

— Lieve, ik hou van  
je.  
— Ik hou ook van jou,  
schat.  
Zo ging het de hele dag.



**TDT**  
KERSTNUMMER  
**JRG.14**  
**NR.4**  
**12/89**



# Inhoud Kerst-Aflevering Tijdschrift voor *Goedkopere* Directieve Therapie

Jaargang 14. Nr. 4. December 1989.

Ten geleide 1

De loftrumpet over Goedkopere directieve therapie, deel 3, door Kees Hoogduin 5

Over de goedkopere behandeling van boulimie, door Alfred Lange 7

Goedkopere hypnose bij angststoornissen, door Richard Van Dyck 18

Goedkopere dissociatieve stoornissen, door Richard Van Dyck 36

Goedkopere statusverschillen en harmonie binnen het huwelijk, door Alfred Lange 58

Goedkopere verklaringen voor hardnekkig therapieresistent bedplassen, door Dick Oudshoorn 76

Voorwoord bij artikel Goedkopere gezinstherapie, door Alfred Lange 94

Goedkoper voorwoord bij correspondentie NVP-Lange, door Alfred Lange 120

Goedkopere bureaucrativering, door Leen Joele 125

Dokter Offerhaus moet zich goedkoper schamen, door Kees Hoogduin 135

Goedkopere boze brieven van..., door Kees Hoogduin 166

Dwang op de tv Kees Hoogduin & Stichting Korrelatie 162 (Michajla Langelaan)

Goedkoper slaapwandelen, door Richard Van Dyck 169

Goedkopere ontwikkelingen op de Jelgersmakliniek, door Kees van der Velden

ontbreekt

Omslag: Piccolo, 1952.

Redactie: ~~Onno van der Hart~~, Dick Oudshoorn, Leen Joele, Alfred Lange, Richard Van Dyck, Kees van der Velden,

Kees Hoogduin

## *Ten Geleide*

Wij tellen mee!

Wij hebben het óók druk!

Wij weten nu wat Kal en Richard meemaken!

Als wij wakker worden ligt er werk, als wij naar bed gaan ligt er evenveel werk!

Het is een geweldige ervaring!

Het is een unieke gewaarwording!

Vroeger was een vriend iemand die met een ouwehoerverhaal langskwam, die belde om te vragen of de griep al over was, of die een lange brief over zijn opdrogend huwelijk schreef, maar nu leren we begrijpen dat een echte vriend *niet* langskomt, *niet* belt, *niet* schrijft. Een echte vriend laat *niets* van zich horen, en als het even kan onthoudt hij zich ook van publiceren.

Aan de laatste eis hebben niet alle redacteuren zich weten te houden. Eigenlijk heeft totnutoe alleen de nog niet in orde zijnde Van der Velden zich eraan gehouden, maar inmiddels kondigde hij aan dat hij u toch een bescheiden bijdrage zou nazenden.

Beste lezer, bij de recente ontwikkelingen in de moderne directieve therapie, door de inmiddels nog steeds niet herstelde Van der Velden besproken in Directieve therapie 3, hoort zeker ook het aanhoudend lonken naar de beheerders van het Geld. Men begint in te zien dat deze beheerders dit geld het liefste zelf zouden houden. Wanneer zij al geld uit- geven, geven zij bij voorkeur weinig geld uit. Directieve therapie is niet langer de vorm van behandeling die het prettigst is voor de patiënt, of die hem het vrolijkst maakt, of die het gezelligst is, of waarbij men zich als patiënt het beste begrepen voelt, maar de therapievorm die de financier mild stemt - men zie de artikelen die voor *Dth* ingezonden worden. Wij hebben gemeend deze trend zichtbaar te moeten maken in de titel van dit tijdschrift,

alsook in de titels van de bijdragen. Zou het zenden van een kopie van dit nummer naar WVC niet raadzaam zijn?

Men zal dan bij WVC vast denken: 'Vroeger maakten die directieve therapeuten weleens de fout om dure dingen voor hun patiënten te bedenken, maar nu gunnen ze hun alleen nog goedkope korte therapie. Wat zijn die directieve therapeuten vooruitgegaan! Wat een fijne mensen!'

Nou ja, en dan komt het geld natuurlijk vanzelf los en rolt het onze kant uit.

Wij zullen de in feite nog steeds zieke Van der Velden vragen dit met WVC op te nemen. (Hij heeft daar connecties. Hij kent de staatssecretaris - die volgens Kal trouwens aan een zware karakterstoornis lijdt - persoonlijk! Jaja.)

De recensies over het door de nog steeds niet gezonde Van der Velden geredigeerde boek *Directieve therapie 3* zijn niet geweldig, maar Kal kreeg een kaart van iemand die het prachtig vond. Met de tekst van deze kaart opent deze aflevering.

De tweede bijdrage is het verslag van een boulimiepatiënte van de door een gemene griep gevelde Lange. Zij vertelt hoe Lange haar begeleidde op de moeizame weg naar herstel. Misschien aardig om voor te lezen bij het Kerstdiner, dit verhaal.

In de inleiding bij *Hypnose bij angststoornissen*, het derde artikel van dit nummer, gewaagt Van Dyck van zijn contact met E. Hoencamp, dezelfde Hoencamp die wij recentelijk beluisterden in een voordracht voor de Vereniging van psychiatrie. Hoencamp deelde bij deze gelegenheid mede dat in directieve therapie wel degelijk *ook* of *mede* inzicht gegeven wordt. Wij waren met stomheid geslagen, net als trouwens de gehele zaal, waarin onder meer de zieke Van der Velden. Wij hadden dit niet geweten, maar wij waren trots. Wij gaven *inzicht*! Dit zouden wij gauw aan onze moeder gaan vertellen!

Overigens komt de DSM-III-R-indeling de

levendigheid van publikaties niet ten goede, en soms ook niet de kwaliteit, met name niet waar begaafde auteurs zich genoodzaakt zien respectvol stil te staan bij niet bestaande ziektes als *diffuse angststoornis*.

Wanneer Van Dyck moeilijk bereikbaar was de laatste tijd, begint u nu misschien te begrijpen waarom: hij schreef overzichten, onder andere een over dissociatieve stoornissen.

Het huwelijk! Wat is er over het huwelijk al niet geschreven! Lange artikelen, korte verhalen, bundels, boeken, toneelstukken, noem maar op, en het allemaal geen steek geholpen, want het bestaat nog steeds. Lange en zijn medewerkers doen een nieuwe poging deze, in DSM-III nog steeds niet genoemde, aandoening de kop in te drukken. (Is het huwelijk niet eigenlijk een *dissociatieve stoornis*?)

Dat bedplassen, waar Oudshoorn zo mee bezig is, houdt dat nooit op? Heeft Oudshoorn er geen rekening mee *willen* houden dat Van der Velden nog steeds niet helemaal lekker is en dat Kerstfeest voor de deur staat? Zou de beste verklaring voor dit hardnekkige bedplassen niet zijn dat het *lekker vies* is? Is deze hypothese weleens onderzocht?

*Gezinstherapie* is de bijdrage van Lange & Schaap aan hetzelfde Handboek Psychopathologie als waarvoor de nog immer snotterende Van der Velden gevraagd zou worden een bijdrage te schrijven over persoonlijkheidsstoornissen. Gevraagd *zou* worden, want het verzoek heeft hem in feite nimmer bereikt... De propositie zou overigens zijn dat de nu al vele maanden dokterende Van der Velden deze bijdrage feitelijk zou schrijven, waarna de energieke Dijkstra het eerste auteurschap toegewezen zou krijgen. Maar dit terzijde. Lange & Schaap hebben meer aandacht verdiend met hun monumentaal artikel!

Lees ook hoe Lange, ongetwijfeld mede namens u, ten strijde trok tegen de schandalige praktijken van de NVP, van welke vereniging hij nu dus geen lid meer is, net zo min trouwens als de weliswaar niet bedlegerige, maar verder toch verre van gezonde Van der Velden, zij het dat laatstgenoemde

nooit lid geweest is en ook nooit lid heeft mogen worden.

Het is zonder meer belangwekkend wat Joele te vertellen heeft over het stuk Oosteuropese, meer speciaal ook Roemeense, cultuur dat in de Nederlandse gezondheidszorg met zoveel gretigheid geïmporteerd wordt: de bureaucratie. Het lijkt of de Riaggs en de Rino's in hun organisatie als het ware een hommage willen brengen aan het ouderwetse Stalinisme, wat eigenlijk heel sympathiek en moedig is, gezien de geringe populariteit van deze ideologie in het huidig tijdsgewricht.

Verwonder u met Kal over Rob Offerhaus. Offerhaus deed mee aan de race om het hoogleraarschap dat Van Dyck is toegevallen... Hij kon zijn verlies niet verwerken en ging toen doen wat menig man doet aan wie het niet gelukt de *top* (in de zin van Kal) te bereiken. Hij gaat een beetje liegen en opscheppen en hij richt iets op. Wat geeft het, zouden wij willen zeggen.

Michaja Langelaan kan aardig schrijven. Lees haar of zijn verslag voor de Stichting Correlatie naar aanleiding van een tv-uitzending over dwang, die door Van der Velden niet bekeken kon worden: hij was ziek.

Na een boze brief van Kal, die fraai aansluit bij het betoog van Joele, volgt een artikel van Van Dyck over Slaapwandelen en een bijdrage van de in conditioneel opzicht nog weinig herstelde Van der Velden over Recente ontwikkelingen.

Wij dachten niet dat dit een dun nummer was.

Veel geluk, lezer, in de warme Kerstsfeer van uw gezin. En ook jij, alleenstaande redacteur, die tobt met zijn gezondheid, veel geluk!

Moge, lezer, uw verblijf aan de top het toelaten dat in 1990 ten minste resten van uw vroegere persoonlijkheid intact blijven!

De Hoofdredacteur



De loftrumpet over Directieve Therapie, deel 3.

Kees Hoogduin.

Soms ontvangen we lof en we begrijpen hoe de toezwaaier daartoe kwam. Soms echter worden we in de bloemen gezet en vragen we ons af of de bezorger van al dit schoons zich mogelijk in het huisnummer heeft vergist.



Beste Kees.

R. dan 16-9-89

Met de engel met de halfrond trompet wil ik je jubileren  
1779 complimenten doen toekomen  
voor het schitterendste boek D.T.3

- Kega dit boek vanaf volgende week gebruiken in de volgende opleidingen
- Directieve Therapie bij psychol. in opleiding bij het Rho
  - Directieve Therapie bij anderen
  - Opleiding G.G.T.
  - Medewerkers van Riagg's die bij mij in supervisie zijn
  - Dpt. Beeldende creatieve (psycho) therapie.

(Van laatstgenoemde opleiding raag ik den zelf) geschreven artikeltje in)

hitemaal gebruik ik het in mijn werknumberten van allestey.  
Alle goede dingen bestaan uit  
dat nu je begrijpt dat ik  
mitzic nu het vande boek

FIRENZE - Museo S. Marco  
Beato Angelico o Fra' Angelico  
(Giovanni da Fiesole, detto)  
Vecchio di Mugello Firenze 1387 - Roma 1455

Angelo Muscanti  
Ange Muscanti  
Musician Angel  
Musizierender Engel

Ediz. Giusti di S. Beocci - Firenze  
da Fotocolor Kodak Ektachrome

REPRODUCTION  
PROHIBITED

Riproduzione vietata



KINA ITALIA - Milano  
Printed in Italy



## OVER DE BEHANDELING VAN BULIMIE

**Alfred Lange**

Anderhalf jaar geleden geleden ben ik begonnen met de behandeling van een jonge vrouw die last had van vreetaanvallen. De behandeling bestond voornamelijk uit het met haar samen opstellen van een op haar toegesneden zelfcontrole programma. Veel aandacht werd geschonken aan de manier van motiveren. Haar vriend, met wie zij samenwoont, was bij alle zittingen aanwezig. Hoewel de focus zeker niet op de onderlinge verhouding tussen beiden lag, was dit toch nuttig. De behandeling verliep voorspoedig. Na 8 zittingen (half jaar) waren de vreetaanvallen en het daarbij horende overgeven praktisch verdwenen. In het afgelopen jaar heb ik haar 3 maal gezien, bij wijze van controle. De laatste zitting was zeer recent na een periode van een half jaar zonder zittingen. Er was een lichte terugval (5 kleine vreetaanvallen in de periode van een half jaar). Het zelfcontrole programma had zij niet meer toegepast. Zelf was zij daarover niet ontevreden, integendeel. Ik was echter wat somberder en voorzag verdere terugval. Afgesproken werd dat zij het zelfcontrole programma weer zou gaan uitvoeren. Om dit kracht bij te zetten maakten we een afspraak voor een aantal sessies op redelijk korte termijn (om de drie weken) en kwamen wij overeen dat zij voor de volgende keer het zelfcontrole programma zoals zij het nu wilde gaan toepassen zou uitwerken en op papier zetten.

Bij een van de eerste 'controle zittingen' hadden we afgesproken dat zij een artikel zou schrijven over de behandeling, dat eventueel geplaatst zou kunnen worden in een vaktijdschrift. Het leek ons nuttig als de vakbroeders eens van de andere kant zouden vernemen hoe er soms door cliënten tegen een klachtgerichte behandeling als deze wordt aangekeken. In het begin van de laatste sessie overhandigde zij mij dit artikel. U treft het op de volgende pagina's in ongekuiste vorm (er staan wat kleine taalkundige foutjes in) aan. Het stuk is nog niet af. Zij wil nog een soort conclusie eraan toevoegen. Het ligt in mijn bedoeling om later zelf op haar verhaal een commentaar te schrijven. Ik benieuwd wat de TDT redactie van dit alles vindt.

## Verantwoording

Nu ruim een jaar geleden stapte ik naar A Lange omdat ik eetproblemen had. Tijdens een van de zittingen ontstond het idee een en ander op papier te zetten, voornamelijk over het verloop van de therapie. Tijdens het schrijven van het verhaal veranderde mijn doelstelling. Aanvankelijk wilde ik een wetenschappelijk essay schrijven over een gedragsmatige aanpak bij boelimia nervosa, een "case study". Twee zaken zaten mij daarbij in de weg, enerzijds mijn beperkingen op het gebied van 'wetenschappelijk schrijven' en anderzijds de behoefte om toch iets meer uit te wijden rond achtergrondoorzaken etc. Ik betrapte mezelf erop dat mijn lezerspubliek veranderde van wetenschappers in mensen die mogelijk herkenning vinden in hetgeen ik neerschrijf en mogelijk hoop kunnen putten uit dit verhaal want in mijn geval bleek boelimia nervosa goed behandelbaar.

Na een korte inleiding beschrijf ik in chronologische volgorde hoe ik in een vicieuze circle terecht kwam, uiteindelijk de moed vond om naar A Lange te stappen en de manier waarop we er uiteindelijk in slaagden mijn gedragspatroon te doorbreken. Tot slot schrijf ik mijn conclusie.

## Inleiding

Hieronder volgt het verhaal van mijn eetverslaving en de manier waarop ik daarmee om ben gegaan en ga. Eten is altijd belangrijk geweest, gezelligheid, vakantie, het ontbreken van verplichtingen zijn zaken die ik met voedsel associeer. De consequentie was dat ik altijd een stevige dame ben geweest niet moddervet maar zeker geen tengere pop. Die consequentie vond ik moeilijk te verteren (om maar in het jargon te blijven). Perfectionisme was een ander ingrediënt voor de misere waarin ik mij twee jaar lang heb bevonden. Perfectionisme dat gepaard ging met een streng eisenpatroon en gebrek aan zelfacceptatie.

## Begin

Na tien jaar ontevredenheid over mijn figuur, van lijnen en lekker eten, besloot ik een keus te maken; of mezelf "accepteren" zoals ik was en niet meer lijnen, niet meer klagen, of het

probleem grondig aanpakken en volhouden.

Ik ging naar de Weight Watchers.

Ruim drie maanden hield ik mij keurig aan alle dieetvoorschriften en het afvallen ging uitstekend. Ik voelde me prima en slank. Het was me geen enkele eerdere lijnperiode gelukt zo dicht bij mijn streefgewicht te komen. Een streefgewicht overigens wat ik in overleg met de leidster van de WW vaststelde op het voor mijn lengte en leeftijd laagste gewicht dat nog verantwoord was. De complimenten waren niet van de lucht en ik nam me voor om nooit meer dik te worden. Een prettige bijkomstigheid was dat ik door het regelmatig eetpatroon op den duur minder geoccupeerd was met eten en afvallen. Het ging min of meer vanzelf en ik kon me met al mijn energie wijden aan mijn studie psychologie, die ik combineerde met een baan als verpleegkundige.

De problemen begonnen toen ik op een ochtend voor het eerst in mijn WW periode een onbedwingbare trek kreeg. Ik werkte een grote hoeveelheid boterhammen naar binnen en voelde mij zeer ellendig. Deze actie betekende een grote vertraging bij het bereiken van mijn einddoel, nl een gewicht van 56 kilo. Ik stak twee vingers in mijn keel en probeerde over te geven; het lukte. Door deze ingreep ontliiep ik de logische consequentie van de vreetbui, nl een (kleine) gewichtstoename en voelde mij dus letterlijk en figuurlijk bijzonder opgelucht. Het akelige, branderige gevoel in mijn maag, wat nog minstens twee uur aanhield, beschouwde ik als een soort straf. Deze straf had ook nog iets positiefs want tijdens de herstelperiode taalde ik niet naar voedsel.

De keren dat ik geen weerstand bood aan een vreetbui namen toe. Aanvankelijk deden zij zich voor tijdens het studeren. Ik ging naar de banketbakker, kocht allerlei lekkers en smikkelde dat op. Ik nam daar uitgebreid de tijd voor en las ondertussen de krant of een tijdschrift. Na het drinken van minstens een liter melk (deze waardevolle tip kreeg ik van een anorectische vriendin) was het een kleinigheid de inhoud van mijn maag in het toilet te deponeren. Wel voelde ik me zeer ziek. Maar, zoals eerder vermeld, nam ik dat graag op de koop toe. Opgewekt en met een lege maag hervatte ik mijn studieactiviteiten. Omdat mijn maag leeg was had ik al weer vrij snel een hongergevoel. De concentratie op het onderwerp van mijn studie verslaptte en al spoedig verschenen er in toenemende frequentie borden patat, kroketten en/of kippepootjes voor mijn geestesoog. Soms lukte het



Bo

me me te beheersen maar meestal belandde ik toch binnen twee uur bij de patatboer, waarna de ceremonie van de ochtend zich herhaalde.

Na verloop van tijd was ik helemaal niet meer in staat te studeren. Het denken aan eten, het voornemen het niet te doen en uiteindelijk het feitelijk (vr)eten beheerste mijn dagen. Het was een drang geworden.

De (vr)eetimpulsen kwamen niet langer tijdens het studeren maar ook als ik op de een of andere manier een teleurstelling te verwerken kreeg (nog later gebruikte ik de teleurstelling om te kunnen eten en/of creëerde ze zelf) maar ook als ik feitelijk geconfronteerd werd met snoep of voedsel. Men denke hierbij aan banketbakkersetalages of de koelkast van de afdeling waar ik werkte.

Ook het analyseren van mijn gedrag, het benoemen van de mogelijke oorzaken en het piekeren over de gevolgen ervan werd een vast bestanddeel van de daginvulling:

Ik zag dondersgoed dat ik aan de hoge eisen die ik stelde niet kon voldoen.

(Ik werkte in onregelmatigheid gemiddeld 4½ dag per week en studeerde voltijd psychologie. Verder onderhield ik een groot aantal sociale contacten en het organiseren van bruilofts- en andere feesten werd een specialiteit. Natuurlijk wilde ik ook het huishouden doen op een manier die erg veel tijd kostte omdat ik een grote mate van properheid nastreefde. Daarnaast studeerde ik in mijn vrije tijd piano of wilde ik dat doen. De eisen t.a.v. mijn gewicht besprak ik reeds.)

Ik moest dus falen.

De frustratie en het zelfmedelijden die dat opleverde maakte weer dat ik ging (vr)eten. Om de consequenties van mijn gedrag te voorkomen gooide ik alles er weer uit, een daad die niet bepaald bijdroeg tot vergroting van mijn zelfrespect. Om dat zelfrespect nog een beetje te redden gaf ik mezelf nog een kans en legde mij een dagtaak op waar een briljant student -wat ik niet ben- absoluut een week voor nodig heeft zodat de frustratie niet lang op zich liet wachten en de circle was weer rond.

L 11

Mijn financiële toestand verslechterde in hoog tempo. Mijn vriend werd het slachtoffer van mijn creatieve manieren om aan geld te komen, ik ging liegen. Hoewel ik mij zeer schuldig voelde over dit gedrag was dat schuldgevoel toch ondergeschikt aan mijn zucht naar eten. De keren dat ik werkelijk radeloos was volgden elkaar snel op maar mijn grote schaamte belette het mij mijn problemen met iemand te bespreken. Ik ging mij steeds hopelozier voelen en de verhalen van soortgenoten maakten het allemaal nog erger. Als het zeer ernstig was hadden deze personen namelijk een x-aantal vreetbuien per week. Ik had maar één vreetbui per week en wel van maandag tot maandag. Inmiddels gaf ik zoveel geld per dag uit aan voedsel dat ik steeds vaker moest gaan werken. Mijn verpleegkundige opleiding kwam goed van pas. Het enige nadeel was dat ik door dat werken nog minder tijd voor mijn studie over hield. Daarbij kwam dat mijn lichamelijke conditie ook snel verslechterde. Ondanks inhaalmanoeuvres met veel groente en fruit en niet te vergeten multivitamine preparaten en kaliumtabletten was mijn HB op een gegeven moment zo laag dat ik van mijn huisarts niet meer mocht werken.

Deelgenoot.

In een wanhopige bui lichtte ik een tipje van de sluier op tegenover mijn vriend. Hij schrok verschrikkelijk en raadde mij aan professionele hulp te zoeken. Daar wilde ik niets van weten, ik kon het wel alleen en raakte helemaal panisch bij het idee dat anderen van dat afschuwelijke geheim op de hoogte kwamen. Het enige dat veranderde was dat ik nog beter op ging passen als ik overgaf. Ik mocht absoluut geen sporen achterlaten want M was zeer alert geworden. Op de momenten dat ik zeer somber, maar vooral extreem verdrietig was (vaak vlak nadat ik had overgegeven) zag ik mijn situatie het meest helder:

Mijn gedrag had zich zodanig ontwikkeld, dat ik op een grote verscheidenheid aan prikkels uit mijn omgeving maar één respons tot mijn beschikking had, namelijk eten. Maar op de een of andere manier gebruikte ik mijn vermeende zelfinzicht ook om de situatie in stand te houden, als een soort pleister op de wonde "ja maar ik weet hoe het komt".

Uiteindelijk werd ik zo gestoord van mijn gegraaf, maar vooral van het feit dat het niets oploste aan het probleem, dat ik besloot om hulp te zoeken. Ik wilde een gedragsmatige aanpak,

geen moeilijk gedoe (dat deed ik immers zelf wel) geen therapeuten die ik maar half vertrouw om dat ik eigenlijk vind dat ik het beter weet.

#### Therapie.

In gezelschap van M bracht ik het eerste bezoek aan L. Overigens met ambivalente gevoelens. Immers, inmiddels had ik enkele boeken gelezen over systeemtheorie, o.a. van de hand van L., had ik een cursus gedaan bij diezelfde L en heb ik ongeveer drie jaar gewerkt in een klinische setting waar we werkten volgens de principes van de systeemtheorie. Bovendien had en heb ik er grote moeite mee dat ik het probleem niet in mijn eentje de baas kan. Ik had mezelf voorgenomen eerlijk te zijn. De eerste bijeenkomst stond bijna geheel in het teken van probleeminventarisatie. Hoewel er meer naar voren kwam dan mijn gestoorde eetgedrag, besloot L voorlopig de aandacht alleen te richten op dat eetgedrag. L, die ik overigens al eerder had ontmoet, kwam op mij over als een vriendelijke doch zakelijke hulpverlener, al mijn gegraaf, mijn moeilijke hypothesen verdwenen naar de achtergrond en mijn gevreet werd omgevormd tot een wetenschappelijk probleem. De consequentie was helaas dat ik zeer gedetailleerd en ondubbelzinnige informatie zou moeten gaan geven over gewicht alsmede over tijdstippen, omstandigheden en methoden van (vr)eten en overgeven.

Confrontatie is niet fijn.

Op de een of andere manier slaagde L erin mij het gevoel te geven dat ik niet raar was, daarvoor heeft hij mijn bewondering, allergisch als ik ben geworden voor de onechtheid van de vele therapeuten die ik in mijn beroep meemaakte. Wat ik erg prettig vond was dat ik die eerste bijeenkomst niet in details hoefde te treden over de hoeveelheden voedsel die ik gewend was tot mij te nemen. Mijn schaamte was en is ontzettend groot.

Omdat de opdracht na die sessie zou zijn het registreren van de vreetbuien was het zaak af te spreken wat we exact onder een vreetbui zouden verstaan. We spraken af dat alle keren dat er sprake was van verlies van controle over de hoeveelheid voedsel die ik nuttigde onder de titel vreetbui vielen. Het luchtte mij op dat ik nog niet meteen hoefde te beginnen met de registratie van wat ik precies at en hoeveel. Voor de volledigheid werd ons verteld dat het werken aan het probleem zich niet zou beperken



tot het uur bij L maar dat het eigenlijke werk thuis moest gebeuren. En zo geschiedde.

Tweede sessie en verder.

Aan de hand van de registratie van eetgedrag die ik in de aan de sessie voorafgaande weken had gemaakt begonnen we met het opstellen van een werkprogramma; een zogenaamd zelfcontroleprogramma.

We bepaalden de hoeveelheid kcal die ik dagelijks zou nemen en die mij waarschijnlijk op mijn gewicht zouden houden. We spraken af dat ik drie maaltijden per dag zou nuttigen. De samenstelling van de maaltijden werd voor waar het ontbijt en lunch betrof al vastgesteld.

Het werd een heuse onderhandeling met als inzet het aantal kcal dat ontbijt en lunch zouden mogen bevatten. Ik probeerde af te dingen op het aantal kcal en L hanteerde een starre opstelling in het minimaantal kcal. Ook werden er nog een aantal calorieën gereserveerd voor wat toastjes en een wijntje ' avonds. Deze waren niet verplicht. Voor het diner zou ik tien menu's maken met een calorische waarde van ongeveer 800. Op deze manier kon ik zonder elke dag uren met een keuze bezig te zijn gevarieerd eten. Ook de tijden waarop ik de maaltijden zou gebruiken werden vastgelegd. Uiteraard moest ik (blijven) noteren wat ik at en hoeveel kcal die maaltijd bevatte alsmede het aantal kcal dat ik d.m.v. een vreetbui tot mij nam. Een en ander zou visueel gemaakt worden in een grafiek.

En passant doch zeer gedecideerd deed L de mededeling dat het overgeven van nu af aan gestaakt zou worden. Hij deed het voorkomen of dat iets vanzelfsprekend was en eerlijk gezegd verbaasde ik me over mijn naïviteit. Terwijl ik maandenlang mijn grijze massa afzocht naar mechanismen achter het overgeven en allerlei heb geprobeerd werd hier tussen neus en lippen door (in elk geval leek het daarop) eenzijdig afgesproken dat er niet meer werd overgegeven.

We kwamen overeen dat ik niet zou bezuinigen op de maaltijden - dus minder eten dan was afgesproken-ook niet bij gewichtstoename. Nadat aldus de basis was gelegd zochten we naar een aantal hulpmiddelen die het mij makkelijker zouden maken het programma consequent uit te voeren. L stelde voor dat ik een klein tekstje zou schrijven over het ophouden met eetaanvallen dat me zou

14

motiveren op dat moment NIET toe te geven. Uiteraard zou ik het kaartje met de tekst consequent bij me dragen en lezen in geval van een opkomende vreetneiging, vreetlust of zelfs bij de gedachte aan een overtreding van de afspraken in het programma. Voor het geval dat het tekstje er niet in zou slagen mijn visioenen van banketbakkersetalages te verdringen kwam L met de suggestie van een "positieve activiteit". We spraken af breien en wel 15 minuten met een herhaling indien nodig van 15 minuten. Blijkt de vreetbui ook voor dit medicijn resistent dan restte mij nog het telefoneren met één van de drie "ingewijden". Na de opstelling van dit basisprogramma wat dus bestond uit een aantal afspraken over de maaltijden ~~en~~ eetgedrag alsmede uit een aantal hulpmiddelen ter naleving van deze afspraken kwam het onvermijdelijke. Wat te doen bij een programmaschending? We zochten naar -zoals L voorstelde- een straf met een positief bij-effect- en kwamen overeen dat ik per overschrijding van 100 kcal 15 minuten zou besteden aan het schoonmaken van mijn huis. Bovendien zou ik een korte situatieschets maken van het moment rondom de vreetbui. Tot slot spraken we af dat ik alle afspraken op een groot vel papier zou noteren en ophangen in de keuken. Met dit programma gingen we aan de slag. De sessies die al spoedig een soort werkbijeenkomsten werden gebruikten we om het programma bij te stellen.

Sommige dingen werkten <sup>werken</sup> -en nog steeds- erg goed terwijl andere zaken in de praktijk toch niet werkbaar bleken. Het kaartje met een aantal door mijzelf genoemde redenen waarom ik eigenlijk niet zou moeten gaan vreten werkte fantastisch, ik las het op het moment dat ik aan veel eten dacht. En hoewel ik het uiteindelijk uit m'n hoofd kende las ik het woord voor woord. En met dat ik het kaartje weer in m'n broekzak stak borg ik ook m'n vreetaanval op. Het vel met het programma erop heb ik nooit opgehangen omdat ik het risico dat anderen dan M er kennis van zouden nemen te groot achtte. Ook bleek na verloop van tijd dat het bellen geen functie had. De praktijk wees uit dat als het kaartje en de positieve activiteit geen hulp konden bieden ik absoluut niet gemotiveerd was om me door welwillende personen van het eten af te laten praten!!! In verband met vreetaanvallen onderweg waarbij het kaartje niet werkte en het uitstel tot de tweede en volgende stappen te groot was, (ik moest dan immers eerst naar huis om te

breien) spraken we af dat ik hetzij onderweg, hetzij thuis na het breien iets voor mezelf mocht kopen. De kosten zou ik registreren, evenals de kosten van een vreetaanval. Er hangen nog steeds twee schitterende truien in de kast die me herinneren aan die periode.

Als beloning voor het feit dat ik een hele week niet had overgegeven zouden M en ik samen naar de film. We tracteren om en om, bovendien zou ik m'n hoofd buigen over andere beloningsmogelijkheden.

1/6 2000

Om niet het risico te lopen dat ik mijn eetverslaving zou omruilen voor een poetsverslaving veranderde we het strafschem. Een echte vreetaanval beperkte zich namelijk niet tot een paar honderd calorieën, wat zou betekenen dat ik etmalen achter elkaar met stofzuiger, sop en boenders in de weer zou moeten. Mijn grafieken lieten zien dat ik met de voedselopname keurig op mijn gewicht bleef en sterker dat en stijging van mijn gewicht ten gevolge van een vreetaanval vanzelf weer terugliep. Uiteindelijk had ik toch dat hulpmiddel nodig om mezelf ook echt te overtuigen van iets dat ik verstandelijk en door mijn opleiding al lang wist.

Het programma werkte erg goed. Het overgeven stopte vrijwel direct na de eenzijdig door L gemaakte afspraak hierover. Het programma zorgde er in zijn geheel voor dat de lasten van het vreten, en dan niet alleen financieel gezien, niet meer opwogen tegen de baten. De situatieschetsjes lieten mooi de extra risicomomenten zien. Dat bleken allereerst de momenten te zijn dat ik logischerwijs trek zou kunnen hebben, n.l. vlak voor het eten. Verder de momenten dat (onverwacht) eten, en met name gebak, voorhanden was en bovenal de momenten die mij (plotseling) in de gelegenheid stelden te gaan eten. Bijvoorbeeld M die ineens nog even langs een vriend gaat zodat ik alleen ben. Of het gebakje waarvan ik vond dat ik er niet onderuit kon, dan had ik toch al gezondigd en kon net zo goed doorgaan. Omdat de mogelijkheid van overgeven niet meer aanwezig was bleef de angst voor gewichtstoename, ook al omdat ik vond dat ik erg veel kcal binnen kreeg met de reguliere maaltijden. We spraken daarom in de 6e bijeenkomst af dat ik dagelijks op de weegschaal zou gaan staan. Tot een gewicht van 59 kilo zou ik mij strikt aan het aantal kcal houden. Bij overschrijding ervan stond L mij toe het



76  
aantal kcal per dag iets te verminderen. Natuurlijk bleek dat zelfs met een enkele vreetbui , die ik niet compenseerde, mijn gewicht min of meer stabiel bleef.

#### Slot

Vanaf het moment dat ik met de therapie begon zijn er geen dagen meer geweest die van 's morgens vroeg tot 's avonds laat gevuld waren met (vr)eten-overgeven-herstellen-(vr)eten etc. Door het wegvallen van de mogelijkheid van overgeven werd de spiraal doorbroken. De keren dat ik ondanks de afspraak wel overgaf bleek de rest van het programma genoeg houvast te bieden tot voorkomen van herhaling. Wat bleef is de preoccupatie met eten. Nog steeds kijk ik nadat ik de laatste hap van mijn ontbijt heb doorgeslikt al weer uit naar het moment waarop de lunchtijd aanbreekt.

## HYPNOSE BIJ ANGSTSTOORNISSEN

---

Richard Van Dyck

### INLEIDING VOOR TDT

Deze bijdrage is bedoeld als een hoofdstuk voor het lang verwachte nederlandstalige handboek voor het gebruik van deze kunst. De redactie prijst zich ook gelukkig met bijdragen van grote nederlandse geleerden zoals Erik Hoencamp en Dirk Jan Swets. Na jarenlang zwoegen op eerdere versies nadert dit boek de voltooiing. We dachten dat het bijgaande hoofdstuk misschien wat zou zijn voor Dth.

Ik moet mij excuseren voor de nog niet geheel complete versie die ik bij deze instuur: de literatuurlijst ontbreekt en het geheel moet nog eens overgetypt worden. Ik hoop niettemin dat het resultaat leesbaar is.

HOOFDSTUK 12

HYPNOSE BIJ ANGSTSTOORNISSEN

---

Richard Van Dyck

Inleiding

Van oudsher is hypnose veelvuldig gebruikt bij de bestrijding van angst. Dit geldt in het bijzonder voor fobieën. In vergelijking tot andere klinische toepassingen van hypnose is bij angstbestrijding relatief veel onderzoek verricht. Vandaar dat in dit hoofdstuk niet alleen aanbevelingen gedaan kunnen worden die op klinische ervaring zijn gebaseerd, maar ook op sommige punten naar gecontroleerd effectonderzoek verwezen kan worden.

Wat betreft angststoornissen bestaat in de gedragstherapie een zeer lange traditie van onderzoek die tot overtuigende resultaten heeft geleid. Men zou zijn patiënten tekort doen als men deze bevindingen uit de gedragstherapie zou negeren. In dit hoofdstuk zal dan ook herhaaldelijk naar gedragstherapeutische technieken verwezen worden omdat die met de huidige stand van zaken in veel gevallen de eerste keuze zullen zijn bij de behandeling van angstklachten. Voor meer uitvoerige informatie over de besproken gedragstherapeutische technieken wordt verwezen naar de relevante literatuur, zoals Emmelkamp (1989), Emmelkamp et al (1989) en Hoogduin (1986).

In dit hoofdstuk wordt in grote lijnen de indeling volgens de DSM-III-R gevolgd. Na een meer algemene inleiding over hypnose bij fobische klachten worden de volgende specifieke stoornissen besproken: paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie, enkelvoudige fobie, obsessief-compulsieve stoornis, diffuse angststoornis en posttraumatische stress stoornis.

Belangrijke delen van dit hoofdstuk, met name de stukken die betrekking hebben op hypnose bij fobieën zijn



gebaseerd op een eerder verricht onderzoek (Van Dyck, 1986). Voor meer gedetailleerde gegevens wordt naar deze studie verwezen.

### Hypnose bij fobieën en angst

In 1954, enkele jaren voor Wolpe(1958) zijn methode van systematische desensitizatie publiceerde, beschreef Erickson een vijftal casuïstische besprekingen van behandelingen van fobische en depressieve patiënten. Zijn methode van "pseudo orientation in time" die reeds in hoofdstuk 10 werd beschreven, vertoont belangrijke overeenkomsten maar ook duidelijke verschillen met de werkwijze van Wolpe.

5

De belangrijkste overeenkomst is dat patiënten werd gevraagd een voorstelling te vormen van een (succesvol) verlopende confrontatie met de gevreesde en vermeden situatie. In de gedragstherapeutische literatuur staat dit element inmiddels bekend als "imaginaire exposure". Het belangrijkste verschil is niet dat Erickson gebruik maakte van hypnose en Wolpe niet; vooral in de begintijd paste Wolpe in ongeveer een derde van zijn behandelingen hypnose als adjunct toe.

zich

Bovendien was zijn optreden in het algemeen volgens observatoren behoorlijk suggestief (Klein et al, 1969; Marmor, 1971). Duidelijke discrepanties zijn vooral te vinden in de theoretische verantwoording en de procedurele uitvloeisels daarvan. Wolpe poneerde als verklaring het principe van de "reciproke inhibitie" en op grond daarvan waren de essentiële onderdelen van zijn procedure: relaxatie, imaginaire exposure en een hiërarchie van angstverwekkende situaties die in opklimmende volgorde doorlopen moest worden. Het doet er op dit moment niet toe dat door verder onderzoek "reciproke inhibitie" als verklaringsmechanisme van therapeutische effecten niet bevestigd werd. In vergelijking tot Wolpe gebruikte Erickson een veel eenvoudiger redenering: hij argumenteerde dat eenmaal geïnitieerde acties vanzelf naar hun voltooiing leiden: hulpmiddelen als relaxatie of een hiërarchie zijn in deze visie niet nodig. Erickson gebruikte wel amnesie omdat hij meende dat een bescherming van de therapeutische suggesties tegen bewuste en kritische twijfel geboden was.

~

Deze twee modellen hebben veel invloed gehad op de manier waarop hypnose inmiddels bij de behandeling van fobieën is toegepast. Om een beeld te krijgen van de praktische gang van zaken werden ruim vijftig handboeken en casuïstische beschrijvingen m.b.t. therapeutisch gebruik van hypnose bij fobieën vergeleken (Van Dyck, 1986). Hieruit

komt het volgende beeld naar voor: De meeste auteurs gebruiken meer dan 1 techniek: behandelingen waarbij drie of meer technieken worden toegepast zijn geen uitzondering.

Cognitieve herstructurering of ego-versterking worden bijna even vaak aanbevolen, samen in ongeveer 1 op vijf van de beschreven behandelingen. In het eerste geval kan het gaan om direct uit de gedragstherapie afgeleide cognitieve therapieën zoals RET (vgl Boutin, 1978) of los daarvan ontwikkelde, min of meer gestandaardiseerde relativerende uitspraken over de fobische situatie (Spiegel & Spiegel, 1978). Bij ego-versterking volgens Hartland (1966), reeds eerder besproken als een hypnotische toepassing van algemene therapieprincipes (vgl hoofdstuk 10), is de focus niet de bron van de angst maar een toename van zelfvertrouwen en bestrijding van demoralisering. Beide interventies worden bij voorkeur toegepast als inleiding op verdere behandeling.

Relaxatie wordt in een derde van de procedures expliciet vermeld als onderdeel van de therapie. Misschien is het feitelijke aandeel van relaxatie nog groter, want het vormt een onderdeel van veel inductieprocedures, die niet altijd expliciet en in detail zijn beschreven. Soms wordt relaxatie alleen gebruikt tijdens de zitting en soms wordt patienten geleerd zelf relaxatie op te roepen in de angstverwekkende situatie (vgl Alman & Lambrou, 1983). In dit geval kan relaxatie ook een functie hebben als afleidingsmechanisme of copingstrategie. In een enkel geval wordt voor relaxatie een equivalent gebruikt in de vorm van een ander positief gevoel, bijvoorbeeld gebaseerd op een positieve herinnering (vgl Jabush, 1976), een hulpmiddel dat ook door Cladder (1984) werd aanbevolen.

In bijna de helft van de gevalsbeschrijvingen is een vorm van imaginaire exposure toegepast. Soms gaat het om een vrij getrouwe uitvoering van systematische desensitizatie, compleet met hierarchie (vgl Channon, 1983; Daniels, 1976) of varianten hiervan (vgl Surman, 1979). Ook flooding na hypnose-inductie wordt toegepast (vgl O'Connell, 1978; Weijsinghe, 1974), maar minder vaak. Verdere varianten zijn "participant covert modeling" of "observational modeling" (vgl Clarke & Jackson, 1983) waarbij een begeleider, respectievelijk een model dat met succes de gewenste confrontatie aangaat een onderdeel vormen van de imaginaire exposure. Zowel een stapsgewijze benadering als een doorlopende, in verhaalvorm gego-

-----  
invoeging  
-----

ten presentatie van de angstverwekkende situatie komen voor en de actieve inbreng van de patiënt kan hierbij beperkt of zeer uitgebreid zijn.

In feite is leeftijdsregressie ook een vorm van imaginaire exposure: de ruim één kwart van de gevallen die met deze techniek behandeld werden mogen opgeteld worden bij de vorige groep en dat brengt het totaal op nagenoeg drie kwart. Een aparte bespreking is wel terecht omdat hier toch een specifieke gedachtengang wordt gevolgd. Als regel wordt de patiënt ertoe gebracht zich in de herinnering te verplaatsen naar het moment waarop de klachten voor het eerst zijn opgetreden. Eventueel wordt hierbij als hulpmiddel gebruik gemaakt van de "affect bridge" (Edelstein, 1981): het concentreren op een bepaald gevoel (bv. angst) vergemakkelijkt het in de herinnering brengen en eventueel herbeleven van de eerdere gelegenheden waarbij dit gevoel optrad. Het bezig zijn met en eventueel opnieuw beleven van deze gebeurtenissen is te beschouwen als een vorm van imaginaire exposure. Soms worden patiënten aangemoedigd tot het uiten van veel affect tijdens deze herbelevingen (vgl Gustavson & Weight, 1981) maar ook "silent abreaction" is mogelijk (vgl Edelstein, 1981). De meeste auteurs passen deze regressie of revivificatie op een selectieve manier toe, bijvoorbeeld als er duidelijke aanwijzingen zijn voor een traumatische gebeurtenis voorafgaand aan het ontstaan van de klachten of nadat een exposure in de tegenwoordige tijd gefaald heeft (vgl Clarke & Jackson, 1983, p. 213; Gruenewald, 1971). Anderen lijken een verklaring van de klachten vanuit vroegere traumata als voorkeursbenadering te hanteren (vgl Schneck, 1966, 1976). ~~De psychoanalytische methode van Freud & Breuer (1895) is hierin duidelijk als voorloper te herkennen en het is dan ook niet verwonderlijk dat onder degenen die regressietechnieken hanteren relatief vaker psychoanalytisch georiënteerde auteurs worden aangetroffen.~~ Hoe de werkzaamheid van regressietechnieken verklaard moet worden is niet helemaal duidelijk, maar dat geldt ook voor vele andere methodes in de psychotherapie. Misschien is de dramatiek van de gebeurtenis, gevolgd door de geruststellende suggestie dat deze herinneringen nu definitief tot het verleden behoren van groot belang. ~~Een bizarre variant van de regressiemethode is de terugkeer naar "vroegere levens" (vgl Gladder, 1989) hetgeen misschien illustreert dat soms hypnotische procedures niet alleen bij de gehypnotiseerden maar ook bij therapeuten tot een tijdelijke afname van kritische instelling~~

72id

~~kunnen bijdragen.~~

In bijna één derde van de gevalsbeschrijvingen werd expliciet melding gemaakt van een posthypnotische suggestie. Een enkele keer was dit ook de enige behandeling die werd toegepast (Stokvis, 1954). Het is ook het meest herkenbare element van 2 behandelingen van Erickson (Rossi, 1980, p.189, p.280) waarin ook nog een zekere vorm van imaginaire exposure in voorkomt. Men kan vermoeden dat deze interventie, net als relaxatie, wat onderbelicht is in de gevalsbeschrijvingen. Meestal worden suggesties gegeven dat de klachten zullen verbeteren. Ongeveer even vaak worden bij wijze van posthypnotische suggestie technieken aangeleerd om in de angstverwekkende situatie op andere onderwerpen te concentreren, zodat van afleiding sprake is. Zelden wordt gebruik gemaakt van de suggestie dat de tijdsbeleving zal versnellen tijdens het verblijf in de angstverwekkende situatie: wellicht houdt dit verband met het feit dat het niet eenvoudig is om deze suggestie met goed resultaat uit te voeren.

↑ zie

In één vijfde van de behandelingen is melding gemaakt van huiswerkopdrachten, waarbij instructies tot in vivo exposure de belangrijkste zijn. Soms wordt dit gecombineerd met huiswerkinstructies voor oefeningen met zelfhypnose (vgl Burrows, 1978; Spiegel & Spiegel, 1978) al of niet met behulp van audiobandjes.

Er blijft nog een restgroep van varianten die moeilijk in de bovenstaande rubrieken konden worden ondergebracht. Van der Hart (1981, 1983) gebruikt op de individuele patiënt toegesneden metaforen. Thiel (1983) geeft indirecte suggesties via een verhaal en O'Brien et al. (1981) werken met behulp van gesuggereerde dromen. Het werk van Erickson (Rossi, 1980) bevat interventies die evenmin goed thuis te brengen zijn in dit overzicht. Over de behandeling van fobieën blijkt hij overigens betrekkelijk weinig te hebben gepubliceerd. Hoewel Erickson met zijn onorthodoxe behandelingen onder therapeuten onmiskenbaar een grote invloed heeft gehad, valt uit de klinische literatuur op te maken dat de schrijvende behandelaars over het algemeen veel conservatiever paden bewandelen. De hypnotherapeutische procedures die vermeld werden leunen sterk tegen de gedragstherapie aan, vaak met een beroep op rationales zoals counterconditioning die rechtstreeks uit gedragstherapie afstammen. Men krijgt wel de indruk dat met allerlei procedures veel flexibeler wordt omgegaan dan in de gedragstherapie gebruikelijk is. Wie dit anders waardeert zal



misschien van slordigheid spreken. Maar zolang de kennis over werkzame en essentiële ingrediënten zo beperkt is, zijn er eigenlijk niet veel redenen om strak vast te houden aan allerlei regels, zoals de literatuur over SD afdoende illustreert. Binnen de hypnosewereld bestaat ook een duidelijke vertegenwoordiging van meer psychodynamisch georiënteerde therapeuten, hetgeen o.a. blijkt uit het frequente gebruik van revivificatie. Maar ook gedragstherapeuten als Clarke & Jackson (1983) bevelen deze interventie in bepaalde gevallen aan, ~~die trouwens al eerder gebruikelijk was in gedragstherapeutische voortherapie (Ramsay, 1967).~~

Inmiddels valt een soort beeld te vormen van de "modale" hypnotherapeutische behandeling van fobische klachten: er bestaat enige kans dat een vorm van cognitieve herstructurering of ego-versterking gebruikt zal worden. Wellicht wordt tijdens de inductie relaxatie gesuggereerd en misschien wordt deze techniek ook aangeleerd als hulpmiddel voor het verblijf in angstverwekkende situaties. Zeer waarschijnlijk wordt een vorm van imaginaire exposure toegepast, waarbij de patiënt zich voorstelt dat hij zich in de fobische situatie goed weet te houden. De kans dat de therapeut dit tot een angstverwekkende belevenis zal maken door zijn suggesties is gering. Vooral bij moeilijk verlopende therapieën of wanneer de voorgeschiedenis op een trauma wijst neemt de kans toe dat de therapeut zal aansturen op een herbeleving van dit trauma. Als afronding wordt wellicht de posthypnotische suggestie gegeven dat de klachten zullen afnemen of dat in angstverwekkende situaties de aandacht op andere onderwerpen gericht zal zijn. Ook bestaat de kans dat bij wijze van huiswerk, exposure in vivo of zelfhypnose-oefeningen worden gegeven.

~~Al eerder hebben we besproken dat procedurebeschrijvingen niet al te betrouwbaar zijn als overzichtsgegevens van het feitelijke verloop van een therapie. Bovendien betreft het hier alleen de gepubliceerde literatuur. Toch lijkt het waarschijnlijk dat de prominente plaats van imaginaire exposure, relaxatie, posthypnotische suggestie en regressie wel de bestaande praktijk weerspiegelt.~~

Voor welke fobische klachten worden deze procedures nu gebruikt? In de gevalbeschrijvingen valt op dat de enkelvoudige fobieën, zoals de angst om te reizen per vliegtuig, zeer sterk vertegenwoordigd zijn. De meer complexe fobische klachtenpatronen zoals agorafobie of sociale fobie komen tamelijk zelden in deze literatuur voor. Hiermee hangt

ongetwijfeld samen dat het vooral om zeer korte behandelingen gaat, vaak van minder dan vijf zittingen. De klinische literatuur suggereert derhalve dat hypnose voornamelijk gebruikt wordt voor de kortdurende behandelingen van enkelvoudige fobieën, met behulp van methodes die sterk tegen de gedragstherapie aanleunen.

Effectonderzoek: welke methode verdient de voorkeur?

Hoewel een redelijk overzichtelijke ordening wel mogelijk blijkt, is de veelheid van technieken een probleem. De vraag rijst welke van deze methoden het meeste bijdraagt tot verbetering. Er blijkt <sup>bij</sup>zonder weinig onderzoek te zijn dat hierop betrekking heeft. Twee studies werden in de literatuur aangetroffen: Larsen (1966) en Horowitz (1970). In beide studies werden 36 slangenfobici in vier groepen van 9 verdeeld en gedurende 9 sessies blootgesteld aan verschillende therapiecondities: de eerste bestond uit het tijdens hypnose oproepen van herinneringen aan vroegere gebeurtenissen die met slangen te maken hadden terwijl ontspanning gehandhaafd werd. In de tweede conditie werd tijdens de herinneringen gesuggereerd om opnieuw de angst maximaal te ervaren, hetgeen overeenkomt met de cathartische of imaginaire flooding methoden. De derde conditie bestond uit posthypnotische suggesties voor verbetering zonder het oproepen van herinneringen. Om de tijd vol te maken werden irrelevante hypnotische fenomenen opgeroepen. Een controlegroep kreeg een voor- en nameting maar geen therapie. Het wekte verwondering dat de publicatie van Horowitz een perfecte replicatie was van die van Larsen: dit werd opgehelderd toen bleek dat de auteur uit 1970 voluit Larsen Horowitz heet en dat de beide publicaties dezelfde studie betreffen. Dit brengt het databestand op één ongerepliceerde studie. Het resultaat hiervan was dat de herbeleving tijdens relaxatie en de conditie met <sup>post</sup>~~psych~~hypnotische suggestie tot dezelfde mate van verbetering leidden, terwijl de conditie met arousal significant minder vooruitgang opleverde, en bovendien een terugval vertoonde tot het niveau van de onbehandelde controlegroep ten tijde van de follow-up (die merkwaardig genoeg varieerde van 9 tot 34 dagen). Het resultaat van de beide andere condities bleef behouden. Tot nader order lijkt het dus ongewenst om heftige emotionele tonelen te stimuleren tijdens de behandeling van fobieën d.m.v. hypnose, en er is geen reden om te verwachten dat de "silent abreaction" van Edelstein (1981) minder effectief zou zijn, eerder het tegendeel.

Effectonderzoek: hypnose in vergelijking tot een onbehandelde controlegroep en tot een andere therapie.

Een eerste vereiste om van een effectieve behandeling te spreken is dat wordt aangetoond dat met de betreffende therapie meer vooruitgang wordt bereikt dan in een niet behandelde controlegroep. Het onderzoek dat op deze vraag betrekking heeft werd elders (van Dyck, 1986) uitvoerig besproken. Er bleken slechts twee studies te zijn waarin hypnose vergeleken werd met een onbehandelde groep bij de behandeling van een fobische klacht (slangenfobie). Als het overzicht wordt uitgebreid tot de behandeling van niet fobische angsten (examenrees, angst na hersenletsel, angst voor tandheelkundige ingrepen) komen we op een totaal van zes bruikbare studies. In vijf daarvan was het resultaat van de hypnoseconditie significant beter dan van de onbehandelde controlegroepen. Hoewel deze studies in methodologisch opzicht zeker niet vlekkeloos zijn, lijkt het gerechtvaardigd om te concluderen dat hypnose bij angstbestrijding meer effect sorteert dan geen behandeling.

Een tweede interessante vraag is hoe een behandeling met hypnose de vergelijking met een andere therapie doorstaat. In het eerder genoemde literatuuroverzicht werden 12 publicaties gevonden die betrekking hebben op deze vraag; vier daarvan bleken zodanig ernstige methodologische tekortkomingen te vertonen dat ze verder buiten beschouwing werden gelaten. De resterende acht studies waren overigens evenmin brandschoon. Het globale resultaat van deze vergelijking was dat hypnose een angstreducerende werking lijkt te hebben die gelijk is aan die van een controlebehandeling zoals relaxatie of meditatie, of ze soms zelfs licht overtreft. Hierbij moet aangetekend worden dat het onderzoek veelal betrekking had op proefpersonen die niet echt tot een klinische populatie kunnen gerekend worden. In diverse studies ging het om vrijwilligers of mensen met het soort enkelvoudige fobieën dat niet vaak aanleiding tot een behandeling vormt.

#### Therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid

In hetzelfde literatuuroverzicht is ook de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en therapieresultaat bij angstklachten bekeken. In totaal werden 10 studies gevonden, waaraan inmiddels ook de vergelijkende effectstudie bij 64 agorafobici kan toegevoegd worden (van Dyck, 1986). In deze

11 studies hebben ruim 450 patienten of vrijwilligers van wie de hypnotiseerbaarheid bekend was een of andere hypnotische procedure ontvangen ter bestrijding van uiteenlopende soorten angstklachten. Er blijkt een consistente positieve relatie tussen het therapieresultaat en hypnotiseerbaarheid, ook wanneer de hypnoseconditie niet zoveel om het lijf heeft. De hoogste correlatiecoëfficiënt die gevonden werd was .59; meestal liggen de correlaties in de buurt van .40. Dit betekent dat hypnotiseerbaarheid gezien mag worden als een factor die de kans op succes van een behandeling met hypnose in belangrijke mate mee bepaalt, zij het dat nog tal van ander invloeden van groot belang zullen zijn. Een uitvoerige bespreking van de factoren die in vijf behandelingen een rol speelden is te vinden in Van Dyck, Spinhoven & Commandeur (1984a en 1984b).

### Hypnotiseerbaarheid en fobieën

Op grond van klinische observaties meldde Frankel (1974, 1978) dat spontane trance-achtige verschijnselen bij fobische patienten vaak voorkomen. Hij stelde dat de verhoogde neiging tot het ontwikkelen van spontane trances zou bijdragen tot de ontwikkeling van fobische klachten. Hiermee bouwde hij voort op veronderstellingen van Charcot en Janet aan het begin van de eeuw. Of deze redenering juist is valt moeilijk te onderzoeken. Dat fobische patienten een meer dan gemiddelde hypnotiseerbaarheid vertonen is een bevinding die daar wel bij past. In vijf studies waar (enkelvoudige) fobici met een normgroep of met een andere patientengroep werden vergeleken bleek de hypnotiseerbaarheid van de fobici hoger, met een ruime vertegenwoordiging van zeer goed hypnotiseerbaren (Van Dyck, 1986). Patienten met meer dan een (enkelvoudige) fobie scoorden relatief het hoogst. Uiteraard is hiermee geen causaal verband aangetoond tussen fobieën en hypnotiseerbaarheid. Gecombineerd met het gegeven dat het therapieresultaat met behulp hypnose aan de hypnotiseerbaarheid is gecorreleerd, is dit wel een argument om hypnose bij de behandeling van fobische klachten te overwegen.

Het moet toch niet als een vaststaand feit worden aangenomen dat fobische klachten altijd gepaard gaan met een hoge hypnotiseerbaarheid. De bevindingen uit twee recente studies passen niet in dit patroon: bij een groep van 64 agorafobici vond Van Dyck (1986) slechts een gemiddelde score van 2.34 (standaard deviatie 1.4) op de 5-puntsschaal

van de SHCS (Oyen & Spinhoven, 1983). Owens et al (1989) rapporteerden zelfs een lager dan gemiddelde hypnotiseerbaarheid bij een gemengde groep (N=25) fobici. Mogelijk zijn de eerder gemelde hoge scores het gevolg van selectiviteit bij de steekproefsamenstelling.

#### paniekstoornis en agorafobie

Agorafobie en paniekaanvallen treden vaak in combinatie op. In de DSM-III werd agorafobie als de centrale stoornis gezien, die al dan niet gepaard ging met paniekaanvallen. In overeenstemming met recente biologisch psychiatrische opvattingen is in de herziene editie van de DSM paniekstoornis het centrale concept geworden, al dan niet gecompliceerd door agorafobisch vermijdingsgedrag. De essentie van paniekstoornis is het optreden van onverwachte en niet door de situatie verklaarde aanvallen van intense angst, waarbij benauwdheid, duizeligheid, hartkloppingen en beven tot de meest kenmerkende symptomen behoren. Tijdens een typische paniekaanval overheerst de angst voor controleverlies of voor ernstig lichamelijk onheil zoals een hartinfarct of hersenbloeding. Volgens biologische psychiaters hebben antidepressiva zoals imipramine, clomipramine of fluvoxamine een specifiek paniekdempend effect (Klein, 19.., den Boer, 1988, Van Praag & Kahn, 1989).

Tegenstanders van de huidige indeling voeren aan dat een paniekaanval eigenlijk niet meer is dan een symptoom, dat bijvoorbeeld ook bij ernstige depressies en tijdens onthouding van alcohol optreedt, en dus onvoldoende specifiek is om de kern van een ziektebeeld te vormen. Bovendien betwisten zij dat een paniekaanval meer is dan intense angst: in plaats van het kwalitatieve onderscheid dat de biologisch georiënteerde onderzoekers hanteren, zien zij slechts een kwantitatief verschil (vgl Marks, 1987). Deze discussie is momenteel aanleiding tot hernieuwde belangstelling voor de fenomenologie van angstaanvallen.

Agorafobie is het tweede element van deze groep. Hiermee wordt angst en vermindering aangeduid voor situaties waaruit men zich niet snel kan terugtrekken, zoals menigten, openbaar vervoer, restaurants en supermarkten. De aanwezigheid van een vertrouwd persoon doet als regel de angst afnemen. Een patient met paniekstoornis en met agorafobie zal dus een (situationele) paniekaanval riskeren als hij zich bijvoorbeeld in het openbaar vervoer begeeft,



maar kan ook (spontane) paniekaanvallen hebben wanneer hij niet in dergelijke "agorafobische" situaties vertoeft.

In de gedragstherapie is de afgelopen jaren voor agorafobie een effectieve therapie ontwikkeld in de vorm van exposure in vivo, wat inhoudt dat patiënten in sessies van 90 minuten of langer zich in de angstverwekkende situatie begeven. Reeds na een beperkt aantal sessies bereikt circa 70% van de patiënten een klachtenreductie van ongeveer 50% (Jansson & Ost, 1982). Deze vooruitgang is na 4 resp 9 jaar stabiel gebleken.

Gezien de overtuigende resultaten die met exposure in vivo aangetoond zijn, is het op dit moment niet terecht deze behandeling aan patiënten te onthouden. Het is goed mogelijk dat door additionele hulpmiddelen zoals hyperventilatietraining, ademhalingsoefeningen, relaxatietraining of antidepressiva nog gunstiger resultaten bereikt kunnen worden. Ook van de toevoeging van hypnose is dit denkbaar.

Om dit te onderzoeken werden in een cross-over design 64 agorafobische patiënten behandeld met ofwel exposure in vivo of de combinatie van exposure in vivo met toekomstfantasieën (zie hoofdstuk 10). De toekomstfantasieën werden hier opgezet als een geïndividualiseerde hypnotische vorm van imaginaire exposure. De overige ingrediënten waren relaxatie en posthypnotische suggesties. Het globale resultaat was niet gunstiger voor de combinatie van exposure en hypnose. Wel gaf een ruime meerderheid van de patiënten de voorkeur aan de gecombineerde behandeling boven exposure alleen, terwijl bij aanvang van het project de voorkeuren gelijk verdeeld waren.

Er werd ook een samenhang gevonden tussen het therapieresultaat in de gecombineerde behandeling en hypnotiseerbaarheid. Het was zelfs zo dat slecht hypnotiseerbare patiënten minder vooruitgang boekten in de gecombineerde behandeling dan met exposure alleen. Bij de zeer goed hypnotiseerbaren was er wel een trend naar gunstiger resultaten in de gecombineerde behandeling; deze groep was echter klein en het verschil was statistisch niet significant (Van Dyck, 1986). Op grond van deze totnogtoe meest omvangrijke studie m.b.t. de rol van hypnose bij agorafobie kan gesteld worden dat het bij laag hypnotiseerbaren de voorkeur verdient geen hypnose toe te passen. Bij gemiddeld hypnotiseerbaren is geen voordeel voor de toevoeging van hypnose gevonden. Mogelijk is bij goed hypnotiseerbare agorafobici een extra voordeel te behalen, al bleek uit deze studie slechts een trend en geen significant verschil. Het is ook denkbaar dat met het

uitbreiden van het aantal hypnotische technieken alsnog betere resultaten bereikt kunnen worden. De toekomstfantasieën hadden vooral het karakter van imaginaire exposure. Een focus op de paniekaanvallen of op de agorafobische cognities valt te overwegen. Van der Hart (1984) gebruikte hypnose om de aanvallen van depersonalisatie te bestrijden. Bij patiënten die niet voldoende op de gebruikelijke benadering reageren kan ook een exploratie van het verleden met behulp van leeftijdsregressie van belang zijn. Gruenewald (1971) beschreef een behandeling waarbij op die manier diverse traumatische ervaringen aan het licht kwamen. Verwerking van dergelijke traumata kan essentieel zijn voor het slagen van een behandeling. Een onderzoek waarin de waarde van dergelijke alternatieven bij de toepassing van hypnose getoest wordt is zeer gewenst.

sociale fobie

Centraal bij sociale fobie zijn angst en vermijding in situaties waarbij men door anderen geobserveerd en beoordeeld kan worden, zoals spreken in het openbaar, eten of schrijven in gezelschap. De situaties die angst en vermijding oproepen overlappen ten dele met die van agorafobie -bijvoorbeeld vertoeven in grotere gezelschappen- maar de preoccupatie van sociale fobici betreft vooral bekritiseerd en beoordeeld worden en het vertonen van uiterlijke symptomen van opwinding zoals beven, blozen of zweten, terwijl agorafobici angstig zijn voor een lichamelijk onheil zoals flauwvallen of een hartaanval. Overigens komt de combinatie van sociale fobie en agorafobie regelmatig voor. Geen gebruik kunnen maken van een openbaar toilet is een variant van sociale fobie. Belangrijke complicaties zijn depressie en alcoholisme.

De gedragstherapeutische procedure die voor agorafobie zo effectief is, namelijk exposure in vivo, blijkt voor sociale fobie minder afdoende (Butler, 1985). Een van de redenen is dat behalve habituatie aan de angstverwekkende situaties ook een cognitieve herstructurering van belang is, en die komt niet vanzelf tot stand. Sociale fobici die de moed opbrengen om een bepaalde situatie te doorstaan, hebben niet automatisch het gevoel dat zij over hun prestatie tevreden mogen zijn en blijven zichzelf overdreven kritisch en veeleisend bejegenen. In principe zou bij die cognitieve herstructurering hypnose gebruikt kunnen worden. Voor

situaties waar exposure in vivo niet onbeperkt georganiseerd kan worden, zoals spreken in het openbaar, zou imaginaire exposure met hypnose een hulpmiddel kunnen zijn. De vegetatieve symptomen, zoals beven of blozen zouden met behulp van relaxatie en zelfhypnose bestreden kunnen worden. Een voorbeeld van hoe exposure in vivo met zelfhypnose gecombineerd kan worden geeft Mozdzierz (1985) bij de behandeling van een psychogene mictiestoornis. Hij leerde de patiënte relaxatie met behulp van zelfhypnose en instrueerde haar daarna verschillende keren per dag een openbaar toilet te bezoeken en daar te ontspannen - zonder er een opzettelijke poging te doen te urineren. Door de ontspanning lukte het urineren gaandeweg "vanzelf". Het is verder opvallend dat in de hypnoseliteratuur aan de behandeling van sociale fobie nauwelijks aandacht is besteed.

#### enkelvoudige fobie

Hiermee wordt angst en vermijding aangegeven voor andere (omschreven) situaties dan degene die onder agorafobie of sociale fobie vallen. Veel voorkomende voorbeelden zijn: hoogtevrees, vliegangst, angst voor bepaalde dieren of voor bloed, verwondingen of medische situaties, zoals tandartsbezoek.

De hypnotische elementen die reeds bij de bespreking van agorafobie zijn geïnventariseerd, worden veelvuldig toegepast bij de behandeling van enkelvoudige fobieën, al dan niet in combinatie met exposure in vivo. Hypnotische technieken zullen vooral een waarde hebben voor die fobische situaties die niet gemakkelijk in vivo te oefenen zijn. Hypnose kan dan, naast andere interventies gebruikt worden in de voorbereidende fase. Voor de bestrijding van vliegangst is het niettemin aannemelijk dat de oefening in vivo in vergelijking tot andere onderdelen van een therapiepakket het meest doorslaggevende effect heeft (Van Dyck, 1989). In hoeverre dit voor de behandeling van ander enkelvoudige fobieën eveneens geldt is niet duidelijk. In dat geval zou hypnose tot de motivering en cognitieve hertsructurering kunnen bijdragen. Relaxatie of (zelf)hypnose kunnen gebruikt worden tijdens het verblijf in de angstverwekkende situatie, als van de patiënt niet te veel alertheid en activiteit vereist wordt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij vliegvlagen of bij medische of tandheelkundige ingrepen. Blijkens een recent onderzoek (Gudde, et al, 1988) werd bij angst voor tandheelkundige

ingrepen een vergelijkbare mate van angstreductie verkregen met behulp van hypnotische relaxatie, progressieve relaxatie en de NLP techniek van "collapsing anchors".

#### obsessief-compulsieve stoornis

Obsessies of dwanggedachten zijn zich opdringende gedachten of impulsen, vaak met een agressieve of scabreuze inhoud, die niet onderdrukt kunnen worden en als extreem hinderlijk beleefd worden. Compulsies of dwanghandelingen zijn gerichte gedragingen of rituelen waarmee de dwanggedachten geneutraliseerd of ongedaan gemaakt kunnen worden. Meest bekend zijn was- en poetsrituelen als neutralisering van dwanggedachten over besmetting of vervuiling.

In de gedragstherapie is exposure in vivo in combinatie met responspreventie zeer werkzaam gebleken: ongeveer 70% van de patiënten behaalt een mate van verbetering tussen 30 en 100% die over verschillende jaren stabiel blijft (Emmelkamp, 1989; Hoogduin, 1987).

De recente hypnoseliteratuur bevat daarentegen weinig beschrijvingen van succesvolle behandeling van obsessief-compulsieve stoornis en in diverse hypnose handboeken wordt deze techniek bij dwangneurose ontraden. Bij de twee gevallen van wasdwang die Scignar (1981) met flooding onder hypnose behandelde, is de vraag gewettigd wat het aandeel van hypnose hierbij was, omdat van imaginaire flooding een effect op wasrituelen is aangetoond, zij het minder uitgesproken dan van exposure in vivo met responspreventie.

Hoogduin & de Jong (1984) vonden dat de hypnotiseerbaarheid van patiënten met dwangneurose bijzonder laag is, hetgeen doet verwachten dat de toepassing van hypnose niet eenvoudig zal zijn. Ook na een geslaagde gedragstherapeutische behandeling voor de dwangklachten bleef de hypnotiseerbaarheid laag (Hoogduin & de Jong, 1987). Van der Hart (1985) bestrijdt dat uit lage scores op een hypnotiseerbaarheidstest geconcludeerd mag worden dat hypnose geen geschikte behandeling is. Gezien de hoge effectiviteit van de gedragstherapeutische methodes ligt het vooralsnog voor de hand om de voorkeur te geven aan procedures waarvan een gunstig effect duidelijk is aangetoond.

## diffuse angststoornis

Deze stoornis wordt gekenmerkt door continue overmatige angst en piekeren -zonder paniekaanvallen -met tekenen van motorische spanning, zoals beven en rusteloosheid; tekenen van autonome hyperactiviteit, zoals benauwdheid, tachycardie, droge mond en duizeligheid en tekenen van overmatige alertheid, zoals schrikreacties en slaapstoornissen. De diffuse angststoornis heeft iets van een restcategorie: er is sprake van persisterende angst, zonder paniekaanvallen, zonder verband met een trauma en zonder typisch vermijdingsgedrag. De klachten zijn niet erg specifiek en onderscheid met een dysthyme stoornis (neurotische depressie) is niet altijd goed mogelijk. Bij onderzoek naar de betrouwbaarheid van deze diagnose blijkt dat, in tegenstelling tot de overige angststoornissen, de overeenstemming tussen beoordelaars over diffuse angststoornis niet erg hoog is. In de oudere literatuur vindt men dit beeld terug onder de benaming angstneurose.

De voor diffuse angststoornis kenmerkende symptomen zijn nagenoeg het spiegelbeeld van de toestand die tijdens relaxatie wordt bereikt en die door Benson et al (1974) "relaxation response" is genoemd. Kenmerken hiervan zijn: verlaging van zuurstofconsumptie en CO<sub>2</sub>-productie, vermindering van ademfrequentie en van melkzuurproductie, toename van huidweerstand en het alfa-ritme op het EEG en afname van spierspanning. Uiteenlopende procedures kunnen deze toestand van relaxatie in de hand werken: hypnose, autogene training, progressieve spierontspanning en diverse vormen van meditatie en biofeedback. Hoewel de psychofysiologische effecten overeenkomen, lijken er (nog niet voldoende in kaart gebrachte) verschillen te zijn in de cognitieve toestand die met deze uiteenlopende procedures gepaard gaat; bovendien blijken proefpersonen verschillen in preferentie te ontwikkelen voor de manier waarop zij de toestand van relaxatie bereiken (Morse et al, 1977).

Er zijn aanwijzingen dat de gebruikte techniek met hypnotiseerbaarheid interacteert. Rickard et al (1985) vonden dat hoog hypnotiseerbaren gunstig reageerden op een suggestieve vorm van relaxatie-inductie evenals op de in de gedragstherapie gebruikelijke progressieve spierrelaxatie. Laag hypnotiseerbaren bereikten alleen goede ontspanning met de laatstgenoemde techniek. Dit is een argument om een hypnotische benadering alleen voor goed hypnotiseerbaren te reserveren.



Bij patienten met angstneurose werd door Benson et al (1978) een vergelijking uitgevoerd tussen zelfhypnose en een meditatietechniek. De meditatietechniek had eveneens suggestieve elementen in zich. Er was geen verschil in effect naargelang de gebruikte methode, maar in beide condities was het effect aanzienlijk beter bij matig en goed hypnotiseerbare patienten dan bij de slecht hypnotiseerbaren. Overigens is bij angstneurose, in tegenstelling tot fobieën, geen opvallende hoge hypnotiseerbaarheid gevonden (Spiegel et al, 1982).

De bovenstaande bevindingen geven de mogelijkheden en beperkingen van hypnose bij patienten met angstneurose goed weer: hypnose is een van de technieken waarmee de relaxatierespons opgeroepen kan worden. Bij goed hypnotiseerbaren zal dit waarschijnlijk gemakkelijk gaan; bij slecht hypnotiseerbaren is het verstandiger een minder suggestieve techniek zoals progressieve relaxatie of biofeedback te gebruiken. Wat de praktische uitvoering betreft, ligt het voor de hand om een vorm van zelfhypnose aan te leren, eventueel ondersteund met cassettebandjes. Een techniek zoals de clenched fist (zie hoofdstuk 10) is hiervoor goed bruikbaar. Het is van belang om tegelijkertijd aandacht te besteden aan de cognitieve kant: het piekeren en de onzekerheid gaan niet zonder meer weg als de spanning afneemt. Suggesties gericht op toename van zelfvertrouwen en huiswerk waarmee succeservaringen in de hand gewerkt worden kunnen hier nuttig zijn.

#### posttraumatische stress stoornis

Deze stoornis kan optreden na een extreem traumatiserende ervaring en de klachten bestaan uit herbeleving in de vorm van zich opdringende herinneringen, dromen of "flashback" ervaringen en gaat gepaard met vermijding van situaties die deze herinneringen weer kunnen oproepen. Tevens zijn er tekenen van overmatige activering zoals slaapstoornissen, concentratieproblemen en prikkelbaarheid. Ook kan er sprake zijn van affectvervlakking, interesseverlies en amnesie. In tegenstelling tot de overige angststoornissen is in de diagnose een uitspraak over de etiologie besloten.

Er bestaat een lange traditie in het gebruik van hypnose bij het verwerken van traumata, al dan niet door amnesie uit de herinnering verdwenen. De kern van een behandeling is steeds een confrontatie met de traumatische

gebeurtenissen op een manier die bijdraagt aan de verwerking ervan. In hoofdstuk 10 werden bij de explorerende strategie verschillende technieken beschreven die bruikbaar zijn voor dit doel: leeftijdsregressie, affectbrug, hypnokatharsis. Wanneer een sterke neiging tot dissociatie bestaat kunnen ook de op ego-toestanden gebaseerde technieken van nut zijn. Voor die gevallen waarbij dissociatie het hoofdkenmerk vormt wordt verwezen naar hoofdstuk 15.

Niet alleen een confrontatie is van belang: op de een of andere manier moet het tot een herwaardering van de traumatische gebeurtenis komen. Een transformatie van de herinnering, waarbij een andere afloop wordt gesuggereerd kan in sommige gevallen adequaat zijn. Soms volstaat het te benadrukken dat de gebeurtenissen definitief tot het verleden behoren, wat door een afscheidsritueel kan worden onderstreept. Het komt voor dat herinneringen of nachtmerries blijven persisteren, zodat het therapeutisch gebruik van amnesie valt te overwegen (vgl Van Dyck, 1983).

Gezien het complexe beeld van de posttraumatische stress stoornis kan het ook gewenst zijn om beroep te doen op andere dan de explorerende strategieën, zoals relaxatietraining met name als klachten analoog aan die van angstneurose op de voorgrond staan. Vaak zal van demoralisering sprake zijn en kunnen de ego-versterkende technieken nuttig zijn. In een latere fase kan gebruik gemaakt worden van toekomstfantasieën of een andere op exposure gerichte benadering, zodra vermijdingsgedrag overwonnen dient te worden.

Uiteraard kan men ook technieken gebruiken die niets met hypnose te maken hebben (vgl Elsenga & Emmelkamp, 1989). Van der Hart en Boon (1988) bespreken aan de hand van diverse klinische voorbeelden de overwegingen die hen de voorkeur doen geven voor schrijfp opdrachten of hypnose of een combinatie van beide in de loop van het verwerkingsproces.

Therapeuten die hypnose gebruiken bij de behandeling van posttraumatische stress stoornissen hebben over het algemeen de indruk dat deze methode hen helpt om sneller resultaten te bereiken (vgl MacHovec, 1985). Geobjectiveerd is dit nog niet. In een vergelijking tussen een korte psychodynamische therapie volgens Horowitz, een gedragstherapeutische methode (traumadesensitisatie) en een hypnotherapeutische methode bestaande uit exploratie en confrontatie, waarbij elementen uit het werk van Erickson en Fromm als leidraad dienden, werd voor alle condities een vergelijkbaar gunstig effect gevonden (Defares & Brom, 1986). Het is mogelijk dat alleen bij goed hypnotiseerbaren een voordeel van hypnose moet verwacht worden. Recent werd door Spiegel et al (1988) bij patienten met posttraumatische

stress stoornis een hoog gemiddelde hypnotiseerbaarheid gevonden. Dit strookt ook met de bevindingen van J. Hilgard (1974) dat onder hoog hypnotiseerbaren relatief veel personen waren die als kind mishandeling en lijfstraffen hadden meegemaakt. Dit zou er op kunnen wijzen dat er onder patienten met posttraumatische stress stoornissen relatief veel zijn die goed toegankelijk zijn voor hypnotische technieken.

nabeschouwing

Niet bij toeval werden aan het begin van dit hoofdstuk een hypnotische (Erickson) en een gedragstherapeutische techniek (Wolpe) naast elkaar gezet. Hypnose kon op een langere traditie bogen, maar in de vijftiger jaren waren beide benaderingen nog goed vergelijkbaar. Sindsdien moet vastgesteld worden dat op het gebied van effectieve bestrijding van angstklachten en fobieën hypnose door gedragstherapie is voorbijgestreefd. Met de ontwikkeling van "in vivo" technieken is in de gedragstherapie een grote vooruitgang geboekt. Een factor die ongetwijfeld tot de ontwikkeling van gedragstherapie heeft bijgedragen en waarbij hypnose achtergebleef, is de aandacht voor research. Onderzoek is een belangrijk corrigerend principe en draagt er toe bij dat de harde realiteit en de klinische overtuiging op tijd weer met elkaar in overeenstemming worden gebracht. Voor de komende tijd kan niet verwacht worden dat het belang van effectonderzoek zal afnemen.

Bij herhaling is in dit hoofdstuk geargumenteed dat het de moeite loont om rekening te houden met de hypnotiseerbaarheid van patienten. Binnen de hypnosewereld is dit nog een min of meer controversieel standpunt. In navolging van Erickson wordt soms nog een zekere waarde gehecht aan het bereiken van hypnotische effecten bij patienten wie dat niet gemakkelijk afgaat. Gezien de veelheid van werkzame alternatieve therapieën is dit geen rationeel standpunt meer. Hiermee is niet gezegd dat de huidige meetinstrumenten voor hypnotiseerbaarheid onfeilbaar zijn en dat hypnotiseerbaarheid de alles overheersende factor zou zijn die de afloop van de therapie bepaalt. Maar omdat het in psychotherapie - hypnose zeker niet uitgezonderd - al zo moeilijk is om voorspellers van therapieresultaten te vinden, lijkt het verstandig om deze voor angststoornissen behoorlijk gedocumenteerde voorspeller niet uit het oog te verliezen.

## DISSOCIATIEVE STOORNISSEN

---

Richard Van Dyck

### inleiding voor TDT

In het vorige nummer kondigde ik aan bezig te zijn met een hoofdstuk over dissociatieve stoornissen voor het nieuwe handboek psychopathologie. Zie hier het resultaat van het literatuuronderzoek. De literatuur is overigens ten gevolge van de instructies van de redactie uiterst onvolledig in de referenties opgenomen (en bovendien nog niet afgewerkt).

Een hoofdstuk voor een handboek moet niet polemisch zijn; ik hoop een evenwicht gevonden te hebben tussen weergave van courante opvattingen en kritisch denken.

## DISSOCIATIEVE STOORNISSEN

Prof. Dr. R. van Dyck  
Hoogleraar ambulante en sociale psychiatrie  
vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam  
Afdelingshoofd Poliklinieken Psychiatrisch Centrum Amsterdam



## Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een vijftal stoornissen besproken die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat van een sterke mate van dissociatie sprake is. Dit zijn: de multipele persoonlijkheidsstoornis (MPS), psychogene fugue, psychogene amnesie, depersonalisatie stoornis en de niet anderszins gespecificeerde dissociatiestoornissen. In de wat oudere literatuur werden de deze aandoeningen onder de rubriek "hysterie" beschreven. De alternatieve benaming in de DSM-III-R is nog steeds: hysterische neurosen, dissociatieve type.

Rond de eeuwwisseling was de belangstelling voor deze hysterische aandoeningen met een soms opmerkelijke symptomatologie zeer groot; na een lange periode van betrekkelijke verwaarlozing is die belangstelling de laatste jaren weer sterk toegenomen. Het is niet moeilijk om een parallel te zien met de interesse voor het aan dissociatie verwante fenomeen van hypnose dat in deel twee verder besproken zal worden. Alvorens de dissociatieve stoornissen te behandelen is het nodig het dissociatiebegrip uiteen te zetten.

## Dissociatie

Dissociatie is een beschrijvend concept dat door de Franse filosoof en arts Pierre Janet (1859-1947) werd uitgewerkt aan de hand van observaties bij hysterische patienten. De kern van zijn dissociatiebegrip is dat men zich het bewustzijn niet als een eenheid moet voortstellen; bij verschillende patienten steide hij vast dat de integratie van geheugen, gedachten, handelingen of persoonlijke identiteit gebrekkig was. Bij sommige van zijn patienten was er sprake van meerdere bewustzijnstoestanden, die min of meer onafhankelijk van elkaar bestonden. De oorsprong van deze secundaire bewustzijnskernen lag als regel bij heftige emotionele gebeurtenissen die de integratieve vermogens kennelijk tekort deden schieten. De secundaire bewustzijnskernen konden interfereren met de habituele bewustzijnstoestand via symptomen zoals verlammingen of amnesie. Janet gebruikte hypnose om die integratie alsnog te bevorderen (van der Hart, 1988).

Een vergelijking met de Freudiaanse concepten van verdringing en onbewuste kan hier verhelderend zijn:

eenvoudig gesteld is verdringing bij Freud een actief proces ter bescherming van het ego waardoor bedreigende (sexuele of agressieve) impulsen naar het onbewuste worden verwezen. Dit onbewuste is gekenmerkt door een irrationele, magische denktrant (primair proces denken). Bij Janet is dissociatie niet noodzakelijk het gevolg van een actief verdringingsproces, maar van ontoereikende integratieve vermogens. Zijn model laat echter ruimte voor verdringing als een mechanisme dat eveneens tot dissociatie kan leiden. De gedissocieerde bewustzijnskernen zijn bij Janet niet veroordeeld tot magisch denken, maar zijn ook in staat tot rationele cognitieve verrichtingen. Bij Janet vinden we niet een tegenstelling tussen een rationeel bewustzijn en een irrationeel onbewuste, maar het gaat bij hem om gescheiden opererende bewustzijnstoestanden waarin zich zowel rationele als irrationele processen afspelen en die wisselend op de voorgrond kunnen staan, met elkaar kunnen interfereren en uiteindelijk ook weer kunnen integreren. Er is ook een verschil in het uitgangspunt van beide processen: bij Freud gaat het om uit de persoon zelf afkomstige wensen of impulsen die door verdringing onbewust blijven; Janet beschrijft uit de buitenwereld afkomstige traumatiserende gebeurtenissen, waarvan de herinnering door dissociatie op een soort zijspoor geplaatst wordt.

Recent zijn de opvattingen van Janet opnieuw onder de aandacht gebracht door de Amerikaanse psycholoog Hilgard (1977). Met een gemoderniseerde terminologie presenteerde hij een "neo-dissociatietheorie" waarin sprake is van een hiërarchie van cognitieve controlesystemen. Dissociatie is gekenmerkt door een verstoring van die hiërarchie, waardoor cognitieve subsystemen tot op zekere hoogte onafhankelijk gaan functioneren. Hilgard acht zijn model niet alleen relevant voor pathologische verschijnselen zoals conversieverlammingen, fugue en multipele persoonlijkheid, maar ook voor niet pathologische fenomenen zoals dromen en door hypnose opgewekte processen zoals analgesie of posthypnotische amnesie. Een niet ongewone ervaring die een lichte vorm van dissociatie illustreert is dat men bij een autorit langs een vertrouwde route kan meemaken dat men zodanig geboeid raakt door de conversatie met de passagier dat men enigszins verrast opmerkt op de bestemming te zijn aangeland. De "automatische piloot" heeft kennelijk voor een adequate besturing gezorgd en de aandacht kon bij het gesprek blijven. Dissociatie is dus niet beperkt tot pathologische verschijnselen. Bovendien is het een proces

dat ook bij andere stoornissen dan de in dit hoofdstuk beschreven beelden van belang wordt geacht, zoals conversies en boulimie.

We bespreken de dissociatieve stoornissen niet in de volgorde die de DSM-III-R hanteert, maar in een volgorde van toenemende complexiteit.

## DEPERSONALISATIESTOORNIS

### kenmerken en voorkomen

Depersonalisatiestoornis bestaat uit een intermitterende of continue ervaring van depersonalisatie die gekenmerkt wordt door het gevoel buiten eigen lichaam of geest te staan, als een robot of in een droom te leven (zie tabel 1). Emoties die zich voordoen worden beleefd alsof ze afgezwakt en niet meer eigen zijn. Sommige patienten drukken dit uit door te zeggen dat ze emotioneel dood zijn. Vaak gaat de depersonalisatie met derealisatie gepaard: de betrokkene heeft het gevoel alsof de buitenwereld niet meer echt is, alsof hij in een film loopt, of dat de omgeving achter een glazen wand zit. Ook veranderingen in tijdsbeleving en "deja vu" ervaringen kunnen voorkomen. Sommige patienten beleven de depersonalisatie ook lichamelijk: alsof hun lichaam of een deel ervan van vorm veranderd is of anders aanvoelt. De gestoorde beleving houdt steeds een "alsof" karakter: er is geen sprake van wanen of verstoorte realiteits toetsing. Depersonalisatie wordt als zeer onaangenaam beleefd en voert tot soms hevige verontrusting. De ervaring geen controle te hebben over de eigen gevoelens leidt vaak tot de angst gek te zullen worden. Opvallend is dat personen die aan een depersonalisatiestoornis lijden als regel sterk met deze belevingswereld gepreoccupeerd zijn en hun ervaringen op een indringende manier onder woorden weten te brengen.

### tabel 1

De incidentie en prevalentie van depersonalisatiestoornis zijn niet bekend. Erg vaak komt deze aandoening niet voor. Er zijn tegenstrijdige bevindingen over verdeling tussen de sexes. Depersonalisatie als symptoom treedt daarentegen zeer

frequent op. Als voorbijgaand verschijnsel dat vooral bij vermoeidheid kan optreden wordt depersonalisatie door 30 tot 70 % van adolescentengroepen gerapporteerd; van depersonalisatiestoornis is er dan geen sprake. Depersonalisatie is tevens een symptoom van uiteenlopende aandoeningen of toestanden: schizofrenie, depressie, angststoornissen, i.h.b. paniekstoornis, agorafobie en obsessief-compulsieve stoornis, druggebruik, slaapdeprivatie, temporale epilepsie en migraine (Putnam, 1985). Verder wordt deze klacht ook gevonden bij rouwreacties, na een traumatische gebeurtenis en bij schizoïde persoonlijkheden. Als klacht komt depersonalisatie bij psychiatrische patiënten in frequentie op de derde plaats, na depressie en angst.

Depersonalisatiestoornis heeft geen specifieke kenmerken waardoor het van andere stoornissen met depersonalisatie is te onderscheiden. De diagnose van depersonalisatiestoornis bij een patient met continue of terugkerende klachten over depersonalisatie komt dus tot stand door uitsluiting van de andere zojuist genoemde aandoeningen die vaak met depersonalisatie gepaard gaan. Men moet er op bedacht blijven dat na verloop van tijd zich alsnog andere pathologie, zoals depressie of schizofrenie kan manifesteren.

wetenschappelijke inzichten

De etiologie van depersonalisatiestoornis is niet opgehelderd. De vaststelling dat er van een dissociatie van gevoelens en identiteitsbeleving sprake is, heeft een beschrijvende, maar geen verklarende waarde. Het is zeer de vraag of depersonalisatie steeds eenzelfde mechanisme als achtergrond heeft: het feit dat we depersonalisatie bij zo veel uiteenlopende stoornissen aantreffen betekent dat we met een weinig specifiek verschijnsel te maken hebben.

Bij laboratoriumonderzoek bij angstige patienten is incidenteel vastgesteld dat depersonalisatie optrad bij toename van het angstniveau en dus een functie kan vervullen van stimulusreductie (Lader, 1969). Een dergelijke ontstaanswijze wordt bevestigd door mensen die in situaties van levensgevaar een acute depersonalisatie ervaren en daardoor wellicht effectiever konden reageren. Niet in alle gevallen is dit een goede verklaring, want depersonalisatie treedt soms pas op na afloop van de stressvolle periode en

kan juist toenemen bij relaxatie. Ook hyperventiliatie is als onderliggende factor ingeroepen.

#### behandeling

Er zijn geen systematische of gecontroleerde onderzoeken naar de therapie van depersonalisatiestoornis. Incidenteel zijn gunstige effecten vermeld van gebruik van benzodiazepines of antidepressiva. Ook van inzichtgevende therapie en hypnose wordt in casuïstiek van goede resultaten melding gedaan. Het is in al deze gevallen niet duidelijk of hier van een gunstig spontaan beloop sprake is of van een behandel-effect. Gezien het voornamelijk ontbreken van een specifieke behandelingsmogelijkheid, lijkt een steunende, op probleemoplossen gerichte benadering het meest rationeel, eventueel met een proefperiode van medicamenteuze ondersteuning.

#### prognose

Depersonalisatiestoornis begint meestal acuut en het spontane beloop is fluctuerend, soms met een toename van klachten in periodes van stress. De klachten houden meestal meerdere jaren aan; op lange termijn kan er remissie optreden. Sommige patienten kunnen zich redelijk goed staande houden en functioneren vrij normaal; bij anderen is de preoccupatie met de klachten zo nevig dat ze in hun dagelijkse bezigheden sterk gehinderd worden.

Er is behoefte aan longitudinaal onderzoek van grotere cohorten van patienten, waarbij o.m. nagegaan wordt bij welk percentage van de patienten zich uiteindelijk een andere stoornis manifesteert.

## PSYCHOGENE AMNESIE

### kenmerken en voorkomen

Psychogene amnesie is een episode van geheugenverlies die verder gaat dan normale vergeetachtigheid en die niet

door multipele persoonlijkheidsstoornis of organische oorzaken kan worden verklaard (zie tabel 2).

#### tabel 2

De amnestische episode betreft meestal een omschreven periode, als regel in aansluiting op een ingrijpende gebeurtenis. Een variant is selectieve amnesie voor een bepaald feit, zoals de dood van een geliefd persoon, terwijl andere gebeurtenissen die zich omstreeks dezelfde tijd hebben afgespeeld niet vergeten worden. Gegeneraliseerde amnesie omvat het hele voorbije leven van de persoon, inclusief zijn of haar identiteit. Nog extremer is de amnesie waarbij ook de registratie van nieuwe feiten is verstoord. Toch gaat onpersoonlijke kennis die werd verworven gedurende het vergeten deel van het leven, zoals kaartspelen of autorijden, doorgaans niet verloren.

De differentiaal diagnose met organische oorzaken van amnesie is niet altijd eenvoudig. Aan de hand van de voorgeschiedenis, waarbij hetero-anamnese essentieel is, bloedonderzoek en EEG moeten de volgende mogelijkheden uitgesloten worden: intoxicatietoestanden, met name alcohol, schedeltrauma, epilepsie, hypoglycemie en "transient global amnesia". Het onderscheid tussen echte amnesie en een poging om via simulatie strafvermindering te verkrijgen is een probleem waar experts niet steeds een bevredigende oplossing voor vinden. Bij (pogingen tot) homicide wordt in de USA door 30 tot 40% van de daders amnesie ingeroepen (Kopelman, 1987).

Er zijn geen gegevens over algemene incidentie en prevalentie van psychogene amnesie. Wel is gedocumenteerd dat dit verschijnsel in oorlogstijd en bij rampen veel meer voorkomt. Bij oorlogsveteranen wordt zelfs bij 5 tot 20% amnesie voor gevechtshandelingen gevonden. Hoe intenser de blootstelling aan gevaar, des te frequenter amnesie optrad (Putnam, 1985).

#### wetenschappelijke inzichten

In het voorgaande is reeds duidelijk geworden dat psychogene amnesie vooral in oorlogstijd voorkomt. In vreedestijd wordt amnesie gezien na levensgevaarlijke



episodes waar geen vlucht mogelijk was, zoals bij rampen. Verder na verlies of dreigend verlies van een geliefd persoon of na een overweldigende impuls tot suicide of homicide (Putnam, 1985). Depressie in de periode voorafgaand aan amnesie komt vaak voor; amnesie is ook beschreven na mislukte suicide.

Behalve deze psychologische factoren kunnen ook biologische invloeden van belang zijn: met name fors alcoholgebruik of een voorgeschiedenis met schedeltrauma worden vermeld. Eerdere ervaring met amnesie zou ook een "modelwerking" kunnen hebben bij deze "symptoomkeuze".

#### behandeling

Een steunende benadering kan afdoende zijn. Ook van de toepassing van hypnose en amytal zijn goede resultaten beschreven. Afhankelijk van de omstandigheden die tot de amnesie leidden kan na opheffing van het geheugenverlies verdere begeleiding van belang zijn om een betere oplossing te bereiken voor de problemen die er zijn of waren.

#### prognose

Psychogene amnesie heeft meestal een plots begin en herstelt vaak al na enkele dagen, ook zonder behandeling. Recidieven zijn mogelijk, vooral als de ongunstige omstandigheden niet veranderen.

#### PSYCHOGENE FUGUE

##### kenmerken en voorkomen

Een psychogene fugue houdt in dat men plots en onverwacht weggaat van huis of de werkplek met amnesie voor het verleden onder het aannemen van een nieuwe identiteit (zie tabel 3)

## tabel 3

In eerdere diagnostische classificaties werd het verlies van identiteit niet als een ooligaat kenmerk gehanteerd, zodat in de oudere literatuur deze diagnose ruimer werd gehanteerd. Dit kenmerk zou bij veel fugues niet aanwezig zijn; die moeten in de DSM-III-R als "dissociatieve stoornis NAU" gerubriceerd worden.

Een psychogene fugue omvat meestal een episode van enkele uren tot dagen; slechts zelden wordt een zeer verre reis ondernomen. Als regel volgt spontaan herstel, vaak na ontwaken uit de slaap. In de periode voorafgaand aan de psychogene fugue blijkt doorgaans van een zware belasting sprake geweest te zijn, zoals een persoonlijk verlies of een dreigend onheil, bijvoorbeeld op financieel gebied. Soms wordt vermeld dat de secundaire identiteit door een meer ongedwongen presentatie gekenmerkt is; het omgekeerde, een meer teruggetrokken en onopvallende identiteit, wordt eveneens beschreven.

Een fugue is een zeer typisch fenomeen, dat gemakkelijk herkenbaar is. Het is wel noodzakelijk om neurologisch, endocrien en EEG onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van diverse organische aandoeningen die eveneens tot zwerfgedrag aanleiding kunnen geven. In vergelijking tot fugues gaat het dan om minder doelgerichte acties, die zeer kort duren en niet met identiteitsverlies gepaard gaan. De belangrijkste aandoening om in de differentiaal diagnose te betrekken is temporale epilepsie; in niet minder dan 78% van de gevallen van temporale epilepsie komen fugues voor (Akhtar & Brenner, 1979). Ook een hersentumor, een schedeltrauma, hypoglycemie, koolmonoxidevergiftiging, uremie en dementie kunnen tot zwerfgedrag aanleiding geven. Zwerven gepaard met een "blackout" kan ook na alcohol of drugsgebruik optreden. Fugues zijn ook gedocumenteerd bij schizofrenie en bij depressie; soms als onderdeel van een suïcidepoging. Een grondige (hetero)anamnese, uitvoerig psychiatrisch en somatisch onderzoek is dus van essentieel voor de diagnose van psychogene fugue wordt gesteld.

Van een andere orde is de differentiaal diagnose met simulatie die in de forensische psychiatrie van belang kan zijn. Ook ondanks het gebruik van narco-analyse of hypnose is het niet altijd mogelijk om een psychogene fugue betrouwbaar te onderscheiden van een stoornis die wordt voorgewand ter ontlasting van crimineel gedrag. Het element

van een vlucht voor verantwoordelijkheden treft men bij een "echte" fugue evenzeer aan.

Over de incidentie en prevalentie bestaan geen cijfers. Net als psychogene amnesie komt psychogene fugue het meest voor onder oorlogsomstandigheden en bij rampen. Het meest zou de stoornis bij adolescenten en jonge volwassenen optreden, misschien mede omdat dit de leeftijd van veel dienstplichtigen is.

In de transculturele psychiatrie zijn enkele cultuurgebonden beelden bekend die met zwerven gepaard gaan; bij depressieven in afrikaanse en aziatische landen komt dit betrekkelijk vaak voor. Latah, een beeld voor het eerst in Maleisie beschreven, bestaat uit een fugue met gevaarlijk of zelfdestructief gedrag. Ook de explosieve toestand van amok kan met amnesie gepaard gaan.

wetenschappelijke inzichten

Dezelfde factoren die bij psychogene amnesie van belang geacht worden zouden bij psychogene fugue een rol kunnen spelen: een persoonlijkheid geneigd tot dissociatie die onder zware stress staat; alcoholmisbruik en een schedeltrauma in de voorgeschiedenis zouden tot de ontwikkeling van deze reactievorm bijdragen.

behandeling

Als regel is er pas therapetische bemoeienis na herstel van de fugue. Een psychotherapeutische behandeling kan er dan op gericht zijn om een oplossing te bereiken van de problemen die tot de dissociatieve reactie hebben geleid. Ook het gebruik van amytal en hypnose zijn aanbevolen.

prognose

Psychogene fugues zijn voorbijgaande episodes die een zware stress zijn gelieerd. Recidieven zijn niet vaak beschreven. De combinatie met andere dissociatieve stoornissen komt voor.

## MULTIPELE PERSOONLIJKHEID

Tot 1980 had multipele persoonlijkheid de status van een symptoom van de hysterische neurose, dissociatieve type. In de DSM-III werd multipele persoonlijkheid als een aparte diagnostische entiteit opgevoerd. Met enkele wijzigingen van de criteria is dit in de DSM-III-R voortgezet.

Symptoom of stoornis, multipele persoonlijkheid (MPS) presenteert zich als een dramatisch beeld, dat recent en in het verleden ook de belangstelling van het algemene publiek trok en onder professionelen aanleiding gaf tot controversen en polemieken. Vooral voor deze stoornis geldt dat ze een belangstelling trekt die parallel loopt met de interesse voor het fenomeen hypnose: aan het eind van de vorige eeuw kregen zowel hypnose als multipele persoonlijkheid veel publiciteit. Die liep sterk terug, totdat vanaf de zeventiger jaren over beide onderwerpen het aantal publicaties weer sprongsgewijze toenam.

### Kenmerken en voorkomen

Het essentiële kenmerk van multipele persoonlijkheid volgens DSM-III-R (zie tabel 4) is het bestaan van twee of meer te onderscheiden persoonlijkheden, waarmee "relatief duurzame patronen van perceptie en relatie tot zelf en omgeving" bedoeld worden. Tenminste twee van deze persoonlijkheden bepalen bij herhaling volledig het gedrag van de patient. Het zal duidelijk zijn dat deze criteria nogal wat ruimte voor interpretatie open laten, een aspect waar we in de volgende paragraaf nog op terugkomen. De mate waarin de verschillende persoonlijkheden van elkaar op de hoogte zijn is variabel. De hoofdpersoonlijkheid heeft als regel gehele of gedeeltelijke amnesie voor de overige persoonlijkheden, die "alters" genoemd worden. Tot de kenmerken van deze stoornis hoort dan ook het voorkomen van episodes die men niet kan verantwoorden, zoals de aanschaf van kleding waarvoor geen herinnering bestaat. De alters manifesteren zich vaak via stemmen die in het hoofd worden gelokaliseerd.

tabel 4

De onderscheiden persoonlijkheden vertonen doorgaans polaire tegenstellingen. In 85% wordt een getraumatiseerd

kind vermeld als subpersoonlijkheid; een "vervolger" en een "beschermer" als alter komen ook frequent voor. Soms hebben de alters een naam, soms worden ze alleen met hun functie aangeduid. De alters kunnen niet alleen in leeftijd, maar ook van geslacht verschillen. Ze onderscheiden zich in uiterlijke presentatie, kleding en soms ook handschrift en zelfs wisseling van links- of rechtshandigheid wordt vermeld. De overgang van de ene persoonlijkheid naar de andere kan plots zijn, soms gepaard gaan met hoofdpijn en soms met stress samenhangen.

In de oudere literatuur was er veelal sprake van twee of drie persoonlijkheden, zoals bijvoorbeeld in "The three faces of Eve" van Thigpen & Checkley (1957). In recente publicaties is het aantal alters sterk groeiende: het gemiddelde is nu ruim 13 met een modus van 5 (Kluft, 1988).

De diagnostiek blijkt niet eenvoudig te zijn. Volgens een enquête onder behandelaars van patienten met MPS duurde het gemiddeld 7 jaar vanaf het eerste contact met hulpverleners tot deze diagnose werd bereikt, en daaraan voorafgaand werden gemiddeld 3.6 andere diagnoses gesteld (Putnam, 1986). Depressie, stemmingsschommelingen, suicidaliteit en slaapstoornissen kwamen bij meer dan twee derde van deze patienten voor. In ongeveer de helft van de gevallen was er ook sprake van amnesie, sexuele functiestoornissen, conversievervalsingen, fugues, paniekaanvallen, depersonalisatie en misbruik van middelen. Ongeveer een derde vertoonde fobieën, dwangverschijnselen, auditieve of visuele hallucinaties of anorexie. Ook automutilatie zou ongeveer in deze frequentie voorkomen. Het is bij deze polysymptomatologie dan ook niet verwonderlijk dat voorheen meerdere andere diagnoses gesteld waren.

Blijkens andere studies voldoen de meeste patienten met MPS ook aan de diagnostische criteria voor het syndroom van Briquet; op as II van de DSM-III-R is vaak de diagnose Borderline persoonlijkheid van toepassing (Fahy, 1988).

Het stellen van de diagnose berust op het identificeren van alter-persoonlijkheden; het vermoeden van hun bestaan kan o.a. gewekt worden door de amnestische episodes, de multipele pathologie, de hallucinaties en wisselingen in gedrag en handschrift. Bij het identificeren van de alters wordt eventueel hypnose of (in de USA) amytal gebruikt.

De differentiele diagnose met de andere dissociatieve stoornissen zoals psychogene amnesie en fugue berust op het feit dat het bij MPS niet om incidentele episodes gaat, maar om een chronisch beeld met bovendien een veel complexer fenomenologie. We zagen eerder dat er meestal gelijktijdig

van een affectieve stoornis sprake zal zijn. Ook fobieën, paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis, conversiestoornis of somatisatiestoornis kunnen gelijktijdig gediagnosticeerd worden. Dit geldt ook voor de as-II diagnoses borderline en antisociale persoonlijkheid. Van schizofrenie zou MPS ondanks de hallucinaties te onderscheiden zijn door de intacte realiteitstoetsing en het behoud van affectmodulatie. Wat organische aandoeningen betreft komt temporale epilepsie voor de DD in aanmerking.

Over de epidemiologie van MPS bestaan geen betrouwbare gegevens; er zijn wel verschillen van mening over de relatieve zeldzaamheid van deze stoornis. Negen op de tien bekende gevallen zijn totnogtoe vrouwen. Tussen 1874 en 1900 waren er in de wereldliteratuur 28 gevallen vermeld. Vervolgens werd de diagnose nagenoeg niet meer gesteld; tussen 1970 en 81 kwamen er 79 gevallen bij en in 1986 was het totaal uitgegroeid tot 300. In 1988 kwam het bestand op 1000. Deze groei deed zich echter geheel in Noord-Amerika voor: in dezelfde periode werd slechts een geval in Groot-Brittannië gerapporteerd. De vage criteria van de DSM-III-R werken in de hand dat clinici sterk verschillen in hun diagnostiek van dit beeld. Volgens vele auteurs is er de laatste tijd sprake van overdiagnose: de schrijvers van "Three faces of Eve" kregen in de 25 jaar volgend op de publicatie van hun boek honderden patiënten naar zich verwezen die zich als multipele persoonlijkheden presenteerden; slechts in 1 geval was dat naar hun oordeel ook terecht (Thigpen & Checkley, 1984). Overigens zou slechts 6% van de op minder restrictieve manier als MPS gediagnosticeerde patiënten het "flamboyante" beeld vertonen; over de zeldzaamheid van de meer manifeste vormen lijkt dus niet zo'n groot verschil van mening te bestaan.

#### Wetenschappelijke inzichten

Bij herhaline is gevonden dat patiënten bij wie de diagnose MPS is gesteld in een opvallend hoge frequentie mishandeling of incest in hun voorgeschiedenis vermelden. Een andere bevinding uit meerdere studies is dat deze patiënten extreem hoog hypnotiseerbaar zijn. Zij zouden ook gemakkelijk een spontane hypnotische trance ontwikkelen, zonder ooit met formele hypnose kennis gemaakt te hebben. Inderdaad is gedocumenteerd dat mishandeling gedurende de jeugd met een blijvende hogere hypnotiseerbaarheid gepaard gaat. Hieruit volgde de hypothese dat spontane zelfhypnose



een rol zou spelen in het ontstaan van de symptomen. Door Breuer werd een dergelijke veronderstelling al eerder aangevoerd ter verklaring van de conversieverschijnselen van Anna O. Bij MPS zou de zelfhypnose gebruikt worden om een amnesie voor mishandeling of misbruik te ontwikkelen. De alters zouden vaak hun oorsprong vinden in de imaginaire speelkameraadjes die bij kinderen veel voorkomen. Traumatische ervaringen zouden aanleiding geven tot spontane trances waarin een alter de beleving van het slachtoffer overneemt, zodat een relatieve pijnreductie of amnesie kan bereikt worden (Bliss, 1984). De meer zelfdestructieve alters zouden op hun beurt berusten op een identificatie met de agressor. Volgens deze hypothese is het ontstaan van MPS in aanvank op te vatten als een coping strategie in traumatische situaties en de stoornis is een chronische posttraumatische aandoening (Spiegel, 1986). De veelvuldige symptomen zouden een nadelig neveneffect zijn van de verregaande dissociatie: vanwege de geringe integratie schiet de coping stijl tekort bij nieuwe problemen en de impact van oude traumata wordt niet afgezwakt. Deze hypothesen zijn weliswaar speculatief en niet eenvoudig te onderbouwen, maar ze komen wel overeen met de subjectieve beleving van sommige patienten. Ze bieden ook een coherent en begrijpelijk kader ter verklaring van de klachten, wat bij psychotherapie een krachtig werkzaam element kan zijn.

Reeds bij de eerdere "hausse" van multipele persoonlijkheden aan het begin van de eeuw ontstonden twee kampen: de gelovigen en de sceptici. Ook nu bestaat deze tegenstelling: de alternatieve verklaring van het fenomeen MPS is dat het geheel of ten dele om een iatrogeen verschijnsel gaat, waarbij goedgegelovige therapeuten en suggestibele patienten elkaar tot een soort folie à deux inspireren. Dat er bij deze inderdaad suggestibele patienten van een zekere "shaping" sprake kan zijn, lijkt moeilijk tegen te spreken, want het effect van bekrachtiging door de behandelaar op de presentatie van symptomen is in alle psychotherapie terug te vinden, en ook bij MPS is aangetoond dat althans voor de korte termijn de prominentie van alters door bekrachtiging te sturen is (Spanos, 1986). Het is ook terecht om zich af te vragen of de onwaarschijnlijke groei in het aantal MPS patienten en het aantal alters dat gediagnosticeerd wordt -inmiddels reeds tot 60 opgelopen- niet getuigt van overdreven enthousiasme en van te weinig zorgvuldigheid. De therapeutische benadering waarbij de alters namen krijgen en rechtstreeks door de therapeut worden aangesproken werkt ongetwijfeld een reïficatie in de hand van wat uiteindelijk niet meer dan een metafoor is:

vele persoonlijkheden binnen een mens. Het sceptische standpunt hoeft evenwel in zijn absolute afwijzing niet gevolgd te worden: dat entoesiaste therapeuten wellicht een invloed uitoefenen op de manier waarop de pathologie zich presenteert, betekent nog niet dat zij die uit het niets hebben doen ontstaan.

Het onderzoek naar de etiologie van MPS wordt voornamelijk gehinderd door de vage criteria in de DSM-III-R, die te veel ruimte aan de individuele beoordelaar laten. Ook voor het cruciale concept van dissociatie is er behoefte aan een valide meetinstrument. Een aspect dat nog weinig aandacht heeft gekregen is in hoeverre de fenomenologie van de MPS opgevat kan worden als een uiting van depressie en stemmingswisselingen; een depressieve stemming wordt wel bij bijna alle MPS patiënten gerapporteerd.

### Behandeling

Er bestaan geen gecontroleerde studies over de behandeling van MPS. Meest populair is een behandelstrategie waarbij gestreefd wordt naar een reïntegratie van de verschillende alters. Vaak speelt hypnose daarbij een rol. Behandelaren stellen dat deze therapieën langdurig, intensief en vaak ontmoedigend zijn (Boon & van der Hart, 1988). Volgens een retrospectief klinisch oordeel bij een serie patiënten zouden degenen bij wie de integratie gelukt is er beter aan toe zijn dan de patiënten bij wie dat niet het geval is (Kluft, 1987). Deze conclusie dient door gecontroleerd onderzoek bevestigd te worden.

### Prognose

Over het spontane beloop van MPS is nog weinig bekend. Patiënten komen over het algemeen op volwassen leeftijd in behandeling. Retrospectief ligt het begin van de vorming van alter-persoonlijkheden op de kinderleeftijd, met name vóór die patiënten die kindermishandeling of incest in hun voorgeschiedenis hebben. Tegen het vijftigste levensjaar zou de neiging tot wisseling in persoonlijkheden spontaan afnemen.

## DISSOCIATIEVE STOORNIS NAO

Onder deze rubriek is een aantal betrekkelijk zeldzame stoornissen samengebracht die dissociatie als voornaamste kenmerk hebben, maar die niet voldoen aan de criteria van de eerder besproken beelden. Systematisch onderzoek naar de incidentie en prevalentie van deze aandoeningen ontbreekt. Aangenomen wordt dat bij de ontstaanswijze dezelfde factoren een rol spelen als bij de overige dissociatieve stoornissen: als regel is er sprake van ernstige stress, bij een persoonlijkheid die tot dissociatieve reacties geneigd is. Het therapeutisch beleid komt overeen met de principes die reeds eerder besproken zijn: identificeren en zo mogelijk verhelpen van de situatie die de belasting vormt, eventueel met gebruikmaking van narco-analyse of hypnose als hulpmiddel.

### het Ganser syndroom

Dit syndroom bestaat uit vier componenten: het geven van antwoorden die niet verkeerd zijn, dissociatieve symptomen zoals fugue, amnesie of conversies, meestal visuele hallucinaties en verlaagd bewustzijn. Het syndroom werd voor het eerst bij gevangenen beschreven, maar kan ook in andere populaties voorkomen. Het geven van verkeerde antwoorden gebeurt op zo'n manier dat de indruk ontstaat dat de patient het juiste antwoord wel kent. Bijvoorbeeld: een snaap heeft vijf poten of drie maal twee is zeven. Differentiatie van een organisch psychosyndroom is van belang.

### onvolledige multipele persoonlijkheidsstoornis

Gevallen waarbij de alter persoonlijkheid nooit volledige controle overneemt, of waarbij de alter persoonlijkheden niet voldoende als "apart" onderscheidbaar zijn. Het zal duidelijk zijn dat deze definitie gemakkelijk tot diagnostische problemen en discussies aanleiding kan geven.

### trance- of schemertoestanden en bezetenheid

Bij een schemertoestand is er sprake van een verlaagd bewustzijn met verminderde of selectieve reactie op prikkels

uit de omgeving. Bij kinderen komt dit voor na misbruik of na een trauma.

Bij bezetenheid bestaat het geloof dat een externe macht, zoals een duivel of boze geest, de controle heeft overgenomen. In aziatische en mediterrane culturen komt dit beeld nog regelmatig voor; in Europese landen is het na de verlichting geleidelijk nagenoeg verdwenen, met nog enkele manifestaties tot in de negentiende eeuw in streken waar de moderne geneeskunde nog niet was doorgedrongen (Ellenberg, 1970). Multipele persoonlijkheid lijkt de hedendaagse versie van bezetenheid te zijn.

Verder kan men onderscheiden: derealisatie zonder depersonalisatie, dissociatieve verschijnselen na gedwongen beïnvloeding, zoals bij hersenspoeling of gijzeling; spontane leeftijdsregressie met amnesie voor recente gebeurtenissen en fugues zonder het aannemen van een nieuwe identiteit.

#### NABESCHOUWING

De vraag is gerechtvaardigd of het instellen van een indelingscategorie "dissociatieve stoornissen" een goede beslissing is geweest. De in dit hoofdstuk besproken aandoeningen hebben dissociatie als gemeenschappelijk kenmerk. Dit proces wordt echter ook van belang geacht bij andere beelden, zoals conversieverschijnselen en boulimie. Bovendien is dissociatie een verschijnsel dat niet beperkt blijft tot pathologische toestanden; het gaat om een zeer algemeen fenomeen. Om die reden lijkt het minder geschikt als onderliggend principe van een psychopathologische categorie.

Een ander punt van kritiek op de huidige DSM-III-R conceptualisering van dissociatieve stoornissen is dat eigenlijk symptomen tot stoornis zijn verheven. Vooral voor multipele persoonlijkheid geldt dat het hier gaat om een complex beeld, waarbij zich een veelheid van symptomen voordoen. Aan een daarvan, weliswaar een zeer markant symptoom, namelijk een discontinuïteit in beleving van de persoonlijkheid, wordt de stoornis opgehangen. De gangbare terminologie en klinische praktijk nodigt bovendien uit tot reïficatie of het letterlijk nemen van metaforen. De beleving bij een individu van verschillende, eventueel tegenstrijdige motieven en wisselingen in "rolgedrag" in

uiteenlopende situaties is niet ongewoon. Diverse  
therapiemodellen die niet speciaal voor dissociatieve  
stoornissen zijn ontwikkeld, zijn gebaseerd op de metafoor  
van conflicterende "personen" of instanties binnen een  
individu: bijvoorbeeld de "transactionele analyse" van Berne  
en de "ego state therapy" van Watkins. Het bijzondere aan  
MPS is dat er een zekere mate van amnesie bestaat tussen die  
"alters". Dit is een argument om deze amnesie opnieuw als  
een criterium te hanteren, wat in de DSM-III ook nog het  
geval was. Bovendien zou de multipele symptomatologie,  
waarbij vooral depressie opvalt, een duidelijke plaats in de  
diagnostische criteria moeten krijgen. Dit zou kunnen leiden  
tot een beter omschreven beeld, waarvan meer betrouwbare  
incidentie- en prevalentiecijfers vast te stellen zijn.

tabel 1: Essentiele kenmerken van depersonalisatiestoornis

1. Hardnekkige of terugkerende storende belevingen van depersonalisatie bestaande uit:
    - ofwel het gevoel los te staan van eigen geestelijke processen of lichaam of het gevoel ze van buitenaf te observeren.
    - ofwel de beleving als een automaat of als in een droom te leven
  2. Geen stoornis van de realiteitstoetsing
  3. Geen andere stoornis (zoals schizofrenie of paniekstoornis) waarvan bekend is dat ze vaak met depersonalisatie gepaard gaat
- 

tabel 2: Essentiele kenmerken van psychogene amnesie

1. Een episode waarin men zich belangrijke persoonlijke gegevens niet kan herinneren die te veelomvattend is voor gewone vergeetachtigheid
  2. Niet verklaard door multiple persoonlijkheid of een psycho-organische oorzaak.
- 

tabel 3: Essentiele kenmerken van psychogene fugue

1. Plotseling en onverwacht weggaan van huis of werk met het onvermogen zich het eigen verleden te herinneren
  2. Aannemen van een nieuwe identiteit
  3. Niet het gevolg van multiple persoonlijkheid of een psycho-organische oorzaak.
- 

tabel 4: Essentiele kenmerken van multiple persoonlijkheid

1. De aanwezigheid van twee of meer van elkaar te onderscheiden persoonlijkheden
  2. Tenminste twee van deze persoonlijkheden bepalen regelmatig volledig het gedrag
-



LITERATUURSELECTIE

Akhtar & Brenner, (1979)

Bliss (1984)

Boon & van der Hart (1988)

Ellenberger (1970)

Fahy, (1988)

Hart, O. van der (1988)

Hilgard, J. (1977)

Kluft (1987)

Kluft, (1988)

Kopelman (1987)

Lader, (1969)

Putnam (1985)

Putnam (1986)

Spiegel (1986)

Thigpen & Checkley (1959)

Thigpen & Checkley (1984)

58

**STATUS VERSCHILLEN EN HARMONIE BINNEN HET HUWELIJK**

**Alfred Lange, Pim Hageman, Evelyn Markus & Marianne Vriend**

## Inleiding

In onze cultuur is het meestal de vrouw die de zorg voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen draagt en is de man meestal kostwinner. De patronen zijn zich wat dit betreft echter enigszins aan het wijzigen. Meisjes en vrouwen worden meer dan vroeger gestimuleerd hun aanleg en mogelijkheden te ontwikkelen en nemen ook steeds vaker deel aan het arbeidsproces. Al zijn deze ontwikkelingen verheugend, er is Amerikaans onderzoek dat wijst op bijwerkingen die niet alleen aangenaam zijn. Een toename van stress en spanningen blijkt een van de opvallendste karakteristieken van gezinnen waarvan beide partners de kost verdienen (Bebbington, 1973; Burke & Weir, 1976; Winter, Stewart & McClelland, 1977; Scinovacz, 1977). Rubenstein (1982) vermeldt dat paren waarvan de man tot een lagere beroepsgroep behoort dan de vrouw meer spanningen en problemen kennen dan paren waarin van een omgekeerde situatie sprake is. Verder geeft zij de resultaten weer van een survey uit 1980 waarin naar voren kwam dat mannen, die een lagere status hebben dan hun vrouw, zich minder gelukkig voelen in hun huwelijk dan mannen met een hogere of een even hoge status als hun vrouw. Hornung & McCullough (1981) bevestigen dit. In hun onderzoek blijken partners waar de vrouw een hogere plaats heeft in de beroepshierarchie een slechtere onderlinge verhouding te hebben, dan partners waar de man de hogere beroepspositie heeft. Zij lopen volgens de onderzoekers een verhoogd risico op psychisch en lichamelijk dysfunctioneren. Uit onderzoek van Hiller & Philliber (1982) blijkt dat huwelijken waarvan de vrouw een hogere status heeft dan de man vaker in echtscheiding eindigen dan huwelijken waarvan de vrouw de lagere status heeft. De auteurs proberen mediërende factoren te formuleren die zouden bepalen welke paren wel en welke niet een positieve verhouding bewaren, wanneer de vrouw een hogere beroepsfunctie heeft. Zij verwachten dat de sexe-rol identiteit daarbij een sleutelfactor is. Daarmee bedoelen zij 'de mate waarin een man of een vrouw de traditionele roldefinities incorporeert in zijn of haar zelfconcept.' Een man, die bijvoorbeeld de traditionele mannelijke identiteit hoog waardeert, zal zich minder prettig voelen in een verhouding, waarin de traditioneel mannelijke rol niet daadwerkelijk door hem wordt vervuld.

Bovenvermelde studies hebben betrekking op paren in de Verenigde Staten. Voor zover ons bekend is in Nederland geen onderzoek verricht naar statusverdeling en de gevolgen daarvan voor het huwelijk. Aangezien er in het verleden niet zoveel vrouwen waren, die een hogere sociale status hadden dan hun echtgenoot, is dit niet verwonderlijk. In dit onderzoek is in Nederland nagegaan hoe het verband is tussen de aard van de statusverdeling binnen een partner-relatie en de harmonie tussen de partners. Onze verwachtingen waren gebaseerd op de hierboven genoemde gegevens uit de Verenigde Staten. Tevens hebben wij onderzocht welke rol de mate van traditionaliteit van de man hierbij speelt.

### Proefpersonen

In het onderzoek participeerden paren waarvan de vrouwen een betaalde baan hadden bij een waterleidingbedrijf, werkten op een kleuterschool of lid waren van een organisatie van vrouwen die een arbeidsrol vervullen (een zg. vrouwen netwerk). 92 paren waren aangeschreven. Bij de benadering van de respondenten is de "Total Design Method" (TDM) van Dillman (1978) gebruikt. 46 paren zegden hun medewerking aan het onderzoek toe. Om in de steekproef te worden opgenomen moest aan de volgende criteria worden voldaan:

- de respondenten moesten 25 jaar of ouder zijn, aangezien niet verondersteld kon worden dat vóór het bereiken van die leeftijd al een duidelijke statusverdeling zou zijn bereikt.
- De respondenten moesten getrouwd zijn, of minimaal een half jaar samenwonen met dezelfde partner.

Uiteindelijk waren de gegevens van 37 paren bruikbaar voor het onderzoek. Redenen van uitval waren: het onvolledig invullen van de lijsten en mondelinge afzeggingen. Ook waren er enkele homoseksuele paren die de vragenlijsten hadden ingevuld maar waarvan de gegevens uiteraard niet voor dit onderzoek bruikbaar waren.

(HIER TABEL 1 PLAATSEN)

In tabel 1 zien we, dat het niet gaat om een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Er is per slot van rekening gezocht naar paren waarvan de vrouwen een betaalde baan hebben, zo mogelijk met een hoge status. Dit lijkt redelijk te zijn gelukt. Bij zeventien paren van de steekproef heeft de vrouw een hogere status dan de man en bij zestien paren heeft de man een hogere status dan de vrouw, gemeten naar beroepsprestige. Bij vier paren hebben man en vrouw een gelijke status.

### Operationalisaties

- *Status* is geoperationaliseerd aan de hand van het beroepsprestige. Gegevens over het beroep zijn verkregen met behulp van vier items uit de door Vriend (1988) ontwikkelde vragenlijst "Leven en Werken". Met behulp van deze items geeft de respondent beroep en de aard van de werkzaamheden aan, voor zichzelf en voor de partner. Het beroepsprestige wordt gemeten met de Ultee-Sixma-beroepsprestigeschaal, US-schaal (1983). Deze schaal is gebaseerd op gegevens van 753 personen die beroepen hebben geordend naar aanzien. De van oorsprong ordinale data zijn verwerkt tot een schaal van 116 beroepen op intervalniveau. Het beroepsprestige wordt door veel onderzoekers gekozen als indicator van sociale status. Uit internationaal vergelijkend

onderzoek komt bijvoorbeeld naar voren, dat beroepsordening over landen en perioden vrijwel constant is (Treiman, 1977).

- *Harmonie binnen het huwelijk* is geoperationaliseerd als de mate waarin het paar in staat is hun onderlinge problemen op te lossen, gemeten met behulp van de Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, IPOV (Lange, 1983). Hoe hoger de score op de IPOV, hoe beter de paren in staat zijn hun onderlinge problemen op te lossen. 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). 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"

Elk van de 17 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. Ook de soortgenootvaliditeit was hoog. De correlaties met in het Nederlands vertaalde Amerikaanse huwelijksatisfactie-lijsten, zoals de Dyadic Adjustment Scale (DAS) van Spanier (1976) en de Satisfactie-lijst (SAT) van Miller (1976) varieerden van  $r = .56$  tot  $r = .77$ . De betrouwbaarheid van de IPOV is vastgesteld tijdens een normeringsonderzoek bij 600 aselect uit de Nederlandse bevolking getrokken paren (Kraaij & Lapère, 1982). Bij afname aan paren is de betrouwbaarheid Cronbach  $\alpha = .90$ . Wanneer de scores van de mannen apart worden beschouwd, is de betrouwbaarheid  $\alpha = .86$  en bij de scores van de vrouwen geldt een  $\alpha = .88$ . De IPOV-scores van de mannen en van de vrouwen correleren onderling hoog ( $r = .70$ ).

- Als operationalisatie voor de mate van *traditionaliteit* zijn acht items uit de vragenlijst "Leven en Werken" (Vriend, 1988) gebruikt. Deze items hebben betrekking op stellingen over de plaats en de rol van de vrouw in de samenleving, waarmee de respondenten het in meer of mindere mate eens/oneens kunnen zijn (bijv.: "vrouwen behoren niet te gaan werken zolang hun kinderen nog niet naar school gaan"). Hoe hoger de score, hoe traditioneler de opvattingen zijn. Cronbach's alpha voor deze schaal is  $.76$  (Van Vonderen, 1987).



### Hypothesen, predicties en toetsing

*Hypothese I:* Bij paren waarvan de vrouw een hogere sociale status heeft dan de man, zal de harmonie in de verhouding geringer zijn, dan bij paren waarvan de vrouw een lagere status heeft dan de man. De voorspelling is dat de gemiddelde score op de IPOV significant lager zal zijn bij paren, waarbij de beroepsprestigescore van de vrouw hoger is dan de beroepsprestigescore van de man, in vergelijking met de paren waarbij de beroepsprestigescore van de vrouw lager is dan de beroepsprestigescore van de man.

*Hypothese II* is gebaseerd op de eerder genoemde theorie van Hiller & Philliber (1982): Bij paren, waarvan de vrouw een hogere status heeft dan de man én waarvan de man sterk traditionele rolopvattingen heeft, zal de harmonie tussen de partners geringer zijn dan bij alle andere paren. Daarbij wordt een interactie-effect voorspeld van de variabelen "statusverdeling" en "traditionaliteit van de man". De gemiddelde IPOV-scores tussen de twee groepen (paren waarvan de vrouw een hoger beroepsprestige heeft dan de man en paren waarvan de man een hoger beroepsprestige heeft dan de vrouw) zal groter zijn bij paren waarvan de man hoog scoort op de traditionaliteitsschaal dan bij paren waar de man weinig traditionele opvattingen heeft over sexe rol verhoudingen .

In tabel 2 worden de gemiddelde IPOV scores gegeven van de groep echtparen waarin de vrouw meer status heeft dan de man (v>m) en de groep waarin de man meer status heeft dan de vrouw (m>v).

(HIER TABEL 2 PLAATSEN)

De verschillen tussen de twee groepen zijn in de verwachte richting, maar alleen significant voor zover het de perceptie van de vrouwen betreft. Vrouwen met meer beroepsstatus dan hun echtgenoot vinden hun huwelijk slechter dan vrouwen met minder beroepsstatus. Bij de mannen is er slechts een trend in deze richting. Hypothese 1 wordt dus niet zonder meer bevestigd, al wordt er wel steun voor gevonden

Om hypothese 2 te toetsen zijn de traditionaliteitsscores van de man gedichotomiseerd, waarna een 2x2 variantie-analyse is uitgevoerd op de IPOV-scores, met statusverdeling (man>vrouw versus vrouw>man) en traditionaliteit van de man (hoog versus laag) als onafhankelijke variabelen. Het voorspelde interactieeffect was te verwaarlozen. Voor de paar-scores was het:  $F=.06$  ( $p=.80$ ). Voor de scores van de mannen en vrouwen apart was het niet veel anders: respectievelijk:  $F=.06$  ( $p=.82$ ) voor de mannen en  $F=.05$  ( $p=.83$ ) voor de vrouwen. We kunnen dus concluderen dat traditionaliteit van de mannen niet speciaal leidt tot grotere problemen in huwelijken waarin de vrouw meer status heeft dan de man. De variantie-analyses lieten echter wel

een hoofdeffect zien van traditionaliteit. Voor de paar-scores was dat  $F=4.33$  ( $p=.05$ ). Voor de scores van de mannen apart was het niet significant ( $F=2.61$ ;  $p=.12$ ) maar voor de vrouwen juist wel:  $F=5.40$  ( $p=.03$ ). Dit betekent dat binnen onze populatie van huwelijken, waarvan beide partners buitenshuis werkzaam zijn, de onderlinge problemen minder oplosbaar zijn als de man sterk traditionele rolopvattingen heeft dan als dat laatste niet het geval is. Om dit effect aan een scherpere toetsing te onderwerpen is de dichotomisering van de traditionaliteitsscores weer opgeheven zodat met behoud van alle informatie het verband tussen traditionaliteit van de man en het probleemoplossend vermogen binnen het huwelijk kon worden vastgesteld.

(HIER TABEL 3 PLAATSEN)

In tabel 3 zien we de Pearson prod.mom. correlatiecoëfficiënten tussen de IPOV scores en de traditionaliteitsscores van de man. De conclusie kan duidelijk zijn: naarmate de man traditionelere opvattingen heeft over sexe rolpatronen zijn de problemen in het huwelijk minder goed oplosbaar. Men ziet dat terug in de IPOV paar scores zowel als in de scores van de man en de vrouw apart. Opvallend is dat dit verband juist het sterkst is in de huwelijken waar de man meer status heeft dan de vrouw en niet, waar we het het meest verwachtten, in de groep waar de vrouw meer status heeft dan de man.

### **Exploratie**

Aangezien onze steekproef in ieder geval afwijkend is van de landelijke bevolking in die zin dat de vrouwen allen buitenshuis werkzaam zijn, hebben we onderzocht in hoeverre deze paren afwijken van de landelijke representatieve steekproef van Lange (1983) in de mate waarin ze erin slagen hun onderlinge problemen op te lossen. In tabel 4 zien we de gemiddelde IPOV scores van beide steekproeven, uitgesplitst voor mannen, vrouwen en de paar-scores.

(HIER TABEL 4 PLAATSEN)

Uit tabel 4 blijken duidelijke verschillen tussen de twee groepen. De paren in onze steekproef, hebben significant hogere scores, waarbij opvalt dat het vooral de vrouwen zijn die een positiever idee hebben over de verhouding met hun partner. Dit zou erop kunnen wijzen dat als de vrouw een baan buitenshuis heeft de kans op een positieve verhouding met de partner groter wordt. Met deze conclusie moeten we echter nog voorzichtig zijn aangezien onze steekproef op een aantal punten van de landelijke steekproef afwijkt. Zo is in ons onderzoek het opleidingsniveau hoger dan van het

landelijke gemiddelde en de leeftijd lager terwijl van beiden bekend is dat zij een - zij het zwak - verband vertoonden met het probleem oplossend vermogen van de partners in het huwelijk (Lange, 1983). Ook de duur van de relatie is in onze steekproef korter. Over het verband tussen deze variabele en harmonie binnen de verhouding geven Kraaij & Lapère (1982) en ook Lange (1983) geen uitsluitel. In tabel 5 laten wij derhalve zien hoe dat in het huidige onderzoek ligt.

(HIER TABEL 5 PLAATSEN)

In Tabel 5 is te zien dat partners die één tot vijf jaar samen zijn hun onderlinge problemen beter kunnen oplossen dan partners met een langer durende verhouding. Opvallend is dat de variantie binnen de groep met een relatie van één tot vijf jaar aanzienlijk kleiner is dan in de overige groepen. De verschillen tussen de eerste en de drie andere groepen samen zijn significant. Voor de paar-scores geldt een T-waarde van 3.32 ( $p=.002$ , tweezijdig). Voor de scores van de man is  $T=3.16$  ( $p=.003$ , tweezijdig) en voor de vrouw  $T=2.60$  ( $p=.015$ , tweezijdig). Als de verhouding langer heeft geduurd dan vijf jaar dan maakt het, wat de onderlinge problemen betreft, niet uit hoever langer het is geweest. Een secundaire analyse op het materiaal van Kraaij & Lapère (1982) laat zien dat ook in de landelijke steekproef van 600 paren de langer dan vijf jaar gehuwden hun onderlinge problemen minder goed de baas konden dan de jonger gehuwden. De T-waarden voor de man-, vrouw- en paarscores zijn respectievelijk: 5.00, 4.41 en 5.32 (met overschrijdingskans  $p=.000$ ).

Vervolgens werd gecontroleerd of de twee groepen van paren (man-meer-status en vrouw-meer-status) niet verschilden ten aanzien van de hierboven besproken achtergrond variabelen. Ten aanzien van leeftijd en opleiding was dat nauwelijks het geval. Met betrekking tot 'duur van de relatie' bleken de verschillen echter aanzienlijk te zijn: Van de 16 'man-meer-status' paren waren er 7 korter dan vijf jaar bij elkaar. Bij de 17 'vrouw-meer-status' groep waren maar twee paren korter dan vijf jaar bij elkaar. Vanwege deze verschillen werd de invloed van statusverschil op de IPOV scores opnieuw berekend, met 'duur van de relatie' als co-variabele. De p-waarden waren in deze analyse inderdaad lager (dan in de oorspronkelijke. Voor de mannen, vrouwen en paren respectievelijk:  $p=.25$ ,  $p=.12$  en  $p=.17$ . **(Pim: hier nog de T-waarden voor uitrekenen, svp!!)**

### **Samenvatting en conclusies**

Ondanks de toepassing van de wervingsmethode van Dillman (1978) was slechts 50% van de aangeschreven paren bereid mee te werken aan ons onderzoek. Dit is te verklaren door het feit dat wij de gegevens van beide partners in het onderzoek wilden betrekken. Als één van beiden niet kon of wilde meedoen viel ook de ander af. Het valt

te overwegen om in toekomstig onderzoek van deze eis af te zien en ook paren in het onderzoek te betrekken waarvan slechts één partner bereikt kan worden. Voor meting van 'harmonie in het huwelijk' met behulp van de IPOV is dat geen onoverkomelijk bezwaar aangezien de scores van man en vrouw wat dat betreft hoog correleren. Ook voor 'statusverdeling' zou het geen al te groot bezwaar opleveren aangezien het daarbij om 'harde' gegevens gaat die men ook aan een partner kan vragen.

De hypothese, dat de harmonie tussen de partners minder is bij paren waarvan de vrouw een hogere status heeft dan de man, vergeleken met paren waarvan de vrouw een lagere status heeft dan de man, werd in ons onderzoek gedeeltelijk bevestigd., waar het de perceptie van de vrouwen betreft. Na controle op de variabele 'duur van de relatie' is het verband echter niet meer significant, al blijft er een duidelijke trend. Een nieuwe onderzoek met meer respondenten kan wellicht definitievere conclusies opleveren.

De in de inleiding genoemde Amerikaanse studies (Bebbington, 1973; Burke & Weir, 1976) suggereren dat partners met 'dual careers' meer gevaar lopen in onderlinge problemen te geraken. Onze cijfers ondersteunen dit niet. In de tabellen 2 en 4 zagen we, integendeel, dat zowel de paren waarvan de vrouw de hogere status heeft als de paren waarvan de man het meest statusvolle beroep uitoefent aanmerkelijk hoger op de IPOV scoren dan de landelijke bevolking. Hoewel we op grond van deze kleine steekproef die ook op andere variabelen verschilt van de landelijke steekproef nog geen forse conclusies kunnen trekken, kunnen we toch in ieder geval vaststellen dat een betaalde baan voor beide partners bepaald niet tot vermeerdering van problemen in de onderlinge verhouding hoeft te leiden.

Dat partners die nog niet zo lang bij elkaar zijn het wat gemakkelijker met elkaar hebben ligt voor de hand. Dat de paren die niet langer dan vijf jaar samen waren hoger scoorden op de IPOV dan de rest van de respondenten was dus wel te verwachten. Opvallend is echter dat het patroon na vijf jaar kennelijk is uitgekristalliseerd en dat de IPOV scores geen enkel verband houden met de lengte van samen zijn na de eerste vijf jaar. Dit geldt zowel voor de respondenten in ons onderzoek als in het in 1982 uitgevoerde landelijk onderzoek over 600 paren.

De tweede hypothese, dat de harmonie binnen paren, waar de vrouw een hogere status heeft dan de man en waar de man sterk traditionele rolopvattingen heeft geringer zou zijn dan de harmonie in alle andere paren, kreeg geen enkele steun. Traditionaliteit van de man speelt echter wel een belangrijke rol. Binnen de gehele steekproef - dus ook bij paren waar de man een hogere sociaal economische status had - bleek traditionaliteit van de man negatief samen te hangen met het vermogen van de partners om hun onderlinge problemen op te lossen: hoe traditionelere opvattingen over sexe rolgedrag hoe meer problemen in het huwelijk. We dienen hierbij wel te bedenken dat onze steekproef alleen betrekking had op paren waarvan de vrouw een betaalde werkkring buitenshuis had. Generalisatie naar de Nederlandse bevolking zou dus niet terecht zijn. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of de huwelijken van

mannen die traditionele sexe rolopvattingen hebben ook minder harmonieus zijn wanneer de vrouw geen betaalde baan heeft.

### Literatuur

- Bebbington, A.C. (1973). The function of stress in the establishment of the dual-career family. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 530-537.
- Burke, R.J. & Weir, T. (1976). Relationships of wives' employment status to husband, wife and pair satisfaction and performance. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 279-287.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and Telephone surveys: The Total Design Method*. New York: Wiley.
- Hiller, D.V. & Philliber, W.W. (1982). Predicting marital and career success among dual worker couples. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 53-62.
- Hornung, C.A. & McCullough, B.C. (1981). Status relationships in dual employment marriages: consequences for psychological well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 125-141.
- Hornung, C.A., McCullough, B.C. & Sugimoto, T. (1981). Status relationships in marriage: risk factors in spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 675-692.
- Kraaij, H. & Lapère, J. (1982). *De normering van de Interactionele Probleemoplossingsvragenlijst (IPOV)*. Amsterdam: Vakgroep Groepspsychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Lange, A. (1983). *Interactionele Probleem Oplossing Vragenlijst*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Miller, B.C. (1976). A multivariate development model of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 38, (3), 643-657.
- Nan-Nijssen, A.D.M. & Barends, P.J. (1980). *Validatie van de IPOV*. Amsterdam: Vakgroep Groepspsychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Rubenstein, C. (1982). Real men don't earn less than their wives. *Psychology Today*, 16, (11), 36-41.
- Scinovacz, M.E. (1977). Role allocation, family structure and female employment. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 781-791.
- Sixma, H. & Ultee, W. (1983). Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. *Mens en Maatschappij*, 58, (4), 360-382.

- 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.
- Treiman, D.J. (1977). *Occupational prestige in comparative perspective*. New York: Academic Press.
- Vonderen, M.L. van (1987). *Working Young Mothers and Their Well-Being*. Congres publicatie van de Vereniging van Vrouwen met een Academische Opleiding. Dublin: Trinity College.
- Vriend, M. (1988). *Statusverdeling en huwelijksgeluk. Een onderzoek naar het verband tussen statusverdeling in een verhouding en het huwelijksgeluk*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Winter, D.G., Stewart, A.J. & McClelland, D.C. (1977). Husband's motives and wife's career level. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, (3), 159-166.

## VOETNOTEN BIJ PAGINA 1

\*Met dank aan Ger Hanewald voor zijn adviezen op methodologisch gebied en aan Johan Schokker voor zijn hulp bij de uitvoering van verschillende statistische bewerkingen.

\*\*Dr. A. Lange (1941), Universitair hoofddocent. Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Weesperplein 8, 1018 XA Amsterdam.

Drs. E.J. Markus (1959) en Drs. M. Vriend (1948), psychologen, studeerden af aan de Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Drs. P. Hageman (19 ), psycholoog, studeerde af aan de vakgroep methodologie van de Universiteit van Leiden.



**S a m e n v a t t i n g** - Bij zevenendertig Nederlandse paren, waarvan de vrouw een betaalde baan buitenshuis heeft, is onderzocht of de onderlinge verhouding van partners waarvan de vrouw een hogere sociale status heeft dan haar man minder harmonieus is dan die van partners, waarvan de man de hogere sociale status heeft. De verschillen waren in de voorspelde richting en ten dele significant. In tegenstelling tot de verwachting bleek traditionaliteit van de man met betrekking tot sexe-rol patronen echter geen medelërende factor te zijn. Bij zowel de paren waar de vrouw een hogere sociaal economische status had, als bij de paren waar de man een hogere status had ging een grote mate van traditionaliteit van de man samen met een geringe kwaliteit van de verhouding. Voorts bleek dat partners die niet langer dan vijf jaar samen hadden doorgebracht het beter met elkaar hadden dan partners die langer samen waren. In hun totaliteit duiden de gegevens erop dat de paren in deze speciale steekproef een harmonieuzere verhouding hebben dan het landelijk gemiddelde. In de discussie worden deze resultaten besproken.

*Abstract: Social economic status discrepancy and marital harmony:*

The harmony within 17 dutch couples, where the wife has the higher social economic status is compared to the harmony within 20 couples where the husband has the higher social status. As expected, the marital relation was more problematic in the first group. Contrary to expectations the sex-role opinions of the husband man did not play a mediating role. Both with the couples where the wife had a higher social economic status as with the couples where the husband had the higher status, traditionality in sexe-role patterns of the husbands correlated with more problems in the relationship. Furthermore, it appeared that couples who had been together less than five years had a better relationship than those who were together for a longer time. Alltogether, the couples in this sample, of which all the wives had a job, were significantly more in harmony as the couples in a repretative sample of the Dutch society. These results are being discussed and recommendations for future research are given..

Tabel 1. Overzicht van de steekproefgegevens

proefpersoongegevens (n = 37):	man	vrouw
gemiddelde leeftijd	39 jr.	37.8 jr.
universitaire opleiding	41%	43%
beroepsuitoefening	92%	100%
leidinggevende functie	54%	57%

---

Tabel 2. Gemiddelde IPOV scores voor de groep 'vrouw > man' (N=17) en de groep 'man > vrouw' (N=16)

<u>groep</u>	<u>paarscores</u>		<u>scores man</u>		<u>scores vrouw</u>	
	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>
man>vrouw	145.93	13.76	71.93	8.98	74.00	6.30
vrouw>man	138.71	17.03	68.88	10.25	69.82	7.88
T-waarde	1.34*		.91		1.68**	

-----

--

\* p (eenzijdig) = .10

\*\* p (eenzijdig) = .05

Tabel 3. Pearson R prod.mom. corr. coëfficiënten tussen enerzijds IPOV paar-scores, IPOV scores van de man en de IPOV scores van de vrouw en anderzijds Traditionaliteit van de man, voor de groep 'vrouw > man' (N=17) , de groep 'man > vrouw' (N=16) en voor de gehele groep

---

<u>MAN &gt; VROUW</u>			<u>VROUW &gt; MAN</u>			<u>SAMEN</u>		
IPOV paar	IPOV man vrouw	IPOV vrouw	IPOV paar	IPOV man	IPOV vrouw	IPOV paar	IPOV man	IPOV
-.81	-.79	-.64	-.36	-.35	-.32	-.52	-.53	-.43
p=.000	p=.000	p=..004	p=.08	p=.09	p=.10	p=.001	p=.001	p=.006

---

Tabel 4. Gemiddelde IPOV scores van echtparen met werkende vrouw (N=37) en van de landelijke steekproef (N=600; Lange 1983)

Groep	paarscores		scores van de man		scores van de vrouw	
	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>
landelijk onderzoek	132.90	21.80	66.50	11.30	66.18	12,50
huidige onderzoek	141,10	17.50	69.80	10.40	71.30	8.30
	T= 2.23; p=.026*		T= 1.71; p=.087*		T=3.49; p=.001*	

---

\* p is tweezijdig

75

Tabel 5. Duur van de relatie en gemiddelde IPOV scores

<u>Relatieduur</u>	<u>N</u>	<u>paarscores</u>		<u>scores v.d. man</u>		<u>scores v.d.vrouw</u>	
		<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>	<u>Gem.</u>	<u>S.D.</u>
1-5 jaar	9	152	6.9	76	4.3	76	4.7
6-11 jaar	10	138	20.5	66	11.5	72	10.3
12-17 jaar	9	138	19.9	68	12.4	70	8.0
18-32 jaar	9	137	17.3	70	10.1	68	8.0

---



Verklaringen voor hardnekkig therapieresistent bedplassen

Als een kind van drie of vier jaar in zijn bed plast kan dat nog als normaal worden beschouwd, maar vanaf vijfjarige leeftijd spreken we van enuresis nocturna (DSM-III-R). In het vorige hoofdstuk zijn talrijke, zeer uiteenlopende etiologische factoren de revue gepasseerd die elk slechts een betrekkelijk zwakke tot dubieuze 'lading' hebben. Geen enkele factor springt er onomstotelijk uit, zodat de oorzaak van bedplassen meestal 'cryptogeen' is en de klacht voor de onderzoeker en therapeut een 'cryptogram'.

Met het stijgen van de leeftijd neemt het percentage bedplassers in de bevolking duidelijk af. Meisjes liggen gemiddeld drie jaar voor op jongens (Verhulst et al., 1985).

De factoren die aan de daling van het voorkomen van bedplassen met het stijgen van de leeftijd ten grondslag liggen zijn niet geanalyseerd.

- Men kan zich allereerst afvragen in hoeverre het een biologisch proces ('nature') betreft. Men denke aan (vertraagde) rijping van het centraal zenuwstelsel. Mogelijk verklaart dit ook het sekseverschil.

- Voorts hebben de ouders zich er sterk voor ingespannen ('nurture'); als de ene benadering geen succes opleverde hebben ze weer een andere uitgeprobeerd.

- In de derde plaats hebben de kinderen zelf zich er voor ingezet, voor zover ze wisten wat ze eraan moesten of konden doen.

- Ten vierde zijn er dikwijls ook professionals aan te pas gekomen ('professional measures').

Het eigen aandeel van nature, nurture and measure in het uiteindelijke succes is echter niet te bepalen. Per slot van rekening is het denkbaar dat het beloop niet wezenlijk anders was geweest als ouders en professionals het bedplassen rustig op zijn beloop hadden gelaten in plaats van er zo geforceerd mee bezig te blijven. In het ene geval kan al die aandacht en inspanning weliswaar stimulerend hebben gewerkt, maar in het andere geval misschien juist averechts (als negatieve bekrachtiger van het symptoom). Het netto resultaat over een hele groep bezien blijft dan achter bij de geleverde inspanningen.

Verderop in dit hoofdstuk worden de resultaten van enuresisbehandeling besproken en voorzover die duidelijk uitstijgen boven de statistische curve wordt dat - alsof dat vanzelf spreekt - toegeschreven aan de laatst genomen maatregelen.

Laten we, ongetwijfeld te schematisch, veronderstellen dat een kind drie kansen krijgt om droog te worden:

- a) Tot het vijfde jaar is 'nature' de belangrijkste factor mits ondersteund door enigszins adequate 'nurture'.
- b) Tussen het vijfde en het tiende jaar (vgl. de Ajuriaguerra, 1971) krijgen de nat blijvende kinderen een tweede kans door toevoeging van extra maatregelen. Hierbij wordt vaak de huisarts, kinderarts, schoolarts of het Riagg te hulp geroepen.
- c) De hardnekkigsten plassen na het tiende jaar - ondanks kalenders, oudergroepen, medicijnen, plaswekkers, acupunctuur, kruiden en magnetiseurs - nog steeds in hun bed. Het goede moment om droog te worden is gepasseerd. Het symptoom is op weg een 'way of life' te worden. Wat verklaart hun falen?

Op zoek naar mogelijke verklaringen voor therapieresistent bedplassen stuiten we op Messers dissertatie 'Zeer moeilijk eten en moeilijk beïnvloedbaar bedplassen (Messer, 1979). Hij ziet als voornaamste oorzaak voor het verschijnsel moeilijk te behandelen bedplassen een afwijking in het slaappatroon, te weten een abnormaal hoge wekdrempel. Deze zou niet zo zeer afhankelijk zijn van de slaapfase (zoals die op het EEG te zien is) als wel van de gewenning aan de prikkel, de mate van vermoeidheid of slaapgebrek en van individuele verschillen (Rechtschaffen, 1966; Messer 1967). Het niet reageren van sommige bedplassers op sterke geluidsprikkels als van een plaswekker (80 dB, vergelijkbaar met een bromfiets) of zelfs op prikkels van 105 dB zoals van een straaljager) wordt het opvallendste kenmerk genoemd (Young & Morgan, 1973; Finley, 1977).

Dit is volgens Boyd, 1960 zeker geen algemene wetmatigheid bij bedplassers. Hij vond bij een ongeselecteerde groep bedplassers van 5-15 jaar dat ze gemiddeld 16 seconden van normale wekpogingen (naam roepen, wakker schudden) nodig hadden. Wekpogingen van langer dan een minuut moeten derhalve als abnormaal worden opgevat.

Messer heeft zijn therapieresistente groep van 60 enuretische kinderen hierop onderzocht en bevond dat slechts 18% binnen dit criterium bleef; 27% werd pas na meer dan een minuut echt goed wakker en 55% bleef verward en gedesoriënteerd en had er achteraf amnesie voor. Van deze groep van 60 bedplassers wordt slechts 27% wakker van de plaswekker en staat dan op.

Messer veronderstelt dat het hier om een aparte subgroep gaat bij wie er sprake is van een fysiologisch substraat van moeilijke wakbaarheid en niet onderdrukte blaascontracties. Zoals hij zelf al aangeeft is dit een hypothese die niet nader is onderzocht. Terwijl Messers stelling is dat een subgroep aan enuresis lijdt omdat ze abnormaal moeilijk wakker worden, stelt Cladder, 1980 dat deze kinderen door een verkeerd opgezet leerproces met de plaswekker niet (meer) reageren met wakker worden. Zijn remedie is dan ook de procedure met de plaswekker zodanig te veranderen dat niet het droogblijven wordt beloond doch het wakker worden van de plaswekker en het naar de wc gaan. Volgens deze lijn is van Londen tien jaar later te werk gegaan en zijn principe bleek zeer effectief! (van Londen, 1989)

Cladders hypothese is theoretisch even goed als die van Messer en sluit aan bij de dissociatiehypothese waarover in hoofdstuk 1 kort is gesproken (zie verder in hoofdstuk 3). Zijn bewering dat een eenvoudige operante conditionering ook de hardnekkigste bedplassers zou genezen wordt onder meer door Messer, 1980 voor onwaarschijnlijk gehouden. Messer pleit voor een meer cognitief-psychologische benadering in de lijn van Ramsay om zulke complexe problemen te benaderen. Dat is een goede gedachte. Merkwaardig is dan wel dat Messers behandeling blijkt te bestaan uit één enkele methode te weten een klinische behandeling met een gemodificeerd Azrin-programma. Bij deze training wordt de nadruk gelegd op het aanleren van minder diep slapen c.q. gemakkelijker wakker worden.

Zijn resultaten zijn aanzienlijk slechter dan die Azrin c.s. beweren te scoren en komen dichterbij de buurt van Bollard c.s. Ze doen daarom geloofwaardig aan. In beide gevallen gaat het immers om naar een kinderziekenhuispolikliniek verwezen patiënten. Een maand na behandeling blijkt 45% der kinderen sterk verbeterd. Ze plassen gemiddeld hooguit éénmaal per week in hun bed in plaats van zesmaal bij voormeting. 45% is twee- à driemaal per week nat en 10% nog vaker. Bij follow-up na zes maanden blijkt 41% droog te zijn; 27% één- à tweemaal per week nat en 32% driemaal of vaker. Deze laatste groep slaapt volgens de moeders (weer) vaster terwijl de kinderen van de eerste groep vrijwel allemaal makkelijker te wekken zijn of zelfs spontaan wakker worden om naar de wc te gaan. Waarom slapen deze kinderen weer vaster?

Messer heeft dit terugvalverschijnsel niet nader geanalyseerd en accepteert een beschrijving (moeilijke wekbaarheid) als een verklaring in plaats van het als een symptoom op te vatten.

Young & Morgan, 1972 geven als belangrijkste factor voor therapeutisch falen de schuld aan de ouders die gebrekkig zouden meewerken en therapieën vaak voortijdig afbreken. Deze verklaring is niet sterk: als een patiënt stopt met een behandeling zal het motief toch wel meestal het uitblijven van succes zijn en niet omgekeerd! De verklaring is ook niet sportief.

Veel hangt af van goede motivering door de therapeut van de ouders. Alhoewel zelfs onder die conditie sommige ouders afhaken kan dit toch geen algemene verklaring zijn want hoe komt het dan dat velen die de behandeling wél eindeloos volhouden toch geen succes boeken?

Diverse auteurs wijten enuresis aan slechte zindelijkheidsstraining (Jones, 1960; White, 1971). Genoemd wordt: te vroeg beginnen waardoor het kind er feitelijk nog niet aan toe is en kind en ouders gefrustreerd raken. Ook 's nachts opnemen kan averechts werken doordat kinderen er dieper door gaan slapen. Inconsequent wisselen van methodes werkt ook therapieresistentie in de hand: het kind wordt immuun voor elke training en gaat dieper slapen (van Londen, 1989).

Vochtbeperking 's avonds is een obsoleete methode waarvan het gevolg is dat het kind in bed geen volle blaasgevoel krijgt (Lovibond, 1964) en betekent voor het kind een onvrijwillig offer dat nog niet werkt ook - kortom het werkt frustratie en ontmoediging in de hand.

Genoemde auteur veronderstelt dat de meeste bedplassers hun handicap ten dele aan een geringe conditioneerbaarheid te danken hebben. Als dit waar is impliceert dit dat sterkere prikkels nodig zijn en dat gedurende langere tijd een zeer consequent beleid moet worden gevoerd.

De sleutel voor een zinnige benadering van hardnekkige, tot dusverre therapieresistent gebleken bedplassers moet gezocht worden in nadere differentiatie in subgroepen (vgl. ook Rutter, 1973). Maar waar vinden we die?

1) De indeling van Finley et al.

In een publicatie uit 1982 maken zij een indeling in:

- zg. 'Rapid Responders' (blijkbaar kinderen die ook zònder therapie spoedig droog zouden zijn geweest);
- 'Non Multiwetters' (ze plassen na de derde week hooguit éénmaal per nacht);
- 'Multiwetters' (kinderen die na de derde behandelweek vaker dan éénmaal per nacht in hun bed plassen).

Tot welke groep een bepaalde patiënt behoort is pas achteraf uit te maken. De enige voor ons relevante conclusie uit dit onderzoek is dat er een grote groep bedplassers is (in het aangehaalde onderzoek 30% als we de kleine groep der sneldrogers buiten beschouwing laten) bij wie men een plaswekkertherapie zorgvuldig moet begeleiden omdat deze lang moet worden volgehouden (gemiddeld 10 weken) voordat resultaat mag worden verwacht.

## 2) Primaire en secundaire bedplassers

Dit is de klassieke indeling. Vaak is aangenomen dat bij de primaire bedplassers (die nooit lang achtereen droog zijn geweest) vooral aan neurofysiologische training, dus aan conditionering moet worden gedacht, terwijl bij de secundaire enuretici (die tenminste zes aaneengesloten maanden droog zijn geweest) diverse psycho-traumatische momenten een rol zouden spelen en dus aandacht behoeven. Het betreft in feite dezelfde factoren die al eerder genoemd zijn zoals: (echt)scheiding van de ouders, ziekte of overlijden van een gezinslid (Koster, 1950; McKeith, 1968; Rogers, 1982). Frits & Anders, 1979 hebben in een groep van secundaire enuretici bij 81% echtscheiding, ernstige ziekte of overlijden, ziekenhuisopname of verhuizing in de maand voorafgaande aan het opnieuw optreden van enuresis nocturna gevonden. Bepaalde auteurs beweren dat er bij secundaire enuretici vaker sprake is van verdrongen seksuele of agressieve impulsen, diepgewortelde angsten, slechte moeder-kind relatie e.d. (Sperling, 1965; Dührssen, 1969; Collier, 1974; Rutter, 1975; Rosenberger, 1976).

Bosch & Jansen, 1982 hebben de relevantie van de onderverdeling in primaire en secundaire EN onderzocht en hebben ook gepoogd na te gaan in hoeverre er karakteristieke verschillen, zoals hierboven aangegeven, zijn vast te stellen.

Ze hebben vergelijkend onderzoek gedaan bij 77 kinderen (waarvan 13 secundaire bedplassers). Noch qua behandelduur, noch qua percentage recidieven noch qua frequentie van allerlei problemen zijn er duidelijke verschillen gevonden. Het enige punt van verschil lijkt eerder een bewijs tegen een opvatting die secundaire enuresis als neurotisch ziet. Ze vonden namelijk dat met een 'kale' plaswekkerbehandeling, zonder motivering, begeleiding e.d. van de ouders, alle secundaire bedplassers droog zijn geworden, doch van de primaire slechts 53%.

Hun conclusie (vgl. ook Sacks & DeLeon, 1978) is dat het geen zin heeft om door te gaan met vergelijkende onderzoeken van primaire en secundaire bedplassers. Het verdient de voorkeur onderzoek te baseren op zinvoller aspecten zoals omgevingsvariabelen en kindvariabelen, bv. de mate waarin het kind problematisch is. Deze opmerkingen kunnen we overnemen.

### 3) Andere indelingen

Soulé & Soulé, 1960, maken een bonte, doch klinisch interessante indeling in:

- Kinderen bij wie blaasproblemen voorop staan
- 'Opposanten'
- Neurotische kinderen
- Kinderen met affectieve ontwikkelingsachterstanden
- (pre)adolescente bedplassers
- Bedplassende meisjes met twee subgroepen:
  - te passieve, zachtaardige meisjes
  - opposanten die wraak nemen.

Hierboven hadden we al gewezen op het ontbreken van ontwikkelingspsychologische/-psychiatrische gegevens over aanhoudende bedplassers. De Ajuriaguerra, 1971 gaat er vanuit dat de enuretici vanaf tienjarige leeftijd een eigen categorie vormen en noemt hen: 'langdurige primaire bedplassers'. Wij willen er de langdurige secundaire bedplassers op grond van de conclusies van Bosch & Jansen, 1982 ook bij betrekken.

We waren in het vorige hoofdstuk tot een speculatieve indeling in drie categorieën gekomen:

- het infantiele type - op basis van rijpingsachterstanden
- het geremde type - mede op basis van neurotische mechanismen
- het acting-out type.

Een publicatie van Butler et al., 1986, ondersteunt deze indeling. Zij hebben een goed opgezet onderzoek gedaan bij 68 moeders die met hun bedplassende kind waren doorverwezen, naar de verklaringen die deze moeders geven voor het hardnekkige bedplassen en de mate van tolerantie voor het symptoom.

Ze vonden drie clusters:

- Cluster 1: (deze had hoge ladingen)

EN is een uiting van angst en gebrek aan zelfvertrouwen. Deze kinderen piekeren veel en zijn snel overstuurd. De ouders plegen een grote mate van tolerantie ten opzichte van het bedplassen te hebben. De ouders maken zich zorgen over de stank en over de emotionele en relationele invloed op het kind.

- Cluster 2:

EN is een kwestie van lichamelijke of ontwikkelingsbeperkingen en een kwestie van onverschilligheid. De houding van de ouders is ambivalent. Ze maken zich zorgen over de financiële consequenties

Cluster 3:

EN is een kwestie van luiheid en te laat naar bed gaan. Moeder voelt zich erdoor teruggepakt. Deze kinderen zijn al wat ouder. De ouders gaan er vanuit dat het kind er enige controle over heeft. De ouders hebben daarom minder tolerantie en zijn boos op hun kind. Het gaat in dit onderzoek maar om een klein aantal.

De ouders van de eerste categorie werken goed mee aan de behandeling. De ouders van de tweede en vooral van de derde groep hebben veel motivering door de therapeut nodig, anders breken ze de therapie voortijdig af. Opmerkelijk is dus dat een hoge mate van tolerantie bij de ouders ten opzichte van het bedplassen van hun zoon of dochter gepaard gaat aan een grote mate van bereidheid aan de behandeling mee te werken en vice versa!

Achenbach & Lewis, 1971, maken een onderverdeling in:

- Externaliserende bedplassers
- Internaliserende bedplassers
- Indifferentie groep.



Met behulp van de Achenbach-vragenlijst (Ndl.vertaling, Verhulst, 1988) is deze differentiatie gemakkelijk te maken. Niet bekend is wat de relevantie van deze indeling voor behandeling en prognose is. We zullen hier in ons onderzoek zijdelings naar kijken.

Steinhausen & Göbel, 1989, hebben uit het cohort 1978-1982 van 2792 zorgvuldig bijgehouden patiëntendossiers van een universitaire kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling bij 386 (14%) de diagnose enuresis gesteld. Zij hebben vergelijkend onderzoek gedaan tussen deze bedplassers en de overige patiënten en hebben geen verschillen gevonden wat betreft ontwikkelingsprofiel, gezinsanamnese, psychiatrische diagnoses, specifieke ontwikkelingsachterstanden en intelligentie. Wel komen bij enuretische kinderen beduidend vaker vertragingen in de vroege functieontwikkeling voor en minder vaak neurotische en eetstoornissen, vergeleken met de overigen. Al met al wijst dit onderzoek erop dat enuresis op kinderleeftijd misschien wijst op vertraagde rijping maar niet gebonden is aan enig specifiek psychopathologisch profiel.

Brumby & Steinhausen, 1989 hebben uit deze zelfde onderzoeksgroep een voldoende representatieve steekproef genomen van 103 ex-patiënten die bereid waren aan follow-up-onderzoek mee te werken. Van hen was 70% tien jaar of ouder. Ze brachten op grond van een, door de ouders ingevulde, vragenlijst volgens Rutter, 1970 een onderverdeling aan in:

- Monosymptomatische EN
- EN + gedragsstoornis
- EN + ontwikkelingsachterstand
- EN + emotionele stoornis
- Combinaties van deze.

Alles bijeen was 66% droog, (33% -waarvan opvallende veel meisjes-onmiddellijk na afsluiting van de therapie; 33% pas na verloop van tijd).

Per groep bleek de volledige remissie tussen 60-80% te liggen met als enige uitzondering de groep EN + **gedragsstoornis** die slechts 33% scoorde.

De enige duidelijke voorspeller bleek de score op de oudervragenlijst van Rutter te zijn. Psychosociale omstandigheden, neurologische afwijkingen, frequentie van bedplassen, intelligentie, leeftijd



en primair of secundair bedplassen bleek weinig of niets te voorspellen. Dit stemt overeen met wat we in ons onderzoek hebben gevonden (zie hoofdstuk 4).

Algehele verbetering (dus ook in andere opzichten dan het bedplassen) bleek samen te hangen met een lagere score op de vragenlijst, een hoger IQ en het ontbreken van lichte neurologische afwijkingen.

We komen terug bij de vraag waarom diverse behandelingen bij onze hardnekkige bedplassers geen duurzaam resultaat hebben opgeleverd.

#### Eerste verklaring

Een verklaring voor het verschijnsel "hardnekkige, therapieresistente enuresis nocturna" kan zijn dat een heterogene verzameling, op grond van één criterium (in bed plassen) op één hoop wordt gegooid en éénzelfde behandeling krijgt.

We hebben hierboven een aantal mogelijke indelingen van bedplassers in verschillende categorieën besproken. Omdat dit nooit doelbewust is onderzocht, is niet bekend in hoeverre verschillende types enuretici ieder hun eigen behandelingsstrategie nodig hebben. Volgens die lijn werkende zou men mogen verwachten dat het succespercentage aanmerkelijk stijgt omdat minder vaak wordt 'misgeschoten'.

Ook al zal ons onderzoek hierin zeker niet het laatste woord spreken, we hopen toch aan de hand van de resultaten op zijn minst tot een aantal richtlijnen te komen.

#### Tweede verklaring

Verschillende auteurs hebben er op gewezen dat uiteenlopende vormen van psychotherapie - in het algemeen gesproken - vergelijkbare resultaten opleveren (Luborsky et al., 1975) en dat het succes in hoge mate afhankelijk is van factoren die niet specifiek zijn voor een bepaalde therapievorm (Frank, 1961, 1974, 1978; Strupp, 1970; Calestro, 1972; Tenwolde, 1978). Frank kent meer waarde toe aan de factoren die de verschillende behandelvormen gemeenschappelijk hebben (de zg. non-specifieke factoren) dan aan de factoren waarin ze zich van elkaar onderscheiden (de zg. specifieke factoren). Frank denkt met name aan bestrijding van demoralisering - zo kenmerkend voor patiënten met hardnekkige symptomen.

De Directieve Therapie formuleert ze als volgt (vgl. Van Dyck et al., 1980):

1) Hoop en positieve verwachtingen worden bevorderd door een gestructureerd behandelprogramma aan te bieden en door informatie te geven over behandeling van gelijksoortige klachten. Met een strategie die gericht is op het behalen van kleine succesjes vanaf het begin van de behandeling, worden deze factoren nog meer begunstigd.

2) Het aanbieden van een 'verklaring' voor de klachten in termen die zoveel mogelijk aansluiten bij het referentiekader van de patiënt. Zulke verklaringen worden ook gegeven bij het motiveren van patiënten om bepaalde therapeutische opdrachten uit te voeren (van der Velden & Van Dyck, 1977). Onbegrijpelijk lijkende en daardoor beangstigende klachten worden zodoende tot meer reële proporties teruggebracht.

3) Het geven van informatie over nieuwe manieren waarop met de klacht kan worden omgegaan.

Voor onze groep bedplassers impliceert een en ander dat het succes van behandeling afhankelijk is van:

**A Nonspecifieke factoren** (niet kenmerkend voor een bepaalde therapievorm):

- De geloofwaardigheid van de verklaring die geboden wordt voor het bedplassen.

Aan elke behandeling ligt een verklaringsmodel ten grondslag. Die verklaring heeft in de eerste plaats invloed op zelfbeeld en eigenwaarde en op de instelling ten opzichte van de behandeling. Voorts wijst deze de patiënt hoopvol de richting naar controle over zijn klachten.

Wanneer behandelaar en patiënt en/of diens ouders van mening verschillen over de verklaring der klachten, is de kans van slagen van de behandeling die de therapeut desondanks doordrukt, in principe nul.

- De geloofwaardigheid van de gevolgde behandelwijze

Een uitstekende behandelwijze, geheel volgens de regels van de kunst uitgevoerd, kan mislukken omdat de patiënt en/of de ouders er niet in geloven.

Als de therapeut, de patiënt en diens ouders het er bv. over eens zijn dat de enuresis een symptoom is van onbewuste conflicten, ligt het niet in de rede om de plaswekker aan te prijzen, terwijl

deze behandelwijze wèl voor de hand ligt als een verklaring voor de enuresis wordt geboden in termen van 'het kind moet leren te reageren op prikkels vanuit de blaas' of iets dergelijks. Wanneer beide partijen het eens zijn over de strategie, is van belang dat deze consequent en systematisch wordt uitgevoerd. Stel dat een therapeut een registratieopdracht of een ander advies geeft en hij laat zijn opdracht direct vallen omdat de eerste uitvoering te wensen overlaat om dan weer met heel andere interventies te komen, dan is hij een slecht model en devalueert hij de geloofwaardigheid van zijn behandeling.

#### - Motivatie

Juist omdat de bedplasser zijn klacht als iets onwillekeurigs ervaart dat onvoorspelbaar is, wat hij er ook aan probeert te doen (bv. goed opletten, 's avonds niets drinken, goede voornemens), is hij geneigd er de brui aan te geven. Hij wacht het wonder af. We weten echter dat het wondermiddel nog niet is uitgevonden. Geen enkele therapie geeft binnen korte tijd duurzaam resultaat en juist het intermitterende bedwateren dat tijdens een behandeling pleegt op te treden, kan de broze motivatie gemakkelijk ongedaan maken, met andere woorden een vicieus proces van falen en ontmoediging te weeg brengen.

Motivatie is geen statisch gegeven doch is een proces: de patiënt dient gemotiveerd te worden en hij zal gedemotiveerd raken door het uitblijven van resultaat. Motivatie heeft elementen van optimisme en positieve verwachtingen en is een mentale houding die doorslaggevend is voor de medewerking en het volhouden van de patiënt.

We motiveren onze patiënten en hun ouders door goede, bij hun begripsvermogen aansluitende uitleg te geven en door te vertellen hoe het bij lotgenoten pleegt te verlopen. Verder werken complimenten voor goed uitgevoerd 'huiswerk' en beginsuccesjes stimulerend.

Het motiveren van de hardnekkigste bedplassers is vergelijkbaar met het steeds maar weer oppompen van een lekke fietsband als je nog een lange weg hebt af te leggen.

#### - Contrôleaspecten

In de beleving van de bedplasser gaat het om een manco waaraan hij niets kan doen en waarvoor hij zich niet verantwoordelijk voelt. Hij ondergaat lijdelijk de maatregelen die moeder of vader neemt, bv. het kind 's nachts opnemen of naar de huisdokter gaan voor medicijnen of iets dergelijks. Het bedplassen gebeurt 'vanzelf'; hij

heeft er geen macht over.

Een essentieel aspect van de behandeling is dat de bedwatteraar ervan doordrongen wordt dat bedplassen niet iets is dat buiten hem om gaat maar dat hij/zij er zèlf contrôle over gaat leren krijgen.

#### - Timing van interventies

Het is niet alleen van belang wèlke interventies men doet, doch ook of men deze op het goede moment doet. Minder ervaren therapeuten slaan stappen over of gaan te snel. Misschien is de patiënt nog onvoldoende doordrongen van het principe dat hij/zij het voornamelijk zèlf moet doen, als hij alle behandelingen tot dusverre over zich heen liet gaan. Wellicht vertrouwt hij de therapeut (nog) niet of gelooft hij niet in een mogelijke goede afloop. In zulke gevallen moet de behandelaar zijn kruis droog houden en eerst de basis verstevigen.

Een ander aspect van timing is dat een behandeling een bepaalde sequentie kent, dwz. een bepaalde logische en systematische opbouw. Elke volgende stap kan pas gezet worden als het voorafgaande traject goed is afgelegd.

#### B Specifieke factoren

De non-specifieke factoren bepalen vooral de basis van een therapie. Hoe steviger deze is, desto meer gaan specifieke, technische uitvoeringsaspecten hun gewicht in de schaal leggen.

Dit is de winst van Directieve Therapie. Het belang van speciële en specifieke behandelingen wordt niet ontkend en de waarde van kwaliteit niet gebagatelliseerd. Waar wel voor wordt gepleit is er in alle gevallen goed acht op te slaan of aan de non-specifieke factoren is voldaan en vervolgens of men zijn eigen specifieke behandelstrategie optimaal toepast. Deze factoren worden in de gangbare effectonderzoeken stelselmatig onderbelicht. Veel successen en mislukkingen en veel zg. therapieresistentie berusten waarschijnlijk op non-specifieke factoren en niet zozeer op specifieke technische fouten, doch ze worden (enkele uitzonderingen daargelaten) als vanzelfsprekend aan de onderzochte specifieke behandelwijze toegeschreven.

Tot nu toe hebben we de mogelijkheid besproken dat behandelingen mislukken door:

- 1) fouten door onvoldoende te differentiëren tussen verschillende categorieën enuretici;
- 2) fouten in de sfeer van non-specifieke factoren.

Hoewel deze opsomming een zeker evidentiegevoel oproept is een en ander bij enuresis nocturna helaas niet systematisch onderzocht. Bij napluizen van veel -vooral gedragstherapeutische- publicaties over bedplassen blijken categorisch alle gegevens te ontbreken die hetzij meer licht werpen op de non-specifieke aspecten van de gedane behandelingen en/of inzicht geven in de eigenaardigheden van de betrokken enuretici en hun gezinnen. Maar als we veronderstellen dat die twee typen fouten in een niet in te schatten mate een rol spelen, dan maakt deze omstandigheid correcte beoordeling van de effectiviteit en specificiteit van de onderhavige behandelingen hachelijk.

#### Een derde verklaring voor mislukte behandelingen

De derde foutenbron kan liggen in de specifieke behandeling zelf, die ondeugdelijk kan zijn. Dat beweren gedragstherapeuten van inzichtgevende psychotherapie, dat zeggen psychotherapeuten van farmacotherapie en dat beweren alle 'pratende' therapeuten van chirurgische ingrepen tegen bedplassen.

Omdat een behaviouristische therapie bij enuresis de beste papieren heeft is het nuttig nader te bezien wat gedragstherapeuten er zelf van terecht brengen.

De oudste en meest beproefde methode is de plaswekker (Mowrer & Mowrer, 1938) die zelfs teruggaat op Pavlov. Lange tijd is de werking verklaard uit het paradigma van de klassieke conditionering: blaasspanning leidt tot reflexmatige ontlediging die het alarm van de plaswekker uitlokt waardoor de bedwateraar wakker wordt en de kringspier samentrekt. Vervolgens leidt verhoogde blaasspanning steeds vaker tot een wekprikkel en/of sfinctercontractie.

Deze verklaring wordt tegenwoordig betwijfeld en men zoekt het werkingsprincipe in operante conditionering: de gevolgen van het afgaan van het alarm, en dus van het bedplassen, zijn onaangenaam. Een sterk argument geeft Azrin et al. (1974): als het alarm afgaat op de ouderslaapkamer, zodat dezen het kind, met onvermijdelijke vertraging, moeten wekken, is de effectiviteit even groot als wanneer het kind rechtstreeks door het alarm wordt gewekt.

De plaswekker is nog steeds zeer populair. Er zijn echter nogal wat bezwaren aan verbonden (Young, 1965; Turner, Young & Rachman, 1970); Young & Morgan, 1972, 1973; Doleys, 1977; Bollard, 1982):

- Het succespercentage is 50-90% (gem. 72%)
- Hiervan recidiveert 13-69% (gem. 33%)
- De behandeling duurt lang: 36-113 dagen (gem. 63 dg)
- Er zijn veel dropouts (30%)
- De behandeling geeft veel ergernis bij de ouders omdat er technisch nogal eens wat mis gaat (draden los; vals alarm door transpiratie) of omdat het kind niet wakker wordt van de bel.

Azrin cum suis zijn beroemd geworden door de **Droge Bed Training (DBT)**. Met behulp van een ingewikkeld, polyvalent programma in combinatie met de plaswekker, wordt 100% succes geclaimd bij een korte behandelduur (Azrin, Sneed & Foxx, 1974). Sindsdien zijn talloze replicatiestudies gedaan, vooral door Azrin c.s. in de Verenigde Staten en door Bollard c.s. in Australië. De resultaten van Azrin worden lang niet overal gehaald.

Ook zijn aparte onderdelen van het DBT-programma, alleen of in combinaties, op hun eigen merites onderzocht.

We zullen hier met de belangrijkste conclusies volstaan:

- 1) Plaswekker (PW) met goede begeleiding geeft sneller en vaker succes en geeft minder dropouts dan PW zonder begeleiding. Het recidiefpercentage blijft echter gelijk (Bollard & Nettelbeck, 1981).
- 2) DBT met PW is effectief, of deze nu thuis of in een ziekenhuis, met behulp van een trainer of door de ouders wordt uitgevoerd (Bollard & Nettelbeck, 1981).
- 3) Afzonderlijke onderdelen van DBT met PW zijn nagenoeg even effectief als het complete DBT-programma.

De combinatie PW + wektraining komt als de beste methode uit de bus, vergeleken met PW + blaastraining (Retention Control Training, RTC). Wel zou RTC volgens o.m. Bollard, 1982 kunnen bijdragen aan een lager terugvalpercentage.

De combinatie PW + positieve oefeningen zou maar weinig aan het behandelingsresultaat bijdragen (Bollard & Bettelneck, 1982).

Ook van Londen, 1989 vindt dat de combinatie PW + wektraining beter is dan droge nacht-training of de PW zonder toevoegingen. Zijn onderzoek betreft zeer gemotiveerde patiënten die daarbij

sterke materiële bekrachtigers hebben gekregen.

4) Het grootste voordeel van DBT (of onderdelen) met PW is de tijdwinst in vergelijking met de PW op zichzelf. Hierdoor zien we minder dropouts. Het aantal recidieven na twee jaar is echter niet minder dan bij alleen PW (resp. 39% en 41%, Bollard, 1982).

5) DBT zonder PW is niet effectief.

De groep van Azrin was al spoedig overgegaan op een DBT-programma zonder plaswekker, op grond van de veronderstelling dat het patroon van naar de wc gaan belangrijker zou zijn dan het aanleren van een neurofysiologische reflex. Bovendien werd het bezwaarlijk gevonden voor de ouders die door de plaswekker in hun slaap werden gestoord. Ze vonden deze variant vrijwel even effectief als de DBT met plaswekker (Azrin & Thienes, 1978; Azrin, Thienes Hontos & Besalel-Azrin, 1979).

Andere onderzoekers konden deze uitkomst echter niet bevestigen (Bollard & Woodroffe, 1977; Nettelbeck & Langeducke, 1979; Bollard & Nettelbeck, 1981; Fincham & Spettell, 1984). Volgens Keating et al., 1983 is het succespercentage slechts 50-66%, is de behandelduur langer dan Azrin claimt en zijn er veel dropouts en recidieven.

Van Londen, 1989 komt tot de conclusie dat de DBT zonder plaswekker niet geschikt is voor een klinische populatie (dwz. kinderen met leer- of gedragsproblemen) vanaf een jaar of negen.

Bollard & Woodroffe proberen te verklaren waarom DBT met PW zoveel beter werkt dan zonder PW:

- Onmiddellijke signalering van incidenten zodat er direct geoefend kan worden, waardoor het leerprincipe krachtiger werkt;
- in voorkomende gevallen worden meer incidenten per nacht gesignaleerd waardoor ook meer kansen op sociale bekrachtiging;
- door snellere resultaten blijft men beter gemotiveerd.

De resultaten van de meest gebruikelijke methodes zijn in tabel I samengevat (vgl. Morgan & Young, 1972; Azrin, Sneed & Foxx, 1974; Taylor & Turner, 1975; Azrin & Thienes, 1978; Morgan, 1978; Finley et al., 1973, 1977, 1982; Azrin, Thienes & Besalel, 1979; Bollard & Nettelbeck, 1982; Bennett et al., 1985).

Methode	%succes	%recidief
PW zonder toevoegingen	50-90%	13-69%
PW + intermitt. bekrachtiging	50-79%	25-44%
PW + overleren	59%	13-23%
DBT met PW	80-100%	20-30%(6mnd) 39% (24mnd)
DBT zonder PW (Azrin et al.)	92-100%	7-20%
(Bollard et al.)	0-25%	40-100%
Imipramine	10-50%	75%

tabel 1

Van Londen, 1989 poogt de opmerkelijke verschillen tussen Azrin c.s. en Bollard c.s. te verklaren uit verschillen tussen de patiëntenpopulaties. Azrin pleegt namelijk zijn bedplassers via advertenties voor gratis behandeling aan te trekken, terwijl Bollard c.s. bedplassers behandelen die zijn aangemeld in een kinderziekenhuis, veelal voor de kinderpsychiatrie, wegens bijkomende gedragsproblemen. Bollards patiëntjes lijken dus meer op die van ons onderzoek.

Voorts heeft Azrin ook overdag nog diverse bekrachtigers ingebouwd. Zijn kinderen zijn gemiddeld jonger dan die van Bollard en de zijnen en de methode lijkt bij jongere kinderen beter aan te slaan dan bij oudere (van Londen, 1989).

Diverse onderzoekers geven er blijk van zich te realiseren dat de behandelaar-patiënt-relatie van belang is (vgl. bv. Lovibond, 1964; Collins, 1973; Dische, 1973; Doleys, 1977). Sommigen veronderstellen dat DBT effectiever is, althans sneller resultaat geeft, dan de standaard plaswekkerbehandeling omdat DBT meer therapeutentijd vergt en derhalve sterkere motivatie van ouders en kind bewerkt (Bollard & Nettelbeck, 1981; Bennett et al., 1985; van Londen, 1989).

Daarmee zijn de grote verschillen nog niet verklaard tussen de school van Azrin en de Australische school bij de DBT (zonder PW dan wel, maar met intensieve aandacht). Omdat hun publicaties zich categorisch bepalen tot beschrijving van het globale behandelpakket, (alsof alle therapeuten clonen van elkaar zijn, en alle ouders en bedplassers evenzo) kunnen we slechts gissen. Misschien spelen motivationele en suggestieve elementen bij Azrin c.s. een



grotere rol dan zij zich realiseren en wellicht interfereren complicerende (i.c. psychiatrische) factoren bij de polikliniekpatiënten van Bollard sterker (en zou een minder categorisch en meer individueel toegesneden behandelplan, in de trant van het strategische model (Oudshoorn, 1985) geïndiceerd zijn) dan bij de door middel van een advertentie geworven kinderen van Azrin.

Conclusies voor ons verdere onderzoek

Er zijn twee principiële verklaringen te geven voor het verschijnsel 'hardnekkig, therapieresistent bedplassen', geoperationaliseerd als EN bij tien- tot twintigjarigen die al minstens één vergeefse behandeling achter de rug hebben:

- 1) - ondoelmatige behandeling(en) (hetzij wat betreft nonspecifieke factoren, of specifieke factoren)
- 2) - bepaalde patiëntvariabelen.

Een gecombineerde verklaring luidt dan: "De behandeling van deze categorie is ondoelmatig geweest omdat onvoldoende rekening is gehouden met bepaalde patiëntvariabelen en/of omdat er (nonspecifieke en specifieke) uitvoeringsfouten zijn gemaakt."

We zullen deze verklaring als basis laten dienen voor ons eigen onderzoek.

Wat de patiëntvariabelen betreft zullen we twee instrumenten hanteren: a) vragenlijsten, waaronder die van Achenbach (Verhulst, 1988); b) een multimodaal diagnostisch model en wel het 'strategische model' van Oudshoorn, 1985. Zowel, somatische, psychologische als sociale aspecten van de patiënt worden daarmee bij de beschouwing betrokken.

Wat de therapievariabelen betreft hebben we kunnen constateren dat er in de literatuur wat betreft non-specifieke factoren en specifieke factoren weinig wordt gecontroleerd. In ons onderzoek worden non-specifieke factoren zorgvuldig gehanteerd en wordt voor iedere patiënt een eclectisch behandelplan opgesteld. In een vooronderzoek (zie hoofdstuk 3) is met diverse technieken en combinaties ervaring opgedaan, die van dienst is bij het hoofdonderzoek.

Het is hachelijk tot slotconclusies en algemeen bruikbare aanbevelingen te komen door onze resultaten uitsluitend te vergelijken met wat uit de literatuur bekend is. We weten immers niet in

hoeverre onze groep vergelijkbaar is en we hebben gezien dat de literatuur uiteenlopende en tegenstrijdige uitkomsten laat zien. Daarom zullen we onze patiënten in het hoofdonderzoek volgens het toeval indelen in een groep die het eclectische programma krijgt en een groep die een beproefde standaardbehandeling krijgt, inclusief **goede uitleg, motivering en begeleiding**. Zodoende is een controle ingebouwd op non-specifieke factoren.

Als standaardbehandeling is gekozen voor de plaswemaker + overleren, omdat we uit de literatuur weten dat deze binnen een termijn van drie maanden een redelijke genezingskans biedt (ca 2/3) en een terugvalkans na succes van 1/8 (overzichtsartikel van Morgan, 1978). In het vooronderzoek is deze methode niet toegepast maar zijn wel elementen van de DBT gebruikt.

## Voorwoord bij artikel 'Gezinstherapie'

**A. Lange**

Voor het prestigieuze handboek Psychopathologie dat door enkele kopstukken geredigeerd wordt en door de huis-uitgever wordt uitgegeven zou ik samen met Cas Schaap een hoofdstuk over gezinstherapie schrijven. Het voorlopige resultaat ziet u op de volgende bladzijden. Ik worstel nog met enkele stukjes van Cas die hij er graag tussen wil hebben en die mij nog niet helemaal duidelijk zijn.

Hoewel de deadline officieel allang is verstreken hebben mij nog geen aanmaningen bereikt. Dat heb ik met andere redacties wel eens anders meegemaakt. Eigenlijk jammer, want dat zou weer leuke kopij voor TDT hebben kunnen opleveren.

Maar goed, het stuk is nog niet weggestuurd. Op- en aanmerkingen zijn derhalve hoogst welkom. Lof trouwens ook.

## GEZINSTHERAPIE

ALFRED LANGE EN CAS SCHAAP

### Inleiding

Al in het begin van deze eeuw zijn publicaties verschenen waarin een relatie wordt verondersteld tussen de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan en psychopathologie bij leden van het gezin (Flugel, 1921). De ontwikkeling van deze gedachten en de daaruit voortkomende gezinstherapie en partnerrelatietherapie is echter pas in de vijftiger jaren op gang gekomen. Het was de z.g. 'Palo Alto' groep (Haley, 1963; Jackson, 1968; Watzlawick et al., 1967) die daaraan aanvankelijk de belangrijkste bijdragen leverden. Men signaleerde dat wanneer schijnbaar individuele problemen opgelost waren andere gezinsleden klachten ontwikkelden. Men trok daaruit zelfs de conclusie dat het voor het gezin 'functioneel' was een patiënt in het midden te hebben. De ideeën, die op grond van dit soort verschijnselen werden ontwikkeld, mondden uit in de systeembenadering, die was gebaseerd op de 'general systems theory' van Von Bertalanffy (1968). De kern daarvan is dat de onderdelen van een systeem (bijv. het gezin, een vriendengroep of een echtpaar) niet als losse individuele componenten worden beschouwd, doch dat men zich vooral richt op de interacties tussen deze componenten en op de functie die de één heeft voor het functioneren van de anderen. Voor een beschrijving van de begrippen die in de eerste tijd het gezicht van de systeembenadering bepaalden verwijzen wij naar Van der Pas (1979).

Naast de systeembenadering die zich vooral richtte op gezinnen met geïdentificeerde patiënt ontwikkelde zich in de Verenigde Staten het beroep van 'marriage counselor'. Dit werd veelal uitgevoerd door psychiaters, juristen, pedagogen en maatschappelijk werkers. In dit hoofdstuk zullen we ontwikkeling van de gezinstherapie en partnerrelatietherapie (PRT) verder gezamenlijk bespreken, aangezien beide zijn gericht op het veranderen van betrekkingen tussen gezinsleden en zij in de praktijk vaak in elkaar overlopen. Sommigen menen zelfs dat gezinstherapie bijna altijd uitmondt in PRT (Nichols, 1988).

Uit de vermenging van de algemene systeembenadering en de verschillende reeds bestaande psychotherapeutische oriëntaties ontwikkelden zich verschillende stromingen die het beste te begrijpen te zijn vanuit het historisch perspectief waarin ze zijn gegroeid. We zullen daarvan eerst een korte beschrijving geven. Daarna bespreken we kort de methoden en instrumenten die ter beschikking staan om de sterke en zwakke kanten van gezinssystemen te taxeren en om gezinstherapie te evalueren. Uitgebreidere aandacht zal dan tenslotte worden gegeven aan datgene wat de verschillende gezinstherapeutische benaderingen in de afgelopen decennia hebben opgeleverd voor de behandeling van psychiatrische symptomen en relatieproblematiek.

### De stromingen

In de *psychoanalytisch georiënteerde of transgenerationele* benadering werden transacties tussen gezinsleden beschouwd als projecties uit het verleden. De therapie was gericht op het in gezamenlijke gesprekken verwerken van traumata uit het verleden, en kon bijvoorbeeld betrekking hebben op de relatie tussen één der gezinsleden en

een overleden ouder. Veel aandacht werd verder besteed aan overdrachtsverschijnselen tussen de gezinsleden en de therapeut. De eerste representant van deze stroming was Ackerman met zijn model dat gebaseerd was op het begrip 'interlocking pathology' (Ackerman, 1966). Andere auteurs die richting hebben gegeven aan deze stroming zijn Framo (1976), Bowen (1980) en Boszormenyi-Nagy (1987). Bowen (1980) baseerde zich op het begrip 'differentiation of the self', dat er op neer komt dat de cliënt moet leren zijn emotionele en rationele responsen van elkaar te onderscheiden. Hij raadde veel van zijn patiënten aan om brieven te schrijven aan ouders, broers en zusters teneinde zich van het verleden, dat had geleid tot een 'undifferentiated ego-mass', los te maken (Anonymous, 1972). Wat dat betreft is hij een voorloper van een techniek die later in de directe gezinstherapie veel navolging heeft gekregen (Lange, 1987). De term 'transgenerationeel' als omschrijving voor een gezinstherapeutische benadering is vooral bekend geworden door het werk van Boszormenyi-Nagy & Spark (1973). Met het begrip 'invisible loyalty' vestigden zij de aandacht op de gevolgen van een niet goed verlopend proces van losmaking van het gezin van herkomst op de relaties in het gezin dat men zelf later sticht. Hun gezinstherapeutisch model was dan ook vooral erop gericht dit op te sporen en te trachten alsnog recht te zetten of te verwerken. Teneinde dit te vergemakkelijken wordt door hun volgelingen tegenwoordig het gebruik van 'genogrammen' aanbevolen, een manier om de geschiedenis van de patiënt in kaart te brengen (McGoldrick & Gersons, 1985). Een uitgebreid overzicht van de ontwikkeling van deze stroming vindt men bij Boszormenyi-Nagy & Ulrich (1981).

In tegenstelling tot de hierboven geschetste benadering had de *structurele gezinstherapie* expliciet het gezin of het systeem als eenheid van behandeling. In de structurele gezinstherapie, een stroming waarvan Minuchin de belangrijkste pionier was, werd uitgegaan van 'pathogene' structuren binnen gezinnen (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Aponte & van Deusen, 1981; Stanton et al., 1981; Hendrickx, 1981). Gezinnen met een overmaat aan wederzijdse betrokkenheid (kluwen) of met een tekort aan betrokkenheid (los zand) werden beschouwd als pathogeen, als leidend tot dysfunctioneren van de kinderen. Met name werd de aandacht wat dat betreft gericht op delinquentie, eetstoornissen en psychosomatische stoornissen (Minuchin et al., 1967; Minuchin et al., 1975; Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Naast de betrokkenheid of cohesie als belangrijke factor speelde het begrip 'coalitie' een belangrijke rol in deze vorm van gezinstherapie. Triades waarin een ouder een coalitie aangaat met een kind tegen de andere ouder zou pathogeniserend kunnen zijn, zowel voor de geïsoleerde ouder als voor het kind. Haley (1967) sprak in dat verband van 'perverse triades.' Het ontwarren van dergelijke coalities en het versterken van het ouderlijk subsysteem was dan ook een belangrijk element van het structurele behandelingsmodel.

In dezelfde tijd als de structurele gezinstherapie ontstond de *communicatie-theoretische stroming*, die in de figuur van Haley ook overlap vertoonde met de groep rondom Minuchin. Deze groep bundelde een aantal creatieve grondleggers van de gezinstherapie: Bateson, Jackson, Watzlawick, Haley en Weakland. Hun bijdragen waren vooral gericht op het blootleggen van wetmatigheden in de interactie-patronen tussen mensen. In het klassieke werk 'Strategies of Psychotherapy' legde Haley (1963) voor het eerst nadruk op de machtsaspecten die een rol gaan spelen zodra twee of meer personen in een min of meer duurzame betrekking treden. Hij beschreef hoe in iedere relatie 'regelproblematiek' voorkomt: onduidelijkheid over de regels en gebrek aan overeenstemming over wie de regels vaststelt. Hij ging ervan uit dat 'machtsstrijd', oftewel de vraag 'wie maakt de dienst uit', de onderliggende factor is die als voedingsbodem dient voor diverse conflicten op uiteenlopende inhoudelijke terreinen. In dat verband onderstreepten Watzlawick et al. (1967) het onderscheid tussen de inhoud van een boodschap en datgene wat de

boodschap impliciet zegt over de onderlinge machtsverhouding. Een belangrijke bijdrage aan de popularisering van de communicatie-theoretische stroming leverde het briljante boek van Lederer & Jackson (1968), 'The Mirages of Marriage', waarin de auteurs verschillende destructieve interactionele processen aan de hand van boeiende illustraties duidelijk wisten te maken. Veel nadruk werd er door deze stroming ook gelegd op zogenaamd pathogeniserende vormen van interactie tussen gezinsleden. In de theorieën over 'schizofreniserende communicatie' werd gesteld dat tegenstrijdigheden in het gedrag van ouders, met name van de moeder, zou leiden tot schizofrenie bij de kinderen (Bateson et al., 1956). Gelukkig werd deze onbewezen stellingname later wat afgezwakt (Bateson et al., 1963). Begrippen als 'double bind' en 'paradoxe communicatie' zijn echter nog steeds van belang in dit model. Vertegenwoordigers van de communicatie-theoretische stroming die onder invloed van Haley (1976) later de naam *strategische gezinstherapie* ging dragen zijn o.a. Madanes (1981), Coyne (1986) en L'Abate (1986). Een uitgebreid overzicht van de belangrijkste principes en technieken wordt geschetst door Bodin (1981).

De voormannen van de bovenstaande stromingen waren vooral analytisch opgeleide (kinder) psychiaters en maatschappelijk werkers. De leertheoretische gezinstherapie die zich wat later ontwikkelde, o.a. door het werk van Liberman (1970), van Patterson (1974; 1982) van Stuart (1969) trok vooral psychologen. Evenals de 'individueel werkende' gedragstherapeuten zagen zij psychiatrische symptomen als uitvloeisels van systematische bekrachtiging van niet-adequate responsen. Hun belangrijkste doelstelling was dan ook het analyseren van dergelijke bekrachtigingspatronen en het helpen van patiënten bij het komen tot een reciproke relatie waarin beide 'partijen' evenredig 'beloond' worden. Hun aanpak werd vooral toegespitst op het instrueren van ouders bij problemen met kinderen (Patterson, 1974; 1982) en op het begeleiden van echtparen die niet goed met elkaar overweg konden (Stuart, 1980; Jacobson, 1981; Margolin & Fernandez, 1985). De benadering kan gekenschetst worden als 'rationeel' omdat de therapie vooral bestond uit het coachen van ouders/partners bij het rationeel onderhandelen zodat ieder aan zijn trekken kwam. Overigens kon men het 'quid pro quo' principe al eerder waarnemen bij sommige van de communicatie-theoretici zoals Jackson (1965).

Minder wijd verbreid maar niet zonder invloed was de *experimenterale gezinstherapie*, die in Kempler (1974;1981) zijn belangrijkste voorman heeft gehad. Op gesprekken tussen gezinsleden paste deze de principes toe van de individuele gestalt therapie, met de nadruk op 'hier en nu', 'awareness' en 'voor jezelf opkomen'. Het leverde een aantal nuttige communicatieregels op, zoals: 'het voor jezelf praten en niet voor de ander' en 'het niet stellen van vragen als je iets te zeggen hebt' (Lange, 1985, hoofdstuk 2). Ook Whitaker (1975) wordt wel tot deze school gerekend, maar zijn ideeën over 'absurd-therapy' zijn toch wat moeilijk te plaatsen en hebben behalve veel zwijmelende bewonderaars weinig positieve bijdragen opgeleverd voor het volwassen worden van gezinstherapie.

Laat in de jaren '70 begon de zogenaamde 'Italiaanse' of 'Milanese' school invloed uit te oefenen, onder de titel *cybernetische of systeemtheoretische gezinstherapie* (Selvini Palazzoli et al., 1979; Tomm, 1984 a en b; Andolfi et al., 1983; Papp, 1983). Deze stroming ging weer terug naar de basis van de systeemtheorie met de opvatting dat een gezin, waarin individuele pathologie voorkomt, meestal is te kenschetsen door homeostatische kenmerken en dat de symptoomdrager vaak een functie heeft als afleiding van de problemen tussen de ouders. Deze 'orthodoxe' conceptualisering ging gepaard aan een onorthodox therapiemodel waarin de 'systemische paradox' de meest belangrijke plaats had. De therapeut diende het rigide homeostatische gezinssysteem te doorbreken door het symptoom van het individu positief te etiketteren (het zou immers voorkomen dat het gezin uit elkaar zou vallen)

en door het gezin (paradoxaal) voor te schrijven dat het niet moest veranderen. Deze stroming is ook bekend geworden door de zogenaamde 'circulaire interviewtechniek' en door het gebruik van de 'éénrichtingspiegel' tijdens therapiegesprekken. Het eerste was een tegenhanger van het 'rechtstreeks taalgebruik' dat door de andere stromingen juist gepropageerd werd. Volgens de cybernetische gezinstherapeuten was het in rigide gezinnen zinkoos om rechtstreekse vragen te stellen en kon men meer aan de weet komen met vragen in de trant van "als ik je moeder ...zou vragen wat zou zij dan zeggen?". De éénrichtingspiegel werd optimaal gebruikt door tijdens de therapiegesprekken een team van collegae achter de spiegel te hebben. De therapiegesprekken werden dan van tijd tot tijd onderbroken en de therapeut ging voor overleg achter de spiegel. Afgezien van de informatie die dit kon opleveren gaf het de therapeut ook extra manoeuvreerruimte en versterkte het de impact van diens interventies (Papp, 1980). Een recent overzicht van de verschillende sub-stromingen binnen het cybernetisch model wordt gegeven door Jones (1988).

### **De invloed van de gezinstherapeutische stromingen op de behandeling van psychiatrische stoornissen**

Wanneer we nu terugblikken op de ontwikkelingen dan kunnen we ons de vraag stellen wat er is terecht gekomen van de claims die de gezinstherapie sinds de jaren '50 heeft gelegd en welke stromingen op welke manier en voor welke populatie het meeste gewicht in de schaal hebben gelegd.

*Schizofrenie.* In de jaren '50 en '60 domineerde de groep rondom Bateson met hun opvatting dat schizofrenie zeer veel te maken heeft met het gezinsklimaat, met name met de geneigdheid van de moeder om onduidelijke boodschappen af te leveren. Het was de tijd van de 'double bind'. Het onderzoek op dit gebied, maar ook de klinische resultaten die met het 'double bind concept' werden behaald, waren echter bepaald niet indrukwekkend. Op grond van het meest gedegen onderzoek dat op dit terrein is uitgevoerd concludeerden Mishler & Waxler (1968) dan ook dat het onmogelijk was een directe maat voor double binds te construeren omdat er geen duidelijke criteria waren die consistent waren met de oorspronkelijke definitie. Na een literatuuronderzoek betoogde Lange (1973) dat het begrip 'double bind' drastisch herzien of zelfs begraven diende te worden. Toch zijn er nog veel systeemtheoretici geweest die lang hebben vast gehouden aan de notie dat schizofrenie geen psychopathologische conditie van het individu is maar een signaal van interpersoonlijke conflicten binnen het gezin (bijv. Haley, 1980). De behandelingsresultaten van de verschillende 'pure' gezinstherapeutische stromingen zijn op dit gebied echter mager gebleven (Gurman, Kniskern & Pinsoff, 1986). Zo is er vanuit het cybernetische (Milanese) model - blijkens een overzicht van Berkowitz (1988) - maar één min of meer systematische studie bekend (Palazzoli & Prata, 1983). Daarin wordt de behandeling geëvalueerd van 19 gezinnen met verschillende soorten schizofrenie in hun midden. De behandeling bevat geen medicatie, maar vaste interventies, o.a. het voorschrift dat de ouders samen een geheim moeten bewaren voor de rest van de gehele familie. In tien van de 19 gezinnen zou dramatisch succes zijn bereikt. De criteria die hierbij zijn gehanteerd blijven echter onduidelijk.

Veel vruchtbaarder is de kwetsbaarheidstheorie gebleken. De aanhangers daarvan borduurden voort op onderzoek uit de jaren '70 waaruit was gebleken, dat gezinstherapieën die weinig structuur in de eerste zittingen boden en relatief veel confronterend en emotionerend materiaal aanboden, leidden tot verslechtering van de situatie (Anderson, Hogarty & Reiss, 1981; Berkowitz et al., 1981; Falloon, Boyd & McGill, 1984). Dit was in overeenstemming met het al eerder door Leff & Vaughn (1975) geformuleerde 'Expressed Emotion' paradigma. De gedachtengang daarachter is dat gezinnen waarin patiënten met schizofrenie voorkomen gekenschetst worden door een hoge mate van overbetrokkenheid, uiting van affect en kritiek. In tegenstelling tot de theorieën die geformuleerd werden na de eerder genoemde publicatie van de Palo-Alto groep (Bateson et al. 1956) en die de therapeuten in de jaren '60 en '70 sterk hadden beïnvloed, namen de EE-onderzoekers aan dat schizofrenie een biologische kern heeft. Deze maakt de patiënt kwetsbaar voor overstimulatie vanuit de omgeving, waarschijnlijk doordat hij een deficiëntie heeft waardoor het verwerken van veel informatie en prikkels moeilijk is. Als het gezin erin slaagt om een relatief rustig klimaat te creëren met weinig kritiek, weinig confrontaties en weinig 'metacommunicatie' dan zou dit de kans op recidive - na een farmacologische behandeling - aanmerkelijk doen afnemen (Hogarty, Anderson & Reiss, 1986). Gezinstherapie volgens deze opvatting bestaat dan ook voor een belangrijk deel uit voorlichting en training van sociale vaardigheden, vooral van de ouders en eventueel van andere gezinsleden (Van Meer, 1987). In de Engelstalige literatuur wordt het getypeerd als 'psychoemotional education' (Anderson, Reiss & Hogarty, 1985; Berkowitz, 1988). Naast deze eerste stroom van onderzoek en behandeladviezen is er recent onderzoek dat erop wijst dat gezinsleden de verschillende symptomen van schizofrenie aan verschillende oorzaken toeschrijven. Bij 'negatieve' symptomen van isolatie zouden de gezinsleden vinden dat de patiënt die zelf kan veranderen. 'Positieve' symptomen als agitatie en hallucinatie worden daarentegen eerder als gevolgen van een ziekte beschouwd Glynn et al. (1989). De onderzoekers constateren bovendien dat een 'hoge EE' in het gezin vooral samengaat met de negatieve symptomen en niet met de positieve.

De EE-studies vertonen ondanks de populariteit waarin zij zich mogen verhogen nog steeds opvallend veel methodologische tekortkomingen. Zo blijken de onderscheiden dimensies die samen het begrip vormen nauwelijks met elkaar te correleren en wordt in de praktijk veelal uitgegaan van een kritiekvolle houding als belangrijkste component (Nugter, 1988). Daarmee is het de vraag, of wat nu 'EE' wordt genoemd veel meer is dan wat vanuit de leertheorie 'straf' wordt genoemd. Een meer kritische houding van de EE-onderzoekers ten aanzien van hun meetinstrumenten zou wat dat betreft de komende jaren tot meer inzicht kunnen leiden. Hoe dan ook, het EE-onderzoek heeft toch geleid tot een redelijk succesvol gezinstherapeutisch model. Zo vond de 'Londense groep' (Berkowitz et al., 1981; Leff et al., 1982) dat schizofrenen in gezinnen met een hoge 'EE' na een combinatie van farmacologische behandeling en de hierboven geschetste psychoeducatie van het gezin, nagenoeg geen recidive vertoonden en dat in meer dan 70% van de gezinnen de EE drastisch is verlaagd. Falloon et al. (1985) rapporteren gelijksoortige positieve resultaten van een programma van voorlichting, interpersoonlijk probleem oplossen en vergroten van sociale vaardigheden. Onderbouwde steun voor deze psycho-educatieve gezinsbenadering treffen we ten slotte aan bij Stein (1989) in diens kritiek op Haley (1989), waarin deze op zijn bekende welsprekende wijze pleit voor afschaffing van psychofarmaca voor schizofrenen, ten gunste van 'praaf' therapie. Stein veegt de vloer aan met de ongespecificeerde en niet door feiten gestaafde suggesties van Haley en beschrijft een aantal



onderzoeken die overduidelijk het belang bewijzen van een combinatie van psychofarmaca met niet-confronterende, niet blootleggende gezinsbehandeling.

*Stemmingsstoornissen.* Barnett & Gotlib (1988) komen op grond van longitudinale studies tot de conclusie dat huwelijksproblemen kunnen leiden tot depressie. Whisman & Jacobson (1989) noemen een aantal andere onderzoekingen die eveneens bevestigen dat huwelijksproblemen vaak vooraf gaan aan depressie. Volgens hen gaat het dan vaak om ontevredenheid met de rolverdeling en zouden interventies in dat opzicht dan ook een positief effect hebben met betrekking tot de depressie (vgl. ook Beach & O'Leary, 1986). Dat alles neemt niet weg dat de causaliteit ook omgekeerd kan zijn: depressie van een partner, een ouder of een kind kan leiden tot problemen in het gezin. Recent onderzoek duidt er inderdaad op dat depressie van één der partners een factor is die in belangrijke mate de kans op huwelijksproblemen en echtscheiding vergroot (Fadden et al., 1987; Jacobs et al., 1987).

Dat omgevingsfactoren een rol spelen bij het ontstaan van depressie wordt o.m. aangetoond in een indrukwekkende studie van Ilfeld (1977). Deze onderzocht 2299 personen. Een kwart van de variantie in de mate van depressiviteit van deze personen werd verklaard door sociale stressoren, met name gezinsvariabelen. Barnett & Gotlib (1988) concluderen dat huwelijks- en gezinsproblemen een chronische ondermijning vormen van een positieve zelfwaardering. Dit kan leiden tot een depressieve episode doordat de persoon in kwestie niet meer effectief het hoofd kan bieden aan moeilijkheden die hij met anderen heeft. Hij komt dan in een vicieuze cirkel. Maar - zoals al gesteld - de causaliteit kan ook andersom liggen. De literatuur geeft aanleiding om te veronderstellen dat het startpunt in de vicieuze cirkel ook kan liggen bij de depressieve persoon zelf (Lange & Uzman, 1989). Door diens persoonlijkheidstrekken, door een gebrek aan vaardigheden of door een sombere kijk op wat er in zijn leven gebeurt, lokt de depressieve persoon reacties uit van gezinsleden die hem weer verder in de put helpen.

Coyne (1986) geeft een aantal voorbeelden van manieren om partners en gezinsleden te betrekken bij de behandeling van depressieve personen. Zijn aanpak hoort thuis in de strategische gezinstherapie en is er op gericht de vicieuze processen die het depressieve gedrag versterken te doorbreken. Hij gebruikt daarbij technieken als heretiketteren, positief etiketteren, paradoxale opdrachten en in het algemeen een wat judo-achtige houding (vgl. Lange, 1985, hoofdstuk 2).

Haas, Clarkin & Glick (1985) concluderen dat depressie bij uitstek baat vindt bij een multidimensionale, eclecticische behandeling. Dat begint al in de taxatiefase waarin zowel individuele aspecten van depressie dienen te worden vastgesteld als de mate waarin de depressie is verweven in de verhouding met de omgeving. Een behandelplan kan dan een breed spectrum karakter hebben waarin diverse onderdelen worden gecombineerd, van medicatie en op het individu gerichte psychologische interventies tot interventies die gericht zijn op de interactie tussen gezinsleden. Coyne (1987) vraagt zich weliswaar af wat de effecten zijn van het als patiënt etiketteren van de depressieve persoon maar is uiteindelijk toch ook een krachtig voorstander van de combinatie van psychofarmaca en gezinsinterventies, zeker waar het gaat om bipolaire stoornissen. Haas et al. (1985) geven wat dat betreft verschillende aanbevelingen voor 'endogene' versus 'exogene' depressie. Voor het eerste adviseren zij het bestrijden van symptomen met behulp van psychofarmaca en een vorm van gezins/relatietherapie die vooral gericht is op het reduceren van stressoren die afkomstig zijn uit de omgang met de gezinsleden. Daarbij is van belang dat de steun van de gezinsleden wordt gemobiliseerd om de patiënt te bewegen de medicatie te gebruiken en in het algemeen een

sfeer van steun ten opzichte van de patiënt te creëren. Dit lijkt op de 'Psychoemotional Education' die in gezinnen met schizofrene patiënten wordt aangevoelen. Voor wat zij 'exogene' depressie noemen, waar omgevingsfactoren een grotere rol spelen, ligt de nadruk op het terugdringen van mispercepties, onderlinge misverstanden, ondoelmatige manieren van praten en van ineffectief problemen oplossen. Coyne et al. (1984) stellen bondig vast dat de partner niet de oorzaak hoeft te zijn van de depressie maar wel een belangrijk aandeel erin kan hebben en daardoor een mede onderwerp van interventies kan zijn. Teichman (1986) komt tot een gelijksoortige opstelling als zij pleit voor een combinatie van psychofarmaca en gezinstherapie. Het gezin wordt volgens haar niet alleen beïnvloed door de depressie van één der leden maar heeft zelf een aandeel in het instand houden. Het model dat zij hanteert bevat elementen uit de structurele gezinstherapie maar is vooral gebaseerd op het veranderen van verwachtingen over en weer. Rounsaville et al. (1985) komen tot gelijksoortige aanbevelingen voor een multidimensionele vorm van gezinstherapie, die door hun genoemd wordt: 'short-term interpersonal psychotherapy for depression'.

Lange & IJzerman (1989) illustreren het door hen als 'directieve gezinstherapie' genoemde multidimensionele model aan de hand van een aantal korte casus beschrijvingen. Eén daarvan betrof een cliënte wier depressie was ontstaan na het gedwongen ontslag dat zij moest ondergaan bij de firma van haar echtgenoot, die dus tevens haar baas was. De behandeling bevatte elementen die als 'individueel' beschouwd konden worden: het verwerken van het verdriet om het verlies, het verkrijgen van inzicht in haar afhankelijkheid, het plannen van de dagen, etc. De effectiviteit van de behandeling werd sterk vergroot doordat haar man, terwijl de onderlinge verhouding als positief werd beschouwd, toch volledig bij de behandeling was betrokken. Daardoor werden de subtiele patronen in hun onderlinge verhouding die bijdroegen aan haar gevoelens van somberheid en onvermogen waarneembaar, terwijl ook de subtiele manieren waarmee haar man haar depressieve gedrag ongewild bekrachtigde werden blootgelegd. Niet alleen dat door de gezamenlijke behandeling de onderlinge verhouding in gunstige zin veranderde, ook kon de cliënte door ten aanzien van haar man te oefenen zichzelf nieuwe vaardigheden bijbrengen. Het is niet duidelijk hoe een individuele behandeling of een behandeling waarin uitsluitend aandacht aan de onderlinge verhouding was gegeven een vergelijkbaar compleet resultaat zou hebben opgeleverd, dat na een follow up van twee jaar werd bevestigd.

Hoewel gezinsfactoren dus zeker een rol spelen en een interactionele behandeling van depressie zeker voordelen heeft boven een individuele behandeling is er minder systematisch onderzoek op dat terrein dan naar individuele behandelingen van depressie en ook minder dan naar een vergelijkbare aanpak bij schizofrenie. In haar review van de literatuur komt Berkowitz (1988) wat betreft de jaren '80 tot niet meer dan twee gecontroleerde onderzoeken. De ene heeft betrekking op een multidimensionele aanpak van gehospitaliseerde patiënten, waarbij in de follow-up nauwelijks meer positieve effecten over waren (Glick et al., 1985). Door de auteurs wordt dit geweten aan het geringe aantal patiënten en het gering aantal gezinssessies. De andere studie betreft een vergelijking van traditionele gezinstherapie en een psychoeducatieve gezinstherapie. Opvallend is dat in de laatstgenoemde conditie de inhoud van de behandeling vaak veranderd en aangepast moest worden aan de aard van de depressie. Anders dan schizofrenie leent depressie zich kennelijk minder tot een standaardprogramma van voorlichting en stress reductie, al zijn de uitgangspunten vergelijkbaar. Misschien dat dit er ook de oorzaak van is dat er met betrekking tot depressie veel minder vergelijkende onderzoeken naar deze methode zijn uitgevoerd. Ondersteunende systematisch opgezette case studies zijn er overigens wel in voldoende mate (bijv. Rush, Shaw & Khatami, 1980; Coyne, 1986; Lange & IJzerman, 1989).

*Angststoornissen.* In de literatuur worden interacties binnen het huwelijk nogal eens opgevoerd als een factor die fobische verschijnselen oproepen of versterken. Fry (1962) formuleerde als één der eersten een aantal klinische observaties die zouden leiden tot de theorie dat de fobie een 'dwangmatig' huwelijk in stand houdt. In een literatuuroverzicht bespreekt Vandereycken (1984) twee theoretische modellen die daar betrekking op hebben. De centrale gedachte in beide modellen is dat de fobische partner de 'gezonde' zou beschermen, bijvoorbeeld als die zogenaamd 'gezonde' extreem jaloers is (Hafner, 1979). Hoewel er flink wat literatuur is die zich sterk maakt voor deze gedachtengang (Hafner, 1982) is de evidentie, dat dit de alles overheersende factor is, toch niet groot. Zo vonden Arrindell & Emmelkamp (1985) dat partners van fobici niet meer klachten rapporteerden dan partners in een controle groep. Bovendien ervoeren agorafobische vrouwen de relatie met hun partner niet als slechter, eerder als beter, dan vrouwen met een andere psychiatrische klacht (zie ook: Arrindell & Emmelkamp, 1986). Aangezien dit onderzoek alleen betrekking heeft op de rapportage van tevredenheid met het huwelijk is nog niet bewezen dat er tussen agorafobici en partners geen andere relationele factoren een rol kunnen spelen die de klachten in stand houden of soms zelfs oproepen. Lange (1987) geeft daarvan twee voorbeelden. Maar in ieder geval is met deze onderzoeken de aandacht erop gevestigd dat het automatisme waarmee men vroeger de partner en het huwelijk als oorzakelijke factor bij agorafobie aanwees onterecht is. Emmelkamp (1986a) concludeert dan ook dat hiermee de relatiehypothese met betrekking tot agorafobie geontmythologiseerd is.

Wat betreft de effecten van behandeling van agorafobie is voor ons in eerste instantie de vraag van belang in hoeverre een interactioneel gerichte behandeling de voorkeur heeft boven een individuele behandeling waarvan exposure - al of niet met ademhalingstraining - het kernpunt is. In een veel geciteerd onderzoek toonden Cobb et al. (1980) aan dat exposure in vivo zowel verbeteringen ten aanzien van de aangemelde klacht opleverde als ook ten aanzien van de onderlinge verhouding. Relatietherapie had alleen effect op de onderlinge verhouding en niet op het vermijdingsgedrag. Klinische observaties ondersteunen dit onderzoeksgegeven. Zo beschrijven Stronkman, Kromhout & van der Werff (1987) een relatietherapie van een echtpaar waarvan de man was aangemeld wegens agorafobie. De behandeling had positieve gevolgen voor de manier waarop de partners met elkaar omgingen maar niet ten aanzien van de klacht. In een tweede reeks van zittingen werd de man behandeld met individuele gedragstherapeutische procedures (exposure, ademhalingsoefeningen, etc.). Toen had de behandeling wel succes.

Op grond van een multiële case-study komt Lange (1987) tot de conclusie dat in alle door hem in kaart gebrachte behandelingen van agorafobie, individuele gedragstherapeutische interventies als hyperventilatieprovocatie, ademhalingsoefeningen en exposure een doorslaggevende rol speelden. Voor typisch gezinstherapeutische opvattingen, als zou de fobie een functie hebben voor het gezinssysteem, kon maar in één van de zes gevallen een aanwijzing worden gevonden. Het ging daarbij om een fobische vrouw met een veel oudere, jaloerse, partner. Maar ook in de behandeling van deze vrouw speelde dit interactionele gegeven een minder grote rol dan de oefeningen die de vrouw kreeg uit te voeren. Toch bleek in het merendeel van de gevallen het betrekken van de partner een positieve factor te zijn. Wederzijdse verwachtingen, die soms door de behandeling gewijzigd werden konden besproken worden, bronnen van spanning werden gereduceerd en bekrachtigingspatronen gewijzigd. In één geval besloot de fobische cliënte te scheiden hetgeen succesvol was voor de verdere behandeling. Deze klinische bevindingen sluiten aan bij het onderscheid dat Chambless & Goldstein (1980) maken tussen simpele en

complexe agorafobie. De eerste wordt volledig verklaard door paniek en de angst daarvòòr. Het doorbrèken van de spiraal van deze anticipatie-angst is dan het enige waar de behandeling op gericht hoeft te zijn. Bij complexe agorafobie spelen allerlei andere spanningsbronnen, zowel intrapsychisch als interpersoonlijk een rol.

Veel onderzoek heeft zich gericht op de vraag wat het effect is van een puur individuele behandeling vergeleken met een op het individu gerichte behandeling waarbij de partner wèl is betrokken ('spouse aided') op zowel reductie van de klachten als op de verhouding tussen de partners. De resultaten spreken elkaar nogal eens tegen. Zo zijn er aanwijzingen dat individuele (gedragstherapeutische) behandeling van agorafobie leidt tot achteruitgang van de verhouding tussen de partners of tot stoomis bij de aanvankelijk 'gezonde' partner (Milton & Hafner, 1979), maar dat wordt weer niet bevestigd door anderen, zoals Bland & Hallam (1981).

Als de kans op neveneffecten bij een individueel gerichte behandeling aanwezig is ligt het voor de hand om in ieder geval de partner erbij te betrekken. De resultaten van vergelijkend onderzoek zijn op dat gebied echter ook niet eenduidig. Cobb et al. (1984) rapporteert dat het geen verschil maakt, terwijl zowel Hafner et al. (1984) als Badenoch et al. (1984) over gunstige bevindingen berichten met een niet op het huwelijk gerichte, probleemgerichte aanpak, waarbij de partner wel volledig is betrokken.

Concluderend kunnen we stellen dat ten aanzien van agorafobie individueel getinte interventieprogramma's noodzakelijk zijn voor een redelijke kans op succes. Het erbij betrekken van de partner is geen noodzakelijke factor, maar bij de zogenaamde complexe agorafobie zal het de kans op succes verhogen. In ieder geval geeft het de mogelijkheid om, indien nodig, interactiepatronen die het vermijdingsgedrag versterken te veranderen. Een voorbeeld daarvan wordt gegeven door Lange et al. (1987). Zij beschrijven een agorafobische vrouw van 30 jaar die met haar moeder samenwoonde en die aanvankelijk niet was te bewegen om de noodzakelijke oefeningen naar behoren uit te voeren. Zij verbeterde dan ook niet. Dit veranderde pas nadat er met de moeder, die bij de behandeling aanwezig was, afspraken waren gemaakt om aan het thuis blijven van haar dochter geen aandacht meer te schenken maar wel op te houden haar overal heen te brengen, en in huis allerlei werkzaamheden voor haar te doen.

Onze conclusies sluiten aan bij de aanbevelingen die Hand & Lamontagne al in 1976 deden, toen zij zich een voorstander toonden van een flexibele 'multi-level' benadering bij agorafobie. Als de patiënt en de therapeut het niet helemaal eens waren over het antwoord op de vraag waarop de aandacht eerst gericht diende te worden (relatie of vermijdingsgedrag) dan diende de therapeut zich bij de patiënt aan te sluiten. Indien nodig kon dan tijdens de behandeling de niet gekozen kant toch aan bod komen. Vandereycken (1984) komt in navolging van dit 'foot in the door' principe tot de volgende praktische overwegingen: De partner dient vanaf het begin bij de behandeling, die bij voorkeur uit exposure bestaat, betrokken te zijn. Soms leidt dit tot reductie van de klachten en is de onderlinge verhouding nog steeds naar wens of zelfs verbeterd. Dan is deze 'spouse-aided' vorm genoeg. Het kan ook zijn dat de behandeling wat de symptomen betreft succes heeft maar reeds bestaande relatieproblemen zijn niet verdwenen of zelfs verergerd. In dat geval is het, doordat de partner er toch al bij is, mogelijk om de cliënten te motiveren om door te gaan, met hun verhouding als onderwerp van interventies. De kans op terugval is dan kleiner (Emmelkamp & van der Hout, 1983). In die gevallen waarin de gedragstherapeutische interventies niet lukken doordat er ernstige relationele problemen zijn, biedt deze benadering de kans om daar dan mee te beginnen en de individuele oefeningen

op te schorten. Een uitvoerige beschrijving van dit model, voorzien van nuttige suggesties met betrekking tot het motiveren van de niet-fobische partner, wordt gegeven door Hafner (1985).

Ten aanzien van dwang liggen de gegevens niet veel anders dan ten aanzien van agorafobie. Ook daar geldt dat een strict interactionele behandeling weinig kans op verbetering van de klachten geeft. Maar misschien is het daar nog vaker dan bij agorafobie nodig om de partner bij de behandeling te betrekken teneinde de bekrachtigingspatronen te doorbreken (Hoogduin, 1985 en 1986).

Iets minder duidelijk ligt het ten aanzien van *sociale angst*. Het is wat vager en er is minder onderzoek naar verricht maar er zijn aanwijzingen dat de beïnvloeding door gezinsgenoten op dit gebied groter is dan bij agorafobie en dat een individuele behandeling weinig baat oplevert als de aangemelde patiënt in zijn omgeving in een situatie verkeert waarin elk zelfvertrouwen hem/haar ontnomen wordt. Ook hier geldt echter dat het doorbreken van de angstspiraal in ieder geval, naast gezinstherapeutische interventies, op het individu gerichte interventies vereist, zoals oefenen, afleidingsopdrachten en leren etaleren (Vandereycken, 1986; Lange, 1980; Lange & van der Velden, 1980; de Jong, 1987; Terluin & Bannink, 1987). Overigens is het ook wat dat betreft vaak nuttig als de gezinsleden bij de behandeling zijn betrokken omdat de aangemelde patiënt zeer goed met hen kan beginnen te oefenen bij het uitvoeren van de nieuwe gedragingen.

*Verslaving.* Verslaving aan hard drugs is jarenlang gezien als een probleem dat vooral met individuele behandeling, en dan vooral met gedragstherapie diende te worden behandeld, overigens met de bekende slechte prognose (Lange, 1987, hoofdstuk 10). In 1979 formuleren Kaufman & Kaufmann echter hun bevindingen betreffende het gezin van de drug-verslaafde. Zij schetsen het beeld van een gezin waarin de moeder overbeschermend is, de grenzen tussen de sub-systemen zijn vervaagd, de vader zwak en ongeïnteresseerd is en vaak zelf alcohol problemen heeft. De verslaafde zou in dit geheel de functie hebben de aandacht van de zwakke gezinsstructuur af te leiden waardoor het evenwicht bewaard wordt en de ouders een reden te geven om nog gezamenlijk controle uit te oefenen. Verder zouden de communicatiepatronen binnen deze gezinnen doorspekt zijn van dubbele boodschappen. Opvallend was ook de grote frequentie van contacten tussen de al niet meer thuis wonende verslaafde en diens gezin van herkomst. Door Stanton, Todd, c.s. (1982) werden de hypothesen van Kaufman & Kaufmann onderzocht in een groot project waarbij sommige gezinnen betaald kregen als ze zich lieten behandelen. Zowel de betaalde als de niet betaalde patiënten gingen met gezinstherapie significant meer vooruit ten aanzien van druggebruik dan met individuele therapie. Dat gold echter niet voor de eveneens verwachte verbetering in de sociale en maatschappelijke sfeer. Overigens is op deze invloedrijke studie wel zware methodologische kritiek mogelijk, bijvoorbeeld m.b.t. de verbeteringscriteria (Romijn, 1989). Een studie in Nederland, waarin een vergelijkbaar programma op een methodologisch correctere wijze werd onderzocht, leverde als belangwekkendste resultaat op dat gezinstherapie alleen effect sorteerte wanneer de verslaafde jong was, nog thuis woonde en nog maar kort illegale drugs of alcohol gebruikte (Romijn, Schippers, Schaap & Platt, 1990). Belangrijker dan deze resultaten is wellicht de methodische 'spin off'. Zo kwam de Stanton groep er achter dat een al te strakke paradigmatische aanpak niet zinvol is. De structurele gezinstherapie biedt wel goede uitgangspunten voor de behandeling van verslaafden maar dient gecombineerd te worden met interventies op het gebied van communicatieve

vaardigheden terwijl ook individuele gedragstherapeutische interventies ter vergroting van zelfcontrole daar goed mee gecombineerd kunnen worden.

Jacob & Seilhamer (1987) concluderen aan de hand van een voortreffelijk literatuuroverzicht dat de toepassing van interactionele methodes van beperkte waarde is bij gezinnen met een alcoholist. De gezinstherapie heeft op dat terrein dan ook weinig claims gelegd. Steinglass (1979) beschrijft weliswaar hoe de alcoholist in het gezin de drank gebruikt om gezinsregels te schenden maar komt niet veel verder dan dat. Ook zijn er een paar case studies (Carter, 1980) en enkele studies waarin de effecten van relatietherapie op alcoholgebruik zijn bestudeerd, zoals bijvoorbeeld het onderzoek van O'Farrell, Cutter & Floyd (1985). De belangrijkste bevinding was dat de aard van de relatietherapie (gedragmatig of inzichtgevend) er niet zoveel toe deed. In alle condities, ook de controle conditie die bestond uit een soort individuele gedragstherapie met o.a. Antabus, werd het alcohol gebruik slechts tijdelijk teruggedrongen. Relatietherapie voegde daar niet veel aan toe. Volgens Gurman et al. (1986) zijn de uitkomsten van deze studie representatief voor de stand van zaken op het gebied van gezinstherapie en bestrijding van alcohol.

*Eetstoornissen en onbegrepen somatische klachten*. Binnen de 'Palo Alto' groep was al in het begin van de jaren '60 aandacht voor gezinsinvloeden op wat toen nog psychosomatische klachten genoemd werd, maar wat om begrijpelijke redenen in de DSM III-R (APA, 1987) niet meer voorkomt. Zo publiceerden Jackson & Yalom (1966) een beschrijvende studie waarin zij het profiel schetsten van het gezin met een lid dat aan colitis ulcerosa lijdt. Veel bevestiging kon echter - mede door de zwakte van de onderzoeken - niet worden geleverd. Ten aanzien van de psychosomatische stoornis, heeft daarna vooral de structurele gezinstherapie naam gemaakt. Een klassieke studie is die van Minuchin, Rosman & Baker (1978). Daarin worden de resultaten van de behandeling van 53 gezinnen met een anorexia patiënte besproken. Vier daarvan zijn in detail, deels verbatim, weergegeven. Daarnaast was er een onderzoek met een experimentele gezinstaat waarbij het niveau van FFA (Free Fatty Acid) werd gemeten. Dit onderzoek had ook betrekking op diabetici. Zowel het anorexia gedeelte als het diabetes gedeelte heeft veel publiciteit gekregen en de resultaten zouden bevestigen dat er iets bestaat als een 'psychosomatisch gezin'. Dat zou een gezin zijn dat gekenmerkt wordt door een overmaat aan 'enmeshment (kluwen), overprotectie, rigiditeit en gebrek aan probleem oplossend vermogen. Coyne & Anderson (1988) laten na een zorgvuldige analyse van de oorspronkelijke data echter weinig heel van dit onderzoek. Zij constateren dat de data op een statistisch ontoelaatbare wijze zijn bewerkt en dat de conclusies die Minuchin c.s. trokken niet gebaseerd waren op de gegeven data maar op een rapport dat nog zou verschijnen maar het daglicht nooit heeft gezien. Hernieuwde analyse liet volgens deze onderzoekers zien dat er geen reden was om van een psychosomatisch gezin te spreken en dat de data bepaald niet de hypothese ondersteunden dat de patiënten met hun symptomen functies vervulden voor het gezin. Wat Minuchin et al. omschrijven als overprotectie en 'enmeshment' kan met evenveel en misschien meer recht gezien worden als adequate responsen van het gezin op de metabolische crises van de patiënt. En wat de rigiditeit betreft: die wordt opgehangen aan het verzet van de gezinnen tegen de duidingen van de therapeut dat de problemen meer in het gezin dan medisch zijn. Verder concluderen Coyne & Anderson dat de genoemde gezinsfactoren, zoals problemen tussen ouders, overprotectie en psychiatrische symptomen bij de ouders geenzins specifiek zijn voor gezinnen met diabetes patiënten. Zij waarschuwen dan ook voor toepassing van het begrip 'psychosomatisch gezin' omdat het de gezinstherapeut zou kunnen afhouden van mogelijkheden om de gezinnen op

praktische wijze te helpen bij medische crises (Coyne & Anderson, 1989). Opvallend is ook dat de resultaten van Minuchin et al. (1978) niet zijn gerepliceerd. Waar dat is geprobeerd, bleken ze minder gunstig uit te vallen (Kog, Vandereycken & Vertommen 1984).

De analyses van Coyne & Anderson worden in zekere zin ondersteund door Grigg & Friesen (1989). Deze onderzochten 22 gezinnen met een anorectisch kind en 22 gematchte 'gewone' gezinnen. Ten aanzien van de verschillende 'gezinsmetingen' werd een hiërarchische cluster analyse toegepast. Hoewel zij een aantal variabelen vonden waarop de gezinnen met de anorexiëpatiënt verschilden van de controle gezinnen, bleek dat er niet zoiets was als een anorexogene gezinsstructuur. De auteurs sluiten in hun conclusie dan ook aan bij de opvattingen van Garfinkel & Garner (1982) dat er geen uniek patroon is bij anorexia en dat er waarschijnlijk diverse verschillende interactionele patronen zijn die anorectische symptomen kunnen oproepen of in stand houden. De term 'anorectisch gezin' zou dan ook niet of met de grootste voorzichtigheid moeten worden gebruikt.

Dit alles neemt niet weg dat gezinsfactoren vaak bijdragen aan het ontstaan en handhaven van onbegrepen somatische aandoeningen en eetstoornissen. In dat verband is het onderzoek van Meijer (1987) interessant. Zij vond dat de medische behandeling van asthma meer vruchten afwierp naarmate de ouders een betere onderlinge verhouding hadden. Zowel bij eetstoornissen als bij somatische stoornissen ligt gezinstherapie, indien niet uitgaand van rigide concepten, dan ook zeker voor de hand. Dit wordt o.m. geconcludeerd door Gurman et al. (1986) op grond van een door hen samengevat onderzoek van Schwartz, Barrett & Saba (1983). Bij gezinnen met bulimie patiënten werden bepaalde elementen van de structurele gezinstherapie gecombineerd met zowel individuele sessies als gezinssessies en ook met interventies die zeer goed passen in de traditie van de strategische gezinstherapie. De resultaten waren gunstig. Van de 29 afgesloten gevallen had 66% procent bijna volledige controle over de klacht, zelfs na een relatief lange follow up van drie en half jaar.

Concluderend kunnen we stellen dat ten aanzien van de beheersing van wat men vroeger de psychosomatische stoornissen noemde de structurele gezinstherapie een belangrijke bijdrage heeft geleverd, maar dat het volledig baseren op gezinsdimensies ook hier te eenzijdig blijkt te zijn (Root, Fallon & Friedrich, 1986). Een multidimensionele benadering waarin klachtgerichte individuele interventies gecombineerd kunnen worden met voorlichting aan ouders en met pogingen tot verandering van de gezinspatronen is bij deze stoornis daarentegen zeer aan te bevelen (Vandereycken & Meerman, 1984).

#### **hier verder gaan**

*Gedragstoornis bij kinderen en adolescenten.* In 1967 baarde het boek 'Families of the Slums' veel opzien. Het bevatte een aantal fraaie case studies over behandelingen van gezinnen van een lage sociale klasse met delinquente kinderen (Minuchin et al., 1967). Jarenlang is de hierin gepropageerde structurele benadering, met het accent op het afbakenen van grenzen en het aanpassen van rollen toonaangevend geweest bij gedragstoornissen van kinderen en adolescenten. Later werd onder invloed van Haley's bekende boek 'Leaving Home' (Haley, 1980) de aandacht speciaal gevestigd op het ontbreken van een hiërarchische structuur in het gezin. Het herstellen daarvan zou de eerste prioriteit dienen te krijgen bij de behandeling van ontspoorde kinderen. Het ontbreken van hiërarchie in het gezin is zeker belangrijke factor gebleken. Maar Haley formuleerde zijn gedachten dermate rigide met

volledig voorbijgaan van andere factoren (Lange, 1982), dat de replicaties van gezinstherapieën die zich volledig en uitsluitend op dit paradigma van deze populaire auteur baseerden vaak desastreus eindigden (Wever et al., 1983).

Naast de bovengenoemde stroming heeft de gedragsveranderende gezinstherapie op het gebied van gedragsstoornissen bij kinderen zijn sporen verdiend. Speciale aandacht verdient daarbij de 'Oregon groep' (Patterson, 1982). Deze groep van onderzoekers is vooral bekend geworden door de gedetailleerde 'Parent management' training programma's waarin ouders geleerd wordt om leerprincipes toe te passen. Voor Nederlandstalige gezinnen is daarbij het boekje 'Positief omgaan met kinderen' zeer bruikbaar (Husmann & Bakker, 1985). Men kan erover twisten of het coachen van ouders gezinstherapie in de stricte zin van het woord is. Het belang ervan is echter onbetwistbaar, ook voor gezinstherapeuten die het gehele gezin als doel van hun interventies kiezen en de methode geldt als de meest onderzochte en meest bewezen methode met betrekking tot gedragsstoornissen bij kinderen (Kazdin, 1984). Een interessante variant op het leertheoretische mediatie-model is de 'Home Training' die de laatste jaren in Nederland binnen het 'Orion Project' wordt gepropageerd. De 'trainer' bezoekt de gezinnen thuis en maakt daar video opnames die samen met de ouders worden geanalyseerd. Daarbij laat men de ouders zien hoe zij negatief gedrag kunnen negeren en positief kunnen ingaan op neutraal of positief gedrag van het 'moeilijke' kind. Onderzoek over deze methode is momenteel gaande (Van den Bogaart & Wintels, 1988).

Een iets bredere aanpak dan de hierboven genoemde vinden we bij Barton & Alexander (1982). Deze propageren voor de behandeling van jeugdige criminelen de 'Functionele Gezinstherapie', wat neerkomt op een integratie van gedragstechnieken als 'modeling' en contracten afsluiten met cognitieve en zelfs strategische (paradoxe) interventies. In een zeer uitgebreide studie toonden de auteurs aan dat toepassing van dit eclectische model tot een veel lager recidivisme leidde dan andere gezinstherapeutische vormen, waarbij zij zelfs relatief onervaren therapeuten gebruikten.

Ook op dit gebied kunnen we weer concluderen dat de gezinstherapie vooral effectief is als zij wordt gecombineerd met individuele interventies. Lange (1989) illustreert dit aan de hand van vier 'typerende' behandelingen met een gezin waarvan een kind met gedragsstoornis was aangemeld. In twee behandelingen stond het herstel van de hiërarchie centraal. Daarbij maakte de therapeut gebruik van zowel congruente technieken (registratie, modeling, gedragsoefeningen en gedragscontracten) als paradoxale opdrachten. Voor dat laatste werd gebruik gemaakt van het zogenaamde 'help paradigma' waarbij het 'lastige' kind gevraagd wordt om lastig te blijven zodat zijn ouders konden oefenen met de technieken die nodig zijn om goede opvoeders te worden (Lange, 1987, hoofdstuk 4). Een recente videoreconstructie van deze aanpak is gemaakt door Wierenga et al. (1989). In de andere behandelingen speelde de hiërarchie geen grote rol. In de ene behandeling ging het om een zenuwachtige jongen die opknapt nadat spanningen tussen zijn ouders opgehelderd bleken te zijn. In het andere geval ging het om een schoolfobisch meisje waarbij de essentie was dat moeder leerde om minder belonend op het niet naar school gaan te reageren en dat het meisje geholpen werd te oefenen met nieuwe sociale vaardigheden.

### Samenvatting en conclusies

We hebben getracht om de ontwikkeling van de meest bekende stromingen binnen de gezinstherapie te schetsen om vervolgens hun bijdragen aan de behandeling van verschillende psychopathologieën te beschouwen.



Daarbij hebben wij niet getracht om een gedetailleerd overzicht te geven van gezinstherapeutische technieken. Voor een overzicht daarvan kan men o.a. het Handbook of Family Therapy raadplegen (Gurman & Kniskern, 1981). Op de problemen in de relatie tussen gezinsleden als aangemelde klacht zijn wij niet ingegaan, al is dit juist het terrein waarop de gezinstherapie misschien de meeste sporen heeft verdiend. Al in 1979 kon worden geconcludeerd dat partner-relatietherapie (PRT) een reële kans biedt op verbetering in de onderlinge verhouding van partners (Van den Heuvel & Schaap, 1979). Daarbij moet overigens wel vermeld worden dat de 'drop-outs' in de daarbij gehanteerde cijfers niet verwerkt waren, terwijl uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat ongeveer een derde van de paren stopt met de behandeling voordat die volgens de therapeut dient te worden afgesloten. Recente overzichten van de effectiviteit van PRT bevestigen de conclusies van tien jaar geleden (Jacobson & Gurman, 1986; Gurman, Kniskern & Pinsoff, 1987). Ook hierbij kan worden geconstateerd dat bij de wat complexere gevallen, waarover in toenemende mate wordt gerapporteerd, een dogmatische aanpak volgens één bepaalde benadering niet effectief is en soms zelf averechts werkt of tot een vroege drop-out leidt.

Zelfs wanneer we ons beperken tot de bijdragen van gezinstherapie aan de behandeling van psychopathologische stoornissen dan blijft het een breed terrein. De gezinstherapieën verschillen niet alleen qua benadering, zij verschillen ook qua criteria met betrekking tot het effect van behandelingen. Systeemtheoretici als Tomm (1983) met hun cybernetische opvattingen menen dat het niet gaat om verandering van de aangemelde patiënt, aangezien dat onrecht zou doen aan de circulaire causaliteit. Therapie zou volgens hen beoordeeld dienen te worden aan het effect ten aanzien van gezinsvariabelen. Onduidelijk is echter welke variabelen dat dan moeten zijn en hoe ze gemeten moeten worden. De ervaring met gezinsmaten die meer zijn dan een opsomming van individuele metingen is nog niet groot. De metingen die bijvoorbeeld vanuit het structurele model zijn ontwikkeld (Olson & Portner, 1983; Buurmeyer & Hermans, 1988) met betrekking tot cohesie en adaptatie zijn niet erg bemoedigend. Meer belovend zijn de 'Family Assessment Scales' van Skinner, Steinhauer & Santa-Barbara (1983), waarmee alle dyades in een gezin in kaart worden gebracht. De ingewikkeldheid van deze schalen zal het gebruik op grote schaal echter niet bepaald stimuleren. Simpel is de Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst van Lange (1983). Deze is echter, evenals bijvoorbeeld de 'Dyadic Adjustment Scale' van Spanier (1976) alleen gericht op het functioneren van echtparen en kan dus ook niet als instrument van het gezinsfunctioneren worden beschouwd.

Het is niet voor niets dat Gurman, Kniskern & Pinsoff (1986) constateren dat het waarschijnlijk toch het beste is om ook bij het evalueren van gezinstherapie uit te gaan van de aangemelde klacht en de veranderingen daarin als uitgangspunt te nemen.

In een meta-analyse over de effectiviteit van gezinstherapie concluderen de auteurs dat gezinstherapie een overall positief effect heeft vergeleken met geen behandeling en alternatieve behandelingen (Hazelrigg, Cooper & Borduin, 1987). Dit soort analyses waarin data van verschillende studies gecombineerd worden zijn echter niet gemakkelijk te interpreteren. Daarvoor is er te veel verschil in de kwaliteit van de behandeling en in de opzet van de studies. Dat geldt bijvoorbeeld voor de aard van het design en de metingen. Opvallend is echter dat er maar 20 studies gevonden konden worden die voldeden aan de niet zo hoge criteria om in de analyse opgenomen te worden. Daarbij had verreweg het grootste gedeelte van de onderzoeken betrekking op gedragsproblemen bij kinderen. De

aanpak was in de meeste studies gebaseerd op het structurele, het strategische of het leertheoretisch model. Data van onderzoek met betrekking tot het intergenerationele en cybernetische model werden niet gevonden.

In een twee jaar later uitgevoerde meta-analyse komen Markus, Lange & Pettigrew (1989) tot conclusies die in grote lijnen overeenkomen met die van Hazelrigg et al. Daarbij stellen zij dat het jammer is dat er geen effect studies waren met betrekking tot multidimensionele gezinstherapie. We komen hiermee op een punt dat ook wordt aangeroerd door Emmelkamp (1986b) als deze, op grond van een survey onder gedragstherapeuten (Swan & McDonald, 1978), constateert dat er een gat is tussen de klinische praktijk en onderzoek. Waar dat al geldt voor individuele gedragstherapie geldt dat nog sterker voor gezinstherapie. Het is gemakkelijker om een relatief strak afgebakend therapieprotocol te onderzoeken dan complexe modellen als de eclecticische multidimensionele gezinstherapie. Dit doet ook denken aan de kritiek van de bekende sociaal psycholoog McGuire (1973) op de overmaat aan 'gemakkelijke' toetsbare laboratorium experimenten die weinig aan de weet brengen over de werkelijkheid, terwijl sociaal-psychologisch onderzoek dat gericht is op cruciale vragen achterwege blijft omdat het niet kan voldoen aan de strakke eisen die tijdschriften stellen aan experimentele designs. Voor ons betekent dit dat getracht moet worden om naast vergelijkende groepsstudies met strakke behandelingsprotocollen systematisch beschrijvende onderzoek te doen naar ingewikkeldere behandelingsvormen.

Hoewel de systeemtheoretische modellen zich nog mogen verheugen in veel aanhangers wijzen de gegevens van zowel vergelijkend onderzoek als van case studies erop dat de monomethodische gezinstherapie te mager is voor de behandeling van psychiatrische stoornissen. Kaffman (1987) illustreert dit fraai aan de hand van een aantal mislukkingen. Het uitgangspunt, dat het gezinsysteem het individu in een 'zieke rol' drukt, blijkt te rigide te zijn. Een beter uitgangspunt is dat sommige gezinsconstellaties er aan kunnen bijdragen dat gezinsleden die kwetsbaar zijn symptomen ontwikkelen, of dat bestaande symptomen in dergelijke gezinnen moeilijk reduceerbaar zijn. Gurman et al. (1986) stellen dan ook dat er een aantal psychiatrische stoornissen zijn, zowel bij kinderen als bij volwassenen, die gebaat zijn bij een gezinstherapeutische aanpak waarbij niet wordt getracht om het etiket 'patiënt' zo snel mogelijk van de aangemelde patiënt af te halen ten faveure van gezins- of relatieproblemen. In eerste instantie wordt de aandacht juist gericht op de aangemelde klacht. Daarbij is het dan wel mogelijk om bloot te leggen in hoeverre spanningen door de omgang met gezinsleden en bekrachtigingspatronen binnen het gezin bijdragen aan het ontstaan en handhaven van de klacht. Interventies in dat opzicht en individuele interventies kunnen dan in één behandelplan op elkaar worden afgestemd.

Uiteraard zijn er toch wel verschillen met betrekking tot de verschillende symptomatologieën en syndromen. Bij schizofrenie is het vooral voorlichting en verminderen van confrontaties en spanning wat van belang is. Bij verslaving zijn individuele zelfcontrole procedures in ieder geval noodzakelijk, maar is het verstandig om de gezinsleden erbij te betrekken teneinde bekrachtigingspatronen onder controle te houden. Bij simpele angststoornissen is de rol van de omgeving in de behandeling slechts beperkt. Bij complexe agorafobie, bij sommige dwangpatiënten en bij depressie kan het zijn dat gezinsleden hulp bieden als een soort co-therapeut maar het kan ook zijn dat tijdens de behandeling blijkt dat zij een aandeel hebben in het dysfunctioneren van de aangemelde patiënt en dat hun gedrag en de onderlinge verhoudingen onderwerp van behandeling worden. Het kernpunt is dat in de taxatiefase met het gehele gezin een behandelplan wordt opgesteld. Daarbij worden de diverse

factoren die de stoornis beïnvloeden onderzocht en worden interventies opgesteld die rechtstreeks op de stoornis betrekking hebben maar ook op het vergroten van vaardigheden en mogelijkheden om gezamenlijk problemen op te lossen. In dit model is plaats voor interventies op zowel het interactionele als het individuele niveau. Tijdens de behandeling wordt getracht gezinsgenoten zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken, ook al zijn zij niet het onderwerp van de behandeling, in een kontekst van respect voor de karakteristieken van het gezin en van haar leden. Dat dit laatste bepaald niet overbodig is bewijst een recent kwalitatief onderzoek van Bond & Brugman (1989) naar 'critical incidents' in dertien directieve (gezins)therapieën. Opvallend was dat de cliënten achteraf relatief zelden het effect van opdrachten onderstreepten, maar veel vaker de houding van de therapeut, waarbij zij acceptatie, hoffelijkheid, humor en feedback van groot belang achtten. Bennun, Schaap & Schindler (1990) signaleren vergelijkbare gegevens in een onderzoek met betrekking tot de behandeling van seksuele problemen. Dat sommige gezinstherapeutische 'die hards' wat betreft acceptatie en hoffelijkheid niet vooraan staan wordt aangetoond door Methorst (1985). Partners van psychiatrische patiënten bleken zich juist door 'cybernetische' gezinstherapeuten onbegrepen en slecht behandeld te voelen: de therapeuten negeerden de klachten en concentreerden zich routinematig alleen op de functie die de klachten zouden hebben voor de partners. Vergelijkbare kritiek wordt vaak vernomen van ouders van schizofrene patiënten. Anderson (1986) en Treacher (1988) komen tot gelijksoortige kritiek op de 'Milanese school'. Het is dan ook niet verbazend en misschien zelfs gelukkig te noemen, dat er aanwijzingen zijn dat de invloed van met name de Milanese school wat minder is geworden. Uit een studie van Westbroek en Vromen (1986) kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat een groot gedeelte van de Nederlandse gezinstherapeuten die zichzelf rekenen tot de systeemtheoretische stroming slechts in beperkte mate gebruik maakt van de daarbij horende technieken

De kracht van de gezinstherapie bij de behandeling van psychopathologie blijkt dus niet te liggen in een rigide hanteren van systeemconcepten maar in het combineren van verschillende theoretische kaders waarin ook individuele interventies passen. Gezinstherapeuten hebben kunnen leren van de ontwikkelingen in de individuele (gedrags) therapie teneinde hun aanpak breder en meer realistisch te maken. Het omgekeerde is echter ook waar. Het uitgangspunt van de gezinstherapie, de onderlinge beïnvloeding van mensen met psychiatrische symptomen en hun omgeving, is ook voor individueel opererende psychotherapeuten van belang geweest. Sommige technieken die vooral door de gezinstherapie populair zijn geworden, bijvoorbeeld paradoxale technieken, worden steeds vaker door 'individuele behandelaars' toegepast. Dank zij de ontwikkeling van de gezinstherapie is het langzamerhand 'bon ton' geworden om de verhoudingen binnen het gezin te onderzoeken en te proberen in een behandelplan te betrekken. Ook therapeuten, die over het algemeen alleen de aangemelde patiënt zien, zijn vertrouwd geraakt met deze inzichten en passen ze soms toe, of verwijzen zo nodig door naar collegae die daar meer mee op de hoogte zijn. Met andere woorden, de individuele therapie is ook verrijkt met de inzichten vanuit de gezinstherapie. Dat is niet overbodig. De rigiditeit die men bij sommige gezinstherapeutische stromingen kan waarnemen ziet men immers ook bij sommige orthodoxe individuele therapie-oriëntaties. Ook daar geldt dat men het soms plezierig vindt om een strak model te hanteren ondanks dat het geen recht doet aan de complexiteit van de werkelijkheid. Niet voor niets noemde Garfield (1985) de integratie van verschillende therapeutische referentiekaders de belangrijkste ontwikkeling in de jaren '80. Het zou te wensen zijn dat een dergelijke integratie zich verder doorzet in de

opleiding en in de inrichting van de Gezondheidszorg, zodat patiënten niet meer hoeven te worden verwezen naar individuele of gezinstherapeuten, maar naar therapeuten die de gezinsverhoudingen zo nodig in de behandeling kunnen betrekken maar ook op het individu gerichte interventies kunnen uitvoeren.

Van Dyck & Emmelkamp (1989) constateren over de gehele linie van de psychotherapie een toenemende groei van eclecticisme. Terecht wijzen zij erop dat het gebruik maken van alles wat er te koop is nog niet betekent dat er een verantwoord model ontstaat. Niet alles laat zich even goed combineren. Een eclecticisch gezinstherapie model is niet gebaat bij het optellen van alles wat er aan therapeutische snufjes bekend is. Sommige elementen laten zich nu eenmaal beter met elkaar verenigen dan andere. Zo bepleit Steinglass (1987) de integratie van de structurele en de communicatietheoretische stroming. Lange (1985) beschrijft uitgebreid hoe de volgende van de hier besproken referentiekaders elementen leveren die goed op elkaar zijn af te stemmen. Dat zijn: a. De nadruk op het bewaren van grenzen en verantwoordelijkheden uit de structurele gezinstherapie b. De technieken om communicatieve processen te beïnvloeden uit de strategisch/communicatieve stroming. Hieronder vallen ook paradoxale interventies c. Inzichten en technieken vanuit de individuele zowel als interactionele gedragstherapie met speciale aandacht voor oefenen van vaardigheden, veranderen van bekrachtigingspatronen en veranderen van denkbeelden, al of niet volgens de stricte procedures van Rationeel Emotieve Therapie d. Concepten en technieken uit de intergenerationele gezinstherapie, voor zover deze betrekking hebben op het verwerken van blokkades die te maken hebben met de verhouding van de aangemelde patiënt of diens omgeving met het gezin van herkomst. Het is misschien niet toevallig dat in deze rij de meest geprononceerde, de cybernetische oftewel systeemtheoretische gezinstherapie, ontbreekt.

### Referenties

- Ackerman, N.W. (1966). *Treating the Troubled Family* (1966). New York: Basic Books.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A.M. (1983). *Behind the Family Mask*. New York: Brunner/Mazel.
- Anderson, C.M. (1986). The all-too-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 351-354.
- Anderson, C.L., Hogarty, G. & Reiss, D.J. (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. In: M.J. Goldstein (red.), *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, Cal.: Jossey Bass.
- Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (1985). *Schizophrenia and the Family*. New York: Guilford Press.
- Anonymous (1972), Toward the differentiation of the self in one's own family. In: J.L. Framo (red.), *Family Interaction*. New York: Springer.
- Aponte, H.J., & Deussen, J.M. van. (1981), Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of Family Therapy*, 310-360. New York: Brunner/Mazel.

- Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1985). Psychological profile of the spouse of the female agoraphobic patient: Personality and symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 146, 405-414.
- Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1986). Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 149, 592-602.
- Badenoch, A., Fisher, J., Hafner, R.J. & Swift, H. (1984). Predicting the outcome of spouse-aided psychotherapy for persisting psychiatric disorders. *American Journal of Family Therapy*, 12, 59-71.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104 (1), 97-126.
- Barton, C. & Alexander, J.F. (1981). Functional family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & J. Weakland (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, (4), 251-264. Ook in D.D. Jackson (red.): *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 1*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & J. Weakland (1963). A note on the double bind. *Family Process*, 2, (1), 154-161.
- Beach, S.R. & O'Leary, K.D. (1981). The treatment of depression occurring in the context of marital discord. *Behavior Therapy*, 17, 43-49.
- Bennun, I., Schaap, C. & Schindler, L. (1990). *The therapeutic relationship in psychotherapy*. London: Wiley.
- Bentinck, A., Duintjer, F., Post, L. van der, & Weeren, P. van (1986). Gezinstherapie met verslaafden. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 12, (1), 32-42.
- Berkowitz, R. (1988). Family therapy and mental illness: schizophrenia and depression. *Journal of Family Therapy*, 10, (4), 339-356.
- Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlain-Frief, R. & Leff, J. (1981). Lowering expressed emotions in relatives. In: M.J. Goldstein (red.), *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, Cal.: Jossey Bass.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory; Foundations, Developments, Applications*. New York, Braziller.
- Bland, K. & Hallam, R.S. (1981). Relationship between respons to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335-338.
- Bogaart, T.H.M. van den & Wintels, P.M.A.E. (1988). *Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding (home training); resultaten van een onderzoek onder tien experimentele projecten*. Leiden: Lisbon/COJ.
- Bond, J. & Brugman, M. (1989). *'Critical incidents' tijdens directieve therapie*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy; Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G.M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Maryland: Harper & Row.

- Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D.N. (1981). Contextual Family Therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1988). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Carter, E.A. (1980). Van geslacht op geslacht; De langdurige behandeling van een Ierse familie met wijdverbreid alcoholisme over verscheidene generaties. In: P. Papp (red.), *De praktijk van de gezinstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Carter, E.A. & McGoldrick, M. (1980). *The Family Life Cycle*. New York: Gardner Press.
- Chambless, D.L. & Goldstein, A. (1980). The treatment of agoraphobia. In: In A.J. Goldstein & E.B. Foa (red.), *Handbook of Behavioral Interventions*. New York: Wiley.
- Cobb, J.P., Mathews, A.A., Childs-Clarke, A., & Blowers, C.M. (1984). The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 144, 282-287.
- Coyne, J. C. (1986). Strategic marital therapy for depression. In: N. S. Jacobson & A. S. Gurman (red.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Coyne, J.C. (1987). Depression, biology, marriage and marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 53-62.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M. e.a. (1984). Living with a depressed person: burden and psychological distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.
- Coyne, J.C. & Anderson, B.J. (1988). The "psychosomatic family" reconsidered: Diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 113-123.
- Coyne, J.C. & Anderson, B.J. (1989). The "psychosomatic family" reconsidered II: Recalling a defective model and looking ahead. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, (2), 139-148.
- Dyck, R. van & Emmelkamp, P.M.G. (1989). Eclecticisme, een stap in de goede richting? In: K. van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie, deel 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G. (1986a). Behandeling van fobieën. In: C.A.L. Hoogduin et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G. (1986b). Behavior therapy with adults. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G., & Hout, A. van der (1983). Failure in treating agoraphobia. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Fadden, G., Babbington, P. & Kuipers, L. (1987). Caring and its burden: A study of spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, Ch.W. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. e.a. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Framo, J.L. (1976). Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: you can and should go home again. *Family Process*, 15, (2), 193-210.

- Framo, J.L. (1980). Marriage and marital therapy: issues and initial interview techniques. In J.L. Framo, *Explorations in Marital and Family Therapy*. New York: Springer.
- Flugel, J.C. (1921). *The psychoanalytic study of the family*. London: Hogarth Press.
- Fry, W.F. Jr. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 2, 225-232. Ook in: Jackson, D.D. (red.) (1968). *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 2*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J. H., Haas, G. L., Lewis, A. B., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E. & Lestelle, V. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention: I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Glynn, S.M., Randolph, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L. & Strachan, A. (1988). *Negative symptoms, positive symptoms, and Expressed Emotion in schizophrenia..* Paper voorgedragen op het World Congress of Behavior Therapy. Edinburgh.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1985). *Family Therapy, An Overview* (tweede herziene druk). Monterey, Cal.: Brooks/Cole.
- Grigg, D.N. & Friesen, J.D. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, (1), 29-42.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (red.) (1981). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., & Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In: S.L.Garfinkel & A.E.Bergin (red.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: Wiley.
- Haas, G. L., Clarkin, J. F. & Glick, I. D. (1985). Marital and family treatment of depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Hafner, R.J. (1979). Agoraphobic women married to abnormally jealous men. *British Journal of Psychiatry*, 131, 289-294.
- Hafner, R.J. (1982). The marital context of the agoraphobic syndrom. In: D.L. Chambles & A.J. Goldstein (red.), *Agoraphobia, Multiple Perspectives on Theory and Treatment*. New York: Wiley.
- Hafner, R.J., , A., Fisher, J. & Swift, H. (1984). Spouse-aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders: a systematic comparison. *Family Process*, 22, 385-399.
- Hafner, R.J. (1985). Marital therapy for agoraphobia. In: N.S. Jacobson & A.S.Gurman (red), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy* . New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie* . Utrecht: Bijleveld, 1980.
- Haley, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. In: G.H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (red.), *Family Therapy and Disturbed Families*. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books.

- Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey Bass. Ned. uitgave: Directieve gezinstherapie. Haarlem: De Toorts, 1978
- Haley, J. (1980). *Leaving Home*. New York: McGraw Hill.
- Haley, J. (1989). The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, (2), 127-132.
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 405-411.
- Hazelrigg, M.D., Cooper, H.M., & Borduin, C.H.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, (3), 428-442.
- Hendrickx, J. (1981), *Structureerende gezinstherapie; beschrijving en evaluatie van een programma van opdrachten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Heuvel, M. van den & Schaap, C. (1979). Een overzicht van evaluatiestudies van partnerrelatietherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 44-56
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M. & Reiss, P.J. (1986), Family psychoeducational, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. One year effect of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.  
177-186.
- Hoogduin, K. (1985). Interactionele aspecten bij de behandeling van dwang. *Gedragstherapie*, 18, (4), 305-313.
- Hoogduin, K. (1986), *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Husmann, M. & Bakker, I. (1985). *Positief omgaan met kinderen: Praktijkboek voor ouders en andere opvoeders*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Ilfeld, F. W. (1977). Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry*, 134 (2), 161-166.
- Jacobs, M., Frank, E., Kupfer, D. & Carpenter, L.L. (1987). Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395-400.
- Jackson, D.D. (red.) (1968). *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 1 en 2*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Jackson, D.D. (1965). Family rules; Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*, 12, 589-594. Ook in: P. Watzlawick, & J. Weakland, (red.) (1977), *The Interactional View; Studies at the Mental Research Institute*. Palo Alto, Cal.: Norton.
- Jackson, & Yalom, (1966). Family research on the problem of ulcerative colitis. *Archives of General Psychiatry*, 15, 410-418. Ook in: P. Watzlawick, & J. Weakland, (red.) (1977), *The Interactional View; Studies at the Mental Research Institute*. Palo Alto, Cal.: Norton.
- Jacob, Th. & Seilhamer, R.A. (1987). Alcoholism and family interaction. In: Th. Jacob (red.), *Family Interaction and Psychopathology*. New York: Plenum.
- Jacobson, N.S. (1981). Behavioral Marital Therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.



- Jacobson, N.S. & Gurman, A.S. (red.) (1986). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: The Guilford Press.
- Jones, E. (1988). The Milan method- quo vadis?. *Journal of Family Therapy*, 10, (4), 325-339.
- Jong, P. de. (1987). Angst voor trillende handen; een behandelingsstrategie. *Directieve Therapie*, 7, (1), 50-62.
- Kaffman, M. (1987). Failures in family therapy: and then what? *Journal of Family Therapy*, 9, 307-308.
- Kaufman, E. & Kaufmann, P.N. (1979). From a psychodynamic orientation to a structural family therapy approach in the treatment of drug dependency. In: E. Kaufman, & P. Kaufmann (red.). (1979), *The Family Therapy of Drug and Alcohol Abusers*. New York: Gardner.
- Kazdin, A.E. (1984). Treatment of conduct disorders. In: J. Williams & R. Spitzer (red.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford.
- Kempler, W. (1974). *Principles of Gestalt Family Therapy*. Oslo: A.S. Joh. Nordahl Trykkery. Ned. Uitgave. *Gestalt therapie voor het gezin*. Haarlem: de Toorts.
- Kempler, W. (1981). *Experiential Psychotherapy with Families*. New York: Brunner/Mazel.
- Kog, E., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1984). Het psychosomatische gezinsmodel; een kritische analyse. *Kind en Adolescent*, 5, (2), 68-77.
- L'Abate, L. (1986). *Systematic Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1973). De double bind empirisch gezien. *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk*, 27 (8), 198-208. Ook in: A. Van der Pas (red.): *Gezinsfenomenen*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1979.
- Lange, A. (1980). De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1982). Antwoord aan Maanen. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 2, (3), 265-267.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem OplossingsVragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. (Vijfde compleet herziene editie). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1989). De behandeling van kinderen en adolescenten met behulp van directieve gezinstherapie. In: Prins, P. & Wit, C.de (red.), *Kind op het spoor; opstellen uit de klinische kinder en jeugdpsychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lange, A. & van der Velden, K. (1980). Afleiding. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie vol. II*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A., Kiestra, J., Vromen, H. & Hahn, D. (1987). Mediatetherapie met de partner van een agorafobica. *Directieve Therapie*, 7 (3), 29-36.
- Lange, A. & IJzerman, L. (1989). De behandeling van depressie in interactionele context. In: F. Albersnagel, P.M.G. Emmelkamp & R. van den Hoofdakker (red.), *Depressie: Theorie, Diagnostiek en Behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lederer, W.J. & Jackson, D.D. (1968). *The Mirages of Marriage*. New York: Norton.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R. & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

- Leff, J., & Vaughn, Chr. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- Lieberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, (1), 106-118.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Margolin, G. & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In: M. Hersen & A.S. Bellack (eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.
- Markus, E., Lange, A. & Pettigrew, T. (1989). Het effect van gezinstherapie; een meta-analyse. *Directieve Therapie*, 9, (3), in druk
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (1985). *Genograms in Family Assessment*. New York: Norton.
- McGuire, W.J. (1973). The Yin and yang progress in social psychology: seven koan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, (3), 446-456.
- Meer, R. van (1987). *Leven met schizofrenie, Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen*. Amsterdam: Sijthoff.
- Meijer, A.M. (1987). Gezinsinvloeden bij astma. *Directieve Therapie*, 7, (2), 124-140.
- Methorst, G.J. (1985). *Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten*. Academisch Proefschrift. Wageningen: Landbouw Hogeschool.
- Milton, F. & Hafner, R.J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 36, 807-811.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Ned. uitgave: *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum., 1973.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families; Anorexia Nervosa in Content*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G.Jr., Rosman, B.L. & Schumer, F. (1967). *Families of the Slums: An Exploration of their Structure and Treatment*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Mass: Harvard University Press. Ned. uitgave: *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1983.
- Mishler, E.G. & Waxler, N. (1968). *Interaction in Families: an Experimental Study of Family Processes*. New York: John Wiley.
- Nichols, W. (1988). *Marital Therapy: an Integrative Approach*. New York: Guilford.
- Nugter, A. (1988). Beschouwing over het begrip 'Expressed Emotion'. *Directieve Therapie*, 8, (4), 306-325.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G. & Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- Olson, D.H. & Portner, J. (1983). Family adaptability and cohesion evaluation scales. In E.E. Filsinger (red.), *Marriage and Family Assessment*. Beverly Hills, Cal.: Sage publications.

- Papp, P. (1980). Het gezin dat overall een antwoord op had. In: P. Papp (red.), *De praktijk van de gezinstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Papp, P. (1983). *The Process of Change*. New York: Guilford Press.
- Pas, A. van der. (1979), Klein vocabularium van de systeemtheorie. In: A. van der Pas (red.), *Gezinsfenomenen*. Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process*. In reeks: A social Learning Approach. Eugene, Oregon: Vol. 3. Castalia Publ. Comp.
- Romijn, C. (1989). *Family therapy for adolescent and young adult drug abusers*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Romijn, C., Schippers, G., Schaap, C. & Platt, J. (1990). Family therapy for Dutch drug abusers: the relationship between family functioning and treatment outcome. *International Journal of the Addictions*. In druk
- Root, M.P.P., Fallon, P. & Friedrich, W.N. (1986). *Bulimia, a Systems Approach to Treatment*. New York: Norton.
- Rounsaville, B. J., Klerman, G. L., Weissman, M. M. & Chevron, E. S. (1985). Short-term interpersonal psychotherapy (IPT) for depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (red.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Rush, A. J., Shaw, B. & Khatami, M. (1980). Cognitive therapy of depression: Utilizing the couples system. *Cognitive Therapy and Research*, 4 (1), 103-113.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Skinner, H.A., Steinhauer, P.D. & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, (2), 91-105.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, (1), 15-28.
- Stanton, M.D. (1981), Strategic approaches to family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern, (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. & Associates (1982), *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press, New York.
- Stein, L.I. (1989). The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia: a critique. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, (2), 133-138.
- Steinglass, P. (1979). Family therapy with alcoholics: A review. In: E. Kaufman & P.N. Kaufmann (red.), *Family Therapy of Drug and*
- Steinglass, P. (1987). A systems view of family Interaction and pathology. In: Th. Jacob (red.), *Family Interaction and Psychopathology*. New York: Plenum.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.

- Stuart, R.B. (1980). *Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Swan, G.E. & McDonald, M.L. (1978). Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy*, 9, 799-807.
- Terluin, B., & Bannink, F. (1987). Een behandelstrategie voor bloosangst. *Directieve Therapie*, 7, (1), 40-49.
- Tomm, K. (1983). The old hat doesn't fit. *Family Therapy Networker*, 7, 39-41.
- Tomm, K. (1984a). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Treacher, A. (1988). The Milan method-a preliminary critique. *Journal of Family Therapy*, 10, (1), 1-8.
- Vandereycken, W. (1984). Agorafobie en huwelijksrelatie: theorie, behandeling en onderzoek. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 4, (4), 327-357
- Vandereycken, W., & Meerman, R. (1984). *Anorexia Nervosa, A Clinician's Guide to Treatment*. Berlijn/New York: De Gruyter.
- Vandereycken, W., & Pollentier, S. (1986). Erytrofobie of de angst om te blozen - een literatuuroverzicht. *Directieve Therapie*, 6, (1), 36-55.
- Velden, K. van der (1983). De partner als voorwerp van agogische actie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, (1), 75-78.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton. Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus., 1970.
- Watzlawick, P. & Coyne, J. C. (1980). Depression following stroke: Brief, problem-focused family treatment. *Family Process*, 19, 13-18.
- Westbroek, R. & Vromen, H. (1986). De cybernetische 'Milanese' gezinstherapie. Amsterdam: Vakgroep klinische psychologie.
- Wever, E., Drucker, R., Ree, F. van, Rooy, P. de, & Srivastava, O. (1983). Haley en jonge psychotici; indrukken over een nieuwe vorm van therapie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, (1), 4-28.
- Whisman, M.A. & Jacobson, N.S. (1989). Depression, Marital Satisfaction, and Marital and Personality Measures of Sex Roles. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, (2), 177-186.
- Whitaker, C.A. (1975). Psychotherapy of the absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14, (1), 1-16.
- Wierenga, T., Lange, A., IJzerman, L. & Loon, J. van (1989). *Opvoedingsproblemen in het gezin van Rijn*. Amsterdam: Audio Visueel Centrum van de Universiteit van Amsterdam.

## Voorwoord bij correspondentie NVP-Lange

Tot mijn schrik zag ik dat de deadline voor TDT al ruimschoots was overschreden. Gelukkig heb ik altijd wel een of andere kwaaië briefwisseling liggen. Als onderwerp koos ik voor u deze keer de financiële malversaties van de Ned. Ver. voor Psychotherapie, die nog maar een halve secretaresse heeft, maar waar de vrouw van de penningmeester tegen goed geld twee dagen in de week bijverdient. Eenmaal per jaar organiseerde deze club een studiedag waar ongeveer 15% van de leden aan deelnam. Die betaalden dan fl. 100,-- . Sommigen van ons hebben weleens een bijdrage geleverd. Vergoedingen werden daarvoor nooit verstrekt en van reiskosten weet men bij het NVP ook niets. Daarover echter niet geklaagd. Wat mij in het verkeerde keelgat schoot was dat ik in dec. '88 een acceptgiro kreeg van fl. 300.-, voor de contributie die voorheen fl. 200,-- was. Waarom de verhoging in een tijd dat de NVP niets meer voor haar leden hoefde en kon doen? Omdat de studiedag nu 'gratis' was. Zoals uit de correspondentie blijkt vond ik dit niet in de haak en betaalde per ommegaande fl. 200,-- met de vermelding dat ik - net als vroeger - de studiedag niet zou bezoeken. Dit was het begin van een conflict.



Ned. Ver. voor Psychotherapie  
tav. Drs. M.J. van Dijk,  
penningmeester  
Koningslaan 13  
3583 GC Utrecht

31-5-89

Geachte Heer van Dijk,

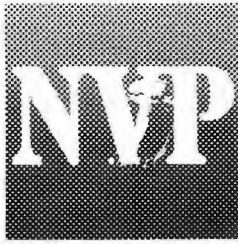
In reactie op uw schrijven van 10 mei jl. inzake de contributie voor 1989 deel ik u mee dat ik op 17 dec. 1988 de contributie '89 heb overgemaakt. Voor de goede orde: Ik heb fl. 200.- gegireerd, zijnde de contributie en niet fl. 300., zijnde contributie + kosten voor een studiedag die ik niet zal bezoeken. Uw koppeling van deze twee fenomenen is zonder meer ontoelaatbaar.

Met vriendelijke groeten,

Hoogachtend



A. Lange



123

## Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

opgericht 21 juni 1930

dr. A. Lange  
Bosporus 21  
1188 GD Amstelveen

Uw brief van  
31 mei 1989

Uw kenmerk  
--

Ons kenmerk  
MvD/RvR/20151-20230

Datum  
10 juli 1989

Onderwerp:  
Kontributie '89

Zeer geachte kollega Lange,

Naar aanleiding van uw brief inzake de kontributie voor 1989 het volgende.  
In de ledenvergadering van 18 november 1988 is het voorstel voor de kontributie voor 1989 (inklusief de studiedag) unaniem aangenomen.  
Hiermee is dan de kontributie naar vorm en inhoud voor dat jaar vastgesteld en het is daarom dan ook, dat ik uw konklusie dat "koppeling van deze twee fenomenen zonder meer ontoelaatbaar" is, in het geheel niet deel.  
Ik hoop u overigens wel op de studiedag te zien.

Met vriendelijke groeten,  
namens het bestuur,  
drs. M.J. van Dijk, penningmeester

  
p/o Renée van Rijsewijk, sekretaresse



Bestuur van de  
Ned. Ver. voor Psychotherapie  
Koningslaan 13  
3583 GC Utrecht

23-10-89

Geacht Bestuur,

31 mei jl. heb ik schriftelijk aan uw penningmeester, dhr. Van Dijk, bericht dat ik de koppeling van het innen van contributie aan een studiedag waar ik niet heen ga principieel onaanvaardbaar acht. De contributie zelf had ik, zoals ook vermeld in de brief van 31 mei, al op 17 dec. 1988 overgemaakt.

Niettemin meent uw penningmeester mij aanmaningen te moeten sturen. Ik ben dat nu meer dan zat. Als u de fl. 200.-- contributie niet als zodanig beschouwt, dan verzoek ik u mij deze te restitueren en mij met onmiddellijke ingang als lid te schrappen.

Hoogachtend



A. Lange

LEZING VOOR STICHTING GEZONDHEIDSZORG 82BUREAUCRATISERINGBINNENSHUIS EN BUITENSHUISInleiding

Dames en Heren,

Mij is gevraagd of ik u vanuit de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg iets wilde meedelen over ervaringen met bureaucratisering. Ik wil dat graag proberen. Ik zal daarbij uitgaan van datgene wat ik heb meegemaakt in mijn werk, zowel vroeger als zenuwarts op de werkvloer, als thans in de directievleugel van een APZ. Mijn bijdrage zal bestaan uit een kleine inleidende beschouwing -ik wil graag even met U op stoom komen- en enkele voorbeelden van de effecten van bureaucratisering in mijn dagelijks werk.

In de afronding zullen een paar voorzichtige opmerkingen over de oorzaak van ongewenste neveneffecten van bureaucratisering aan de orde komen, gevolgd door enkele nog voorzichtigere suggesties voor een "therapie".

Andere sprekers op deze dag hebben inmiddels duidelijk gemaakt, of zullen dat nog doen, dat bureaucratie in beginsel een affectief onbeladen begrip is. Waar enige complexiteit van organisatie ontstaat verschijnen immers onvermijdelijk een of meerdere bureaux waar achter mensen de activiteiten van de organisatie gaan zitten plannen, voorbereiden, coördineren, begeleiden en controleren. Dat geldt voor Nederland en dat geldt voor, pakweg, de sector verblijf van een APZ. Het nut van deze activiteiten voor een organisatie wordt veel besproken, doch in principe niet betwist. De discussie gaat wel dikwijls over de omvang van deze

bezigheden en de manier waarop er uitvoering aan gegeven wordt.

Van Lieshout heeft recent op het symposium "Wat is de GGZ waard?" gewezen op de eeuwige 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", dat inhaerent is aan de verzorgingsstaat, hebben er in zijn visie toe geleid dat de discussie in de zorg gedomineerd wordt door de randvoorwaarden. De hedendaagse aandacht voor kwaliteit - kwalitatief idealisme- kan gezien worden als een reactie hierop.

De hoogleraar Zwart wijst in zijn artikel "De transcendente organisatie en koerszoekend leiderschap" op een soortgelijk twee stromenland. De nieuwe zakelijkheid, de aandacht voor kwantiteit, operationaliseerbaarheid en randvoorwaarden, gaat gepaard met afknappende regelneven die zich in hun mid-lifecrisis afvragen vanuit welke missie zij hun voorwaardenscheppende bezigheden verondersteld worden te verrichten.

De voorbeelden

In eigen huis...

We beginnen negatief en in eigen boezem. In een gedivisionaliseerde organisatie ontstaat de voor de hand liggende behoefte aan een procedure voor planning en evaluatie. De afdeling Personeelszaken gaat hard aan het werk en ontwerpt een dergelijke procedure. De directie is opgetogen en wil de procedure invoeren. Vanaf dat moment breekt de hel los. Afdelings- en sectorhoofden reageren sceptisch en soms zelfs angstig, vragen om meer begeleiding en duidelijker richtlijnen, terwijl een en ander juist op de rails was gezet om gedecentraliseerde beleidsvorming te faciliteren. Ook de OR vangt de weeklachten op en uiteindelijk

ziet de directie zich genoodzaakt om de procedure -waar inhoudelijk niemand het mee oneens is- weer in te trekken en iets nieuws te bedenken. Overigens blijkt een versimpelde versie van de procedure kleinschalig op afdelingsniveau al gebruikt te worden, en te bevallen.

Een nog droeviger lot treft een functioneringsevaluatiesysteem. Zeer intelligente mensen blijken plotseling erg weinig te begrijpen en normaliter creatieve personeelsleden zijn niet meer in staat oplossingen te genereren, kortom weerstand alom. Tot op heden woedt de strijd wie het voor het zeggen heeft over de randvoorwaarden. Wantrouwen bij het management, teleurstelling bij de ontwerpers van een goed systeem.

Een positief voorbeeld uit eigen keuken. Een afdeling krijgt steeds moeilijkere patiënten in een oude behuizing en kampt met steeds minder continuïteit in de personele bezetting. De ellende vertaalt zich rap in moeilijk te weerleggen vragen om meer personeel, met toenemende tegenstellingen in het team. Met name het afdelingshoofd komt onder vuur. Een PZ-functionaris gaat praten met het team en doet zeer leerzame ervaringen op. Hij ontdekt met name de grote betrokkenheid bij de patiënten van het afdelingshoofd, doordat hij haar in de dagelijkse werksituatie bezig ziet. In een serie gesprekken, waarvan de vorm wordt aangereikt door de stafafdeling, worden hoofd en team het eens over een nieuwe verstandhouding in de toekomst. De adviezen van de afdelingspsycholoog spelen een belangrijke rol. De staffunctionaris wordt, met enige tegenzin, getypeerd als iemand, "die toch niet achterlijk is".

Een door eigenwijze, doch zeer enthousiaste personeelsleden bevolkte experimentele afdeling, raakt in een crisis, omdat de dominante genieën het niet geheel met elkaar eens raken over de missie van de afdeling. Er wordt een beleidsdag georganiseerd onder voorzitterschap van, het kan niet missen, een vormingswerker bijgestaan door een organisatiesocioloog; we hebben het over de jaren zeventig. Deze onschuldige bloed ontdekt dat de discus-

128

sianten het eigenlijk niet erg met elkaar oneens zijn, en begaat vervolgens een vreselijke fout. In plaats van deze tot opgewektheid stemmende ontdekking met het team te bespreken, brengt hij zonder overleg verslag uit aan de directie. In het team ontsteekt een enorme woede; in de eensgezindheid, die als gevolg van deze onhandigheid ontstaat, wordt en passant een gezamenlijke visie over werkwijze van de afdeling even geregeld.

Ik werkte destijds op die afdeling; ik weet nog steeds niet of de interventie van die vormingswerker nu dom of geniaal was. Ik weet dus ook niet of dit nu een voorbeeld van succesvolle of falende bureaucratie is.

### ...en daarbuiten

Een ziekenhuis besluit in een historisch verzorgingsgebied, op verzoek van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en het regionaal bestuur en de betrokken gemeente, een dependance van de polikliniek op te zetten. De investeringskosten zijn praktisch nihil, de huur van een kamertje in een wijkgebouw, -psychiatrie is niet duur-, ± f6000- per jaar. Het gaat om de aanwezigheid van een psychiater gedurende 2 dagdelen per week. Een en ander past niet in de planning van de provincie. De ambtenaren van de griffie hebben in de steentijd het plan ontwikkeld dat het historisch verzorgingsgebied aan een ander ziekenhuis zal toegewezen worden op termijn. Op basis van de negatieve adviezen die op basis van dit niet in het overheidsbeleid opgenomen idee met een griezelig automatisme uit de pennen van de ambtenaren, -of de tekstverwerkers van de secretariaten-, van de provincie vloeien, wordt het onschuldig en buitengewoon kleinschalig initiatief gedurende tot op heden 8 jaar geblokkeerd, omdat het departement, op zich terecht en begrijpelijk, geneigd is om de adviezen van de provincie te volgen. Inmiddels is de provinciale planning zodanig aangepast dat het verzorgingsgebied behouden blijft, en inmiddels is de vergunning binnen, doch het schijnt dat een en ander nu nog geblokkeerd kan worden, omdat deze enorme kosten niet in het bouwplafond zijn opgenomen. Droevig is dat de mensen

die destijds in de ziekenhuisorganisatie werkten en bereid waren om een en ander tesamen met de regionale partners te gaan trekken, of niet meer in het ziekenhuis werken, en/or danig ontmoedigd zijn. Ook heeft nog een procedure voor de raad van state plaatsgevonden, en de totale kosten van al dit Kafka-achtig gezeur schat ik inmiddels op  $\pm$  f .50.000. Het meest verontrustende is nog dat dit soort zaken niet meer aan de professie of het veld is uit te leggen.

### Om positief te eindigen;

Een enthousiaste, doch onervaren ziekenhuisdirecteur is het geheel eens met de voornemens van de overheid om deconcentratie en extramuralisering te bevorderen. Hij vat het plan op om de helft van de dagbehandelingscapaciteit van zijn organisatie onder te brengen in het gebouw van een RIAGG.

Iedereen is enthousiast op het departement. Het past precies in het beleid en moet snel gebeuren. De afdeling algemene zaken meldt wel dat zij natuurlijk nooit te maken hebben met Planning en Bouw, en dat het natuurlijk geheel van die afdeling afhankelijk is of dit fantastische initiatief uitgevoerd kan worden. Planning en bouw is ook enthousiast, doch stelt een en ander afhankelijk van de provinciale planning. De provincie is ook enthousiast, maar wil nog wat oude rekeningen vereffenen. Er bestaan reductievoornemens die voortvloeien uit een normstelling die men ook zelf achterhaald acht, doch die niettemin als uitgangspunt van beslissingen met een planningsaspect gehanteerd moeten worden. De enthousiaste directeur, die zelf betrokken is geweest bij de oprichting van de te deconcentreren afdeling, uit zijn woede in een langdurig betoog in de districtscommissie van zijn regio. Hij besteedt kwetsende aandacht aan bureaucraten die nog nooit een ziekenhuis van binnen hebben gezien, hij pleit vurig voor de inhoud van de betreffende behandelvorm en slaagt erin als een zowel onervaren, maar toch ook inhoudelijk deskundige jongeman over te komen.

Het merendeels volstrekt ondeskundige publiek is naar behoren onder de indruk, maar het gaat natuurlijk over de beleidsmedewerkers van de provincie. Zij zijn wat minder gelukkig met de gratuite rhetoriek van de enthousiaste jongeman, zij moeten er de volgende dag weer wat mee. Twee dagen later krijgt de nieuwbakken directeur bezoek van een vriendelijke, doch wat droevig ogende directeur van het bureau van de provinciale raad, vergezeld van een zeer ter zake kundige medewerker. Zij nemen de tijd om de directeur zakelijk voor te lichten over de smalle marges van de beleidsadvisering in de provincie, en de beste wegen door het duizelingwekkend labyrinth van de overheidsdienaren. Mede dankzij hun volstrekt neutrale, doch zeer relevante tips duurde het maar twee jaar voor een vrij omvangrijke operatie geregeld was.

Tot op de dag van vandaag ben ik die civil servants in de beste zin van het woord buitengewoon dankbaar. Zij hebben mij geleerd dat ergernis over de context waarbinnen je moet managen begrijpelijk, doch juveniel is. Wij dienen allen op te groeien, onafhankelijkheid van de kwaliteit van de omgeving waarin dat moet plaats vinden.

### Hoe komt het?

De hardhandige Amerikaanse auteur Joseph Heller -bekend van Catch twenty-two"- beschrijft in zijn laatste boek, "Picture This", hoe de uitvinding van het geld door de Lydiërs in de 7-de eeuw voor Christus, bedoeld was om goederen en diensten vergelijkbaar te maken en daardoor de uitwisseling ervan te vergemakkelijken. Een van de niet voorziene complicaties was dat er een groep mensen ontstond die zich nog uitsluitend met financiële manipulatie bezig hield en niet meer met datgene waarvoor geld eigenlijk was bedacht. Parallel hiermee ontstond een nieuwe élite: bankiers werden achtenswaardiger dan handwerkslieden. Geld had een onbedoelde eigen waarde verkregen, waardoor in de financiële centra, aldus Heller, "There will be many who will flourish in this environment of finance and a great many more who can go straight to hell".

Vervang **finance** door **administration** in dit citaat en we zijn beland bij een deel van ons onderwerp van vandaag, de onbedoelde neveneffecten van de in beginsel zo nuttige en onmisbare bureaucratie. De gewetensvolle bureaucraat vraagt zich vertwijfeld af waarom het veld zo moeilijk doet over de deskundig geformuleerde beleidskaders, en de deskundige professional constateert dat de regelaars weinig affiniteit vertonen met wat er leeft bij doelgroep en personeel. De patiënt ontdekt dat de dokter veel weet over ziekten, maar weinig over hem en de dokter stelt vast dat de operatie is geslaagd, doch de patiënt overleden. Wim Kan constateert dat hij in een parlementaire democratie elke dag stomverbaasd in de krant leest wat hij nu weer wil. Kortom, er lijkt een structurele kloof te gapen tussen geregelde vorm en anarchistische inhoud.

Aan de orde zijn de neveneffecten van bureaucratie. Deze ongewenste en door niemand bedoelde neveneffecten ontstaan, wanneer het proces van organiseren, randvoorwaardenscheppen en leidinggeven in een organisatie losgezongen raakt van het primair proces en meer eigen dynamiek gaat vertonen dan nodig is om een soepele werkorganisatie te waarborgen. De dienstverlenende activiteit van de procesbegeleiders vervuild raken door eigen ambities, of door te veel afstand van het primair proces. Wanneer de aloude vraag "Wie bewaakt de bewakers?" gesteld moet worden behoort de alarmfase in deze smog afgekondigd te worden. Geef mensen de gelegenheid om zich te onttrekken aan de gevolgen van hun daden of uitspraken en ze zullen er gretig gebruik van maken.

Deze overwegingen gelden nog meer voor overheidsdienaren dan voor de regelaars in de instellingen. Immers, een ziekenhuis moet een product afleveren, en ook nog zorgen voor de ontplooiing van de medewerkers, conform de CAO. De overheid heeft alleen deze laatste taak: het optimaliseren van de mogelijkheden van de burgers van een land. Het produkt van de overheid behoort niet anders te zijn dan welbevinden voor zo veel mogelijk landgenoten. In die zin is het management van welke B.V dan ook ingewikkelder



dan de leiding van de B.V. Nederland!

Het gevaar van een te grote regelgeving, anders gezegd van een bureaucratie met een eigen dynamiek, die zonder onderliggende samenhangende beleidsvisie zelfstandig op weg gaat naar de maakbaarheid van de samenleving, is de verstikking van het particulier initiatief. De neiging om iets te doen aan ellende komt voort uit identificatie met de lijdens; dat is per definitie een persoonlijke en particuliere zaak. Persoonlijk lijden kan alleen door personen opgeheven of verminderd worden. De overheid is natuurlijk nooit geïnteresseerd in het opheffen van leed, want de overheid is geen persoon. Bureaucratie, de overheid dus, moet uitsluitend geïnteresseerd zijn in het faciliteren van de persoonlijke betrokkenheid. Een leidende rol ten aanzien van de richting of de omvang van die betrokkenheid is volstrekt ondenkbaar: een vertegenwoordiging of een massa kan eventueel iets verwoorden, doch nooit iets scheppen. Het dictaat van de gezichtsloosheid doodt de creativiteit van particuliere personen die op basis van persoonlijke identificatie gemotiveerd moeten zijn om de concrete zorg te verlenen die wij hier allemaal zo proberen te regelen. Waar achter een bureau de omvang of de gedaante van solidariteit wordt bedacht breekt de hel los. Evenmin als de directie in een ziekenhuis regelt hoe betrokken de medewerkers zich opstellen, evenmin regelt de regering de voorkeuren van de samenleving.

De kans op het losbreken van deze hel wordt vooral bevorderd, wanneer de politiek geen duidelijke uitspraken doet en het aan de civil servants overlaat om samen met professionals de mogelijkheden te verkennen. De ambtenaren krijgen dan te veel macht op basis van kennis van het kasteel en het proces van Kafka en de professionals worden gecorrumpeerd, evenals het management. De professionals gaan meer op de modieuze en PR-aspecten van hun activiteiten letten dan op de concrete reductie van klachten en het management van instellingen zal ertoe neigen zich te bewijzen door de mate waarin het er in slaagt te voorzien wanneer de geldende regels officieel worden opgeheven en in welke

mate in afwachting daarvan ermee gesjoemeld kan worden. Dat kweekt oppervlakkigheid, opportunisme en korte termijn denken. Het betekent dat creativiteit in zo'n context per definitie de geur van illegitimiteit meekrijgt. Niet integriteit en trouw aan gestelde regels wordt beloond, maar handigheid. Geen kennis, maar relaties; niet visie of deskundigheid, maar een dikke huid en -minder kwalijk- geduld. Het ideaaltype van de geslaagde manager of professional wordt in die context een soort middelbare stouterd, die het verschil tussen schijn en wezen behendig weet te verbergen, en die de transparantie van de kleren van de keizer tactvol niet aan de ordt stelt.

De groei naar dit soort handigheid wordt soms als een proces van volwassenwording beschreven. "Je leert het nog wel, m'n jongen!" Het is maar al te makkelijk aan- en al te moeilijk af- te leren en dit soort gemak is nooit van waarde.

#### Wat doen we er aan?

De enige uitweg uit deze sombere fuik is autonomisering van exploitabele operationele units. De schaalgrootte kan per sector of regio verschillen en is afhankelijk van politieke besluitvorming, althans voorzover en voor zo lang de zorg uit de collectieve middelen betaald wordt. Belangrijk is dat de inhoud van de activiteiten door klanten en aanbieders bepaald wordt en dat regelaars en voorwaardenscheppers zich niet met de inhoud bemoeien. Wetgeving zal nodig zijn om de invloed van de klanten feitelijk te maken.

Voor de overheid betekent dit enerzijds terugtreden en het bevorderen van regionalisatie, voor de ziekenhuizen betekent het decentralisatie, op geleide van de mate waarin functies gedefinieerd en afgebakend kunnen worden. Regio- en deelbudgettering zijn noodzakelijke instrumenten om dit proces op gang te brengen, en kwaliteitswetgeving en patiënteninvloed zijn absolute randvoorwaarden.

Inspraakmogelijkheden moeten een meer functioneel en een minder ritueel karakter krijgen. Het is zinloos om de vertegenwoordiger van de tandtechniekers mee te laten denken over de regionalisatie van de GGZ om maar iets te noemen.

Op ziekenhuisniveau leidt dit tot ontstaffing en kortere lijnen tussen management en werkvloer, bij de overheid zal het moeten leiden tot wezenlijk terugtreden en sanering, uitdunning og afschaffing van een aantal adviescolleges en eventueel bestuurlijke lagen.

Ik dank voor Uw aandacht.

L.J.Joele, zenuwarts. Directeur Behandelzaken.

Dokter Offerhaus moet zich schamen

Kees Hoogduin

In het kader van "hoe kom ik zonder inspanning graaiend en stelend aan de top", geef ik een kijkje in de wel zeer interessante correspondentie van onze Robbie. In zijn brief d.d. 20 mei 1987 spreekt hij over ons mooie jaarboek. Hij schrijft ook over zichzelf, "I have written two books, edited another and published a score of articles" etc.

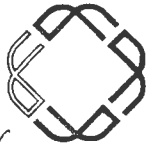
In een brief d.d. 25 juni 1987 dankt de uitgever Karger uit Basel onze Rob voor het toezenden van ons jaarboek. Een boek dat wij hem zonden als lid van de commissie wetenschappelijke activiteiten van de vereniging voor psychiatrie met het doel de leden tegen sterk gereduceerde prijs de gelegenheid te bieden dit boek te verwerven.

Hoe durft onze Rob.

Datum: 4 april 1989  
Ons kenmerk: RO/mp/209  
Toestelnr.:

Riagg centrum west Rotterdam

Mathenesserlaan 208  
3014 HH Rotterdam  
Telefoon (010) 436 12 44



136

11 APR. 1989

25509

Aan Prof. Dr. H.G.M. Rooymans,  
Psychiatrische Kliniek AZL.  
Rijnsburgerweg 10  
2333 AA LEIDEN.

Stichting Regionale Instelling  
voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Uw kenmerk :  
Onderwerp :

Beste Rooymans,

Bijgaand vind je copien van een briefwisseling, zoals die zich de laatste twee jaar heeft afgespeeld tussen de uitgeverij Karger in Basel en enkele nederlandse psychiaters. Waaronder ikzelf.

De kern van de zaak is, dat Karger bereid is eenmaal jaarlijks een "Nederlans" nummer uit te brengen als bijlage bij Psychotherapy and Psychosomatics. Dit tegen betaling van SFR 17.000,--. Het vertalen, respectievelijk corrigeren van nederlandse artikelen in het engels zou nog eens zo'n soort bedrag vragen.

Ik ben tot de conclusie gekomen dat zo'n project, althans nu, niet haalbaar is. Er is niet genoeg enthousiasme voor en ik zie ook niet hoe dit soort bedragen opgebracht zouden kunnen worden. Nu ik deze exercitie afsluit vind ik het prettig een aantal mensen van een en ander op de hoogte te stellen. Je weet maar nooit, misschien veranderen de tijden en de omstandigheden ooit eens. En dan zou het jammer zijn als niemand hiervan op de hoogte zou zijn.

Met hartelijke groeten,

Rob Offerhaus.

8 Juli 1986

by Page 2

137

Prof. Dr. P.J. Jougerius  
Hoofdredacteur  
Tijdschrift voor Psychiatrie  
Bergen op Zoom - NL.

---

Auice Collega,

Gaarne zou ik je - als hoofdredacteur v.h. Tijdschrift voor Psychiatrie - ervan op de hoogte willen stellen dat ik als 'secretary to the editorial board' van PSYCHOTHERAPY & PSYCHOSOMATICS - Dr. Thomas Karger (v. Medical & Scientific Publishers - P.O. Box - CH 4009 Basel) onze uitgever, heb geattendeerd op de plannen van de Nederl. Ver. v. Psychiatrie (mededelingen Mei 86/3156) om door middel van een YEARBOOK OF DUTCH PSYCHIATRY de bestaande 'informatie kloof' te overbruggen.

De Heer Karger heeft jaren lang al goede contacten met Nederland sindsdat hij met prof. Casp en Stokvis de ACTA PSYCHOTHERAPEUTICA ET PSYCHOSOMATICA (thans psychotherapy & psychosomatics) heeft gesticht.

Hij heeft bovendien de benodigde internationale distributiekanalen en expertise.

Ik zou hem dan ook gaarne als



138

S KARGER AG, BASEL

Medical and Scientific Publishers  
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften  
Editions médicales et scientifiques

Postal address: S Karger AG  
P.O. Box · Postfach · Case postale  
CH-4009 Basel

Domicile:  
Allschwilerstrasse 10 · Basel  
Switzerland · Schweiz · Suisse  
Telephone (061) 390880  
Telex CH 62652  
Telegram Kargermed Basel  
Swiss Bank Corporation  
Schweizerischer Bankverein  
Société de Banque Suisse

Prof. Dr. Piet Jongerius  
Tijdschrift voor Psychiatrie  
Halsterseweg 309

NL-4613 AS Bergen op Zoom

October 30, 1986 tn/lh

Dear Professor Jongerius,

Dr. I.A.D. Hohberger, London, has informed us about the activities of the Dutch Psychiatrists Association, in particular with regard to the 'Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie'. We understand that your association is interested in promoting the members' papers by means of the international distribution of the English translations. As an international publishing house, we are interested in discussing the possibilities of an English translation of your Jaarboek with the Dutch Psychiatrists Association. However, before submitting a publication offer to you, we would like to receive some more information. To give us an idea of the length, we would like to know whether it is the intention to publish the entire Jaarboek in English, or perhaps just a selection of papers? Please also forward us a copy of your present publication.

Will such an English translation be published regularly on an annual basis, or have you also thought about the possibility of making a selection of the most interesting papers for publication in a 2-3 year rhythm.

Are the papers for your present Jaarboek submitted independently for publication or do the Editors decide on a specific topic for each issue?

Do you aim for a completely independent book publication, or (as we would recommend) a publication within an established international journal. In this case we could foresee the possibility of having the papers published as a supplement issue to our journal PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS, or perhaps even to our journal PSYCHOPATHOLOGY.

The distribution and financial aspects of such a publication also have to be discussed.

We look forward to hearing from you and would be pleased if further discussions result in a pleasant and mutually beneficial collaboration.

Yours sincerely,  
S. KARGER AG, BASEL  
Product/Marketing Management  
Journals

Thomas Nold

cc. Dr. I.A.D. Hohberger, London

# TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE

139

Sekretariaat redaktie:  
Halsterseweg 309  
4613 AS Bergen op Zoom  
Tel. 01640 - 3 32 99

5 januari 1987

Aan de Ned. Ver. voor Psychiatrie,  
t.a.v. de Commissie Wetenschappe-  
lijke Activiteiten,  
Postbus 20062 ,  
3502 LB UTRECHT.

Geachte Kollega's

Hierbij zend ik U twee brieven die mij bereikten  
m.b.t. een eventueel Yearbook.  
Hoewel de eerste brief een persoonlijk accent  
heeft en melding maakt van een schrijven aan de  
voorzitter van de Vereniging sluit ik deze voor de  
volledigheid toch bij.

Met vriendelijke groeten,

  
Prof. Dr. P.J. Jongerius  
hoofdredakteur



Mr. Th. Nold  
S. Karger AG,  
Product/Marketing Management  
Journals  
Postfach CH-4009 Basel  
Schweiz

170

cc. Dr. I.A.D. Hohberger, London  
Prof. Dr. P. Jongerius, Utrecht

Dear Mr. Nold,

We received your very interesting letter of October 30th and have discussed it at length. I am very glad to be able to react now, as a yearbook published in English would provide an excellent way of informing a wider circle of professional people about the current developments of psychiatry in Holland.

Professor Jongerius regrets he will be unable to act as an intermediary or editor. His work at the university of Utrecht, as well as his function as editor in chief of the Dutch publications 'Tijdschrift voor Psychiatrie' and the 'Jaarboek' make it impossible for him to accept even such an honourable offer.

However, I myself will have time available for such a project after finishing my function as president of the scientific committee of the Dutch association of psychiatrists this June. I am experienced in the field of publishing. I have written two books, edited another and published a score of articles. Some on general psychiatric subjects, others on research. Nevertheless, as editor in chief I would prefer the support of an experienced and expert editorial board to achieve a realistic set-up. In my opinion this is of the utmost importance and a precondition for editing a quality product that will appeal to members of the psychiatric community in other countries. I would like to emphasise that there are also several experienced Dutch journalists writing about the psychiatric field. In my view, some of them are of an outstanding level and meet the necessary requirements for board membership.

In your letter of October 30th, you discuss our colleague Dr. Hohberger's idea to translate the existing 'Jaarboek'. That sounds like a challenging proposition to me. We might also consider asking Dutch writers to present papers or articles specially rewritten for the English speaking community. Some of the contributions in the 'Jaarboek' should be adapted to the international scene. In most cases, this could be done by the original writer himself. I will send you a copy of the first recently published 'Jaarboek' shortly.

You asked what our objectives are. This is a crucial question, and one (of many) we should discuss in depth. After all, the publishing aspects raised by this question are at least as important as the editorial aspects. I have every faith that a discussion of these topics will lead to a blueprint for a Dutch yearbook in one form or another.

As I believe you are thinking along similar lines, I suggest we discuss the matter personally. It would perhaps be helpful to draw up an agenda of all points relevant to such a publishing venture prior to the meeting. Alternatively you may prefer just to meet and discuss the project in broad outlines first. It would be a great pleasure for me to come to Basel, but I would be equally pleased to welcome you in Amsterdam which is an attractive city to visit. And as you state in your letter the financial aspects are already starting to play a role.

I hope we will be able to meet soon. I will be abroad during the month of June, but perhaps some date in July or August would suit you.

Yours sincerely,

Rob Offerhaus

Medical and Scientific Publishers  
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften  
Editions médicales et scientifiques

172

Postal address: S. Karger AG  
P.O. Box · Postfach · Case postale  
CH-4009 Basel

Domicile:  
Allschwilerstrasse 10 · Basel  
Switzerland · Schweiz · Suisse

Telephone 061 · 390880  
Telex CH 962 652  
Telegram Kargermed Basel

Swiss Bank Corporation  
Schweizerischer Bankverein  
Société de Banque Suisse

Mr. Rob Offerhaus  
Raamstraat 4

NL-1016 XM Amsterdam

· PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS

June 25, 1987 tn/cp

Dear Mr. Offerhaus,

11  
Thank you very much for your letter of May 20 regarding a possible collaboration between the Dutch Psychiatrists Association and S. Karger Publishers. Thank you also for forwarding a copy of the most recent 'Jaarboek'.

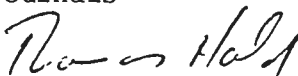
Perhaps it was not made clear enough in our letter of October 30 that the possibilities of a dissemination of the scientific activities of your Society's members throughout the world could be explored; this of course only by means of the English language. We do not believe that we as an international scientific publishing house operating from Switzerland could be of much use to fulfill the fundamental publication needs of the Dutch Psychiatrists Association. However, as mentioned above, we believe that we can offer you support to promote the members' papers on a more international basis. What we have in mind is that a selection of the best papers published in the 'Jaarboek' would be translated and published in PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. Of course, these papers would have to undergo the usual editorial refereeing procedure.

Another possibility would be to publish a supplement issue to PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS with a title like "The Best of Dutch Psychiatry in the Year 1987/1988". Supplement issues are always distributed free of charge to the subscribers of the journal and are very popular amongst them. Of course they are produced as carefully as our normal issues and also receive the same attention by 'Current Contents', 'Index Medicus' etc. Since supplement issues are distributed free of charge to the subscribers, they need to be financed by a third party. You would therefore have to look for a sponsor. The costs involved are Sfr. 350.-- per printed page (1 printed page = approx. 2 - 2 1/2 manuscript pages).

Perhaps we could discuss a possible collaboration along these lines. Unfortunately on your letterhead no telephone number is given. Please do not hesitate to call me any time during office hours.

Looking forward to hearing from you we remain

Yours sincerely,  
S. KARGER AG, BASEL  
Product/Marketing Management  
Journals

  
Thomas Nold

Dr I.A.D. HOHBERGER psychiatrist  
10 Harley Street  
London W1  
Telephone: 01-580 4280

Dr. R. Offerhaus.  
Riagg Centrum West Rotterdam.  
Mathenesserlaan 208.  
3014 HH Rotterdam.

27th July, 1987.

143

Dear Dr. Offerhaus,

Thank you for your letter dated 20th May, in which you enclosed a copy of your letter to Mr Thomas Nold of Karger, Publishers - Basle.

Like you I feel that a year book published in English would provide an excellent way of informing a wider circle of professional people about current developments of Psychiatry in Holland.

It seems now that the publisher objects to my original idea of translating ENTIRELY the existing 'Jaarboek'. I am sure that will not be a major obstacle in the negotiations as you have already made alternative suggestions in your letter and you will be the editor-in-chief. As Editor-in-Chief you have traditionally the freedom to chose your own editorial staff and choose your articles. I think that the biggest hurdle to be taken in the end, will be the financial aspect of publishing.

How many pages do you think the Yearbook should have? Surely a basis of calculation for the publisher. Have you thought about a suggestion I once made .... that of splitting the yearbook into general "Topics" or "Advances" of Dutch Psychiatry (for example: Psychotherapy, Clinical Psychiatry. Biological Psychiatry, Community Psychiatry) and publish it as a yearly extra issue with some existing Karger journals in the field. This would probably be the most cost effective solution.

Dr I.A.D. HOHBERGER psychiatrist  
10 Harley Street  
London W1  
Telephone: 01-580 4280

Dr. R. Offerhaus.  
Contd:-

149

Let me finish this letter, dear Dr. Offerhaus, with the hope that your negotiations continue until the Year-book will be realised in one form or the other.

I would appreciate it if you will let me know if I can be of any assistance in this process.

With best wishes and kind regards,

Yours sincerely,

*en hartelyke groeten.*

Dr. I.A.D. Hohberger.

*I.A.D. Hohberger*

c.c. Mr. Thomas Nold.



S. KARGER AG, BASEL

Medical and Scientific Publishers  
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften  
Editions médicales et scientifiques

August 26, 1987 tn/lh

Postal address: S. Karger AG  
P.O. Box · Postfach · Case postale  
CH-4009 Basel

Domicile:  
Allschwilerstrasse 10 · Basel  
Switzerland · Schweiz · Suisse

Telephone 061 · 39 08 80  
Telex CH 962 652  
Telegram Kargermed Basel

Swiss Bank Corporation  
Schweizerischer Bankverein  
Société de Banque Suisse

Dr. Rob Offerhaus  
Raamstrast 4

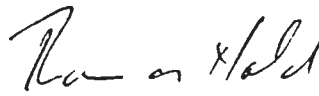
NL-1016 XM Amsterdam

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS

Dear Dr. Offerhaus,

We refer to our letter of June 25, 1987 regarding the possible collaboration between the Dutch Psychiatrists Association and S. Karger Publishers. In the meantime you will also have received a letter from Dr. Hohberger, London, concerning the same subject. We are very interested to hear your opinion about such a collaboration and look forward receiving your reply.

Yours sincerely,  
S. KARGER AG, BASEL  
Product/Marketing Management  
Journals

  
Thomas Nold

Rob Offerhaus  
Raamstraat 4  
1016 XM Amsterdam  
The Netherlands

28-09-1987

Mr. Th. Nold  
S. Karger AG  
Product/Marketing Management  
Journals  
Postfach CH-4009 Basel  
Schweiz

cc. Dr. I.A.D. Hohberger, London  
Prof. Dr. P. Jongerius, Utrecht

Dear Mr. Nold,

Thank you very much for your extensive letter of June 25th, dealing with the possible publication of a Dutch yearbook. We greatly appreciate your interest and fully understand that the many snags involved will need to be discussed at length. Some of these are mentioned in your letter. You emphasise that our members, the Dutch psychiatrists, are welcome to publish their papers in your renowned journal 'Psychotherapie and Psychosomatics'. I expect that our members will be aware of this important opportunity to present their work to an international forum. Nevertheless, it is of course worth reminding them in case they overlook your widely read and highly esteemed journal when planning to publish their articles. Your drawing attention to your journal made me wonder whether you had one of our Dutch colleagues on your editorial board who could help you judge the intrinsic value of the papers submitted for publication. Such inside expertise could be a great help.

You also raised the matter of finance. As we all know, this is a rather touchy subject. In this connection, it is perhaps worth noting that the Dutch are often considered to be every bit as thrifty as the Scots. As I understand the Swiss themselves are not averse to this mental habit, I expect you will regard Dutch thriftiness as a sign of perfect sanity. Bearing this in mind, it will not come as a surprise that I, as a Dutchman, think Sfr. 350 per page, coming to Sfr 35,000 per 100-page publication, is a lot of money. Assuming that translation and/or correction of the texts to ensure good and readable English will cost a comparable amount of money, publication costs are going to be pretty hefty.

On the other hand, publishing the Dutch psychiatric yearbook as a supplement to 'Psychotherapy and Psychosomatics' has many attractive advantages. You already mention the possibility of citations in 'Current Contents' and 'Index Medicus'. Added to that, there is the wide distribution among professionals and medical libraries, guaranteeing a

wide and fixed readership. This automatically raises some questions concerning the contents of the publication. The title of your journal suggests that it covers only two, though leading, subjects of the entire psychiatric spectrum. In my opinion, our yearbook should be more comprehensive, dealing with all subjects. In this context, I should stress the importance of social or community psychiatry in the Dutch tradition. In Holland, we currently tend to recognise three main streams in psychiatry: biological psychiatry, social psychiatry and psychotherapy. However, in my view, a yearbook should not only cover these but also relatively small subjects such as children, elderly people, forensic, liaison and management.

I hope I have given you some more material for our discussion. I realise that we still have a long way to go before eventually reaching the starting point. But in my view we are heading in the right direction.

Yours sincerely,

Rob Offerhaus



10 Harley Street  
London W1  
Telephone: 01-580 4280

100 Offerhaus.  
Raamstraat 4.  
1016 XM  
Amsterdam,  
Netherlands.

148

6th November, 1987.

Dear Dr. Offerhaus,

Thank you for the copy of your letter dated 28th September, 1987 to Mr. Th. Nold in/on the matter of the Dutch Psychiatric Yearbook. I read it with great interest.

I remarked you did not ask Mr Nold directly for the possibility of publishing Extra Issues also with other Karger Journals besides 'Psychotherapy and Psychosomatics'.

The negotiation seems to be on its way. May I say again that I would appreciate it if you will let me know if I can be of assistance to you in this process.

I appreciate your keeping me informed, With best wishes and kind regards.

Yours sincerely,

*met hartelijke groeten.*

*I.A.D. Hohberger*

Dr. I.A.D. Hohberger.

P.S. I apologise for the English letter, but it really gets typed more easily here.

Medical and Scientific Publishers  
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften  
Editions médicales et scientifiques

November 10, 1987 tn/cp

Postal address: S. Karger AG  
P.O. Box · Postfach · Case postale  
CH-4009 Basel

Dr. Rob Offerhaus  
Raamstraat 4

Domicile:  
Allschwilerstrasse 10 · Basel  
Switzerland · Schweiz · Suisse

NL-1016 XM Amsterdam

Telephone 061 · 390880  
Telex CH 962652  
Telegram Kargermed Basel

Swiss Bank Corporation  
Schweizerischer Bankverein  
Société de Banque Suisse

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS

Dear Dr. Offerhaus,

I have carefully studied your letter regarding the possible publication of a Dutch Yearbook. Indeed, the crucial point is the question of how to finance this Yearbook as a supplement to our journal PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. I am not too worried about the particular spectrum of the journal. Such a Yearbook can easily be more comprehensive, dealing with all related subjects.

Regarding the costs of the publication I could envisage a solution whereby the journal would make pages available for the Yearbook. However, I am not in a position to decide this myself and would have to discuss it first with the Editors-in-Chief. In order to do this we should first settle the approximate format of such a Yearbook. Do you already have an idea how many papers would be included in this publication and also what the length of these papers would be? Please consider two manuscript pages, double-spaced, with wide margins as one printed page. Once we have a rough idea of the overall content I could discuss with the Editors-in-Chief - as mentioned above - whether the journal could perhaps make one issue available and the additional pages required would be financed by the Dutch Society, either directly or with the help of the sponsors.

Please let me know what you think about such a possibility. It would mean that the Dutch Society would have to raise for every Yearbook approx. SFr. 17,000.-- to 20,000.-- and the journal would make pages available for the rest of a 100 printed page issue.

Looking forward to hearing from you I remain

Yours sincerely,  
S. KARGER AG, BASEL  
Product/Marketing Management  
Journals

  
Thomas Nold

cc Dr. I.A.D. Hohberger, London

Rob Offerhaus  
Raamstraat 4  
1016XM Amsterdam  
The Netherlands

150  
01-06-88

Mr. Th. Nold  
S. Karger AG  
Product/Marketing Management  
Journals  
Postfach CH-4009 Basel  
Schweiz

cc. Dr. I.A.D. Hohberger, London  
Prof. Dr. P Jongerius, Utrecht

Dear Mr. Nold,

Thank you very much for your letter dated November 10th, 1987.

We are currently drawing up a budget. But as we have still to finalise this central aspect of the undertaking, I felt I should write in order to tell you that we have not forgotten to continue elaborating the special issue project.

If I understand your letter correctly, we are discussing a 100 page issue. This would require a financial backing of SFr. 17.000 from the Dutch psychiatric association or some other Dutch agency, amounting to some 170 Swiss francs a page. Each page contains approximately two double-spaced typed manuscript pages. So far your letter is quite clear to me. But what I fail to grasp is the question of sponsoring. Would a potential sponsor be allotted advertisement space? If so, how many pages and are these pages glossy or plain? A related question is whether this special issue will carry the same advertisements as your normal issues? And finally, who is to collect the advertisement income?

As for the contents of the special issue, we are thinking in terms of a third to half of the contents being reserved for new publications in English on recent research developments in Holland. The remainder would then be devoted to internationally worthwhile publications on the development of Dutch psychiatry plus one or two articles about the history of psychiatry in Holland. We are currently developing a more detailed plan which we will send to you when ready.

Another interesting possibility would be to send all the members of the Dutch psychiatric society a copy of the special issue with the compliments of the society. That would permit us to reach the entire Dutch psychiatric society, approx. 2000 psychiatrists thereby, no doubt, increasing advertiser interest.

I hope we can come to an understanding about this project as it would be an appropriate way of honoring the two Dutch founders of 'Psychotherapy and Psychosomatics', Prof.Carp and Prof.Sto~~g~~vis.

Judging by your last letter, we are heading in the right direction.

Sincerely yours,

Rob Offerhaus



Rob Offerhaus  
Raamstraat 4  
1016 XM Amsterdam

Dr. P. Jongerius  
Halsterseweg 309  
4613AS Bergen op Zoom

Beste Piet,

allereerst de vraag of je een leuk afscheidsfeest gevierd hebt in Halsteren? In de praktijk is afscheid nemen toch altijd wat anders dan in de theorie. In ieder geval was dit vertrek goed gemarkeerd door je vrienden. Jammer genoeg was ik tijdens je feest met vakantie.

Vervolgens hierbij een antwoordbrief van Nold uit Basel. Ik denk dat we een versnelling hoger kunnen schakelen. En Nold's brief toont volgens mij ook enig ongeduld. Ik zal hem van de zomer nog antwoord geven over de geplande 'content' van het special issue. Maar ik denk dat de organisatie nu hier van de grond moet komen. Voor het stichtingsbestuur van 'special issues dutch psychiatry' wilde ik uitnodigen: B. Gersons, J. Verhoef en P v.d. Zwaal. Daarmede is denk ik op veel velden relevante deskundigheid en ervaring beschikbaar. Voor de redactie denk ik aan jou en mijzelf. En voor de editorial board aan een dertigtal research- en publicatie-representerende collega's, verspreid zowel geografisch als per studieveld. Ik denk dat deze laatste lijst, gezien het aantal niet beperkt hoeft te blijven, niet moeilijk op te stellen zal zijn.

Mijn vraag is nu: zou je met deze opzet akkoord kunnen gaan en ben je het eens met de personele samenstelling? Zo ja, dan wilde ik de drie betrokkenen met de bijgaande conceptbrief uitnodigen.

Met vriendelijke groet,

Rob Offerhaus

CONCEPT

154

aan:  
Prof. Dr. B.P.R. Gersons  
J. Verhoeff  
P. v. d. Zwaal

Geachte collega,

zoals u uit de bijgaande correspondentie zal blijken zijn wij al enige tijd in onderhandeling met de uitgeverij Karger in Basel. Het betreft een 'special issue' over de nederlandse psychiatrie. In eerste instantie één zo'n issue, liefst echter jaarlijks, gedurende vijf jaar. Of nog langer bij sukses.

Een en ander vergt nogal wat organisatie en geld. Wat het laatste betreft: 18.000 zwitserse franken plus hfl. vertaalkosten plus hfl. organisatie per uitgave van 100 pagina's. Het is dan ook wenselijk te komen tot een aparte stichting, die een ander bestuurt. En niet alleen ten aanzien van Karger, maar die verder de vrijheid heeft ook andere engelstalige publicaties te verzorgen of te bevorderen. Sponsoring ervoor tot stand te brengen. En in het algemeen de nederlandse psychiatrie in het buitenland te promoten.

Ik zou jullie hierbij willen uitnodigen lid te worden van dit stichtingsbestuur op persoonlijke titel. Zoals ook alle overleg tot nu toe op persoonlijke titel gevoerd is. Dit gezien de bestaande organisatievormen (tijdschrift, vereniging) destijds gemeld hebben geen mogelijkheden te zien een zodanig projekt op te pakken.

Als redactie zouden dan Piet Jongerius en ik optreden. Waar naast een uitvoerige 'editorial board' samengesteld zal worden, die alle research en publiciteitscentra van de nederlandse psychiatrie op zorgvuldige wijze representeert.

Het is natuurlijk niet mogelijk alle aspecten en details van dit project in een brief te beschrijven. Ik denk wel de belangrijkste beschreven te hebben. En een deel van de ontwikkeling van de gedachtengang is ook in de briefwisseling met Nold terug te vinden. Een kontakt dat overigens door onze collega Hohberger (London) voor ons tot stand is gebracht.

Ik hoop dat je bereid bent lid te worden van het stichtingsbestuur. En ik ben ten alle tijde beschikbaar tot nadere toelichting.

Met hartelijke groet,

Rob Offerhaus



Datum:  
Ons kenmerk:  
Toestelnr.:

155

Stichting  
Tijdschrift voor Psychotherapie  
t.a.v. Mevrouw L. Ernst  
Leidsegracht 39  
Amsterdam

Uw kenmerk :  
Onderwerp :

Geacht bestuur,

al enige tijd ben ik in overleg met een uitgever in Basel. Het gaat daarbij om een jaarlijkse uitgave van een 'special issue'. Deze uitgave zou dan verzorgd worden door nederlandse psychiaters, de taal zou engels zijn. Op deze wijze zouden dan de nederlandse psychiaters een engelstalige publicatiemogelijkheid krijgen en de buitenlandse lezers in de gelegenheid gesteld worden, van de nederlandse research op ons gebied van de psychiatrie op de hoogte te blijven. Deze 'special issue' zou een onderdeel kunnen vormen van een vast en maandelijks verschijnend tijdschrift uit de portefeuille van de uitgever.

Nu denk ik dat het nodig is om aan de nederlandse zijde van deze publicatie een stabiele structuur te krijgen om een stichting op te zetten, met daarnaast een kleine redactie en een ruime 'editorial board'.

Dat is de reden, waarom ik me nu tot u wend. Zou het mogelijk zijn om van u informatie te krijgen over:

- hoe zo'n stichtingsakte opgezet dient te worden en wat daarin opgenomen dient te worden?
- welke aspecten bij de begroting van een en ander niet over het hoofd gezien mogen worden, en in welke orde van bedragen wij dan moeten denken?
- welke afspraken en reglementen tussen bestuur en redactie en bij de redactieleden onderling relevant zijn?

Ik zou u zeer dankbaar zijn, indien u mij hierbij zoudt kunnen helpen.

Hoogachtend,

Dr. R.E. Offerhaus



Dr. Rob Offerhaus  
Raamstraat 4  
1016XM Amsterdam

Amsterdam, 10-09-88

156

Babel  
Biltstraat 101  
3572 AL Utrecht

offerte aanvraag 'special issues' dutch psychiatry  
vertaling nederlands - engels

Beste Maria en Jeroen,

onlangs belde Karin jullie met de vraag, of jullie bereid zijn tot bemiddeling voor het vertalen van nederlandse psychiatrische artikelen in het engels.

Hierbij vinden jullie een copie van een artikel, zoals het tijdschrift, dat t.z.t. vertaald zou moeten worden, deze afdrukt. De bladspiegel omvat dus 2 kolommen van elk 40 regels met telkens 40 tekens. Onze onderhandelingen gaan over een nummer in de engelse taal met een omvang van 100 pagina's. Voorlopig zou het om één nummer gaan. Hopelijk later natuurlijk om meerdere. De afspraak is dat wij de tekst drukklaar op floppy aanleveren volgens wordperfect.

Mijn vraag is nu een offerte over twee mogelijkheden. De eerste is: wij leveren jullie nederlandse teksten met erbij gevoegd een engelse woordenlijst van de moeilijker technische termen. Welke kosten zijn verbonden aan een vertaling in het engels? Ik neem aan, dat het voor jullie makkelijker is, prijsopgave in een aantal woorden op te geven. Ik heb het echter nodig: per 100 pagina's vertaald. De erbij behorende vraag is of jullie de vertaling op papier afleveren of op floppy. En of er in het laatste geval extra kosten zijn, boven het hierboven bedoelde tarief.

De tweede vraag is wat de kosten zullen zijn, ook weer per 100 pagina's, wanneer wij de tekst niet in het nederlands inleveren, maar in een door de nederlandse auteur en dus gebrekkig opgestelde, engelse tekst. Het gaat dan dus om correctie van de (meer of minder) primitieve engelse tekst in een foutloze, met de juiste zinsbouw en woordkeuze. Ik begreep dat deze variant in het algemeen niet de voorkeur heeft, toch zou ik graag voor onze besluitvorming een prijskaartje er aan kunnen hangen.

Alvast mijn dank en  
met vriendelijke groet

Rob Offerhaus

# BABEL

TAAL- EN KULTUURKURSUSSEN  
BILTSTRAAT 101  
3572 AL UTRECHT  
TELEFOON 030-334241  
TELEFAX 030-334211  
POSTGIRO 660933  
RABOBANK 39444442

157

Dr.R. Offerhaus  
Raamstraat 4  
1016 XM Amsterdam

Utrecht, 16 - 9 - 1988

betreft: offerte vertaling

Beste Rob,

In antwoord op je brief van 10 september 1988 doen wij je hierbij graag offerte.

Uitgaande van 100 pagina's effectieve tekst van gemiddeld 535 woorden per pagina bedraagt de prijs per woord f 0,25. Als de tekst uit minder dan 70 maar meer dan 50 pagina's van genoemde omvang bestaat bedraagt de woordprijs f 0,28. Deze bedragen zijn gebaseerd op de moeilijkheidsgraad van de tekst en sterk gecorrigeerd door de omvang van de tekst.

De levertijd bij 100 pagina's is minimaal 4 weken.

De tekst zal worden vertaald en door een tweede vertaler gecorrigeerd. Indien ons gevraagd wordt de tekst te vertalen zouden wij graag een aantal soortgelijke artikelen in het Engels willen ontvangen. Het zou uiteraard heel plezierig zijn als er een technische woordenlijst zou worden toegevoegd, of als de technische termen in de tekst reeds in het Engels zouden zijn opgenomen.

De vertaalde tekst kan worden aangeleverd op een floppie (word perfect of ander programma). Hier zijn geen extra kosten aan verbonden.

De kosten verbonden aan de tweede genoemde mogelijkheid, namelijk het corrigeren van een reeds vertaalde tekst, zijn onmogelijk te geven omdat de kwaliteit van de Engelse tekst ons niet bekend is. Wordt de tekst door een onervaren, niet gekwalificeerde vertaler gemaakt dan is het opnieuw vertalen veelal minder tijdrovend dan het "corrigeren".

In de hoop je hiermee van dienst te zijn geweest, verblijf ik. Met vriendelijke groet,

Maria van Kleinwee

Rob Offerhuis  
Raamstraat 4  
1016 XM Amsterdam

Amsterdam, 8 augustus 1988.

Betreft: offerte voor het vertalen Nederlands - Engels van 100 pagina's A4 met op elke pagina 2 kolommen van elk 40 regels met telkens 40 tekens. De tekst wordt op floppy in Word Perfect aangeleverd. En offerte voor de correctie van dezelfde hoeveelheid Engelse tekst.

Geachte heer Offerhaus,

Wij denken voor het vertalen 2 uur per pagina nodig te hebben. Ons uurtarief is fl. 90,-. Het vertalen kost derhalve fl. 180,- per pagina.

Het is onze ervaring dat door Nederlanders geschreven Engelse teksten vaak niet al te best zijn. Er moet meestal veel aan herschreven worden. Ook omdat de teksten door verschillende mensen worden geschreven (uiteenlopende kwaliteit), lijkt het ons verreweg het beste wanneer alles in het Nederlands wordt aangeleverd met een woordenlijst voor het vakjargon.

Ik zei het al, de kwaliteit van de te corrigeren teksten is nog niet bekend. Ik kan op dit moment dan ook moeilijk beoordelen hoeveel tijd er in correctie zal gaan zitten. Omdat e.e.a. op floppy aangeleverd moet worden, moet de corrector de hele tekst in ieder geval overtypen. Daarom denk ik dat we uiteindelijk met corrigeren minstens zoveel tijd kwijt zijn als met vertalen, ca. 2 uur dus.

Met vriendelijke groeten,



Hans van den Bosch

Rob Offerhaus  
Raamstaat 4  
1016 XM Amsterdam  
Holland

Mr. Th. Nold  
S. Karger AG  
Product/Marketing Mangement  
Journals  
Postfach CH-4009 Basel  
Schweiz

06-03-1989

Dear Mr. Nold,

I regret to tell you that our endeavours to launch the proposed yearly volume on Dutch psychiatry for your journal 'Psychotherapy and Psychosomatics' have failed.

In my view, two aspects were crucial. Firstly, a reasonable amount of enthusiasm among the Dutch psychiatric community, and secondly, a sound financial basis for a period of about five years. Unfortunately I have been unable to muster enough support on either count. No one, I think, need be blamed personally for this. Evidently, the time was not ripe for our initiative. Perhaps a better opportunity will present itself some time in the future.

Finally, let me thank you very much for all the time and effort you put into the project. It's a great pity that it didn't get off the ground. But, as I said, maybe better luck next time.

Yours sincerely,

R. E. Offerhaus

Medical and Scientific Publishers  
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften  
Editions médicales et scientifiques

March 21, 1989 tn/cst

Postal address: S. Karger AG  
P.O. Box · Postfach · Case postale  
CH-4009 Basel

Domicile:  
Allschwilerstrasse 10 · Basel  
Switzerland · Schweiz · Suisse

Telephone 061 · 390880  
Telex CH 962652  
Telefax (061) 385383  
Telegram Kargermed Basel

Swiss Bank Corporation  
Schweizerischer Bankverein  
Société de Banque Suisse

Dr. Rob Offerhaus  
Raamstaat 4

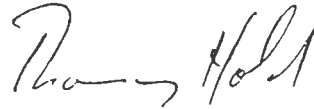
1016 XM Amersterdam  
(Holland)

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS

Dear Dr. Offerhaus,

Thank you very much for your letter of March 6th. Indeed it is a pity that our project did not get off the ground. Please do not hesitate to contact us when you feel that the time has come to reconsider such a publication for the Dutch psychiatrists.

Yours sincerely,  
S. KARGER AG, BASEL  
Product Management  
Journals



Thomas Nold

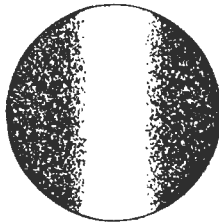
cc: Dr. Hohberger, London

Dwang op de T.V.

Kees Hoogduin

Op 3 augustus 1989 zond de AVRO een dwangspecial uit over dwangneurose. De AVRO had ons uitgenodigd daaraan medewerking te verlenen. Het was mij tot nu toe onduidelijk wat de Stichting correlatie - die na dergelijke programma's in beeld komt - precies doet.

Ik kreeg van de AVRO bijgaand verslag van werkzaamheden van die Stichting verricht i.a.a. het TV-programma over dwang. Alleszins de moeite waard. Een helder verslag en een objectief kijkje in de keuken van andere hulpverleners.



162

## stichting korrelatie

datum : 16 augustus 1989  
nummer : 89330/ML/HvdL  
onderwerp : verslag telefonische reacties

Verslag van de telefonische reacties op de uitzending  
LEVEN MET DWANGNEUROSE, op 4 augustus 1989 uitgezonden  
door de AVRO

-----

Dwanggedachten en dwanghandelingen komen - als we tenminste op het aantal reacties af mogen gaan-veelvuldig voor. Midden in het zomerseizoen reageerden ruim 250 kijkers op de uitzending 'Leven met dwangneurose'.

Vrouwen waren daarbij duidelijk in de meerderheid: op iedere drie vrouwen belde één man. Of vrouwen dus ook vaker last hebben van dwangmatigheid kan hier uit niet worden gekonkludeerd, Vrouwen bellen vaker voor een ander en nemen - zo leert de ervaring - makkelijker dan mannen contact op met Korrelatie.

In ruim de helft van de gevallen zoekt men hulp omdat men zelf gebukt gaat onder een dwangneurose. In een kwart van de gesprekken vraagt men advies voor iemand anders in de direkte omgeving. In de meeste gevallen gaat het om een zoon of dochter, iets minder vaak om een partner.

De rest van de gesprekken is van informatieve aard (literatuur, adressen, namen van therapeuten enz.) of betreft problemen die niet tot de dwangneurosen gerekend kunnen worden (fobieën, medicijnverslaving, depressies).

Wat meteen opvalt is dat er erg veel kijkers opgelucht reageren op de uitzending. Eindelijk schenkt de televisie eens aandacht aan hun probleem, zo wordt meer dan eens opgemerkt. Daardoor alleen al neemt de geheimzinnigheid die er rond dwangneurosen hangt af en is men in staat te praten over de merkwaardige dwanghandelingen en de - soms angstaanjagende - dwanggedachten die men heeft.

Dwangneurosen zijn met schaamte omgeven, soms worden ze geheim gehouden voor de meest direkte familieleden, en als deze er al weet van hebben, dan zorgt men ervoor dat het 'geheim' binnen de eigen kring blijft.

tk. teldwang

Er heeft een breed scala van dwanggedachten- en handelingen de revue gepasseerd in de dagen na de uitzending. Veel kijkers blijken zich te herkennen in de personen die in het programma aan het woord komen. Zo vertellen veel mensen dat ze last te hebben van teldwang. Een man zegt dat hij de hele dag de franjes van het tafelkleed, de blokken op het vloerkleed en de bloemen op het behang moet tellen en dat al dertig jaar lang. Anderen worden geregeerd door een 'magisch' getal dat overal in terug moet komen. Een stratemaker vertelde dat hij ieder steentje er vijf keer in moest leggen en overigens ook alle andere dingen vijf keer moest doen. Hierdoor is hij in de WAO terecht gekomen. Een vrouw is als de dood voor het getal vier, want dit getal, of een veelvoud daarvan, zal haar groot ongeluk brengen. Ze weet dan ook zeker dat ze op haar 44ste zal sterven.

Een andere neurose die vaak genoemd wordt is dat men denkt een ander -of zichzelf- iets te moeten aandoen. Vrouwen vertellen regelmatig dat ze de - angstaanjagende!- gedachte hebben dat ze hun baby uit het raam moeten gooien of met een mes moeten doorsteken. Een vertegenwoordiger heeft de dwanggedachte dat hij z'n klanten de koffie in het gezicht moet gooien en een vrouw denkt dat ze midden op de snelweg uit haar auto moet stappen.

Daarnaast is er een relatief grote groep vrouwen die onder hevige poetsdwang gebukt gaat. "Ik moet iedere dag mijn huis van boven tot onder en in een strak patroon schoonmaken. Ik kan er niet van afwijken, het moet - niet omdat het huis vies is- maar uit dwang". Nogal wat andere vrouwen vertellen een vergelijkbaar verhaal. Soms beperkt de neurose zich niet tot het huis, maar heeft deze zich uitgebreid naar de kleren van de huisgenoten en is er sprake van buitensporige wasdrang. Deze dwanghandelingen staan soms - maar niet altijd - in verband met smetvrees. Een vader vertelt dat z'n dochter laborante is en vanwege haar werk soms in contact komt met bacteriën. Ze heeft in de loop der jaren zo'n ernstige vorm van smetvrees ontwikkeld dat ze haar handen tot bloedens toe kapot gewassen heeft. Inmiddels zit ze in de ziektewet en haar werkgever begrijpt niet wat er met haar aan de hand is.

Wat opvalt in de gesprekken is dat mensen die aan dwanggedachten en/of -handelingen lijden behoefte hebben aan volledige controle over hun leven en vaak zeer perfectionistisch zijn. Alles moet volgens een vast patroon verlopen. Afwijkingen kunnen niet worden getolereerd, want dan ontstaat er paniek. Soms is het scheidslijn tussen het controleren van de werkelijkheid en het bezwerven ervan nauwelijks meer te trekken. Het dwangmatig aanraken van bepaalde dingen zou geluk brengen, wanneer het cijfer 7 niet in alles voorkomt dan is er ellende op til, en als niet alle bezigheden in een strikte volgorde worden uitgevoerd loopt alles in het honderd.

In sommige gevallen controleren mensen letterlijk de hele



dag de lichtknopjes, het gas, de sloten van de deur. Er kan niemand opbellen, of op bezoek komen want dan stort het controlesysteem in en raakt men de kluts kwijt.

In een opvallend aantal gevallen legt men verband tussen de angst voor het dragen van verantwoordelijkheid en het ontstaan van de dwanggedachten- en handelingen.

Het mag dan ook geen wonder heten dat mensen die aan dwangneurosen lijden op den duur vriendschappen verliezen en geïsoleerd raken. Ook is er veelvuldig sprake van gezinsproblemen wanneer een van de ouders of een van de kinderen dwanggedachten- of handelingen heeft. Een moeder vertelt dat ze met de handen in het haar zit, want haar zoon wordt al maar dwangmatiger. Hij moet de trap altijd vijf keer op en af lopen voordat hij naar school kan. De laatste tijd begint hij ook z'n eten uit z'n mond te halen en terug te leggen op z'n bord, om het vervolgens opnieuw in z'n mond te steken.

Het blijkt erg moeilijk te zijn voor omstanders om het systeem van dwanghandelingen te doorbreken. Soms gebeurt het dat zij zelfs ongewild het systeem mede in stand houden.

Een man vindt dat zijn hele gezin ernstig lijdt onder de dwangmatige schoonheidswoede van zijn vrouw. De kinderen moeten meermalen per dag schone kleren aan, er mag niemand meer over de vloer komen, en als de telefoon is gebruikt moet deze behoedzaam worden afgestoft. Hij houdt dit leven niet meer vol en denkt steeds vaker aan echtscheiding.

Andere problemen

Dwangneurosen zijn, zo blijkt uit de gesprekken, zelden een op zichzelf staand verschijnsel dat zomaar de kop opsteekt. De meeste mensen die onder meer of minder ernstige vormen van dwangmatigheid gebukt gaan, noemen ook andere problemen die ze ermee in verband brengen. Niet altijd is echter duidelijk wat nu de oorzaak en wat het gevolg is. Bovendien is er nog al eens sprake van verschijnselen die dicht tegen dwangneurosen aanliggen, zoals angsten, obsessies, stemmen horen en fobieën. Relatief vaak wordt door vrouwen de geboorte van een kind genoemd als beginpunt van hun dwanggedachten- of handelingen. Sommigen hebben een postnatale depressie gehad. Daarnaast worden er - ook door vrouwen- regelmatig verbanden gelegd met gestoord eetgedrag. In een aantal gevallen is er sprake (geweest) van anorexia en bulimia nervosa. Ook seksueel misbruik in de kinderjaren wordt regelmatig genoemd als verzwarende omstandigheid. Daarnaast wordt er vaak een relatie gelegd tussen het (onverwerkte-) verdriet om de dood van een naast familielid en het ontstaan van dwangmatigheid. Ook de oorlog speelt -vooral bij de oudere bellers- nog af en toe een rol.

Een minderheid van de kijkers met dwangneurosen was er -

tòt deze uitzending - van overtuigd met een unieke afwijking te leven en heeft er om die reden nooit met anderen over durven praten. Hulp vragen was er al helemaal niet bij. Deze groep is erg blij met de uitzending; het lijkt of er een last van hun schouders valt, en voor het eerst durven zij iets prijs te geven van de dwangmatigheid die hun leven soms al jaren beheerst.

Een vrij grote meerderheid van de mensen heeft inmiddels zijn weg gevonden naar de RIAGG, de vrij gevestigde therapeut of het Maatschappelijk Werk. Soms is er sprake (geweest) van een psychiatrische opname.

Lang niet altijd blijken de dwanggedachten- en handelingen centraal te staan in de behandeling die men krijgt. Bijvoorbeeld omdat andere problemen meer aandacht vragen. Het komt echter ook regelmatig voor dat de therapeut niet serieus ingaat op de signalen over dwangmatigheid of dat de cliënt er uit schaamte niet over durft te beginnen.

Alles bij elkaar leidt dit tot de konklusie dat nogal wat mensen hun ontevredenheid uiten over de geboden hulp. Een vrij grote categorie zegt niet verder te komen met de therapie en in een iets kleiner aantal gevallen spreekt men ronduit van een mislukking. Regelmatig wordt naar voren gebracht dat de RIAGG niet goed raad weet met dwangneurosen en dat de behandeling ervan niet succesvol gebleken is. Een veel gehoorde klacht is dat men te diep in het verleden moet duiken en de dwangklachten tijdens de behandeling buiten schot blijven. Wie, vanwege dwanggedachten-of handelingen de hulp van een psychiater heeft ingeroepen, krijgt nogal eens kalmerende medicijnen voorgeschreven, zonder dat de klachten daar overigens altijd door verdwijnen. Dat er met gedragstherapie heel behoorlijke resultaten zijn te behalen is voor de meeste kijkers nieuw, en zij informeren dan ook volop naar mogelijkheden in deze richting.

De reacties overziend mag gekonstateerd worden dat de uitzending voor veel kijkers een hele opluchting betekende. Men durft voor de dag te komen met vaak lang verzwegen dwanggedachten - en handelingen en het gevoel niet de enige te zijn is op z'n minst troostend. De uitzending en het telefoongesprek erna hebben er bovendien in veel gevallen toe geleid dat men (opnieuw) hulp gaat zoeken. Of al deze mensen ook allemaal goed terecht zullen komen en de therapie krijgen die hen toekomt is een andere vraag. Het lijkt erop dat de behandeling van dwangneurosen niet erg hoog op de prioriteitenlijst staat van therapeutisch Nederland.

Michaja Langelaan



Gebouw Hippolytus

Reinier de Graafweg 11, Delft  
telefoon 015 - 60 30 60

Correspondentie:  
Postbus 5012  
2600 GA Delft

Delft, 6-9-1989 nr. khcd

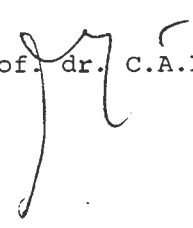
"Boze Brieven Van...."

Kees Hoogduin

In het kader van een zelfcontrole procedure heb ik besloten mijn boze brieven voortaan aan de TDT redactie voor te leggen. Vaak denk ik de toonzetting is niet fraai, het geschut is te zwaar. Dit nadat de brief al weer verzonden is. Hierbij een eerste brief.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin



167



Het Centraal Ziekenfonds

Hoofdkantoor:  
Tilburg, Stationsstraat 22

Regio-kantoren:  
Helmond, Zuidende 33  
Nijmegen, Ziekerstraat 49a  
's-Hertogenbosch, Marktstraat 17

┌

Aan de weledelzeergeleerde heer  
Dr. C. Hoogduin  
Psychiatrische Polikliniek Delft  
R. de Graafweg 2  
2625 AD DELFT

└

Nr. 2645

Toestelnummer : 013.325221

Geachte Dienstverlener,

Volgens de gegevens op het aanvraagformulier is  
betrokkene niet bij ons ziekenfonds verzekerd.  
De aanvraag zenden wij u bijgaand retour.

Datum : 28.07.'89

Hoogachtend,

*P/O mfl dippal*

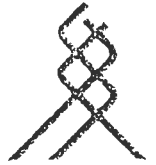
K. van Iersel

Groepsleidster Algemene  
Machtigingen.

Vanaf 09.04.'89 verhuisd buiten werkgebied, dus niet  
meer verzekerd.

168

# Reinier de Graaf Gasthuis



Gebouw Hippolytus

Reinier de Graalweg 11, Delft  
telefoon 015 - 60 30 60

Correspondentie:  
Postbus 5012  
2600 GA Delft

Het Centraal Ziekenfonds  
t.a.v. K. van Iersel,  
Stationsstraat 22  
TILBURG

Delft, 4-9-1989 nr. khko

Geachte mevrouw/heer van Iersel,

Wilt u mij niet langer aanspreken als "Geachte Dienstverlener". Ik ben uw dienstverlener niet en wil dat ook nooit wezen.  
Ik ben Professor, Dokter, of als u dat wil meneer.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin

SLAAPWANDELEN

-----

Richard Van Dyck

inleiding voor TDT

-----

De afgelopen tijd kreeg ik weer een vraag te beantwoorden over slaapproblemen, dit keer over slaapwandelen. Dit is een goede gelegenheid om eens systematisch wat literatuur na te kijken. De VU beschikt trouwens over een uitstekende literatuurservice, die binnen de week een computeruitdraai met summaries over het gewenste onderwerp levert.

Ik vond het zelf leerzaam wat ik over slaapwandelen heb gelezen en ik hoop dat ik e.e.a. duidelijk heb samengevat. De in het stukje vermelde hypnotische techniek tegen slaapwandelen heb ik al met een op korte termijn gunstig resultaat kunnen toepassen. Tegen de tijd van de volgende TDT bijeenkomst hoop ik iets te kunnen zeggen over het effect op wat langere termijn.

VRAAGNUMMER:1333

WAT IS DE THERAPIE TEGEN SLAAPWANDELEN? MOETEN MENSEN DAN  
WAKKER GEMAAKT WORDEN?

Richard Van Dyck

inleiding

Slaapwandelen is een aandoening met een prevalentie van 2.5 tot 5% in de algemene bevolking (1). Lang werd gedacht dat tijdens slaapwandelen een droom werd uitgeleefd. Het moderne slaaponderzoek heeft uitgewezen dat deze opvatting niet houdbaar is: slaapwandelen treedt niet op gedurende de REM-fases van de slaap, maar tijdens de stadia 3 en 4. Net als pavor nocturnus, dat ook uit de stadia 3 en 4 voortkomt, wordt slaapwandelen opgevat als een stoornis van het ontwaken.

Een typische episode treedt vooral op gedurende de eerste paar uur van de slaap en duurt niet langer dan 15 minuten. Als regel is er niet meer dan een episode per nacht. De slaapwandelaar gaat in bed zitten en maakt enkele bewegingen en onverstaanbare geluiden; soms staat hij op en

beweegt zich met een geringe coordinatie, meestal met geopende ogen. Soms worden meer complexe handelingen verricht, zoals aankleden, eten of urineren. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht kan slaapwandelen zeer gemakkelijk leiden tot ongelukken en valpartijen. Na afloop bestaat amnesie voor het gebeuren, eventueel met het besef minder goed geslapen te hebben.

Het voorkomen en de betekenis van slaapwandelen verschilt sterk met de leeftijd. We zullen daarom de diagnose en het beleid per leeftijdscategorie bespreken.

#### Slaapwandelen bij kinderen

Bij kinderen komt slaapwandelen betrekkelijk frekwent voor: de prevalentie wordt op 10 tot 15% geschat. De eerste episode treedt doorgaans voor het 10de levensjaar op en veelal verdwijnt het fenomeen na het 15de jaar, zoals ook bij pavor nocturnus het geval is. Beide aandoeningen worden als uitingen van cerebrale immaturiteit opgevat, waarbij slaapwandelen de mildere variant zou zijn (2,3,). Er is een duidelijke genetische component: Bij 80% van de kinderen met slaapwandelen is de familiale anamnese positief en de concordantie voor dit verschijnsel is zes maal hoger bij



monozygotische dan bij dizygotische tweelingen. Na een koortsende ziekte treedt slaapwandelen vaker op, wellicht als gevolg van een rebound-effect van stadium 4 slaap. Er zijn geen aanwijzingen dat slaapwandelen bij kinderen gepaard gaat met psychopathologie (4).

In diagnostisch opzicht moet het onderscheid tussen slaapwandelen en psychomotorische epilepsie gemaakt worden. In dit laatste geval zijn er doorgaans ook overdag aanvallen en bij EEG onderzoek worden typische afwijkingen gevonden. Tijdens een nachtelijk psychomotorisch insult is er meer sprake van stereotype handelingen zoals handen wrijven of slikken en ontbreekt elke reactie op omgevingsstimuli (1).

Het beleid bij kinderen met slaapwandelen houdt in dat de ouders worden gerustgesteld over de prognose van deze aandoening en over de psychische gezondheid van het kind. Er moeten wel maatregelen genomen worden om ongelukken te voorkomen zoals afsluiten van ramen, deuren of trapgat. Bij voorkeur laat men deze kinderen op de benedenverdieping slapen. Het is van belang om deze maatregelen ook aan te houden bij vakantie en logeerpartijen. Zolang zich tijdens een episode van slaapwandelen geen gevaarlijke toestanden voordoen, kunnen de ouders er zich toe beperken het kind te observeren, en zo nodig zachtjes naar bed terug te leiden,

waar het verder kan slapen. Een kind dat gewekt wordt is gedesoriëteerd, wat tot angst aanleiding kan geven: als dit reactiepatroon zich eerder heeft voorgedaan kan men het beter vermijden(4).

In hardnekkige gevallen kan een psychofarmacologische behandeling met diazepam (5-20 mg) of imipramine (10 -50mg) 's avonds overwogen worden. Deze medicatie leidt tot een afname van de frekwentie; staken van de medicatie gaat echter met een recidief gepaard.

slaapwandelen bij volwassenen

Bij volwassenen heeft slaapwandelen doorgaans wel een psychopathologische betekenis. In niet minder dan 72% van de volwassen slaapwandelaars werd een psychiatrische diagnose gesteld, meest schizofrenie of persoonlijkheidsstoornis met een neiging tot acting out (3). Het (opnieuw) optreden van slaapwandelen bij een volwassene met of zonder een positieve voorgeschiedenis kan erop wijzen dat een periode van grote belasting wordt doorgemaakt.

Slaapwandelen kan ook een bijwerking zijn van verschillende psychofarmaca, of vooral combinaties van psychofarmaca: dit is beschreven bij gebruik van propranolol,

van lithium in combinatie met neuroleptica of antidepressiva en van antidepressiva met alcohol of neuroleptica (1,5).

Uiteraard dient bij volwassenen ook epilepsie in de differentiaal diagnose betrokken te worden.

Het risico op ongelukken is bij volwassenen hoog en zou bij persisterend slaapwandelen zelfs tot 72% oplopen (6). Wekken is te prefereren boven een ongeval. Behalve preventie van ongevallen moet het beleid gericht zijn op de identificatie van psychopathologie en van spanningsbronnen. Psychotherapie met als doel een meer adequate verwerking van frustraties is aanbevolen (3). Ook hypnose, met de suggestie te ontwaken zodra de voetzool met de vloer in aanraking komt is effectief gebleken (7). Het somnambulisme dat bij hypnose beschreven is, heeft overigens alleen uiterlijke overeenkomsten met slaapwandelen: bij EEG studies blijken beide fenomenen niet verwant.

Bij slaapwandelen tengevolge van medicatiegebruik kan door vermindering van de dosis of weglaten van de avondgift getracht worden deze bijwerking te voorkomen. Als dit niet mogelijk is kan ook diazepam of imipramine overwogen worden. Gunstige resultaten zijn eveneens beschreven bij gebruik van clonazepam (2.5 mg). Anti-epileptica zoals carbamazepine of

fenytoïne zijn aangewezen wanneer van een epileptische origine sprake is (8).

nachtelijk zwerven bij ouderen

Volledigheidshalve noemen we ook de nachtelijke episodes van zwerven bij ouderen. Slaapfase 3 en 4 nemen in intensiteit verder af naarmate de leeftijd vordert; van slaapwandelen in de strikte betekenis is dan ook geen sprake meer. Wanneer ouderen nachtelijke zwerfneigingen vertonen moet in de eerste plaats aan een organisch cerebrale aandoening gedacht worden, zoals beginnende dementie of een hersentumor. Het zwerven kan ook het gevolg zijn van een delier.

conclusie

Slaapwandelen kan verschillende betekenissen hebben afhankelijk van de leeftijd en voorgeschiedenis. Bij kinderen is slaapwandelen meestal geen teken van psychopathologie. Bij volwassenen is dat juist wel het geval en bij ouderen is nachtelijk zwerven vooral verdacht voor organisch cerebrale pathologie. Medicatie effecten of

176

epilepsie kunnen verantwoordelijk zijn. Voor alle leeftijden zijn maatregelen ter voorkoming van ongelukken noodzakelijk, wekken kan daarbij gewenst zijn. Bij kinderen zal zich meestal een spontaan hertstel voordoen. Bij volwassenen zijn psychotherapie, hypnose of medicatie aangewezen.

literatuur

1. Berlin RM, Quayyum U: Sleepwalking: diagnosis and treatment through the life cycle. Psychosomatics 27 755-60, 1986
2. Soldatos CR, Kales A: Sleep disorders: research in psychopathology and its practical implications. Acta Psychiatr Scand 65 381-7, 1982
3. Kales A, Kales JD: Sleep disorders: recent findings in the diagnosis and treatment of disturbed sleep. N Engl J Med 290 487-99, 1974.
4. Kales A, Kales JD, Soldatos CR: Insomnia and other sleep disorders. Med Clin North Am 66 971-91, 1982
5. Pradelier A, Guiroud M, Dry J. Somnambulism, migraine and propanolol. Headache 27 143-5, 1897

6.Kales A, Soldatos CR, Caldwell AB, et al: Somnambulism: clinical characteristics and personality patterns. Arch Gen Psychiatry 37 1406-10, 1980

7.Reid WH, Ahmed I, Levie CH: Treatment of sleepwalking: a controlled study. Am J Psychother 35 27-37, 1981

8.Pedley TA, Guilleminault C: Episodic nocturnal wanderings responsive to anticonvulsant drug therapy. Ann Neurol 2 30-35, 1977