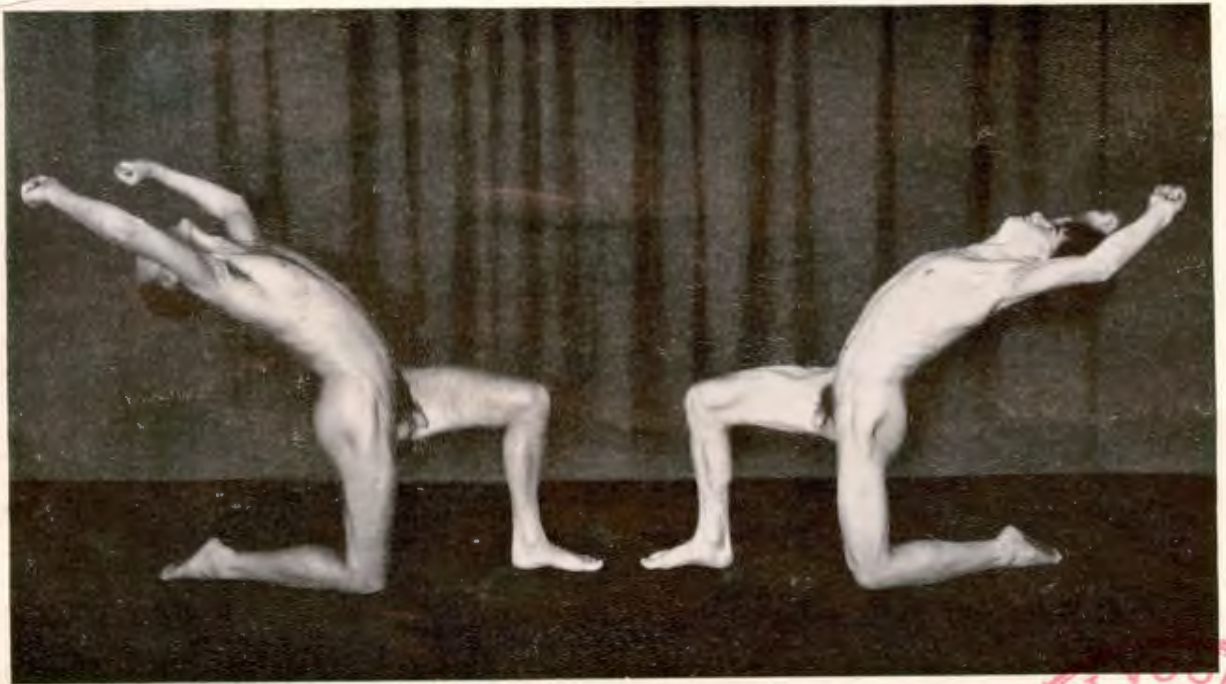


1990



TDT JRG.15 NR.1 MEI 19
TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE / INVOLUTIENUMMER



Rückbeuge



TDT

TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE / JRG. 15, NR. 1 / MEI 1990
REDACTIE: VAN DYCK, LANGE, JOELE, VAN DER VELDEN, OUDSHOORN, HOOGDUIN

INVOLUTIENUMMER

- De Hoofdredacteur, *Ten Geleide* 1
- Kees Hoogduin, *Het Handboek* 6
- Kees Hoogduin, *Geachte redactie* 8
- Kees Hoogduin/Mariëlle Bresser/Hans Breugem, 10
*Eindelijk een patiënt met een multipele
persoonlijkheidsstoornis*
- Richard Van Dyck, *Wat is het verschil tussen angst
en depressie, hoe zijn deze in de huisartsenpraktijk
te diagnosticeren en in hoeverre is het verschil
relevant?* 17
- Richard Van Dyck, *Codex Medicus: Psychiatrie* 28
- Kees van der Velden, *Met Michelangelo tegen As II* 41
- Leen Joele, *Functie en organisatie in de geestelijke
gezondheidszorg. Afhankelijkheid en ongenoegen of:
waar doe je wat waarom voor wie? Enkele implicaties
voor de ziekenhuizen* 47
- Dick N.Oudshoorn, *Samenwerking van psychiater en
psychotherapeut; verantwoordelijkheden en
terreinafbakening* 59
- Alfred Lange, *Over Zedenangst, het verhaal van Oude
Pekela* 66
- Kees Hoogduin, *Geachte redactie* 69

Ten Geleide

Een psychotherapeut of psychiater, dat is een onbevooroordeeld, scherpzinnig, geduldig en wijs mens, dachten wij toen wij nog jong waren, iemand die licht kan werpen op de onze duistere en verontrustende gedachten en gevoelens. Wij veronderstelden dat een psychiater zijn patiënten van tijd tot tijd misschien de sublieme ervaring *helemaal begrepen* te worden kon geven. Als vanzelfsprekend namen wij aan dat psychiaters graag kennisnamen van kunstuitingen en dat zij zouden sympathiseren met de grillige mensen die bij hen behandeling zochten. In ons idee waren psychiaters geleerd en geletterd. Een psychiater kon ook wel viool spelen in een strijkkwartet (met oude studievrienden bijvoorbeeld). Dat een psychiater zijn patiënten met toewijding en kennis van zaken zou behandelen leek ons vanzelfsprekend.

't Is niet moeilijk te achterhalen hoe wij aan dit beeld kwamen.

Onze geestelijk vader, indertijd directeur van het Groninger museum, vertelde wel over professor Kraus - de vader van de inspecteur -, die in het bestuur van het zijn museum zat, en die inderdaad zo'n soort psychiater geweest schijnt te zijn; ook vertelde hij over een gemakkelijk in vervoering gerakende jonge bovenbuurman, die psychiater aan de Universiteit was, en heel veel van Shakespeare en Rilke en opera wist en die werk verzamelde van Duitse en Groningse expressionistische schilders. Dit was P.C. Kuiper. En ten slotte was hij ook nog bevriend met de psychiater mevrouw Droogleever Fortuyn, beter bekend als de dichteres Vasalis. Met Kuiper, mevrouw Droogleever en de internist Meyler (naar wie Meyler's Side Effects of Drugs genoemd is) had hij een tekenclub.

Kennismaking met de heer Straathof, hoofd van de Damesafdeling van Endegeest, maakte duidelijk dat dit beeld van de

psychiater niet in alle gevallen klopte. Latere kennismakingen leerden dat het beeld zelden klopt.

Het beeld van de *erudiete* therapeut is trouwens niet alleen maar veilig en prettig.

Het is gemakkelijk ook een beetje een *ouwelijke* therapeut, van het type (met alle respect) Jan Thiel of Berthold Gersons .

Bespiegelingen zonder handelingen kunnen impasses bestendigen, wat, zoals we weten, niet altijd goed is.

De directieve therapeuten van het eerste uur waren zeker niet ouwelijk en voor impasses voelden zij weinig. Zij combineerden, zo meenden wij, de beste eigenschappen van de erudiete therapeut met drinken, fietsen en rennen en de uitingen van een gezonde geslachtsdrift. Zij namen besluiten en gaven adviezen. Het artistieke, dat de erudiete collega's reserveerden voor hun tekenmiddag en strijkkwartet, kwam bij hen tot uiting in verrassende en vaak geestige interventies. Zij waren vitaal en vrolijk, althans van tijd tot tijd en zeker in vergelijking met hun drooggeanalyseerde collega's.

Het is eigenlijk niet goed te begrijpen waarom deze directieve therapeuten niet de *hele* psychiatrie en psychotherapie achter zich gekregen hebben.

Waarom lijken de jonge psychiater en psychotherapeut van nu, die zulke aanstekelijke voorbeelden hadden kunnen kiezen, vooral *functionarissen* te willen zijn die registrerende handelingen voltrekken aan modale vertegenwoordigers van *patiëntenstromen*?

Wat veroorzaakt toch deze trek naar het loket?

Wie gaat denken dat de mensen achteruitgaan, althans dat ze vroeger beter waren, bevindt zich vrijwel zeker op de drempel van of zelfs al in de *involutie* en draaft dus de dood tegemoet.

Dit is gevaarlijk.

Wij moeten ons wapenen tegen gedachten aan vroeger, beste lezer, tegen bespiegelingen en tegen teleurstellingen en wij moeten *publiceren*, want zolang wij *publiceren* zijn we nog niet dood!

Wij komen eraan, wereld, ook al lijken we oud!

De redacteuren van *TDT* hebben deze boodschap goed aangevoeld, getuige de inhoud van dit vitale, frisse en inspirerende *involutienummer*.

Kal opent met een artikel dat *Het Handboek* heet. Hij wil ons deelgenoot maken van zijn ervaringen met de totstandkoming van dit *standaardwerk*. Hij wil ons bij dit *Handboek* betrekken. De lezer krijgt een indruk van het ongedwongen, amicale contact tussen redactie en auteurs. Een kijkje in de keuken van het *Handboek*, zo zouden wij onze indruk willen samenvatten.

Het tweede artikel is evenzo van *Kal*. Misschien interessant om te vermelden dat Rigo van Meer de functie van Professioneel Manager wel zag zitten. En nu maar aansturen en implementeren, Rigo!

Het derde artikel is, u durft het bijna niet te raden, *weervan Kal*! Wij hebben de indruk dat wij deze bijdrage reeds in uiteenlopende fora hebben besproken, maar wij weten niet meer precies wanneer en met wie. Enfin, wij leren het stuk wel grondig kennen op deze manier.

Het lijkt ons dat in de titel van de eerste leerzame bijdrage van *Van Dyck* een taalfout voorkomt, maar verder hebben wij vooral lof. Een vraag voor de discussie is wellicht: Wat worden de huisartsen geacht te doen met de door hen geïdentificeerde angstigen en depressieven?

De tweede leerzame bijdrage van *Van Dyck* - de bijdrage over psychiatrie voor de Codex Medicus - is in een beetje klein letterkorps weergegeven. Dit maakt het voor de verwende lezer aantrekkelijk om het stuk over te slaan, ook al omdat de paragrafen onderling weinig samenhang vertonen. Zet u over uw afkeer heen, lezer. De lettergrootte van de gedrukte Codex Medicus is nog een stuk kleiner. *Van Dyck* zal met dit stuk ieders bewondering afdwingen. Opgave: Formuleer bij ten

minste drie definities kritiek en voorstellen voor verbetering.

Van der Velden schreef een als aanstellerig imponerend stuk waar weinigen wijzer van zullen worden. Wat zonde toch dat deze man zijn tijd niet aan gezonde, normale artikelen besteedt.

Dan volgen twee directeuren-stukken, die, ondanks hun hoge herkomst, toch menselijk en warm zijn.

Het eerste is van *Leen*. *Leen* heeft in de loop der jaren een relativerende, verzoenende kijk op de dingen gekregen, die aan wijsheid doet denken. Wij proberen onze genegenheid jegens *Leente* matigen. Na een recente ontmoeting met Jan van der Lande valt dit trouwens niet mee. Speciaal Alfred Lange wordt gevraagd het artikel grondig door te nemen. Te onzent bestaat de indruk dat Lange *Leens* werk soms niet helemaal uitleest.

Dick N. Oudshoorn gewaagt in een lang stuk over de voortreffelijke samenwerking tussen zijn psychiatrisch geschoolde medewerkers en de leken die in zijn organisatie emplooi hebben gevonden. 't Komt erop neer dat iedereen erg gewaardeerd wordt, maar dat de dokters een streepje voor hebben. Helaas bespreekt de *auteur* niet de complicaties in de samenwerking tussen een luie of oliedomme dokter en een slimme, ambitieuze psycholoog, of tussen een dokter die geen gelegenheid heeft gevonden om zich op de hoogte te stellen van de mogelijkheden van antidepressiva bij angststoornissen en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige die hier wel kijk op heeft. Jammer genoeg laat de *auteur* zich ook niet uit ook de seksueel-erotische aspecten van de samenwerking. 't Zal erop neer komen dat bij Dick alleen begaafde dokters werken en dat erotisch-seksuele aspecten in het ziekenhuis niet geduld worden.

Deze aspecten komen weer wel ter sprake in het artikel van Alfred Lange over *Zedenangst, het verhaal van Oude Pekela*. Dit onderwerp is nu niet direct is voor ons TDT, dachten wij. Het is toch niet zo dat de produktiviteit van Lange hapert? In tegenstelling tot wat Lange beweert trad Rita Kohnstamm in de Oude-Pekela-affaire overigens helemaal niet

verstandig op.

U gelooft het niet, maar juist als u meent de lezing van dit nummer voltooid te hebben, treft u voor de vierde maal een bijdrage van *Kal* aan. Hij schreef haar samen met de heer Ventosa.

Beste lezer, wij zien elkaar op 9 mei!

De Hoofdredacteur

Het Handboek

Kees Hoogduin.

Vele auteurs werden dankbaar gestemd door het commentaar. Anderen moesten wel erg veel inkorten. Else stuurde haar hoofdstuk ten slotte als volgt in:

Hoofdstuk XX

Angst- en stemmingsstoornissen bij kinderen.

Zie verder de betreffende hoofdstukken bij volwassenen.

was zo iets de bedoeling?

Reinier de Graaf Gasthuis



Gebouw Hippolytus

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

Correspondentie:
Postbus 5012
2600 GA Delft

R.N.O. Rotterdam
t.a.v. Dhr. K. van de Velden
Postbus 4450
3006 AL ROTTERDAM

Delft, 20-12-1989 nr. iez

Geachte redactie,

Het GITP werft een eerste geneeskundige voor P.C. Joris.
In een begeleidend schrijven staat vermeldt dat het GITP adviseert dat het in de advertentie niet duidelijk mag zijn dat het om een functionaris van P.C. Joris gaat omdat, zo meenden ze, de respons anders minimaal zou zijn. Kijkt u vooral goed naar de advertentie, leest u vooral goed de tekst. Hoe kan iemand het verzinnen.
Hoedt u voor Joris en hoedt u voor het GITP.

Met vriendelijke groet,

Kees Hoogduin

Bijlagen: 7

Eén van onze opdrachtgevers is een psychiatrisch centrum in het Westen van het land met dagcentra, klinieken en poliklinieken. In totaal zijn er ca. 700 mensen werkzaam. In het centrum is de vacature ontstaan van

Professioneel Manager tevens Eerste Geneeskundige m/v (psychiater)

Uw aandachtsveld heeft betrekking op alle aspecten van de psychiatrische zorg en de ontwikkeling en implementatie daarvan. U bent rechtstreeks verantwoordelijk verschuldigd aan de directeur. U maakt deel uit van het directiebestuur, naast de sectorhoofden, het hoofd Personeel & Organisatie en de controller, onder voorzitterschap van de directeur. Als professioneel manager bent u voorzitter van de behandelontwikkelingsgroep en verantwoordelijk voor de aansturing, implementatie, evaluatie en kwaliteitsbewaking van alle inhoudelijke en vormaspecten van zorgverlening. U participeert in regionale activiteiten en u bent de extern vertegenwoordiger van het centrum op het professionele vlak. De functie biedt reële mogelijkheden voor een psy-

chiater die toe is aan een vervolgstap in zijn/haar carrière en die zijn/haar managementkwaliteiten verder wil ontwikkelen.

Van u wordt verwacht dat u:

- over een brede vakinhoudelijke opleiding en ervaring beschikt
- een inspirerende en doortastende manager bent voor professionele groepen
- een leeftijd hebt van circa 40 jaar.

Indien u geïnteresseerd bent nodigen wij u uit uw schriftelijke sollicitatie met curriculum vitae te richten aan drs. W.J. Doomen van GITP, Heemraadssingel 91 te Rotterdam. Voor nadere informatie kunt u zich eveneens tot hem wenden, telefoon 010-4254000 of privé 01686-4442. Referentiecode: WEJ.

GITP, adviseurs voor werving en selectie, personeelbeleid, opleiding en training, management, organisatie en informatica.

gitpl

Bedrijfspsychologie

Amsterdam, Breda, Groningen,
Nijmegen, Rotterdam, Tilburg, Zeist.

EINDELIJK EEN PATIENT MET EEN
MULTIPELE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

Kees Hoogduin,
Marielle Bresser,
Hans Breugem.

Prof.dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de K.U. Nijmegen. Hij is tevens hoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Drs. M. Bresser is als arts-assistent verbonden aan bovenstaande polikliniek.

Drs. J. Breugem is als huisarts werkzaam in Delft.

Correspondentie-adres:
Prof.dr. C.A.L. Hoogduin,
Reinier de Graaf Gasthuis,
Postbus 5012,
2600 GA DELFT.

Eindelijk een patiënt met een multipele persoonlijkheidsstoornis.

Kees Hoogduin,
Marielle Bresser,
Hans Breugem.

Summary

In this article a case-history of a patient with a disorder suggestive for a multiple personality disorder is given. Accurate diagnosing the disorder gives rather great difficulties. There is some evidence that theoretical views are of major importance in the process of using this particular diagnosis. In some cases an organic etiology can be demonstrated. The patient discussed in this article happened to suffer from a viral encephelitis.

Samenvatting

In dit artikel wordt een patiënt besproken met een stoornis die sterk doet denken aan de multipele persoonlijkheidsstoornis. Het juist diagnosticeren van deze stoornis geeft nogal wat moeilijkheden. Er zijn aanwijzingen dat theoretische inzichten overwegen in het proces om tot deze bijzondere diagnose te komen. In sommige gevallen kan een organische etiologie ten grondslag liggen aan de symptomen. De patiënt in dit artikel bleek te lijden aan een virale encefalitis.

Inleiding

Multipele persoonlijkheidsstoornis (MPS) is een aandoening waarbij het bestaan van twee of meer persoonlijkheden het gedrag van de patiënt bij toerbeurt als het ware geheel bepalen. Daarbij zijn deze persoonlijkheden niet of nauwelijks van elkaars bestaan op de hoogte.

De aandoening stond vroeger bekend als hysterische neurose. De belangstelling voor deze aandoening loopt parallel met de belangstelling voor hypnose. Rond de eeuwwisseling bestond er een grote belangstelling, in de vele tientallen jaren daarna kreeg de aandoening nauwelijks meer enige aandacht. Gedurende de laatste tien jaar staat de stoornis weer sterk in de belangstelling (Van Dyck, 1990).

De aandoening blijkt ook geografische voorkeur te genieten. Fahy (1988) bijvoorbeeld toonde aan dat de stoornis vooral in de Verenigde Staten beschreven wordt en niet in de Gemene Best; de laatste 15 jaar bleek er slechts 1 geval in de Britse literatuur beschreven te zijn, in de USA daarentegen vele tientallen. Ook in Nederland blijken deze geografische verschillen aanwezig. In Amsterdam doet zich een ware explosie voor, waar Boon en Hart hun handen vol aan hebben. In Delft daarentegen blijkt de stoornis niet voor te komen. In de nieuwe aanmeldingen van de laatste 12 jaar (9000) werd slechts éénmaal een patiënt aangemeld met een aan de MPS verwante diagnose. Het ging om een 20-jarige man, die plots op reis was gegaan en die in Israël, levend onder een andere naam, werd teruggevonden. De diagnose werd gesteld op psychogene fugue en de patiënt herstelde snel van de totale amnesie voor de periode voorafgaande aan zijn fugue.

Het grote probleem bij het stellen van de diagnose multipele persoonlijkheidsstoornis is dat vaak tot de diagnose gekomen wordt met behulp van hypnose. Fahy (1988) komt na zeer interessant, kritisch onderzoek van de literatuur tot de volgende conclusie: Hij stelt dat er geen reden is om te twijfelen aan het bestaan van symptomen, die suggestief zijn voor multipele persoonlijkheidsstoornis, maar nog steeds kan gesteld worden dat de aandoening vooral gerapporteerd wordt wanneer de diagnose weer in de mode is en dat de diagnose als chique en interessant wordt opgevat. Zo vervoegden na de publicatie van "The three faces of Eve" in 1957 duizenden patiënten zich bij de auteurs met de mededeling dat zij een dergelijk aandoening hadden. Thigpen en Cleckley (1957) vonden echter in één geval aanwijzingen, die erop duiden dat het om een 'echte' zou gaan.

Bij het stellen van de diagnose zijn een paar factoren van belang:

Is de patiënt in contact geweest (langdurig) met een psychotherapeut, die zelf weer in contact is geweest met een patiënt met een multipele persoonlijkheidsstoornis.

Het gevaar bestaat dan dat de therapeut 'zoekt' naar een dergelijke diagnose en bij zeer suggestibele mensen kunnen dan de persoonlijkheden tot stand gebracht worden.

Heeft de patiënt zelf ervaring, bijvoorbeeld via de media, met een patiënt met een dergelijke stoornis. Heeft hij bijv. een film gezien handelend over iemand met een multipele persoonlijkheidsstoornis en heeft hij zichzelf daarin herkend. Ook dan is de kans, dat het om een echte MP gaat klein, vergelijk bovenstaande.

Wordt de diagnose gesteld met behulp van hypnose bij een patiënt die van te voren helemaal niet aan een dergelijke stoornis heeft gedacht. Dit samengevat, betekent dat de diagnose vooral gesteld kan worden, wanneer blijkt uit een hetero-anamnese en uit specifieke klachten van de patiënt, die langer dan enige weken bestaan, dat het om een dergelijke stoornis gaat.

De patiënt zal dan op de vraag wat zijn klachten zijn, spontaan een aantal verschijnselen opsommen waarmee aanwijzingen gegeven worden dat een dergelijke stoornis voorhanden is. Van groot belang is een zorgvuldige hetero-anamnese, omdat die min of meer bewijzend kan zijn. Wanneer er positieve aanwijzingen gevonden worden voor een dergelijke diagnose, kan deze diagnose verder ondersteund worden door de voorgeschiedenis. Uit analyse van recent gerapporteerde gevallen (in hoeverre die diagnoses allemaal juist gesteld zijn, is niet geheel duidelijk) staat wel vast dat ernstige traumatisering in de jeugd (mis-handeling, incest, bedreigingen en opsluitingen) bij vrijwel alle patiënten met die diagnose voorgekomen zijn. Het vinden van dergelijke vroeg-kinderlijke ervaringen kan als een 'soft sign' bij het stellen van de diagnose gevoegd worden.

Samengevat: De diagnose wordt gesteld op grond van (1) hetero-anamnese suspect voor de diagnose; (2) spontane presentatie van verschijnselen suspect voor de diagnose; (3) ernstige vroeg-kinderlijke traumatisering in de anamnese.

Punten die over-diagnosticering van de aandoening bevorderen zijn:

- De therapeut is een 'gelovige'; zoekt gevallen om aannemelijk te maken dat de diagnose echt bestaat.
- De therapeut heeft een langdurige therapeutische relatie met de patiënt en bekrachtigt met het gevaar van bekrachtiging en over-accentu-

ering van dergelijke verschijnselen.

- De therapeut gebruikt hypnose bij de diagnostiek en behandeling met het gevaar van induceren van dergelijke fenomenen.
- De patiënt is op de hoogte van het bestaan van de aandoening en probeert met behulp van deze aandoening de verantwoordelijkheid voor een bepaald misdrijf te ontlopen.
- Het gaat om een patiënt met een ernstige theatrale persoonlijkheidsstoornis met multipele, wat vroeger heette hysterische symptomatologie en de multipele persoonlijkheidsstoornis wordt 'gekozen' vanwege het interessante van de verschijnselen en de grote belangstelling die er voor deze 'high standard'-diagnose bestaat.

De gevalsbespreking

Meneer Van Doorn is een 24-jarige onderwijzer en hij maakte een griepinfectie door. Hij had last van zijn keel, hij voelde zich niet lekker, had wat diarree en een afgenomen eetlust. De temperatuur had hij niet opgenomen, maar hij voelde zich wel koortsig. Na 14 dagen was hij weer opgeknapt en is toen aan het werk gegaan, maar hij vertelt: "Ik voelde me niet de oude."

Ook op het werk voldeed hij niet. Hij bleek niet bij de les te zijn. In de pauzes zeiden zijn collega-leerkrachten: "Wat zit je toch te staren, voel je je wel goed?" Hij bleek grote problemen te hebben om zich op zijn werk te concentreren. De volgende dag ging hij boodschappen doen met de auto. Hij voelde zich niet lekker en een beetje duizelig. Hij moest op een gegeven ogenblik een kruispunt oversteken, maar hij kon zich niet goed concentreren. Er bleek van rechts een auto aan te komen en hij merkte bij zichzelf de gedachte op: "Wat kan het je schelen of er verkeer aankomt of niet, het interesseert me helemaal niet of hij voorrang heeft of niet, ik rijd gewoon door, wat er ook gebeurt." Het leek een soort droom. Gelukkig viel het allemaal mee, er gebeurde geen ongeluk, maar het was levensgevaarlijk. De huisarts adviseerde hem om rust te houden en die rust ontwikkelde zich voorspoedig, hij bleek vrijwel 24 uur te slapen en in de tussentijd ging hij alleen naar het toilet en at hij iets. Deze periode duurde een dag of tien. In deze tijd vonden er twee merkwaardige incidenten plaats. De onderwijzer, van nature een bescheiden en terughoudende man, bleek in deze slaaperiode, die hij zelf omschrijft als een 'droomperiode', een tweetal keren aangekleed overdag naar kennissen te zijn gegaan. Aan de vrouwen, die op dat moment alleen thuis waren, stelde hij voor het bed met hem te delen. De

situatie kwam uit, omdat een van de vrouwen het tegen zijn echtgenote vertelde. Ook bleek hij telefonisch vrouwen dergelijke voorstellen gedaan te hebben. Hij vertelt, dat hij een keer bij een kennis was en plotseling als het ware wakker werd en niet wist hoe het kwam dat hij daar aanwezig was. Hij vertelde nog excuus gemaakt te hebben, hij had gezegd: "Ik voel me niet goed en dat zal de reden wel zijn waarom ik hier ben." Daarnaast vertelde patiënt dat hij ook klachten had, dat hij er niet meer bij was. Hij hoorde dan nog wel de mensen praten, maar hij hoorde niet meer wat ze zeiden en als even iemand niets zei, dan viel hij gewoon in slaap.

Bespreking

Bij deze patiënt zijn er aanwijzingen om aan een multipele persoonlijkheidsstoornis te denken. Het is duidelijk dat patiënt geen weet had van zijn 'alternerende' gedrag. Hij was zelf een rustig, bescheiden type en op het moment dat de andere persoonlijkheid het gezag overnam, ontwikkelde hij zich tot een meer losbandig type, die er vooral opuit leek te zijn allerlei vrouwelijke kennissen te versieren. Zijn partner, die aanwezig was bij het gesprek, vertelde dat ze nooit eerder iets gemerkt had van deze neigingen en dat hij tot voor een paar weken een normale, degelijke echtgenoot was. Met betrekking tot de voorgeschiedenis valt nog te vermelden, dat patiënt nooit psychiatrische hulp had gezocht en ook nooit nodig had gehad. Hij leidde een regelmatig bestaan.

Wanneer we kijken naar de diagnostische criteria in D.S.M.-III-R voor multipele persoonlijkheidsstoornis, kan gesteld worden dat patiënt daaraan voldeed. Er waren twee persoonlijkheden: de bescheiden onderwijzer en de wat losbandige kennissenversierder. Deze twee persoonlijkheden namen alternerend het gezag over het gedrag van de patiënt. Toch waren er enige aarzelingen. Om te beginnen komt de diagnose niet zo vaak voor en we hadden nog nooit eerder een dergelijke patiënt gezien. Nu was er dan een, een man met duidelijke bewustzijnsproblemen, met geheugenstoornissen, en duidelijk ook tegengesteld gedrag. Hij had echter een gelukkige jeugd achter de rug zonder aanwijzingen voor ernstige traumatiseringen. Daarnaast was hij echter ook suffig, had hij ook concentratiestoornissen en had hij ook een griep doorgemaakt. We waren er niet gerust op en we hebben patiënt naar een neuroloog voor verder onderzoek verwezen met de vraag of deze een encefalitis of een meningitis wilde uitsluiten. Op het EEG werden geen afwijkingen ge-

Wearn to of 12 (Hessite pre
or fee ~~meas~~line sine be, homing?

vonden, de liquor cerebro spinalis werd, omdat patiënt het weigerde, niet onderzocht. Uit het bloedonderzoek bleek evenwel, dat patiënt recent een varicellen infectie had doorgemaakt. Van dit virus is bekend dat het een grote affiniteit heeft met hersenweefsel.

Tijdens het onderzoek nam de neiging tot sufheid en slaperigheid bij de patiënt verder af. Ook de gedragingen, met name pogingen om seksueel contact te krijgen met vrouwelijke bekenden, kwamen niet meer voor. Twee maanden na het begin van de klachten en de infectie kon gesteld worden dat patiënt geheel hersteld was. Hij kon zijn werk hervatten. Weer twee maanden later is patiënt weer geheel de oude.

Slot

De hier beschreven patiënt ontwikkelde een klinisch beeld, dat voldeed aan de diagnostisch criteria van de multipele persoonlijkheidsstoornis. Verricht lichamelijk onderzoek onthulde echter, dat patiënt recent een infectie met een varicellen-virus had doorgemaakt, een virus waarvan bekend is dat het een sterke affiniteit heeft met hersenweefsel. Gelet op de slaperigheid, de concentratiestoornis, de extreme vermoeidheid en een periode van veertien dagen met koorts, griepigheid en gelet op het beloop is besloten tot de diagnose varicellen-encefalitis. Patiënt herstelde van deze aandoening en ook het psychiatrische beeld verdween geheel.

Referenties

- Dyck, R. Van (1990). Dissociatieve stoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), Handboek psychopathologie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Fahy, T.A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder; a critical review. *Brit.J. of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Thigpen, C.H. & Cleckley, H. (1954). A case of multiple personality. *J. of Abnormal and Social Psychology*, 49, 135-151.

WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN ANGST EN DEPRESSIE, HOE ZIJN DEZE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK TE DIAGNOSTICEREN EN IN HOEVERRE IS HET VERSCHIL RELEVANT?

Prof. Dr R. Van Dyck, Hoogleraar ambulante en sociale psychiatrie, vakgroep psychiatrie, Vrije Universiteit te Amsterdam.

Inleiding

In de diagnostische systemen die in de psychiatrie worden gehanteerd, worden depressie en angst als afzonderlijke, welomschreven beelden opgevoerd. In de veelgebruikte DSM-III-R zijn dat respectievelijk depressie in engere zin en dysthymie en anderszijds paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, enkelvoudige fobie, dwangneurose, posttraumatische stress-stoornis en diffuse angststoornis. Men is het er over eens dat in de praktijk vaak van een aanzienlijke overlap in symptomatologie sprake is. Bijvoorbeeld kunnen angststoornissen zoals dwangneurose of agorafobie en paniek optreden in de loop van een depressie; als regel zullen ze ook verdwijnen na herstel van de depressie. Anderszijds kunnen zich bij patienten met

fobische klachten episodes van een depressieve stemming voordoen¹. Ook bij de minder ernstige angstige of depressieve beelden bestaan mengvormen, die in de DSM-III-R worden aangeduid als "aanpassingsstoornissen met gemengde emotionele kenmerken". Het bestaan van de overlap tussen angst en depressie heeft aanleiding gegeven tot drie theoretische stellingnames die kunnen getypeerd worden als respectievelijk: de unitaire, de pluralistische en de gemengde positie².

de unitaire interpretatie

In deze visie worden angst en depressie opgevat als geleidelijk in elkaar overlopende verschijnselen op eenzelfde dimensie, die beiden uitdrukking zijn van dezelfde onderliggende affectieve stoornis. Deze stoornis zou zich in de eerste fase voordoen met aspecifieke verschijnselen van stress, gevolgd door angstklachten en tenslotte depressie. Ingeroemd werd bij patienten met een angststoornis als primaire diagnose gevonden dat na een periode van 5 jaar bij 24% de hoofddiagnose was gewijzigd in depressie, terwijl bij slechts 2% de diagnose van depressie in angst was veranderd². Bij patienten met angststoornissen zijn bij 44% na verloop van zes jaar depressieve episodes opgetreden en

na twaalf jaar is dat 60%³. Een ander argument voor de unitaire positie is dat de kans op depressie verhoogd is bij verwanten van patienten met paniek of agorafobie, en omgekeerd, meer angststoornissen worden gevonden bij verwanten van patienten met depressie.

Op het niveau van symptomen blijkt eveneens een grote samenhang tussen angst en depressie: een correlatie van 0.70 tussen de schalen waarmee een depressieve stemming gemeten wordt en schalen waarmee angstklachten gemeten worden is niet ongewoon². Bovendien is de laatste jaren duidelijk geworden dat antidepressiva niet alleen effectief zijn bij depressie, maar ook bij angststoornissen, en zelfs het effect van benzodiazepines bij deze laatste groep overtreffen⁴. Benzodiazepines lijken alleen aangewezen bij de behandeling van voorbijgaande angstklachten of voor kortdurende behandeling van slaapstoornissen.

de pluralistische interpretatie

Ondanks de aanzienlijke overlap in symptomen kwam met behulp van adequate statistische technieken (principale component analyse) in een veertigtal studies bij uiteenlopende populaties van angstige en depressieve

patienten als consistente bevinding naar voor dat angst en depressie zich als twee orthogonale factoren verhouden ⁵. Op het niveau van symptomatologie blijken patienten met een diagnose angststoornis vaker klachten te hebben van paniek, vasomotorische en emotionele labiliteit, duizeligheid, agorafobisch vermijdingsgedrag, depersonalisatie en derealisatie. Depressieven hebben meer last van een sombere stemming, vooral 's ochtends, worden vroeger wakker, en vertonen meer suicidaliteit en remming. Bij angstigen is er meer sprake van continue spanning met episodes van sombere stemming, terwijl bij depressieven het omgekeerde het geval is³. In een huisartsenpraktijk werd gevonden dat in de zes maand voorafgaand aan het stellen van de diagnose depressie het bezoek aan de huisarts was toegenomen en veelvuldige somatische klachten werden geuit; bij patienten die de diagnose angststoornis kregen was dit niet het geval⁶. Ook het verloop verschilt: bij depressie wordt na vijf jaar een remissie van 60% gevonden, terwijl dit bij paniekstoornis slechts 16% is. Bepaalde fysiologische afwijkingen die bij depressie vaak voorkomen zoals een verstoorde dexamethason suppressietest en een verkorte REM-latentietijd bij slaaponderzoek worden bij angstklachten niet gevonden. Electroconvulsietherapie is effectief bij ernstige

depressies, maar niet bij angststoornissen. De gedragstherapeutische programma's die werkzaam gebleken zijn voor angststoornissen (zoals exposure in vivo bij agorafobie, exposure met responspreventie bij dwangneurose) verschillen van de gedragstherapeutische en cognitieve interventies die bij depressies werkzaam zijn.

gemengde interpretatie

Blijkens enkele recente studies wordt bij patienten bij wie gelijktijdig de diagnose van een angststoornis en van een depressie wordt gesteld, en bij patienten met een angststoornis die later een depressie ontwikkelen, een ernstiger symptomatie, een minder gunstig beloop en geringere werkzaamheid van de gebruikelijke behandelingen gevonden². Het lijkt dus zinvol om deze subgroep te onderscheiden.

voorlopige conclusie

Hoewel de overlap tussen angst en depressie onmiskenbaar is, en de preciese relatie tussen deze stoornissen niet is opgehelderd, blijkt het zowel mogelijk als zinvol om een onderscheid tussen angststoornissen en

depressie te maken. Het stellen van de juiste diagnose heeft consequenties voor de prognose en voor de niet-farmacologische therapie. De overlap tussen angst en depressie is er vooral op het niveau van symptomen en bedraagt dan circa 52%; op het niveau van de klinische diagnose is die nog maar 29%⁷. De correlatie tussen de mate van angst en depressie blijkt vooral hoog (0.80) te zijn als men zich baseert op een zelfbeoordelingsmaat en is minder hoog (0.45) als men uitgaat van het oordeel van een arts⁸.

angst en depressie in de huisartsenpraktijk

In tegenstelling tot de meer uitgesproken beelden die men in de psychiatrische praktijk aantreft, vindt men bij bevolkingsonderzoek en bij patiënten die de huisarts raadplegen voornamelijk mengbeelden van angstige en depressieve symptomen, waarin onderzoekers moeilijk een betrouwbaar onderscheid tussen een angststoornis en depressie kunnen aanbrengen³. Bovendien zijn de uitvoerige gestructureerde interviews en vragenlijsten waar onderzoekers zich van kunnen bedienen niet goed toe te passen in de huisartsenpraktijk. Recent werd door de Engelse onderzoekers Goldberg, Bridges, Duncan-Jones en Grayson een

diagnostisch interview ontwikkeld voor de screening van patiënten op angststoornissen, respectievelijk depressie⁹. De vragen zijn zodanig gekozen dat zij maximaal discrimineren tussen angst en depressie. Voor een Engelse populatie werd een specificiteit van 91% en een sensitiviteit van 86% gevonden. Voor Nederland zijn dergelijke gegevens nog niet bekend. De schaal is "gebruikersvriendelijk" en bestemd voor toepassing door niet psychiaters. Met het voorbehoud dat deze schaal voor Nederland nog niet is onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid, geven we hier een vertaalde versie, vanuit de verwachting dat ze toch een hulpmiddel kan zijn om angst en depressie op het spoor te komen.

De angstschaal bestaat uit 9 vragen die betrekking hebben op de afgelopen maand:

1. hebt u zich opgelaten, gespannen gevoeld?
2. hebt u veel gepiekerd?
3. was u prikkelbaar?
4. kon u zich slecht ontspannen?

als op twee van de bovenstaande vragen positief is geantwoord, ga dan verder met de volgende vragen:

5. hebt u slecht geslapen?

6. hebt u last gehad van hoofdpijn of pijn in de nek?

7. Hebt u een van de volgende verschijnselen gehad:
beven, tintelingen, duizeligheid, zweten, vaak plassen,
diarree?

8. hebt u zich zorgen gemaakt over uw gezondheid?

9. hebt u moeite gehad om in slaap te vallen?

Bij een score boven vijf is de kans 50% dat er van een
klinisch relevante stoornis sprake is; boven die score is
die kans wellicht veel hoger.

De depressieschaal bestaat eveneens uit negen vragen:

1. had u gebrek aan energie?

2. was uw interesse afgenomen?

3. is uw zelfvertrouwen verminderd?

4. hebt u zich hopeloos gevoeld?

Als een van deze vragen positief beantwoord wordt, ga dan
verder met de volgende vragen:

5. hept u zich moeilijk kunnen concentreren?

6. bent u gewicht verloren (wegens slechte eetlust?)

7. werd u vroeg wakker?

8. voelde u zich trager?

9. voelde u zich 's ochtends slechter?

Bij een score boven twee is de kans op een klinisch relevante aandoening 50%; deze kans is wellicht veel hoger bij een hogere score.

samenvatting

1. Tussen angst en depressie bestaat op symptoomniveau een aanzienlijke overlap. Op het niveau van de klinische diagnose is die overlap nog aanwezig, zij het minder uitgesproken. Ondanks die overlap, die mogelijk op een gemeenschappelijke onderliggende stoornis wijst, blijft het onderscheid tussen angst en depressie mogelijk en relevant vanwege verschillen in verloop en therapie.

2. Bij patiënten met een depressie komen als regel ook angstsymptomen voor. Depressieve episodes bij patiënten met angststoornissen zijn geen zeldzaamheid. Comorbiditeit van een angststoornis en depressie is waarschijnlijk prognostisch ongunstig.

3. Bij de farmacotherapie van zowel angst als depressie zijn antidepressiva de meest effectieve middelen. Benzodiazepines zijn alleen aangewezen als men slechts een korte episodes van angst verwacht, of voor de kortdurende behandeling van slaapstoornissen.

4. De psychotherapeutische (gedragstherapeutische) benadering van angst en depressie kent verschillende specifieke procedures.

5. In de huisartsenpraktijk komen mengbeelden van minder ernstige angststoornissen en depressie veelvuldig voor. Met gerichte vragen kan de detectie van beide aandoeningen vergemakkelijkt worden.

LITERATUUR

1. Knoppert- van der Klein EAM, Dyck R Van Agorafobie en (of) depressie. Ned Tijdschr Geneeskd 1987; 131:1505-7
2. Stavrakaki C, Vargo B The relationship between anxiety and depression: a review of the literature. Brit J Psychiat 1986; 149: 7-16.
3. Marks IM, Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety, and their Disorders. Oxford: Oxford University Press ,1987
4. Crook T, Diagnosis and Treatment of mixed Anxiety-Depression in the Elderly. J Clin Psychiatr 1982; 43: 35- 43
5. Mullaney JA, The Relationship between Anxiety and Depression. A Review of some Principal Component Analytical Studies. J Affect Disord 1984;7: 139-148
6. Wilson DR, Cadoret RJ, Widmer R, Judiesch KJ, Anxiety in Family Practice. J Affect Disord 1987; 12: 179-183
7. Hiller W, Zaudig M, Bose M v, The Overlap between depression and anxiety on different levels of psychopathology. J Affect Disord 1989; 16: 223-231

8. Wetzler S, Katz MM, Problems with the Definition of Anxiety and Depression J. Psychiat Res 1989; 23,1-12

9. Goldberg D, Bridges, K, Duncan-Jones, P Grayson D. Detecting Anxiety and Depression in General Medical Settings. Brit Med J 1988; 295: 897-899

CODEX MEDICUS: PSYCHIATRIE

Richard Van Dyck

Inleiding

Vanaf het afgelopen najaar tot half januari heb ik mij bezig gehouden met het onderdeel psychiatrie voor volwassenen voor de codex medicus. Aan dit project waren vele voordelen verbonden. Allereerst levert dit een ruime voorraad van bijdragen voor TDT op, waar ik de rest van het jaar een aflevering in kan plaatsen. Dit keer ontvangen jullie A tot en met E. Ten tweede is het een manier om je vak nog eens op te halen en je te verdiepen in onderwerpen zoals schizofrenie, waar je anders niet aan toekomt. Het is ook leerzaam om voor de keuze gesteld te worden wat een belangrijk gegeven is en wat bijzaak is. Er was ook een belangrijk nadeel: het kostte toch echt veel tijd om over alle onderwerpen goede bronnen te verzamelen en en zo duidelijk mogelijke beknopte formuleringen te bedenken. Bovendien moet ik mijn vak nu ook een beetje blijven bijhouden, want over enkele jaren is er weer een nieuwe editie. Maar misschien is dat eigenlijk een voordeel.

def. presence of a receipt (signature, confidential.)
d → also a picture

agreed to on 10/10/10

Always had
with me
in both files by
handwritten!

AANDACHT

Het vermogen zich langdurig selectief op een activiteit te richten. Verhoogde aandacht komt vooral voor bij angst. Verminderde aandacht blijkt uit het onvermogen een taak af te maken of uit verhoogde afleidbaarheid.

AANPASSINGSSTOORNIS

Voorbijgaande reactie op recente gebeurtenis of belastende situatie die aanleiding is tot tekortkomingen in het functioneren in beroep, school of sociale activiteiten of leidt tot verschijnselen zoals angst, depressieve stemming, gedragsproblemen, teruggetrokkenheid of lichamelijke klachten zoals vermoeidheid of hoofdpijn. De afbakening tussen een reactie die nog binnen normale grenzen valt en een aanpassingsstoornis is arbitrair. Aet. Belastende gebeurtenissen zoals verlies door overlijden, scheiding, werkloosheid, ernstige conflicten. Ook meer continu voortdurende stressoren zoals financiële of relationele problemen kunnen tot klachten leiden. Situationele factoren zoals (het ontbreken van) een steunsysteem en persoonlijke kwetsbaarheid, bijv. door vroegtijdig verlies van ouders beïnvloeden het al of niet optreden van aanpassingsstoornissen. Freq. Er bestaan geen systematische gegevens over de prevalentie van aanpassingsstoornissen onder de bevolking. Aangenomen wordt dat ze vaak voorkomen. Ther. Formele behandeling is niet altijd noodzakelijk. Een steunende begeleiding in de eerste lijn zal veelal afdoende zijn. Verschillende therapievormen zijn effectief gebleken: inzichtgevende therapie, gezinstherapie, gedragstherapie en zelf-hulpgroepen. Zo nodig kan tijdelijke ondersteuning met benzodiazepines of een lage dosis antidepressiva toegepast worden. Progn. per definitie is de prognose van aanpassingsstoornissen gunstig; de DSM-III-R stelt dat een aanpassingsstoornis niet langer dan zes maand mag duren. Vooral bij adolescenten wordt in een minderheid van de gevallen een overgang van een aanpassingsstoornis naar ernstiger psychopathologie gezien.

?

AFFECT

Het patroon van waarneembare gedragingen waarmee de subjectieve emotionele toestand tot uitdrukking gebracht wordt. Het affect heeft betrekking op wisselende emotionele expressie, terwijl met de stemming de subjectieve en meer aanhoudende, diffuse emotionele toestand wordt aangegeven. Bij vlak affect is er weinig emotionele uiting, bij affectlabiliteit zijn er sterke schommelingen. Bij inadequaat affect passen de gevoelsuitingen niet bij de situatie. Euforie, angst, depressiviteit en dysforie zijn specifieke affectstoornissen.

↳ Begrip

AFFECTIEVE STOORNISSEN zie stemmingsstoornissen

AFWEERMECHANISMEN zie defensiemechanismen

AGORAFOBIE (zonder paniekaanvallen)

Patroon van angst en vermijdingsgedrag voor situaties waaruit geen snel heenkomen mogelijk is in geval van plots onheil. Deze angst is doorgaans minder in gezelschap van een vertrouwd persoon zoals de partner. Typische situaties die vermeden worden: openbaar vervoer, drukke winkels en supermarkten, theaters en kerken, wachten in een rij, tunnels en snelwegen. Diff: depressie, sociale fobie, vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Compl: depressie en alcoholisme. Th: exposure in vivo, al dan niet gecombineerd met ademhalingsoefeningen, relaxatie of cognitieve therapie. Prog: onbehandeld heeft agorafobie een chronisch karakter en kan door de beperkte bewegingsvrijheid sterk invaliderend werken. Gedragstherapie leidt als regel tot een aanzienlijke symptoomreductie, maar zelden tot herstel.

ALCOHOLAFHANKELIJKHEID

De grens van excessief gebruik is niet nauwkeurig aan te geven; een Brits "special committee" van de RCP noemt als maximum voor mannen 40 en voor vrouwen 28 glazen per week. Voortgezet gebruik ondanks negatieve consequenties wordt misbruik genoemd. Na een periode van misbruik kan de ontwikkeling zich voortzetten tot alcoholafhankelijkheid (verslaving); die is aanwezig als tenminste drie van de volgende verschijnselen voorkomen: meer drinken dan voorgenomen, hevig verlangen naar alcohol, mislukte pogingen te matigen, veel tijd besteden aan drank, verwaarlozen van werk of sociale activiteiten, optreden van tolerantie en onthoudingsverschijnselen. Aet. Genetische factoren spelen een rol. Depressie, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen worden vaak bij alcoholici gevonden. Sociaal leren en conditionering helpen het alcoholgebruik in stand houden. Freq. Het aantal excessieve drinkers wordt geschat op 14%. Bij mannen zou het aantal probleemdrinkers (personen met aan alcohol gerelateerde gezondheidsproblemen) 15% en bij vrouwen 3% bedragen. Bij vrouwen komt de combinatie met benzodiazepinemisbruik vaak voor. De jaren zeventig hebben sterke toename van alcoholmisbruik te zien gegeven. Compl. neurologisch: Wernicke-Korsakoff syndroom, polyneuropathie, myopathie, cerebellaire atrofie. Gastro-intestinaal: oesofagitis, gastritis, pancreatitis, levercirrose. Cardiovasculair: hypertensie, cardiomyopathie. Het foetale alcohol syndroom kan zich ontwikkelen bij kinderen van tijdens de zwangerschap excessief drinkende moeders. Psychiatrisch zijn eveneens talrijke complicaties bekend. De intoxicatie is o.a. gekenmerkt door euforie of agressiviteit, stoornissen in aandacht en beoordeling. De idiosyncratische intoxicatie of pathologische roes houdt een uitbarsting van agressief of destructief gedrag in na een betrekkelijk geringe alcoholconsumptie. Onthoudingsverschijnselen zijn beven, nausea, malaise, hyperactiviteit en slapeloosheid. Een onthoudingsdelier gaat gepaard met desorientatie, bewustzijnsdalingen en visuele of acoustische hallucinaties. De amnestische stoornis door alcohol staat bekend als syndroom van Korsakoff en berust mede op een vitB1 deficiëntie. De alcoholhallucinosose treedt op na onthouding en bestaat uit een wekenlange periode van visuele of acoustische hallucinaties bij helder bewustzijn en intacte orientatie. Pathologische jaloezie, gaat vaak gepaard met seksuele disfunctie en verschilt klinisch niet van de beelden met jaloezige achterdocht of wanen die zonder alcoholafhankelijkheid tot ontwikkeling kunnen komen. Na jarenlang excessief drinken is ook een vorm van dementie beschreven. Ther. Doelstelling kan totale abstinente of gecontroleerd drinken zijn. Belangrijk is dat aan het drinkgedrag aandacht wordt besteed en niet alleen aan de veronderstelde onderliggende oorzaken. Disulfiram kan als hulpmiddel gebruikt worden. Veel ambulante en klinische programma's met enige effectiviteit zijn ontwikkeld; naarmate de afhankelijkheid ernstiger is, moet de behandeling intensiever zijn. De Alcoholics Anonymous is een zelfhulpgroep. Progn. Ongunstig: binnen 10 jaar is 1/3 abtinent, 1/3 drinkt door en 1/3 is overleden. Met behandeling is de prognose iets gunstiger.

AMBIVALENTIE

Een toestand waarbij 2 sterke maar tegengestelde gevoelens of gedachten zich manifesteren, waardoor de betrokkene niet tot een keuze of besluit kan komen. Bij obsessief-compulsieve stoornis en bij schizofrenie komt ambivalentie in sterke mate voor.

AMNESTISCH SYNDROOM

Stoornis van het korte - en lange termijngeheugen die niet in het kader van een delier of dementiesyndroom optreedt en waarvoor een organische oorzaak verantwoordelijk gesteld kan worden. Als men een driedeling in de geheugenfunctie onderscheidt, namelijk onmiddellijke reproductie, recent geheugen en lange termijn geheugen, dan kan het amnestisch syndroom begrepen worden als een stoornis van vooral het recente geheugen.

Dit blijkt uit het onvermogen om informatie te reproduceren nadat de aandacht is afgeleid; bijvoorbeeld drie namen van voorwerpen vijf minuten na de presentatie. Het klinisch beeld wordt verder gekenmerkt door desorientatie in de tijd, vaak ook plaats en persoon, het onvermogen gebeurtenissen op de tijdslijn te plaatsen en soms door confabulaties. Diff. het delier onderscheidt zich o.a. door het fluctuerende beloop en de aandachtsstoornissen. Bij dementie zijn er ook stoornissen van abstract denken. Psychogene amnesie begint in aansluiting op een psychotrauma en herstelt zich meestal na korte tijd. Aet. Dubbelzijdige stoornis van het limbische systeem. In de meeste gevallen gaat het om vit B1 deficiëntie t.g.v. alcoholmisbruik; men spreekt dan van syndroom van Korsakoff. Andere oorzaken van het Korsakoffsyndroom zijn langdurig braken en vasten. Een amnestisch syndroom kan verder ontstaan na koolmonoxidevergiftiging, subarachnoidale bloeding, herpes simplex encefalitis, vaatafsluitingen, traumata en bloedingen. Ther. zo mogelijk de oorzaak behandelen. Meestal is er een zeer ernstige chronische handicap die verpleeghuisopname vereist. Geheugentraining kan soms enige zin hebben.

ANGST

Onaangename emotionele toestand die voortkomt uit de verwachting van gevaar. De uitingen zijn spierspanning, autonome hyperactiviteit, angstige verwachting en waakzaamheid. Plotse en intense angst die met veel lichamelijke verschijnselen gepaard gaat wordt paniek genoemd. Een fobie wordt gekenmerkt door een irrationele angst voor een bepaalde situatie waarvoor zich vermijdingsgedrag heeft ontwikkeld. Diffuse of "vrij flotterende" angst is niet aan een omschreven situatie gekoppeld. Met toestandsangst wordt de per situatie wisselende mate van angst bedoeld, terwijl angstdispositie betrekking heeft op een meer oermanente angstniveau.

ANGSTSTOORNISSEN

Groep aandoeningen waarbij een pathologische vorm van angst het meest kenmerkende symptoom is. De volgende beelden worden onderscheiden: Paniekstoornis met of zonder agorafobie; agorafobie zonder paniek; sociale fobie; enkelvoudige fobie; obsessief-compulsieve stoornis; posttraumatische stress stoornis en diffuse angststoornis. Freq: volgens recent epidemiologisch onderzoek zou de 6- maands prevalentie 8.3% zijn; slechts 23% van de mensen met angststoornissen was in behandeling. De life time prevalentie zou tussen 15 en 25% liggen.

ANOREXIA NERVOSA

zie kinder- en jeugdpsychiatrie

ANTIDEPRESSIVA

Groep psychofarmaca die effectief zijn bij de behandeling van depressies. De meeste ervaring bestaat met de tricyclische antidepressiva; van recentere datum zijn de antidepressiva van de tweede generatie. De werking hangt waarschijnlijk samen met de remming van de heropname van biogene amines (noradrenaline en serotonine) uit de synaptische spleet. Antidepressiva hebben het meest uitgesproken effect bij depressies met duidelijke vitale kenmerken: interesseverlies, anhedonie, remming of agitatie, dagschommelingen, vroeg ontwaken, gewichtsverlies en libidoverlies. Sommige antidepressiva hebben een meer sederend effect (amitryptiline, doxepine), andere zijn meer activerend (nortryptiline, desipramine); een tussenpositie wordt ingenomen door clomipramine, imipramine, fluvoxamine en maprotiline. De tricyclische antidepressiva hebben als belangrijke bijwerking hun anticholinergische effecten; vooral bij bejaarden kunnen ortostatische hypotensie en "sudden falls" voorkomen. Bij bejaarden kan ook een delier optreden. Tevens kunnen ze hartritme- en geleidingsstoornissen veroorzaken. Minder

frequent zijn o.a. epileptische insulten en allergie. De tweede generatie antidepressiva hebben veelal minder uitgesproken anticholinergische en cardiotoxische bijwerkingen. Met behulp van deze antidepressiva kan bij circa 2/3 van de patiënten een goed resultaat bereikt worden. Bij therapieresistente depressies kan de toevoeging van lithium, het gebruik van een Monoamino oxidase remmer en tot slot electroconvulsiotherapie geïndiceerd zijn.

De laatste jaren is een effect van sommige antidepressiva (clomipramine, imipramine, fluvoxamine) op paniekaanvallen gedocumenteerd, ook los van de aanwezigheid van depressieve verschijnselen die bij angststoornissen frequent gevonden worden.

ANXIOLYTICA (syn. ataractica)

In lage dosis zijn anxiolytica angstdempend en in hoge dosis slaapverwekkend. De benzodiazepines worden van deze groep veruit het meest gebruikt. De werking van benzodiazepines werking lijkt te berusten op versterking van de activiteit van de inhiberende neurotransmitter GABA (gamma-aminoboterzuur). Er bestaan preparaten met een korte halfwaardetijd (temazepam, oxazepam, lorazepam) en met een lange halfwaardetijd (chloordiazepoxide, diazepam). De bijwerkingen zijn meestal gering: verminderde alertheid is de belangrijkste; ook vermoeidheid en spierslakte komen voor. Een enkele maal treedt een paradoxale reactie op. Benzodiazepines worden zeer veel voorgeschreven; ze zijn geïndiceerd bij angstklachten of insomnia waarvan men mag verwachten dat de klachten van voorbijgaande aard zullen zijn (bijvoorbeeld: crisissituatie, ziekenhuisopname, periode van stress). Bij delieren zijn vooral kortwerkende benzodiazepines aangewezen. In combinatie met antidepressiva, resp neuroleptica zijn ze te gebruiken bij de behandeling angstige depressieve, resp psychotische patiënten. Ook bij terminale patiënten kunnen ze aangewezen zijn. Bij chronische angststoornissen is de waarde van benzodiazepines beperkt: bij deze patientengroep bestaat bij uitstek het risico van misbruik en afhankelijkheid. Gedragstherapie en in sommige gevallen antidepressiva verdienen hier de voorkeur. Bij een aantal patiënten ontstaan onthoudingsverschijnselen na het staken van benzodiazepines bestaande uit angst, agitatie, slapeloosheid, duizeligheid, spiertrekkingen, wazig zien. Bij plots stoppen bestaat het risico van insulten; geleidelijk staken, zo nodig over een periode van 4 tot 8 weken is aan te bevelen. Bij chronische afhankelijkheid kunnen een amnestische stoornis en onthoudingsdelier optreden.

ALZHEIMER (ziekte van)

Ziekte met een preseniele (voor het 65ste beginnend) en een seniele variant (SDAT: Seniele Dementie van het Alzheimerse Type). De symptomen zijn die van een dementiesyndroom (zie dementie) met een sluipend begin en langzaam progressief verloop. De preseniele vorm heeft over het algemeen een sneller verloop. In het voorstadium zijn er veelal aspecifieke symptomen van traagheid, initiatiefverlies en zwakke concentratie. Na enkele jaren manifesteren zich geheugendefecten voor recente gebeurtenissen en langer geleden gebeurtenissen, desorientatie en verlies aan abstraherend vermogen. In een volgende fase ontstaan vaak fatische stoornissen, apraxie, neiging tot dwalen en ernstige oordeels- en kritiekstoornissen waardoor de zelfredzaamheid verloren gaat. In de late fase treden vaak decorumverlies, incontinentie, hypokinesie en rigiditeit van de motoriek op. In het laatste stadium herkent de patient de omgeving niet meer en is sterk hulpbehoevend geworden. Aet. Genetische factoren spelen vooral bij de preseniele vorm een rol in het ontstaan van de aandoening. Verdere hypothesen betreffen de mogelijkheid van een toxische invloed van aluminium, chromosomale afwijkingen, een slow virus infectie, een auto-immuun proces en een stoornis van de neurotransmissie, i.h.b. het presynaptische cholinergische systeem. Freq. prevalentie wordt geschat op 2,5% boven 65 jaar en ruim 10% boven 80 jaar. Diagn. bij uitsluiting van een oorzakelijke lichamelijke ziekte op basis van het klinische beeld.

Verdere hulpmiddelen zijn neuropsychologisch onderzoek en beeldvormende technieken (CT-scan, PET-scan en SPECT-scan). Hist. Post mortem kan de diagnose bevestigd worden door typische histologische bevindingen in het hippocampusgebied en overige delen van het limbisch systeem en de frontale, temporale en parietale schors: celverlies, seniele plaques, gliosis en neurofibrillaire tangles. Compl. Delier, psychose en depressie. Ther. zie bij dementie. Progn. na een beloop van 5 a 10 jaar meestal overlijden aan een intercurrente ziekte.

BIOFEEDBACK

Therapeutische techniek gebaseerd op het principe dat door terugkoppeling van het effect de bewuste besturing van psychofysiologische functies verbeterd kan worden. Bijvoorbeeld wordt de mate van spierspanning in een bepaald gebied vertaald in een hoorbaar geluidssignaal. Behalve spierspanning worden o.a. huidweerstand, huidtemperatuur, alfa-activiteit van de hersenen, bloeddruk en hartfrequentie gebruikt. Wordt gebruikt bij aan stress gerelateerde aandoeningen en sommige neurologische beelden.

BIPOLAIRE STOORNIS (vroeger: manisch-depressieve psychose)

Stoornis waarbij een of meer manische episodes en een of meer episodes van depressie i.e.z. zijn opgetreden (zie manie en depressie i.e.z.). Wanneer zich twee of meer cycli zonder remissie binnen een jaar voordoen spreekt men van "rapid cyclers". Freq. de life time prevalentie ligt op 0.4 tot 1.2% in de USA. I.t.t. depressie komt bipolaire stoornis even vaak bij mannen als vrouwen voor. Aet. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de bipolaire stoornis familiair voorkomt. Diff. vooral de mildere variant nl cyclothyme stoornis. Ther. zie de therapie van manie en van depressie. Afhankelijk van de episode: lithium, gecombineerd met een neurolepticum of een antidepressivum. Onderhoudstherapie met lithium is aangewezen. Meestal is een manische episode de eerste aanleiding om in behandeling te komen. "Rapid cyclers" reageren minder goed op lithium; carbamazepine is een alternatief. Controle op leukopenie is nodig. Progn. Bij bipolaire stoornis zijn er over het algemeen frequenter manische of depressieve ontregelingen dan wanneer uitsluitend unipolaire stemmingsstoornissen voorkomen. Moeilijkheden bij het beroepsmatig functioneren komen vaak voor. Het suiciderisico bij bipolaire stoornis is aanzienlijk

BLOKKEREN (syn Sperrung)

Onderbreking van de woordenstroom voordat de gedachte is afgemaakt. Na een periode van seconden of minuten zwijgen geeft de betrokkene aan dat hij niet meer weet wat hij wilde zeggen.

BOULIMIA NERVOSA

zie kinder- en jeugdpsychiatrie

COMPULSIES (syn dwanghandelingen)

Doelgerichte en opzettelijk uitgevoerde handelingen waarmee obsessies kunnen geneutraliseerd worden. De handelingen zijn niet te beschouwen als een realistische manier om het gevreesde onheil af te wenden, of ze zijn zeer sterk overdreven in aantal. Bijv: om vast te stellen dat het gas uit is moet tientallen keren na elkaar de oven geïnspecteerd worden; of om geruststelling te verkrijgen dat geen besmetting van buiten naar binnen is gebracht moeten alle gezinsleden bij binnenkomst uitvoerig wassen, hun kleding verwisselen en slechts van bepaalde stoelen gebruik maken. Controleren en poetsen zijn de meest voorkomende compulsies. Uitstellen van de rituelen leidt tot toename van spanning. Dwanghandelingen kunnen grote delen van de dag in beslag nemen en sociaal zeer invaliderend worden. Ze zijn symptomatisch voor dwangneurose, maar kunnen ook voorkomen

bij schizofrenie en depressie. Ze moeten worden onderscheiden van dranghandelingen of stoornissen van de impulscontrole (bijv pathologisch gokken) die ego-syntoon zijn en waarbij een gratificatie wordt bereikt.

CONFABULATIE

Het verzinnen van feiten om lacunes in de herinnering vanwege een geheugenstoornis op te vullen. Verschilt van liegen omdat misleiding niet het primaire doel is. Komt voor bij amnestisch syndroom

COGNITIEVE THERAPIE

Het uitgangspunt van cognitieve therapie is dat psychopathologie in de hand wordt gewerkt door dysfunctionele opvattingen en interpretaties. Cognitieve therapie bestaat uit het systematisch opsporen, uitdagen en corrigeren van dergelijke cognities. Positief effect van deze benadering is gedocumenteerd bij de behandeling van fobieën en (matig ernstige) depressies.

CONVERSIE (syn. hysterische neurose, conversie vorm)

Een verlies of verandering van een lichamelijke functie die een lichamelijke aandoening suggereert, maar die na voldoende lichamelijk onderzoek niet somatisch verklaard kan worden. Als de klacht beperkt blijft tot pijn of een psychosexuele stoornis is de diagnose conversie niet van toepassing. Er is een samenhang in de tijd tussen het begin van de klachten en een psychosociale stressfactor. Meestal is het begin plots; een dramatische presentatie komt vaker voor dan de zgn "belle indifference." Vaak voorkomende symptomen zijn: ataxie, paralyse of parese, afonie, anesthesie, blindheid, pseudo-epilepsie en globus hystericus. Conversieverschijnselen beginnen meestal in de jeugd en treden zelden voor het eerst op na het veertigste levensjaar. Vaak heeft de patient al eerder ervaring met de klacht opgedaan, bijvoorbeeld: conversieblindheid bij iemand met een oog-aandoening in de voorgeschiedenis. Meestal is ziekte winst aanwijsbaar in de vorm van extra aandacht of vermindering van verplichtingen. Aet. verondersteld wordt dat het symptoom een nonverbaal uitdrukking is van een intrapsychisch of interpersoneel conflict. Een alternatieve verklaring is dat de patient zich bij gebrek aan adequate oplossingsmogelijkheden uit een probleem terugtrekt in de rol van zieke. Diff. somatische aandoeningen die op een theatrale wijze worden gepresenteerd, worden soms ten onrechte voor conversieverschijnselen aangezien. Bij langdurige follow-up wordt bij 25% van de patienten bij wie een conversie was gediagnosticeerd alsnog een somatische aandoening zoals multipele sclerose vastgesteld. Ther. van verschillende interventies worden positieve resultaten gerapporteerd: steunende of inzichtgevende therapie, fysieke revalidatie, gedragstherapie, hypnose en vooral bij kinderen gezinstherapie. Vermeden moet worden de patient gezichtsverlies te bezorgen door het ontbreken van somatische afwijkingen als een ontmaskering te hanteren.

CRISISINTERVENTIE

Een crisis dreigt te ontstaan als een persoon niet over voldoende mogelijkheden beschikt om een plotse verandering, een trauma of verlies op te vangen. Het risico van problematische reacties (alcoholmisbruik, overdoses medicatie, etc) neemt dan toe. Het doel van crisisinterventie is door snel beschikbare, intensieve en kortdurende begeleiding bij te dragen tot een oplossing van de crisis. Daartoe gebruikte technieken zijn o.a.: verheldering van de probleemsituatie; aanmoedigen tot emotionele expressie; steun mobiliseren in de omgeving; beschikbare oplossingsstrategieën evalueren en bijdragen tot het ontwikkelen van alternatieven. Medicamenteuze ondersteuning is in vele gevallen nodig. Na een paar weken wordt de interventie afgesloten, zonodig wordt een behandeling

in een klinische of ambulante setting voortgezet. Crisisinterventie is primair ontwikkeld voor mensen buiten het geestelijke gezondheidszorgcircuit met acute aanpassingsproblemen; in de praktijk wordt op deze faciliteit ook vaak beroep gedaan door chronische psychiatrische patienten op momenten van decompensatie.

CYCLOTHYMIE

Stemmingsstoornis met episodes van hypomanie en stemmingsdaling die niet ernstig genoeg zijn om aan de criteria voor manie of depressie i.e.z. te voldoen. Begint meestal in de adolescentie en komt familiaal voor. Compl. Tijdens hypomane episodes kan het gedrag van de patienten sociale en relationele problemen voor gevolg hebben. Ther. onderhoudsbehandeling met lithium kan de stemmingsschommelingen afzwakken; antidepressiva kunnen aangewezen zijn tijdens depressieve episodes. Begeleiding is gewenst om schommelingen tijdig te onderkennen en patienten er zelf alert op te maken. Progn. Ongeveer 1/3 ontwikkelt alsnog een bipolaire stoornis.

DEFENSIEMECHANISMEN (syn. afweermechanismen)

Belangrijk concept uit de psychoanalyse. Heeft betrekking op onvrijwillig en onbewust optredende psychologische processen die de functie hebben het ik te beschermen tegen driftimpulsen, eisen van het geweten of van de werkelijkheid. Voorbeelden zijn: verdringing of uit het bewustzijn verwijderen of vergeten van verontrustende wensen, gedachten of ervaringen; projectie of het aan anderen toeschrijven van eigen onacceptabele gevoelens of gedachten; rationaliseren of het bedenken van onjuiste maar geruststellende verklaringen; reactieformatie of het vervangen of overdekken van onacceptabele gevoelens of verlangens door lijnrecht tegenovergestelde gevoelens. Humor en sublimatie (omzetting van een driftimpuls in een sociaal meer acceptabel doel) worden geacht tot een gezonde aanpassing bij te dragen. Van de overige afweermechanismen wordt verondersteld dat zij in mindere of meerdere mate een geslaagde aanpassing in de weg staan.

DELIER

Acuut psycho-organisch syndroom gekenmerkt door in de loop van de dag fluctuerende symptomen waaronder verminderde aandacht, gedesorganiseerd denken, verlaagd bewustzijn, perceptiestoornissen, gestoorde slaap-waakcyclus, desorientatie en geheugenstoornissen. Aet. diffuse metabole ontregeling van het cerebrum, met name de hersenstam, door intra- of extracerebrale factoren van metabole, chemische, infectieuze of traumatische aard. Angst en sensore deprivatie (intensive care afdelingen) kunnen uitlokkende factoren zijn. Risicofactoren zijn: hoge leeftijd, hersenbeschadiging, slechte lichamelijke toestand, verslaving, eerdere delirante episode, chronische angst en verkeren in een vreemde omgeving. Wordt vaak gezien na infectieziekten, trauma's, postoperatief, bij intoxicaties of onthoudingsverschijnselen, cardiovasculaire of endocriene stoornissen en bij dementerende patienten; met name bij bejaarden als bijwerking van medicatie zoals tricyclische antidepressiva. Freq. tot 40% van de opgenomen geriatrie en 10% van de algemene ziekenhuispopulatie zou een delirante episode doormaken. Diff. andere psychiatrische syndromen met angst en onrust zijn veelal te onderscheiden van een delier door het ontbreken van het fluctuerend beloop, de aandachtsstoornissen en verwardheid. Bij dementie blijft het bewustzijn helder; een delier kan zich evenwel bij een demente patient voordoen. Het maligne neuroleptica syndroom (delirium acutum) is tevens gekenmerkt door een extra-pyramidaal beeld en hoge koorts. Ther. Specifiek: behandelen van de lichamelijke oorzaak. Algemeen: bewaken van electrolytenhuishouding, circulatie en vochtbalans. Een rustige omgeving met oriëntatiemogelijkheden bieden. Zo nodig sederen met kortwerkende benzodiazepines en/of agitatie met haloperidol bestrijden. Progn. volledig herstel is meestal mogelijk. Afhankelijk van het onderliggend proces kan de afloop

echter dodelijk zijn. Soms blijven er restverschijnselen zoals een Korsakoff syndroom of dementie.

DEMENTIE

syndroom met deterioratie van cognitieve functies bij intact bewustzijn. Belangrijke symptomen zijn: tekortkomingen in het korte- en lange termijn geheugen, stoornissen in abstract denken, oordeels- en kritiekstoornissen, stoornissen van hogere corticale functies, zoals afasie, apraxie of agnosie en persoonlijkheidsverandering in de vorm van verscherping van premorbide trekken. Aet. in meer dan 50% van de gevallen boven 65 jaar berust dementie op de ziekte van Alzheimer (SDAT: seniele dementie Alzheimerse type); 10 a 20% zijn vasculaire vormen (multi-infarct dementie) en nog eens 10 a 20 % mengvormen van SDAT en vasculaire vormen. Bij de restgroep van dementieën vindt men de volgende aandoeningen: ziekte van Parkinson, ziekte van Pick, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, Aids, lues, deficienties b.v. t.g.v. alcoholmisbruik, ruimte innemende processen in cerebro, normal pressure hydrocefalus, metabole of endocriene oorzaken. Freq. de prevalentie is 5% bij personen boven 65 jaar. Diff. vergeetachtigheid bij depressieve of angstige patienten, normale ouderdomsvergeetachtigheid, delier. Ther. vooralsnog is voor de meeste vormen van dementie causale behandeling niet mogelijk. Na uitsluiting van behandelbare vormen zoals normal pressure hydrocefalus, dementia paralytica, meningeom, vitaminedeficienties en endocrinopathieën is het algemene beleid gericht op handhaven van een gunstig milieu, waarbij ook de draagkracht van de verzorgers getaxeerd en eventueel door ondersteuning vergroot moet worden. Decompensatie van de thuisverzorging is vaak de aanleiding tot permanente opname. De lichamelijke gezondheidstoestand dient goed gevolgd te worden omdat alle somatische pathologie tot verdere achteruitgang kan bijdragen; om dezelfde reden is terughoudendheid geboden bij de indicatiestelling tot operatieve ingrepen. Gedragsstoornissen zoals depressie of psychotische verschijnselen dienen met de geeigende psychofarmaca bestreden te worden, zij het dat het medicamenteuze beleid voorzichtig dient te zijn vanwege de grotere gevoeligheid van demente patienten.

DENKSTOORNIS (FORMELE)

Stoornis van de vorm van het denken. Voorbeelden zijn neologismen of het ontwikkelen van nieuwe woorden, concretismen of het letterlijk gebruiken van abstract bedoelde termen.

schizofrenie

DEPERSONALISATIE

Vaak voorkomend symptoom bestaande uit het gevoel buiten het eigen lichaam of geest te staan, als een robot of in een droom te leven. Emoties worden beleefd als afgezwakt of niet meer eigen. Depersonalisatie kan ook lichamelijk beleefd worden: alsof een bepaald lichaamsdeel veranderd is of anders aanvoelt. Treedt vaak op in combinatie met derealisatie. Diff: komt voor als voorbijgaand vermoeidheidsverschijnsel bij 30 tot 80% van de adolescenten; verder bij uiteenlopende stoornissen: schizofrenie, depressie, angststoornissen, i.h.b. paniekstoornis, agorafobie en obsessief-compulsieve stoornis, bij rouwreacties, na traumatische gebeurtenissen, bij schizoïde persoonlijkheden en als kernsymptoom van depersonalisatiestoornis. Th: behandeling van de primaire stoornis.

DEPERSONALISATIESTOORNIS

Continue of intermitterende ervaring van depersonalisatie, meestal samen met derealisatie. Gaat gepaard met sterke preoccupatie en verontrusting over de veranderde belevingswereld. Aet. onbekend. In sommige gevallen is angstreductie een aannemelijke klinische veronderstelling. Diagn. uitsluiting van de andere aandoeningen waarbij depersonalisatie een veelvoorkomend symptoom is (zie depersonalisatie). Th. Er is geen systematisch, gecontroleerd onderzoek beschikbaar. Positieve effecten zijn beschreven van

benzodiazepines en antidepressiva, van inzichtgevende therapie en hypnose. Een beleid gericht op het verminderen van stress lijkt aangewezen. Progn. meestal acuut begin en fluctuerend beloop, met toename van klachten in periodes van belasting. De klachten kunnen meerdere jaren voortduren, gevolgd door remissie. De mate van hinder bij dagelijkse bezigheden is variabel.

DEPRESSIE I.E.Z.(major depression)

Ernstige affectieve stoornis gekenmerkt door depressieve stemming (bij kinderen en adolescenten vooral prikkelbaarheid), interesseverlies, gewichtsverlies of gewichtstoename, insomnia of hypersomnia, psychomotorische agitatie of remming, gevoelens van schuld of waardeloosheid, concentratiezwakte of besluiteloosheid en gedachten aan dood of suicide. Een depressie i.e.z. gaat in 10 a 15% van de gevallen gepaard met psychotische kenmerken; de wanen of hallucinaties kunnen in overeenstemming zijn met de typische depressieve gedachteninhouden zoals schuld, straf of nihilisme. In de oudere Nederlandse classificaties werd voor de depressie met psychotische kenmerken de term melancholie gebruikt. In de DSM-III-R wordt de omschrijving "met melancholische kenmerken" gehanteerd als synoniem van vitale kenmerken: o.a. interesseverlies, anhedonie, dagschommelingen, vroegtijdig ontwaken, psychomotorische remming of agitatie, anorexie en gewichtsverlies. Er is een seizoensgebonden variant (Seasonal Affective Disorder, SAD) die overwegend bij vrouwen voorkomt en gekenmerkt wordt door stemmingsdaling in de herfst, hypersomnolentie en honger voor koolhydraten. Bij een gemaskeerde depressie wordt niet de stemmingsdaling genoemd, maar moeheid, pijn en vage lichamelijke klachten. In de loop van een depressie kunnen paniekaanvallen, fobische en hypochondrische klachten en obsessief-compulsieve symptomen optreden, die ook weer verdwijnen als de depressie wijkt. Aet. De vroeger gehanteerde dichotomie "endogeen" versus "psychogeen" wordt niet meer als zinvol gezien; aangenomen wordt dat een wisselende invloed van biologische, psychologische en sociale factoren van belang is. Uit tweelingstudies en adoptiestudies blijkt een genetische component. Veel onderzoek is verricht naar de hypothese van de biogene aminen, die echter nog niet bevestigd is. Bij circa 50% van de depressieve patiënten wordt een gestoorde dexamethasonsuppressietest (DST) gevonden, deze wijst op een hypersecretie van ACTH. Polysomnografisch onderzoek toont typische afwijkingen, zoals verkorte REM latentie en minder stadium 4 slaap. Als psycho-sociale factoren zijn waarschijnlijk van belang: life events, i.h.b. verlies, geringe sociale steun en persoonlijkheidskenmerken zoals geringe zelfwaardering. Freq. de prevalentie is 3 tot 5% ; het "life-time" risico wordt geschat op 10 tot 15% en is tweemaal hoger bij vrouwen dan bij mannen. Depressies komen vaker in de tweede levenshelft voor, maar kunnen al bij kinderen en adolescenten optreden. Gedragsproblemen en agressiviteit kunnen dan op de voorgrond staan. Bij een depressie in de postpartum periode is het risico op recidief bij een volgende zwangerschap verhoogd. Diff. depressieve symptomen komen bij veel stoornissen voor: Organisch depressief stemmingssyndroom, dementie, schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, rouw. Ther. Het suiciderisico moet steeds nagegaan worden. In ernstige gevallen is klinische opname aangewezen. Bij depressies met veel vitale kenmerken werken antidepressiva doorgaans het beste; bekend is dat het suiciderisico kan toenemen aan het begin van een behandeling met antidepressiva. Bij een depressie met psychotische kenmerken kan combinatie met een neurolepticum nodig zijn. Bij therapieresistente depressies kan toevoeging van lithium of overstappen op een MAO-remmer en tot slot electroconvulsie therapie worden overwogen. De seizoensgebonden variant kan goed reageren op lichttherapie. Naast de biologische behandeling is een psychotherapeutische benadering gewenst. Afhankelijk van de mogelijkheden kan dit beperkt blijven tot een steunende therapie of een benadering gericht op verbetering van bepaalde coping vaardigheden: voor minder ernstige depressies is het effect van cognitieve therapie en een

inzichtgevende therapievorm (interpersonal therapy) gedocumenteerd. Progn. De meeste patiënten herstellen van een eerste depressieve episode. De kans op een recidief binnen 10 jaar wordt op 50% geschat en neemt toe met het aantal recidieven. Een ontwikkeling naar een chronisch beeld kan optreden. Suicide is een belangrijk risico

DEREALISATIE

Symptoom dat meestal in combinatie met depersonalisatie optreedt en bestaat uit het gevoel dat de buitenwereld niet meer echt is, dat de betrokkene in een film loopt, of de omgeving achter een glazen wand zit. Diff: zie depersonalisatie.

DIFFUSE ANGSTSTOORNIS (syn angstneurose)

Continue overmatige angst en piekeren, met tekenen van motorische spanning, zoals beven, rusteloosheid en snelle vermoeibaarheid, van autonome hyperactiviteit, zoals tachycardie, droge mond en duizeligheid en tekenen van overmatige alertheid, zoals schrikreacties, prikkelbaarheid en slaapstoornissen. Er is geen sprake van paniekaanvallen of vermijdingsgedrag. Freq: vermoedelijk 5% met een man/vrouw ratio van 1/2. Diff: Organische angstsyndromen o.a. cafeïneintoxicatie en onthoudingsverschijnselen van anxiolytica. DD van dysthyme stoornis is vaak moeilijk. Th: benzodiazepines zijn effectief bij het onderdrukken van de klachten; staken van de medicatie leidt veelal tot recidieven. Buspirone is mogelijk een beter alternatief. Relaxatietraining, eventueel aangevuld met cognitieve therapie of (zelf)hypnose is effectief gebleken. Progn: chronisch beloop, als regel fluctuerend met stressmomenten.

DIRECTIEVE THERAPIE

Verzameling van psychotherapeutische interventies met o.a. de volgende kenmerken: 1. meestal wordt een kortdurende behandeling nagestreefd; 2. een concrete doelstelling wordt afgesproken; 3. de keuze van technieken is eclectisch, d.w.z. kan uit verschillende scholen afkomstig zijn; 4. er wordt veel belang gehecht aan het ontwikkelen van een gunstige therapeutische context; 5. er wordt aandacht besteed aan de toepassing van algemene of nonspecifieke therapiefactoren.

DISSOCIATIE

(Janet) beschrijvend concept waarmee een gebrekkige integratie van geheugen, gedachten, handelingen of persoonlijke identiteit wordt aangeduid. In extreme vorm leidt dit tot de gescheiden bewustzijnsinhouden, die worden gezien bij de dissociatieve stoornissen: multiële persoonlijkheid, psychogene fugue, psychogene amnesie en depersonalisatiestoornis. Ook bij conversieverschijnselen en boulimie wordt aan dissociatie een rol toebedacht. Het begrip verschilt van het Freudiaanse verdringingsconcept omdat niet de tweedelingen bewust/onbewust en rationeel/irrationeel denken worden aangehouden. Verondersteld wordt dat de gedissocieerde bewustzijnskernen ook tot rationeel gedrag in staat zijn, zoals ook wordt gezien bij bev. psychogene fugue. Volgens recente opvattingen (Hilgard) is dissociatie niet beperkt tot pathologische toestanden, maar komt o.a. ook voor bij de automatische uitvoering van taken waar geringe aandacht voor gemobiliseerd wordt, zoals autorijden langs een vertrouwde route. Door hypnose kunnen verschijnselen van dissociatie worden opgeroepen.

DWANG zie obsessie (dwanggedachte) en compulsie (dwanghandeling)

DRANG (syn. impuls)

Handelingen ingegeven door een drang zijn doelgericht en leiden tot lustbevrediging en vermindering van onaangename spanning die vooraf wordt gevoeld. De mate waarin een

drang kan worden weerstaan is variabel. Een dranghandeling is ego-syntoon, maar toegeven aan een impuls kan gevolgd worden door spijt of schuldgevoelens. Wanneer de gevolgen schadelijk zijn voor de betrokkene of zijn omgeving wordt dit als een pathologisch gebeuren gezien. Dit is het geval bij stoornissen in de impulscontrole (zie aldaar). Ook boulimie, verslavingen, sommige persoonlijkheidsstoornissen (antisociale en borderline) en parafilieën zijn gekenmerkt door problemen in controle van bepaalde impulsen. Drang is te onderscheiden van dwang (zie obsessie en compulsie) die ego-dystoon is. Uitvoering van dwanghandelingen leidt niet tot lustbevrediging, wel tot angst- of spanningsreductie.

DYSFORIE (syn dysthymie)

Affectstoornis gekenmerkt door ontstemming, humeurigheid of prikkelbaarheid. De term dysthymie wordt ook vaak gebruikt om lichte depressie aan te geven. Verwarring is verder mogelijk omdat dysforie soms gebruikt wordt als verzamelnaam voor alle als onaangenaam beleefde stemmingen zoals depressie, angst en prikkelbaarheid.

DYSMORFISCHE STOORNIS zie verstoorde lichaamsbeleving

DYSPAREUNIE

Terugkerende of blijvende pijn in de genitalieën tijdens of na de coitus. De DSM-III-R diagnose is in principe voor beide sexen toepasbaar, maar bij mannen komt deze klacht zelden voor en is dan meestal voorbijgaand. Aet. ongeveer 15% van de gevallen van dyspareunie berust op organische oorzaken. De overige zijn het gevolg van onvoldoende vaginale lubricatie, die voortvloeit uit (anticipatie)angst en spanning. Ther. tijdelijk gebruik van een lubriferend middel kan afdoende zijn. Als de conditie aanhoudt is sextherapie aangewezen, waarbij een fase van "sensate focus" of progressief opgebouwde streel oefeningen kunnen helpen om lichamelijke intimiteit weer plezierig te maken.

DYSTHYMIE (neurotische depressie)

Chronische depressieve stemming met slechte eetlust of te veel eten, insomnia of hypersomnia, geringe energie en vermoeidheid en een gering gevoel van eigenwaarde. Het beeld is milder dan een depressie i.e.z., maar kan al dan niet met korte onderbrekingen, meerdere jaren aanhouden. Dysthymie komt soms tot ontwikkeling na een voorgeschiedenis met een andere stoornis zoals anorexia nervosa of verslaving. Freq. geschat op 5 a 10%, meer bij vrouwen dan bij mannen. Diff. depressie i.e.z., al dan niet in partiele remissie, aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken. Ther. Van psychotherapie, bijvoorbeeld in de vorm van cognitieve therapie, interpersonele therapie of steunende therapie kan men in principe baat verwachten. Antidepressiva hebben doorgaans weinig effect, maar een proefbehandeling moet overwogen worden. Progn. vaak blijft professioneel en sociaal functioneren redelijk, zij het niet optimaal, ondanks voortduren van klachten. Dysthyme patiënten zijn belangrijke verbruikers van psychiatrische en psychotherapeutische voorzieningen.

ECHOLALIE

Als een echo herhalen van een aan betrokkene gestelde vraag. Komt voor bij diffuse ontwikkelingsstoornis, psycho-organische stoornissen en schizofrenie.

ECT (electroconvulsietherapie)

Electroconvulsietherapie is in Nederland bij velen in diskrediet geraakt en wordt nog slechts in enkele centra toegepast. Ongetwijfeld is deze methode in het verleden onzorgvuldig en lichtvaardig gebruikt. Met de tegenwoordige voorzorgsmaatregelen (spierrelaxantia, anesthesie, unilaterale electrode) is ECT een relatief veilige therapie met

in vergelijking tot farmacotherapie geen ongunstig profiel van bijwerkingen. Het antidepressieve effect treedt sneller op en is meer uitgesproken dan dat van antidepressiva. Niettemin worden de indicaties van ECT beperkt tot situaties waarin antidepressiva onvoldoende uitkomst bieden: therapieresistente depressies en depressies die gepaard gaan met hoog suicidegevaar of weigering om te eten of drinken waardoor de nierfunctie bedreigd wordt. De indicatie moet in Nederland door twee onafhankelijke psychiaters gesteld worden en de patient moet toestemming geven voor de behandeling. Gemiddeld zijn een achttal sessies nodig. Postictaal kan er hoofdpijn, nausea en een retrograde en anterograde amnesie zijn; deze klachten zijn tijdelijk. Het persisteren van geheugenstoornissen na lange tijd is nog niet geobjectiveerd.

ENKELVOUDIGE FOBIE

Angst en vermijdingsgedrag voor een omschreven situatie of stimulus, anders dan die omschreven onder agorafobie of sociale fobie. Meest komen voor: hoogtevrees, vliegangst, fobie voor bepaalde dieren, voor bloed, verwondingen of medische situaties, zoals tandartsenbezoek. Freq. 4% bij volwassen mannen en 7% bij vrouwen. Th. gedragstherapie in de vorm van exposure in vivo. Als om technische redenen in vivo exposure niet mogelijk is, kan imaginaire exposure gebruikt worden. Progn: enkelvoudige fobieën komen bij kinderen zeer frequent voor en verdwijnen meestal spontaan; de fobieën die rond de adolescentie nog overblijven worden chronisch. Behandeling is meestal succesvol.

EUFORIE

Affectstoornis bestaande uit overmatige opgewektheid en uitgelatenheid niet passend bij de situatie. Komt vooral voor bij manie.

EXPERIENTIELE PSYCHOTHERAPIE

Groep van psychotherapieën waarin de actuele ervaring van de client centraal staat en die geplaatsd kan worden in de humanistische traditie in de psychologie. Naast existentiële- en Gestalttherapie is de Rogeriaanse psychotherapie (ook: non-directieve of client centered therapie) het meest meest prominent. Uitgangspunten van de Rogeriaanse psychotherapie zijn dat het individu in een gunstige omgeving teneert tot zelfverwezenlijking en persoonlijke groei. De psychotherapeut kan bij dit proces behulpzaam zijn door middel van de therapeutische relatie, waarin de volgende kwaliteiten van de therapeut van groot belang worden geacht: 1. een empatisch begrip of het vermogen tot correcte perceptie van het gevoel van de client; 2. onvoorwaardelijke positieve waardering; 3. congruentie met eigen gevoelens.

Met Michelangelo tegen As 2

door

Kees van der Velden

Het schrijven van wetenschappelijke publikaties, althans publikaties waarin iets nieuws over de aard van de werkelijkheid wordt medegedeeld, is niet alleen opwindend, maar ook deprimerend en soms zelfs angstaanjagend. De leek, die over de aard van de werkelijkheid waarschijnlijk niet teveel inzicht, veronderstelt dat de opwinding ontstaat bij het weergeven van spectaculaire ontdekkingen, en dat somberheid de stemming is die het weergeven van onbenullige onderzoeksresultaten begeleidt, maar hoewel begrijpelijk, is deze indruk te eenvoudig.

Zo ben ik zelf bijvoorbeeld bezig aan een artikel dat een omwenteling in de psychiatrie tot gevolg zal hebben, maar niettegenstaande dit aanstaande succes kost het mij de grootste moeite langer dan een halfuur achtereen aan deze publikatie te werken. 'Geen wonder', denkt de onwetende misschien, 'ik zou ook doodmoe zijn wanneer ik een halfuur op de Bodem van het Denken zou hebben doorgebracht', maar het wonderlijke is juist dat mijn ontdekking helemaal niet diepzinnig is - eerder voor de hand liggend, triviaal. Iedereen had mijn uitvinding bij wijze van spreken kunnen doen. Wonderlijk dat dat niet gebeurd is! Bij de befaamde collega's in wier kring ik soms mag verblijven heb ik datgene wat ik mijn ontdekking noem voorzichtig ter sprake gebracht, veronderstellend dat zij allang wisten wat voor mij nog nieuw was, en ook in voordrachten heb ik uiting gegeven aan hetgeen mij over de aard van de hier bedoelde werkelijkheid geopenbaard was. De beroemdheden reageerden afwachtend. Ik vond geen aanwijzing voor de veronderstelling dat zij net zo dachten als ik. En het publiek dat van mijn voordrachten kennisnam, beantwoordde mijn ontdekking vooral met een hartelijk geschater. Men vond mij geestig.

Ik begon te begrijpen dat ik *eenzaam* was. Ik was de enige die deze ontdekking gedaan had. Ik zou de moed moeten hebben om als enige deze ontdekking onder woorden te brengen.

'Ik kan gewoon geen gelijk hebben' dacht ik, 'Zo knap ben ik niet.' Er waren zelfs momenten waarop ik dacht: 'Ik *wil* geen gelijk hebben. Ik *wil* zo knap niet zijn. Ik wil dat mijn beroemde collega's knapper zijn dan ik!'

Anders dan de belangstellende leek vermoedt, is het niet prettig om als enige te weten hoe het zit. Het geeft een ontzaglijke verantwoordelijkheid om de waarheid te kennen. Het maakt *bang*. Wat is het veel prettiger en veiliger om de waarheid aan deskundigen over te laten!

Men zegt met Jeremia: 'Ach, Here HERE, zie, ik kan niet spreken, want ik ben jong' (Jer. 1:6).

In plaats van de conclusie waartoe het nauwgezette onderzoek van de werkelijkheid mij gebracht had snel en helder op papier te zetten, ging ik slapen, of telefoneren, of naar De Bijenkorf, of lezen.

Ik las onder andere: *Born Under Saturn. The Character and Conduct of Artists: a Documented History from Antiquity to the French Revolution* door R. en M. Wittkower (1963). Dit is een standaardwerk over de meer en minder excentrieke typen aan wie wij de kunstgeschiedenis danken. De psychiatrisch geïnteresseerde lezer kan zich verbazen over de zorgvuldigheid waarmee de stoomissen van kunstenaars van eeuwen geleden door hun tijdgenoten werden beschreven. De ziektegeschiedenis van de schilder-monnik Hugo van der Goes (1435-1482) bijvoorbeeld werd door de kroniekschrijver van zijn klooster zo gedetailleerd vastgelegd dat we aan zijn ziekte zonder gissingen een DSM-III-R-nummer kunnen toekennen - nl. 296.34 -, en bijna kunnen we vaststellen bij hoeveel miligram Tofranil de arme Van der Goes baat zou hebben gehad.

Een aparte paragraaf is gewijd aan Michelangelo's *Distress of Mind and Temper*. In deze in alle opzichten belangwekkende paragraaf vond ik een fragment uit een brief van Michelangelo dat mij meteen in verrukking bracht.

Mijn eenzaamheid was ogenblikkelijk voorbij! Dat mijn beroemde collega's van mijn zienswijze koud noch warm werden kon mij niet meer schelen, want Michelangelo, Michelangelo zelf, die Mozes uit een blok steen tevoorschijn toverde, die het Campidoglio bedacht, die sonnetten schreef, tekende, schilderde, het genie Michelangelo Buonarroti bleek er net zo over te denken als ik!

Voor ik meer over deze opzienbarende, hartverwarmende en geheel onverwachte steun vertel, moet de lezer iets over mijn 'ontdekking' meedelen. Die zou zo geformuleerd kunnen worden: de diagnostische categorie persoonlijkheidsstoornis is onder andere zinloos omdat de onderzoeker geen flauw idee heeft van de *taken* die degene die aan de

persoonlijkheidsstoornis zou lijden tot een goed einde moet brengen, welke *opdracht* zo iemand probeert uit te voeren.

Een voorbeeld biedt de door mij beschreven mejuffrouw Van Effen (Van der Velden, 1989), die zich aanhoudend teweer moest stellen tegen ingrijpende biologische ontregelingen en het zich veroorloofde hierbij te vloeken en te kankeren. Voor dit vloeken en kankeren, dat zij blijkbaar niet voldoende inhield in het bijzijn van medisch personeel, werd zij gehonoreerd met de diagnose persoonlijkheidsstoornis (men dacht aan iets theatraals). De biologische ontregeling, waartegen zij zich al scheldend verzette, moest in deze diagnose buiten beschouwing blijven.

Er is over dit onderwerp veel meer over te vertellen, dus verwijs ik u voor verdere inlichtingen naar het nu al fameuze artikel zelf (Van der Velden, 1990). Daar staat het allemaal duidelijk in.

Michelangelo Buonarotti leefde van 1475-1564. Hij was geen overzichtelijk mens. 'Er zijn maar weinig adjectieven die niet op een of ander tijdstip gebruikt zijn om hem te karakteriseren', schrijven de Wittkowers. 'Hij is gierig genoemd en vrijgevig; bovenmenselijk en kinderachtig; bescheiden en zelfvoldaan; gewelddadig, achterdochtig, jaloers, misantropisch, extravagant, gekweld, vreemd, vreselijk; en deze lijst is verre van volledig.' Michelangelo was onmogelijk in de omgang. Hij was onredelijk. maakte ruzie, sloot zichzelf op. Leed hij aan een persoonlijkheidsstoornis?

Michelangelo wilde veel schitterende plannen in beperkte tijd volmaakt uitvoeren. Hij moest rekening houden met zijn fysieke beperkingen en met opdrachtgevers en medewerkers die lagere eisen stelden. De angsten en spanningen die hierdoor werden opgeroepen verklaren zijn *terribilità* waarschijnlijk beter dan de eventuele persoonlijkheidsstoornis. Wie zich van Michelangelo's plannen geen voorstelling kan maken of ze overdreven vindt -wat van hem uit gezien op hetzelfde neerkomt -, zal misschien geïnteresseerd zijn in de vraag of het gekreun en gezucht dat zijn streven begeleidde hem in aanmerking doet komen voor een plekje op As 2.

In zijn brieven schreef Michelangelo over zijn angsten en zijn waanzin en het onbegrip van de mensen in zijn omgeving.

Het was het volgende, door de Wittkowers als zeer kenmerkend beschouwde fragment (uit 1524, uit een brief aan zijn vriend Pietro Gondi), dat mij in beroering bracht:

No-one ever entered into relations with me - I speak of workman - to whom I did not do good with all my heart. Afterwards, some trick of temper or some madness ('pazzia'), which they say is in my nature, which hurts nobody except myself, gives them an excuse for speaking evil of me and calumniating my character.

Is het niet treffend? Is het niet of Michelangelo hier over de 'werkers in de geestelijke-gezondheidszorg' spreekt, die het vertrouwen van hun cliënten belonen met beledigende kwalificaties op As 2?

Ik vertaalde de tekst als volgt:

Van de mensen met wie ik samengewerkt heb - ik heb het nu over de werklui -, is er niet een voor wie ik niet graag mijn best heb gedaan. Maar omdat ik op de een of andere manier excentriek of gestoord ben, wat niemand kwaad doet behalve mijzelf, matigen ze zich aan mij achteraf te belasteren en mijn karakter zwart te maken.

Ik besloot dit citaat boven mijn artikel te zetten. Ik hoefde niet meer alleen te schrijven, ik zou het met Michelangelo doen!

-

De lezer weet dat Michelangelo geen Engels maar Italiaans schreef - een taal die ik niet beheers. Wat zou er in het Italiaans staan? Zou de oorspronkelijke tekst niet nog kernachtiger uitdrukken wat Michelangelo en ik eigenlijk bedoelen? Zou die hinderlijke tussenzin over de werklui er niet uit kunnen? Ik had eerder Italiaanse tekst via het Engels vertaald - fragmenten uit het libretto van *Don Giovanni* - en was steeds blijven twijfelen over het resultaat. Stel dat een recensent van mijn artikel, gekwetst doordat mijn eenvoudige waarheid hem al vele jaren was ontgaan, mij vanwege een domme vertaalfout zou kunnen diskwalificeren... Ik moest de oorspronkelijke tekst te pakken krijgen.

Dit lukte.

Michelangelo schreef het volgende:

Così è sempre intervenuto contra di me: e non s'impacciò mai nessuno meco (io dico d'artigiani), che io non gli abi fatto bene con tutto el cuore: poi sopra qualche mia bizzarria o pazzia che e' dicono che io ò, che non nuoce se non a me, si non fondati a dir male di me e a vituperarmi: che è el premio di tutti gl' uomini da bene. (Buonarroti, 1979.)

Ik herkende wel enkele woorden (*sempre* - altijd, *contra* - tegen, die *artigiani* zijn natuurlijk de werklui, *fatto* - gedaan, *bene* - goed, *bizzarria* - bizar of vreemd, enzovoort),

maar daar hadden we natuurlijk zeer onvoldoende aan.

Ik stuurde de oorspronkelijke tekst naar een vriend die lang in Rome had gewoond. Hoe zou hij het fragment vertalen?

Hij schreef: 'Volgens mij zou de vertaling moeten luiden:

Zo is het altijd tegen mij gegaan: niemand bemoeide zich ooit met mij (ik bedoel de werklieden), ik heb met heel mijn hart het beste voor hen gedaan: verder is het zo dat naast enkele van mijn grilligheden of gekheden die men zegt dat ik heb, die slechts mijzelf schaden, ze een grond gevonden hebben om kwaad over mij te spreken en mij te honen; dat is de beloning die alle mensen goed doet.

boven!

van (het) goede

Het is dus niet zo OMDAT hij grilligheden heeft, maar dat ze NAAST die grilligheden nog een grond gevonden hebben om hem te belasteren. Vraag: welke? Ik ben bang de zaak gecompliceerder voor je te hebben gemaakt dan je zou wensen.'

Dit was juist gezien. Deze tekst, die nog maar heel weinig leek op die van de heer en mevrouw Wittkower, kon ik onmogelijk als motto gebruiken. Wanneer hij niet door M. Buonarroti geschreven was, de dichter, de schepper van David, de man die de Sixtijnse kapel droomde, zou je aan wartaal denken.

Misschien zou de tekst begrijpelijker worden wanneer we de *hele* brief aan Pietro Gondi zouden kennen.

Ik kwam in het bezit van de Engelse standaardvertaling van Michelangelo's brieven (Ramsden, 1963).

Wat blijkt?

Vertaald staat daar het volgende:

'Het kenmerkt de ondankbare dat hij, wanneer je hem bijstaat in tijden van nood, zegt dat je je dit goed kunt veroorloven, wat je hem ook geeft. Als je hem, om iets vriendelijks te doen, werk geeft, zegt hij altijd dat je hiertoe wel gedwongen was (...) en dat je niet wist hoe je dit werk zelf zou moeten doen. En al de weldaden die hij ontvangt schrijft hij toe aan het feit dat zijn weldoener hem nodig heeft. En wanneer de weldaden zo overduidelijk zijn dat ze niet ontkend kunnen worden, wacht de ondankbare, om van de verplichting die hij voelt af te komen, tot zijn weldoener in het openbaar een fout maakt, en dan neemt hij de gelegenheid te baat om kwaad van hem te spreken en geloofd te worden. Dit is wat er in mijn geval altijd is gebeurd.

Want er is niemand met wie ik te maken heb gehad - ik bedoel de werklieden -, voor wie ik niet van harte mijn best heb gedaan. Toch, omdat ze zeggen dat ze me op een of andere wijze vreemd en geobsedeerd vinden - waar niemand last van heeft behalve ik zelf -, veroorloven ze zich om kwaad van me te spreken en me te misbruiken; wat de beloning is van alle eerlijke mensen.'

Samengevat: Ondank is 's werelds loon.

Deze mededeling, hoe schrijnend ook, kon ik niet als een verheldering van de strekking van mijn artikel beschouwen.

Het werd me duidelijk dat de Wittkowers het brieffragment volkomen ten onrechte beroemd hadden gemaakt.

Ik moest de strijd tegen As 2 zonder Michelangelo voortzetten.

Referenties

Buonarroti, M. (1979), *Le Lettere di Michelangelo Buonarroti*. Neudruck der Ausgabe 1875. Osnabrück, Biblio Verlag.

Ramsden, E.H. (Ed.) (1963), *The Letters of Michelangelo. Translated from the Original Tuscan. Edited & Annotated in Two Volumes. Volume One 1496-1534*. London, Peter Owen Limited.

Velden, K. van der (1989), Uit de ziektegeschiedenis van mejuffrouw H. van Effen, *Dth* 9 (1).

Velden, K. van der (1990), As 2. In: Velden, K. van der (red), *Directieve therapie 4*. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Wittkower, R. & Wittkower M. (1963), *Born Under Saturn. The Character and Conduct of Artists: A Documented History from Antiquity to the French Revolution*. New York - London, W.W. Norton & Comp.

FUNCTIE EN ORGANISATIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

AFHANKELIJKHEID EN ONGENOEGEN.

of

Waar doe je wat waarom voor wie?

Enkele implicaties voor de ziekenhuizen

Inleiding

Dames en Heren,

Nergens in de zorg is het moeilijker om goed en compleet aan te geven wat verstaan moet worden onder de vragen en de behoeften van onze klanten dan in onze sector. Nergens compliceren factoren als vrijwilligheid en dwang en -soms- het gebrek aan het vermogen om begrijpelijk een vraag te formuleren, zozeer het contact tussen leverancier en klant. Nergens in de gezondheidszorg als in de **geestelijke** gezondheidszorg is het gevaar dus zo groot dat het produkt van de hulpverlening slecht of niet aansluit bij de behoeften van de cliëntèle. Nergens is dit zo nadelig voor de kwaliteit van de dienstverlening en dus het welbevinden van de patiënten als in de psychiatrie. Nergens treft men meer mensen met ernstige psychische problemen aan dan in de ziekenhuizen, nergens worden meer functies -ook in de nieuwe betekenis- uitgeoefend dan in deze organisaties, nergens wordt in de preambule van statuten met zoveel klem gesproken over de noodzaak om de zorg voor de naaste aan te passen aan de voortgang der tijden als in die van de Vereniging te Bennekom, nergens behoort de discussie betreffende de functie en de organisatie van de zorg dan ook met meer ernst en inzet gevoerd te worden dan juist in onze kring.

Coma?

?

welt?

Ik zal proberen om de komende minuten U iets over deze zaken voor te leggen vanuit de optiek van een ziekenhuisdirecteur, die zich ook nog hulpverlener voelt. Ik zal dat doen aan de hand van de vier vragen die door de organisatoren geformuleerd zijn.

De vragen

Op voorhand wil ik zeggen dat ik mij zeer kan vinden in het eerste en tweede deeladvies betreffende functie en organisatie van de Nationale Raad Volksgezondheid. Namens de NZR heb ik mogen meedoen aan de discussies over dit onderwerp gedurende de laatste 2 jaar, daarbij gevoed door mijn eigen ervaringen en niet in de laatste plaats door de discussies in de werkgroep Functie en Organisatie van de NZR en het 3-Besturenoverleg. Ik ben er persoonlijk van overtuigd dat binnen de NRV een advies is tot stand gekomen waarin de visies die binnen de NZR leefden in de kring van mensen die namens de NZR en de NZI in de adviescolleges participeren een dominante rol spelen. Een tactisch probleem is veeleer dat velen vinden dat aan de belangen van de bestaande organisaties in de GGZ, en met name aan de belangen van de ziekenhuizen, te veel recht wordt gedaan. Mijn verhaal zal het karakter hebben van een persoonlijke toelichting op deze inschatting.

Vraag 1: Zijn de plannen in het belang van mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben?

Het eigenaardige en hoopgevende in de psychiatrie, in tegenstelling tot de werkzaamheden die verricht moeten worden wanneer iemand iets aan zijn auto of blindedarm wil laten doen, is vooral gelegen in het feit dat mensen hun auto, of zelfs hun blinde darm, wel tot object willen laten maken, maar zichzelf en hun meest essentiële gevoelens niet. Behandeling in de psychiatrie is niet mogelijk zonder een vertrouwensband, zonder goede uitleg, zonder een gedeelde mythe, en zonder een gedeelde hoop, kortom

zonder een menselijke relatie, zonder de zogenaamde " specifieke factoren".

In het advies van de NRV wordt in dit verband terecht gesteld dat in de psychiatrie de klant in hoge mate betrokken is bij het vervaardigen van het produkt van de dienstverlening. Dat heeft gevolgen voor de definitie van het begrip functie. Het betekent namelijk dat het proces van reductie van het lijden van de klant tot datgene wat begrepen kan worden binnen het referentiekader van de aanbieders van zorg vele malen ingewikkelder is dan in de lichamelijke gezondheidszorg. Juist in de GGZ moeten klanten en aanbieders een gemeenschappelijke taal spreken. Alleen dan zullen de antwoorden acceptabel zijn voor klant, nauwkeurig aansluiten bij de omschrijvingen van die klant. Zorg is anders even doeltreffend als de communicatie tussen een slager en een vegetariër.

Ik wil dat graag illustreren met een citaat van twee consumenten van de Geestelijke Gezondheids Zorg.

*"Wij zijn vertrokken en teruggekeerd
Naar onze martelende verdere dagen
En hebben zelfs geen schampere blik geslagen
Op redders, even dom als onbegeerd."*

en:

"-Waarom zou je een leven lang psychisch blijven lijden? Het is onmenselijk om dat mensen aan te doen. Dat vindt de "normale" samenleving -de meerderheid van de mensen, of de mensen met de meeste macht en de grootste mond- ook, vooral waar zij zelf onder het psychisch lijden, "anders", onaangepast zijn van gekken meent te lijden, en zij geeft haar psychisch lijdende medemensen in handen van Deskundigen, psychiaters, zielsgenezers. Die zitten daar mooi mee opgescheept, want het vervelende is dat de mense-

lijke geest, psyche, ziel, zoiets "on(be)grijpbaars" is.

....als gek, als psychiatrisch patiënt bekijk ik dat anders. Ik lijd inderdaad, maar niet onder mezelf. Ik lijd onder die onberekenbare, gekke, normaal-geëtiketteerde samenleving, waar ik geen fluit van begrijp, en die me steeds weer misselijke streken levert. Nog afgezien van de vijanden van mijn zelf, de genezers, die me mijn zelf, het meest eigene en waardevolle wat ik bezit, proberen af te pakken. Ik wil niet van mezelf genezen."

....als ik de meeste van mijn zelve weg moet denken, voel ik me koud en eenzaam, een lege huls. Misschien zijn er dan geen misverstanden meer tussen mij en mijn medemensen, omdat er voor een misverstand altijd twee partijen moeten zijn, en er een, ik, ontbreekt. Het beetje moeizame communicatie is vervangen door stilte. En conflicten blijven bestaan, over onze lege hoofden heen. ...De samenleving eist van die lege huls, dat hij van alles moet: moet willen, verantwoordelijk zijn, kiezen. Maar wat valt er te willen, als er niemand meer is om iets te willen?"

...kou, eenzaamheid, onzekerheid en angst en daar voorbij de leegte: dat is wat de psychiatrie mij te bieden heeft.

...het zijn niet alleen de genezers die mij pijn doen, het is ook de samenleving zelf. De genezers zijn niet meer dan een verlengstuk van deze samenleving."

Het eerste citaat is van de dichter J.C.Bloem, het tweede van Marlieke de Jong, volgens haar eigen zeggen opgebouwd uit meerdere zelve, die mij regelmatig imponeert als een zeer nuchter en intelligent persoon. Zij zit al jaren in de kamer GGZ van de Nationale Raad namens de cliëntenbond en beïnvloedt in belangrijke mate de adviezen.

Men kan zich aangesproken voelen of niet door deze woorden -ik voel mij aangesproken, als persoon, als psychiater en als

directeur- maar men kan niet ontkennen dat uit deze citaten in ieder geval blijkt welk een kloof er kan gapen tussen de intenties van leveranciers op alle niveaus van het primair proces in de GGZ enerzijds en de verwachtingen en ervaringen van de consumenten anderzijds. Het is gebruikelijk om deze discrepantie voor een deel te verklaren met een verwijzing naar het soms gestoorde vermogen tot oordelen van onze patiënten. Dat is natuurlijk voor een deel ook terecht. De andere kant van het verhaal is dat we onze zorg zo ingericht hebben dat juist op de momenten dat iemand aan alles twijfelt, zelfs aan zijn eigen identiteit, het systeem tot verdere afbraak van het zelfvertrouwen en het besef van identiteit kan leiden.

De NRV gaat hier in het eerste deeladvies uitvoerig op in. Een functie wordt gedefinieerd als "een antwoord op *gegeneraliseerde* hulpvragen, dat bestaat uit op hetzelfde doel gerichte taken en activiteiten."

Dat is dus iets van een ander abstractieniveau dan b.v. de functie interne geneeskunde in een algemeen Ziekenhuis. In dat geval wordt een functie gedefinieerd vanuit een specialisatie, of vanuit een organisatorische optiek: de "functie" polikliniek. Een functie in de GGZ wordt in de adviezen gedefinieerd vanuit de zo zorgvuldig mogelijk gegeneraliseerde hulpvragen van de patiënt. De hoofdfuncties vallen uiteen in programma's voor groepen patiënten, en uiteindelijk binnen programma's in individuele behandelplannen. Het zal duidelijk zijn dat men de functie draaglijk maken, geconcretiseerd in het programma 3 dagen dagactiviteiten, voor meneer Jansen uitgewerkt tot maandag, woensdag en vrijdag, flexibeler kan aanpassen aan veranderingen in de behoefte van de cliëntèle, dan het aantal functie-eenheden interne geneeskunde, laat staan de werkwijze van internisten, binnen een algemeen ziekenhuis.

Juist wanneer de functie van de GGZ aan de orde komt is het zeer noodzakelijk om je af te vragen waarom doe je het eigenlijk allemaal; wat nauwkeuriger: *Waar doe je wat waarom voor wie? Wie*

zich deze vraag niet wil stellen en trachten te beantwoorden, kortom wie niet fundamenteel wil herbezinnen op de relevantie en maatschappelijke legitimering van onze activiteiten zal geconfronteerd blijven worden met **AFHANKELIJKHEID EN ONGENOEGEN**. Ik denk, samengevat, dat de plannen tot een andere functionele opzet van de zorg in het belang zullen zijn van de patiënten, omdat het aanbod weliswaar nog steeds een gegeneraliseerd antwoord op persoonlijke vragen is, doch wel direct afgeleid van de vraag van de klanten. Dit brengt mij direct op vraag 2.

Vraag 2

Wie zal de kwaliteit bepalen in een nieuw systeem, en wat zijn de kenmerken van kwaliteit?

Ik begin weer met een verhaaltje.

Psychiatrie is een geschikt specialisme om je bewust te worden van de betrekkelijkheid van professioneel handelen. Mijn eerste contact als co-assistent op de polikliniek bestond uit een gesprek van 4 uur met een mevrouw met een hysterische verlamming aan de arm, die mij meedeelde dat het allemaal de schuld van haar man was. Ik luisterde beleefd naar haar, terwijl ik me angstig afvroeg wanneer het moment zou aanbreken dat ik mijn functie als arts zou kunnen gaan uitoefenen. Aan het eind deelde zij mij en mijn supervisor mee, dat ze ons niet vertrouwde, we zouden het vast wel met haar man eens zijn, en vertrok met opgestoken vaan en in een nogal zonnig humeur, en ik vroeg me af wat de functie van de psychiatrie was! Haar man vertelde ons dat het zijn vrouw erg goed deed wanneer ze zich weer eens uit had kunnen spreken.

In een brief, 10 jaar na mijn contact met hem vertelde een man, die ik had leren kennen in de Jelgersmakliniek, mij dat hij me nog steeds dankbaar was voor de goede behandeling. Ik had me destijds niet gerealiseerd dat ik iets anders met deze meneer gedaan had dan schaken, wanneer ik dienst had, omdat ik absoluut geen andere hulp te bieden had voor zijn afschuwelijke oorlogservaringen dan een respectvol oor; en weer vroeg ik mij af wat nu

eigenlijk de functie van de psychiatrie was.

In mijn eerste jaren als psychiater werd ik geconfronteerd met het feit dat opgenomen patiënten maar een beperkt aantal nachten aaneengesloten thuis konden doorbrengen, voor het ziekenhuis daar financieel nadeel door ging lijden, en ik vroeg me af wat de functie was van een systeem, waardoor het doel van de behandeling, nl. het zo snel mogelijk mensen weer ontslaan, in feite belemmerd werd. En ik vroeg me af of de opstellers van deze regeling zich bewust waren geweest van het feit dat het oude systeem de ontwikkeling van dagbehandeling in Bloemendaal mogelijk maakte via de constructie van het proefverlof, waarvan een onbekommerd gebruik gemaakt kon worden.

In mijn beginjaren als directeur werd ik geconfronteerd met de oprichting van de RIAGGS en in het verlengde daarvan de RIGG's. Ik begreep dat de bedoeling was dat de instellingen met elkaar zouden gaan samenwerken en ik vroeg me af wat de functie was van een overheidsstrategie waardoor instellingen die met elkaar moesten samenwerken eerst in de confrontatie waren gedreven. Van der Grinten heeft in zijn inaugurele rede nog eens op de bizarre gevolgen van deze strategie gewezen. Organisaties bezien elkaar soms met zo'n wantrouwen, dat alleen al het uitspreken van de intentie tot samenwerking, al als een vileine manoeuvre wordt gezien.

In het advies van de NRV wordt nadrukkelijk van deze confrontatiestrategie afstand genomen, omdat uitgegaan wordt van de bestaande organisaties. In het 3-Besturenoverleg is meer wil tot samenwerking aanwezig dan in jaren het geval is geweest. Ik denk dat door deze ombuiging naar een beleid gericht op het bevorderen van samenwerking en substitutie, zonder dat instituten met verlies van identiteit of -ook heel erg- vermindering van budget gestraft worden een sine qua non is voor de kwaliteit. Een uitdaging voor de instituten in onze sector, de GGZ loopt voorop.

Het advies van de NRV is in het algemeen goed ontvangen. De voornaamste actoren in het veld kunnen zich er redelijk in vinden, hetgeen waarschijnlijk mede te danken is aan het nogal abstracte karakter ervan waardoor veel mensen kunnen denken dat het niet zo'n vaart zal lopen. Het is opvallend dat de KNMG zich een minderheidsaantekening heeft gepermitteerd. Het is ook niet toevallig, en illustratief voor het feit dat in de GGZ met het begrip kwaliteit weer anders dan elders moet worden omgesprongen.

Juist wanneer een vak nog jong is zullen beroepsbeoefenaren zich inspannen om aan te tonen dat zij er ook echt bijhoren. In Amerika was enkele jaren geleden op het jaarlijks congres van de American Psychiatric Association een algemene klacht dat de psychiatrie los dreigde te raken van de "mainstream" van de geneeskunde. Hoewel ik deze sentimenten voor een deel kon navoelen als een terechte reactie op een te hartelijke omhelzing van psychologische en sociologische verklaringsmodellen uit de zestiger en zeventiger-jaren, bekwam mij ook een gevoel van gêne, dat vakgenoten zo weggropen onder de amici-collegae.

In de GGZ is het belangrijk om te erkennen dat aan het begrip kwaliteit meer kanten zitten dan de professionele kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaren. Natuurlijk moet juist in een jong vak veel aan onderzoek gedaan worden, en voor organisaties als de onze veel aan patiënt-gebonden klinisch onderzoek. Alleen door onze methoden zo systematisch mogelijk aan onze resultaten te toetsen kan de productkwaliteit verbeterd worden en de GGZ emanciperen. Juist in de psychiatrie behoort eigenlijk in elk ziekenhuis van enige omvang aan onderzoek gedaan te worden. Minstens zo belangrijk in de GGZ is evenwel het satisfactie-onderzoek. Alleen door systematisch satisfactie-onderzoek kan gecontroleerd worden of onze methoden niet alleen bijdragen tot ons plezier in het werk, tot verbetering van de produktkwaliteit in engere zin, of tot de tevredenheid en gerustheid van een weinig geïnteresseerde samenleving, maar ook aansluiten bij de behoeften en ervaringen van de patiënten.

Het idee van programma's die makkelijk bijgesteld kunnen worden op basis van veranderingen in de vraag, biedt ook de mogelijkheid van programma-evaluatie. Onderzoek naar kwaliteit krijgt zo ook de betekenis van beleidsevaluatie, dus onderzoek naar de relevantie van de beroepsuitoefening. Bij een dergelijk concept behoort vanzelfsprekend een multidisciplinaire werkwijze en past geen eenzijdige beklemtoning van het belang van een van de disciplines die bij het omgaan met mensen met -dreigende- psychische problemen betrokken zijn. GGZ kan niet zonder de psychiatrie, maar GGZ is meer dan psychiatrie. Een psychiatrie die zich nadrukkelijk wenst te distantieëren van de ontwikkeling naar een functionele visie op de geestelijke gezondheidszorg loopt het gevaar buitenspel gezet te worden.

Bij de definitie van kwaliteit in de GGZ zullen in de toekomst zowel de aanbieders als de patiënten betrokken moeten zijn. Hiervoor is nodig dat aan consumenten van GGZ de mogelijkheden worden verschaft om daadwerkelijk een stem te laten horen in de discussie over de inrichting van de zorg op alle niveaus. De Inspectie zal een belangrijke rol moeten spelen bij het tot stand komen van kaders waarbinnen kwaliteit effectief getoetst kan worden. Uiteraard zullen meer dan in het verleden eisen van de overheid ten aanzien van kwaliteit vertaald moeten worden in de voor verbetering van de kwaliteit benodigde middelen. Het gaat niet aan om globale kwaliteitseisen te stellen zonder verantwoordelijkheid te aanvaarden ten aanzien van de implementatie; dan treedt de overheid een stapje te ver terug, zeker wanneer de overheid de middelen beheert waaruit de zorg aan de zwaksten betaald moet worden.

Vraag 3: Welke rol kunnen identiteitsgebonden instellingen spelen, en wat betekenen dit voor de samenwerking met andere instituten?

Over het eerste gedeelte kan ik kort zijn, wanneer ik voor identiteitsgebonden mag lezen: vanuit het particulier initiatief ontstaan, en/of door particulieren beheerd. Gezien het karakter

van mijn werk heb ik een grote voorkeur voor een door persoonlijke bekommernis getroffen medeburger als baas.

De neiging om iets te doen aan ellende komt immers voort uit identificatie met de lijdens; dat is per definitie een persoonlijke en particuliere zaak, een zaak van identiteit dus. Persoonlijk lijden kan alleen door personen opgeheven of verminderd worden. In deze zin is de overheid niet geïnteresseerd in het opheffen van leed, want de overheid is geen persoon. De overheid moet persoonlijke betrokkenheid faciliteren en toezien op een rechtvaardige besluitvorming ten aanzien van de hoeveelheid middelen die aan de verschillende sectoren ter beschikking gesteld wordt. Een leidende rol ten aanzien van de richting of de inhoud van die betrokkenheid is niet juist. Het moet de overheid terug treden. Dictaten doden 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 werd bedacht, breekt de hel los, zoals de actualiteit ons leert.

Samenwerking

Instellingen zullen bereid moeten zijn om samen met andere instellingen op regionaal niveau de verantwoordelijkheid te dragen voor een samenhangend systeem van functies en activiteiten. Indien door een betere financieringssystematiek, een meer functionele dus, de artificiële échelonnering verminderd wordt, kunnen instellingen zowel individueel, als in voor dat doel opgerichte samenwerkingsverbanden, meer functionele programma's ontwikkelen. De huidige getraptheid van het systeem is soms stigmatiserend en inefficiënt.

De verantwoordelijkheid voor het tot stand komen van een regionaal plan ligt dan bij de aanbieders, mede op basis van overleg met consumentenvertegenwoordigers. Binnen dit regionale kader kunnen overeenkomsten afgesloten worden met de verzekeraars, die

bereid lijken om voor dit doel te regionaliseren. Het financieel kader wordt gevormd door een voor de specifieke regiobehoeften geormerkt regionaal GGZ-budget. Dit model gaat nadrukkelijk uit van de bestaande instellingen, doch sluit fusies, mede om als aanbieders eventueel sterker te staan tegenover de verzekeraars, niet uit.

Dames en Heren, het mag uit het voorgaande duidelijk zijn dat ik enthousiast ben voor de ontwikkeling naar regionalisatie en functionalisering door de huidige instellingsgrenzen heen. Ik ben van mening dat in de recent uitgebrachte adviezen juist aan particuliere, en dus per definitie identiteitsgebonden instellingen, -een particulier zonder identiteit immers is een contradictio in terminis- een uitdaging geboden wordt om de GGZ te innoveren.

Aanbeveling tot slot:

Juist voor de ziekenhuizen zijn de kansen groot: wij hebben immers op vrijwel alle terreinen een grote voorsprong. Op de zuiver ambulante psychotherapie en de preventieve taken in stricte zin na worden alle functies al in meerdere of mindere mate door de ziekenhuizen vervuld. Om deze voorsprong optimaal te gebruiken ten dienste van de patiënten is het nodig dat dit potentieel zo goed mogelijk geïntegreerd raakt binnen een regionale GGZ-organisatie. We moeten evenwel vermijden als ziekenhuizen dat ons een monopolistische instelling verweten zou kunnen worden; zoals van Hattum dichtte: "*Hoe meer ik drink, hoe meer ik eet, hoe meer gewicht van Hattum heet!*" In tegendeel, hoe functioneler, des te minder kans op identiteitsverlies. Ik voel mij niet minder Joele, doch meer, sinds mijn huwelijk!

Het zal duidelijk zijn dat de identiteit van de Vereniging nooit een belemmering mag vormen voor het tot standkomen van betere behandelvormen. Het kan natuurlijk ook niet geaccepteerd worden dat de identiteit voor anderen aanleiding is om verenigingszie-

kenhuizen te weren. Dat is evenwel voor de verantwoordelijkheid van anderen. Het is de verantwoordelijkheid van de Vereniging om ervoor te zorgen dat de christelijke identiteit, die tot de oprichting van de ziekenhuizen heeft geleid, nu, op het moment dat de ziekenhuizen zich meer dan ten tijde van de oprichting op mensen van alle levensbeschouwingen richten, niet paradoxaal tot isolement van de ziekenhuizen in een tijd van nieuwe kansen zou leiden. Dat zou bijna blasfemisch zijn.

In de adviezen is met nadruk uitgegaan van de bestaande instellingen. Dat betekent niet dat die instellingen tot in lengte van dagen "recht" hebben op hetzelfde pakket aan activiteiten. Een monopoliepositie is nooit in het belang van de cliëntèle. Dat betekent dat instellingen autonoom kunnen blijven, doch hun beleid regionaal zullen moeten afstemmen met andere aanbieders van zorg. Dat soort concurrentie, binnen een geormerkt regionaal budget, kan wellicht af en toe ten koste gaan van een van de instellingen, maar zal ten goede komen aan de kwaliteit van de dienstverlening.

Dat is een uitdaging die we aan moeten durven. De identiteit van de Vereniging komt tot uiting in dienstbaarheid. Dat kan zich vertalen in ziekenhuizen in de ene tijd, in de voortgang der tijden kan het ook anders heten. Hoe de instituten ook genoemd worden, ze zijn er voor de klanten en ontlenen hun enige relevantie aan de klanten.

Ik dank U.

L.J.Joele.

16-1-90

Samenwerking van psychiater en psychotherapeut;
verantwoordelijkheden en terreinafbakening

Dick N. Oudshoorn

1 Inleiding

Dit artikel spruit voort uit een lezing in het kader van het congres '2 weten meer dan 1' dat op 30 en 31 maart 1990 in Den Haag is gehouden onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van VKJP en Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, ter gelegenheid van het jubileum van het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Julianakinderziekenhuis te 's Gravenhage.

Al is schrijver dezes, na vijftientig jaar in diverse psychiatrische instituten te hebben gewerkt, zelf uiterst **positief** over samenwerking tussen psychiaters en psychologen-psychotherapeuten, toch is het kennelijk niet overal koek en ei. Er doen zich problemen voor in de samenwerking tussen verschillende disciplines.

2 Het kardinale probleem

Het kardinale probleem in samenwerking tussen psychiaters en psychotherapeuten is te omschrijven als competitie over competenties.

Dat is een zeer algemeen menselijke eigenschap maar misschien is er ook nog een **bijzondere** reden voor. De volgende overwegingen spelen een rol:

1) Psychotherapie is geen harde discipline, in tegenstelling tot bv. radiologie of chirurgie, of neuropsychologie. Psychotherapie onttrekt zich voor een belangrijk deel aan de waarneming, want het enige wat waar te nemen valt is de buitenkant, de uitlatingen, de woorden en gedragingen over en weer in de spreekkamer. Over wat in iemand omgaat (in de 'black box') kunnen we geen rechtstreekse informatie krijgen omdat er altijd kolossale filters tussen zitten, die selecteren, vervormen en bedriegen. Hoeveel duidelijker en objectiever is de röntgenfoto, de CT-scan en het kernspintomogram!

Omdat psychotherapie geen harde discipline is zijn ook kwaliteit en vakmanschap van de therapeut niet onweerlegbaar aan te tonen. Een therapie van een therapeut met een voortreffelijke reputatie kan een flop worden en een behandeling van een dubieuze therapeut kan succesvol zijn zonder dat daarvoor een bevredigende verklaring kan worden gevonden.

2) Wanneer men met rigoreus onderzoek het effect van een of andere vorm van psychotherapie poogt te meten, of deze met een andere benadering gaat vergelijken, is de uitkomst meestal erg ontnuchterend. Misschien komt het omdat het goede instrumentarium nog ontbreekt, maar voorlopig noopt dit wel tot bescheidenheid over de effectiviteit van de gebezigde methodes.

Zeer uiteenlopende scholen vinden zichzelf superieur. Maar na een periode van schermutselingen is om opportunistische redenen (registratie en financiering!) een bestand gesloten tussen de hoofdstromen, welk bestand op de keper beschouwd ongeloofwaardig is. Wel is het een verstandig bestand want de één kan voorlopig toch niet bewijzen dat hij ècht beter is dan de ander. Uiteindelijk zal méér en béter onderzoek van gerichte behandelstrategieën bij goed omschreven stoornissen uitsluitend moeten geven. De lezer denke bv. aan onderzoek naar de behandeling van **dwangklachten**.

3) Het bestand tussen de hoofdstromen (niet toevallig uitgerekend de verenigingen die op het goede moment onder de paraplu van het NVP zaten) die elkaar hebben erkend op basis van leven en laten leven, is terug te vinden in de opleidingseisen voor nieuwe psychotherapeuten en ook in de opleiding van nieuwe psychiaters. Hoewel niets maar dan ook niets van deze opleidingseisen wetenschappelijk is uitgezocht en onderbouwd hebben de partijen elkaar hierin gevonden. Het is een 'historisch compromis'.

Deze overwegingen leiden tot de slotsom dat, voorzover het over **psychotherapie** gaat, de psycholoog niet beter of slechter is toegerust dan de psychiater.

Ergo lijkt competitie over elkaars competentie níet terug te voeren op intrinsieke aspecten van psychotherapie. Die competitie is gezond waar die binnen de perken blijft en een prikkel is om goed werk af te leveren en **zichtbaar** te maken, maar kan ook schadelijke en belachelijke proporties aannemen.

3 Verschuiving van paradigma's

Er is een tweede verklaring voor de spanningen tussen psychiaters en psychologen-psychotherapeuten te geven:

In de zestiger jaren was er duidelijk verschil tussen een psychiater en een psycholoog. Ze hadden elk hun eigen paradigma = schoolvoorbeeld. De psychiater was nog zenuwarts met zijn aureool van dokter. Op zijn medische systematiek baseerde hij zijn vanzelfsprekende gezag. Zijn paradigma was het medische model waarmee hij uiteenlopende klachten en wonderlijke uitingen en gedragingen als symptomen opvatte van geheimzinnige ziektes, waarvan het grootste deel zich tot de dag van vandaag in de DSM-III-R heeft weten te handhaven. Andere ziektebeelden van destijds (bv. de 'degeneratiepsychose') zijn roemloos afgevoerd.

Het psychiatrische onderzoek leverde een DD op, vergelijkbaar met de DD van een internist of neuroloog. Maar terwijl de somaticus dan dikwijls met gericht onderzoek tot een uiteindelijke diagnose kon komen, ontbraken de goede instrumenten om bij de psychiatrische disgnostiek uitsluitel te geven, zodat de stem van de meest gezaghebbende de doorslag gaf.. Hoe het ook zij, de psychiater of zenuwarts behandelde patiënten met ziektes en het prototype voor Nederland was Professor Rümke.

De psycholoog had toendertijd een ander paradigma. Hij onderwierp de patiënt (of 'proefpersoon' of 'cliënt') aan tests en probeerde zodoende in getal en beschrijving een objectief beeld te geven van diens innerlijk. Het verslag was zelden werkelijk verrassend, maar wel interessant.

De psycholoog beschikte over standaardmethodes en kwam tot conclusies die toendertijd echter weinig bijdroegen aan de psychiatrische diagnostiek. De twee vakgebieden lagen nog naast elkaar, zonder duidelijke raakvlakken.

Slechts een vrij klein deel van de psychologen en psychiaters bedreef toen **psychotherapie**. Het plaatje was overzichtelijk:

psychoanalyse - uitgevoerd vooral door bepaalde psychiaters en ook door enkele psychologen - waarmee in feite vrijwel uitsluitend **neurotische** problematiek werd behandeld;

gedragstherapie - meestal uitgevoerd door psychologen - waarmee vnl. **fobische** klachten werden behandeld.

Deze opsomming is voor de duidelijkheid van het betoog geschematiseerd.

Toen barstte de revolutie los en werd alles wat aan de zeventiger jaren vooraf ging vooroorlogs, dus achterhaald - althans zo léék het toen.

Geen Rümke, Kraepelin of Freud meer maar Watzlawick, Haley, Erickson, Minuchin en Satir. En Carl Rogers en Pearls niet te vergeten, en ... enfin, noem maar op. 'Laat duizend bloemen bloeien...'

De omwenteling bracht ook de antipsychiatrie voort die het medische model omverschopte en van sommige psychiaters bescpottelijk ongeloofwaardige psychotherapeuten maakte die hun eigen vak verloochenden.

Een opmerkelijke verschuiving viel ook waar te nemen bij de **psychologen** die plotseling hun belangstelling voor testen en toetsen verloren en zich, als mensen die het Licht hadden gezien, en masse op de door hen uitverkoren wijze van psychotherapie stortten.

Er ontstond een ongelooflijke branchevervaging, temeer omdat de **maatschappelijk werkende** en de **paedagoog** een analoog proces doormaakten. Die branchevervaging was nog tot daaraan toe, maar er trad een nog veel ontstellender **ideologisering** op van ons vak.

De omwenteling op ons vakgebied was uiteraard slechts een afspiegeling van een breed maatschappelijk proces, maar de uitkomst dreigde een tijd lang te worden:

- weg met de psychiatrie
- lang leve de psychotherapie
- aan nuchter onderzoek geen behoefte.

Er zijn redenen om te veronderstellen dat deze hier lapidair beschreven aardverschuiving nog steeds nabeeft. Weliswaar heeft de psychiater het overleefd en beleeft zijn functie zelfs, mede dankzij de nu welhaast sacrosancte biologische psychiatrie, een renaissance. En gelukkig zijn we niet helemaal terug bij af, want de psychiater doet zijn best om zijn klassieke paradigma te corrigeren door ook de nieuwe inzichten er bij te betrekken.

En de **psycholoog** is weer ten dele op zijn schreden teruggekeerd en haalt zijn neus niet meer op voor objectief onderzoek, en hij kan en dóet veel meer dan toendertijd.

Omdat duidelijke overlapping van vakgebieden is opgetreden, omdat de onderzoeksmogelijkheden zijn verbeterd en ook beter aansluiten bij de psychiatrische diagnostiek, en omdat ook onderzoek naar de effecten van psychotherapie zowel door psychologen als door psychiaters wordt gedaan, kan gesteld worden dat psycholoog en psychiater collega's zijn geworden, en dan is dat geen verhullende ideologie.

4 De kwestie van (eind-)verantwoordelijkheid

Een factorencomplex dat bepalend is voor de samenwerking tussen psychiater en psycholoog-psychotherapeut (of maatsch.werkende-psychotherapeut enz.) wordt geleverd door de wet- en regelgeving. Het sleutelwoord is hier verantwoordelijkheid.

Enerzijds geldt dat iedereen zijn eigen beroepsverantwoordelijkheid heeft en dat hij zich altijd te bestemder plaatse moet kunnen verantwoorden voor zijn doen en laten met de aan zijn zorg toevertrouwde patiënten. Daarenboven geldt echter dat er een medische verantwoordelijkheid of eindverantwoordelijkheid is die berust bij een psychiater. Ondanks alle dogmatiek en exegese is de consensus over deze begrippen toch wat ongemakkelijk en geeft de doorslag dat de wetgever een zekere **macht** in handen heeft gelegd van de psychiater, de eerste geneeskundige en/of de directeur behandelzaken.

Zo ligt dat ook in het APZ waar de auteur werkt, dus is deze geen vogel die zijn observaties op gerieflijke hoogte boven het veld doet, maar een direct betrokkene, psychiater en de aanspreekbare en ter verantwoording te roepen eindverantwoordelijke in een complexe organisatie. En - geschoond van alle mooie formuleringen - komt het er toch op neer dat een psycholoog, paedagoog of andere psychotherapeut in een psychiatrische organisatie prima kan werken als deze maar niet tegen windmolens of anders gesteld de bierkaai gaat vechten.

5 Gemeenschappelijke opvattingen in het team

Een ander aspect dat niet onvermeld mag blijven als we het over samenwerking tussen verschillende disciplines hebben, is van een heel andere orde. Dat is het aspect van het gebezigde **referentiekader** of **begrippensysteem**.

Het multidisciplinaire team, de toverformule van de zeventiger jaren, valt gemakkelijk te parodiëren. Maar zonder te overdrijven kan worden opgemerkt dat het dikwijls leidde tot oeverloze discussies en tot een Babylonische spraakverwarring. Toen is duidelijk geworden hoeveel slagvaardiger en doeltreffender de talenten van een ieder kunnen worden ingezet als men het eens is over een gemeenschappelijk begrippensysteem, een **metamodel**, dat door allen wordt aanvaard en gebruikt.

Om voor de noodzakelijke eenheid in alle verscheidenheid aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden in een team te zorgen heeft de auteur zijn 'Strategische Model' (Oudshoorn, 1985) ontwikkeld waarin uiteenlopende blikpunten systematisch gecombineerd worden.

Gefundeerde beslissingen worden genomen over de toe te passen behandelwijze zoals gezinstherapie, cognitieve en gedragstherapie, inzichtgevende of psychodynamische therapie en/of farmacotherapie en hierbij worden twee principes door iedere medewerker geaccepteerd:

- a) Strategische werkwijze: uitgangspunt is een **behandelplan** waarin o.m. uitspraken staan over setting en duur van de behandeling, voorts methodes, doeleinden, eventueel fasen van de therapie - en regelmatige evaluatie;
- b) Eclectische werkwijze: één methode is niet q.q. beter dan een andere, doch van geval tot geval moet worden gepoogd de beste ingang te vinden, of zoals wij het zeggen: het geschikte **niveau waarop je wilt interveniëren**, en eventueel is het mogelijk te switchen en vóórk is het mogelijk twee methodes te combineren.

6 De goede samenwerking

Binnen de bestaande instituten als Riaggs en APZ-en, maar in principe overal waar psychiaters en andere hulpverleners samenwerken zijn vier vormen, of graden van samenwerking te omschrijven:

- 1) De psychiatrische setting garandeert het werk van de psychotherapeut - **schept er de voorwaarden** voor. Als nu maar bepaalde regels en procedures worden gehanteerd bij aanmelding, onderzoek, indicatiestelling, toewijzing of doorverwijzing van een patiënt, waarbij de psychiater en de andere collega's een bepaalde rol spelen, loopt alles goed. Wanneer de psychotherapie eenmaal op gang is gekomen werkt de therapeut nagenoeg zelfstandig, maar de setting biedt hem rugdekking en ruggesteun.
- 2) Zo nodig raadpleegt de psychotherapeut de psychiater in een vorm van **consult**, waarbij hij kan meekijken naar de patiënt, op papier, op de video of life. Dan kan hij zijn oordeel en advies geven, eventueel pillen voorschrijven, of somatisch onderzoek aanraden, kortom de psy-

chiater vult een stuk specifieke deskundigheid aan.

3) In bepaalde gevallen kan de psychotherapeut de psychiater regelmatig bij de behandeling betrekken, zodat het om **cotherapie** gaat. Ze spreken dan een bepaalde taak- en rolverdeling af.

4) Op gezette tijden worden **interviewbesprekingen** gehouden; hoe dat precies wordt geregeld hangt o.m. van de setting en van de behoefte af.

In de interviewbespreking brengt iedere teamlid zijn behandelingen naar voren, hetzij als de routine is om regelmatig iedere patiënt te bespreken, òf wanneer hij bij een therapie op vragen of problemen stuit. De psychiater is in de interview niet het orakel of degene die de lakens uitdeelt, maar geeft zijn mening en advies. Duidelijk moet zijn wie in zulke besprekingen knopen mag doorhakken, maar in een goed team is dat sporadisch nodig.

Interview kan natuurlijk ook à deux.

Deze vier mogelijkheden, dus:

- basisvoorwaarden en rugdekking bieden
- consult van psychiater aan psychotherapeut
- cotherapie van psychiater en psychotherapeut
- interview in teamverband of à deux

vormen het samenwerkingspakket waarmee men in Dordrecht uitstekend uitkomt. Niemand voelt zich betutteld en juist door de setting die optimale rugdekking biedt, kan de psychotherapeut véél aan. Als een patiënt te labiel wordt of decompenseert kan de therapeut, maar ook de patiënt zèlf of diens ouders, op stel en sprong een beroep doen op een psychiatrische collega en op alle mogelijkheden die het instituut biedt.

Onze psychotherapeuten behandelen de meest problematische psychiatrische patiënten en kunnen dat vrijwel zelfstandig aan, juist omdat ze zich representant weten van dit instituut en zich daardoor veilig en competent voelen.

7 Litteratuur

Oudshoorn, D.N., 1985, Kinder- en Adolescentenpsychiatrie, een pragmatisch leerboek. Van Loghum Slaterus, Deventer.

OVER 'ZEDENANGST, HET VERHAAL VAN OUDE PEKELA'

Alfred Lange

Inleiding

Met schrik zag ik in mijn agenda dat de deadline voor TDT weer naderde terwijl ik geen kopij had klaarliggen. Wel had ik al iets geschreven over een klein onderzoek naar het gebruik van humor in psychotherapie. Maar ik vond dat zelf niet van een dusdanig gehalte dat ik de kostbare tijd van mijn mederedacteuren eraan durfde te wagen. Die mening werd overigens niet helemaal gedeeld door redacteur van der Velden aan wie ik het manuscript had voorgelegd. Hij vond weliswaar dat het een moeilijk onderwerp betrof, maar achtte het als eerste poging toch de moeite van het vermelden waard. Aardige man die van der Velden. Zelf prefereer ik het om nog even te wachten tot het humorstuk wat meer reliëf krijgt. Iets anders had ik niet liggen, doordat ik me op dit moment vooral bezig houd met het in het Engels (of liever gezegd Amerikaans) opschrijven van dingen die de TDT redactie al lang kent. De adviezen van CAL werken kennelijk door bij mij. Vanwege deze materiaalschaarste wil ik mij deze keer beperken tot een verslag over een boek, geschreven door Benjamin Rossen, dat ik onlangs heb gelezen. De titel ziet u bovenaan.

Zedenangst

In mei 1987 speelden twee jongetjes (vier en vijf jaar) met elkaar, waarbij de één een takje stak in de anus van de ander. Dat leidde tot een beetje bloed in de onderbroek van het slachtoffer. De moeder constateerde dit en ging ermee naar haar huisarts, dhr. Jonker. Deze sprak van anale verkrachting waarmee de affaire 'Oude Pekela' begon. De huisarts liet het n.l. niet bij deze constatering maar had onmiddellijk theorieën klaar liggen over bendes die vele kinderen zouden hebben verkracht en voor pornodoeleinden zouden hebben misbruikt. Hij werd hierin krachtig gesteund door zijn vrouw, eveneens huisarts. Het echtpaar begon een ware kruistocht. Zij lieten kinderen medisch onderzoeken en als het onderzoek niet opleverde wat zij verwachtten, dan deugden de onderzoeken niet. Zo toonde bijvoorbeeld het onderzoek in het ziekenhuis Leeuwarden, bij het hierboven gememoreerde jongetje met bloed aan zijn anus, ondubbelzinnig aan dat er geen verkrachting had plaatsgevonden. Toch was de jongen volgens de Jonkers verkracht. De Jonkers begonnen allerlei ouders ongerust te maken en te vragen naar vreemde verschijnselen bij hun kinderen. Aangezien die er altijd wel in enige mate zijn hadden zij vaak succes. Op hun beurt was het dan een koud kunstje voor de ouders om hun kinderen weer de zenuwen op het lijf te jagen en te doen geloven dat zij van alles hadden meegemaakt. Verzet van sommige ouders tegen de huisarts, in de vorm van de melding dat er met hun kind niks aan de hand was, werd niet in dank afgenomen. Korzelig konden zij vernemen: 'en toch is jouw kind er ook bij betrokken'.

De afloop van deze affaire is bekend. Een groot langdurig onderzoek van de politie bracht geen enkel feit naar voren dat de hypothese van misbruik op grote of zelfs kleine schaal ondersteunde. De uitspraken van de kinderen waren strijdig met elkaar en konden veelal onmogelijk kloppen. Zij waren voornamelijk uitgelokt door

de artsen, hun ouders, Riagg medewerkers, andere kinderen, etc. Pas na lange tijd durfde de politie officieel naar voren te brengen, wat ze allang wisten, dat er in het geheel geen seksueel misbruik was geweest, laat staan dat er grote bendes hadden geopereerd in Oude Pekela. Het werd niet overal in dank afgenomen en er zijn nog steeds lieden die verkondigen dat er van alles is gebeurd en nog steeds gebeurt.

Rossen is Australiër en studeerde ten tijde van de Pekela-affaire massapsychologie aan de Universiteit van Amsterdam bij Marten Brouwer, een man met wie ik nog een appeltje heb te schillen. Rossen plaatst de zaak 'Oude Pekela' in de geschiedenis van heksenjachten en andere affaires waarin de angst voor zedenmisbruik heeft geleid tot verdachtmakingen, veroordelingen en straffen van totaal onschuldige slachtoffers. Van een aantal daarvan geeft hij korte voorbeelden. Het grootste gedeelte van het boek betreft echter zijn analyse van het feit, dat twee kinderen die seksspelletjes met elkaar spelen de start kunnen zijn van een langdurig proces van distortie, verdachtmakingen en angsten, dat lokaal, nationaal en internationaal stof doet opwaaien. Hij analyseert op een vrij nuchtere wijze zonder al teveel theorie. Aan de ene kant is dat voor de leesbaarheid een voordeel, anderzijds mis ik wel bepaalde theoretische kaders, zoals mijn geliefde theorie met betrekking tot de *gewelddadige minderheid* van de eminente massapsycholoog Kurt Bashwitz (Bashwitz, 1951). Deze stelde dat extreme minderheden vaak de norm zetten voor geweld en dat ook kunnen uitvoeren doordat de niet gewelddadige meerderheid niet weet dat zijzelf een meerderheid vormen. Zij zijn bang hun mening te verkondigen omdat ze dan zelf slachtoffer zouden kunnen worden. Bashwitz illustreerde deze theorie bijvoorbeeld aan lynchpartijen in de Zuidelijke Verenigde Staten. In Oude Pekela gaat de theorie ook op. De burgemeester van Oude Pekela, dhr. Smidt, stond sceptisch tegenover de kruistocht en het fanatisme van de Jonkers en de hysterische uitspraken van de psychiater Mik die speciaal was verzocht een onderzoek in te stellen. Hij probeerde een nuchtere matigende invloed uit te oefenen. Daarmee liep de burgemeester echter zelf gevaar verdacht en aan sancties blootgesteld te worden van de groeiende sekte die bezig was te ontstaan. Het duurde niet lang voordat men hem beschuldigde van onder één hoedje te spelen met Mafia bonzen in Den Haag die grof geld zouden verdienen aan de kinderporno. Het waarnemen van grote complotten past in het beeld van de heksenjacht-achtige fenomenen. Een gelijksoortige positie was weggelegd voor de officier van Justitie die lange tijd zijn mening dat er niks aan de hand was voor zich moest houden en het spel mee moest spelen. Hij mocht niet de indruk wekken dat de politie de zaak niet serieus onderzocht.

Er was nog een andere huisarts in het dorp, dhr. Zevenhuizen. Deze stond van begin af aan sceptisch tegenover de kruisvaartmentaliteit van zijn collega-artsen en riep op tot nuchterheid. Deze man verdient een pluim maar kon het tij in zijn eentje niet keren.

Behalve de verwijzing naar Bashwitz miste ik die naar de beroemde studie 'When prophecy fails' van Festinger, Riecken en Schachter (1956). Deze beschrijven daarin een sekte die voorspeld heeft dat de wereld op een bepaalde datum zal vergaan. De gehele sekte gaat die dag op een berg zitten om gezamenlijk het einde van de wereld te beleven. Het feit dat de wereld niet verging leidde niet tot enige afname in gelovigheid bij de sekteleiden. Integendeel, zij werden nog fanatieker en produceerden allerlei verklaringen waarom het nu dan toch niet was gebeurd. In Oude Pekela gebeurde dit in zekere zin ook: alle feiten die contradictoir waren aan de hypothese dat er bendes opereerden werden genegeerd of juist omgedraaid als bewijs voor de sluwheid en omvangrijkheid van de complotten.

Veel aandacht is er in het boek van Rossen ook voor de rol van de media, die zich op de affaire stortten met over het algemeen vooral tendentieuze berichtgeving. Dat De Telegraaf daarin voorop heeft gelopen zal niemand verbazen. Maar dat ook Vrij Nederland een zeer kwalijke rol heeft gespeeld met een overvloed van hetze-achtige, insinuerende onwaarheden (Margalith Kleiweg, Rinus Ferdinandusse) zal sommigen misschien wel verbazen. Mij overigens niet. Plezierig voor de meesten van ons is dat de NRC er weer eens zeer goed afkomt. Deze krant nam van begin af aan een sceptische houding aan en riep steeds op om vooral op feiten af te gaan. Zij liet bijvoorbeeld deskundigen als Rita Kohnstamm aan het woord die een matigende invloed trachtten uit te oefenen en probeerden de nadelige effecten die de massahysterie zou hebben in te dammen. Kohnstamm wees bijvoorbeeld op het feit dat de ouders in Oude Pekela nu een kapstok zouden hebben om elk probleempje van een kind aan op te hangen, zodat problemen die een andere oorzaak hebben en eventueel verholpen konden worden, niet meer herkend zouden worden en alleen versterkt; de bekende gevolgen van mis-attributie. Rossen beschrijft bovendien vele voorbeelden van wat hij iatrogene effecten van de affaire noemt: kinderen die door de ondervragingen en de onderzoeken verschijnselen gingen vertonen die lijken op wat men misschien kon verwachten na werkelijk seksueel misbruik: in zichzelf keren, nachtmerries, bedplassen, driftbuien.

Zedenangst bevat enkele tekortkomingen. Zoals ik al heb vermeld, is het theoretisch kader wat zwak en de inhoud is niet systematisch geordend. Het bestaat uit 13 hoofdstukken die verschillende onderwerpen zouden moeten bevatten, maar in elk hoofdstuk komen dezelfde soort feiten weer terug in de vorm van kranteknipsels, citaten, etc. Het boek zou sterker geweest zijn wanneer in enkele hoofdstukken het verloop van de affaire geschetst was en in de andere hoofdstukken de feiten alleen gebruikt waren als illustraties voor bepaalde theoretische thema's. Misschien zou bovendien een epiloog wel op zijn plaats zijn geweest. Als lezer ben je immers nieuwsgierig hoe het de 'Pekelders' verder is vergaan. Hebben ze bijvoorbeeld nog steeds dezelfde huisarts? Maar strikt genomen kan men stellen dat het daar in dit boek juist niet om gaat.

Hoewel *Zedenangst* op sommige punten niet optimaal in mekaar zit kan ik het toch aanbevelen. Ondanks het gebrek aan systematiek worden de feiten boeiend beschreven en geeft het boek alles bij elkaar toch inzicht in het proces dat zich in Oude Pekela heeft afgespeeld. Dat is niet alleen interessant voor massapsychologische onderzoekers maar ook voor hulpverleners in de medische wereld en die van de geestelijke gezondheidszorg. Het is goed om er weer eens aan herinnerd te worden hoe gemakkelijk sommige hulpverleners in staat zijn het gezonde verstand uit te schakelen wanneer zij in de ban raken van een of andere theorie of verschijnsel en hoe zij met suggestieve technieken daarbij onbedoeld slachtoffers kunnen maken in plaats van slachtoffers te helpen.

Literatuur

- Bashwitz, K. (1951). *Denkend mens en menigte; Bijdrage tot een exacte massapsychologie*. Den Haag: Leopold (Oorspronkelijke titel: Du und die Masse).
- Festinger, L., Riecken, H. & Schachter, S. (1956). *When prophecy fails*. Minneapolis. University of Minnesota Press.

Gg

Reinier de Graaf Gasthuis



Gebouw Hippolytus

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

Correspondentie:
Postbus 5012
2600 GA Delft

R.N.O. Rotterdam
t.a.v. Dhr. K. van de Velden
Postbus 4450
3006 AL ROTTERDAM

Delft, 20-12-1989 nr. red

Geachte redactie,

Hierbij stuur ik een nogal ongebruikelijk schrijven in.
Collega Ventosa maakt ons duidelijk dat cobalamin van ons te weinig aandacht heeft gekregen.
Hij maakte van een dwang een gelukkig mens.
Onderzoek lijkt gewenst.

Met vriendelijke groet,

Kees Hoogduin

Bijlagen: 7

C.A.D. HOOGDUIN.
Reinier de Graaf Gasthuis.
Reinier de Graafweg II.
26 25 HD Delft.
The Netherlands.

Alcides S. FONSECA.
Camino de Las Arenas.
"Las Arenas".
El Písón.Somió. 70
Gijón.33203.
Asturias.
Spain.

-27th November 1989.

Dear Prof. Hoogduin:

The best of results that cobalamin has reached in the treatment of OCD patients is no other than me. I had the very unusual luck of enjoying such an experience as OCD is, at the best possible place, that is, with medical knowledges and from the patient viewpoint. In my personal case, after six months of OCD, IM administration of cobalamin was enough to allow a quick and complete recoverement.

The entire explanations of how I reached my theories would not take me one letter, but a collection... Of books! I will resume it saying that I have enjoyed all the good luck of the world and almost the same about the bad luck.

As in the case of OCD, the rest of my theories are quite practical: They have worked in a small number of cases. So in the worst of circumstances, they will concern to a small group of people. Anyways, I am strongly convinced that the situation is far from that.

I will better the whole psychiatric matter in a poem:

All immaculate spirits one day discover,
In psychiatry a Babel's Tower.
If you insanelly enter trough the main door,
That, Major Depression they do call.
Then you are sentenced, your future is black,
For your next stop is a panic attack.
But don't get worry, the storm will clear,
Yet others say: It gets worse my dear.
Care! You are now, after crossing this bridge,
Trapped at obsessive lands, compulsively,

And far in the distance, you foresee,
The uneven bridges that wait for thee.
Psychosis appears, with great expansion,
Like a huge jump to the fourth dimension,
And right in the middle of the last bridge,
You fall into the waters and sink deep.
This schizophrenic bath for your reason
Takes you to a place where there are no seasons.
Then you know that a bridge's not a bond,
That the hell's here, not like you were told.
And the lovely angels that wave you and sing,
Just pronounce a word, cobalamin.

Yours friendly:
Ricardo J. Ventosa.

