _a	r	r _a
competentie	.75	.87	.45	.51
betrokkenheid			.61	.67

Beoordeling onervaren therapeut:

	betrokkenheid		ontspannenheid	
	r	r _a	r	r _a
competentie	.70	.78	.33	.36
betrokkenheid			.53	.57

Tabel 4. De factoren van de Bennun vragenlijst bij de beoordeling van de cliënten

Factor: sympathiek/plezierig				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	vrouw	man	vrouw	man
sympathiek	.81	.77	.78	.75
vriendelijk	.80	.83	.74	.71
plezierig	.77	.71	.81	.72
invoelend	.60	.82	.73	.56
gemakkelijk in de omgang	.63	.71	.77	.55
gevoelig	.63	.69	.49	.55
geduldig	.56	.65	.60	.51
goed gehumeurd	.56	.45	.54	.38
interessant	.41	.50	.58	.37

Factor: meewerkend/doelgericht				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	vrouw	man	vrouw	man
duidelijk	.67	.80	.69	.58
coöperatief	.59	.72	.21	.47
zorgvuldig	.67	.63	.57	.53
consequent	.68	.59	.50	.62
eenvoudig te begrijpen	.59	.62	.57	.49
doelbewust	.36	.69	.64	.44
systematisch	.60	.47	.45	.51
geconcentreerd	.54	.45	.58	.50
besluitvaardig	.35	.63	.50	.35
grondig	.36	.50	.57	.38

Factor: openheid				
Items:	lading		item-totaal-corr.	
	vrouw	man	vrouw	man
spraakzaam	.59	.77	.25	.41
actief	.55	.74	.51	.51
echt	.69	.35	.63	.54
spontaan	.54	.41	.67	.44
natuurlijk	.65	.34	.58	.54
levendig	.63	.37	.55	.37
oplettend	.44	.34	.50	.42

Tabel 5. De betrouwbaarheid en de homogeniteit van de subschalen van de Bennun vragenlijst bij de beoordeling van de cliënten

Factor:	Cronbach α		homogeniteit	
	vrouw	man	vrouw	man
sympathiek/plezierig	.90	.85	.31	.34
meewerkend/doelgericht	.84	.81	.49	.38
openheid	.80	.75	.29	.23
gehele vragenlijst	.92	.87	.32	.20

De Beurs en Lange: validatie van de Bennun-vragenlijst
 Figuren en tabellen

Tabel 6. Correlaties tussen de dimensies bij de beoordeling van de cliënten

Beoordeling vrouw

	meewerkend		openheid	
	r	r _a	r	r _a
sympathiek	.57	.66	.66	.78
meewerkend			.62	.76

Beoordeling man

	meewerkend		openheid	
	r	r _a	r	r _a
sympathiek	.35	.42	.31	.39
meewerkend			.48	.62

Tabel 7. Correlaties tussen de dimensies van de RI en de Bennun vragenlijst bij de beoordeling van de ervaren en de onervaren therapeut

Beoordeling ervaren therapeut:

Bennun:	competentie		betrokkenheid		ontspannen		geheel	
	r	r _a	r	r _a	r	r _a	r	r _a
RI: Empathie	.62	.69	.76	.83	.56	.60		
Pos. houding	.52	.57	.68	.77	.49	.55		
Incongruentie	.64	.77	.51	.60	.38	.46		
Neg. Gezind.	.37	.48	.51	.60	.43	.50		
Geheel							.79	.84

Beoordeling onervaren therapeut:

Bennun:	competentie		betrokkenheid		ontspannen		geheel	
	r	r _a	r	r _a	r	r _a	r	r _a
RI: Empathie	.59	.61	.71	.81	.40	.44		
Pos. houding	.49	.58	.53	.71	.32	.38		
Incongruentie	.49	.61	.52	.64	.46	.54		
Neg. Gezind.	.36	.49	.51	.62	.43	.51		
Geheel							.76	.83

Tabel 8. Correlaties tussen de dimensies bij de beoordeling enerzijds en de verwachting omtrent het therapieverloop anderzijds van de ervaren en de onervaren therapeut.

Beoordeling ervaren therapeut								
Bennun:	competentie		betrokkenheid		ontspannen		geheel	
	r	r _a	r	r _a	r	r _a	r	r _a
Verwachting	.39	.48	.56	.68	.23	.28	.51	.61

Beoordeling onervaren therapeut								
Bennun:	competentie		betrokkenheid		ontspannen		geheel	
	r	r _a	r	r _a	r	r _a	r	r _a
Verwachting	.53	.65	.51	.61	.25	.29	.54	.63

Tabel 9. De gemiddelde beoordelingsscores ten aanzien van de ervaren en de onervaren therapeut in de verschillende experimentele condities.*

		beoordeeld therapeut			
		ervaren		onervaren	
volgorde:		\bar{x}	sd	\bar{x}	sd
Competentie	ervaren/onerv.	22.04	5.42	29.92	5.80
	onervaren/erv.	17.91	5.74	31.44	6.72
Betrokkenheid	ervaren/onerv.	35.96	7.44	31.92	6.67
	onervaren/erv.	30.72	9.02	37.80	7.82
Ontspannendheid	ervaren/onerv.	10.42	2.75	11.14	3.18
	onervaren/erv.	12.10	3.91	10.30	3.75

* hoe hoger de score hoe negatiever de beoordeling

Tabel 10. De gemiddelde therapieverwachting ten aanzien van de ervaren en de onervaren therapeut in de verschillende experimentele condities.*

		beoordeeld therapeut			
		ervaren		onervaren	
volgorde:		\bar{x}	sd	\bar{x}	sd
Verwachting	ervaren/onerv.	23.71	4.49	22.09	5.36
	onervaren/erv.	21.71	5.13	25.35	4.22

* hoe hoger de score hoe negatiever de beoordeling

SYMPOSIUMVERSLAG

WAT IS DE GGZ WAARD?

OF

DE POSITIONERING VAN DE KROKET

Er is enig inwendig overleg voor nodig om op de dag van de verpleging, en meer in het bijzonder op een dag waarop ACTIE gevoerd zal worden, het ziekenhuis te verlaten om een Symposium over de waarde van je dagelijks werk bij te wonen.

Ik had ingeschreven omdat ik benieuwd was of de mensen die de moed opbrachten om de werkzaamheden in de PTG's, aan de erosie van een vergelijkend effectonderzoek over een lange periode te onderwerpen, nog iets toe te voegen hadden aan de dissertaties en rapporten die uit het onderzoek waren voortgekomen.

De verbreding naar de vraag wat de GGZ waard is trof mij enerzijds als nogal pretentieus, anderzijds als een mogelijk teken van het feit dat de PTG-enthousiasten zich de betrekkelijkheid van ons aller pogen (nog) beter waren gaan realiseren. Bovendien is het altijd een genot- ondanks het schuldgevoel- om Heerma van Vos als voorzitter aan het werk te zien.

Ik betrad het centrum met de bedoeling om een dag te gaan luisteren, doch vroeg me tegelijk bekommerd af, of dat niet teveel GENOT zou betekenen; zou ik me aan het einde van het Pinksterweekend nog durven vertonen aan mijn collega's die de hitte van de actiedag hadden moeten verduren? Ik prijs mij gelukkig dat de Voorzitter van de dag mij verzocht om een verslag

voor het MGV te maken: mijn schuldgevoel is opgelost in de verplichting om een dag echt op te letten, zodat niemand mij meer zou kunnen verwijten dat ik een voorschot op het Pinksterweekend genomen had zonder inspanningsverplichtingen.

Na de opening door Tremonti van de SWOPG blijkt de zaal, tijdens een inventarisatie door de voorzitter, bevolkt door iedereen behalve de cliëntèle. 50% beleid, 50% inhoudelijk geïnteresseerd, of althans werkzaam. Het proverbiale antwoord op de vraag wat de GGZ waard is, zal dus in ieder geval niet door de direct betrokkenen worden gegeven. Tijdens dezelfde enquête wordt duidelijk dat een ruime meerderheid ervoor was om iets meer gelden toe te laten vloeien aan de GGZ. Ik schaam me persoonlijk al dat ik om reden van geloofwaardigheid stem voor veel, en niet voor buitengewoon veel meer voor de GGZ. Er zijn echter ook nog onderkruipers die het te veel of genoeg vonden! Dezulken moeten, om met Reve te spreken, in een zak genaaid en in zee geworpen worden. Wie in de GGZ rond loopt zal zich toch niet aan de indruk kunnen onttrekken dat er weinig voorzieningen ter waarde van niersteenvergruizers en CT-scans opgesteld staan, en dat vele medeburgers nog in zalen bestemd voor 10 of meer mensen moeten slapen. Jammer dat er geen klanten in de zaal zijn.

De sprekers:

Halm, van de directie GGZ en invallend voor Verhoef, opent de dag. Hij wijst erop dat tot dusverre de discussie over de organisatie en de structuur van de GGZ vooral gestuurd lijkt te worden door financiële overwegingen. Partijen zouden zelf kwalitatieve afwegingen moeten maken, uiteraard nadat ze aangetoond hebben daartoe in staat te zijn. Het gevaar dreigt dat centrale kwaliteitswetgeving zal dienen als legitimering om alsnog centraal in te kunnen grijpen, wanneer decentraal beheer faalt.

Kwaliteitsbeleid is belangrijk, wanneer de sturing van de zorg op andere gronden dan die waarin de financiers hun inspiratie vinden bepaald moet worden. Aan de lust van décentraal beleid hangt de last van de verplichting om ook décentraal de afwegingen te maken.

Wagenborg relativeert het grenzeloos optimisme waarmee destijds aan het follow-up onderzoek is begonnen. Ondanks de vele moeilijkheden is o.a. duidelijk geworden dat het scientist-practitioner onderzoek een goede manier is om inzicht te krijgen in de effecten van het werk van alledag. Het onderzoek heeft aangetoond dat het welbevinden van de cliëntèle stijgt, dat de kans op recidief gunstig beïnvloed wordt, en dat ook de heropnames afnemen. Hij pleit voor minder koudwatervrees bij de instituten ten aanzien van het beginnen met vergelijkend onderzoek. In de discussie wordt de vraag overigens opgeworpen of de controle groep wel goed gematched was.

Zeer terecht wijst de spreker erop dat het gebruik zou moeten zijn om, wanneer een onderzoek resultaten zou kunnen opleveren op voorhand te bedenken op welke wijze die resultaten in een (verandering van) beleid vertaald moeten worden! Juist in het Dekkertijdperk (waar naar het oordeel van ondergetekende overigens weinig beleidspersonen het zelfde onder verstaan) is het van groot belang dat de overheid toeziet op het totstandkomen van een duidelijk, goed gefinancierd systeem van kwaliteitstoetsing, dat zich bij voorkeur zal richten op hele netwerken van zorg. Doe-het-zelf toetsing zal volgens de spreker leiden tot de ontaarding van Dekker tot Black and Decker.

Bierenbroodspot, een van de nestores van de TG-beweging, bepleit met een zekere vurigheid een herwaardering van de, in zijn ogen kennelijk nog modieuze, tendens tot opnamevermijding ten gunste van het voorkomen van chroniciteit. Had niet iedereen al kunnen voorzien dat het bewerken van de markt, op welke manier dan ook

tot vergroting van de vraag zou leiden? Jawel, denk ik hartgrondig, maar dat heeft het veld niet zo erg gevonden, zich wellicht bewust van de korte geheugens in de politiek. De spreker meent ook aan te kunnen tonen dat de PTG's een wezenlijke bijdrage leveren aan het verminderen van de vraag aan de GGZ. Ruim een derde zou voorgoed uit het circuit verdwijnen. Zijn tot enige hilariteit aanleiding gevende dia's zijn eerder illustratief voor de organisatorische complexiteit van de professionele GGZ dan dat ze het betoog van de spreker ondersteunen. In de discussie komt nog naar voren dat in Nederland het vrijwel altijd gaat om PTG's. In Engeland zijn meer TG', welk model sommigen geschikter vinden voor de meer chronische patient.

Aan het eind van de ochtend stelt Schagen ons nog geruster dan menigeen al lijkt te zijn: vergelijkend onderzoek naar de effecten van therapie is helemaal niet eng en kan zelfs leuk zijn! Hij houdt, "monter en toch uitzichtloos" -misschien vergelijkbaar met "de situatie is hopeloos maar niet ernstig" - een geestig (en toch ernstig) betoog over de mogelijke beleidsrelevantie van vergelijkend effectonderzoek. Hij constateert dat het hoge abstractieniveau van de kwaliteitsdiscussie zoals die op overheidsniveau gevoerd wordt weinig van doen heeft met de manier waarop in de praktijk het onderzoek opgezet wordt. Hij wijst op de zorgwekkende mogelijkheid dat in principe beleidsrelevant onderzoek niet gepubliceerd wordt uit angst voor misbruik van de resultaten. Hij illustreert met een voorbeeld uit eigen praktijk welke valkuilen er dreigen bij een interpretatie van de resultaten die te weinig rekening houdt met de methodologische problemen, b.v met betrekking tot de selectie van patienten. Tot slot constateert hij dat de partijen met het zicht op de dreigende implementatie van Dekker naar elkaar blijven verwijzen, en vraagt zich af wie het onderzoek zal betalen als dat door een onafhankelijke instantie betaald moet worden. Ook de universiteit moet immers de marktwerking bevorderen.

In de discussie komt aan de orde dat het vergelijken van appels met peren meestal leidt tot de conclusie dat er meer fruit gegeten moet worden. De voorzitter vraagt zich af of niet vooral het vergelijkbare vergeleken zal gaan worden, terwijl de vraag vanuit de verschillen tussen verschillende instituten wellicht interessanter is, b.v. de huisarts met de RIBW vergeleken. Geconstateerd wordt, niet zeer verrassend, dat het ene het andere niet moet uitsluiten. Vergelijkbaarheid tussen instituten wordt bevorderd door certificatie.

Na de middagpauze (waarin niet alleen de positionering van de GGZ, doch ook die van de Kroket de gemoederen danig bezig houdt, beide komen wat laat in de maaltijd aan de orde) opent de Gooyer, verfrissend kritisch. Het is voor uw verslaggever wat moeilijk om neutraal zijn betoog samen te vatten, omdat hij het van harte met de strekking van het betoog eens is en bovendien genoten heeft van de retoriek. De spreker waarschuwt voor kosten-baten analyse in de gezondheidszorg, omdat het een zwaktebod is. Er zijn namelijk te veel "PM-punten". Beslissingen over innovatie in de gezondheidszorg, inclusief de beslissingen over de ontwikkeling van psychotherapeutische methodes, komen niet tot stand op basis van rationele, bedrijfsmatige overwegingen, maar op grond van politieke en sociaal-culturele processen en worden in hoge mate beïnvloed door het technologisch imperatief. Dit is a fortiori van toepassing op de psychotherapie: de therapeut is zelf het belangrijkste instrument, en dus het imperatief. Niet meetbare effecten spelen zulk een overheersende rol dat betrouwbare "technology assessment" een illusie is. Wat is, zo vraagt de spreker zich retorisch af, het gekwantificeerde equivalent van welbevinden of geluk?

Wanneer de vraag naar het nut van GGZ beantwoord moet worden acht de Gooyer grootschalig onderzoek naar het Imago van de bedrijfstak veel nuttiger dan kosten-baten analyses die die naam eigenlijk niet verdienen. Een dergelijk onderzoek naar het Imago

zou wellicht kunnen leiden tot een zodanige verbetering van de faam van de GGZ dat er verschuiving in de financiering vanuit de somatiek naar de psychiatrie mogelijk zou worden. Die faamverbetering is nodig, omdat er geen beduidende substitutie tussen GGZ en somatiek plaats vindt, ondanks het feit dat uit onderzoek gebleken is dat dit tot besparingen zou kunnen leiden. Volgens de spreker zou in ieder geval meer aandacht voor kortdurende interventies moeten ontstaan. De positie van de psycholoog in de eerste lijn zou versterkt moeten worden.

Van Borssum houdt een betoog dat hij zelf erg saai noemt. Hij laat de zaal in ieder geval hartelijk lachen door zijn zoals altijd geestige presentatie. Het grote probleem is dat iedereen onder kwaliteit iets anders verstaat, of het nu om een roestvrijstalen fluitketeltje of over psychotherapie gaat. De hoofdinspecteur somt onder de titel "Wat heeft de overheid over voor de kwaliteit van de zorg?" een aantal overwegingen op:

- 1 De overheid wil niets betalen voor de kwaliteit! In Dekker is het bewaken van de kwaliteit immers een zaak van de instituten. In de instellingen zullen criteria ontwikkeld moeten worden, daarbuiten de normen. Een criterium kam gezien worden als een hulpconstructie op weg naar normen, die gedefinieerd kunnen worden als geijkte kwaliteitscriteria. Als Dekker niet doorgaat zal wel een extern systeem nodig blijven.
- 2 Zonder operationalisering van criteria is kwaliteitsbewaking onmogelijk, er moet iets gemeten kunnen worden.
- 3 Voorwaarde voor kwaliteitsbewaking op instituutsniveau is een goede registratie van gegevens. In de praktijk is de aanwezigheid van een goed geoutilleerde automatiseringsafdeling een absolute noodzaak. Ten aanzien van het kostenaspect

moet gedacht worden in de richting van $\pm 5\%$ van het budget.

- 4 Het systeem moet toegankelijk zijn voor externe instanties. In ieder geval de inspectie, doch men kan ook denken aan b.v. de Rigg.
- 5 Het systeem dient mee te gaan met het ontstaan van nieuwe criteria, kortom de ontwikkelingen in het veld kunnen volgen. De registratie moet zo goed zijn, dat het management bij gebreken in de kwaliteit snel kan ingrijpen.

Van Lieshout van het NCGV besluit de rij van sprekers met een filosofische getinte beschouwing over de tegenstelling kwaliteit -kwantiteit; Plato roept Aristoteles op en vice-versa.

Uiteenlopende zaken als het denken in geld -maakt goederen en diensten vergelijkbaar-, de ontwikkeling van de parlementaire democratie- met de invloed van het getal op besluitvorming- en het zg. "kwantitatieve idealisme", inhaerent aan de verzorgingsstaat, hebben er toe geleid dat de discussie in de zorg gedomineerd wordt door de randvoorwaarden. De aandacht voor kwaliteit - kwalitatief idealisme- kan gezien worden als een reactie hierop.

Ook van Lieshout wijst erop dat iedereen onder kwaliteit iets anders verstaat. Het is nodig om tot een eenduidige doelformulering in de GGZ te komen. Immers, een gemeenschappelijk kenmerk in de verschillende definities van kwaliteit is dat gemeten wordt in hoeverre een doel bereikt is. De definitie van het doel is belangrijker dan de omschrijving van een instelling of een methode. Deze functionele benadering maakt het opstellen van operationaliseerbare kwaliteitsprofielen per instelling nodig; anderzijds moeten professionele standaarden ontwikkeld worden, omdat de instellingen en de daaraan gekoppelde kwaliteitsprofielen minder belangrijk worden in een meer functioneel georganiseerde GGZ.

In de discussie relativeert van Borssum nog eens de erkenningsnormen: ze komen niet in de instellingen tot stand en bevatten bovendien geen toetsbare elementen. Overigens is er ook nog geen kwaliteitswetgeving ontwikkeld, dus de toekomst blijft nog onzeker. Pas sinds kort wordt aan positieve sancties gedacht. Dit biedt wellicht meer mogelijkheden dan het huidige systeem: in de praktijk is het immers onmogelijk om iets tegen een instelling te ondernemen. Hij meent dat het marktmechanisme in de GGZ niet zal werken op de manier die in het Dekkerdenken gewenst geacht wordt.

De Gooyer blijft in het kader van de imagoverbetering op zoek naar de opportunistische realiteit: de klanten willen het liever kort dan lang. Bierenbroodspot meent dat zijn imago juist bedorven wordt door pogingen om behandeling kort te houden.

Tot slot:

Wat leerde ons de dag? In het algemeen moet gezegd worden dat de inleidingen boeiend waren, doch weinig op elkaar afgestemd. De thematiek van de ochtendzitting was te specialistisch en inhoudelijk om ongedwongen verbreed te kunnen worden tot de meer globale beleidsvragen die in het middag gedeelte aan de orde kwamen. Bij de verpleegkundigen die ik in de pauzes sprak was enige teleurstelling te bespeuren over het hoge abstractieniveau; men had meer enthousiaste partijgangsters verwacht!

Al met al waren de inleidingen en de gevoerde discussies illustratief voor de bezinning op de toegevoegde waarde en de legitimiteit van de GGZ die thans binnen de sector en op overheidsniveau plaats vindt. De afwezigheid van patiëntenvertegenwoordigers deed enigszins afbreuk aan de relevantie van de discussie op deze dag.

L.J.Joele 12-06-89.

Persoonlijkheidsstoornissen



Kees van der Velden

Symptomen en persoonlijkheden

Psychiaters en psychotherapeuten behandelen klachten en symptomen. De belangrijkste reden waarom psychiaters en psychotherapeuten zich ook met de persoonlijkheid van hun patiënten bezighouden, is dat deze persoonlijkheid als het ware aan de klachten en symptomen vastzit. De klacht of het symptoom kan men niet buiten de persoonlijkheid om bestrijden. Een oorarts kan ook niet zomaar in een oor druppelen zonder de patiënt aan wie dat oor vastzit ten minste binnen te laten.

Wanneer de patiënt een innemend karakter en goede manieren heeft, is het niet vervelend om met hem om te gaan, maar wanneer de patiënt nare opmerkingen maakt of schreeuwt natuurlijk wel. Ook een kno-arts druppelt liever in het oor van een flinke, rustige patiënt dan in het oor van een patiënt die gilt en bijt.

Wat doet de kno-arts als hij niet in het oor kan kijken omdat de patiënt tekeergaat? Ik neem aan dat hij de patiënt geruststelt en probeert af te leiden - als hij maar bij dat oor kan. Men zegt dat sommigen ook wel dreigen en schelden om hun zin te krijgen.

Op dezelfde wijze moeten therapeuten zorgen dat zij bij de klachten kunnen komen. Het is natuurlijk het gemakkelijkst wanneer de persoonlijkheid hierbij meewerkt, maar wanneer dit niet zo is moeten zij die persoonlijkheid zover zien te krijgen.

De zg. persoonlijkheidsstoornissen worden vooral vastgesteld bij patiënten die moeilijk tot medewerking bewogen kunnen worden.

Het zijn verder stoornissen die men bij vijanden aantreft, niet bij vrienden (Hoogduin, 1987). Dit moest eigenlijk te denken geven.

De mensenkennis van psychiaters

Wie iets van anderen gedaan wil krijgen, kan mensenkennis goed gebruiken. Wie bijvoorbeeld iets wil verkopen heeft er baat bij wanneer hij snel onderscheid kan maken tussen mensen die tot de aankoop overreed moeten worden en mensen die men de tijd moet geven om zelf tot de aanschaf te besluiten. Wantrouwige mensen zal men de gelegenheid willen geven om zich uitvoerig te

informereren, ouderwetse mensen zal men wijzen op de betrouwbaarheid en duurzaamheid van een produkt, bij modieuze types zal men het flitsende karakter van het artikel onder de aandacht willen brengen. Van wie snel aanvoelt wat voor vlees hij in de kuip heeft kan gezegd worden dat hij mensenkennis heeft. Bij advocaten, notarissen, zakenmensen en caféhouders vindt men mensenkennis, en uiteraard ook bij psychiaters. Mij zijn helaas geen door advocaten of caféhouders ontworpen typologieën van hun cliënten bekend, maar psychiaters hebben door de jaren heen vele overzichten van karakterstoornissen, karakterneurosen, psychopathieën en persoonlijkheidsstoornissen ontworpen, waarin zij hun mening over de wonderlijke types die in de loop der jaren hun spreekkamers bevolkten hebben ondergebracht (vgl. Freeman, 1984). Men kan deze overzichten beschouwen als de samengebalde mensenkennis van psychiaters.

De wetenschappelijke waarde van deze mensenkennis lijkt vooralsnog niet groot, al is het natuurlijk altijd nuttig om kennis te nemen van de mensenkennis van meestal zeer ervaren en intelligente voorgangers. Uit de gebruikte categorieën kan men wel afleiden dat de ontwerpers van de diverse persoonlijkheidsstoornissen niet in de eerste plaats geprobeerd hebben bij de geportretteerden in het geveel te komen. Veeleer krijgt men de indruk dat de beschrijvingen bedoeld zijn om duidelijk te maken dat men met deze soorten mensen weinig kan bereiken.

Betrouwbaarheid

Wanneer collega A een patiënt 'hysterisch' of 'dwangmatig' noemt, is de kans de collega B er net zo over denkt niet groot. Men kan kennelijk heel verschillende gedragingen als 'hysterisch' bestempelen. Ook kan A veel meer patiënten als 'hysterisch' beschouwen dan B, die op zijn beurt bijv. een voorkeur kan hebben voor de diagnose 'passief-agressieve persoonlijkheid'. Deze wisselvalligheid heeft tot veel kritiek op het begrip persoonlijkheidsstoornis geleid en was voor sommigen een reden om afschaffing van het begrip te bepleiten.

Om de kans te vergroten dat verschillende beoordelaars op verschillende tijdstippen en verschillende plaatsen tot eenzelfde oordeel zouden komen, hebben de makers van DSM-III (APA, 1980) en DSM-III-R (APA, 1987) specifieke criteria aangegeven waaraan onderzochte personen moeten voldoen wil bij hen een bepaalde persoonlijkheidsstoornis vastgesteld kunnen worden.

Strikte toepassing van de DSM-III(-R)-criteria zal in veel gevallen inderdaad tot een vergroting van de interrater reliability leiden, en hierdoor kan de indruk worden versterkt dat wij belangrijke dingen vaststellen.

De persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(-R)

Een persoonlijkheid wordt geacht opgebouwd te zijn uit trekken ('traits'). Deze trekken worden omschreven als duurzame patronen in het waarnemen, betrekkingen aangaan en denken over de omgeving en zichzelf, die zichtbaar worden in uiteenlopende sociale en persoonlijke contexten. Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn deze trekken vastgeroest en onaangepast en veroorzaken ze of een belangrijke achteruitgang in het sociaal of beroepsmatig functioneren of ellende voor degenen die aan de stoornis lijdt (APA, 1987).

In DSM-III worden de volgende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden:

1. de paranoïde persoonlijkheidsstoornis;
2. de schizoïde persoonlijkheidsstoornis;
3. de schizotypische persoonlijkheidsstoornis;
4. de theatrale persoonlijkheidsstoornis;
5. de narcistische persoonlijkheidsstoornis;
6. de antisociale persoonlijkheidsstoornis;
7. de borderline persoonlijkheidsstoornis;
8. de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis;
9. de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis;
10. de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis;
11. de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis;
12. de atypische persoonlijkheidsstoornis;
13. de gemengde persoonlijkheidsstoornis, en
14. de anderszins gestoorde persoonlijkheid.

In DSM-III-R, dat van zeven jaar later dateert (APA, 1987), worden bovengenoemde stoornissen in drie groepen ondergebracht.

Groep A omvat de nummers 1, 2 en 3: de vreemde, excentrieke types.

Groep B omvat de nummers 4, 5, 6, en 7; het zijn de meer dramatische, grillige, kleurrijke types.

Groep C wordt gevormd door de nummers 8, 9, 10 en 11; het zijn de meer onzekere en vreesachtige mensen.

Verder duiken twee nieuwe stoornissen op, namelijk de sadistische persoonlijkheidsstoornis en de zichzelf ondermijnende persoonlijkheidsstoornis (dat wil zeggen: deze stoornis ondermijnt zichzelf niet, maar de persoonlijkheid die eraan lijdt), maar de protagonisten van deze stoornissen hadden hun aandoeningen nog geen plaats op de officiële lijst kunnen bezorgen.

Freeman (1984) merkt op dat er weinig aanwijzingen zijn voor de validiteit van de DSM-III- categorieën. 'Er worden nieuwe termen als schizotypisch en vermijdend geïntroduceerd, zonder dat ergens uit blijkt dat met deze termen een bepaald type persoonlijkheid wordt aangeduid.' Alleen over de categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis uit hij zich waarderen, omdat uitgebreid gedocumenteerd is dat het verstandig is om mensen met deze kenmerken te

onderscheiden.

In DSM-III-R wordt in een in een keurige formulering aangegeven dat er op de categorieën wel wat valt af te dingen: 'Er is een grote variatie in de precisie waarmee de diverse persoonlijkheidsstoornissen beschreven worden en in de specificiteit van de diagnostische criteria. Stoornissen die uitgebreider en grondiger bestudeerd zijn dan andere, zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis, worden meer gedetailleerd beschreven.'

De lijst met persoonlijkheidsstoornissen kan zonder problemen worden uitgebreid. Het moet niet moeilijk zijn een sjagrijnige persoonlijkheidsstoornis vast te stellen, of een vermoeiende persoonlijkheidsstoornis, of een saaie persoonlijkheidsstoornis of een belachelijke persoonlijkheidsstoornis. De operationalisaties zijn niet zo moeilijk om te bedenken. Zie het voorbeeld hieronder.

De Belachelijke Persoonlijkheid

Belachelijke Persoonlijkheid (Ridiculous Personality Disorder)

Differentiaal diagnose: Aanpassingsstoornis met Lachbuien, Grappige Persoonlijkheid, Mislukte Narcistische Persoonlijkheid.

Diagnostische criteria

De volgende kenmerken zijn karakteristiek voor het functioneren thans en op langere termijn van betrokkene en zijn niet beperkt tot perioden van ziekte.

- A Betrokkene is er ondanks geboden kansen niet in geslaagd een inkomen van meer dan f 60.000,- per jaar te verdienen.
- B Betrokkene heeft geen koopwoning, doch huurt slechts.
- C Betrokkene geeft aan zijn belastingformulier naar waarheid in te vullen.
- D Betrokkene heeft geen voordeel weten te behalen uit ten minste drie van de volgende omstandigheden
 - (1) gelegenheid tot ontrouw jegens de partner
 - (2) gelegenheid een collega in diskrediet te brengen bij hogergeplaatsten
 - (3) gelegenheid tot zwart bijverdienen
 - (4) gelegenheid om vervelend werk af te schuiven (denk aan schoonmaakwerk, ondankbaar werk)
 - (5) gelegenheid tot het commanderen van ondergeschikten
 - (6) gelegenheid om congresbezoek dubbel te declareren

Het moet niet moeilijk zijn in een paar onderzoeken nadere inlichtingen te

verzamenen over incidentie, biologische achtergronden en beloop.

Wie erop wijst dat verschillende van de genoemde kenmerken ook bij andere persoonlijkheidsstoornissen kunnen voorkomen, heeft gelijk. De DSM-categorieën sluiten elkaar niet wederzijds uit. Vindt men aantal van de hierboven genoemde kenmerken bij bijv. een Narcistische Persoonlijkheidsstoornis, dan wordt de diagnose Narcistische Persoonlijkheidsstoornis met Belachelijke Trekken.

(Wordt vervolgd)

**Voorwoord bij "Het voorspellend vermogen van de
Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst"**

Alfred Lange

Na lange tijd is de secundaire analyse, over vier onderzoeken waar de IPOV is gebruikt, tenslotte voltooid. Weliswaar niet als eerste auteur maar wel als meest belanghebbende wil ik u de primeur niet onthouden. Als medeauteurs komt u een aantal vertrouwde namen tegen. Dat zal goed doen. De eerste auteur was ten tijde van het onderzoek nog een student psychologie in Leiden met een ambitieus pakket van klinische en methodologische vakken. In het kader van een onderzoeksstage kon hij de hier beschreven secundaire analyses uitvoeren en nog een factor-analytisch onderzoek dat in een aparte publicatie het licht zal zien. Hij is inmiddels afgestudeerd.

Ik hoop dat u aan deze bijdrage genoeg kunt beleven. Adviezen voor een bewerking ten behoeve van een Engelse versie zijn van harte welkom. Dat geldt eveneens voor de elders in dit nummer gepubliceerde bijdrage van De Beurs & Lange.

HET VOORSPELLEND VERMOGEN VAN DE INTERACTIONELE PROBLEEM OPLOSSINGS VRAGENLIJST*

Pim Hageman, Alfred Lange, Richard van Dyck en Kees Hoogduin**

Inleiding

De Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV) is een meetinstrument ter vaststelling van de mate waarin (echt-) paren in staat zijn hun interactionele problemen op te lossen (Lange, 1983). De IPOV is gebaseerd op inzichten uit de systeembenadering en de leertheorie. Daarbij zijn concepten als 'machtsstrijd', 'communicatieregels' en 'probleemoplossend vermogen' van belang (Lange, 1985). In slecht functionerende dyades is de strijd over wie de dienst uitmaakt dermate overheersend dat er een negatief escalerend proces van straffende in plaats van belonende activiteiten plaatsvindt (Patterson & Reid, 1970). Het oplossen van onderlinge problemen is dan nogal moeilijk. Een deel van de items van de IPOV is dan ook hierop gericht. Naast deze oriëntatie op de mate van constructiviteit in de onderlinge communicatie is bij het opstellen van de IPOV uitgegaan van een uit vijf fasen bestaand model voor constructief probleemoplossen voor individuen, van D'Zurilla & Goldfried (1971). De principes van dit model zijn 'vertaald' naar de situatie binnen een dyade (Zeegers, 1976; Lange, 1983).

Twee voorbeelden van IPOV-items:

"Als wij ergens ruzie over hebben worden er vaak dingen bij gehaald die er niets mee te maken hebben"

"Wij worden het er vaak niet over eens, wat op een bepaald moment de kern van het probleem is"

Na een uitgebreid psychometrisch onderzoek op een aanvankelijk grotere pool van items bestaat de uiteindelijke IPOV uit 17 items die door beide partners apart ingevuld worden. Elk van de items wordt op een vijfpuntsschaal beantwoord (van 'precies van toepassing' tot 'helemaal niet van toepassing'). Per item lopen de scores van 1 (laag probleemoplossend vermogen) tot 5 (hoog probleemoplossend vermogen). Door optelling over de 17 items wordt voor beide partners

afzonderlijk een IPOV-score verkregen, die gesommeerd kan worden tot een paarscore.

In een eerste onderzoek naar de validiteit (Nan-Nijssen & Barends, 1980) bleek de IPOV zeer goed te discrimineren ($p < .0005$) tussen 'gelukkige' paren, geworven via advertenties in dagbladen, en paren die zich hadden aangemeld voor relatietherapie. Behalve deze contrastvaliditeit werd ook de soortgenootvaliditeit onderzocht. Daartoe werd de samenhang bepaald tussen de IPOV-scores enerzijds en de scores op de Nederlandse versie van de Dyadic Adjustment Scale (DAS) van Spanier (1976) en een door Miller (1976) gerapporteerde Satisfactie-lijst (SAT) anderzijds. Binnen de groep 'gelukkigen' waren de Pearson Product Moment Correlatiecoëfficiënten (in de rest van dit artikel aan te duiden met 'Pearson correlaties') met de paarscores op de IPOV respectievelijk .56 en .61, bij de cliëntengroep .77 en .72.

Op grond van een normeringsonderzoek bij 600 aselekt uit de Nederlandse bevolking getrokken paren (Kraaij & Lapère, 1982) zijn normtabellen voor de IPOV opgesteld, die zijn gepubliceerd in de in 1983 verschenen handleiding van de IPOV (Lange, 1983). De betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha) van de IPOV werd op grond van dezelfde gegevens vastgesteld op .86, .88 en .90 voor respectievelijk man-, vrouw- en paarscores.

De afgelopen jaren is de IPOV in verschillende onderzoeksprojecten met betrekking tot de behandeling van verschillende stoornissen als meetinstrument gebruikt. Dit biedt de mogelijkheid om in een secundaire analyse de samenhang met andere variabelen en de predictieve waarde van de IPOV verder te onderzoeken. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om te onderzoeken in hoeverre een bepaalde stoornis samenhangt met de kwaliteit van de relatie met een partner of de kwaliteit van de relatie van de ouders. Bovendien kan bij sommige van die onderzoeken worden vastgesteld in hoeverre een slechte onderlinge verhouding de kansen op een succesvolle behandeling verkleint.

De predictieve waarde van de IPOV, bij de behandeling van agorafobie met hypnose en met exposure.

Door Van Dyck (1986) werden twee behandelingsmodellen voor agorafobie vergeleken: 'exposure in vivo' en een combinatie van exposure in vivo met hypnose. Aldus kon worden vastgesteld of hypnose iets in positieve zin toevoegde aan het effect van exposure in vivo. Bovendien werd onderzocht in hoeverre de mate van hypnotiseerbaarheid van de

cliënten daarbij een rol speelde, alsmede de verwachtingen m.b.t. de te ontvangen therapie, de voorkeur van de cliënt voor één van beide soorten therapie en de volgorde waarin hypnose en exposure werden aangeboden.

Voor de vaststelling van de ernst van de agorafobie en de eventuele veranderingen daarin werden verschillende maten gehanteerd. Zo werd door de cliënt de agorafobie-subschaal van de 'Angstvragenlijst' van Marks & Mathews (1979) ingevuld. Daarnaast scoorde een onafhankelijke beoordelaar na een interview met de cliënt de 'Angst en Vermijdingsschaal' (Watson & Marks, 1971). Daarbij ging het met name om de subschalen 'Straatangst', 'Overige Angst', 'Straatvermijding' en 'Overige Vermijding'. Ten derde werd (als gedragsmaat) de tijdsduur geregistreerd, gedurende welke een cliënt zonder te sterk oplopende angst een vooraf vastgestelde route kon lopen.

De hypnotiseerbaarheid werd bepaald met de 'Stanford Hypnotic Clinical Scale' (Hilgard & Hilgard, 1975), de verwachting van de cliënt met de 'Verwachtingsschaal' van Stern & Marks (1973) en de voorkeur voor één van beide therapieën met de speciaal voor dit onderzoek geconstrueerde 'P-schaal' (Van Dyck, 1986). Bovendien werden de 'Zung-depressieschaal' (Zung, 1965; Dijkstra, 1974)) en de 'Symptom Check-List (SCL-90)' (Derogatis, 1977; Arrindell & Ettema, 1986) afgenomen. De laatstgenoemde vragenlijst van 90 items geeft een totaalscore voor 'Psychoneuroticisme' en inventariseert bovendien negen afzonderlijke klachtgebieden, waaronder agorafobie. Met deze agorafobie-subschaal van de SCL-90 komt het totaal aantal in dit onderzoek gebruikte agorafobiematen op zeven. De IPOV werd bij ongeveer de helft van de cliënten - voor het overgrote deel vrouwen, - zoals te verwachten - afgenomen. De partners vulden geen IPOV's in.

De combinatie van exposure en hypnose leverde geen beter resultaat op dan exposure alleen. De volgorde van hypnose en exposure was evenmin van invloed op het behandelingsresultaat. Datzelfde gold voor de voorkeur voor de soort van therapie. Wel werd een zeker voorspellend effect gevonden van de hypnotiseerbaarheid van de cliënt. Een hogere hypnotiseerbaarheid leidde tot betere behandelingsresultaten. Tegen de verwachting in was dit echter ook enigszins het geval in de exposure-conditie. Een positieve verwachting leidde eveneens tot een toename in het effect van de behandeling, vooral bij de combinatie van exposure en hypnose.

In tabel 1 wordt m.b.v. een aantal Pearson correlaties de samenhang weergegeven, ten tijde van de voormeting, tussen de door de cliënt ervaren kwaliteit van de verhouding met de partner (gemeten m.b.v. de

IPOV) en een aantal van de hierboven genoemde variabelen. Aangezien er weinig mannelijke cliënten waren betreft het hier alleen de correlaties van deze variabelen met de IPOV-scores van de vrouwelijke cliënten. In tabel 2 worden de overeenkomstige correlaties gegeven m.b.t. het tijdstip van de nameting.

(hier tabel 1 invoegen)

Voorafgaand aan de behandeling blijken de cliënten meer last te hebben van depressie (Zung en SCL- 90), somatisatie en dwang - en is het algemeen klachtenniveau (SCL-90) hoger, naarmate de verhouding met de partner door een geringer probleemoplossend vermogen gekenschetst wordt. De samenhang met agorafobie is echter niet duidelijk: van de zeven metingen op dat terrein correleert er slechts één (de subschaal "straatvermijding") significant in de verwachte richting met het vermogen om problemen met de partner op te lossen.

In de nameting blijken de verbanden van de IPOV met een aantal van de klachtvariabelen (nog) sterker dan bij voormeting.

(hier tabel 2 invoegen)

Hoe lager de IPOV-scores, i.c. hoe geringer het door de client ervaren probleemoplossend vermogen, hoe meer angst, depressie, somatisatie, extrapunitiviteit, paranoïdie, dwang, slaapmoeilijkheden, woede, hostiliteit en psychoneurotische klachten in het algemeen. Dat deze verbanden bij de nameting sterker zijn dan vòòr de behandeling, kan wellicht verklaard worden uit het feit dat de groep na behandeling heterogener is. Bij een deel van de cliënten heeft een aanzienlijke reductie van de klachten plaatsgevonden, bij een ander deel niet. Ook bij nameting blijkt de samenhang tussen agorafobie en probleemoplossend vermogen slechts gering. Slechts één van de zeven correlaties tussen de IPOV en de 'agorafobiematen' - de agorafobiesubschaal van de SCL-90- is significant. De bevinding van Arrindell (1987) en ook van Stronkman e.a. (1987) dat agorafobie niet samenhangt met de kwaliteit van de partnerrelatie wordt hiermee ondersteund.

Het probleemoplossend vermogen zoals gemeten door de IPOV blijkt dus in de verwachte richting samen te hangen met de ernst van een aantal andere klachten, zowel vòòr als nà de behandeling voor agorafobie.

Een andere vraag is in hoeverre cliënten met een goede verhouding met de partner meer profiteren van de behandeling. Om dat te onderzoeken zijn de partiele correlaties tussen de IPOV-scores en de diverse klachtenmetingen in de nameting berekend, onder statistische controle van de voormeting daarvan.

(hier tabel 3 invoegen)

In tabel 3 zien we dat de IPOV, zoals verwacht geen predictor is voor verandering m.b.t. de fobische klachten, maar wel in enige mate voor verandering t.a.v. een aantal andere klachtgebieden: psychoneuroticisme, angst, depressie, somatisatie, slaapproblemen, woede en hostiliteit.

De predictieve waarde van de IPOV bij de ambulante behandeling van dwangneurose

Hoogduin (1985) onderzocht het resultaat van een ambulante directieve behandeling voor dwangneurose, waarbij het accent lag op exposure en responspreventie. Indien cliënten rapporteerden meer dan 30% minder dwangklachten te hebben dan werd de behandeling als succes beschouwd. In alle andere gevallen werd de behandeling als mislukking geregistreerd. Naast deze meting van het resultaat werden enkele mogelijke predictor-variabelen gemeten. Hierin onderscheidde Hoogduin drie groepen: biografische variabelen, psychologische variabelen en variabelen die betrekking hebben op de therapeutische relatie.

De ernst van de dwang werd vastgesteld met de 'Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden' (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976). Alleen cliënten met een score > 67 werden in het onderzoek betrokken.

De psychologische variabelen waren: a) Depressie, gemeten met de 'Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie /S.D.S.' (Zung, 1965; Dijkstra, 1974). b) Angst, onderscheiden naar 'state'- en 'trait'-aspect. Deze werd vastgesteld met de desbetreffende twee schalen van de 'Zelfbeoordelings Vragenlijst' (Van der Ploeg e.a., 1980). c) Mate waarin de beleving van de inhoud van de dwanggedachten waanachtig was, gemeten met de 'Realiteitsschaal van Foa' (Foa, 1982). d) Agressie, evenals angst onderscheiden naar 'state'- en 'trait'-aspect, gemeten met de 'Zelf-Analyse Vragenlijst' (Van der Ploeg e.a., 1982). e) Intelligentie, bepaald

met de verkorte 'Groninger Intelligentietest' (Snijders & Verhage; zie: Luteyn & Van der Ploeg, 1983). f) Gemotiveerdheid van de cliënt, onderzocht met behulp van een door de therapeuten in te vullen 'Motivatie-vragenlijst' (Duivenvoorden, 1982). g) Kwaliteit van de verhouding met de partner, gemeten met de IPOV (Lange, 1983).

De aard van de verhouding tussen cliënt en therapeut werd vastgesteld m.b.v een Nederlandse bewerking van de 'Barrett-Lennards Relationship Inventory' (Lietaer, 1976). Deze bevat een versie voor de therapeut en een versie die door de cliënt wordt ingevuld.

Volgens het criterium van 30% verbetering had de behandeling succes bij 47 van de 60 cliënten. Cliënten, die aldus als succesvol behandeld konden worden beschouwd, verbeterden ook significant met betrekking tot depressie en angst. Cliënten met relatief weinig dwangklachten, die ook nog niet zo lang bestonden bleken een grotere kans te hebben op een succesvolle behandeling. De 'therapeutische relatie' hing eveneens samen met het succes van de behandeling. Cliënten die een positieve opvatting over hun therapeut hadden profiteerden meer van de behandeling. Aangezien de meting daarvan pas na tien zittingen plaatsvond kan men hier echter zeker niet tot een causaal verband concluderen (Hoogduin e.a., 1988).

Van de boven genoemde psychologische variabelen afzonderlijk bleek alleen 'gemotiveerdheid' te discrimineren tussen de wel en niet met succes behandelde cliënten. Wèl bleek het mogelijk om op grond van de zeven psychologische variabelen gezamenlijk, met behulp van een discriminantanalyse, 83% van de cliënten juist in te delen naar succes of mislukking van de behandeling.

De IPOV werd in dit onderzoek bij de voor- en follow-up-meting afgenomen bij 42 van de 60 cliënten, die een vaste partner hadden. In Tabel 4 is een aantal Pearson correlaties weergegeven met betrekking tot de IPOV en andere variabelen, zoals vastgesteld bij de voormeting.

(hier tabel 4 invoegen)

Hoe lager het probleemoplossend vermogen van de partners hoe meer dwangmatig, depressief, angstig en agressief de cliënten zijn. Opvallend is, dat deze verbanden sterker zijn wanneer de IPOV scores van de mannen worden gebruikt dan die van de vrouwen. De IPOV-man scores correleren immers hoger met de genoemde variabelen terwijl de man slechts in 10 van de 42 keer de cliënt was. Uit tabel 4 is ook af te

lezen, dat de IPOV-scores van de vrouwen in positieve zin samenhangen met de mate waarin de cliënt de therapeutische relatie als gunstig ervaart. Ten tijde van de follow-up hangen een aantal variabelen eveneens in de verwachte richting samen met de IPOV-scores (tabel 5): hoe lager het probleemoplossend vermogen, hoe meer dwangmatigheid, depressie, angst en agressie bij de cliënt. Het verband met dwangmatigheid is minder dan bij voormeting, dat met depressie en angst groter.

(hier tabel 5 invoegen)

Het probleemoplossend vermogen van deze paren, waarvan één partner behandeld werd voor dwangneurose, blijkt dus bij vòòr- en follow-up-meting in de verwachte richting samen te hangen met de ernst van een aantal klachten, waaronder de meest centrale in dit onderzoek: de dwangmatigheid. Ook hier kan men zich afvragen in hoeverre de IPOV een voorspellende waarde heeft m.b.t. het succes van de behandeling. Uit de partiële correlaties die in Tabel 6 staan blijkt dat dit in zekere mate het geval is m.b.t. dwangmatigheid, 'state-anxiety' en depressie. De partiële correlatie tussen de IPOV-scores van de vrouw en de mate van dwangmatigheid is qua richting echter moeilijk te interpreteren.

(hier tabel 6 plaatsen)

De beheersbaarheid van astma en het probleem-oplossend vermogen van de ouders

Bij Meijer (1987) speelde de vraag naar de beheersbaarheid van astma bij kinderen een centrale rol. De mate waarin kinderen hinder ervaren van astma blijkt niet volledig bepaald te worden door de medische ernst ervan: somatisch ernstige astma kan soms goed onder controle komen, terwijl medisch lichtere vormen in bepaalde gevallen ernstige problemen blijven geven. Verklaringen voor dit verschijnsel kunnen worden gezocht in psychosociale factoren, waaronder gezinsfactoren. De beheersbaarheid van astma werd in dit onderzoek dichotoom geoperationaliseerd als het antwoord (ja/nee) op de vraag, of bij het betreffende kind de astmatische symptomen na twee jaar medische behandeling zodanig onder controle waren, dat het normaal kon functioneren. De centrale vraagstelling was in hoeverre diverse

gezinsvariabelen de mate waarin de astma onder controle wordt gebracht beïnvloeden. Ter beantwoording van deze vraag werden bij gezinnen waarvan een kind voor astma werd behandeld, naast de gebruikelijke demografische variabelen, een aantal vragenlijsten afgenomen die zijn gericht op diverse aspecten van het gezinsfunctioneren. Zo werd voor de vaststelling van de aard van de opvoedingsattitudes van de ouders gebruik gemaakt van de 'A-PARI', de 'Amsterdamse' versie van de 'Parental Attitude Research Instrument' (de Leeuw, 1986). Deze schaal bevat de volgende subschalen: 'overprotectie', 'autocratische houding', 'autonomiebevorderende houding' en 'zelfbeklag'. Bij de vader, de moeder en het kind met astma werden de 'Gezins Dimensie Schalen' (Buurmeijer & Hermans, 1985; 1988) afgenomen. Deze schalen hebben tot doel om de door de verschillende leden van een gezin ervaren mate van 'cohesie', 'aanpassingsvermogen' en 'sociale wenselijkheid' vast te stellen. Het probleemoplossend vermogen van de ouders werd bepaald met de IPOV. Bij het kind met astma werd bovendien de 'ABV-K', de kinderversie van de 'Amsterdamse Biografische Vragenlijst' (van Dijk & Wilde, 1982) afgenomen. Deze lijst is gericht op 'psychoneurotische klachten' (N-schaal), 'neurotisch-somatische klachten' (NS-schaal), 'introversie-extraversie' (E-schaal) en 'zelfdefensieve versus zelfkritische houding' (T-schaal).

Een discriminant-analyse - uitgevoerd op achttien variabelen die bij deze gezinnen waren gemeten - liet zien dat de groepen 'wel' versus 'niet beheersbaar' goed te onderscheiden waren ($p < .0001$). In de discriminantfunctie werden vijf variabelen opgenomen, die daaraan significant ($p < .05$) bijdroegen: Het 'beroepsniveau' van de vader; het 'aanpassingsvermogen' van de moeder, de door het astmatische kind ervaren 'cohesie' binnen het gezin, diens 'sociale wenselijkheid'-score en de IPOV-scores van het ouderpaar. Hoe minder het 'aanpassingsvermogen' van de moeder van het gezin, des te minder 'beheersbaar' was het astma-probleem. Hoe hoger het beroepsniveau van de vader, hoe hoger de scores op 'cohesie' en 'sociale wenselijkheid' van het kind en hoe hoger het probleemoplossend vermogen van het ouderpaar, des te meer effect had de medische behandeling van de astmatische klachten. De discriminant-analyse wees vierendertig van de veertig gezinnen (85%) op correcte wijze toe aan de groepen 'wel' of 'niet beheersbaar'.

Naast de constatering dat de IPOV ook hier een goede voorspeller is voor de effecten van behandeling kan men zich afvragen of en, zo ja, op welke wijze de IPOV-scores van de ouders met de andere variabelen in

dit onderzoek samenhangen. Om hiervan een beeld te krijgen zijn in Tabel 7 de Pearson correlaties van de IPOV-scores met een aantal andere variabelen weergegeven.

(hier tabel 7 invoegen)

Bij de correlaties van IPOV met de 'Gezins Dimensie Schalen' valt onmiddellijk de hoge waarde van $-.60$ op: hoe meer statisch het gezin door de vader wordt ervaren, hoe lager het door hem gerapporteerde probleemoplossend vermogen. Bij de moeder is eenzelfde verband in lichtere mate aanwezig. De door de vader en de moeder in het gezin ervaren 'cohesie' hangt positief samen met het probleemoplossend vermogen, evenals de 'sociale wenselijkheid' van de vader en van het kind met astma. Buurmeijer en Hermans adviseren overigens, voorzichtigheid in acht te nemen bij de interpretatie van 'cohesie' en 'sociale wenselijkheid' in verband met mogelijke intercorrelaties tussen beide aspecten (Buurmeijer & Hermans, 1985, pag. 341). Bij de correlaties tussen IPOV en 'A-PARI' kan geconstateerd worden dat meer 'overprotectie' van de vader en de moeder en een meer 'autocratische houding' van de moeder samen gaan met een lager probleemoplossend vermogen. In eerste instantie moeilijk te interpreteren is de negatieve correlatie tussen 'autonomie bevorderende houding' bij de vader en diens IPOV-score: hoe meer 'autonomie bevorderend' hij is, hoe lager het door hem gerapporteerde probleemoplossend vermogen. Hierop komen we echter in de volgende paragraaf nog terug.

Bij de correlaties tussen 'ABV-K' en IPOV valt ten slotte te constateren dat een lager probleemoplossend vermogen van de ouders gepaard gaat met het ervaren van meer neurotisch-somatische klachten door het kind met astma.

Specifieke eigenschappen van ouders van drugsverslaafden en hun probleemoplossend vermogen

Polderman, Meijer & Hermanides (1987) hebben getracht enkele opvattingen over drugsverslaafden en de gezinnen waaruit ze afkomstig zijn te onderzoeken door een survey bij een aantal gezinnen waarvan een kind verslaafd was aan harddrugs. Op grond van de literatuur was één van hun hypothesen dat de relatie tussen de ouders van drugsverslaafden in veel gevallen is verstoord. Ook zouden drugsverslaafden in hun gezinnen

van herkomst minder aan discipline zijn gewend, meer verwend en overbeschermd zijn geweest dan respondenten uit controlegroepen (Noble & Barnes, 1971; Chein e.a., 1964). Daarnaast was - op grond van klinische observaties - de verwachting dat één van de ouders zich overbeschermend gedraagt jegens het verslaafde kind terwijl de ander zich juist autoritair opstelt. Het onderzoek werd uitgevoerd onder ouders van drugsverslaafden die in het Jellinekcentrum in Amsterdam deelnamen aan een zogenaamde oudergroep. Daarbij werden de IPOV en de - in de vorige paragraaf genoemde - 'A-PARI' (De Leeuw, 1986) afgenomen.

In de eerste plaats werd geconstateerd, dat de gemiddelde IPOV-score van de moeders van drugsverslaafden significant ($p < .05$) lager was dan die van de landelijke normgroep. Deze moeders scoorden op de IPOV in het 3e deciel, hetgeen wil zeggen dat tussen 60 en 69% van de normgroep hoger en tussen 30 en 39% lager scoort. De vaders scoorden niet afwijkend van de normgroep, namelijk in het 5e deciel. De gemiddelde paarscore op de IPOV van deze ouders bevond zich in het 4e deciel, hetgeen niet significant afwijkt van de landelijke normgroep. Het door de moeders gerapporteerde lage probleemoplossend vermogen is in overeenstemming met de verwachting, dat de relatie tussen de ouders van drugsverslaafden nogal eens verstoord is. Niet geheel duidelijk is, waarom de vaders de onderlinge verhouding zoveel positiever zien. De onderzoekers wijzen erop dat 'sociale wenselijkheid' hier een rol kan spelen. Maar het zou volgens de onderzoekers ook kunnen zijn dat dit een illustratie is van een kenmerk dat - volgens sommige auteurs - bij 'somatizering bevorderende gezinnen' nogal eens wordt aangetroffen: de neiging om andere dan de medische klachten van het aangemelde kind te bagatelliseren (Minuchin e.a., 1983).

Wat betreft de attitudes over opvoeding: op alle subschalen van de A-PARI scoorden zowel de moeders als de vaders significant ($p < .05$) hoger dan de landelijke normgroep. Dit betekent dat ouders van drugsverslaafden een meer overprotectieve, autocratische, autonomiebevorderende houding hebben en meer zelfbeklag vertonen dan de normgroep. De hogere scores op 'overprotectief' zijn in overeenstemming met de verwachtingen. De hoge scores m.b.t. 'autonomie bevorderend' roepen vraagtekens op. De gangbare mening is, dat ouders van drugsverslaafden hun kinderen juist minder dan normaal tot zelfstandigheid stimuleren. Er zijn ook andere onduidelijkheden. Zo correleren de opvoedingsattitudes 'autocratisch' en 'overprotectief' positief met elkaar, zowel bij de moeders ($r = .68$; $p < .001$) als bij de

vaders ($r=.49$; $p<.015$). De onderzoekers vragen zich dan ook terecht af: hoe kan men tegelijkertijd autocratisch en overprotectief zijn? Bij de vaders is er bovendien een hoge correlatie tussen 'autonomiebevorderend' en 'autocratisch': $r=.54$ ($p<.008$). Dus men kan daaraan toevoegen: hoe kan men tegelijk autocratisch en autonomiebevorderend zijn? De onderzoekers opperen de mogelijkheid, dat deze ouders van drugsverslaafden in hun attitudes niet alleen elkaar, maar ook *zichzelf* ontkrachten. Ook wijzen ze op een mogelijk verschil tussen met de mond beleden attitudes en feitelijk gedrag.

In dit licht is de samenhang tussen de IPOV- en de A-PARI-scores interessant. In Tabel 8 worden de betreffende Pearson correlaties gegeven.

(hier tabel 8 invoegen)

In lijn met de verwachting vertonen ouders een geringer probleemoplossend vermogen, naarmate zij meer overprotectief, autocratisch, en 'zichzelf beklagend' zijn. Merkwaardig is dat dit ook geldt voor 'autonomiebevorderende houding'. Deze subschaal van de A-PARI 'gedraagt' zich dus bij herhaling (zie ook vorige paragraaf) anders dan men zou verwachten op grond van het concept dat verondersteld wordt er door gemeten te worden. Misschien is de lage betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha = .55, De Leeuw, 1986) van deze subschaal van de A-PARI, die uit slechts twee items bestaat, daar debet aan.

Discussie

In het voorafgaande is een overzicht gegeven van de resultaten van vier onderzoeksprojecten van uiteenlopende aard. In deze vier onderzoeken werd het probleemoplossend vermogen van cliënten met hun partner of van de ouders van cliënten onderzocht door middel van de IPOV. Welke conclusies kunnen we nu trekken omtrent het belang van deze variabele en omtrent de validiteit van de IPOV?

1. De IPOV hangt in het algemeen met andere variabelen samen in de richting die men op grond van het construct 'probleemoplossend vermogen' moet verwachten. Bij de ouders van astmatische kinderen blijkt de IPOV bijvoorbeeld samen te hangen met de gezinskarakteristieken en opvoedingsattitudes (resp. gemeten m.b.v. de G.D.S. schalen en de A-PARI) op de wijze die men theoretisch kan

verwachten. Ook onder de ouders van drugsverslaafden correleert de IPOV in de voorspelde richting met de andere metingen. De enige uitzondering blijkt een onverwachte correlatie te zijn met een der opvoedingsattitudes, die echter mogelijk wordt verklaard door de betwistbare validiteit van die schaal.

2. In de drie (van de besproken vier) onderzoeken waar het klachtenniveau van cliënten aan de orde is, blijkt dit samen te hangen met de mate van probleemoplossend vermogen van de paren/ouders. (a) Hoe lager het probleemoplossend vermogen van de paren met een dwangpatiënt hoe ernstiger de dwangklachten en overige symptomen. (b) Hoe lager het probleemoplossend vermogen van de ouders van een astmatisch kind hoe ernstiger de neurotisch-somatische klachten van dat kind. (c) Bij de agorafobici zien we een verband tussen de IPOV scores en andere dan de agorafobische klachten, maar niet tussen IPOV en de ernst van de agorafobie, hetgeen in lijn is met Arrindell (1987) die concludeert dat agorafobie geen samenhang vertoont met de kwaliteit van de verhouding met de partner.

3. De IPOV kan een goede voorspeller zijn voor het succes van de behandeling. We zien dat het meest duidelijk bij de behandeling van astma, die meer succes heeft naarmate de ouders van de patiënt hun onderlinge problemen beter aanpakken. We zien het wat betreft de verbetering van secundaire klachten bij de behandeling van agorafobie. Het vierde onderzoek - onder de ouders van drugsverslaafden - had geen betrekking op behandeling. Daar viel dus geen behandelings-effect te voorspellen.

Slotconclusie: de door ons gerapporteerde secundaire analyse laat zien dat de mate waarin paren, waarvan één der partners klachten heeft of waarvan een kind klachten heeft, hun onderlinge problemen kunnen oplossen samenhangt met variabelen die rechtstreeks met de klacht en met de behandeling te maken hebben. Dat is op zich een belangwekkend gegeven, dat steun geeft aan de opvatting dat het verstandig is om ook bij zogenaamde individuele klachten de partners of de ouders bij de behandeling te betrekken (Lange, 1987, hoofdstuk 1). Daarnaast bevestigen de door ons geanalyseerde onderzoeken dat het instrument dat ontworpen is om deze variabele te meten valide is: er bestaat een significante samenhang van de IPOV met een groot aantal andere variabelen uit de vier besproken onderzoeken, een samenhang die ook

qua richting zodanig is, als we op grond van theoretische overwegingen mogen verwachten. Van belang is daarbij bovendien, dat deze samenhang zowel geconstateerd wordt bij 'self-report'-maten (vragenlijsten) als bij op andere wijze verkregen gegevens, zoals bijvoorbeeld de 'beheersbaarheid' van astma.

'Constructvalidering is nooit af, dus de onderneming kan voortgezet worden', aldus Visser e.a. (1982, pg. 17). Hoewel we het daarmee van harte eens zijn en ook niet van plan zijn te stoppen met dit soort validatiestudies, mogen we voorlopig concluderen dat de IPOV, ondanks de geringe tijdsinvestering die hij vraagt, bij problematiek van uiteenlopende aard een waardevolle bijdrage kan leveren aan diagnose, research en behandeling.

Referenties

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A. (1987). *Marital conflict and agoraphobia: fact or fantasy?* Groningen: Academisch Proefschrift.
- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1985). De Gezins Dimensie Schalen als hulpmiddel bij gezinsdiagnostiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11 (5), 336-346.
- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1988). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen*. Utrecht: Academisch Proefschrift.
- Chein, I., Gerard, D.L., Lee, R.S. & Rosenfeld, E. (1964). *The Road to H*. New York: Basic Books.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (1), 107-126.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedures manual -I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University school of medicine clinical psychometrics research unit.
- Dijkstra, P. (1974). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: Bohn.
- Dijl, H. van & Wilde, G.J.S. (1982). *Handleiding Amsterdamse Biografische Vragenlijst voor kinderen*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Duivenvoorden, H.J. (1982). *Motivatie voor Psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Leiden: Academisch Proefschrift.
- Foa, E.B. (1982). Persoonlijke communicatie aan C.A.L. Hoogduin. Zie: Hoogduin, C.A.L. (1985), *Mislukking en succes bij de ambulante behandeling van dwangneurose*. Rotterdam: Academisch Proefschrift.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Alton, California: William Kaufman Inc.
- Hoogduin, C.A.L. (1985). *Mislukking en succes bij de ambulante behandeling van dwangneurose*. Rotterdam: Academisch Proefschrift.
- Kraaij, H. & Lapère, J. (1982). *De normering van de Interactionele Probleemoplossingsvragenlijst (IPOV)*. Amsterdam: Doctoraal

Werkstuk, Vakgroep Groepspsychologie, Universiteit van Amsterdam.

- Hoogduin, K., Haan, E. de, Schaap, C. & Severeijns, R. (1988). Het verband tussen therapeutische relatie en therapiersultaat bij de behandeling van dwangneurose. *Gedragstherapie*, 21 (3), 247-255.
- Kraaimaat, F.W. & Dam-Baggen, C.M.J. van (1976). Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 31, 201-211.
- Lange, A. (1983). *Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Leeuw, E.D. de (1986). *Normering van de Amsterdamse versie van de Parental Attitude Research Instrument (A-PARI)*. Amsterdam: Intern Rapport Onderzoeksprogramma Opvoedingsdoelen en Opvoedingssituaties, Subfaculteit Opvoedkunde en Onderwijskunde, Universiteit van Amsterdam.
- Lietaer, J. (1976). Nederlandstalige revisie van Barrett Lennards Relationship Inventory voor individueel therapeutische relaties. *Psychologica Belgica* XVI (1), 73-94.
- Luteyn, F. & van der Ploeg, F.A.E. (1983). *G.I.T., Groninger Intelligentie Test*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Marks, I.M. & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Meijer, A.M. (1984). Astma bij kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26 (2), 82-104.
- Meijer, A.M. (1987). Gezinsinvloeden bij astma. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 7 (2), 124-140.
- Miller, B.C. (1976). A multivariate development model of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (3), 643-657.
- Minuchin, S. & Rosman, B.L. (1983). *Psychosomatische ziekten in het gezin: de behandeling van anorexia nervosa*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Noble, P. & Barnes, G.G. (1971). Drug Taking in Adolescent Girls: Factors Associated With the Progression to Narcotic Use. *British Medical Journal*, 2, 620-623.
- Patterson, G.R. & Reid, J.B. (1970). Reciprocity and coercion: two facets of social systems. In: Ch. Neuringer & J.L. Michael (eds), *Behavior*

modification in clinical psychology. New York: Appleton, Century-Crofts.

Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelfbeoordelingsvragenlijst Z.B.V.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst Z.A.V.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Polderman, N., Meijer, A.M. & Hermanides, R. (1988). Ouders van drugverslaafden. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 8 (3), 239-252.

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriages and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (1), 15-28.

Stern, R.S. & Marks, I.M. (1973). A comparison of brief and prolonged flooding in agoraphobics. *Archives of General Psychiatry*, 28, 210-216.

Stronkman, G., Kromhout, J. & Werff, C.van der (1987). Het methodisch keurslijf en de client. *Directieve Therapie en Hypnose*, 7 (3), 211-216.

Visser, R.S.H., Vliet-Mulder, J.C. van, Evers, A. & Laak, J. ter (1982). *Documentatie van TESTS EN TESTRESEARCH in Nederland-1982*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.

Watson, J.P. & Marks, I.M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding - a crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy*, 2, 275-293.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Voetnoten bij pag. 1

* Dit onderzoek was mogelijk dank zij de bereidwilligheid van de oorspronkelijke onderzoekers om hun ruwe materiaal af te staan. Wij danken daarvoor Drs. A.M. Meijer, Drs. N. Polderman, Drs. R. Hermanides en de directie van het Jellinek centrum in Amsterdam.

**Drs. W.J.J.M. Hageman, klinisch psycholoog/methodoloog,
Seringenstraat 8A, 2313 VV Leiden.

Dr. A. Lange, Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie, Weesperplein 8. 1018 XA Amsterdam.

Prof. Dr. R. van Dyck, Vakgroep Psychiatrie. Vrije Universiteit.
Amsterdam

Prof. Dr. C.A.L. Hoogduin, Vakgroep Klinische Psychologie. Kath.
Universiteit van Nijmegen.

Tabel 1. Pearson-correlaties bij voormeting tussen IPOV- vrouw-scores en de ernst van diverse klachten, bij Van Dyck (1986), N=23
Alle correlaties: $p < .05$

Variabele:	IPOV vrouw- score
Vermijding straat (Watson & Marks)	-.35
Depressie (Zung)	-.46
Psychoneuroticisme (SCL-90)	-.37
Depressie (SCL-90)	-.45
Somatisatie (SCL-90)	-.36
Obsessiviteit/compulsiviteit (SCL-90)	-.46
Restcategorie neurotische klachten (SCL-90)	-.42

Tabel 2. Pearson-correlaties bij nameting tussen IPOV- vrouw-scores en de ernst van diverse klachten, bij Van Dyck (1986), N=22
Alle correlaties: $p < .05$

	IPOV
	vrouw- score
Variabele:	
Depressie (Zung)	-.47
Psychoneuroticisme (SCL-90)	-.57
Agorafobie (SCL-90)	-.38
Angst (SCL-90)	-.53
Depressie (SCL-90)	-.62
Somatisatie (SCL-90)	-.47
Extrapunitiviteit en paranoia (SCL-90)	-.56
Obsessiviteit/compulsiviteit (SCL-90)	-.55
Woede en hostiliteit (SCL-90)	-.37
Restcategorie neurotische klachten (SCL-90)	-.37

Tabel 3. Partiële correlaties tussen IPOV-vrouw-scores in de voormeting en de ernst van diverse klachten in de nameting, gecontroleerd voor hun voormeting, bij Van Dyck (1986), N=22

Variabele:	IPOV- vrouw- score
Psychoneuroticisme (SCL-90)	-.30 *
Angst (SCL-90)	-.34 *
Depressie (SCL-90)	-.29 *
Somatisatie (SCL-90)	-.34 *
Slaapproblemen (SCL-90)	-.36 *
Woede en hostiliteit (SCL-90)	-.39 **

 **: p<.05
 *: p<.10
 D.F.=20

Tabel 4. Pearson-correlaties bij voormeting tussen IPOV-scores en andere variabelen bij Hoogduin (1985)

Variabele:	IPOV- man- score	IPOV- vrouw- score	IPOV- paar- score
Dwangmatigheid (IDB)	-.43 **		-.31 **
Depressie (Zung)	-.41 **		-.31 **
Angst ("state")	-.23 *		
Angst ("trait")	-.43 **		-.31 **
Agressie ("state")	-.23 *	-.30 **	-.31 **
Agressie ("trait")	-.29 **		
Therapeutische relatie, zoals ervaren door cliënt		.30 **	.22 *

** p<.05

* p<.10

N=42

Tabel 5. Pearson-correlaties bij follow-up-meting tussen IPOV-scores en andere variabelen bij Hoogduin (1985)

-----	IPOV- man- score	IPOV- vrouw- score	IPOV- paar- score
Variabele:			
Dwangmatigheid (IDB)	-.32 *		
Depressie (Zung)	-.53 *	-.27 *	-.49 **
Angst ("state")	-.27 *		-.31 *
Angst ("trait")	-.46 **	-.27 *	-.43 **
Agressie ("state")		-.29 *	

** : p<.05

* : p<.10

N=24

Tabel 6. Partiële correlaties tussen IPOV-scores voormeting en een aantal andere variabelen nameting gecontroleerd voor hun voormeting bij Hoogduin (1985) Alle partiële correlaties: $p < .10$
D.F.=39

Variabele:	IPOV- man- score	IPOV- vrouw- score	IPOV- paar- score
Dwangmatigheid (IDB)		.21	
Depressie (Zung)	-.21		
Angst ("state")	-.20		

Tabel 7. Pearson-correlaties tussen IPOV-scores en andere variabelen bij Meijer (1987) Alle correlaties: $p < .05$, $N=34$.

	IPOV man- score	IPOV vrouw- score	IPOV paar- score
Variabele:			
Cohesie vader (GDS)	.38		.30
Aanpassing vader (GDS)	-.60		-.39
Soc. Wens. vader (GDS)	.38		.38
Cohesie moeder (GDS)		.32	
Aanpassing moeder (GDS)		-.39	
Soc. Wens. kind (GDS)		.43	.42
Overprotectie vader (A-PARI)		-.42	
Autonomiebevorderende houding vader (A-PARI)	-.33		
Overprotectie moeder (A-PARI)		-.44	-.34
Autocratische houding moeder (A-PARI)	-.38		-.29
Neurotisch-somatische klachten kind (ABV-K)	-.41		-.34
T-schaal (ABV-K)		.30	

Tabel 8. Pearson-correlaties tussen IPOV- en A-PARI-scores bij Polderman et al. (1987)

	IPOV man- score	IPOV vrouw- score	IPOV paar- score
Variabele:			
Overprotectie vader (A-PARI)	-.36 **	-.31 *	-.39 **
Autocratische houding vader (A-PARI)	-.46 **	-.30 *	-.43 **
Autonomiebevorderende houding (A-PARI)	-.32 *		
Zelfbeklag vader (A-PARI)	-.34 *		
Zelfbeklag moeder (A-PARI)		-.31 *	-.28 *

"ONVRIENDELIJKHEID" TUSSEN DE DIRECTIE VAN BLOEMENDAAL EN HET TEAM VAN DE AFDELING OP EIGEN WIEKEN.

Bijdrage Op eigen wieken

Na een lange periode van onduidelijkheid **wisten** we op 7 december definitief: Op eigen wieken moet verdwijnen. Dat doet ons **niet** alleen persoonlijk pijn. Wij vinden dit ook een slechte zaak voor het **behandelaanbod** van Bloemendaal. Wij vrezen dat een specifieke **patiëntengroep** nu buiten de boot zal vallen. Mensen van wie het leven in ernstige **mate** verstoord is door de gevolgen van onder andere jeugdtrauma's. Zij hebben de moed deze trauma's onder ogen te zien en ze te willen verwerken. Die weg om een nieuw bestaan op te bouwen duurt vaak lang en gaat **gepaard** met vallen en opstaan. maar met elkaar hebben wij bewezen dat deze weg vaak zinvol is. Ons behandelresultaat is goed te noemen. De **directie** ontkent dat niet. Toch wil de directie deze behandelvorm binnen Bloemendaal laten verdwijnen. De volgende argumenten worden naar voren **gebracht**.

1. Onze behandeling duurt te lang, **waardoor** er niet genoeg doorstroming binnen Bloemendaal zou zijn.

Ja, onze behandeling duurt vaak lang. Het **kost** tijd voldoende vertrouwen met elkaar te hebben om de diepte in te **gaan** van iemands angst, **pijn**, verdriet, jaloezie en haat. Het **kost tijd** om die gevoelens te herbelevan en het kost tijd om voldoende **vertrouwen** te hebben om een nieuw bestaan op te bouwen. Dit is een moeizaam, vaak pijnlijk proces en zeker niet de makkelijkste weg. Er is **moed** voor nodig, veel moed. Tijd is dus een essentiële factor in onze **behandeling** en - gezien de resultaten - zinvolle bestede tijd.

2. Wij zijn niet erkend als bovenregionale afdeling, **waardoor** we niet meer van buiten de regio kunnen opnemen.

Inderdaad, wij hebben geen bovenregionale functie. De directie heeft zich daar ook nooit sterk voor willen **maken**. Wij nemen nu mensen van buiten de regio Den Haag op. Wij denken echter dat er binnen de Haagse regio voldoende 'markt' is om ons bestaan te rechtvaardigen. De kans om dat te **bewijzen** wordt ons nu **ontnomen**.

3. De directie zegt te moeten kiezen voor doorstroming in plaats van intensieve behandeling.

Wij voldoen inderdaad niet aan het criterium van doorstroming. Maar wij voorkomen wel dat een specifieke groep patiënten vervalt tot zogenaamde 'draaideurpatiënt'.

Officieel zijn dit de redenen en die we kunnen weerleggen. We hebben echter de indruk dat er meer meespeelt. In het NRC Handelsblad van 11 februari 1989 lezen we van onze behandeldirecteur L. Joele over zijn grote voorkeur voor directieve therapie en zijn achteloze afkeur voor de psychoanalytische therapievorm. Hij laat een sombere visie zijn, getuige zijn uitspraken als: "Wat je kunt doen is sowieso marginaal", "Je strompelt van de ene verstoring van het evenwicht naar de andere", "Inhoudelijk helpt niets, aan het eind van het leven is de dood". Onze cliënten bewijzen wat ons betreft het tegendeel. Het is frustrerend en om woedend van te worden, dat een patiëntengroep niet meer kan profiteren van de in jaren opgebouwde 'Know how' van een goed gekwalificeerd behandelteam, zoals dat van Op eigen wieken. heel erg voor een cliëntengroep waarvoor wat ons betreft nu het gevaar dreigt dat zij hun heil zoeken in suïcide of een leven als 'draaideurpatiënt'. Bloemendaal biedt hen geen ander perspectief meer. Momenteel gaat de aandacht vooral naar agressieve patiënten en drugsverslaafden, want de maatschappij heeft daar het meeste last van. Bloemendaal wil die markt wel aanboren. Jammer dat dit ten koste moet gaan van onder andere de groep patiënten die tot nu toe in Op eigen wieken in behandeling waren. Hopelijk is het nog niet te laat.

Het team van Op eigen wieken.

REACTIE OP DE BIJDRAGE VAN EIGEN WIEKEN AAN INTERCOMM

NASCHRIFT OP VERZOEK VAN DE REDACTIE

INTERCOMM MOET VOOR EEN DEEL IN HET GEBRUIK EEN VORM VINDEN. OP VOORHAND WIL IK GRAAG KWIJT DAT EEN PERSONEELSBLAD NIET HET GESCHIKTE MEDIUM IS OM DISCUSSIES TE VOEREN TUSSEN DIRECTIE EN AFDELINGSTEAMS. DE REDEN DAT DAT IK INGA OP HET VERZOEK VAN DE REDACTIE IS NIET GELEGEN IN EEN WENS OM ALLE ARGUMENTEN DIE GEPASSEERD ZIJN IN EEN LANG PROCES VAN AFWEGING NOG EENS OPNIEUW AAN DE ORDE TE STELLEN. IN HET BELEIDSPLAN WORDEN DE REDENEN VOOR DE VERSCHILLENDE BESLISSINGEN UITEENGEZET. IK HEB OVERIGENS BEGRIP VOOR HET FEIT DAT DE BESLISSINGEN MOEILIJK TE VERWERKEN ZIJN VOOR HET TEAM.

DE REDEN DAT IK REAGEER IS, DAT IK DE GEDACHTEN VAN HET TEAM VAN EIGEN WIEKEN, DAT ANDERE OVERWEGINGEN DAN IN HET BELEIDSPLAN AANGEGEVEN WORDEN, TEN GRONDSLAG ZOUDEN LIGGEN AAN DE GENOMEN BESLUITEN, NIET ONWEERSPROKEN WIL LATEN. HET TEAM BASEERT DEZE VERONDERSTELLING OP EEN HEEL EIGEN INTERPRETATIE VAN EEN ARTIKEL IN DE NRC. MIJ WORDT EEN ACHELOZE AFKEURING VAN INZICHTEN UIT DE PSYCHOANALYSE, EN EEN SOMBERE INSTELLING TOEGESCHREVEN. IK HERKEN MIJ IN GEEN VAN BEIDE UITSPRAKEN.

TYPEND VOOR DE DIRECTIEVE RICHTING IN DE PSYCHOTHERAPIE IS NU JUIST DAT GEBRUIK WORDT GEMAAKT VAN MEERDERE INZICHTEN UIT MEERDERE STROMINGEN. VOOR WIE, ZOALS DE SCHRIJVERS KENNELIJK DOEN, VAN CITEREN HOUDT OM ZIJN MENING TE ONDERBOUWEN, WAREN ER EEN AANTAL POSITIEVE ZINSNEDEN TE NOTEREN GEWEEST OVER DE PSYCHOANALYTISCHE ZIENSWIJZE. IK ZAL NIET OP MIJN BEURT AAN HET CITEREN SLAAN; DAT ZOU EEN EVEN VERTEKEND BEELD OPROEPEN ALS DAT WAT DOOR HET TEAM VAN OP EIGEN WIEKEN GESCHILDERT WORDT. VOOR ALLE DUIDELIJKHEID NOG EEN KEER: IK BEN GEEN "GELOVER" IN WELK

SYSTEEM DAN OOK. IK WAARDEER WAT MENSEN BEDACHT HEBBEN AAN METHODES OP GELEIDE VAN HET ZO DUIDELIJK MOGELIJK GEMETEN RENDEMENT BIJ DE BESTRIJDING VAN CONCRETE KLACHTEN. MIJN PERSOONLIJKE VOORKEUREN TEN AANZIEN VAN ELEGANTIE EN ZELFS ARTISTICITEIT VAN BENADERINGEN ZIJN MIJN PERSOONLIJKE ZAAK EN HEBBEN GEEN INVLOED OP DE MANAGEMENTBESLISSINGEN DIE IK -SOMS MET GROTE MOEITE- HEB TE NEMEN.

TOT SLOT: WIE TOCH WIL CITEREN EN HET RISICO VAN DE VERTEKENING NEEMT, ZOU OP Z'N MINST DE ZORGVULDIGHEID MOETEN KUNNEN OPBRENGEN WOORDELIJK JUIST TE CITEREN.

OM MIJN SOMBERE INSLAG TE ILLUSTREREN WORDT MIJ IN DE MOND GELEGD: "INHOUDELIJK HELPT NIETS ETC; ER STAAT: UITEINDELIJK HELPT NIETS ETC. DEZE WOORDEN HEBBEN NIET MEER MET ELKAAR GEMEEN DAN HET AANTAL LETTERGREPEN. INHOUDELIJK ZIJN ZE VRIJWEL ELKAARS TEGENDEEL. WAAROM LEEST MEN WAT ER NIET STAAT? IS DIT NU EEN FREUDIAANSE VERLEZING?

LEEN JOELE.

GEDACHTEN VAN EEN ZEEZEILER
Dick N. Oudshoorn

Inleiding

De lezers van TDT hebben twee dingen met elkaar gemeen:

a) Ze praten met mensen die daar dikwijls na verloop van tijd van opknappen;

b) ze behoren tot een of andere organisatie die voor hen een heleboel regelt om hun het werken werkelijk aangenaam te maken en die hun bovendien een maandelijks bekrachtiger overmaakt. Zowel over zaken sub a) als over zaken sub b) wordt veel geschreven. Meestal schrijf ik over zaken sub a). Nu wil ik enkele opmerkingen maken die meer met sub b) te maken hebben.

Een niet onbelangrijke reden is dat ik zojuist ben teruggekeerd van drie weken zeilen in de Griekse wateren, en daardoor tijdelijk wat verder van het gewone behandelwerk sta.

De wet van Parkinson.

Dit is een zeer bekende wet: "**Werk breidt zich uit tot alle beschikbare tijd is opgevuld**". Dit betekent dat een plichtsgetrouwe functionaris **altijd** druk bezig is, onverschillig of hij een bescheiden stapeltje papieren, dan wel ware **bergen** acten, dossiers en bescheiden op zijn bureau heeft liggen. Hij krijgt dus op een gegeven moment stressklachten. De geijkte oplossing is: zorgen dat er zo snel mogelijk uitbreiding van de personeelsformatie komt. Dat is een kwestie van aandringen op ophoging van het budget, en dat lukt vroeg of laat. Helaas blijkt de oplossing maar kort te werken. De nieuwe medewerker krijgt zijn portie van het werk dat de oude alleen placht te doen en men ontwerpt enige nieuwe formulieren of procedures die men altijd al voor hoogst noodzakelijk hield, omdat daar nu eindelijk de mankracht voor beschikbaar is. Spoedig is ieders tijd weer helemaal opgevuld. Men gaat omzien naar **weer** een nieuwe medewerker. De behoefte aan een duidelijker structuur doet zich gevoelen, zodat een reorganisatie wordt doorgezet die een duidelijke hiërarchie impliceert. De tot leidinggevende functionaris benoemde persoon krijgt het er al snel druk mee en heeft **vanzelfsprekend** een **staf** nodig.

Hoewel er legio redenen zijn aan te voeren waarom het niet zo zou moeten gaan (mij is geen enkel voorbeeld ten faveure bekend) gaan dit soort processen gewoon door tot de wal het schip ooit ergens keert.

De wet van Parkinson is op de keper beschouwd slechts een verbijzondering van een universele wet die aan het ontstaan van het leven en van de soorten ten grondslag ligt, te weten **de wet van de negatieve entropie**. Deze bepaalt dat elementaire deeltjes de neiging hebben zich tot steeds complexere structuren te organiseren.

Negatieve entropie impliceert (toename van) informatie. We beleven een exponentiële toename van op geautomatiseerde verwerking toegesneden formulieren vanaf het moment dat iedereen over het nodige (?) aan computers beschikt. Uit de strenge logica van de wet van Parkinson mag worden opgemaakt dat dit geen vermindering van het aantal formatieplaatsen doch alleen maar een uitbreiding zal opleveren. Voorts zal er informatie worden **opgeëist** door de computers tot hun capaciteit is verzadigd. Dan zal het proces niet stoppen doch zal een **grotere** computer worden aangeschaft met weer véél grotere capaciteit. Ook die zal helemaal opgevuld worden, tenzij er eindelijk eens iemand opstaat die durft te zeggen dat dit allemaal belachelijk en overbodig is.

Tegenover de wet van de negatieve entropie staat **de wet van de (positieve) entropie**. Deze luidt zo ongeveer: alle structuren hebben de neiging af te brokkelen en alle energie en informatie heeft de neiging zich over een oneindige ruimte te verspreiden wat praktisch neerkomt op verdwijnen.

Als deze wet waar is, is dan de wet van de negatieve entropie onwaar? Nee, want dan kon ik hier niet achter een tekstverwerker met beeldscherm zitten te schrijven. Maar als de wet van de positieve entropie niet waar was zouden apparaten het eeuwige leven hebben, en we weten integendeel dat ze binnen de kortste keren weer hopeloos verouderd, of zelfs **onherstelbaar defect** zijn. Ik wijs er op dat de consequentie van de geldigheid van dit tweetal wetten in de metafoor van Sisyphos is uitgebeeld. Relaties, situaties, organisaties, kortom leven is nooit iets stabiels; we moeten telkens opnieuw de zware steen, tegen de zwaartekracht

in, tegen de berg oprollen. Dat vergt energie, technologie en motivatie.

Een tweede wet

Dit is de **wet van het behoud van frustratie** (ongeluk, onvrede, stress). Deze wet komt erop neer dat iemand, wat hij ook aan zijn omstandigheden verbetert, telkens opnieuw moet constateren dat het bereikte niets wezenlijks heeft afgedaan aan zijn mate van ongenoegen. Politici, vakbondsleiders en managers, maar ook behandelaars weten dit maar al te goed. Na Sinterklaas maken onze kinderen geen gelukkiger indruk dan ervoor en in de tachtiger jaren maken de mensen geen tevredener indruk dan in de magere vijftiger jaren. Het bezit van de zaak is het einde van 't vermaak.

Levert het tegenovergestelde van deze wet eengeldige wet op? Mag je zeggen: "Wat er ook verslechtert aan iemands omstandigheden, na korte tijd zal blijken dat dit gebeuren niets substantieels heeft afgedaan aan zijn mate van geluk."? Het zou betekenen dat geluk en ongeluk betrekkelijk onafhankelijke gegevenheden zijn.

Het is menselijk dat iemand zijn ongeluk altijd ergens aan toeschrijft (een ramp, trauma, gemis), maar gaat die vlieger op de keper beschouwd wel op? Soms? Meestal? Nooit? Nu de posttraumatische stressstoornis zoveel opgang maakt wordt er eenzijdig gekeken naar de ernst van de van buitenaf komende ellende en te weinig naar de persoonlijkheid, zijn incasseringsvermogen en wat dies meer zij. Versta me goed, ik twijfel niet aan de ontzaglijke ellende waaraan hopeloos velen worden blootgesteld, noch aan de schade die de slachtoffers oplopen die in veel gevallen wel blijvend zal zijn. Maar toch is dezelfde ellende voor de één andere ellende dan voor de ander. Dat is natuurlijk niets nieuws. Maar is het mogelijk dat individu N die aan traumatische situatie A is blootgesteld en momenteel op een gefrustreerdheidsschaal 7 scoort, nu óók 7 zou scoren als hij aan trauma Y (of zelfs aan geen enkel trauma) was blootgesteld geweest?

En is het mogelijk dat iemand na (en dus klaarblijkelijk ondanks) het doorstaan van een ernstig trauma **gelukkig** is?

Het Peter-principe

Op het oog lijkt deze beroemde wet strijdig met de wet van behoud van frustratie en met de wet van behoud van geluk. Laurence J. Peter stelde: "In een hiërarchie zijn individuen ertoe geneigd te promoveren tot ze tenslotte hun niveau van incompetentie hebben bereikt." Dit lijkt immers op toename van frustraties. Dat hoeft echter niet per se zo te zijn. Want waarom willen die mensen zo nodig alsmaar hoger in de piramide? Zeker niet omdat ze zo gelukkig c.q. vrij van frustraties zijn op de post die ze op dat moment bezetten, doch in tegendeel omdat ze de illusie hebben dat ze op die hogere post gelukkiger zullen **worden**, c.q. minder gefrustreerd zullen zijn. Ze komen bedrogen uit. Het ene type frustratie heeft plaats gemaakt voor een ander soort ellende.

Een laatste tweetal wetten

Deze meen ik zelf te hebben geformuleerd (net als het wiel voor de duizendste maal ongetwijfeld). Deze wet gaat op in organisaties waar mensen samenwerken. Het is **de wet van de reciproke escalatie van wanprestaties**. Ik geef een voorbeeld: een bespreking is om twee uur gepland. De plichtsgetrouwen inclusief de voorzitter zijn punctueel en moeten wachten op de overigen. Die komen tien minuten later binnen met een excuus (dat voortkomt uit de wet van Parkinson en ze demonstreren zodoende, zonder dit te beseffen, slachtoffer te zijn van het onverbiddelijke Peter-principe). Zodoende begint de vergadering twaalf minuten later dan afgesproken was. Enkelen zullen de volgende maal weer stipt op tijd zijn, maar anderen zullen de volgende maal om twee minuten voor twee toch nog even een dringend telefoontje plegen, omdat de voorzitter toch op een paar laatkomers moet wachten. (Als ik op mijn supervisanten zit te wachten komt precies op tijd nummer één binnen, zegt: 'Oh ik zie dat er nog niemand is' en verdwijnt weer, terwijl ik hem nabulder: 'maar ik ben er wè!'.)

De derde keer is de voorzitter zelf iets verlaat, maar blijkt nog niet de laatste te zijn. De wet van de reciproke escalatie van wanprestaties maakt niet allen duidelijk waarom vergaderingen nooit op tijd beginnen, maar ook waarom een kleine commissie beter werk levert dan een grote, waarom brieven in een organisatie doorgaans weken te laat worden geschreven, waarom scholieren beduidend magerder resultaten boeken dan waartoe ze in staat zijn en ga zo maar door.

Is deze wet omkeerbaar? Met andere woorden, bestaat er een **wet van de reciproke escalatie van prestaties**? Ja, dat geloof ik stellig. Simpele afleidingen van deze wet zijn: "goed voorbeeld doet goed volgen" en "gezonde competitie leidt tot betere prestaties". Het TDT is er het voorbeeld par excellence van!

BEHANDELING VAN CONVERSIES MET HYPNOSE: EEN PILOT STUDY

Kees Hoogduin
Richard van Dyck
Else de Haan

Prof.dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar Psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer van de K.U. Nijmegen.

Prof.dr. R. van Dyck is als hoogleraar Ambulante en Sociale Psychiatrie verbonden aan de V.U. Amsterdam.

Drs. E. de Haan is adjuncthoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Correspondentie-adres:
Prof.dr. C.A.L. Hoogduin
Reinier de Graaf Gasthuis
Reinier de Graafweg 11
2625 AD DELFT

Samenvatting:

Er zijn diverse manieren om patienten met een conversie te behandelen. Een klinische behandelingsstrategie bestaande uit hypnose wordt besproken. De relatief gunstige behandelresultaten van 8 patienten met een motorische conversiestoornis worden beschreven.

In de discussie wordt stil gestaan bij de problemen rond de diagnostiek.

95

TREATMENT OF CONVERSION DISORDER WITH HYPNOSIS: A PILOT STUDY

Summary:

There are several techniques for the treatment of patients with a conversion disorder. A treatment procedure using hypnosis is discussed. De relatively favourable treatment results and follow-up of 8 patients with a motor conversion disorder are described. In the discussion special attention is given to the difficulties in diagnosing of this disorder.

BEHANDELING VAN CONVERSIES MET HYPNOSE: EEN PILOT STUDY

1. Inleiding:

In D.S.M.III-R (APA, 1987) wordt over een conversiestoornis gesproken als het klinisch beeld voldoet aan de volgende (enigszins samengevatte) diagnostische criteria:

- verlies van of verandering in een lichamelijke functie, wat zou kunnen wijzen op een somatische aandoening
- psychologische factoren worden beschouwd van etiologische betekenis te zijn, met name is er een verband in de tijd tussen psychosociale stressoren - samenhangend met een psychologisch conflict of behoefte - en het ontstaan of sterk verergeren van de klachten;
- de patient veroorzaakt de klachten niet opzettelijk. De klachten staan niet onder invloed van de wil;
- de klacht kan niet verklaard worden uit een somatische aandoening en behoort evenmin tot een cultureel geaccepteerde wijze van reageren
- de klacht is niet beperkt tot pijn of tot een seksueel probleem.

In D.S.M.III-R. worden als antecedente factoren van conversieverschijnselen genoemd:

- Een lichamelijke ziekte, bijv. een ischialgie voorafgaande aan een verlamd been.
- Contact met mensen die bepaalde somatische aandoeningen hebben of een conversie-stoornis hebben
- Blootstelling aan extreme psychosociale stress.

De conversiestoornis laat zich vaak moeilijk onderscheiden van somatische, met name neurologische aandoeningen. Niet minder dan 25-60% van de patienten met de diagnose conversiestoornis blijkt later een ernstige (neurologische) stoornis te hebben (Weintraub, 1983; zie ook: Slater & Glithero, 1965).

Nadrukkelijk moet de conversiestoornis onderscheiden worden van simulatie en van een nagebootste stoornis. Bij deze twee stoornissen gaat het om doelbewust en opzettelijk voorwenden van bepaalde symptomen om respectievelijk een doel te bereiken of de positie en rol van zieke te verwerven.

97

In dit artikel wordt de relatie tussen conversie-verschijnselen en hypnosefenomenen besproken. Hypnose is van oudsher een behandeling die toegepast wordt bij conversieverschijnselen. Er blijken desondanks nauwelijks onderzoeksgegevens voorhanden die deze handelwijze kunnen ondersteunen. Dat hypnose bij bepaalde patiënten van nut kan zijn lijkt desondanks op theoretische gronden aannemelijk.

De behandelresultaten en follow-up besproken van 11 patiënten die met de diagnose motorische conversiestoornis voor behandeling werden aangemeld.

2. Conversie en hypnose:

Wanneer conversieverschijnselen vergeleken worden met het gedrag van proefpersonen onder hypnose zijn er opvallende gelijkenissen. Het was Charcot die tijdens zijn colleges - bewerkt door Freud, in 1892 uitgegeven - deze gelijkenis als volgt samenvatte; "De behandeling (van een patient met een conversieverlamming) is vergelijkbaar met een methode die toegepast wordt om proefpersonen bij wie een verlamming bewerkstelligd is, met behulp van suggesties weer van die verlamming te bevrijden. De therapie die bij de hysterotraumatische verlamming wordt toegepast is gebaseerd op de overeenkomst met de in hypnose opgewekte verlamming".

Als definitie van hypnose wordt Orne's beschrijving (1980) gehanteerd: "that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception of memory". Het is door hypnose mogelijk bepaalde percepties te veranderen, bijv. de beleving van pijn, koude, warmte en andere zintuigsensaties (Van Dyck, 1983, Frankel, 1978). Ook bij patiënten met conversieverschijnselen doen zich dergelijke perceptieveranderingen voor. Patiënten beleven hun been als verlamd en ze voelen zich verlamd. Ze gedragen zich als mensen die menen op organische gronden verlamd te zijn.

Stoornissen, zoals die gezien worden bij conversiepatiënten blijken opgewekt en weer tot verdwijnen gebracht te kunnen worden bij zeer goed hypnotiseerbare proefpersonen door hypnose.

Het feit dat met hypnose sterk op conversieverschijnselen gelijkende symptomen kunnen worden opgeroepen, biedt echter geen

98

garantie dat de conversieverschijnselen langs dezelfde weg tot verdwijnen gebracht kunnen worden. Na een literatuurstudie met betrekking tot effectonderzoek van hypnose bij conversie blijkt dat gecontroleerd onderzoek vooralsnog ontbreekt (Van Dyck, 1987). Wel werden twee gecontroleerde effectstudies gevonden waarin verschillende niet-hypnotische suggestieve interventies werden vergeleken; voor ons onderwerp zijn ze toch ook wel relevant. Hafeiz (1980) vergeleek bij 61 patienten met conversieverschijnselen vier verschillende behandelingsstrategieën: (1) elektrische stimulering van de ledematen; (2) de electroslaapmachine; (3) intraveneuze toediening van een barbituraat; (4) intraveneuze toediening van een amfetamine. De behandelingen waren eenvoudig en kort: aan de patienten werd aangekondigd dat zij door de toe te passen therapie zouden herstellen. De verbeteringspercentages, volgens een globaal klinisch oordeel van de behandelaars, waren voor drie van deze behandelingen uitstekend: 90% voor de elektrische stimulering en ruim 80% voor de electroslaap en voor de amfetamine-injecties. De behandeling met het barbituraatinfuus gaf maar in 20% van de gevallen succes. Mogelijk was dit het gevolg van een te hoge dosering van het middel (250 mg Natrium Amytal); in vijf minuten zal dit het bij de meeste mensen een volledig bewustzijnsverlies veroorzaken. Scallet et al. (1976) voerden ook een dubbelblind vergelijkend onderzoek uit met drie vormen van suggestieve therapie bij 17 patienten met conversieverschijnselen. De behandelingscondities waren: (1) autogene training gecombineerd met aansluiting op electroslaapparaat zonder dat het toestel werd ingeschakeld; (2) autogene training met een electroslaapparaat dat zodanig was aangesloten dat de elektrische stroom niet door de hersenen passeerde, maar uitsluitend langs de buitenkant van de schedel ging, en (3) autogene training gecombineerd met het op de voorgeschreven manier aangesloten electroslaapparaat zodanig dat de stroom door de hersenen passeerde. De resultaten werden voor alle patienten beoordeeld op schalen voor angst, depressie, somatische klachten en slaapstoornissen. Er is blijkens dit onderzoek geen aanleiding om tot aanschaf van de genoemde apparatuur over te gaan. Significante verschillen bleven achterwege, ook als een minder strenge norm dan het gebruikelijke significantieniveau van 5% werd aangehouden. De trend was zelfs

dat patienten die alleen met autogene training werden behandeld, de bereikte vooruitgang behielden, terwijl zij die perifere of centrale electrostimulatie hadden ontvangen weer achteruit gingen zodra dit onderdeel van de behandeling werd gestaakt.

Uit deze studies blijkt dat suggestieve therapie in principe een bruikbare methode is voor de behandeling van conversiestoornissen.

Naast de reeds genoemde fenomenologische overeenkomst tussen hypnotische verschijnselen en conversiestoornissen berust de rationale van de toepassing van hypnose als specifieke techniek op de bevinding dat patienten met conversiestoornissen doorgaans goed hypnotiseerbaar zijn (Van Dyck, 1987). Er bestaat een ruime casuïstische literatuur van dergelijke behandelingen.

Als we ons beperken tot de grote lijnen en technische subtiliteiten buiten beschouwing laten, kunnen we in de toepassing van hypnose in het algemeen en met name bij conversieverschijnselen twee strategieën onderkennen: een symptoom-gerichte en een explorerende. De eerste is de oudste en bestaat uit het oproepen van verhoogde suggestibiliteit teneinde symptomen in gunstige zin te beïnvloeden. Bij de explorerende benadering worden technieken gebruikt zoals revivificatie of leeftijdsregressie om een oorzaak van de klachten te ontdekken, eventueel gevolgd door symptoom-gerichte suggesties.

De in deze pilot study toegepaste behandeling omvat een combinatie van deze twee strategieën. Bovendien worden los van hypnose verschillende andere maatregelen toegepast. Eerst wordt onderzocht of er traumatische belevingen waren die vooraf gingen aan het ontstaan van de conversieverschijnselen. In dat geval wordt begonnen met een revivificatie en vervolgens wordt geprobeerd de symptomen op directe en indirecte wijze te beïnvloeden. Is er geen sprake van een dergelijk psychotrauma dan wordt volstaan met directe en indirecte beïnvloeding van de symptomen.

In zijn geheel ziet de hier voorgestelde behandelingsstrategie er als volgt uit:

- Een rationale, waarin gesteld wordt dat de klachten een gevolg zijn van onverwerkte, heftige emoties en dat bij herbeleving van de betreffende gebeurtenis alsnog de emoties verwerkt zullen worden, waarna de klachten mogelijk zullen verminderen. Als illustratie van

functiestoornissen ten gevolge van emoties wordt genoemd: de stem kwijtraken van schrik, verlamd zijn van angst (zie ook Hoogduin, 1987a).

- Een formele trance-inductie met een revivificatie, waarbij de patient aangemoedigd wordt de eventuele emoties vrijelijk te uiten. Het is niet ongewoon dat herstel van gevoel of functie gepaard gaat met pijn of dysaesthesieën. De beleving van dergelijke verschijnselen wordt als een eerste verbetering gesignaleerd: er is gevoel, weliswaar pijn, in plaats van geen gevoel en dit kondigt verder herstel aan.
- Posthypnotische suggesties. Aan het eind van de zitting wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat verdere verwerking plaats zou kunnen vinden, bijv. 's nachts tijdens de slaap in de vorm van dromen.
- De toepassing van directe en indirecte suggesties ter vermindering van de klacht. (Hoogduin 1987b, Hoogduin & v.d. Kraan, 1988).
- Het voorkomen van gezichtsverlies. Dit kan bereikt worden door de revivificatie als zwaar en ingrijpend te bestempelen, een uitspraak die bij voorkeur in de aanwezigheid van de partner of ouders wordt gedaan. De behandeling zwaar en ingrijpend noemen sluit aan bij de rationale dat de patient in een eerdere fase het niet aankon de hevige emoties te verwerken.
- Revalidatie. Wanneer na jaren klachten de verbetering op gang is gekomen, is een goede fysiotherapeutische revalidatie en begeleiding vaak noodzakelijk.
- Beïnvloeding van de eventuele stresserende factoren die bijgedragen hebben tot het ontstaan van de stoornis.
- Beïnvloeding van de eventuele bekrachtiging van de stoornis in de leefsituatie van de patient. Dit houdt veelal in: correctie van de attitude van de partner of ouders, die vaak van grote betekenis zijn voor het in stand houden van de opvatting dat het om een lichamelijke stoornis gaat (Taylor, 1986).

Wanneer er geen indicatie gevonden wordt voor de revivificatie dan blijft dit element achterwege. De rest van de behandelingsstrategie blijft behouden, met name de directe of indirecte

beïnvloeding van de symptomen, met een plausibele rationale, formele trance-inductie en posthypnotische suggesties. Het voorkomen van gezichtsverlies, revalidatie en beïnvloeding van eventuele antecede en consequente factoren blijven eveneens deel uitmaken van de behandeling.

3. De patienten:

Van 1980 tot medio 1987 hebben zich in het Hippolytus Ziekenhuis 11 patienten aangemeld voor behandeling van hun motorische verlamming. Hoewel alle patienten neurologisch onderzocht waren - 10 patienten klinisch en 1 patient poliklinisch - werd bij 3 patienten alsnog een lichamelijk lijden gevonden. bij deze patienten werden respectievelijk een olivo-pontocerebellaire atrofie, multiple sclerose en een meningioom gediagnosticeerd. Twee van de drie patienten waren van het mannelijk geslacht. Bij alle drie was er sprake van een spastische verlamming. Bij 8 patienten kon opnieuw geen lichamelijke oorzaak gevonden worden. Van deze 8 patienten worden achtereenvolgend besproken: de aard van de klachten, eventuele relevante antecedente factoren, de duur van de klachten, hypnotiseerbaarheid, de duur van de behandeling en het behandelingsresultaat bij follow-up.

- De aard van de klachten (zie tabel 1). De 8 patienten hadden een slappe verlamming, geheel of gedeeltelijk, niet wisselend van ernst. Bij één patient bestond atrofie, oedeem en cyanose. Vijf patienten waren aan een rolstoel gekluisterd. Drie patienten bewogen zich voort met behulp van krukken.

Tabel 1. Overzicht van de gegevens van de acht patienten.

Nr.	Lft.	Gesl.	Bevindingen	Relevante pre-morbide klachten.	Duur lichamelijke aandoeningen
1.	26	0	- slappe verlamming li. onderbeen (totaal) - cyanose - oedeem - atrofie	- ski-ongeval met pijn in li. been en lies	3 jr.
2.	49	0	- slappe hemiparese rechts (gedeeltel.) - niet in staan zonder hulp te lopen.		3 wk.
3.	41	0	- slappe paraparese van de benen (totaal)	- H.N.P.-klachten	8 jr.
4.	54	0	- slappe paraparese (totaal) - contractuur van de voet	- rugklachten met milde degeneratieve afwijking van de wervelkolom.	2 jr.
5.	58	0	- slappe paraparese (gedeeltelijk)	- rugklachten met ernstige degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom.	4 wk.
6.	51	0	- slappe verlamming li. been; re. arm (gedeeltelijk)	- i.a.a. trauma capitis en commotio cerebri	6 mnd.
7.	34	0	- slappe verlamming li. onderbeen (totaal) - cyanose - oedeem	- rugklachten e.c.i.	6 mnd.
8.	22	0	- slappe verlamming re. onderbeen (totaal)	- eczeem en jeuk beide onderbenen	7 mnd.

- **Relevante antecedente factoren.** Bij 7 van de 8 patienten bestonden eerdere somatische klachten in het aangedane lichaamsdeel, 2 maal na een ongeval gevolgd door klinische observatie en 4 maal rugklachten en éénmaal eczeem en jeuk. bij alle 8 patienten konden stressfactoren aangegeven worden die ernstig genoeg werden om een etiologische betekenis voor de klacht te hebben. Patient 1 en 5 kregen de klachten in aansluiting aan de dood van de partner. Patienten 2, 3 en 4 hadden ernstige relatieproblemen voorafgaande aan de klachten. De patienten 6, 7 en 8 voelden zich ten gevolge van de eisen van gezin en werk voortdurend overbelast. Grote voorzichtigheid is echter geboden. In ieders leven immers heeft wel eens een ernstig voorval plaats en voor velen onder ons is het leven niet echt een feest. Ook bij de drie patienten met een neurologische verklaring voor de klachten werden duidelijke stressfactoren gevonden. Een patient had grote problemen met de mensen uit de buurt ten gevolge van veelvuldige pedofiele contacten. Bovendien was hij recent impotent geworden. De ander woonde alleen en had hevige conflicten met haar familieleden. De laatste was gehuwd met een vrouw met ernstige psychiatrische stoornissen en bovendien was zijn zaak voorafgaande aan zijn klachten failliet gegaan.

- **De duur van de klachten** bedroeg 3 weken tot 8 jaar. Bij 6 patienten bestonden de klachten langer dan 6 maanden.

- **De hypnotiseerbaarheid** werd bepaald met behulp van de Stanford Hypnotic Clinical Scale, voor Nederland bewerkt door Oyen en Spinhoven (1983). Bij 7 patienten werd de SHCS bepaald. De gemiddelde score bedroeg 3.1. Vijf van de 7 patienten bleken goed tot zeer goed hypnotiseerbaar (zie tabel 2). Het gegeven uit de literatuur dat patienten met een conversie een meer dan gemiddelde hypnotiseerbaarheid vertonen wordt dus bevestigd.

Tabel 2. Overzicht van de behandeling (H = hypnotiseerbaarheid, gemeten op SHCS).

Pat.	Duur van de behandeling op de PAAZ		H	Behandelingsresultaat bij follow-up	termijn
	Klinisch	Poliklinisch			
1.	23 wk.	35 zt.	5	Volledig herstel, werkt hele dagen.	24 mnd
2.	2 wk.	3 zt.	5	Volledig herstel. Na 1 jaar recidief van 1 week.	48 mnd
3.	30 wk.	4 zt.	n.v.	Vrijwel volledig herstel. Doet huishouden weer zelf.	18 mnd
4.	6 wk.	8 zt.	3	Heeft klapvoet als restverschijnsel. Met beugel redelijk herstel.	8 mnd
5.	5 wk.	2 zt.	3	Volledig herstel.	73 mnd
6.	18 wk.	7 zt.	1	Redelijk herstel, kan weer 1 uur wandelen.	6 mnd
7.	-	16 zt.	4	Verbeterd, kan goed lopen. Pijn in de rug onveranderd.	18 mnd
8.	5 wk.	3 zt.	1	Goed verbeterd. Loopt zonder hulpmiddelen met wat schommelende gang.	12 mnd

- De behandeling vond klinisch plaats bij 7 van de 8 patienten. De opnameduur varieerde van 2 weken tot 30 weken. Bij patienten met een lange opnameduur werd vaak maanden besteed aan klinische revalidatie. Voor alle patienten gold dat binnen één maand een eerste verbetering bereikt werd. Alle patienten bleken tenslotte in staat langer dan 30 minuten zonder hulpmiddelen te lopen.

- De conditie bij **follow-up** na tenminste 6 maanden is onverdeeld gunstig gebleven en bij 2 patienten verder verbeterd. Geen van de patienten gebruikt nog hulpmiddelen zoals een stok, krukken of een rolstoel. Eén patient (no. 2) maakte na 1 jaar een kortdurend recidief door. In de daarop volgende drie jaar bleef zij verder klachtenvrij. Er is bij de meeste patienten wel sprake van restverschijnslen. Patient 4 heeft een klapvoet, de patienten 3 en 6 klagen na veel staan en/of lopen (langer dan 1 uur) over sterke vermoeidheid. Patient 7 heeft nog een beperkte actieradius tengevolge van persisterende rugpijn. Patient 8 kan alles weer doen, maar loopt met een merkwaardige schommelende gang, een loopstoornis waar geen somatische verklaring voor gevonden kan worden. Het lukte niet deze gang in gunstige zin te beïnvloeden.

4. Discussie:

Het gunstige therapieresultaat kan niet zonder meer worden toegeschreven aan de toepassing van hypnose. Zoals in het voorafgaande is betoogd kunnen uiteenlopende suggestieve benaderingen effectief zijn bij de behandeling van conversiever-
schijnslen. Bovendien werden meer maatregelen dan alleen hypnose toegepast. Zeven van de 8 patienten werden opgenomen in een PAAZ. Tijdens deze opname vond de hypnotherapie plaats, meestal in wekelijkse zittingen. Een opname heeft belangrijke gevolgen voor de patienten. De antecedente en consequente factoren, die mogelijk van betekenis waren voor het ontstaan en in stand houden van de symptomatologie, kunnen door de opname alleen al verande-

ren, bijvoorbeeld wanneer het aannemelijk is, dat de directe oorzaak van de klachten in de dagelijkse omstandigheden van de patient gelegen is. Ook het klimaat op de afdeling lijkt van belang. Op de PAAZ werd er zorgvuldig op toegezien dat de patient geen gezichtsverlies leed. De behandeling werd als zwaar omschreven. De revivificatiezittingen, waarbij immers ernstige ervaringen herbeleefd werden, vereisten moed en doorzettingsvermogen van de patient. Iedere verbetering werd op de afdeling met groot enthousiasme ontvangen.

Een gunstig resultaat zoals hier beschreven wordt, is ook eerder in de literatuur vermeld. Carter (1949) bijvoorbeeld beschrijft de therapieresultaten van 13 patienten met verlammingen die met hypnose of penthotal-sessies behandeld zijn. Deze 13 patienten herstelden allen. De follow-up gegevens van patienten met conversies laten echter zeer uiteenlopende resultaten zien. Een oorzaak van deze uiteenlopende bevindingen berust op de onduidelijkheid met betrekking tot de gestelde diagnose. Conversieverschijnselen in het kader van een somatisatiestoornis zullen bij follow-up een geheel ander beeld laten zien dan een geïsoleerde verlamming na een ernstig psychotrauma. Zo vermelden Gatfield en Guze (1962) dat niet minder dan 21 van de 24 onderzochte patienten bij follow-up na 2,5 - 10 jaar nog steeds als psychiatrisch ziek beschouwd moesten worden.

Wanneer de hier beschreven patienten nader bekeken worden, valt het op dat het in alle acht van de gevallen ging om vrouwelijke patienten; een overmaat van vrouwelijke patienten met conversie wordt in de literatuur vaker vermeld. Folks et al. (1984) meldt dat in zijn populatie 88% van de patienten van het vrouwelijk geslacht zijn. Gatfield en Guze (1962) vinden 84% vrouwen en 16% mannen; Raskin et al. (1966) resp. 91% en 9%. Wanneer er sprake is van manlijke patienten gaat het meestal om soldaten in oorlogstijd. Carden et al. (1966) bijv. bespreken 12 manlijke patienten die op de Filippijnen werden onderzocht. Ze werden daar opgenomen tijdens de Vietnam-oorlog.

Opvallend is dat van de 3 patienten met een verdenking op een conversiestoornis, maar die een neurologische ziekte bleken te hebben, 2 manlijk waren. Conversieverschijnselen lijken bij mannen beduidend minder voor te komen.

Een andere bevinding was dat de 8 patienten zonder neurologische aandoening, die geheel of gedeeltelijk herstelden, alleen een slappe verlamming hadden. Bij de patienten met een neurologische stoornis bleek er steeds een als spastisch imponerende verlamming te bestaan. Het is echter onjuist te veronderstellen dat een conversieverlamming altijd een slappe verlamming zal zijn. Fahn et al. (1988) beschrijven dat in 5% van de gevallen van dystonie er sprake is psychogenie, waarbij een voorkeur zou bestaan voor onderste ledematen.

De 11 patienten waren van tevoren uitvoerig neurologisch onderzocht. Tien van de 11 werden op een neurologische afdeling geanalyseerd. Het is duidelijk dat een dergelijk onderzoek nog altijd geen zekerheid geeft omtrent de diagnose. Immers in drie gevallen werd alsnog een neurologische ziekte gevonden. Er zijn een viertal situaties te noemen die de differentiaal diagnose conversie en somatisch lijden kunnen bemoeilijken:

- het gedrag van de patient is suggestief voor een conversiestoornis vanwege een premorbide theatrale persoonlijkheid;
- een neurologische ziekte kan zich in de beginfase manifesteren als een atypisch conversief aandoend beeld;
- een neurologische ziekte kan ontstaan bij een patient met conversiestoornis;
- een conversiestoornis ontstaan bij een patient met een neurologische stoornis.

Eerder werd gesteld dat er bij 25-60% van de patienten bij wie de diagnose conversiestoornis werd gesteld, later een somatische verklaring bleek te zijn voor hun klachten (Weintraub, 1983). Omgekeerd bleek uit een onderzoek van Tissenbaum et al. (1951) dat van 395 neurologische patienten die onderzocht werden op eerder gestelde diagnoses, 53 (13.4%) een psychiatrische stoornis hadden gehad (waaronder 17 maal een conversiestoornis). Het duurde gemiddeld ruim 4 jaar voordat de juiste neurologische diagnose gesteld werd.

Samenvattend kan gesteld worden dat klinische behandeling waarbij hypnose toegepast wordt, de mogelijkheid van een gunstig

resultaat voor patienten met een motorische conversiestoornis lijkt in te houden. Of de hypnose ook in alle gevallen een essentieel element in de behandeling was, staat niet vast. Er is alle aanleiding voor een gecontroleerd onderzoek naar de betekenis van hypnose bij de behandeling van conversiestoornissen.

LITERATUUR:

- APA (1987), Diagnostic and Statistical Manual of Manual Disorders. Third Edition, Revised. Washington: American Psychiatric Association.
- Carden, N.L., Schramel, D.S. (1966), Observations of conversion reactions seen in troops involved in the Viet Nam conflict. American Journal of Psychiatry, 123, (1), 21 - 31.
- Carter, A.B. (1949), The prognosis of certain hysterical symptoms. Britisch Medical Journal, 1, 1076 - 1979.
- Dyck, R. van (1983). De toepassing van hypnose in de geneeskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 127, 1725 - 1729.
- Dyck, R. van (1987), Hypnose bij conversieverschijnselen. Directieve therapie, 3 *7), 192 - 210.
- Fahn, S. Williams, D.T. (1988), Psychogenic dystonia. In: S. Fahn et al. (Eds.) Advances in Neurology, 50: Dystonia 2. p. 431-456. New York: Raven Press.
- Folks, D.G., Ford, C.V., Regan, W.M. (1984), Conversion symptoms in general hospital. Psychosomatics. 25, 285-295.
- Frankel, F.H. (1978), Hypnosis and altered states of consciousness in treatment of patients with medical disorders. In: T.B. Karasu & R.I. Steinmuller (Eds.) Psychotherapeutics in Medicine. New York: Grune & Stratton.
- Gatfield, P.D., Guze, S.B. (1962), Prognosis and differential diagnosis of conversion reactions. Diseases of the Nervous System, 11, 623-631.
- Hafeiz, H.B. (1980), Hysterical conversion: a prognostic study. Britisch Journal of Psychiatry, 136, 548 - 551.
- Hoogduin, C.A.L. (1987a), De motivering voor psychotherapie bij patienten met een somatoforme stoornis. Tijdschrift voor psychotherapie, 13 (1), 15 - 19.
- Hoogduin, C.A.L. (1987b). De behandeling van een vrouw met (pseudo)hemibalisme. Tijdschrift voor psychotherapie, 13, (2), 87 - 91.
- Hoogduin, C.A.L. & V. v.d. Kraan (1988), De toepassing van katalepsie bij conversie. Directieve therapie, 7 (4) 301 - 309.
- Orne, M.T. (1980), On the construct of hypnosis: how its defenition affects research and clinical application. In: G.D. Burroes & L. Dennerstein (Eds) Handboek of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. p. 29 - 49. Amsterdam: Elsevier.

- Oyen, F., Spinhoven, Ph. (1983), Nederlandse bewerking van de SHCS. Directieve Therapie, 2 (3), 155 - 172.
- Raskin, M., Talbott, J.A., Meyerson, A.T. (1966), Diagnosis of conversion reactions, J.A.M.A., 197 (7), 102 - 106.
- Scallet, A., Cloninger, C.R., Othmer, E. (1976), The management of chronic hysteria: a review and double-blind trial of electrosleep and other relaxation methods. Diseases of the Nervous System, 37, 347 - 353.
- Slater, E., Glithero, E. (1965), A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria. Journal of Psychosomatic Research, 9, 913 -
- Taylor, D.C. (1986), Hysteria, play-acting and courage. British Journal of Psychiatry, 149, 37 - 41.
- Tissenbaum, M.J., Harter, H.M., Friedman, A.P. (1951), Organic neurological symptoms diagnoses as functional disorders. J.A.M.A., 147 (16), 1519-1521.
- Weintraub, N.I. (1983), Hysterical conversion reactions. Lancaster: M.T.P.

**PREDICTIE VAN THERAPIERESULTAAT MET BEHULP VAN
LINGUISTISCHE ANALYSE VAN HET INTAKEGESPREK**

Cas Schaap

Pety Toutenhoofd

Kees Hoogduin

Correspondentie: Dr. C. Schaap, Universitair Hoofddocent
Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkeidsleer
Katholieke Universiteit Nijmegen, Montessorilaan 3,
6500 HE Nijmegen

Maart 1989

SAMENVATTING

In dit explorerend onderzoek werd een zestal op video vastgelegde intakegesprekken van patiënten met een dwangneurose onderzocht met behulp van begrippen uit de Functionele Grammatica. De Functionele Grammatica is een functionele visie op het verschijnsel taal waarin deze wordt beschreven op een manier die gesproken taal zo dicht mogelijk benaderd. Met het begrip *beheersing* uit de Functionele Grammatica werd onderzocht of patiënten die baat hadden bij een gedragstherapeutische behandeling en zij die dat niet hadden, zich van elkaar lieten onderscheiden. Bij de zes onderzochte patiënten bleek dat het geval te zijn. De resultaten worden bediscussieerd in het licht van het belang van predictie-onderzoek en in het licht van de attributietheorie.

INLEIDING

Uit onderzoek is gebleken dat patiënten met een dwangneurose die baat hebben bij een gedragstherapeutische behandeling met behulp van exposure en response preventie, zich laten onderscheiden van patiënten die geen baat hebben bij een dergelijke behandeling in ernst en duur van de klachten en motivatie voor de behandeling (Hoogduin, 1986). Een ander verschil betrof de kwaliteit van de therapeutische relatie (Hoogduin, De Haan, Schaap & Severeijns, 1988). Hieruit bleek onder meer dat de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals vastgesteld in een vroege fase van de behandeling, een belangrijke predictor voor het eindresultaat is. Daarnaast bleek het mogelijk om met behulp van een aantal psychologische variabelen, met name de mate van depressiviteit, mate van angst, kwaliteit van de relatie met de partner, boosheid, intelligentie, het waanachtig beleven van de klachten en de gemotiveerdheid voor de behandeling in 80% van de gevallen het uiteindelijke behandelingsresultaat juist te voorspellen. Onderzoek naar elementen die van belang zijn voor de predictie van het behandelingsresultaat heeft een grote betekenis. Het voorspellen van het uiteindelijke behandelingsresultaat bij een nieuw aangemelde patiënt zal immers een belangrijke leidraad zijn bij de beslissing de patiënt wel of niet op een bepaalde manier te behandelen.

Vanuit een ander onderzoeksgebied, namelijk het terrein van de taalwetenschappen komt de suggestie naar voren dat verschillen in taalgebruik predicerende waarde zouden kunnen hebben. Zo beschrijft Wenckenbach-Van Bijsterveld (1982) de analyse van het taalgebruik van een schizofrene man. In dat fragment blijkt de patiënt op geen enkele wijze zelf een rol te spelen of verantwoordelijkheid te nemen voor hetgeen onder woorden wordt gebracht. Anders gezegd: Het blijkt dat sommige mensen vermijden onder woorden te brengen dat zij zelf bepaalde situaties of gebeurtenissen onder controle hebben of kunnen hebben. Ze leggen de verantwoordelijkheid voor eventueel optredende veranderingen bij externe factoren, of laten het in het midden. In psychologisch jargon vertaald: De patiënt heeft een externe locus of control, externe attributies, die in zijn taalgebruik tot uiting komen. Deze houding zou dus in principe zonder reactieve zelfrapportage-instrumenten afgeleid kunnen worden uit het taalgebruik. Wenckenbach-Van Bijsterveld (1982) heeft deze analyse uitgevoerd met behulp van de Functionele Grammatica. Hierbij wordt de taal onderzocht als een instrument waarmee mensen met elkaar in communicatieve interactie kunnen treden.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek waarin met behulp van de Functionele Grammatica een zestal intakegesprekken worden geanalyseerd. Het gaat hierbij om drie patiënten die wel en drie patiënten die geen baat hadden bij een gedragstherapeutische behandeling. De vraagstelling bij het onderzoek is of met behulp

van de Functionele Grammatica deze twee groepen patiënten onderscheiden kunnen worden.

FUNCTIONELE GRAMMATICA (FG)

De Functionele Grammatica is een functionele visie op het verschijnsel taal (voor een uitgebreide beschrijving zie: Dik, 1978). Taal wordt onderzocht als een instrument waarmee mensen met elkaar in communicatieve interactie kunnen treden. FG wil zo dicht mogelijk komen bij een beschrijving van de taal zoals deze wordt gesproken en niet als andere grammatica's in een model dat abstraheert van de werkelijkheid.

De pragmatische systematiek van het taalgebruik wordt gezien als het kader waarbinnen de semantische en syntactische opbouw van de taal begrepen moet worden. De syntaxis, op haar beurt, wordt beschouwd als ondergeschikt aan de semantiek: De beschrijving van de syntactische structuren van een taal dient zodanig ingericht te zijn dat het in termen van deze inrichting begrijpelijk gemaakt kan worden hoe taalgebruikers met behulp van de syntactische middelen uitdrukkingen kunnen vormen met een interpreteerbare semantische inhoud, zodanig dat deze uitdrukkingen in actueel taalgebruik tot zinnige communicatieve interactie kunnen leiden.

Binnen de grammatica zelf wordt een belangrijke rol toegekend aan functies van drie verschillende niveaus: (a) semantische functies, die geïnterpreteerd worden als aanduidingen van de rollen die de deelnemers in een beschreven gebeuren spelen; (b) syntactische functies, geïnterpreteerd als functies waarmee een en hetzelfde gebeuren vanuit verschillend perspectief gepresenteerd kan worden; en (c) pragmatische functies, geïnterpreteerd als aanduidingen van de communicatieve functie van de onderscheiden constituenten binnen het ruimere kader van de interactie waarbinnen ze gebruikt worden.

Iedereen die een propositie uit, beschrijft daarmee een bepaalde stand van zaken in de wereld zoals hij/zij die op dat moment ziet. In de FG zijn twee parameters fundamenteel voor een beschrijving van standen van zaken in de wereld, namelijk: Beheersing en Dynamiek. Dynamiek is positief gemarkeerd (+D) als een stand van zaken een gebeurtenis is, dat wil zeggen een verandering en dus een overgang van de ene situatie naar de andere situatie inhoudt. Beheersing wil zeggen dat een van de participanten de beheerser is van de gebeurtenis of de situatie kan doorbreken (+B). Er zijn dan in principe de volgende beschrijvingen van standen van zaken mogelijk:

- | | | | |
|--------------------------------------|----|----|-------------|
| (1) <i>Jan kookt aardappelen</i> | +B | +D | (handeling) |
| (2) <i>Jan staat op tafel</i> | +B | -D | (positie) |
| (3) <i>De aardappelen koken</i> | -B | +D | (proces) |
| (4) <i>De tafel staat in de hoek</i> | -B | -D | (toestand) |

In het eerste geval kan de beheerser van de gebeurtenis, Jan, de gebeurtenis doorbreken; Jan kan ophouden met aardappelen koken. Jan kan in het tweede geval van

de tafel afstappen en daarmee de situatie doorbreken. De aardappelen, in het derde geval, kunnen echter niet vanzelf ophouden met koken en evenmin kan een tafel zijn situatie zelf doorbreken, zoals in voorbeeld (4).

In dit onderzoek is het centrale thema *Beheersing*, waarbij twee aspecten worden onderscheiden, te weten *Beheersingsreductie* en *Beheersingsgeneralisering*.

Beheersingsreductie is een begrip dat geïntroduceerd werd door Wenckenbach-van Bijsterveld (1982). Het is het verschijnsel dat in de taaluiting de Beheerser van een gebeurtenis of situatie afwezig is, vermeden wordt, vaag blijft, bekend verondersteld wordt, bij externe factoren gelegd wordt, of expliciet genoemd wordt in de persoon van iemand anders, terwijl de eigenlijke beheersing van de situatie of gebeurtenis bij de persoon zelf ligt. De volgende voorbeelden uit ons onderzoek illustreren deze beheersingsreductie:

- (5) *Dus daar is dus eigenlijk niks aan gedaan*
- (6) *Ik zat uren aan de piano en dat is weggevallen*
- (7) *Wat ik wilde mocht ook niet*
- (8) *Maar ook allerlei andere dingen min of meer wel of niet in verband daarmee gaan ook niet goed met mij*
- (9) *Hij heeft mij weer in de kleren gekregen*
- (10) *En dus is zo langzaam begonnen met oefeningen*
- (11) *'t Is gewoon zeer grondig handen wassen meestal*

Bij al deze voorbeelden krijgt de luisteraar het gevoel dat er iets onuitgesproken blijft. Bij het eerste voorbeeld (5) rijst onmiddellijk de vraag: Door wie? In voorbeeld (6) moet er iemand zijn die is opgehouden met pianospelen. Bij voorbeeld (7) kun je je afvragen van wie dat niet mocht. Voorbeeld (8): ... *dingen gaan niet goed met mij*. In deze uiting lijken externe factoren verantwoordelijk voor het niet goed gaan. Voorbeeld (9) is heel extreem. Wie anders dan betrokkene zelf kan er voor zorgen zich weer te kleden, weer te werken. Voorbeeld (10): Wie is begonnen met oefeningen? Voorbeeld (11): Wie wast zijn of haar handen? De transcripties van de intake-gesprekken staan vol met dit soort uitingen, vooral met onpersoonlijke constructies als: *Het is een paar keer echt heel erg geweest*.

Wenckenbach-van Bijsterveld (1982) geeft in haar artikel onder andere een fragment van een door een schizofrene man geschreven verhaaltje waarin beheersing van de stand van zaken duidelijk afwezig is of vermeden wordt. Dit noemt zij *Beheersingsreductie*:

(...) De duidelijkheid mag tot klare taal zijn, een gebruik van nauwkeurigheden is in voorbereiding. De prating is evenwel. Een aanhaling van de verdergaanden. Overwinning van de gezelschapsmogelijkheden. Een aanhaling van de voortzetting. Veelgaand komingen. (...)

In het fragment is geen enkele beheerser aan te wijzen. De Agens is verdwenen uit de zinnen en wordt door de schrijver vermeden. Het vermijden van de Agens heeft tot gevolg dat de beheerser die het 'praten' kan doorbreken geheel is verdwenen terwijl er, als er gepraat wordt, toch iemand moet zijn die dit doet of ermee ophoudt of er juist mee doorgaat. Beheersingsreductie komt in dit fragment voornamelijk tot uiting in het vermijden van de Agens. De beheerser is daarmee afwezig of vaag, en wordt vermeden. Dit lijkt typerend te zijn voor het taalgebruik van schizofrenen (Wenckebach-van Bijsterveld, 1982) Het is echter niet de enige vorm waar beheersingsreductie in tot uiting komt.

Hier volgen nog enkele voorbeelden:

- (12) *Jan kookt aardappelen* +B +D
- (13) *De aardappelen worden door Jan gekookt* +B +D
- (14) *De aardappelen worden gekookt* ? +D

De laatste handeling zal allerminst als een vage propositie ervaren worden als de beheerser van de handeling eerder genoemd is, of in een interactieve situatie bij de gesprekspartners bekend is. In hoeverre het relevant is om de beheerser van een handeling expliciet ter sprake te brengen hangt dus af van de interactieve situatie en zal kunnen blijken uit de voortzetting van de conversatie: Een gespreksdeelnemer kan bijvoorbeeld in zijn conversatiebijdrage aangeven dat zijn gesprekspartner ten onrechte veronderstelde dat de beheerser van een handeling hem/haar bekend was (Wenckebach-van Bijsterveld, 1982).

Onder beheersingsgeneralisering wordt verstaan het delen van de beheersing met anderen. Dus niet het vaag houden, vermijden, afwezig laten zijn van de beheersing, maar het betrekken van anderen bij de beheersing, door de taaluiting algemeen te houden door middel van het generieke gebruik van *je, men* of *we*. Dit generieke gebruik staat tegenover het specifieke gebruik van de persoonlijke voornaamwoorden (pronomina).

Voorbeelden hiervan zijn:

- (15) *Dan moet je ook advies opvolgen*
- (16) *Je kan natuurlijk niet jammerend aan de telefoon hangen*
- (17) *Je kan 't weer niet, je schiet weer te kort*
- (18) *Zulke dingen heb je nog nooit bereikt*
- (19) *Maar waarom heb je dan van die wezenloze angsten voor die mensen*

Een van de duidelijkst interactief bepaalde aspecten van verbale interactie is het wisselend perspectief van waaruit de deelnemers zichzelf en elkaar aanduiden met behulp van pronomina als *ik, jij, wij* en *jullie*. Voor een begrijpelijke interactie is pronominale aanpassing noodzakelijk. De gespreksdeelnemers gebruiken deze vorm van modificatie onder meer bij herhalingen:

(20) A: *Ik ben hier op vakantie*

B: *Zo, je bent hier op vakantie*

De vertaling van *ik* naar *jij* is pronominale aanpassing: Het is nodig dat B de uiting vertaalt naar zijn eigen gezichtspunt. Voor B is de *ik* uit de uiting van A *jij*. Wanneer A over zichzelf als *ik* spreekt en daarmee expliciet naar zichzelf verwijst, gebruikt A het individueel perspectief. Ook B doet dit, wanneer B over A spreekt en *jij* gebruikt en daarmee expliciet naar A verwijst. Het individueel-specifiek perspectief kan overgaan in een gezamenlijk-specifiek perspectief wanneer de spreker de hoorder en eventuele anderen verwijst door *wij* of *we* te gebruiken.

Tot nu toe is er gesproken over individueel-specifiek perspectief en gezamenlijk-specifiek perspectief. Tegenover het specifiek perspectief staat het generieke perspectief. Taalgebruikers kunnen van een specifiek perspectief overschakelen op een generiek perspectief. In het generieke perspectief (individueel dan wel gezamenlijk) heeft de uiting betrekking op mensen in het algemeen of op een (schijnbaar) willekeurig individu. Dit generieke perspectief wordt tot uiting gebracht door de pronomina *men, je, we*. In het generieke perspectief wordt alleen het zwakke *we* en *je* gebruikt, dus niet *wij* en *jij*. *Men* en *we* in generiek perspectief komen in informeel taalgebruik niet zo veel voor, maar het generieke *je* is heel gewoon. We gebruiken het allemaal. Niemand zal vreemd opkijken wanneer iemand zegt:

(21) *Je kunt tegenwoordig niet eens meer op straat lopen 's avonds*

Een uiting met *je* kan dubbelzinnig zijn. De interpretatie kan een individueel-specifieke zijn of een generieke.

(22) *Dan moet je ook advies opvolgen*

Hoewel de spreker in zo'n geval over het algemeen wel òf de individueel-specifieke òf de generieke interpretatie op het oog zal hebben, heeft de luisteraar een zekere vrijheid om ofwel de ene ofwel de andere interpretatie te kiezen.

Weijdema (1982) neemt aan dat perspectiefwisseling binnen een bepaalde sequentie niet op willekeurige wijze plaatsvindt, dat wil zeggen dat er omstandigheden zijn waaronder perspectiefwisseling wel of niet kan optreden, en dat wisseling van perspectief een aanwijsbare functionaliteit heeft in het verloop van de interactie. De omstandigheden waarin perspectiefwisseling plaatsvindt zijn onderzocht. Onder andere is geconstateerd dat overschakeling van individueel-specifiek perspectief op het generieke perspectief plaatsvindt wanneer de persoon het gebeuren niet onmiddellijk op zichzelf als individu betreft. Overgang naar het generieke perspectief impliceert dus dat men zich in bepaalde mate verwijdert van het actuele handelen in het hier-en-nu. Dit kan zijn (a) doordat men het actuele handelen plaatst in het licht van meer algemene regels en wetmatigheden, of (b) doordat een algemene eigenschap aan iets wordt toegekend, of (c) doordat de persoon verschil maakt tussen een mogelijkheid in principe (generiek) en wat een en ander voor

hem/haar (individueel-specifiek) te betekenen heeft. Concluderend stelt Weijdemá (1982) dat de spreker door overschakeling op het generieke perspectief zich in bepaalde mate distantieert van het actuele hier-en-nu van zijn/haar handelen.

Teruggaande naar de fundamentele parameters Beheersing en Dynamiek kunnen we stellen dat bij het gebruik van het generiek perspectief (hetzij individueel, hetzij gezamenlijk) wel degelijk sprake is van een beheerser of beheersers. Aangezien de beheerser niet daadwerkelijk vermeden wordt of afwezig is, maar eerder veralgemeniseerd wordt, is hier eerder sprake van een verbreding van de beheersing dan van beheersingsreductie.

In dit artikel zullen we ons verder concentreren op de parameter Beheersing. Deze keuze vindt plaats op grond van Wenckebach-Van Bijsterveld (1982) die aannemelijk maakt dat bij ernstig psychiatrisch gestoorde mensen een grote beheersingsreductie en een lage beheersing een belangrijke rol speelt. We willen onderzoeken of er een samenhang is tussen deze parameters en behandelingsresultaat. We nemen aan dat patiënten die een sterke mate van beheersingsreductie in hun uitingen vertonen een slechtere prognose hebben. Immers zij geven daarmee aan weinig greep op hun klachten en hun leefwereld te hebben. Voor wat betreft beheersingsgeneralisering is een dergelijke relatie met behandelingsresultaat iets minder bij voorbaat duidelijk.

Het onderzoek

In het onderzoek zullen we antwoord proberen te geven op de volgende vragen:

(1) In hoeverre maakt de patiënt gebruik van beheersingsreductie in zijn/haar taalgebruik, hetgeen tot uitdrukking komt in het percentage uitspraken waarin de beheerser van de uiting wordt vermeld? (2) In hoeverre maakt de patiënt gebruik van beheersingsgeneralisering hetgeen tot uitdrukking komt in het gebruik van *je, we* of *men* met een generiek perspectief? (3) In hoeverre hangen beheersingsreductie en beheersingsgeneralisering samen met behandelingsresultaat?

Patiënten.

Het onderzoek betrof drie vrouwelijke en drie mannelijke patiënten met de diagnose Obsessief-Compulsieve Stoornis (DSM-III) die zich aanmeldden bij de Psychiatrische Polikliniek van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft. Na een intakegesprek kregen de patiënten vervolgens een gedragstherapeutische behandeling bestaande uit exposure en response preventie (Hoogduin, 1986). Van de patiënten waarvan de behandeling duidelijk was geslaagd (een verbetering van meer dan 30% op de dwangklachten) werden twee mannelijke en een vrouwelijke patiënt (no. 2, 3 en 6) in het onderzoek opgenomen. Van

de patiënten die duidelijk niet verbeterden (een verbetering van 30% of minder op de dwangklachten) werden twee vrouwelijke en een mannelijke patiënt (no. 1, 4 en 5) in het onderzoek betrokken.

Procedure

De gestandaardiseerde intakegesprekken die steeds dezelfde intaker met de zes patiënten voerde werden op video opgenomen. De tekst werd vervolgens getranscribeerd. Tenslotte werd van iedere uiting bepaald of er sprake was van beheersingsreductie of van beheersingsgeneralisatie. De onderzoekster (tweede auteur) was niet op de hoogte van het behandelingsresultaat van de betrokken patiënten.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden in de volgende tabellen afgebeeld. In Tabel 1 staan de resultaten voor de Beheersing vermeld. De patiënten 2, 3 en 6 vertonen de hoogste percentages beheersing in hun uitingen. Het is opvallend dat de patiënten die baat hadden bij de behandeling aanmerkelijk vaker uitspraken doen waarin de beheerser van de uiting wordt vermeld (Chi-kwadraat; $p < .05$).

/Tabel 1 ongeveer hier/

In Tabel 2 staan de resultaten van de beheersingsgeneralisering (het *ik*-gebruik en het generieke *je*-gebruik). Er zijn opnieuw drie patiënten die aanmerkelijk hoger scoren. Er is geen verband met behandelingsresultaat aantoonbaar. Het valt op dat de mannelijke patiënten een significant hoger gebruik van beheersingsgeneralisering vertonen dan de vrouwelijke patiënten (Chi-kwadraat; $p < .05$).

/Tabel 2 ongeveer hier/

Discussie

Uit Tabel 1 blijkt dat de succesvol behandelde patiënten uit dit onderzoek in hun taalgebruik meer gebruik maken van door Beheersing gekenmerkte verbale predikaten dan de patiënten die niet verbeterden. Natuurlijk geldt hier dat deze resultaten, gezien het geringe aantal patiënten, met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

In het voorgaande schreven we onder andere dat het generieke *je*-gebruik het gevoel geeft dat de patiënten ook afstand kunnen nemen van de ziekte. Bij één van de patiënten viel het op dat hij een aantal keren op het generieke *je* overschakelt op het moment dat hij over zijn dwangverschijnselen begint te spreken. De patiënt kan in zijn taalgebruik vertellen over de dwangverschijnselen alsof ze niet alleen hem toebehoren, maar ook bij anderen voorkomen. Daartegenover geeft het *ik*-gebruik de indruk dat de patiënt(e) zich

veeuzelvigd heeft met de ziekte. De resultaten lieten echter niet zien dat veel *je*-gebruik en gunstig behandelingsresultaat met elkaar in verband konden worden gebracht, resp. veel *ik*-gebruik en ongunstig resultaat. Wel leverden de analyse een ander resultaat op: Het veelvuldig *je*-gebruik lijkt veeleer een mannenzaak. Deze sexe(rol)gebonden verschillen zijn interessant (zie ook: Hubbeling, 1986; Maccoby & Jacklin, 1974; Meeuwesen, 1988; Petit & Sterringa, 1986) en dienen nader onderzocht te worden. Van belang is echter om op te merken dat sexe of sexerol geen verschil lijkt uit te maken bij de beheersing.

Voor de verklaring van de gevonden verschillen lijkt de attributietheorie van belang. Iedereen heeft behoefte aan het begrijpen van zijn of haar interne en externe omgeving, met name de sociale werkelijkheid en emoties. Men probeert een consistent beeld van de werkelijkheid te scheppen om hieraan een gevoel van zekerheid en controle te ontleen. Het biedt de persoon bovendien de mogelijkheid om beter te reageren op veranderingen in die omgeving. De attributietheorie neemt aan dat mensen ononderbroken een consistente en begrijpelijke wereld construeren door betekenis en oorzaken te attribueren aan gebeurtenissen (Kelley, 1971). Attributies kunnen vele vormen aannemen en kunnen op verschillende manieren gekenschetst worden. Een belangrijke dimensie daarbij is het onderscheid in interne en externe attributies. Bij interne attributies wordt de oorzaak voor bepaalde gebeurtenissen gezocht binnen de persoon zelf. Bij externe attributies worden externe omstandigheden of andere personen gezien als de oorzaak voor de gebeurtenissen. Het spreekt voor zich dat attributies invloed uitoefenen op de wijze waarop personen betekenis verlenen aan hun problemen en klachten en op de strategieën om oplossingen toe te passen. Het ziet ernaar uit dat *Beheersing* aanwijzingen geeft voor het type attributies dat de persoon hanteert in het bepalen van de verbanden met zijn of haar klachten. Wanneer de controle over klachten niet binnen de persoon zelf worden gelegd zal een therapeutisch programma waarin zelfwerkzaamheid en controle worden benadrukt minder effect sorteren.

Zoals reeds eerder gesteld dienen de resultaten uit ons explorerend onderzoek met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Deze moeten eerst in een uitgebreider onderzoek gerepliceerd worden. Toch dringt zich een interessante vraag op, namelijk: Hoe (dwangneurotische) patiënten die weinig door *Beheersing* gekenmerkte uitingen in het intake-gesprek vertonen, benaderd dienen te worden. Een behandelingsprogramma *sec*, bestaande uit exposure en response preventie, waarvan is aangetoond dat het voor obsessief-compulsieve patiënten in zijn algemeenheid doeltreffend is (Emmelkamp, 1982; Hoogduin, 1986), zal wellicht tekort schieten. Het is niet onwaarschijnlijk dat met name deze patiënten eerst voor een dergelijke behandeling gemotiveerd en bij de behandeling betrokken dienen te worden, waarbij de keuze voor de juiste strategie vooral moet worden afgeleid uit datgene wat de patiënt zelf aangeeft, bijvoorbeeld via een vragenlijst voor de

therapeutische relatie of een motivatielijst (zie: Hoogduin & Schaap, 1989; Schaap, Hoogduin, Keijsers & Kersten, 1989). Met name zullen ook explicieter pogingen moeten worden ondernomen tot her-attribuering.

Zo'n 70 à 80% van de behandelde patiënten heeft baat gehad bij de behandeling (Hoogduin, 1986) en de rest niet. De vraag moet natuurlijk gesteld worden waarom zoveel mensen wel slagen en zo'n twintig procent van de patiënten niet. De volgende vragen dringen zich daarbij op: Is er ook een verandering in het taalgebruik van de patiënten die wel baat hebben gehad bij de behandeling? Verschilt het percentage Beheersing in het intake-gesprek met het percentage in bijvoorbeeld een eind-gesprek of bij follow-up? Welk percentage als Beheersing gekenmerkte verbale predicaten gebruiken 'gezonde' mensen gemiddeld? Welk percentage als Beheersing gekenmerkte verbale predikaten gebruiken mensen met andere psychische ziektebeelden?

Literatuur

- Dik, G. (1978). Functional grammar. Amsterdam: North Holland.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982), Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. New York: Plenum.
- Hoogduin, C.A.L. (1986), De ambulante behandeling van dwangneurose. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C. & Severeijns, R. (1988), De predicerende betekenis van de therapeutische relatie bij de behandeling van dwangneurose. Gedragstherapie, 3, 247-257.
- Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C. (1989). Beïnvloedingsprocessen in de psychiatrie. In A.P. Buunk & A. Vrugt (Red.), Sociaal-psychologische bijdragen aan de klinische psychologie. Nijmegen: Dekker van de Vegt.
- Hubbeling, A. (1986). Spiegelbeeld-zelfbeeld: Onderwijs en het zelfbeeld van meisjes en vrouwen. Leiden: Vrouwendrukkerij STAG.
- Kelley, H.H. (1971). Attribution in social interaction. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Maccoby, E.E. & Jacklin, C.N. (1974), The psychology of sex differences. Stanford: Stanford University Press.
- Meeuwesen, L. (1988), Spreekuur of zwijguur: Somatische fixatie en sexe-asymmetrie tijdens het medische consult. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Petit, C. & Sterringa, B. (1986). Sekse-ongelijkheid en onderwijs. Almere: Versluys Uitgeverij.
- Schaap, C., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G., & Kersten, T. (1989). Motiveringstechnieken als processen van sociale beïnvloeding. In A.P. Buunk, & A. Vrugt (Red.), Sociaal-psychologische bijdragen aan de klinische psychologie. Nijmegen: Dekker van de Vegt.
- Weijdema, W. (1982). (Red.). Strukturen in verbale interactie: Strategieën van sprekers en hoorders in het taalgebruik. Muiderberg: Coutinho.
- Wenckenbach-van Bijsterveld, D. (1982). Pragmatische aspecten van conversaties met schizofrene mensen. Gramma, 6, 104-125.

Tabel 1:
HET GEBRUIK VAN BEHEERSING

	aantal verbale predikaten	aantal +B	percentage +B	m/v	m/s
intake 1	332	41	12,3	v	m
intake 2	426	104	24,4	m	s
intake 3	420	84	20,0	m	s
intake 4	499	57	11,4	v	m
intake 5	300	34	11,3	m	m
intake 6	300	56	18,6	v	s

+B = uitspraken waarin de beheerser van de uiting wordt vermeld

m/v staat voor vrouw resp. man.

m/s staat voor mislukt resp. succes.

Tabel 2:
HET GEBRUIK VAN BEHEERSINGSGENERALISERING

	aantal <i>ik</i>	aantal <i>je</i>	totaal = 100%	percentage je van totaal	m/v	m/s
intake 1	152	12	164	7,3	v	m
intake 2	235	50	285	17,6	m	s
intake 3	208	46	254	18,1	m	s
intake 4	289	27	316	8,9	v	m
intake 5	109	41	150	27,3	m	m
intake 6	141	9	150	6,0	v	s

m/v staat voor vrouw resp. man.

m/s staat voor mislukt resp. succes.