

TIJDTIJD
15
OKTOBER
1990

TIJDSCRIJF VOOR DIRECTIEVE
THERAPIE
IRG. 15 No. 2



Tijdschrift voor Directieve Therapie

◇ Jaargang 15, Nummer 2 ◇

Redactie:

R. Van Dyck, L.J. Joele, A. Lange, C.A.L. Hoogduin, Kees van der Velden, D.N. Oudshoorn



- Ten Geleide, De Hoofdredacteur 1
- Gebeden zonder eind, Leen Joele 4
- Een naïeve toepassing van DSM-III, Kees van der Velden 20
- Taxatie van gezinskenmerken, Alfred Lange 24
- Een notitie over enkele onderzoeksprojecten, Alfred Lange 43
- Jenner scoort weer, Kees Hoogduin 46
- Boze berichten uit Delft, Kees Hoogduin 48
- Do Drop-Outs Differ From Succesfully Treated Obsessive Compulsives?, Alette Hansen, Kees Hoogduin, Cas Schaap & Else de Haan 50
- De functie van agorafobische klachten voor de verhouding met de partner, Alfred Lange & Richard Van Dyck 58
- Kunnen wij kankercellen dood denken?, Kees van der Velden 65
- Drie bijdragen van Richard Van Dyck, toegelicht door Richard Van Dyck: 71
- Breathing Retraining: a Rational Placebo?, Bert Garssen, Corine de Ruiter & Richard Van Dyck 72
 - Codex Medicus: Van Euforie tot Kleptomantie, Richard Van Dyck 94
 - Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Center, *niet* door Richard Van Dyck 100
- Hardnekkige bedplassers, Dick Oudshoorn 106
- Bij 'De Dialoog' alsook De Dialoog zelf, Alfred Lange 110
- Hoofdstuk 16, C.A.L. Hoogduin & A. Lange 116
- Boze brieven van Steenbrink, Kees Hoogduin 134
- Gegeneraliseerde angststoornis, C.A.L. Hoogduin 150



Ten Geleide

Die Leen! Door hem leerden wij weer roken! Door hem drinken wij weer! Dank je, Leen.

Het was op de mooie avond van zaterdag 1 september, dat wij met onze semi-ex-echtgenote rondwaalden in de halfdonkere, slechts door een enkele fakkel verlichte romantisch aangelegde tuin van de dichter F.H. Koenegracht in Leiden. Wie ontwaren wij daar? We zien een snor, we zien donker golvend haar tot op de brede schouders. Dat is Kal. Hallo Kal! En wie zien wij daar? We zien de peinzende kop van een denker. Dat is Leen. Hallo Leen! Hé Leen, wat doe je? Leens rechterhand schiet achter zijn rug. Wat is dat witte in die hand, Leen? Wat is dat witte, langwerpige met dat roodgloeiende puntje? Dat is een sigaret! Maar je rookte toch niet meer, Leen? Ah, daar is ook Marlies. Hallo Marlies! Ook Marlies' rechterhand schiet weg achter haar rug. Maar Marlies, jij rookte toch ook niet meer? Enkele ogenblikken later nadert Kal weer. En dan schiet ónze rechterhand weg achter onze rug. En even later, wanneer Joke nadert, moeten wij beide handen verbergen: in de ene hebben we een Gladstone vast, in de andere een koel glas witte Bourgogne.

Wat schreef Leen nou eigenlijk in de tijd dat hij gezond leefde? Weinig. Alleen toespraken. En zie eens nu hij weer rookt! *Gebeden zonder eind*, een heuse, serieuze bijdrage over therapie. Hulde voor Leen!

Hulde ook voor ons, die Leens voorbeeld durfden volgen. Zie onze bijdrage *Een naïeve toepassing van DSM-III*, waarin ook weer flink gerookt en gedronken wordt. *Alfred Lange* rookt nog niet, maar hij schreef al wel. Hij loopt als het ware op de gevolgen van het roken vooruit. *Taxatie van gezinskenmerken* heet zijn doorwrochte bijdrage, waarin precies staat wat de titel belooft.

Zijn *Notitie over enkele onderzoeksprojecten* geeft een indruk van de ijzers die deze wetenschapsman in het vuur heeft. Zijn vijfde project lijkt ons het allerleukst.

Jenner! Jenner is weer bezig. Misschien moeten wij nog eens een notitie wijden aan zijn krankzinnige hypnose-onderzoek. Wat zou er in zo iemand omgaan? We kunnen ons er maar af en toe iets van voorstellen. Zo moet het voor hem absoluut *onmogelijk* zijn te erkennen dat hij iets van een ander geleerd heeft.

Boze berichten uit Delft laat zien dat de komst van Rigo van Meer in Joris nog niet tot de beëindiging van de Van Buren-traditie heeft geleid.

Kal en medewerkers schreven een bijdrage over de verschillen tussen behandelde patiënten met een dwangneurose en zg. drop-outs met dezelfde stoornis. Het stuk eindigt met enkele praktische aanbevelingen waarmee de kans op drop-out verminderd kan worden. Met roken of drinken heeft dit alles niets te maken.

Lange & Van Dyck stellen vast dat het huwelijk van patiënten met agorafobie verbetert wanneer deze patiënten opknappen, zoals wij al dachten, maar de redenen waarom de huwelijken beter worden zijn anders dan wij al dachten.

(Niet onderzocht is of de huwelijken van rokende patiënten met agorafobie bevredigender zijn dan die van gezond levende agorafobici, wat wij bijna zeker menen te weten. Een kleine omissie in de onderzoeksopzet.)

In *Breathing Retraining: a Rational Placebo* van (onder anderen) *R. Van Dyck* wordt de waarde van de klassieke directieve behandeling van paniekaanvallen enigermate gerelativeerd. (Paniekaanvallen zijn geen hyperventilatie-aanvallen, dat is natuurlijk het punt. Je kunt hyperventileren zonder enige paniek, wij wezen daar al herhaaldelijk op, maar onze stem werd niet gehoord. Misschien spraken wij te zacht.)

Van Dyck geeft (wederom) een overzicht van enkele belangrijke begrippen in de psychiatrie - van euforie tot kleptomanie -, en hij stuurde een kopie in van het geruchtmakende onderzoek naar de resultaten van het werk van het Bristol Cancer Help Centre waaraan ook Van der Velden refereerde in zijn bespreking *Kunnen wij kankercellen dood denken*. (Bij deze onderwerpen speelt het roken even een macabere rol.)

Wat zijn die *Hardnekkige bedplassers* van *Oudshoorn* hardnekkig! Nu lezen we er alweer over! 't Lijkt zo te zijn dat bedplassen in een raar gezin minder gemakkelijk overgaat dan bedplassen in een gezellig gezin. Vreemd. Hoe zou die blaas nou weten in wat voor gezin hij is?

Lange haalde met *De Dialoog* een jeugdherinnering op. Wat een assertiviteit, toen al!

Hoofdstuk 16 van *Kal en Lange* is uitermate veelzijdig en leerzaam.

Boze brieven van Steenbrink is vooral verwarrend.

De eerste zin van *Gegeneraliseerde angststoornis* bevat een lelijke taalfout - gelukkig maar!, want verder bevordert het overzicht vooral insufficiëntiegevoelens bij lezers zoals wij, die, in tegenstelling tot auteur Kal, nog nooit de diagnose GAS

hebben mogen stellen.

Beste lezer, deze aflevering is te dik.

Laat ons de volgende bijeenkomst over een maand of drie plannen, dat is voor ons Tijdschrift en onszelf veel beter.

Met verstokte rokersgroet!

(Moeten Leen en wij misschien aan een apart tafeltje zitten, woensdag?)

De Hoofdredacteur

Leen Joele

GEBEDEN ZONDER EIND.

LEVENSLANG.

1 Inleiding.

In het algemeen wordt therapie gedefinieerd als een in de tijd begrensd proces: aan een omschreven beheptheid wordt met een omschreven methode gedurende een zo kort mogelijke periode, idealiter op een geprotocolleerde manier, aandacht besteed. Zo gaat dat terecht met blindedarmontstekingen en longkwalen.

In de psychotherapie bestaat tot op heden de gedachte dat het met problemen die in aanmerking komen voor bemoeienis van liefhebbers van het gesproken woord anders zou moeten. De klant bepaalt in overleg met de therapeut zelf wanneer het lijden zodanig verminderd is dat de inspanningen van de professional gestaakt kunnen worden: "time unlimited therapy".

Deze voorzichtigheid in de omschrijving van met therapie gemoeide tijd vindt zijn oorsprong in één verstandige overweging en één denkfout.

a Directieve therapeuten stellen zich op het standpunt dat ook psychotherapie een omschreven doel moet hebben, en dat dat doel via een duidelijk omschreven methode binnen een bepaalde tijd bereikt moet zijn. Wanneer de therapie niet wil vlotten zijn er twee mogelijkheden: de therapeut heeft gefaald, of de patiënt is te dom geweest of wil niet meewerken. Sympathiek in de directieve beweging was de manier waarop met de relatie hulpverlener-hulpvrager werd omgesprongen: de klant doet het altijd goed, dus in een aantal gevallen moet de therapie gestaakt worden, omdat de therapeut te dom is geweest, of althans niet in staat is geweest de klant in staat te stellen het doel van de therapie te bepalen en te bereiken. Langdurig met mensen praten zonder dat die bezigheid uitzicht biedt op een resultaat dat beschreven kan worden als een resultaat van de inspanningen waarvoor men geleerd heeft en salaris ontvangt, of ten minste als een leerzaam débacle, wordt gezien als een teken van domheid, luiheid of geldzucht. Het is een

denkfout om ervan uit te gaan dat betaald praten met mensen zou kunnen plaats vinden buiten alle kaders die normaliter gelden wanneer de ene mens tegen betaling een dienst verricht voor een ander, en het is des te dommer om dat te overwegen wanneer die inspanningen uit de algemene middelen bekostigd moeten worden. Uiteraard mag iedereen op eigen kosten paardrijden, gokken of gewoon fijn met mensen praten.

b Een verstandige gesprekstherapeut realiseert zich echter dat het in het praatwerk niet om eenduidig te benoemen ellende gaat: de darm de long, de keel of de depressie, maar om de de subjectieve ervaring van de klant, om "heel de mens". Dat dwingt tot bescheidenheid bij de doelformulering van de als professioneel bedoelde activiteiten. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van deze doelformulering ligt bij degene die de rol van de deskundige is toebedeeld in deze relatie. In het kader van die verantwoorde-lijkheid moet een stringent hanteren van een maximale tijd van de bemoeienis in een vroeg stadium van het contact als professionele arrogantie, zelfoverschatting, miskennis van de complexiteit van levensproblematiek, of fluiten in het donker getypeerd worden.

We vinden het bovendien terecht volkomen normaal dat kwalen als epilepsie en diabetes een levenslange bemoeienis van de hulpverlening met zich meebrengen. Is het niet wat naïef om te veronderstellen dat dat voor psychische problemen, en ik bedoel niet alleen MD of schizofrenie, niet zou kunnen gelden? Kan therapie altijd time-limited zijn? Discrimineren we daardoor niet een aantal patiënten?

Er is denk ik reden om ten tijde van onze virililas en op weg naar de middelbare leeftijd wat vraagtekens te zetten bij dit artikel van het directieve geloof. Ik kan het in ieder geval niet meer rijmen met mijn ervaring. In het navolgende wordt een poging ondernomen om de vraagtekens op een rij te zetten en de ervaring te verhelderen door de beschrijving van een eindeloos gesprek.

2 De vraagtekens

2.1 Is het altijd mogelijk om psychische problemen helder te omschrijven? Hoewel ik de laatste zal zijn om het nut van pinpointen te ontkennen, kan ik me steeds minder aan de indruk onttrekken dat die lofwaardige bezigheid ook een voorname functie vervult bij de bevordering van de gemoedsrust van de therapeut. Ieder van ons is bang om te verdrinken in the sea of troubles van onze klanten. In nu 15 jaar supervisie van de jongelui op de

Jelgersmapoli is dat me wel opgevallen, voorzover het me uit eigen ervaring niet duidelijk werd en wordt. Een uitspraak van mijn laatste supervisor is illustratief. Hij vertelde mij dat hij in de supervisie vooral gewaardeerd had dat ik voortdurend het "gewone" in het voeren van gesprekken beklemtoond had, en vooral dat ik nog steeds zo verwonderd over de klachten van zijn klanten kon zijn. Op de poli -nog steeds in naam een "directief" werkend gezelschap- was hem vooral opgevallen dat voor alles een lijst in een laatje lag. Natuurlijk kan een ervaren therapeut van het aanbieden van een vragenlijst een perfect in de therapie passende rituele of zelfs sacrale gebeurtenis maken, maar hoeveel modale psychiatrische patienten uit het domein van de psychiatrie der onvrijwilligheid worden er afgeschrikt door deze digitalisering? En hoeveel beginnende -of gewoon slechte- therapeuten verbergen hun waardevolle twijfel achter het feit dat ze in ieder geval een lijstje -of een recept- hebben aan te bieden?

In toenemende mate voel ik mij geroepen om de supervisors uit te leggen dat verwondering niets is om je voor te schamen en zeker niet iets om weg te rationaliseren. Ik tracht duidelijk te maken dat wij allemaal geneigd zijn om het onbegrijpelijke te begrijpelijk te maken en daardoor voor de klant weer onbegrijpelijk. Als het me lukt om dat over te brengen komt dat doordat ik de neiging in mezelf goed herken.

Het blijft oppassen geblazen dat de klant na de noodzakelijke reductie van zijn klachten tot voor de hulpverlener hanteerbare gegevens, zich nog herkent in de omschrijvingen van zijn probleem.

In vroeger tijden beschermden therapeuten zich wel eens door hun ongenoegen over therapeutische onmacht af te reageren in het gebruik van pseudowetenschappelijke labels met causale pretenties: "typische depressie van de zandgronden, dégeneré superieur etc." zijn voorbeelden van dit amateuristisch gebotanseer.

Tegenwoordig doen we dat niet meer. We zijn zeer wetenschappelijk geworden, lezen ijverig de DSM-3-R, willen niets meer weten van Inductie en Schrijven Empirie met een hoofdletter. Of de ondervindelijkheid die zich binnen onze proefsituaties manifesteert relevant is voor de ingewikkelde subjectieve beleving van onze klanten, lijken we soms minder belangrijk te vinden.

2.2 Hoe goed zijn we nog in maatwerk? De directieve jongelui plachten zich te onderscheiden door een sympathiek soort bezetenheid: soms met ontkenning van de eigen ambities en blinde vlekken werd in ieder geval

oprecht geprobeerd om de klant tevreden te stellen. "Samen met de klant op de bres tegen dood en verderf!" herinner ik me nog van Kees Hoogduin. We waren niet in de eerste plaats geïnteresseerd in de mate waarin onze resultaten wetenschappelijk verantwoord waren. Richard mag ik nog graag herinneren aan zijn verzuchting van weleer: "die ouwe zenuwartsen van zo'n jaar of 45 zeggen gewoon tegen een echtpaar, jullie moeten wat minder ruzie maken, en dat doen ze dan nog ook!" Hij zei het met een mengeling van jaloezie en bewondering: we waren jaloers op dat soort resultaten en vroegen ons afgunstig af, op welke voor verborgen, doch briljante strategie ze zouden kunnen berusten. We geloofden in goeroes als ze maar gelijk hadden: "Wer heilt, hat recht!"

Ik denk dat tegenwoordig veel mensen die zich bekennen tot de directieve aanpak een beetje gaan lijken op mijn -in dat opzicht terecht- verguisde leermeester, die de aandacht voor zeer individuele mogelijkheden van de individuele klanten -het kenmerk van de directieve beweging- afdeed met de minachtende omschrijving: "een beetje ik-versterken". Een van de sterke kanten van het eclecticisme is altijd geweest dat afgerekend werd met slecht onderbouwd geloof als rationale voor therapeutisch handelen. Er moet echter voor gewaakt worden dat de liefhebberij in proefondervindelijkheid niet ontaardt en een Geloof op zich wordt. Hoe welkom blijven in onze gesprekslaboratoria de moeizaam te typeren klagers voor wier probleem nog geen protocollaire behandeling voorhanden is?

2.3 Waarom mag een contact niet in de tijd onbeperkt zijn, wanneer de klant daar behoefte aan zegt te hebben en de therapeut het zinnig vindt? (Ik laat geldzucht nu even buiten beschouwing.) Zo gesteld is dit alleen een retorische vraag. Er achter zit de overweging dat niet elk contact therapeutisch genoemd mag worden, maar dat sommige contacten door de klant niettemin op hoge prijs worden gesteld. Soms kan in die behoefte alleen voorzien worden door de therapeut die een situatie tot stand heeft gebracht waardoor ueberhaupt weer contact mogelijk werd. Anderzijds blijkt van elk contact in ieder geval pas achteraf of het therapeutisch is geweest.

3 Het gesprek

3.1 De voorgeschiedenis

Ik leerde de heer van Zanten en zijn echtgenote kennen in 1978. Hij werd verwezen door een van de beste huisartsen van Den Haag; deze zeer gewetensvolle collega had de heer van Zanten en zijn gezin, bestaande uit

vrouw en enige zoon, al jaren begeleid. Dat was niet altijd eenvoudig, omdat de heer van Zanten nooit ziek wenste te zijn. Hij was en is van mening dat hard werken voor het gezin voor een man zo veel vreugde met zich meebrengt, dat daardoor alleen al gevoelens van onbehagen horen te verdwijnen.

Deze prijzenswaardige levenshouding hielp hem echter niet bij de gebeurtenissen die tot zijn verwijzing naar de psychiater leidden. Hij was al jaren onder behandeling voor een chronische conjunctivitis. De oogarts had al enkele malen blindheid in het vooruitzicht gesteld, wanneer de heer van Zanten door zou gaan met het stelselmatig beleefd aanhoren van de adviezen, om ze vervolgens onder verontschuldigen te negeren. De patiënt was echter gewend om als administrateur zelfs in zijn vrije tijd nog frequent het bedrijf te bezoeken, omdat een weekend waarin hij niet **absoluut zeker** kon zijn dat hij niets vergeten had, eerder tot extra spanning dan ontspanning zou leiden. Zijn echtgenote, die hij op het bedrijf had leren kennen, maakte zich af en toe wel zorgen over zijn gezondheid, maar was verder vol bewondering voor zijn arbeidsmoraal.

Op een kwade dag liep het fout: meneer van Zanten kreeg last van pijn op de borst -en van zijn alerte huisarts- en vol schaamte en ergernis bleef hij voor het eerst in 25 jaar 6 weken thuis. Toen hij terugkwam op zijn werk bleek er een reorganisatie doorgevoerd te zijn. Men had hem niet meer nodig, en een jonge baas die hij het vak nog geleerd had, meldde hem een antal wetenswaardigheden over de moderne tijd. Meneer van Zanten kreeg dezelfde nacht een zeer ernstige aanval van benauwdheid en pijn op de borst; hij zag paars, sprak wartaal, en kwam in het ziekenhuis terecht. Een hartinfarct kon men er niet van maken en op de arteriografie waren slechts vernauwingen zichtbaar, die niet klinisch significant geacht werden.

Zelfs de grandeur van een meer algemeen aanvaarde manier van afknappen was van Zanten niet gegund. Hij werd verwezen naar de psychiater, hoewel zijn huisarts, naar later bleek terecht, aan de diagnose bleef twijfelen, evenals ondergetekende. Ik nam hem in behandeling, omdat de psychische ontredde van meneer van Zanten en zijn vrouw in ieder geval evident was, en omdat de door mij zeer gewaardeerde huisarts er op aandrong.

In de eerste gesprekken legde meneer van Zanten uit hoezeer hij door de gang van zaken gekrenkt was. Hij begreep ook niet goed wat hij bij een vreemde dokter moest doen. Het nut van de medische stand werd trouwens door hem sterk in twijfel getrokken, en van psychiaters in het bijzonder. Ook

9

hij wilde zijn huisarts echter graag ter wille zijn, en praten kon in ieder geval geen kwaad, al verwachtte hij er geen nut van, dus als de dokter echt niet beters te doen had.....

3.2 Korte biografische anamnese

Meneer van Zanten komt uit een kil gezin. Zijn overleden vader was een botte alcoholist, zijn moeder een kinderlijke, verwende vrouw. De zorg voor de instandhouding van de sociale facade werd al heel snel aan het enig kind uit de zeer ongelukkige relatie overgelaten. Hij herinnert zich geen enkel gelukkig moment. Bij de schaarse aanleidingen om "iets gezelligs te doen" klaagden beide ouders bij het kind dat de ander weer in gebreke was gebleven. Zo werd meneer van Zanten een ouwelijk en vroeg oud kind die veel te jong veel te grote verantwoordelijkheden kreeg. Als hij het niet regelde ging echt alles fout. Als het echtpaar, zeldzaam, andere mensen uitnodigde zorgde hij ervoor dat vader niet naar de kroeg ging, of hij zocht hem daar op en beoordeelde of hij nog in staat was om in nuchter gezelschap te verschijnen. Daarna moest moeder overgehaald worden om niet te blijven mokken. De feitelijk helse situatie in de relatie werd daarnaast door beide ouders stelselmatig ontkend. Vanaf ? het begin van zijn puberteit heeft hij gefungeerd als een telkens weer teleurstellende pseudoechtgenoot. Hij werd een jongetje dat er naar streefde om alles in ieder geval anders dan zijn vader te doen, de vleesgeworden plichtsgetrouwheid.

Bij de dood van zijn vader verbleef hij, voor het eerst in zijn leven, op vakantie in Oostenrijk. Toen hij thuiskwam verweet zijn moeder hem zijn harte-loosheid: hij had moeten aanvoelen, dat het niet goed met vader ging. Toen hij in behandeling kwam was een van zijn grootste zorgen dat zijn moeder het hem verweet dat hij ziek was, dat overkwam toch geen echte man! Bovendien had ze hem dringend nodig. Hij beheerde namelijk haar financiën, omdat ze alles verkwistte, en was niet meer in staat om elk weekend te zorgen dat iedereen weer betaald werd...

Zijn echtgenote is van het begin af aan bij de gesprekken aanwezig. Het is duidelijk dat zij zeer lijdt onder de problemen, vooral ook omdat haar man in het gezin altijd degene is geweest die de beslissingen neemt. Mevrouw van Zanten is weinig in staat om nee te zeggen, wanneer mensen haar iets vragen. Zij komt uit een warm, maar erg gesloten gezin waar de zorg voor de naaste als het hoogste goed werd gezien en als een vanzelfspre

kende verplichting. Haar vader was een vrolijke, soms driftige man, en haar moeder wordt door haar beschreven als een, in mijn ogen, zlekelijk altruïstische vrouw, een soort uit opoffering getrouwde non. De relatie tussen beiden was vol respect, doch weinig warm. Mevrouw van Zanten heeft het altijd wat moeilijk gehad met het feit dat haar moeder haar in het kader van de sexuele voorlichting meedeelde, dat haar vader in bed net een beest was, en dat zij dat zo moeilijk te rijmen vond met zijn goede karakter. Haar eigen sexuele relatie met haar man is goed, het is een probleem voor het echtpaar dat de potentie van de heer van Zanten onder de problemen heeft geleden.

Ondanks alle hulpverlening van de huisarts heeft de inzet van mevrouw van Zanten voor de medemens al enkele malen tot uitputting geleid, in de vorm van migraineaanvallen, malaise en soms zelfs aanvallen van flauwvallen en kortdurende verlammingen. Uit de manier waarop zij daarover vertelt krijg ik de indruk dat zij grote moeite heeft zichzelf iets te gunnen, en het nastreven van genoegens die alleen tot haar eigen bevrediging zouden kunnen leiden minderwaardig vindt. Overigens denk ik dat ze meer op haar vader dan haar moeder lijkt.

De heer van Zanten is in deze gesprekken er met moeite van te weerhouden antwoord te geven op alle vragen die aan zijn vrouw gesteld worden. Mevrouw van Zanten wacht steeds keurig tot ze er een woordje tussen kan krijgen, doch heeft haar mimiek niet altijd in bedwang. Haar favoriete openingszin luidt, "dat is helemaal waar, Henk, maar....", of "het zou kunnen zijn dat dokter Joele bedoelt, dat..."

3.3 Psychiatrisch onderzoek en medische gegevens

Meneer van Zanten is psychiatrisch ten tijde van de eerste gesprekken te typeren als een matig tot ernstig depressieve man -eetlustremming, anhedonie, slaapstoornissen, dagschommeling, suicidale ideaties- met een evident dwangmatige persoonlijkheid. Hij is wanhopig en ziet geen zin meer in het leven. Zijn gedachten draaien om het onrecht dat hem door zijn werkgever is aangedaan.

Lichamelijk klaagt hij voornamelijk over moeheid, loopproblemen, krachtsvermindering en een doof gevoel in de voeten. Daarnaast heeft hij af en toe pijn op de borst, zonder duidelijke relatie met inspanning, wel met emotie.

Dezelfde krampen doen zich af en toe voor in de buikstreek. Hij is onzeker bij het lopen, zonder duizeligheid. Mijn eigen onderzoek levert een dubieuze hypaesthesie/hypalgesie aan de voeten op, zonder diepe gevoelsstoornissen. De beenarterieën pulseren beiderzijds goed.

De loopstoornis is zeer opvallend. Hij moet na 10 meter stoppen om uit te blazen. Wanneer hij uitgaat moet dit in een rolstoel gebeuren.

De reflexen zijn laag-normaal, er zijn geen pathologische reflexen. Hij rookt als een ketter.

Het lab levert geen afwijkingen op, ook geen vitaminedeficiënties. In de jaren die volgen laat ik hem driemaal opnieuw onderzoeken door goede neurologen. Op een EMG wordt uiteindelijk de diagnose tarsaal-tunnelsyndroom beiderzijds gesteld, te weinig om de zwakte of de onzekerheid bij het lopen te verklaren. Een op verzoek van de huisarts en ondergetekende herhaalde cardiologische analyse levert toch een duidelijke insufficientia cordis op. Bij inspanningsproeven blijft meneer van Zanten consequent minder presteren dan op grond van de objectieve gegevens mogelijk zou moeten zijn.

3.4 De "behandeling"

In het begin van het contact heb ik het idee dat meneer van Zanten in de rouw is over het verlies van zijn werk. Zijn depressie is reactief, en de loopstoornissen conversief. Hij gaat grif mee in mijn verklaringen. De behandeling begint met de opdracht om een "boek" te schrijven over al het onrecht dat hem is aangedaan. Hij schrijft 30 bladzijden over de historie van zijn bedrijf en zijn eigen niet onaanzienlijke rol in de opgang ervan. Bij de bespreking van dit werkstuk klaart de depressie geleidelijk op. Ik zie het echtpaar in deze periode eens in de 2 weken.

Parallel met deze aanpak wordt een oefenprogramma voor de loopstoornis besproken. Voortdurend onderbiedend schrijf ik hem een programma voor waarin de afstand met meters per week wordt uitgebreid. Hij spant zich geweldig in, maar de onderbieding is niet nodig, want het mislukt hem telkens weer om vooruitgang te boeken. Hij voelt zich hier zeer schuldig over en verwijt zichzelf dat hij geen vent meer is. Ik moet constateren dat hij zichzelf schade berokkent door zijn overmatige inzet en bespreek dat in de context van de manier waarop hij zich zijn hele leven overmatig heeft ingezet. In een gesprek zeg ik letterlijk dat hij binnen afzienbare tijd zich dood zal werken, zelfs tijdens zijn werkeloosheid, en ik draag hem met grote nadruk

op om de rest van zijn leven zich te oefenen in luiheid, als hij wil overleven.

Hij reageert hier op door te verklaren dat zijn leven so-wie-so is afgelopen, omdat zijn gezin toch niets meer aan hem heeft. Ik vraag hem of hij van mening is dat zijn vrouw om zijn capaciteiten als werkezel verliefd op hem is geraakt, en of zij en hun zoon het schouwspel van een echtgenoot en een vader die zich onder hun ogen suicideert door zich tegen beter weten in als een gek te blijven overspannen, op prijs zullen stellen.

Ik leg hem uit dat het volkomen begrijpelijk is dat hij zich zo opstelt. Hij heeft, in tegenstelling tot zijn vrouw nooit geleerd dat mensen op andere aspecten dan hun plichtgetrouwheid gewaardeerd kunnen worden. Bovendien hebben zijn goed huisvaderschap en zijn bovenmatige inzet altijd in het teken gestaan van het in ieder geval totaal anders zijn dan zijn vader.

Deze verklaring valt in ieder geval bij mevrouw van Zanten in goede aarde. Zij voelt zich zeer begrepen en legt haar man uit dat zij zich nu en in het verleden vaak gekwetst heeft gevoeld, door zijn opstelling. Zij heeft zich juist altijd bezorgd gevoeld. Natuurlijk heeft zij zijn inzet ook bewonderd, maar hij wil maar nooit begrijpen dat zij hem ook lief heeft in een rolstoel.

Meneer van Zanten heeft het er moeilijk mee. Hij vraagt me of ik dan niet trots ben op mijn carrière. Mijn vrouw moet toch buitengewoon gelukkig zijn met zo'n geslaagde man? Ik werk toch ook met hart en ziel, en zal toch ook wel eens in het weekend geen tijd voor mijn gezin hebben? Misschien heb ik ook wel eens een pijntje, daar blijf ik toch niet voor thuis?!

Ik reageer door hem te vertellen dat ik als ik me ziek voel in ieder geval thuis blijf, dat ik er intens van kan genieten om lekker in bed met een lichte temperatuursverhoging te lezen, en dat ik in het algemeen werk beschouw als een niet onprettige noodzaak, waar ik gelukkig veel geld mee verdien. Hij daarentegen lijkt meer op een soldaat die maar niet kan geloven dat de vrede is uitgebroken. Hij is uit de oorlog gekomen in een toestand van shellshock, maar zet de strijd voort. Dat is voor een echtgenote een gemengd genoegen. Zijn vrouw heeft geen zin om een oorlogsweduwe te worden. Deze metafoor slaat bij beiden zeer aan, en zelfs meneer van Zanten erkent dat zijn manier om met arbeid om te gaan wel wat extreem is. Hij kan echter niet geloven dat ik serieus meen wat ik zeg! "u weet toch wel beter dokter, een man die zich niet 100% inzet verliest het respect van zijn gezin." Ik wijs hem er nog eens op dat gezinnen dikwijls de echtgenoot en vader verliezen, wanneer die er opvattingen als die van hem op nahouden.

Ik ben er intussen -de therapie loopt een klein jaar- van overtuigd geraakt dat

a de lichamelijke zwakte voor een groot deel lichamenlijk verklaarbaar is, en dat **b** vooruitgang of stabilisering bij deze man alleen bereikt zal kunnen worden door hem consequent tot "lulheld" aan te sporen. Het echtpaar heeft inmiddels een groot vertrouwen in mij gekregen. Veel later legt mevrouw van Zanten mij uit hoe dat komt: ik ben de eerste dokter die tegen haar man op kan! De anderen waren te lief, en hadden te weinig tijd, zodat ze door de beleefdheid van haar man niet inzagen dat hij toch zijn eigen mening hield. Beiden vinden dat de toestand veel draaglijker is geworden, doch menen het niet zonder regelmatig bijpraten te kunnen redden.

Nadat de depressie is opgeklaard wordt het probleem van de relatie tussen de heer van Zanten en zijn moeder aangepakt. Zij kan niet aanvaarden dat hij niet meer elke dag voor haar klaar kan staan, en hangt daarom te pas en te onpas aan de telefoon. Wij bespreken dat moeder nooit volwassen is geworden, en dat van een kind niet verwacht mag worden dat hij zijn moeder opvoedt, zeker als die moeder inmiddels de zeventig is gepasseerd. Bovendien is hij nu lichamenlijk niet in staat om door te gaan met een serviceverlening die hem enerzijds veel ergernis heeft gekost en anderzijds van de kant van zijn moeder nooit tot enige uiting van dankbaarheid heeft geleid.

Het blijkt mogelijk om afspraken te maken die er toe leiden dat het contact tot een redelijk minimum wordt beperkt. Het helpt dat de vermindering van de contacten nadrukkelijk als een opdracht van de dokter verkocht kan worden.

Dit succes van meneer van Zanten maakt het mogelijk om ook aandacht te gaan besteden aan de manier waarop mevrouw van Zanten haar leven inricht. Het blijkt dat zij nauwelijks een eigen leven heeft. Zij durft haar man niet alleen te laten, en heeft alle hobbies opgegeven. De tijd, die zij niet aan de verzorging van haar echtgenoot wijdt, wordt besteed aan de opvang van kennissen of familieleden die een beroep op haar bijstand doen. Zij raakt hier herhaaldelijk uitgeput door, hetgeen zich uit in migraine, somberheid, en vele functionele of conversieve klachten. Zij acht zich echter niet in staat om mensen af te wijzen. Haar echtgenoot is meer in staat gebleken om met dit soort problemen verstandig om te gaan. Ik leg met grote klem uit dat dit nu een van de zaken is waarin hij volledig zijn rol als echtgenoot kan waarmaken.

Mevrouw van Zanten heeft hier problemen mee: zij kan toch niet het huis uitgaan, terwijl zij weet dat haar man angstig wordt als zij er niet is! Deze

opstelling is reëel: hij krijgt last van benauwdheid en pijn op de borst als zij er niet is. Tegelijk onderkent hij het probleem van zijn vrouw, en hij is volledig en graag bereid om het alleen zijn te oefenen, en paal en perk te stellen aan de vele vragen om hulp van de kennissen.

Aan mevrouw van Zanten wordt duidelijk gemaakt dat zij haar man moet gunnen om iets voor haar te doen. Dit sluit immers aan bij haar eigen ideeën: een echtgenoot is meer dan een werkezel. Bovendien is hij "harder" dan zij, en meer in staat om ongewenst bezoek of telefonades af te houden. Op die manier doet zij ook iets voor hem: zij biedt hem de gelegenheid om haar te helpen bij iets wat zij slecht kan, nl. een eigen leven inrichten.

Uiteindelijk aanvaardt zij een baan in een winkel waar zij met groot succes en met veel persoonlijk genoeg haar geduld en dienstvaardigheid ten nutte kan maken, op een wijze waar zij tot haar verbazing niet moe van wordt. Meneer van Zanten blijkt inderdaad bereid om te verdragen dat zij meerdere uren per dag afwezig is. In dit kader kan ook zijn voortdurend gebagatelliseerde angst voor hartaanvallen besproken worden.

Het contact loopt drie jaar, en de frequentie is geleidelijk teruggebracht tot eens in de 2 à 3 maanden een tot anderhalf uur. De gesprekken worden voornamelijk besteed aan bemoediging en het herhalen van de boodschap dat meer inzet bij meneer van Zanten tot minder, en het oefenen in "luiheid" tot meer resultaat zal leiden.

Het blijft ook nodig om mevrouw van Zanten te remmen in haar bemoeienis met zieke familieleden. Geleidelijk ontstaat een evenwicht.

Een belangrijke verandering doet zich voor wanneer meneer van Zanten een laatste appel doet: hij wil graag gehypnotiseerd worden, hij zal dan het gevoel hebben dat hij er echt alles aan gedaan heeft om van zijn loopklachten af te komen. "U begrijpt toch wel, dat ik alles wil proberen!". Ik verklaar me graag bereid om een poging te ondernemen tot hypnose, omdat dat nooit kwaad kan: een beetje ontspanning voor meneer van Zanten zal wellicht bijdragen tot zijn welbevinden, maar ik leg hem duidelijk uit dat ik daar uitsluitend ontspanning, en geen krachtsvermeerdering van verwacht.

Bij het volgende gesprek komt een opvallend opgewekt echtpaar binnen. Ze vertellen dat ze een paar heel moeilijke weken achter de rug hebben. Na het laatste gesprek ging alles veel slechter. De spanning was opgelopen door de gedachte dat er weer een mislukking zou kunnen volgen. Hij heeft al zoveel teleurstellingen meegemaakt -neurologen, cardiologen, internisten- dat hij van mening is dat de teleurstelling over de zoveelste mislukking niet op zal

wegen tegen een te verwachten gering resultaat. Bovendien dacht het echtpaar dat een gering resultaat ook voor mij onaangenaam zou zijn.

De opgewektheid komt voort uit het feit dat meneer van Zanten meent mij na al die jaren nu pas goed begrepen te hebben: hij heeft ingezien dat zijn voortdurend streven naar perfectie hem afhoudt van de dingen waar het in het leven om gaat. Zijn vrouw is opgevallen dat hij zich beter kan ontspannen, vrolijker is en zich makkelijker bij dingen neerlegt. Het heeft lang geduurd, maar hij is het eindelijk met mij eens. Het is toch te gek dat hij zelfs mij, die het zo goed met hem meent, er toe brengt iets te ondernemen waar ik weinig resultaat van verwacht!

Ik complimenteer het echtpaar uitvoerig, ik ben zelf ook erg blij. Ik had ingeschat dat de vraag naar een vorm van behandeling die voor het echtpaar een ultimatum refugium betekende, in ieder geval niet negatief beantwoord moest worden. Mijn bereidheid om in te gaan op die vraag, gekoppeld aan een volledig congruente uitleg over het te verwachten resultaat, waren bedoeld als steun aan een paar sympathieke mensen, maar ook als het laatste bod van de meest vertrouwde behandelaar.

De opvallende gemoedsrust van meneer van Zanten, die uitvoerig vermeld dat hij dankbaar is dat zijn vrouw al die jaren goed begrepen heeft dat hij altijd het beste heeft voorgehad met zijn gezin, ondanks zijn drammerij, en de blijdschap van zijn vrouw, die vertedert zegt: het is altijd een hele goeie man geweest, dokter, bezorgen mij een zeer prettige vrijdagmiddag. Ik heb het idee dat een consequent aanbod van steun, gekoppeld aan enig professioneel inzicht in de functie die symptomen kunnen hebben in de relatie met partner of therapeut, resultaat heeft opgeleverd.

Mijn vader is in die periode stervende aan een leukaemie-achtige maligniteit, (paraproteïnaemie.) De blijdschap is ook een gevolg van het feit dat meneer van Zanten mij in menig opzicht doet denken aan mijn vader: van hem heb ik dit soort lof, althans in die vorm, nooit mogen ontvangen, terwijl ik graag minstens evenveel voor hem als voor meneer van Zanten gedaan zou hebben. Hij was evenwel minder geneigd om over zijn leven te praten dan meneer van Zanten. Zijn mening over het nut van praten en zijn achting voor de psychiatrie leken als twee druppels water op die van van mijn patiënt. Mijn meest duidelijke herinnering uit zijn verleden komt uit de tijd toen hij een maagbloeding had. Ik was toen een jaar of tien: hij spuugde even op het dek, en vloekte vervolgens mijn moeder uit die dat geen prettig schouwspel vond.

Verder geen gelul. Meneer van Zanten zou zoiets nooit zeggen, maar wel denken.

Na deze episode bestaat de begeleiding uitbegeleiding. Ik geef adviezen over de omgang met de familie, herhaal mijn wijsheden uit het begin, en verschaft in het algemeen tot wederzijds genoegen een soort onderhoudsbeurten, zo'n 3 tot 4 maal per jaar. In de praktijk komt het er op neer dat ik voornamelijk luister, en aan het eind van het gesprek een pakket goede raad verstrek. De manier waarop ik dit formuleer doet onrecht aan de manier waarop mijn klanten over het contact denken. Zij beschouwen het als een zeer noodzakelijk bijpraten met een gerespecteerde vertrouweling. Ik ben de huisarts met tijd. In deze periode wordt ook nog aandacht besteed aan de neiging van meneer van Zanten om zijn vrouw gerust te stellen en oplossingen aan te dragen, wanneer zij alleen haar zorgen wil verwoorden. Recht toe recht aan adviezen om alleen op verzoek raad te geven leiden tot een aanzienlijke verbetering.

Recent is de begeleiding geïntensiveerd. (1 maal per maand). Meneer van Zanten kreeg steeds meer buikklachten, en is op mijn advies weer eens naar de dokter gegaan. Ik ben altijd zeer wantrouwig gebleven over de somatiek. Op de arteriografie wordt een zeer uitgebreide arteriosclerose en aneurysma van de buikaorta gevonden. De vaatchirurg spreekt van een tijdbom. Ook in de beenarterien en de andere buikarterien is weinig vrolijks en met name weinig doorgankelijkheid te ontdekken. De gevonden afwijkingen kunnen de lichamelijke klachten voor een zéér groot deel verklaren. Hij is recent geopereerd, een broekprothese. De psychiatrische begeleiding pre- en post-operatief is gericht op zijn verdriet over het feit dat de vitaal belangrijke operatie hem waarschijnlijk definitief een impotentie heeft bezorgd. "Eigenlijk was dat het enige waardoor ik me nog man voelde". De chirurg heeft hem overigens op een zeer menselijke wijze voor de operatie op de hoogte gesteld van deze waarschijnlijke complicatie. Voor de operatie hebben we zeer indringend gesproken over de waarde van het bestaan als je geen potentie, maar nog wel liefde en verstand bezit. Mevrouw van Zanten heeft wat hulp nodig van een buitenstaander om hem te verduidelijken dat zij hem liefheeft onder alle omstandigheden. Haar steun is bewonderenswaardig geweest, maar nu alles achter de rug is, voelt zij volledig uitgeput. In de zelfde periode zijn haar moeder en tante overleden, die ze 3 maal per week in hun verpeeghuizen bezocht. Ze is verdoofd. Ze denkt overigens dat dat vanzelf wel weer zal overgaan.

We gaan gewoon door met het leven.

Tot slot

Ik heb nog ongeveer 15 mensen in behandeling. Bij 5 ervan denk ik dat de begeleiding tot hun of mijn overlijden zal doorgaan. Het echtpaar van Zanten heb ik beschreven als een voorbeeld van deze categorie. Deze mensen hebben een aantal eigenschappen gemeen:

1 Allen hebben iets meegemaakt dat hun leven definitief heeft veranderd. Zij beleven zichzelf als mensen die een onherstelbaar verlies hebben doorgeemaakt, en/of definitief gehandicapt en hulpbehoevend zijn.

2 Geen van hen is gemotiveerd voor behandeling in de strikte -en bekrompen- zin van het woord. Zij zoeken veeleer een steunpunt, iemand die wil luisteren, vrijblijvend raad geeft, en troost.

3 Zij zijn geneigd om elke mogelijke verandering als een kans op verslechtering van hun situatie te zien. Ze zijn blij dat ze het leven hebben, en dat alles niet nog erger is dan het al is. Concrete opdrachten zijn bij deze categorie, zeker in het begin, in het algemeen ongewenst. Ze zullen geneigd zijn op alles ja te zeggen, omdat ze bang zijn de steun van de hulpverlener te verliezen, en zich schamen over hun onvermogen van zijn deskundigheid te profiteren. De hulpverlener doet er goed aan om deze trek zelf aan de orde te stellen, want zij zullen het niet doen: ze komen immers om geholpen te worden!

4 De lichamelijke klachten van deze groep vertonen veelal een chronisch karakter en zijn slecht te beïnvloeden. Dit leidt nogal eens tot korzeligheid bij de somatici. Het is lang niet zeldzaam, hoewel niet altijd zo duidelijk als bij de beschreven patiënt, dat de "functionele" klachten een lichamenlijk substraat hebben. Het is wijs om uitvoerig op de lichamelijke klachten in te gaan, daardoor kan het aantal diagnostische missers beperkt worden. Bovendien is mij herhaaldelijk opgevallen dat mensen minder klagen wanneer de hulpverlener zelf het initiatief neemt om uitvoerig de lichamelijke toestand te bespreken. Men vraagt dan minder om allerlei hulponderzoeken en de mededeling dat er geen therapie beschikbaar is, wordt eerder als gegeven aanvaard en verwerkt. Vanzelfsprekend moet palliatief al het mogelijke gedaan worden.

5 Bijna alle mensen uit deze groep kampen met het probleem van de verveling en een gevoel van nutteloosheid. Het is belangrijk ze te stimuleren iets concreets te ondernemen. Zo is meneer van Zanten zo nijver glazen potten en houten doosjes gaan beschilderen, dat hij daarin weer afgeremd

moest worden. Op bijna alle secretariaten van Bloemendaal zijn de resultaten van zijn activiteit te vinden.

6 Zonder uitzondering vragen ze zich af: "waar heb ik dit aan verdiend?" Het is belangrijk dit gevoel op tafel te krijgen, omdat ze anders niet tot aanvaarding van hun lot komen, maar eindeloos zichzelf of anderen verwijten blijven maken. Ook hier geldt weer dat de hulpverlener er goed aan doet zelf het initiatief te nemen tot de bespreking.

7 In dit kader is ook de bespreking van de levensgeschiedenis: "hoe bent u de persoon geworden die u nu bent", bijna altijd nuttig. Voor deze categorie geldt inderdaad dat enig inzicht, althans de beschikking over een rationale voor het verleden, de aanvaarding van het heden bevordert.

8 Het spreekt vanzelf dat de partner van deze mensen altijd nauw bij de problemen is betrokken. Ze behoren als het even kan ook bij de gesprekken aanwezig te zijn. Vrijwel altijd hebben ze zelf ook moeilijkheden. De bespreking daarvan kan bovendien de schulgevoelens die de patiënt heeft tegenover de partner -ik ben alleen maar een last, alle aandacht gaat altijd naar mij- minder drukkend maken.

De begeleiding van mensen als het echtpaar van Zanten is een wezenlijk onderdeel van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Het is merkwaardig dat juist in de psychiatrie de zorg voor mensen met een chronische handicap zo weinig aanzien geniet. Dit gebrek aan aanzien komt schrijnend tot uiting in de budgetverdeling in het totaal van de gezondheidszorg, maar ook in de interne verdeling binnen de GGZ.

Het lijkt er op dat het taboe op psychisch dysfunctioneren tot uiting komt in een moeizame acceptatie van het feit dat die kennelijk angstverwekkende problemen nog chronisch kunnen zijn ook! Langdurige bemoelenissen met mensen als de heer van Zanten worden niet als therapie in strikte zin gezien. Juist in de geestelijke gezondheidszorg is genezingstrionfalisme verderfelijk. Men geneest niet van zichzelf, en juist de mensen die aan zichzelf lijden worden in de genezingsideologie gestigmatiseerd en gemarginaliseerd. De verwijten van de consumentenorganisaties zijn in dit opzicht terecht. De prachtige theorieën moeten plaats maken voor concrete hulp en steun bij menselijke problemen. Geen allesomvattende stappen op weg naar een utopisch optimaal psychisch functioneren, maar kleine stappen die op termijn wezenlijk tot verandering en verbetering leiden. *"He who would do good must do so in minute particulars; the general good is the plea of patriots, politicians and knaves"*. (Samuel Butler).

Als assistent had ik een gevoel van schuld, wanneer ik een -liefst kort-gesprek niet besloot met een advies, en ik voelde me te kort schieten als ik na een gesprek geen totaalvisie op de problemen had bedacht. Mensen als meneer van Zanten noemden we "B-klanten" ,of we borstelden ze zelfs uit ons haar! Wat onlogisch eigenlijk; niet ons inzicht over de effectiviteit van onze bemoeienissen volgens door ons opgestelde normen behoort immers uitgangspunt te zijn, maar de beleving van de klant. Een andere opvatting leidt tot de pijnlijke scènes waarin de beroepsbeoefenaar aan de klant gaat uitleggen dat hij eigenlijk niets aan de professionele inspanningen heeft, terwijl de klant wanhopig probeert uit te leggen dat hij niet zonder kan. Het omgekeerde is nog erger.

Uiteraard zul je altijd keuzes moeten maken in je tijdsbesteding. Het is echter evident dat de meeste professionele bemoeienis en het meeste overheids-geld niet altijd naar de mensen met het meeste leed gaat. Zelfs een bemoeienis van meer dan 10 jaar is trouwens relatief goedkoop. Al met al heb ik het echtpaar in 12 jaar nog geen 50 keer gezien. In de reguliere psychotherapieën wordt dat soms in een half jaar geconsumeerd door mensen die het aanzienlijk minder moeilijk hebben, om over de flauwekul van de leertherapie maar te zwijgen.

Ik vind tegenwoordig de meeste voldoening als psychiater in de begeleiding van mensen als het echtpaar van Zanten. Dat zal misschien wel iets te maken hebben met de relatie die ik met mijn ouders heb gehad. Dat komt dan mooi uit, want ik denk ook dat ik effectiever en zinvoller bezig ben dan vroeger. Misschien moet je er wel wat voor opgroeien om niet zo veel meer direct te willen, en geen "*knave*" te zijn.

Een naïeve toepassing van DSM-III

Kees van der Velden

Ons aller vriend Kal stuurde mij - vertrouwelijk - een tekst toe van de befaamde psychiater¹ Van Ballegooijer². In een vriendelijk gesteld begeleidend briefje vroeg Kal of ik deze tekst geschikt vond voor Dth.

Het stuk ging over de grote Portugese dichter Fernando Pessoa (1888-1935), die in Nederland vooral bekendheid verwierf door de indrukwekkende inspanningen van de vertaler/schrijver August Willemsen (zie o.a. Willemsen, 1978 en 1980).

Pessoa was zeker geen alledaags mens. Hij beschouwde zichzelf als een genie - wat hij ook was. Hij streefde niet naar beroemdheid. Overdag werkte hij als handelscorrespondent, 's avonds en 's nachts wijdde hij zich met volledige inzet aan de literatuur. Hij had geen harmonieus sociaal leven. Hij was een zware drinker en een straf roker. Hij was dol op mystificaties.

Hij dichtte onder verschillende *heteroniemen*, d.w.z. onder de door hem verzonden namen van door hem verzonden dichters, die ieder gekenmerkt werden door een eigen woordkeus, temperament en filosofie. Van deze dichters verzon hij de geboorte- en sterfdatum, hij beschreef hun levensloop, hij trok zelfs hun horoscoop. Ook liet hij de heteroniemen over *elkaar* schrijven. Alberto Caeiro, Alvaro de Campos en Ricardo Reis waren de namen van de heteroniemen. Wie er meer van wil weten raad ik de lezing van de gedichten en prozafragmenten en de toelichtingen van Willemsen aan.

Van Ballegooijen kwam op grond van de heteroniemenkwestie - overigens stuurde Pessoa zijn oplossingen van de kruiswoordraadsels in de krant in onder de naam *Mr. Cross* - tot de conclusie dat Pessoa aan een multiple-persoonlijkheidsstoornis leed, en dat hij in ieder geval van de DSM-III-criteria voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis voldeed. Hij leidt uit Pessoa's geschriften (uit zijn *kunst* dus, en niet uit zijn gedrag) af dat hij werd gekenmerkt voor de klinische manifestaties van het fenomeen splijting die door Akhtar & Byrne werden beschreven: a) het onvermogen om ambivalentie te ervaren, b) chaotische besluitvorming, c) oscillatie in zelfwaardering, d) ego-syntone impulsiviteit en e) intensivering van affecten.

¹ Hij is geen psychiater.

² Hij heet niet Van Ballegooijen.

'Pessoa heeft de splijting in zijn werk kunnen voltrekken. Dat is ongetwijfeld een tijd lang zijn geestelijke redding geweest', aldus Van Ballegooijen.

Na veel nadenken - ik moest tactvol zijn - schreef ik Kal de volgende brief:

Rotterdam, 14 oktober 1990

Beste Kees,

Met meer dan gewone belangstelling las ik de tekst van Van Ballegooijen over Pessoa. Uit eerbied voor deze dichter las ik het stuk extra zorgvuldig. Het wil per slot een portret zijn van deze raadselachtige man, of ten minste enig licht op hem werpen.

De vraag is: Maken de door Van Ballegooijen gebruikte begrippen en categorieën Pessoa of aspecten van het werk van Pessoa begrijpelijker?

Dat Pessoa volgens de criteria van DSM-III-R aan een persoonlijkheidsstoornis leed lijkt geen enkele twijfel: immers, ieder duurzaam ongewoon of buitennissig persoon lijkt volgens DSM-III-R aan een persoonlijkheidsstoornis. Dit kan moeilijk verhelderend genoemd worden. Het geeft alleen aan dat de niet-pathologische persoonlijkheid volgens DSM-III-R een gematigd en evenwichtig persoon is, een 'tevreden roker' zeg maar, van wie wij geen radicale uitingen mogen verwachten. Pessoa was wel een roker, maar zoals bekend was hij geenszins tevreden, en het zal moeilijk zijn een belangrijk dichter of wetenschapper te vinden die niet 'gestoord' is volgens DSM-III-R. Alleen al het absolute geloof in eigen talent, dat ten minste van tijd tot tijd aanwezig moet zijn wil men de onzinnige moed vinden om, al is het maar even, te menen dat het mogelijk is iets essentieels aan de kunstgeschiedenis of de kennis van de wereld toe te voegen, maakt de creatieve persoon tot iemand met narcistische trekken. (Een gematigd schrijver overziet wat reeds gedaan is door zijn voorgangers, besluit dat het zinloos is om met hen te rivaliseren, en beperkt zich tot het schrijven van columns en sfeerschetsen, en dan nog zal het moeilijk voor hem zijn om niet af en toe te denken dat hij nu toch het niveau van Tsjechow of Nescio heeft gehaald.)

Het is misschien nuttig om erop te wijzen dat de persoonlijkheidsstoornissen van DSM-III(-R) in eerste instantie ontworpen zijn om de ziektekostenverzekeraars tevreden te stellen. Dezen konden al geruime tijd geen wijs uit de heterogene, schoolgebonden diagnostische formuleringen die hun werden voorgelegd en eisten op zeker moment uniformiteit in de classificatie. Het spreekt vanzelf dat zij geen zin hadden om de behandeling van allerlei vage luxe-therapieën (marathontrainingen, fort-groepen, *awareness*-bevorderende activiteiten) te betalen, alleen de behandeling van solide ziekten zou voor vergoeding in aanmerking komen. Dus hebben therapeuten enkele solide ziekten *ontworpen*. De diagnoses *ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis* legitimeren de bezigheden van assertiviteitstrainers en therapeuten die hun patiënten sociale vaardigheden bijbrengen. De diagnose *narcistische persoonlijkheidsstoornis* dient in de eerste plaats om de inspanningen van therapeuten uit de (psychoanalytische) scholen van Kernberg en Kohut vergoed te krijgen. Dat is wellicht prettig en nuttig, maar omdat Saddam Hoessein, Pessoa, Andy Warhol, Jack Jenner,

Kees van der Velden en P.C. Kuiper allen in hoge mate aan de DSM-III-R-criteria voor deze stoornis beantwoorden, draagt de diagnose maar heel weinig bij tot de kennis van deze mensen afzonderlijk. (De gedachte dat 'normale' mensen gematigd dienen te zijn heeft natuurlijk geen 'wetenschappelijke', alleen een morele - en, zoals we zagen, financiële - betekenis.)

Ik heb de indruk dat Van Ballegooijen een iets te hoge dunk van de validiteit van deze diagnostische categorieën heeft.

Wellicht leed Pessoa aan een meervoudige persoonlijkheidsstoornis, maar op grond van het *werk* kan niet tot zo'n diagnose besloten worden. Hij vermeldt zelf dat hij na zijn vijfde jaar, het jaar waarin zijn vader overleed, imaginaire vrienden schiep, die brieven aan hem schreven - volgens Fraiberg is zoiets niet ongevoerd bij jonge kinderen -, en dat hij zijn heteroniemen op dezelfde wijze in leven riep. Er is geen enkele aanwijzing dat hij in zijn waarneembaar gedrag - manier van spreken, kleding, leefgewoonten - het *klinisch beeld* van deze stoornis vertoonde. (De discrepantie tussen zijn gedrag overdag en zijn gedrag 's avonds rechtvaardigt de diagnose niet, zoals we ook van een rechtzinnige predikant die stiekem naar de hoeren gaat niet kunnen zeggen dat hij een multiple persoonlijkheidsstoornis heeft.)

Uit de therapie van patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis is bekend dat de bewustwording van het bestaan van alter ego's heftige angst oproept; logisch, want de alter ego's representeren *verdrongen* impulsen. Bij Pessoa is daar geen sprake van. Hij heeft zijn heteroniemen bewust geschapen en gebruikt; het is ondenkbaar dat een patiënt met een multiple persoonlijkheidsstoornis hiertoe in staat zou zijn (wel een patiënt met een *nagebootste* multiple persoonlijkheidsstoornis). Pessoa voelde zich al vroeg aangetrokken tot het werk van Poe en Baudelaire, tot alchemie en mystiek - hij was in dit opzicht een kind van zijn tijd. Hij had als 'dramatisch dichter' het vermogen zich in vergaande mate met zijn alter ego's te vereenzelvigen; ook meende hij wel dat zijn inspiratie hem werd ingegeven door krachten buiten hemzelf, maar dit is geen ongewone opvatting aan het eind van de Romantiek.

Enigszins belerend veroorloof ik mij erop te wijzen dat gedichten hoogst zelden de spontane, moeiteloze uitingen van een in trance verkerende kunstenaar zijn. Pessoa overkwam dit geluk maar eenmaal: op de 'triumfdag' 8 maart 1914, toen zijn heteroniem Alberto Caiero debuteerde. Meestal moest de perfectionist Pessoa er hard voor werken - net als andere dichters, en had hij drank en sigaretten nodig om op gang te blijven. (De As-I-diagnose 'alcoholisme' noemt Van Ballegooijen wonderlijkerwijs niet.)

De vijf kenmerken van Akhtar & Byrne helpen ons niet veel verder, want uit zijn kunst kunnen we niet opmaken of hij deze kenmerken vertoonde, en als hij ze al vertoonde weten we nog niet *in welke mate* deze kenmerken aanwezig moeten zijn wil er van pathologie gesproken kunnen worden.

Is het eigenlijk niet altijd onmogelijk om een ontwikkelingsstoornis vast te stellen wanneer de gegevens over deze (gestoorde) ontwikkeling ontbreken?

Ik denk dus dat het weinig zin heeft om Pessoa in DSM-III-R te persen, al was het alleen maar omdat de diagnose persoonlijkheidsstoornis even gerechtvaardigd of ongerechtvaardigd zou zijn geweest wanneer Pessoa *helemaal nooit* gedichten zou hebben geschreven.

Ik denk niet dat Pessoa ook maar ten naaste bij begrepen kan worden wanneer men niet uitgaat van zijn ongehoord talent, zijn hypergevoeligheid, zijn hang naar religie en mystiek, en zijn absolute drang iets authentieks en *schitterends* te maken.

Het is duidelijk dat Van Ballegooijen *gevoel* heeft voor deze dichter. Daarom begrijp ik zijn conclusies ook

niet.

Je vraagt: Is het stuk iets voor Dth?

Wat zou Van Ballegooijen ervan vinden wanneer het geplaatst zou worden met een commentaar van mij?

Ik zou er niet voor zijn het zonder zo'n commentaar te plaatsen.

Misschien kunnen we hier nog eens over bellen.

Met dank voor je vertrouwen en hartelijke groeten.

Kees van der Velden

Kal vond dat hij deze brief niet aan Van Ballegooijen kon laten lezen. 'Zet hem in TDT, je hebt er ten slotte veel werk aan gehad.' Aanvankelijk vond ik dat niet zo'n goed idee, maar later toch wel.

De naïeve, concretistische toepassing van As II van DSM-III is immers een verschijnsel dat allerwegen waargenomen kan worden?

Referenties

Willemsen, A. (1978). Nawoord. Fernando Pessoa: - waarheid veinzen om niet niets te zijn. In: Pessoa, F. *Gedichten*. Vertaling August Willemsen. Amsterdam, De Arbeiderspers.

Willemsen, A. (1980). De bevolkte leegte. In: Pessoa, A. *De anarchistische bankier & ander proza*. Vertaling August Willemsen. Amsterdam, De Arbeiderspers.

TAXATIE VAN GEZINSKENMERKEN

Alfred Lange

Voorwoord

Vrijdag 14 december vond er in Leiden weer eens een Boerhaave cursus plaats. Ik was uitgenodigd om eraan mee te werken, middels een bijdrage over taxatie van gezinssystemen. U zult begrijpen dat ik de titel enigszins heb veranderd. De avond ervoor mocht ik in aanwezigheid van een aantal hooggeleerde psychiaters een maal nuttigen in het ons welbekende Beukenhof te Oegstgeest. Ik kan u geruststellen. Deze keer heb ik me voortreffelijk gedragen. Er werden dan ook geen miniloempia's geserveerd.

De studiedag zelf was zeer goed bezocht. Ongeveer 300 mensen vulden de zaal tot in de nok. Dat was voor de organisatoren 'kassa', aangezien per deelnemer maar liefst fl. 210.- werd betaald en de sprekers het moesten doen met het voornoemde etentje, een magere lunch en een treinkaartje. Maar als ik collega Rooijmans moet geloven staan tegenover deze dagen ook verlieslijdende bijeenkomsten zodat het vermogen van de Stichting 'slechts' twee ton bedraagt.

In tegenstelling tot het financiële succes, kan ik over de inhoud niet erg juichen. De voordrachten (van de anderen, uiteraard) begaven zich nauwelijks boven het niveau van een handboektekst voor propedeuse studenten. Het is verschrikkelijk om te zien hoe vele der aanwezigen alles opschrijven wat er wordt gezegd. Ik moet wel aantekenen dat ik slechts oordeel over de ochtend en het eerste deel van de middag, aangezien mijn aanwezigheid daarna elders was vereist. De voordracht van o.a. Giel heb ik daardoor niet kunnen beluisteren.

Ik zal u niet langer vervelen met mijn ervaringen die dag. Maar omdat het me weer niet is gelukt om tijdig een originele bijdrage voor TDT te schrijven - ik schaam me daarvoor diep - kunt u op de volgende pagina's mijn bijdrage aan het cursusboek lezen.

Inleiding

Er zijn diverse stromingen binnen de gezinstherapie die claimen te weten waarop men moet letten bij het taxeren van gezinssystemen. Het begon ooit met de zg. Palo Alto groep (Haley, 1963; Jackson, 1968; Watzlawick, Jackson & Beavin, 1967). Deze signaleerde dat wanneer schijnbaar individuele problemen opgelost waren andere gezinsleden klachten ontwikkelden. Men trok daaruit zelfs de conclusie dat het voor het gezin 'functioneel' was een patiënt in het midden te hebben. De ideeën, die op grond van dit soort verschijnselen werden ontwikkeld, mondden uit in de systeembenadering, die was gebaseerd op de 'general systems theory' van Von Bertalanffy (1968). De kern daarvan is dat de onderdelen van een systeem (bijv. het gezin, een vriendengroep of een echtpaar) niet als losse individuele componenten worden beschouwd, doch dat men zich vooral richt op de interacties tussen deze componenten en op de functies die ze voor elkaar hebben. Uit de vermenging van de algemene systeembenadering en de verschillende reeds bestaande psychotherapeutische oriëntaties ontwikkelden zich stromingen die het beste te begrijpen zijn vanuit het historisch perspectief waarin ze zijn gegroeid. We zullen daarvan eerst een korte beschrijving geven.

De stromingen

In de *psychoanalytisch georiënteerde of transgenerationale* benadering werden transacties tussen gezinsleden beschouwd als projecties uit het verleden. De therapie was gericht op het in gezamenlijke gesprekken verwerken van traumata uit het verleden, en kon bijvoorbeeld betrekking hebben op de relatie tussen één der gezinsleden en een overleden ouder. Veel aandacht werd verder besteed aan overdrachtsverschijnselen tussen de gezinsleden en de therapeut. Auteurs die richting hebben gegeven aan deze stroming zijn Ackerman (Ackerman, 1966), Framo (1976; 1982), Bowen (1978) en Boszormenyi-Nagy (1987).

In tegenstelling tot de hierboven geschetste benadering had de *structurele gezinstherapie* expliciet het gezin of het systeem als eenheid van behandeling. In deze stroming, waarvan Minuchin de belangrijkste pionier was, werd uitgegaan van 'pathogene' structuren binnen gezinnen (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Aponte & VanDeusen, 1981). Gezinnen met een overmaat aan wederzijdse betrokkenheid (kluwen) of juist met een tekort aan betrokkenheid (los zand) werden beschouwd als pathogeen, als leidend tot dysfunctioneren van de kinderen. Naast betrokkenheid of cohesie als belangrijke factor speelde het begrip 'coalitie' een belangrijke rol in deze vorm van gezinstherapie. Triades waarin een ouder een coalitie aangaat met een kind tegen de andere ouder zou pathogeniserend kunnen zijn, zowel voor de geïsoleerde ouder als voor het kind. Haley (1967) sprak in dat verband van 'perverse triades.' Het ontwarren van

dergelijke coalities plus het versterken van het ouderlijk subsysteem was dan ook een belangrijk element van het structurele behandelingsmodel.

In dezelfde tijd als de structurele gezinstherapie ontstond de *communicatie-theoretische stroming*, die in de figuur van Haley ook overlap vertoonde met de groep rondom Minuchin. Deze groep bundelde een aantal creatieve grondleggers van de gezinstherapie: Bateson, Jackson, Watzlawick, Haley en Weakland. Hun bijdragen waren vooral gericht op het blootleggen van wetmatigheden in de manier waarop mensen met elkaar omgaan. In het klassieke werk 'Strategies of Psychotherapy' legde Haley (1963) voor het eerst nadruk op de machtsaspecten die een rol gaan spelen zodra twee of meer personen in een min of meer duurzame betrekking treden. Hij beschreef hoe in iedere relatie 'regelproblematiek' voorkomt: onduidelijkheid over de regels en gebrek aan overeenstemming over wie de regels vaststelt. Hij ging ervan uit dat 'machtsstrijd', oftewel de vraag 'wie maakt de dienst uit', de onderliggende factor is die als voedingsbodem dient voor diverse conflicten op uiteenlopende inhoudelijke terreinen. In dat verband onderstreepten Watzlawick et al. (1967) het onderscheid tussen de inhoud van een boodschap en datgene wat de boodschap impliciet zegt over de onderlinge machtsverhouding. Een belangrijke bijdrage aan de popularisering van de communicatie-theoretische stroming leverde het briljante boek van Lederer & Jackson (1968), 'The Mirages of Marriage', waarin de auteurs verschillende destructieve interactionele processen aan de hand van boeiende illustraties duidelijk wisten te maken. Veel nadruk werd er door deze stroming ook gelegd op zogenaamd pathogeniserende vormen van interactie tussen gezinsleden. In de theorieën over 'schizofreniserende communicatie' werd gesteld dat tegenstrijdigheden in het gedrag van ouders, met name van de moeder, zou leiden tot schizofrenie bij de kinderen (Bateson et al., 1956). Gelukkig werd deze onbewezen stellingname later wat afgezwakt (Bateson et al., 1963). Begrippen als 'double bind' en 'paradoxe communicatie' zijn echter nog steeds van belang in dit model. Vertegenwoordigers van de communicatie-theoretische stroming die onder invloed van Haley (1976) later de naam *strategische gezinstherapie* gingen dragen zijn o.a. Madanes (1981) en Coyne (1986).

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

men het 'quid pro quo' principe al eerder waarnemen bij sommige van de communicatie-theoretici zoals Jackson (1965).

Laat in de jaren '70 begon de zogenaamde 'Italiaanse' of 'Milanese' school invloed uit te oefenen, onder de titel *cybernetische of systeemtheoretische gezinstherapie* (Selvini Palazzoli, 1979; Tomm, 1984 a en b; Andolfi et al., 1983; Papp, 1983). Deze stroming ging weer terug naar de basis van de systeemtheorie met de opvatting dat een gezin, waarin individuele pathologie voorkomt, meestal is te kenschetsen door homeostatische kenmerken en dat de symptoomdrager vaak een functie heeft als afleiding van de problemen tussen de ouders. Deze 'orthodoxe' conceptualisering ging gepaard aan een onorthodox therapiemodel waarin de 'systemische paradox' de meest belangrijke plaats kreeg. De therapeut diende het rigide homeostatische gezinssysteem te doorbreken door het symptoom van het individu positief te etiketteren (het zou immers voorkomen dat het gezin uit elkaar zou vallen) en door het gezin (paradoxaal) voor te schrijven dat het niet moest veranderen. Deze stroming is ook bekend geworden door de zogenaamde 'circulaire interviewtechniek' en door het gebruik van de éénrichtingspiegel tijdens therapiegesprekken. Het eerste was een tegenhanger van het 'rechtstreeks taalgebruik' dat door de andere stromingen juist gepropageerd werd. Volgens de cybernetische gezinstherapeuten was het in rigide gezinnen zinloos om rechtstreekse vragen te stellen en kon men meer aan de weet komen met vragen in de trant van "als ik je moeder ...zou vragen wat zou zij dan zeggen?". De éénrichtingspiegel werd optimaal gebruikt door tijdens de therapiegesprekken een team van collegae achter de spiegel te hebben. De therapiegesprekken werden dan van tijd tot tijd onderbroken en de therapeut ging voor overleg achter de spiegel. Afgezien van de informatie die dit kon opleveren gaf het de therapeut extra manoeuvreerruimte en versterkte het de impact van diens interventies (Papp, 1980). Een recent overzicht van de verschillende substromingen binnen het cybernetisch model wordt gegeven door Jones (1988).

Implicaties voor het taxeren

Vanuit de verschillende stromingen komt men uiteraard tot verschillende aanbevelingen omtrent het taxeren van het gezinssysteem. Aan wat gezinstherapeuten van de ene richting belangrijk vinden, wordt door de anderen soms in het geheel geen aandacht geschonken. Zo leggen de '*intergenerationele gezinstherapeuten*' sterk de nadruk op loyaliteiten, van kinderen ten aanzien van ouders en grootouders, en omgekeerd. Vaak worden (groot)ouders en ooms en tantes uitgenodigd voor aparte gesprekken, met als doel om erachter te komen in hoeverre de banden binnen het huidige gezin beïnvloed zijn door ervaringen van de ouders in het gezin van herkomst. Veel gestandaardiseerde instrumenten zijn hiervoor niet voorhanden. Het meest in de buurt komt de *Nijmeegse Gezinsrelatietest, NGT* (Oud & Welzen, 1988). Het is een test voor kinderen tussen 9 en 12 jaar, die bestaat uit 67 kaartjes met uitspraken over hoe medegezinsleden hem/haar waarnemen en omgekeerd. De test wordt mondeling afgenomen en dient informatie te verschaffen over percepties

inzake superego-binding, affectieve binding, kwetsbaarheid, rechtvaardigheid, erkenning en vertrouwen tussen de gezinsleden. Over de validiteit van de schalen kan weinig positiefs gemeld worden aangezien het patroon van correlaties tussen de sub-schalen niet overeenkomt met wat men op grond van het theoretisch model zou verwachten.

Weinig productief is ook de *cybernetische stroming*, wat betreft procedures voor het systematisch vaststellen van wat er binnen het gezin aan de hand is. De manier waarop deze stroming aan de weg heeft getimmerd met het propageren van dramatische interventies staat in geen verhouding tot wat het heeft opgeleverd. Er zijn bijvoorbeeld geen instrumenten of zelfs maar richtlijnen waarmee vastgesteld kan worden in hoeverre een gezin de homeostatische trekken vertoont die in de behandeling wel verondersteld worden aanwezig te zijn. Vaak blijkt dan ook dat ten onrechte tot zogenaamde systemische behandelingen wordt besloten. Methorst (1985) en ook Anderson (1986) en Treacher (1988) toonden aan dat gezinsleden zich daarbij vaak onbegrepen en slecht behandeld voelen.

Bemoedigender lijkt het eruit te zien met de producten die vanuit het *structurele gezinstherapiemodel* zijn gegenereerd. Vanuit deze theorie is het verschil tussen functionele en niet-functionele gezinnen vooral gelegen in de grenzen die er bestaan tussen de subsystemen. Gezinnen waarin de grenzen teveel vervaagd zijn ('enmeshment', ieder bemoeit zich met ieder) zouden pathologie in de hand werken. Gezinnen daarentegen waar men te weinig op elkaar betrokken is (los zand gezinnen) zijn eveneens pathogeniserend. De structurele gezinstherapie heeft door de charismatische wijze van werken van een coryfee als Minuchin altijd veel status gehad. Ten behoeve van het onderzoek naar de effectiviteit van het model heeft men gepoogd meetinstrumenten te creëren. De meeste daarvan zijn gebaseerd op operationalisaties van het begrip 'cohesie'. De eersten die dergelijke instrumenten creëerden waren Olson en zijn medewerkers (Olson, et al., 1979) met hun *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)*. Later volgde de *Family Environment Scale* van Moos & Moos (1981). In Nederland is door Buurmeijer en Hermans (1988) getracht om Olson's FACES tot een Nederlandse vragenlijst te bewerken die de mate van cohesie en adaptatie binnen het gezin kon meten. Het probleem van deze instrumenten is echter dat zij curvi-lineair zijn. Een hoge score is niet goed, maar een lage score ook niet. Dat maakt de scores wat moeilijk interpreteerbaar. Bovendien bleken de scores van de verschillende gezinsleden niet bepaald hoog onderling te correleren. De vraag is dan 'wat meet je eigenlijk?'. Kennelijk niet meer dan de percepties van ieder gezinslid over de cohesie, niet de werkelijke cohesie van het gehele gezin. Vervelend is ook dat de voorspelling over de gezinnen, die men op grond van dit soort vragenlijsten opstelde, meestal niet uitkwamen. Kortom: de vragenlijsten zijn er wel maar erg nuttig zijn ze niet in de praktijk en eigenlijk ook niet in onderzoek. Hetzelfde euvel zien we bij de *Leuvense Gezinsvragenlijst* (Kog, Vandereycken & Vertommen, 1984). Ook dit is een lijst die de individuele percepties van gezinsleden meet t.a.v. kwesties als cohesie, (des)organisatie en mate van conflictbeheersing. De interne consistentie van de sub-schalen is redelijk en hetzelfde geldt voor de convergente validiteit. Over de discriminatieve validiteit zijn niet zoveel gegevens bekend.

Ondanks de problemen met het construeren van de vragenlijsten zijn de concepten vanuit deze stroming wel nuttig en is het mogelijk om in de intake-fase gerichte vragen te stellen en te observeren in hoeverre en bij wie er overbetrokkenheid of een overmaat aan distantie heerst.

De *communicatie-theoretische stroming* heeft wat instrumentarium betreft vooral veel opgeleverd aan observatie-schema's. Dwz. dat preciese codeerschema's zijn opgesteld aan de hand waarvan de manier van communiceren kon worden vastgesteld. De meest bekende daarvan zijn bijvoorbeeld het *Family Interaction Coding System* (Patterson, Reid & Maerov, 1978); *Marital Communication Rating Schedule* (Borkin, Thomas & Walter, 1980) en het *Couples Interaction Scoring System* (Gottman, 1979). In Nederland heeft vooral Schaap (1982) zich hiermee bezig gehouden. De observatieschema's hebben meestal betrekking op één of enkele aspecten: bijv. verdeling van macht, tegenstrijdige signalen, gebruik van paradoxale communicaties. Als materiaal wordt uitgegaan van kleine stukje gesprekken uit therapieën; van speciaal gecreëerde gesprekken over standaardthema's (bijv. het plannen van een vakantie); of van laboratorium-taken als het bouwen van een dorp. Het moge duidelijk zijn dat er aan dit soort methoden vóór- en nadelen kleven. Het voordeel is dat het een mogelijkheid geeft om werkelijk gedrag te kwantificeren. Het nadeel is dat het zeer arbeidsintensief is en veel training van de observatoren vereist. Voor de klinische praktijk is het weinig zinvol. Bovendien is uit de overstelpende hoeveelheid observatieschema's die zijn gemaakt eigenlijk maar één conclusie te trekken: dat het meest relevante aspect de mate van positieve en negatieve bekrachtiging is. Gezinnen waarin veel negatieve opmerkingen worden geuit functioneren minder goed dan gezinnen waar het klimaat wat positiever is. Het is dan ook niet toevallig dat in de moderne gezinstherapeutische aanpak van schizofrenie de aandacht speciaal daarop wordt gericht (Nugter, 1988).

We komen hiermee terecht in de *leertheoretische* hoek, waarin het concept bekrachtiging centraal staat. Zoals zo vaak in de psychiatrie en psychotherapie levert deze stroming het meeste onderzoek en de meeste instrumenten. Op de observatieschalen zullen we niet verder ingaan vanwege de geringe praktische waarde voor de klinicus. Er zijn echter ook veel zelfrapportage schalen. Deze hebben vooral betrekking op de mate van waarin men het gevoel heeft dat de partner dingen doet die men prettig vindt. Het concept 'bekrachtiging' staat daarbij centraal. Partners die relatief positief op elkaar reageren zijn er beter aan toe dan diegenen die laag scoren op dergelijke vragenlijsten.

De leertheoretische school heeft ook veel zelf-rapportage lijsten voortgebracht die betrekking hebben op de satisfactie van partners of ouders ten aanzien van verschillende aspecten van de onderlinge verhouding. Eén van de eerste en veelgebruikte was de *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976). In Nederland is de vertaling van de *Maudsley Marital Questionnaire* (Arrindell, 1987) een instrument dat voor onderzoek veel gebruikt wordt.

Hoewel de systeemtheoretische modellen zich mogen verheugen in veel aanhangers wijzen de gegevens van zowel vergelijkend onderzoek als van gevalbeschrijvingen erop dat de

monomethodische gezinstherapie te mager is voor de behandeling van psychiatrische stoornissen. Wynne, een bekende systeemtheoreticus van het eerste uur, concludeert dan ook dat de nadruk op concepten als 'identified patient', 'homeostase' en andere systeembegrippen sommige gezinstherapeuten tot het veronachtzamen van andere etiologische factoren hebben geleid (Wynne, 1988). Kaffman (1987) illustreert dit fraai aan de hand van een aantal mislukte behandelingen. Het uitgangspunt, dat het gezinssysteem het individu in een 'zieke rol' drukt, blijkt te rigide te zijn. Een beter uitgangspunt is dat sommige gezinsconstellaties er aan kunnen bijdragen dat gezinsleden die kwetsbaar zijn symptomen ontwikkelen, of dat bestaande symptomen in dergelijke gezinnen moeilijk reduceerbaar zijn. Gurman, Kniskern & Pinsof (1986) stellen dan ook dat er een aantal psychiatrische stoornissen zijn, zowel bij kinderen als bij volwassenen, die gebaat zijn bij een gezinstherapeutische aanpak waarbij niet wordt getracht om het etiket 'patiënt' zo snel mogelijk van de aangemelde patiënt af te halen. In eerste instantie wordt de aandacht juist gericht op de aangemelde klacht. Daarbij is het dan wel mogelijk om bloot te leggen in hoeverre spanningen door de omgang met gezinsleden en bekrachtigingspatronen binnen het gezin bijdragen aan het ontstaan en handhaven van de klacht. Interventies ten aanzien van de manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan en individuele interventies kunnen dan in één behandelplan op elkaar worden afgestemd. Een dergelijke vorm van eclecticisme binnen de gezinstherapie heeft Epstein en zijn medewerkers gebracht tot het model van 'problem solving family therapy' (Epstein & Bishop, 1981). In Nederland heeft het o.a. ingang gevonden door Lange (1985) met zijn model van gedragsveranderende gezinstherapie. Wat betreft het taxeren houdt dit in dat zowel individuele pathologie als interactionele problematiek in kaart wordt gebracht. De meetinstrumenten m.b.t. de interactionele problemen zijn gericht op praktische zaken. Een voorbeeld daarvan vormt de 'Family Assessment Measure, FAM' van Skinner, Steinhauer & Santa-Barbara (1983). Dit is een vragenlijst die de verhouding binnen alle dyades in het gezin meet. Het is de bedoeling dat ieder gezinslid de lijst invult met steeds één ander gezinslid in gedachten. Aangezien de lijst nogal veel items omvat (over opvoeding, over affectie, over manier van praten) is het invullen een omvangrijke onderneming. Maar de opstellers zijn gedegen te werk gegaan en als men de moeite neemt, heeft men er een goed instrument aan.

In Nederland hebben we geen algemene lijsten als de FAM, maar wanneer er sprake is van problemen met kinderen komen we terecht bij de 'Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie, NVOS' (Robbroecks & Wels, 1988). De bedoeling van deze lijst voor ouders van kinderen t/m 12 jaar is dat men inzicht krijgt in de objectieve problematiek en in de subjectieve beleving. Centraal staat daarin het begrip 'draagkracht': de bronnen en het vermogen die het gezin heeft om de 'draaglast' (taken en plotselinge problemen) aan te kunnen. De verhouding tussen deze twee bepaalt de 'gezinsbelasting'. Deze wordt problematisch als de draagkracht ontoereikend is voor de draaglast. Deze vragenlijst lijkt goed in elkaar te zitten, al is er nog weinig bekend over de validiteit en zijn de betrouwbaarheden van de sub-schalen niet alle erg hoog (variërend van .68 tot .93). Voor de verhouding tussen partners/ouders lijkt de 'Vragenlijst voor Intimiteit in Partnerrelaties, VIP' veelbelovend (Van den Broucke, 1990). Deze lijst integreert

systeemtheoretische en sociaalpsychologische concepten en meet vier dimensies: affectieve betrokkenheid, consensus, openheid en exclusiviteit. De betrouwbaarheid is redelijk: de coëfficiënten voor de sub-schalen liggen met uitzondering van de exclusiviteitsschaal boven de .80. Over de criterium-validiteit is echter nog niets bekend en de normering is nog niet definitief.

De Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst, IPOV

Uit het voorgaande blijkt dat er in Nederland weinig betrouwbare, valide en praktische instrumenten voorhanden zijn waar de klinicus bij het taxeren van omgevingsfactoren (meestal het gezin) genoeg aan heeft. De instrumenten hebben vaak betrekking op theoretische concepten waarvan de waarde niet is bewezen en zijn vaak maar gebrekkig gevalideerd. Bovendien zijn de meesten niet genormeerd. D.w.z. dat de klinicus aan de score niet kan aflezen hoe hij deze moet interpreteren.

Voor de klinicus is het bovendien van belang dat de instrumenten gemakkelijk zijn af te nemen. Observatieschema's, zelfs als ze betrouwbaar en valide zijn, kosten veel tijd aan training en het toepassen kost veel voorbereiding en tijd. Maar ook veel van de zelfrapportage lijsten zijn nogal bewerkelijk en zijn bovendien moeilijk te interpreteren, zoals we zagen bij de cohesieschalen. De Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (Lange, 1983) vormt wat dat betreft in Nederland een uitzondering. De IPOV is een meetinstrument ter vaststelling van de mate waarin (echt)paren in staat zijn hun interactionele problemen op te lossen. De IPOV is gebaseerd op inzichten uit de systeembenadering en de leertheorie. Daarbij zijn concepten als 'machtsstrijd', 'communicatieregels' en 'probleemoplossend vermogen' van belang. In slecht functionerende dyades is de strijd over wie de dienst uitmaakt dermate overheersend dat er een negatief escalerend proces van straffende in plaats van belonende activiteiten plaatsvindt. Het oplossen van onderlinge problemen is dan nogal moeilijk. Een deel van de items van de IPOV is dan ook hierop gericht. Naast deze oriëntatie op de mate van constructiviteit in de onderlinge communicatie is bij het opstellen van de IPOV uitgegaan van een uit vijf fasen bestaand model voor constructief probleemoplossen voor individuen, van D'Zurilla & Goldfried (1971). De principes van dit model zijn 'vertaald' naar de situatie binnen een dyade (Lange, 1983). Hij past in het gezinstherapeutisch model van Epstein & Bishop (1981) met de nadruk op het probleem oplossend vermogen van het gezin. Na een uitgebreid psychometrisch onderzoek bestaat de uiteindelijke IPOV uit 17 items die door beide partners apart ingevuld worden. Elk van de items wordt op een vijfpuntsschaal beantwoord. Door optelling over de 17 items wordt voor beide partners afzonderlijk een IPOV-score verkregen. De scores van de partners op de IPOV correleren onderling dermate hoog (rond .90) dat men met recht mag spreken van een meting van de 'verhouding' en niet van individuele percepties 'over' de verhouding, zoals in de schalen die we eerder hebben besproken. De door man en vrouw behaalde scores kunnen dus gesommeerd worden tot een paarscore. Een hoge score wijst er dan op dat het het paar goed in staat is de onderlinge problemen op te lossen.

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

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

De afgelopen jaren is de IPOV in verschillende onderzoeksprojecten met betrekking tot de behandeling van verschillende stoornissen als meetinstrument gebruikt. Uit een secundaire analyse van deze onderzoeken naar dwang, agorafobie, astma en drugsgebruik bleek dat de IPOV een goede voorspeller was van het behandelresultaat. Bij een lage IPOV van de ouders/partners (gering vermogen om onderlinge problemen op te lossen) bleken de klachten minder beheersbaar en sloeg de behandeling minder aan.

De IPOV kan in enkele minuten worden ingevuld en in een halve minuut gescoord en geïnterpreteerd. Voor klinici is dat een belangrijk gegeven. Men krijgt daarmee een snelle schatting van de mogelijkheden van het ouderpaar of partners. Over het algemeen is dat voor het taxeren van systeemfactoren ook de belangrijkste dyade. Desalniettemin zijn we er ons van bewust dat een betrouwbaar, valide en genormeerd instrument, dat bovendien gemakkelijk is in te vullen en te scoren, ook van belang zou zijn om andere dyades in het gezin kaart te brengen. Een pilot-onderzoek daarover is inmiddels gestart. Daarbij wordt een vragenlijst uitgetest waarin ieder kind in het gezin de verhouding met respectievelijk moeder en/of vader aangeeft, en omgekeerd. Deze vragenlijst is ten dele gebaseerd op de hierboven al besproken Family Assessment Measure (Skinner, 1987) Uitgangspunt vormen begrippen als machtsstrijd, probleem oplossend vermogen, affectieve betrokkenheid en 'hiërarchie' (Van der Schaar & Schwartz, 1989).

Taxeren van systeemkenmerken tijdens de gezinsgesprekken

Hoe nuttig het ook is om met behulp van een vragenlijst een indruk te krijgen van aspecten in de gezinsconstellatie, in de klinische praktijk is het toch onvoldoende. Een simpel voorbeeld kan dit illustreren. Mevrouw B. wordt vanwege een depressie door haar zuster aangemeld. Ze is getrouwd en heeft twee kinderen van rond de 10 jaar. Een half jaar geleden is zij ingestort nadat zij van haar oudere zuster had vernomen dat haar vader met beide zusters incest had gepleegd. De verhouding met

haar man is ten tijde van de aanmelding zeer slecht. De IPOV-score is inderdaad zeer laag: in het eerste deciel. De IPOV laat echter niet zien hoe het preciese patroon tussen de partners is: een zeer onzekere, faalangstige vrouw met een man die het wel goed met haar voor heeft maar door zijn neiging tot veelpraterij en drammen haar onzekerheid juist versterkt. Ze zijn gevangen in een vicieuze cirkel: zij is bang voor zijn dwingerigheid ----> daardoor houdt ze haar mond ----> hij kan daar niet tegen en gaat aan haar trekken/ begint te argumenteren -----> zij geeft hem gelijk maar trekt zich terug -----> hij voelt zich tekort gedaan/ gaat nog meer drammen, etc.

Om een verantwoord behandelingsplan op te stellen zijn IPOV of andere interactionele vragenlijsten onvoldoende aangezien men inzicht moet hebben in de preciese aard van het interactiepatroon. Daarvoor kan men uitgaan van een gestructureerd taxatie-model waarin men met behulp van gerichte vragen en observaties tijdens de gezinssessie informatie verkrijgt over het gezinssysteem. Het is daarbij van belang dat men zich niet beperkt tot een nauw theoretisch concept maar zich richt op een brede taxatie waarbij individuele en interactionele factoren worden geïntegreerd.

Het *eerste gezinsgesprek* heeft tot doel om informatie te krijgen over de volgende onderwerpen:

1. Over de aard en ernst van de *verschillende probleemgebieden*. Die kunnen zowel van individuele als interactionele aard zijn. Daarbij is het van belang om in ieder geval in eerste instantie aandacht te schenken aan de aangemelde klacht. Bij de hierboven genoemde casus zal derhalve aandacht moeten worden gegeven aan de ernst van de depressie van mevrouw. Gaat het bijvoorbeeld om een vitale depressie? Is er medicatie nodig? Welke rol speelt het verleden, de incest en hoe is de verhouding van mevrouw op dit moment met haar ouders? Het is zaak cliënten met behulp van gerichte vragen te stimuleren om daarover concrete informatie te geven. Aangezien het van belang is dat de therapeut meer informatie krijgt dan alleen hierover kan hij dit op een gegeven moment samenvatten en vragen naar eventuele andere probleemgebieden. Lange (1985) noemt deze gestructureerde manier van taxeren '*inventariseren in rondes*'.
2. Wat betreft de *communicatieve kenmerken* is bijvoorbeeld van belang om in te schatten in hoeverre problemen worden vergroot of zelfs volledig worden verklaard uit *machtsstrijd*. Dwz. dat er 'partijen' in het gezin zijn die inhoudelijke conflicten aangaan terwijl het in feite erom gaat dat men zich niet wil laten domineren door de ander. Dat kan spelen tussen ouders maar ook tussen een ouder (of beide ouders) en één of meer kinderen. De therapeut kan hierover rechtstreeks vragen stellen. Het komt echter vaak vanzelf naar voren uit de informatie van de cliënten.
3. Het is belangrijk is om vast te stellen of er geen *pathogeniserende manier van communiceren* wordt gehanteerd. Men kan daarbij speciaal denken aan de zogenaamd paradoxale boodschap. In het gezin B. zag de therapeut dat gebeuren tijdens een door hem gestimuleerd rechtstreeks gesprek tussen meneer en mevrouw. Daarbij viel op hoe de man zijn vrouw aanmaande om hem meer weerwoord te geven. Zij raakte daarbij in de opperste verwarring: weerwoord is dan immers geen 'weerwoord' maar gehoorzaamheid.

4. Van belang is om te observeren en eventueel na te vragen in hoeverre men geneigd is om elkaar *complimenten* te geven. In sommige gezinnen is dat niet de gewoonte terwijl men geen enkele gelegenheid laat liggen om negatieve kritiek te spuien. In dat verband kan ook vastgesteld worden in hoeverre men in staat is om kritiek op een positieve manier te uiten. Bijvoorbeeld: 'ik heb daar en daar moeite mee, zou dat anders kunnen' in plaats van 'ik erger me dood dat jij altijd zus of zo doet'.

5. De mate van *affectieve betrokkenheid* speelt een cruciale rol bij de inschatting van de behandel mogelijkheden. Cliënten hebben soms grote conflicten terwijl men toch veel om elkaar geeft. Het omgekeerde is ook mogelijk. In het gezin B. was het bijvoorbeeld van belang om vast te stellen of de problemen in de verhouding vooral verklaard werden door bovengeschetste communicatieve processen of dat meneer B. geen positieve gevoelens voor zijn vrouw kon opbrengen. Als dat laatste het geval was dan had de mogelijkheid van een scheiding misschien moeten worden overwogen.

Uiteraard is de affectieve betrokkenheid zeer belangrijk als het gaat om de verhouding met kinderen. Wanneer ouders klachten hebben over een kind en het blijkt dat zij niet houden van dat kind dan is de behandeling aanmerkelijk gecompliceerder dan wanneer het gaat om een inefficiënte manier van opvoeden.

Over de affectieve betrokkenheid krijgt men informatie door de nonverbale signalen goed te observeren. Kijkt men überhaupt naar de ander? Zo ja, hoe? Het kan ook blijken uit de manier van praten. Zo wijzen Epstein, Sigal en Rakoff (1968) er terecht op dat 'indirect taalgebruik' vaak een indicatie is van gemaskeerde agressie. Men praat dan over de partner of over het kind als 'de ander', als 'men' of bijvoorbeeld als 'zijn moeder'. Men kan ook gerichte vragen stellen over affectie. Zo is het een goede gewoonte om aan het einde van een taxatiegesprek met een (echt)paar te vragen wat de positieve kanten zijn van de ander. De manier waarop daarop wordt gereageerd is vaak veelzeggend.

6. Als bij het eerste gesprek het gehele gezin aanwezig is geweest, is het een goede gewoonte om daarna een gesprek met alleen de ouders te hebben, zodat zij in privacy meer over hun onderlinge betrokkenheid kunnen spreken. Daarbij kan de therapeut dan vragen stellen over hun *seksuele verhouding*. De wijze waarop daarop wordt gereageerd geeft vaak informatie over de aard van de affectieve verhouding.

7. Het is belangrijk om te weten in hoeverre er *pathogeniserende coalities* zijn in een gezin. Lange (1985, hoofdstuk 12) geeft een uitvoerige beschrijving van een behandeling van een depressieve man waarbij het van het grootste belang was de frontvorming van zijn echtgenote met de twee zoons - een 'perverse triade' - te doorbreken.

Soms krijgt men in een gesprek met een gezin al aanwijzingen over de coalitiepatronen door de manier waarop cliënten plaatsnemen. Uiteraard moet men wel voorzichtig zijn met de interpretatie daarvan. Ander signalen krijgt men als de 'coalitiegenoten' het regelmatig over 'wij' hebben in plaats van over zichzelf. Men kan ook gericht vragen stellen over dit onderwerp.

8. Wanneer *symptomen* functioneel zijn voor anderen in het gezin wordt de behandeling soms extra moeilijk. Er zijn gezinnen waarin men alleen wil praten over de symptomen van één kind, terwijl

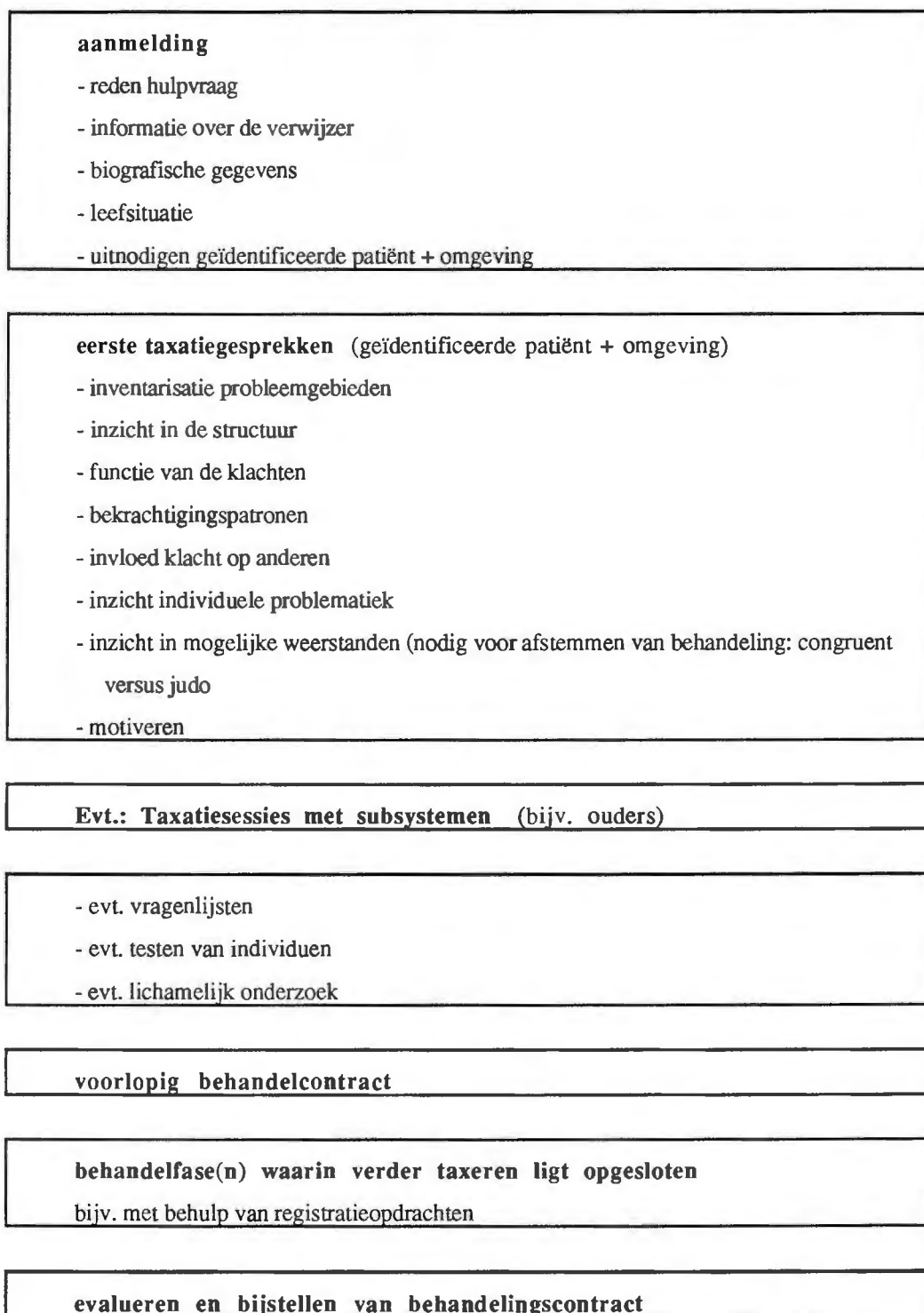
men verder voortdurend benadrukt dat men het goed met elkaar heeft. De cybernetische gezinstherapie spreekt dan van een homeostatisch gezin. We hebben al eerder besproken dat men voorzichtig moet zijn met deze conclusie. Het kan tenslotte heel goed zijn dat het inderdaad verder in het gezin goed gaat. Maar dat neemt niet weg dat het wel voorkomt dat problemen van een kind gebruikt worden als afleiding van spanningen elders in het gezin. Men ziet dat bijvoorbeeld als de ouders enerzijds zeggen dat er alleen maar conflicten en spanningen zijn rondom de aangemelde patiënt, terwijl men in de nonverbale signalen vooral hostiliteit en terughoudendheid tussen bijvoorbeeld de ouders waarneemt. Het blijkt ook wanneer in zo'n geval de vraag naar positieve kanten niets oplevert.

9. Van belang is de *manier waarop de symptomen selectief worden bekrachtigd*. In hoeverre worden bepaalde symptomen bekrachtigd door de interacties binnen het gezin. Een voorbeeld daarvan zien we bij het gezin Groenteman waarvan de man in behandeling is gekomen wegens onbegrepen hoofdpijn (Lange, 1987, hoofdstuk 5). Bij een precieze gedragsanalyse blijkt dat het gehele gezin 's avonds muisstil is als vader met hoofdpijn op de bank ligt. Iedereen houdt zich met hem bezig. Als hij geen hoofdpijn heeft is er weinig aandacht voor hem. Er was in dit gezin ongetwijfeld meer aan de hand dan alleen een extreme selectieve bekrachtiging van symptomen maar dit laatste speelde in ieder geval een grote rol en had belangrijke consequenties voor het behandelplan.

10. Wanneer er kinderen in het geding zijn kan de *manier van opvoeden* een punt zijn dat terdege dient te worden getaxeerd. Men dient dan vast te stellen in hoeverre ouders in staat zijn duidelijke en aanvaardbare regels te formuleren; of zij deze aan hun kinderen over kunnen brengen en in hoeverre zij bruikbare sancties hebben om de naleving van de regels te bevorderen. Regels en sancties zijn echter niet het enige waar het in de opvoeding om gaat. Het is ook nodig om te zien in hoeverre ouders in staat en gewend zijn hun kinderen te stimuleren door het geven van verantwoordelijkheden, door het uiten van vertrouwen en door complimenten te geven (Lange, 1989). Een hulpmiddel bij het vinden van relevante vragen voor het taxeren van de verhouding tussen de ouders en kinderen levert de interactionistisch georiënteerde interviewmethode van Gerris, Vermulst en Franken (1988).

Model voor intake en taxatie

Op de volgende pagina volgt een schema van het aanbevolen taxatie proces (Lange, 1985, hfdst 3). De eerste stap in het behandelingsproces begint meestal bij de *aanmelding* door er voor te zorgen dat het eerste gesprek in aanwezigheid van het gehele gezin geschiedt. In deze fase is het soms de vraag of men informatie vraagt aan degene die de cliënten heeft verwezen. Een vuistregel daarbij kan zijn dat veel informatie vooral zin heeft wanneer men de betrouwbaarheid daarvan kan inschatten, bijvoorbeeld doordat men de verwijzer goed kent. Als dat niet het geval is kan bepaalde subjectieve informatie leiden tot vooroordeel. In een serie experimenten hebben Lange en zijn medewerkers aangetoond dat misplaatste vooraf-informatie tot verstoring van waarneming en gedrag van psychotherapeuten kan leiden (Lange, Koppelaar & Abraham, 1984; Lange, De Beurs & Koppelaar, 1990).



Figuur 1: model voor intake en taxatie (uit Lange, 1985)_

Het aanmeldingsgesprek (telefonisch of een baliecontact) dient door een gekwalificeerde therapeut gevoerd te worden. Hierbij moet niet al te diep op de klachten worden ingegaan. Hoofddoel is enerzijds informatie te verzamelen over: reden van de hulpvraag, biografische gegevens, leefsituatie en, indien van toepassing, de gezinssamenstelling. Anderzijds dient het

aanmeldingsgesprek ertoe om de aanmelder te motiveren om de partner en eventuele andere gezinsleden mee te nemen voor het eerste gesprek. Uiteraard zijn er uitzonderingen op deze stelregel, bijvoorbeeld als een adolescent hulp vraagt en zijn ouders niet wil inlichten.

Als er geen contra-indicatoren voor zijn, zijn bij *het eerste taxatiegesprek* de geïdentificeerde patiënt en alle gezinsleden aanwezig. Door middel van observatie en gerichte vragen krijgt de behandelaar inzicht in de volgende gezinsaspecten:

- de structuur
- de functie van de klachten
- bekrachtigingspatronen
- invloed van de klacht op het functioneren van de anderen.

Uiteraard dienen de taxatiegesprekken ook om de mate van individuele pathologie in te schatten en een indruk te krijgen van de mate van gemotiveerdheid van de patiënt en van de gezinsleden om iets aan de problemen te doen. Het eerste gesprek dient behalve voor taxatie er ook voor hen daartoe te stimuleren.

Na het eerste gesprek zullen soms gesprekken volgen met *subsystemen*. Bijvoorbeeld een *gesprek met de ouders alleen*. Na afloop van deze gesprekken worden vragenlijsten meegegeven. Sommige daarvan hebben betrekking op individuele pathologie (bijv. klachtenlijsten, depressieschalen). Deze worden overigens niet alleen aan de aangemelde patiënt gegeven, maar bijvoorbeeld ook aan de ouders. Andere hebben betrekking op de verhoudingen binnen het gezin, bijvoorbeeld op de verhouding tussen de ouders.

Als de taxatiefase is afgesloten wordt een *voorlopig behandelcontract* afgesloten. De therapeut kan dan zijn inschatting geven van de aard van de problematiek en aangeven hoe zijn behandeling er globaal zal uitzien. Cliënten kunnen aangeven of zij er iets in zien. Daarna volgt een *eerste behandelfase* waarin verder taxeren ligt opgesloten. Bijvoorbeeld door *registratieopdrachten* te geven (Lange, 1985, hfdst. 5). Cliënten gaan dan bepaalde problematische gedragingen of gevoelens nauwkeurig bijhouden en rapporteren daarover. Een dergelijke registratie kan betrekking hebben op de persoon zelf, maar het kan ook voorkomen dat de één gedrag van de ander bijhoudt. Dit is een aspect dat in nagenoeg elke behandeling behoort voort te komen. Het geeft nauwkeurige informatie. De taxatie kan op grond hiervan verder worden bijgesteld en het voorlopig behandelingscontract kan na circa vijf sessies worden geëvalueerd en worden bijgesteld.

Tot slot

Bij het taxeren van gezinsfactoren heeft de behandelaar geen beschikking over een uitgebreid instrumentarium van valide en gemakkelijk af te nemen instrumenten, al leveren sommige gezinstherapeutische stromingen wel enkele instrumenten die als extra hulpmiddel gebruikt kunnen worden. De taxatie zal in de praktijk echter voor het grootste deel neerkomen op het verzamelen van informatie tijdens de eerste gesprekken, door het stellen van gerichte vragen, goed luisteren naar de

antwoorden en door het observeren van de interacties tussen de gezinsleden. Misschien is het niet overbodig om er hier nog op te wijzen dat het enigszins van de aangemelde klacht afhangt op welke gezinsfactoren men speciaal let. Bij een depressie of bij onbegrepen somatische klachten zullen bijvoorbeeld speciaal de kwaliteit van de partnerrelatie en het patroon van bekrachtiging goed moeten worden onderzocht.

Ik ben me ervan bewust dat ik in dit paper niet volledig kan zijn. Voor meer informatie over Engelstalige taxatie-instrumenten verwijs ik naar het uitgebreide overzicht 'Family Assessment' van Jacob en Tennenbaum (1988). Voor Nederlandse instrumenten kan men terecht bij de paperback 'Gezinsonderzoek' van Schoorl, de Vries en Wijnekus (1988) en bij een recente publicatie in het tijdschrift 'Directieve Therapie' van Van den Broucke (1990). Voor een gedetailleerde beschrijving, met voorbeelden, van het taxatiemodel dat gebruikt kan worden in een eclectische, pragmatische vorm van gezinstherapie verwijs ik naar 'Gedragsverandering in Gezinnen' (Lange, 1985).

Referenties

- Ackerman, N.W. (1966). *Treating the Troubled Family*. New York: Basic Books.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A.M. (1983). *Behind the Family Mask*. New York: Brunner/Mazel.
- Anderson, C.M. (1986). The all-too-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 351-354.
- Aponte, H.J., & VanDeusen, J.M. (1981). Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of Family Therapy*, 310-360. New York: Brunner/Mazel.
- Arrindell, W.A. (1987). *Marital conflict and agoraphobia: fact or fantasy?* Academisch Proefschrift Groningen. Delft: Eburon.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & J.Weakland (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, (4), 251-264. Ook in D.D. Jackson (red.): *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 1*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & J.Weakland (1963). A note on the double bind. *Family Process*, 2, (1), 154-161.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory; Foundations, Developments, Applications*. New York, Braziller.
- Borkin, J., Thomas, E.J. & Walter, C.L. (1980). The marital communication rating schedule: An instrument for clinical assessment. *Journal of Behavioral Assessment*, 2, (4), 287-307.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy; Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1988). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Coyne, J. C. (1986). Strategic marital therapy for depression. In: N. S. Jacobson & A. S. Gurman (red.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, (1), 107-126.
- Epstein, N.B. & Bishop, D.S. (1981). Problem Centered Systems Therapy of the Family. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Epstein, N.B., Sigal, J.J. & Rakoff, V. (1968). *Family Categories Scheme*. Montreal: Department of Psychiatry.
- Framo, J.L. (1976). Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: you can and should go home again. *Family Process*, 15, (2), 193-210.
- Framo, J.L. (1982). *Explorations in Marital and Family Therapy. Selected papers of James L. Framo*. New York: Springer.

- Gerris, J.R.M., Vermulst, A.A. & Franken, W.M.F. (1988). Een Interactionistisch Georiënteerde Interviewmethode. In: P.M. Schoorl, A.K. de Vries & M.C. Wijnekus (red.), *Gezinsonderzoek: methoden in de gezinsdiagnostiek*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Gottman, J.M. (1979). *Marital interaction. Experimental investigations*. New York: Academy Press.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., & Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: Wiley.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld, 1980.
- Haley, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. In: G.H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (red.), *Family Therapy and Disturbed Families*. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books.
- Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey Bass. Ned. uitgave: Directieve gezinstherapie. Haarlem: De Toorts, 1978.
- Jackson, D.D. (1965). Family rules; Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*, 12, 589-594. Ook in: P. Watzlawick, & J. Weakland, (red.) (1977), *The Interactional View; Studies at the Mental Research Institute*. Palo Alto, Cal.: Norton.
- Jackson, D.D. (red.) (1968). *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 1 en 2*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Jacob, T. & Tennenbaum, D.L. (1988) *Family Assessment: rationale, methods, and future directions*. New York: Plenum Press.
- Jones, E. (1988). The Milan method- quo vadis?. *Journal of Family Therapy*, 10, (4), 325-339.
- Kaffman, M. (1987). Failures in family therapy: and then what? *Journal of Family Therapy*, 9, 307-308.
- Kog, E., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1984). Het psychosomatische gezinsmodel; een kritische analyse. *Kind en Adolescent*, 5, (2), 68-77.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem OplossingsVragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. (Vijfde compleet herziene editie). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1989). De behandeling van kinderen en adolescenten met behulp van directieve gezinstherapie. In: Prins, P. & Wit, C.de (red.), *Kind op het spoor; opstellen uit de klinische kinder en jeugdpsychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lange, A., Koppelaar, L. & Abraham, R. (1984). De bron van vooraf-informatie en de invloed daarvan op t oordeel van psychotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 39, 486-495.

Lange, A., Beurs, E. de & Koppelaar, L. (1990). The influence of prior information about clients on evaluations and responses of clinicians during family therapy. *Journal of Social & Clinical Psychology*. In druk.

Lederer, W.J. & Jackson, D.D. (1968). *The Mirages of Marriage*. New York: Norton.

Liberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, (1), 106-118.

Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Margolin, G. & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In: M. Hersen & A.S. Bellack (eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.

Methorst, G.J. (1985). *Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten*. Academisch Proefschrift. Wageningen: Landbouw Hogeschool.

Miller, B.C. (1976). A multivariate development model of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (3), 643-657.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Ned. uitgave: *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum., 1973.

Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Mass: Harvard University Press. Ned. uitgave: *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1983.

Nan-Nijssen, A.D.M. & Barends, P.J. (1980). *Validatie van de IPOV*. Amsterdam: Vakgroep Groepspsychologie.

Nugter, A. (1988). Beschouwing over het begrip 'Expressed Emotion'. *Directieve Therapie*, 8, (4), 306-325.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

Oud, J.H.L. & Welzen, K.F. (1988). Nijmeegse Gezinsrelatie Test. In: P.M. Schoorl, A.K. de Vries & M.C. Wijnekus (red.), *Gezinsonderzoek: methoden in de gezinsdiagnostiek*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.

Papp, P. (1980). Het gezin dat overal een antwoord op had. In: P. Papp (red.), *De praktijk van de gezinstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Papp, P. (1983). *The Process of Change*. New York: Guilford Press.

Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process*. In reeks: A social Learning Approach. Eugene, Oregon: Vol. 3. Castalia Publ. Comp.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Maerov, S.L. (1978). Development of the Family Interaction Coding System (FICS). In: J.B. Reid (red.), *A social learning approach to family intervention, Vol. 2. Observation in home settings*. Eugene, Or.: Castalia.

- Robbroecks, L.M.H. & Wels, P.M.A. (1988). De Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie. In: P.M. Schoorl, A.K. de Vries & M.C. Wijnekus (red.), *Gezinsonderzoek: methoden in de gezinsdiagnostiek*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Schaap, C.P.D.R. (1982). *Communication and adjustment in marriage*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schaar, D., van der & Schwartz, N. (1989). *De ontwikkeling van de "Ouder-Kind Interactie Vragenlijst"*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.
- Schoorl, P.M., Vries, A.K., de & Wijnekus, M.C. (red.), (1988). *Gezinsonderzoek: methoden in de gezinsdiagnostiek*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Skinner, H.A. (1987). Self-report Instruments for Family Assessment. In: Th. Jacob (red.), *Family Interaction and Psychopathology*. New York: Plenum
- Skinner, H.A., Steinhauer, P.D. & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian J. of Community Mental Health*, 2, (2), 91-105.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriages and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (1), 15-28.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R.B. (1980). *Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Tomm, K. (1984a). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Treacher, A. (1988). The Milan method-a preliminary critique. *Journal of Family Therapy*, 10, (1), 1-8.
- Van den Broucke, S. (1990). *Diagnostiek van systeemkenmerken*. Directieve Therapie. In druk.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton. Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus., 1970.
- Wynne, L.C. (Red.) (1988). *The State of Art in Family Therapy Research*. New York: Family Process Press.

Een notitie over enkele onderzoeksprojecten

Alfred Lange

Hieronder beschrijf ik zeer in het kort vijf projecten waarmee ik me o.m. de laatste jaren bezig heb gehouden. Deze projecten hebben gemeen dat ze volledig werden uitgevoerd door studenten die er in het kader van hun opleiding aan hebben gewerkt. Ze zijn nu stuk voor stuk beland in een fase dat het verstandig lijkt dat iemand er langer dan een jaar aan kan werken. Er is m.a.w. een andere financiering nodig. Voordat ik voor één of meerdere ervan een subsidieaanvraag ga schrijven zou ik met jullie over deze onderzoeksplannen van gedachten willen wisselen. De beschrijving heb ik met opzet summier gehouden. Aanvullende informatie kan ik in de vergadering geven.

1. Psychometrische kwaliteiten en validatie van de OKIV.

De OKIV is een lijst die afgenomen wordt aan ouders en kinderen, en waarmee de kwaliteit van de onderlinge relatie gemeten wordt. Daarbij worden theoretische uitgangspunten van leertheorie en systeemtheorie gecombineerd. Uitgangspunten zijn: de Family Assessment Measure van Skinner en de Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst van Lange.

Het instrument is al aan een eerste pilot onderworpen geweest (Schwartz & van der Schaar, 1989) en wordt momenteel onderzocht in een grotere steekproef van scholieren en ouders. Dit materiaal zal gebruikt worden om een eerste inzicht in de psychometrische kwaliteiten van de items te krijgen.

Het op te zetten onderzoek zal gefaseerd moeten gebeuren: eerst een grote steekproef voor de item-analyses en voor de definitieve vaststelling van betrouwbaarheden en van factoren. Daarna is een validatie onderzoek nodig. Hierbij zullen contrast groepen een rol moeten spelen, aangezien er nauwelijks adequate andere Nederlandse instrumenten zijn die als criteriumvariabele kunnen dienen en waarmee de OKIV gecorreleerd kan worden. De steekproef voor de validatie zal ook gebruikt worden als input voor beantwoording van theoretische vragen naar: samenhang klachten met gezinspatronen; samenhang verhoudingen in gezin van herkomst en huidige gezin; samenhang kwaliteit van de relatie tussen de ouders en die van ouders en kinderen onderling. Eventueel ligt normering voor gerichte groepen (bijv. gezinnen die aangemeld zijn met problemen met kinderen) in de mogelijkheden.

2. Psychometrische kwaliteiten en validatie van de Buss-Durkee agressie lijst

In de V.S. is de Buss-Durkee Inventory al jaren het toonaangevend instrument ter meting van agressiebereidheid van individuen. In Nederland is geen vergelijkbaar instrument. Zowel voor de praktijk als voor fundamenteel onderzoek is het van belang dat een dergelijk instrument ook in Nederland voorhanden is. Voor de praktijk kan het een waardevol hulpmiddel worden in psychotherapeutische en justitiële praktijk. Voor fundamenteel onderzoek is het van belang om een instrument te hebben waarmee verbanden tussen agressie en andere concepten vastgesteld kunnen worden.

Op dit moment bestaat er een Nederlandse versie van de Buss-Durkee Inventory, die na 'heen en weer vertaling' tot stand is gekomen. Dit instrument is in een pilot met 200 proefpersonen op psychometrische kwaliteiten onderzocht. Daarbij kwamen twee factoren naar voren: actieve agressie en hostiliteit (Lischewsky & de Ruiter).

In het volgend onderzoek zal het accent vooral op de validatie moeten liggen. Daarbij kan worden gedacht aan contrast groepen; aan correleren met criterium variabelen; en aan correleren met variabelen die wel of niet behoren samen te hangen met agressie (discriminante en convergente validiteit).

3. Validatie van de vragenlijst "Seksueel Misbruik in het Verleden, de SEV.

Het gaat hierbij om een Nederlandse vragenlijst waarmee in een vroeg stadium van behandeling vastgesteld kan worden of en in welke mate patiënten in het verleden in aanraking zijn geweest met seksueel misbruik. Er zijn inmiddels twee pilot studies uitgevoerd met een vragenlijst die 10 items bevat die oplopend zijn in ernst (Bakuwel & Wiegman, 1989; Gimbrère & Waaijer, 1990). Elk van de items is onderverdeeld in een aantal rubrieken. Uit de pilots zijn een aantal wijzigingen voortgekomen, maar ook is duidelijk geworden dat de vragenlijst in deze vorm door patiënten wordt geaccepteerd en goed invulbaar is. Het ligt in de bedoeling om deze lijst verder te ontwikkelen tot een Guttman-achtige schaal. Deze schaal heeft naast de functie in de praktijk ook een functie in onderzoek naar theoretische vragen over de samenhang tussen seksueel misbruik in het verleden enerzijds en anderzijds psychologische en lichamelijke klachten. In het validatie onderzoek kunnen deze vraagstellingen al worden 'meegenomen'.

4. Effecten van vooraf-informatie op behandeling van patiënten

In een serie experimenten in het verleden heb ik aangetoond dat vooraf-informatie effect heeft op de manier waarop therapeuten cliënten waarnemen en op hun gedragstendenties (Lange et al., 1990). De volgende stap is om te onderzoeken in hoeverre dat in feitelijk gedrag 'overeind' blijft. De eerste stap zou nog in een laboratorium setting kunnen gebeuren, met behulp van rolspelers. De proefpersoon-therapeuten ontvangen informatie over degene met wie zij een 'intake' gesprek moeten gaan voeren. De inhoud van deze vooraf-informatie is afhankelijk is van de experimentele conditie waar zij onder vallen. De gesprekken worden opgenomen en de bijdragen van de proefpersoon worden gescoord op een aantal gedragsdimensies. Voorafgaand aan het experiment dient een observatiesysteem voor het scoren opgesteld en uitgetest te worden. De volgende stap is een veld-experiment met echte patiënten. Daarvoor is de medewerking van instellingen nodig, die bereid zijn om in hun intake procedures tijdelijk bepaalde aanpassingen te treffen. Dit zal niet gemakkelijk zijn en misschien moet het onderzoek wel beperkt worden tot het laboratorium. In dat geval zou er gebruik gemaakt kunnen worden van een simulatie-paradigma, waarbij proefpersonen zich inleven in de rol van patiënt.

5. Effect van protocolgebonden behandeling versus vrije klinische behandeling

In effect onderzoek mbt. psychotherapie worden meestal groepen proefpersonen die volgens strict protocollaire wijze zijn behandeld vergeleken met een controle groep. Het is de vraag of dergelijke behandelingen wel generaliseerbaar zijn naar de praktijk. Het gebruik van een strict protocol, aangevuld met vele meetinstrumenten kan op verschillende manieren van invloed zijn op het verloop van de behandeling, los van de inhoud van het protocol. Bij een protocol dat inhoudelijk bruikbaar is kan het zijn dat patiënten extra gemotiveerd worden door regelmatig vragenlijsten in te vullen en door het feit dat zij weten in een onderzoek 'mee te lopen' (Het zg. Hawthorne-effect, Roethlisberger & Dickson, 19). Het kan ook een positieve invloed hebben op de therapeut die extra gemotiveerd raakt door de aandacht

die er aan de behandelingen in de instelling wordt gegeven. Tegenover deze positieve kanten van protocolbehandelingen staat dat bij de complexere klachten de protocollen vaak te eenzijdig zijn. De behandeling zou dan aangevuld moeten kunnen worden met elementen waar van te voren niet in is voorzien. Bovendien kan het zijn dat bij sommige patiënten de geprotocolleerde timing niet altijd de beste is en bijvoorbeeld niet voorziet in mogelijke weerstanden van de patiënt.

Een vergelijkend onderzoek op dit gebied valt op te vatten als een meta-onderzoek: een onderzoek over onderzoeksvormen.

In een dergelijk onderzoek is de keuze van het soort klacht dat als 'input' wordt genomen natuurlijk van belang. Paniekstoomis leent zich bijvoorbeeld relatief goed voor protocolbehandeling, terwijl depressie al vaak wat complexer is. Wat dat betreft is een 2 bij 2 design voor dit onderzoek voorstelbaar. De eerste factor zou zijn: complex versus niet complexe klacht. De tweede factor: protocollaire behandeling versus niet protocollaire behandeling, waarin wel kernelementen mogelijk zijn die ook in de protocollaire behandeling voorkomen. De metingen zouden beperkt moeten zijn. Eventueel zou dit een derde factor kunnen opleveren: veel meetmomenten versus de hoogst noodzakelijke vòòr en nameting.

Literatuur:

- Bakuwel, B. & Wiegman, M. (1989). *Seksueel misbruik in de jeugd door familieleden, een pilot-study ten behoeve van een diagnostisch instrument*. Amsterdam: Vakgroep Klinische psychologie, UvA.
- Buss, A.H. & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 84-86.
- Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley and sons.
- Gimbrère, N. & Waayer, M. (1990). *Seksueel misbruik in de jeugd door familieleden*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie. UvA.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A., Beurs, E. de, Koppelaar, L. & Hanewald, G. (1990). The influence of prior information about clients on evaluations and responses of clinicians during family therapy. *Journal of Social & Clinical Psychology*. In druk
- Lischevsky, C. & Ruiter, H. de. (1989). *Buss-Durkee Vragenlijst; Structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de nederlandse vertaling van de Buss-Durkee Hostility Inventory*. Amsterdam: Vakgroep: Klinische psychologie, UvA.
- Roethlisberger, F.J. & Dickson, W.J. (1939). *The management and the worker*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Schwartz, N. & Schaar, D. van der (1989). *De ontwikkeling van de "Ouder-Kind Interactie Vragenlijst": De constructie van een meetinstrument met betrekking tot de kwaliteit van interacties tussen ouders en kinderen*. Amsterdam: Vakgroep: Klinische psychologie, UvA.
- Skinner, H.A. (1987). Self report instruments for family assessment. In: Th. Jacob (eds.), *Family Interaction and Psychopathology; Theories, Methods and Findings*. New York: Plenum Press.
- Skinner, H.A., Steinhauer, P.D. & Santa-Barbara, J. (1983), The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, (2), 91-105.

Jenner scoort weer.

In het NvvH bulletin vraagt Jenner aan therapeuten gezonde
hooghypnotiseerbare proefpersonen op hem te attenderen en
naar hem te verwijzen.

We zijn bang dat het nooit wat wordt met Jenner. Zou hij
echt denken dat op deze manier proefpersonen tot zijn doel-
groep scorend te verwerven zijn?

Ik ken Jenner goed. Ik weet zeker dat hij na de brainwave-
hypnotiseerbaarheid heeft te maken met cognitieve processen ~
aannemend ^{neemt} dat de proefpersonen aangerend komen om dit grens-
verleggend onderzoek te doen slagen. Wanneer ze niet
komen hoor ik hem op de zo vertrouwde zorgvuldig onderkoelde
manier zeggen; 'Kees wat is er toch, waarom houden jullie
die mensen weg van ons. Vind je niet dat dat directieve
clubje ondertussen iets goed te maken heeft?

in t Bulletin Noot. 1990

Geachte collegae,

In Groningen wordt onderzocht in hoeverre hypnotiseerbaarheid berust op cognitieve processen.

Voor dit onderzoeksproject zoeken wij gezonde hooghypnotiseerbare proefpersonen. Wilt u mensen die tot onze doelgroep scoren op ons attenderen en naar ons verwijzen?

Met vriendelijke groet,
dr. J.A. Jenner, psychiater,
chef de policlinique

Contactadres:
Polikliniek Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Groningen
Oostersingel 59, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen
telefoon 050-612008

'Patiënten niet direct gebaat bij protocollen'

Delft — Psychiatrisch centrum Joris ziet niet direct voordelen voor de patiënt als zou worden gewerkt met standaard behandelprogramma's. „Je hebt in ons vak tussentijdse niet te maken met mensen die een gebroken been hebben”, aldus woordvoerder E. Schutte.

Het Instituut voor Patiëntgebonden Onderzoek (IPPO) doet op dit moment met subsidie van het ministerie van wvc onderzoek dat moet leiden tot standaard programma's. In die protocollen komt te staan hoe bij voorbeeld iemand die aan kwaal A leidt moet worden geholpen. Volgens het IPPO is de behandeling van psychiatrische patiënten met therapie of medicijnen nu nog vaak 'natte vingerwerk'.

Schutte: „Maar dat brengt de psychiatrie ook met zich mee. Wij kunnen depressies niet objectief waarnemen. We hebben te maken met een aantal ziektebeelden waarop je verschillende diagnoses kunt plakken. Het is allemaal wat vager dan bij somatische stoornissen, zoals kanker en hart- en vaatziekten bij voor-

beeld. Daar heb je bepaalde behandelprogramma's voor. Je doet gewoon wat gegeven in de computer en er komt precies uit wat voor medicijn iemand moet hebben en wanneer hij voor het eerst op mag”.

Het IPPO is verder van mening dat met standaard behandelprogramma's de psychiatrische handeling aanzienlijk kan worden verbeterd. Mensen met de depressies of angststoornissen zouden binnen enkele jaren beter en sneller kunnen worden geholpen.

Schutte denkt echter dat de psychiatrie helemaal niet is gebaat bij efficiency. „Hier moet je een omslachtige weg kiezen om voor de patiënt het beste resultaat te krijgen.

Delftse
Courant
25/8/90

Sinds Rigo van Meer medisch directeur geworden is van huize Joris is er een nieuwe wind gaan waaien. In de Delftse Courant van 25 augustus werd een woordvoerder, de heer E. Schutte, aan het woord gelaten, een activiteit die, gelet op de omschrijving, tot zijn taken gerekend zou kunnen worden. Wat stelt het 'nieuwe' Joris van Rigo? In Joris kunnen wij "depressies niet objectief waarnemen." Daarom zijn protocollen onzin. Het gaat in de psychiatrie, immers, om "een aantal ziekte-

beelden waarop je verschillende diagnoses kunt plakken." In Joris plakt men verschillende diagnoses op een ziektebeeld. Dat is ook echt zo! Ik heb een tijdje in het dagziekenhuis patiënten en verwijsbrieven mogen bekijken. In de verwijsbrieven worden symptomen genoemd die niet passen bij de diagnose die gesteld wordt. Vervolgens wordt er een behandeling ingezet die niet past bij de diagnose die genoemd wordt. Zo deed zich eens de bizarre situatie voor dat alle keren alles fout was en dat de patiënt ten slotte toch de medicatie kreeg die bij de symptomen hoorde. Wanneer je steeds fouten maakt, foute conclusies verbindt aan de symptomen, foute conclusies verbindt aan de diagnose dan kan het soms voor patiënten nog goed uitpakken. Beter twee fouten, dan één fout, want twee fouten kunnen elkaar wel eens opheffen.

In Joris is men daarentegen veel verder wat betreft de ontwikkeling van een visie voor somatische geneeskunde. Kanker en hart- en vaatziekten zijn tegenwoordig eenvoudig: "Je douwt gewoon wat gegeven(s) in een computer en er komt precies uit wat voor medicijn iemand moet hebben en wanneer hij voor het eerst op mag". Het is niet te hopen dat je in Joris iets somatisch krijgt, je moet er niet aan denken dat op deze wijze iemand behandeld zal worden. Gelukkig worden de meeste somatische aandoeningen in Joris niet gevonden, dus de patiënten hoeven ook niet bang te zijn dat ze een dergelijke behandeling zullen krijgen. Tot slot vindt Joris dat de psychiatrie helemaal niet gebaat is met efficiëntie. Je moet "... een omslachtige weg kiezen om voor de patiënt het beste resultaat te krijgen."

Ik geloof het allemaal niet, maar het staat in de krant. Ik wil daar niet werken, maar ik werk er. Ik word gek van Joris en ik ben de enige. Ik dacht, ik bel Joris op, ik bel Rigo van Meer op en ik vraag of hij gek geworden is. Ik belde Rigo van Meer en hij zei "De heer Schutte is een verpleegkundige en niet echt een woordvoerder." Ik belde hem 16 dagen na het interview op en ik zei "Nou, en wat heb je met Schutte gedaan?" "Tja", zei Rigo van Meer "Ik heb hem nog niet gesproken, want hij was weg en toen weer op vakantie. En ach, een rectificatie maakt niet zo veel uit, want dat leest toch niemand. Wat moeten we ermee." Ik heb een paar dingen tegen Rigo gezegd, ik weet eigenlijk niet meer precies wat, maar het belangrijkste was wel, dat ik de heer Schutte feliciteerde met een directeur als Rigo van Meer en dat hij de Heer mocht danken, dat ik niet de medisch directeur was.

1^e oemie
sept 90.

50

DO DROP-OUTS DIFFER FROM SUCCESSFULLY TREATED
OBSESSIVE-COMPULSIVES

Alette Hansen,

Kees Hoogduin,

Cas Schaap,

Else de Haan.

Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives.

Introduction

Studies into the factors which lead to premature termination of treatment investigate the following variables: client variables, therapist variables, and therapeutic relationship variables. Most attention is focussed on the first two - particularly on demographic and personality features of both patient and therapist (Beakeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1978; Garfield, 1980; Hoffman, 1985; Cross & Warren, 1984).

Emmelkamp and Van der Hout (1983) asked agoraphobics who dropped out to fill in a questionnaire, and in this way give criticism and comments on the therapy. The most common reasons given in this study for terminating treatment were: 'dissatisfaction with the treatment' and 'unable to stay in the phobic situation until anxiety declined in the exposure condition'.

As Emmelkamp and Van der Hout conclude, however, it is unfortunately impossible to use this research to make definitive statements about the possible differences between drop-outs and successfully treated patients. No control group was involved in this study.

Our study compares two groups of patients suffering from obsessive-compulsive disorders. The drop-outs' reasons for terminating

treatment are given and are compared with the comments of patients who completed the therapy successfully. The severity of the patients' obsessive-compulsive complaints was also examined, both on intake and at the time the study was made. Personality disorders, frequently thought to be an important factor in premature termination of therapy (Pfohl et al., 1987; Frank et al., 1987), were also measured.

Foa and Emmelkamp (1983) gave the following definition: a drop-out is a patient who terminates treatment before the goals set by therapist and patient have been reached, when the therapist expects treatment to lead to an improvement in the complaints. Unfortunately, it was not always possible to determine precisely what the therapist's expectation of possible improvement was, at the time treatment was terminated. The definition of 'drop-out' used in this study was as follows: the patient did not achieve the goals set and ended the treatment without discussion, within ten treatment sessions.

The treatment consisted of ten sessions of exposure and response prevention on a weekly or a two weekly basis.

A patient was termed a 'success' on the following grounds: the patient had to have discussed terminating treatment before so doing, and there had to have been a minimum of 30% improvement in complaints. Percentage improvement was determined using:

- self-monitoring of complaints with regard to time or frequency,
- the '5-situation anxiety rating scale' as developed by Emmelkamp

(1980), based on adapted versions of the Watson & Marks Scales (Watson & Marks, 1971).

The main research questions were:

1. Can differences be distinguished between the two groups in relation to criticisms or comments on the therapy?
2. Is there a difference between drop-outs and controls in relation to the severity of the obsessive-compulsive disorder on intake or at follow-up?
3. Can personality disorders be hold responsible for dropping out?

Method

Patients

In all, 25 drop-outs were approached. Three could not be reached because they had moved house and six refused to participate. The patients in the control group (who were successfully treated) were selected on the basis of the 16 'drop-out' patients who finally agreed to take part. Patients were matched in terms of age, sex and year of treatment. This follow-up took place 2 - 7 years after treatment was started.

Procedure

First of all, a letter was sent to the patients, asking them if they were prepared to participate in the study. They were then contacted by telephone (where possible) and, if they were willing to take part, an appointment was made. The adapted questionnaire of Emmelkamp and Van der Hout was filled in by the patients and the severity of OCD

and personality disorder were measured.

- Measurements

- Criticism of treatment and/or reason for termination

A questionnaire was presented to both groups in order to discover in greater detail the reasons patients give for prematurely terminating treatment. This questionnaire was based on the one developed by Emmelkamp and Van der Hout (1983). Some questions were added, based on statements made by patients about terminating treatment in a pilot study (Jessen, 1989).

To each question the patients were asked to respond in terms of whether it did not apply to them, applied to them a little, or mostly applied to them.

The 31 questions, which were presented to the patients in random order, could be grouped under the subject headings: Results, Expectations, Intake procedure, 'Homework' assignment, Therapist, Family, Circumstances, Miscellaneous.

- Severity of obsessive-compulsive problems was measured with the Leyton Obsessional Card Inventory (Cooper, 1970; Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976).

- Personality disorders were determined with the Personality Diagnostic Questionnaire Revised from Hyler (Hyler et al., 1982).

Results

Differences in criticism and comments between the two groups.

- Not surprisingly there were differences found in improvement between the two groups; controls did better than drop-outs.
- Drop-outs indicate one-and-a-half times more often the therapy did not meet their expectations.
- Fifty % of the drop-outs said that the therapist showed little or no understanding of them. In the controls only 15% had those complaints.
- An important difference between the groups was that 30% of the controls were strongly pressurized by important others, whereas zero percent of the drop-outs were.

No differences were found in the answers on questions concerning intake procedure, experiences, homework assignment, and other circumstances.

Also no differences were found in demographic variables as marital status, and duration of therapy.

Severity of obsessive-compulsive disorder.

The drop-outs showed a significant lower score on the LOI ($p < 0.01$) at the intake. At follow-up the drop-outs showed no differences of the score on the LOI; whereas the controls showed a significant lower score ($p < 0.01$).

Severity of personality problems in drop-outs and non-drop-outs

The assumption was made that patients with more personality problems, would experience more difficulties establishing a working alliance with a therapist. Therefore, they might drop out of treatment

more easily. The average total score of the drop-outs at the PDQ-R didn't differ from the (respectively 31 and 29) average score of controls.

This total score on the dimension Personality Disorder is within the range of the scores of outpatients. Four patients of the drop-outs were diagnosed as having an obsessive-compulsive personality disorder and 3 patients of the control group were also diagnosed as a OC personality disorder. Again no differences were revealed.

Conclusion

Drop-outs differ from successfully treated OC's in four aspects.

First: they appear to be less obsessive-compulsive.

Second: they have more discongruent treatment expectations.

Third: they are more critical towards the therapist; however, it could be possible the therapist was blamed for the failure afterwards.

fourth: pressure by important others was more frequently met by the controls.

Taken together, the experiences of the patients who dropped out give the therapist some indication to alter the treatment procedure in such a way that the drop out rate can be influenced in a positive way.

1. Our findings give some support to suggestions made by Emmelkamp and Van der Hout to develop a pre-training programme. The patients look at a video in which a patient was interviewed about his or her experiences with the treatment.
2. The finding, that controls more frequently sought therapy

pressurized by important others, give rise to the suggestion to enhance involvement of partners or parents in the treatment

3. Finally, thoroughly investigating the expectations of the patients, and a proper tailoring of the treatment programme can be of some use in preventing drop out. The treatment procedure consisting of exposure and response prevention provides sufficient possibilities to do so.

Literatuur

- Frank, E., Kupfer, D.J., Jacob, M., & Jarret, D. (1987). Personality features and response to acute treatment in recurrent depression. *J. of Personality Disorders, 1*, 14-26.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1987). *Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients.*
- Hyer, S., Reider, R., & Spitzer, R. (198?). *Personality diagnostic questionnaire (PDQ)*. New York: New York State Institute.

DE FUNCTIE VAN AGORAFOBISCHE KLACHTEN VOOR DE VERHOUDING MET DE PARTNER; EEN KORTE ONDERZOEKSNOTITIE

Alfred Lange & Richard van Dyck

Inleiding

Al vele jaren is er discussie gevoerd rondom de vraag of het huwelijk een belangrijke factor is bij het ontstaan, in stand houden en behandelen van agorafobie. Eén van de eersten die daar op grond van klinische observaties een mening over ventileerde was Fry (1962). Deze betoogde dat de fobische partner de 'gezonde' zou beschermen, speciaal wanneer die gezonde extreem jaloers was. Hoewel er nogal wat literatuur is die dit standpunt ondersteunt (Hafner, 1979 en 1982; Vandereycken, 1984) en hoewel dit standpunt ook aansluit bij opvattingen van systeemtheoretische gezinstherapeuten (Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolò-Corigliano; 1983; Tomm, 1984 a en b) is er niet veel empirische evidentie dat het huwelijk bij de ontwikkeling van agorafobie een belangrijke factor is (Van Dyck, 1990). Arrindell en Emmelkamp (1985) komen zelfs tot de omgekeerde conclusie op grond van een onderzoek waarin partners van agorafobici niet meer stoomis bleken te vertonen dan partners van een controle groep. In een tweede onderzoek toonden dezelfde auteurs aan dat agorafobische vrouwen niet minder tevreden waren over hun huwelijk dan vrouwen met andere psychiatrische problemen, terwijl ze er meer tevreden over waren dan vrouwen die zich hadden aangemeld voor partnerrelatietherapie (Arrindell & Emmelkamp, 1986). Volgens de auteurs waren ze zelfs bijna even tevreden met hun partner als vrouwen die deel uitmaakten van 'gelukkige echtparen'. De conclusies die Arrindell en Emmelkamp op grond van bovenstaande gegevens trokken lijken echter ietwat voorbarig. Het feit dat agorafobische vrouwen niet al te ontevreden zijn over hun huwelijk en het feit dat hun partners niet al te veel stoomis vertonen ontkracht immers niet de hypothese van functionaliteit van de agorafobische klacht. Volgens die hypothese zou de potentiële stoomis van partners en de ontevredenheid met het huwelijk immers juist worden ingeperkt door de agorafobische klachten. De bevindingen van Kleiner en Marshall (1987), die niet overeenstemmen met die van Arrindell en Emmelkamp, geven dan ook meer aanleiding om de hypothese van functionaliteit te verwerpen. Deze onderzoekers onderwierpen 50 agorafobici aan een gestructureerd diepte-interview. Uit de resultaten bleek dat spanningen met de partner en langdurige conflicten in het huwelijk voorafgingen aan het begin van de agorafobische symptomen, terwijl er geen indicaties waren dat de spanningen in het huwelijk na het optreden van de agorafobie waren verminderd. Indien agorafobie een functie voor de relatie zou hebben, zou dat laatste wel het geval moeten zijn. Ook hier is echter een alternatieve verklaring mogelijk. Misschien waren de spanningen in de huwelijken van de onderzochte groep immers nog groter geweest als de partners geen agorafobische symptomen zou hebben vertoond. Dit soort cijfers geeft dus geen uitsluitel. Het meest aannemelijk maar nog niet bewezen lijkt vooralsnog de hypothese dat spanningen in het huwelijk de kans op agorafobie vergroten bij mensen die daar kwetsbaar voor zijn. Deze hypothese sluit aan bij onderzoek over vergelijkbare vragen ten aanzien van depressie (Barnett & Gotlib, 1988) en vindt steun in de resultaten van een 'multiple case-study' van Lange en de Beurs (1990). In vier van de vijf door hen onderzochte behandelingen van agorafobie speelde functionaliteit voor het huwelijk geen enkele rol. Problemen in het huwelijk droegen echter wel bij tot afname van zelfvertrouwen, toename van angst en spanning, waardoor de

viciëuze cirkel van angst voor somatische verschijnselen die de verschijnselen zelf weer oproepen gemakkelijker 'getriggerd' kon worden. Ook de N=1 studie van Stronkman, Kromhout & van der Werff (1987) pleit niet voor het idee dat agorafobie functioneel is voor het huwelijk. Deze auteurs beschrijven een behandeling van een agorafobische vrouw waarin, uitgaande van de hypothese van functionaliteits, eerst een reeks van partner-relatietherapie zittingen werden uitgevoerd. In die periode waren er geen rechtstreekse interventies ten aanzien van de symptomen. Dit leverde weliswaar enige verbetering in de verhouding tussen de echtgenoten op, maar geen enkele vermindering van vermijdingsgedrag. Daarna volgde een reeks van tien sessies waarin exposure in vivo (Emmelkamp, 1989) ten aanzien van de agorafobische symptomen centraal stond. Dit leverde wel significante vermindering in vermijding op, terwijl het huwelijk er niet op achteruit ging.

Teneinde wat meer te weten te komen over de causaliteit in de relatie tussen agorafobie en kwaliteit van het huwelijk hebben wij een secundaire analyse uitgevoerd op data van een vergelijkende groepsstudie naar het effect van verschillende experimentele behandelingen van agorafobie. In dat onderzoek zijn voorafgaand en na de behandeling metingen verricht van zowel de kwaliteit van de onderlinge verhouding met de partner als van angst, vermijding en andere psychoneurotische symptomen.

Het oorspronkelijk onderzoek

Van Dyck (1986) onderzocht het effect van hypnose bij de behandeling van agorafobie, gekenschetst volgens de DSM III (APA, 1980). Daartoe vergeleek hij een groep patiënten die 'exposure in vivo' had ondergaan en een groep die behandeld was met 'exposure in vivo in combinatie met hypnose'. Als operationalisatie voor de ernst van de agorafobie werden verschillende metingen gebruikt: a) De agorafobie-subschaal van de 'Angstvragenlijst' (Marks & Mathews, 1979; Arrindell, Emmelkamp & Van der Ende, 1984); b.) Een onafhankelijke beoordelaar scoorde na een interview met de patiënt de 'Angst en Vermijdingsschaal' van Watson en Marks (1971). Daarbij ging het met name om de subschalen 'Straatangst', 'Overige Angst', 'Straatvermijding' en 'Overige Vermijding'; c) Geregistreerd werd hoelang een patiënt zonder te sterk oplopende angst een vooraf vastgestelde route kon lopen. Verder werd de 'Symptom Check-List' (SCL-90, Derogatis, 1977; Arrindell & Ettéma, 1986) afgenomen. Deze vragenlijst van 90 items geeft een totaalscore voor 'Psychoneuroticisme' en inventariseert bovendien negen afzonderlijke klachtgebieden, waaronder agorafobie. Naast de metingen van agorafobie werd de 'Zung-depressieschaal' (Zung, 1965; Dijkstra, 1974) afgenomen. Behalve deze op symptomen gerichte metingen werden enkele voor onze secundaire analyse niet relevante metingen verricht naar de hypnotiseerbaarheid van de patiënt en de voor ons juist wel relevante meting van de kwaliteit van de verhouding met de partner. Daarvoor werd de Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst, IPOV (Lange, 1983) gebruikt. Deze werd uiteraard alleen afgenomen bij de patiënten die een vaste partner hadden (N=25).

De IPOV is een instrument waarmee vastgesteld kan worden in hoeverre (echt)paren in staat zijn hun interactionele problemen op te lossen. De betrouwbaarheid van het instrument werd vastgesteld in een normeringsonderzoek bij een representatieve steekproef van 600 Nederlandse paren. Cronbach's alpha varieerde van .86, .88 en .90 voor respectievelijk man-, vrouw- en paarscores. De IPOV discrimineert zeer goed tussen 'gelukkige' paren en 'paren die zijn aangemeld voor relatietherapie' ($p < .0005$). Ook de soortgenootvaliditeit is

hoog, zoals blijkt uit het patroon van correlaties (met een range van .55 tot .72) tussen de IPOV enerzijds en anderzijds de Dyadic Adjustment Scale, DAS van Spanier (1976) en de Satisfactie-lijst, SAT van Miller (1976).

De resultaten van het hypothesetoetsend gedeelte in het oorspronkelijke onderzoek zijn voor ons hier niet relevant, al is het misschien aardig om te vermelden dat door toevoeging van hypnose de resultaten die met exposure in vivo oefeningen werden bereikt niet significant werden vergroot.

De secundaire analyse

De gemiddelde IPOV score bij de voormeting was 59.0 (S.D. = 13.0). Deze gemiddelde score komt overeen met een decielscore van 3, hetgeen betekent dat tussen de 70 en 79% van de landelijke bevolking hoger - beter - scoort. Een rechtstreekse vergelijking van de gemiddelde IPOV-scores van de agorafobici en het gemiddelde van de landelijke steekproef ($M=66.4$; $S.D. = 11.9$) laat zien dat het verschil significant is ($T=-2.81$; $p<.05$). Deze gegevens komen eerder overeen met die van Kleiner & Marshall (1987), die stuiten op veel stress in het huwelijk van agorafobici, dan met de door Arrindell en Emmelkamp (1985 en 1986) gerapporteerde data waaruit zou blijken dat agorafobici relatief weinig problemen ervaren in de relatie met de partner.

Als tweede stap werd onderzocht in hoeverre de diverse metingen van agorafobie en van de andere psychoneurotische symptomatologie binnen deze groep van patiënten samenhang met de mate waarin de patiënten in staat waren hun problemen met de partner op te lossen. In tabel 1 en 2 zien we deze correlaties weergegeven voor zowel de vòòrmeting als de nameting.

Tabel 1. Pearson-correlaties bij voormeting, tussen IPOV-scores van agorafobische patiënten en agorafobische maten, secundaire klachten en overige variabelen, bij Van Dyck (1986).

		IPOV- score patiënt
<u>I. Agorafobische maten</u>		
Subschaal 'Agorafobie'	(Angstvragenlijst Marks & Mathews)	-.20
Subschaal 'Straatangst'	(Angst- en vermijdingsschaal Watson & Marks)	-.22
Subschaal 'Straatvermijding'	"	-.29*
Subschaal 'Overige angst'	"	-.06
Subschaal 'Overige vermijding'	"	-.25
Looptijd		-.26
Subschaal 'Agorafobie'	(SCL-90)	-.06
<u>II. Secundaire klachten</u>		
Subschaal 'Angst'	(SCL-90)	-.28*
Subschaal 'Depressie'	"	-.46**
Subschaal 'Somatisatie'	"	-.41**
Subschaal 'Wantrouwen'	"	-.34**
Subschaal 'Insufficiëntie'	"	-.48**
Subschaal 'Slaapstoornissen'	"	-.07
Subschaal 'Hostiliteit'	"	-.21
Subschaal 'Overige neur. klachten'	"	-.46**
Psychoneuroticisme (totaalscore)	"	-.40*
Depressie	(Zung)	-.49**

** : p<.05

* : p<.10

N=25

Tabel 2. Pearson-correlaties bij nameting, tussen IPOV-scores van agorafobische patiënten en agorafobische maten, secundaire klachten en overige variabelen, bij Van Dyck (1986).

		IPOV- score patiënt
I. Agorafobische maten		
Subschaal 'Agorafobie'	(Angstvragenlijst Marks & Mathews)	-.10
Subschaal 'Straatangst'	(Angst- en vermijdings- schaal Watson & Marks)	-.02
Subschaal 'Straatvermijding'	"	-.06
Subschaal 'Overige angst'	"	-.10
Subschaal 'Overige vermijding'	"	-.07
Looptijd		-.29*
Subschaal 'Agorafobie'	(SCL-90)	-.29*
II. Secundaire klachten		
Subschaal 'Angst'	(SCL-90)	-.51**
Subschaal 'Depressie'	"	-.62**
Subschaal 'Somatisatie'	"	-.48**
Subschaal 'Wantrouwen'	"	-.56**
Subschaal 'Insufficiëntie'	"	-.55**
Subschaal 'Slaapstoornissen'	"	-.25
Subschaal 'Hostiliteit'	"	-.38**
Subschaal 'Overige neur. klachten'	"	-.39**
Psychoneuroticisme (totaalscore)	"	-.57**
Depressie	(Zung)	-.48**

** : p<.05

* : p<.10

N=25

Naarmate de patiënten voorafgaand aan de behandeling minder in staat zijn de problemen met de partner op te lossen hebben zij meer last van depressie, somatisatie, wantrouwen en gevoelens van insufficiëntie, en is hun algemeen psychoneurotisch klachtenniveau hoger. Uit tabel 2 blijkt dat dit patroon van correlaties in de nameting nog sterker is. Dat kan wellicht verklaard worden uit het feit dat de groep na de behandeling heterogener is. Bij een deel van de patiënten heeft immers een aanzienlijke reductie van de klachten plaatsgevonden, bij een ander deel niet. Merkwaardigerwijs is dit patroon van correlaties ten aanzien van de agorafobische klachten veel minder sterk. Van de zeven metingen op dat terrein correleren - zowel in de voormeting als in de nameting - maar enkelen enigszins met het vermogen om problemen met de partner op te lossen, en zelfs die correlaties zijn niet significant op .05 niveau. Op grond van deze gegevens laat het zich aanzien dat stress in het huwelijk significant samengaat met psychoneurotische klachten als angst, depressie, somatisatie, wantrouwen, slaapstoornissen en insufficiëntie. Ten aanzien van agorafobische vermijding blijkt echter alleen een verband voor zover het de vergelijking betreft tussen

agorafobici en de normale bevolking. Binnen een groep van agorafobici maakt het wat betreft de mate van vermijding niet zoveel uit hoe slecht of goed de verhouding met de partner is.

Alles bij elkaar lijken deze gegevens niet bepaald een pleidooi voor de hypothese dat agorafobische vermijding een functie in het huwelijk zou hebben. In dat geval zou, naarmate de agorafobische klachten sterker zijn, de relatie immers eerder beter dan slechter moeten zijn. De hypothese dat spanning in het huwelijk tot stress en daardoor tot individuele klachten (ook agorafobische vermijding) kan leiden vindt meer steun, al moet aangetekend worden dat het verband ook andersom kan zijn: meer spanning in het huwelijk naarmate men meer individuele klachten heeft. Om daar enig uitsluitel over te verkrijgen hebben we ook de gegevens geanalyseerd van de IPOV die na de behandeling was afgenomen. Voor de gehele patiëntengroep was de gemiddelde score daarvan $M=64.2$ ($S.D. = 14.8$). Deze scores komen dan overeen met een decielscore van 4 en verschillen niet meer significant van het gemiddelde van de landelijke normgroep. Rechtstreekse toetsing van de verschillen tussen de gemiddelde IPOV-scores vòòr en na de behandeling zijn significant ($T=-3.85$, $p<.05$). Dit betekent dat een op het individu gedragsgerichte behandeling van agorafobie een redelijke kans heeft om te leiden tot een verbetering in de huwelijksrelatie.

Conclusie

Als agorafobie een positieve functie zou hebben voor het huwelijk dan zou een individuele behandeling eerder tot verslechtering dan tot verbetering van de verhouding tussen de partners moeten leiden. Uit de door ons uitgevoerde secundaire analyse blijkt dat de verhouding juist verbetert, zelfs dusdanig dat de scores van het echtpaar de 'normale' populatie dicht gaan benaderen. We kunnen derhalve concluderen dat Arrindell en Emmelkamp (1985 en 1986) waarschijnlijk gelijk hadden met hun uitspraak dat de 'functionaliteitshypothese' voor agorafobie geen recht van bestaan heeft, al hadden zij daarvoor niet de juiste argumenten aangevoerd.

Tot slot moeten wij hier nog wel benadrukken dat onze bevindingen zijn gebaseerd op een steekproef van slechts 25 patiënten en bovendien uit een onderzoek afkomstig zijn waarin over de door ons aan de orde gestelde vraag geen verwachtingen waren opgesteld. Deze kwestie verdient derhalve nog verder onderzoek. Daarbij zou het wenselijk zijn om agorafobici en hun partners over een langere periode te onderzoeken, met meetmomenten vanaf de allereerste aanmelding tot geruime tijd na een eventuele behandeling. Daarbij zouden dan ook meerdere meetinstrumenten van de relatie tussen partner en patiënt gebruikt moeten worden.

Literatuur

Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A.M. (1983). *Behind the Family Mask*.

New York: Brunner/Mazel.

Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1985). Psychological profile of the spouse of the female agoraphobic patiënt. *British Journal of Psychiatry*, 146, 405-414.

Arrindell, W.A. & Emmelkamp, P.M.G. (1986). Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 149, 592-602.

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104 (1), 97-126.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedures manual -I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University school of medicine clinical psychometrics research unit.
- Dijkstra, P. (1974). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: Bohn.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Leiden: Academisch Proefschrift.
- Dyck, R. van (1990). Relatietherapie en fobieën. *Systeemtherapie*, 1, (1), 17-26.
- Kleiner, L. & Marshall, W.L. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of anxiety disorders*, 1, 313-323.
- Lange, A. & Beurs, E. de (1990). Multidimensional family treatment of agoraphobia. *Journal of Marital and Family Therapy*. In review.
- Lange, A. (1983). *Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriages and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38 (1), 15-28.
- Stronkman, G., Kromhout, J. & Werff, Chr. van der (1987). Het methodisch keurslijf en de cliënt (The rigidity of the method versus the interest of the client). *Directieve Therapie*, 7, (3), 211-217.
- Tomm, K. (1984a). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Emmelkamp, P.M.G. (1989). Anxiety disorders. In: A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G. & van der Ende, J. (1984). Phobic dimensions: I. Reliability and generalizability across samples, gender and nations. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 6, 207-254.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.

Kunnen wij kankercellen dood denken?

Kees van der Velden

Voor het themanummer *Psychotherapie bij lichamelijke aandoeningen* van Dth (redactie Chiquit van Linden van den Heuvell & Paul Emmelkamp) schreef ik de onderstaande bespreking van het populaire boek van Simonton et al. Let op de knappe wijze waarop de recensent de mogelijk positieve aspecten van het boek tot hun recht laat komen!

C.O. Simonton, S. Matthews-Simonton & J.L. Creighton: *Op weg naar herstel; een kans om te overleven*. Zesde druk, 1988. Nijkerk: Uitgeverij Intro. 223 Bladzijden; prijs: f 32,50.

Kanker is een ziekte waarvan de oorzaken onbekend zijn. Met operaties, chemotherapie en bestraling wordt geprobeerd de woekering van cellen tot staan te brengen, maar ondanks de successen die bij sommige tumoren met deze maatregelen geboekt worden, wordt aangenomen dat de ziekte pas effectief bestreden kan worden wanneer voldoende bekend is over de factoren die de groei van kwaadaardige cellen veroorzaken. Het tijdstip waarop dit het geval zal zijn is aan geen sterveling bekend.

Omdat de ziekte voor de patiënten vrijwel altijd een bron van verschrikkingen vormt, is het begrijpelijk dat zij mogelijkheden om aan deze verschrikkingen te ontkomen met beide handen aangrijpen. Ook is begrijpelijk dat zij zich niet kunnen veroorloven om bij de keuze uit de mogelijkheden die hun aangeboden worden steeds even kritisch te werk te gaan. Piskijkers en handopleggers kunnen aan de angsten van mensen met kanker dus een aardig centje overhouden.

Simonton et al. worden door vele psychotherapeuten geenszins als oplichters beschouwd. De eerste auteur is een gekwalificeerd radioloog, de tweede een gediplomeerd psycholoog; alleen de kwalificaties van Creighton zijn niet helemaal duidelijk, maar hij lijkt toch geen bioregulators te verkopen. Hun benadering wordt op ruime schaal toegepast, niet alleen door psychotherapeuten, maar ook door patiënten. Alleen al in Nederland werden van dit boek sinds 1983 ruim 16.000 exemplaren verkocht, zo leert een telefoontje met de uitgever, die bovendien kon meedelen dat patiënten het boek wel cadeau krijgen van welmenende familieleden.

Het boek belooft veel.

De schrijvers menen dat zij patiënten die aan kanker lijden 'een kans om te overleven' bieden. Hun benadering betekent 'een wezenlijke wetenschappelijke doorbraak' (p. 11). Hun vondsten zijn 'ronduit verbluffend' en hun resultaten 'zeer hoopvol' (p. 12). Zij brengen 'een fundamentele verandering' in 'het zieke Westerse denken' (p. 13). Zij hebben namelijk ontdekt dat gedachten een

'regelrechte invloed' hebben op kankergezwellen! (p. 12). Bovendien menen zij vastgesteld te hebben dat drie van de vier kankerpatiënten door een tot het ontwikkelen van kankergezwellen predisponerende karakterstructuur worden gekenmerkt, die met behulp van hun psychologische interventies in de goede richting omgebogen kan worden (p. 15).

Vergeleken met deze aanbevelingen verbleken de woorden waarmee de tragische professor Buck zijn geneesmiddel tegen Aids aankondigde tot het schuchter mompelen van een twijfelzieke hulpboekhouder.

De houding van Simonton et al. tegenover de orthodoxe behandeling van kanker is verward en tegenstrijdig. Op diverse plaatsen vermelden zij dat soepel samenwerken met vertegenwoordigers van de officiële geneeskunde en dat zij hun patiënten nooit aanraden om een medische behandeling te beëindigen, maar de lezer vraagt zich af *waarom* zij dit eigenlijk nooit doen: zij hebben immers zelf een effectieve behandeling van kanker ontwikkeld? Hun antwoord is *'dat de patiënt de therapie moet volgen waar hij in gelooft. Gelooft hij in bestraling en cytostatica? Prachtig, dan is dat de therapie die hij hebben moet. Wil hij liever trachten zijn kanker te genezen door middel van dieet en vitaminen, dan is dat ook goed'* (p. 14). De werkzaamheid van cytostatica wordt dus toegeschreven aan het placebo-aspect van deze middelen. Dit zou natuurlijk inhouden dat cytostatica machteloos zijn wanneer de patiënt *niet* in hun werkzaamheid gelooft, maar dit zeggen zij niet. Op p. 94 benadrukken zij dat zij er *'nauwkeurig op (letten) dat een patiënt er niet toe overgaat om psychologische methoden in de plaats te stellen van een adequate medische behandeling. Het afwijzen van een medische behandeling is in strijd met alle in onze cultuur levende opvattingen over ziektes (...). Slechts weinigen slagen erin om een jarenlang conditioneringsproces van zich af te schudden en dit te vervangen door de pas ontdekte ideeën over hun vermogen om het verloop van hun ziekte te beïnvloeden.'* Met andere woorden: vooralsnog kan slechts een elite het zich veroorloven de somatische geneeskunde geheel terzijde te schuiven. Op p. 91 wordt de *'conventionele medische behandelingsmethode'* echter zonder voorbehoud *'een bondgenoot in de strijd tegen abnormale cellen'* genoemd.

De bewering dat de patiënt met kanker het meeste gebaat is bij de therapie waarin hij gelooft werd intussen op dramatische wijze gelogenstraft door een onderzoek naar het verloop van borstkanker door Bagenal et al. (1990). Zij vergeleken patiënten die na een conventionele behandeling in het Engelse Bristol Cancer Help Centre vrijwillig met *'alternatieve therapie'* ('ontgiftingsdieet', imaginaire versterking van het immuunsysteem, en de algehele bevordering van het evenwicht tussen 'geest, lichaam en ziel') werden behandeld met patiënten die met een gewone medische behandeling hadden volstaan. De patiënten die alternatieve therapie kregen bleken na twee jaar driemaal zoveel kans op de terugkeer van hun ziekte te hebben als patiënten die dit nalieten, en bijna tweemaal zoveel kans om te overlijden. Bagenal et al. overwegen dat het streng vegetarische dieet dat het Bristol Cancer Help Centre voorschreef mogelijk in hoofdzaak verantwoordelijk is voor het treurige resultaat van de goed bedoelde inspanningen van het Help Centre.

Ook Simonton et al. presenteren onderzoeksgegevens. Zij vergeleken 159 van hun eigen patiënten met *'kwaadaardige gezwellen die volgens medische maatstaven ongeneeslijk waren'* en *'gemiddeld (...)* nog een jaar te leven (hadden)' met een controlegroep van onvermelde omvang, waarvan de

prognose niet minder somber was. De 96 eigen patiënten die in de periode waarin het onderzoek plaatsvond overleden waren hadden gemiddeld nog 20.3 maanden na de fatale diagnose geleefd, aanzienlijk langer dan de overleden patiënten uit de controlegroep. Van de 63 nog in leven zijnde patiënten uit de eigen groep maakte 68 procent het goed tot zeer goed toen het onderzoek na vier jaar werd afgesloten.

Welke waarde kan aan deze cijfers worden toegekend? Geen enkele. Er wordt niet meegedeeld aan welke soorten tumoren de patiënten leden, op welke gronden de fatale diagnoses tot stand kwamen, welke behandelingen door de patiënten uit de controlegroep gevolgd werden, wat de leeftijd en het geslacht van de patiënten was en wat de medische en psychologische kenmerken van de onderscheiden patiëntengroepen waren. Argwaan wekt het gegeven dat Simonton et al. sinds

januari 1978 - toen het onderzoek eindigde - geen kans hebben gezien ook maar een nieuw cijfer aan hun herdruk op herdruk belevende boek toe te voegen.

Het boek bestaat uit negentien hoofdstukken die over twee delen verdeeld zijn.

In deel een wordt het verband tussen kanker en psychologische factoren behandeld. Deel twee is gewijd aan de 'wegen die naar gezondheid leiden', ofwel de technieken die de patiënten kunnen gebruiken om kanker te overwinnen.

Kort samengevat menen de schrijvers dat spanningen tot een aantasting van het immunologisch systeem kunnen leiden, en dat de verminderde afweer de kankercellen in de gelegenheid stelt zich zo asociaal (de term is van Dunning, 1986) te gedragen. Bij een goed functionerend afweersysteem zouden abnormale cellen onmiddellijk worden opgemerkt en vernietigd.

Voor de gedachte dat psychische belasting tot een aantasting van het immunologisch systeem kan leiden bestaan inderdaad aanwijzingen (zie bijvoorbeeld Olness, 1990; Glaser et al., 1990), maar het verband tussen de kwaliteit van het afweersysteem en de kans op het ontstaan van tumoren is lang niet zeker (zie bijvoorbeeld Dunning, 1986). Van twijfel zijn de Simontons echter geen liefhebbers. Voor hen staat ook vast dat er een verband is tussen bepaalde psychologische eigenaardigheden en de kans om kanker te krijgen.

De meeste mensen bij wie kanker wordt vastgesteld, zo beweren zij, *zijn kort tevoren verlaten* (of verloren een belangrijk doel in hun leven) en *het is hun niet mogelijk vijandigheid of woede te uiten*; voorts neigen zij ertoe de behoeften van anderen belangrijker te achten dan die van henzelf. Deze kenmerken komen nauwkeurig overeen met de bijzonderheden die LeShan (1977) bij zeventig kankerpatiënten vaststelde, en de naspeuringen van Simonton et al. roepen dan ook dezelfde vragen op die Medawar (1977) stelde bij het onderzoek van LeShan: **Met welke controlegroep zijn deze patiënten vergeleken? Hoeveel mensen met dezelfde emotionele kenmerken krijgen geen kanker? Hoeveel mensen met dezelfde emotionele kenmerken krijgen een andere ziekte dan kanker? Zouden de psychologische bijzonderheden en de tumor niet beide de manifestaties kunnen zijn van dezelfde onderliggende, bijvoorbeeld hormonale, stoornis?**

In de ogen van Simonton et al. maken kankerpatiënten zichzelf ziek (p. 69). Dit proces wordt

geacht als volgt te verlopen: 1. op grond van jeugdervaringen heeft men 'gekozen' (!) een bepaald persoon te zijn; 2. men wordt uit zijn evenwicht gebracht door emotioneel belastende gebeurtenissen; 3. de hieruit voortkomende spanningen kan men niet oplossen; 4. men ziet ook geen kans de regels volgens welke men leeft te veranderen; 5. men schept een afstand tussen zichzelf en de moeilijkheid die men niet kan oplossen... en in dit stadium zou aan de voorwaarden voldaan zijn om de tumor te laten groeien.

Tal van dramatische gevalsbeschrijvingen illustreren deze gang van zaken.

Juist wanneer de lezer denkt 'Het lijkt wel of het over *mij* gaat. *ik* heb immers ook een moeilijkheid die ik nooit heb kunnen oplossen en waar ik maar liever niet meer aan denk', breekt deel twee aan. De boodschap van deel twee is: Er is redding!

Het kan op zichzelf natuurlijk helemaal geen kwaad om zieke mensen een hart onder de riem te steken. Waarom zouden de dagen van een kankerpatiënt gevuld moeten zijn met het angstig afwachten van de resultaten van hetgeen de artsen met de beste bedoelingen in zijn lichaam aanrichten? Wat schiet de patiënt ermee op wanneer hij zijn leven uitsluitend en alleen door zijn ziekte laat bepalen? Waarschijnlijk is het nooit aan te bevelen om in een benarde toestand de controle over zijn gedachten geheel te laten varen of de moed te verliezen.

Wanneer de methoden van Simonton en de zijnen ertoe leiden dat patiënten zich opgewekter en minder angstig en chaotisch voelen, dan kunnen ze toch van waarde zijn. Zelf ken ik in ieder geval twee ontwikkelde patiënten die het 'wetenschappelijke' deel van het boek goedmoedig negeerden en zich toch sterker voelden door de toepassing van enkele oefeningen en raadgevingen uit het tweede deel.

Het programma van Simonton et al. omvat onder meer de volgende elementen:

1. *Zelfonderzoek*. Hierbij wordt de patiënten gevraagd bij zichzelf na te gaan op welke wijze zijzelf hun ziekte hielpen veroorzaken. Deze vraag is natuurlijk ontoelaatbaar suggestief. Het zal wel onmogelijk zijn iemand te vinden die niet recent een of andere gebeurtenis meemaakte die als verlies omschreven kan worden (men deed zijn oude meubels weg, een kind ging op kamers wonen, men werd grijs, men stopte met drinken) en die niet zijn kwaadheid tegenover deze of gene (baas, buurman, wederhelft) moest inslikken. Laten we dit punt vergeten.

2. *Het vaststellen van de voordelen van ziekte*. Hiermee wordt bedoeld dat een periode van ziekte iemand in de gelegenheid kan stellen om de doelen die hij in zijn gezonde leven belangrijk vond (geld, het anderen naar de zin maken, conflicten vermijden, geliefd zijn) te relativiseren en zich te concentreren op behoeften die voor hemzelf belangrijk zijn. Dit kan naar mijn mening zelden kwaad. Anders is het met de suggestie van de schrijvers dat mensen kanker kunnen krijgen om aan zekere onaangename verplichtingen te ontkomen. Die kunnen we ook beter vergeten.

3. *Ontspannen en visualiseren*. Het zal niet gemakkelijk zijn om een bezwaar tegen ontspannen te vinden, of het moest het door Medawar (1977) vermelde experiment zijn, waarin werd aangetoond dat ratten die in kleine ruimten bijeen werden gepropt of blootgesteld aan elektrische schokken in een aantal gevallen genazen van hun (experimenteel opgewekte) borstkanker...

De Simontons leren hun patiënten ontspanningsoefeningen volgens Jacobson, aangevuld met de

vorm van auto-hypnose waaraan hun programma zijn bekendheid dankt: het zogenaamde visualiseren.

De zieke wordt gevraagd zijn ogen te sluiten, zich te ontspannen en zich aansluitend een voorstelling te maken van de kankercellen die hem belagen. Wanneer het gezwel zich als een donker massief monster aan hem voordoet, wordt hij aangemoedigd het meer als als een slecht georganiseerd groepje broze cellen te leren zien. Deze cellen moeten uit de weg geruimd worden door witte bloedlichaampjes, de representanten van het immunologisch systeem. Neigt de patiënt ertoe zich deze bloedlichaampjes als futloos en zwak voor te stellen, dan wordt hij gestimuleerd ze bijvoorbeeld in een krachtig leger te transformeren. Ook van de eventuele chemotherapie dient de patiënt zich een beeld te vormen, waarbij voorstellingen van een krachtige inwerking natuurlijk de voorkeur hebben boven voorstellingen waarbij de medicamenten voor een hopeloze opgave staan. Zolang de patiënt symptomen van kanker heeft wordt hij geacht deze oefening driemaal daags uit te voeren. Aan het eind van iedere oefening moet de patiënt zich voorstellen dat het kankergezwel is verdwenen, dat hij helemaal beter is en vervuld van energie om de doelen te bereiken die hij zich gesteld heeft.

Het komt er dus op neer dat de patiënt krachtig wordt aangemoedigd om zich door middel van magisch denken gezond te toveren. Is hier iets op tegen? Ik geloof het niet. Wie door een machtige en wrede vijand onder de voet gelopen dreigt te worden, mag vrijwel *alle* middelen inschakelen om zich te verweren, ook magische. Het hardnekkige verzet van de in dit boek beschreven patiënten tegen de ziekte die hen dreigt te vernietigen maakt indruk en ontroert, maar dit geeft de auteurs vanzelfsprekend niet het recht hun benadering als een wetenschappelijke bijdrage aan de bestrijding van kanker te presenteren. Zij kan beter omschreven worden als een hulpmiddel om demoralisering tegen te gaan.

4. *Het kiezen van doelen.* De patiënten worden aangemoedigd concrete doelen te kiezen met betrekking tot hun persoonlijke ontwikkeling, hun relaties met anderen, hun besteding van vrije tijd en lichaamsbeweging. Met behulp van auto-hypnose leren zij zich voorstellen hoe hun leven eruit zou zien wanneer deze doelen bereikt zouden zijn. Ook dit onderdeel kan een nuttige maatregel tegen demoralisering zijn.

De resultaten van het programma worden weinig precies maar zeer optimistisch beschreven: 'Haar gezondheidstoestand verbeterde stelselmatig' (p. 172); 'Toen zij naar huis ging was zij weer op weg om beter te worden' (p. 173); 'Met Betty gaat het op dit moment goed, zowel lichamelijk als geestelijk (...)' (p. 141); 'De afgelopen twee jaar heeft deze vooruitgang zich echter stelselmatig doorgezet' (p. 145); 'Zij is op dit moment zeer actief en toont geen ziekteverschijnselen' (p. 156). De patiënten met wie het niet goed afloopt zijn in de ogen van de Simontons nooit het slachtoffer van de eigenschappen van hun speciale ziekte, maar zij vallen in alle gevallen ten prooi aan (nieuwe) belastende psychologische factoren en 'kiezen' om dood te gaan (p. 192 e.v.).

De vraag waarom iemand zou kiezen om dood te gaan terwijl hij over zo'n goed programma beschikt om in leven te blijven wordt niet beantwoord.

Overigens hebben de schrijvers ook een hypnose-oefening voor patiënten die doodgaan: zij worden

uitgenodigd zich voor te stellen welke doelen en relaties zij zouden hebben in een *volgend* leven.

Ondanks de pretenties van de auteurs moeten we vaststellen dat het boek geen bijdrage aan de kennis van het ontstaan en de behandeling van kanker levert. Wel bevat het enkele waardevolle oefeningen om demoralisering te bestrijden en mogelijk zijn de min of meer pastorale interventies troostrijk voor patiënten die zich aangetrokken voelen tot de magisch-religieuze getinte gedachtengang van de schrijvers.

Dit oordeel houdt niet in dat psychotherapie geen bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het leven van patiënten met kanker, en ook niet dat psychotherapie geen enkele invloed zou hebben op de lichamelijke toestand van kankerpatiënten. Uit het onderzoek van Spiegel et al. (1989) bleek dat patiënten met borstkanker die hun conventionele behandeling aanvulden met groepstherapie en autohypnose gemiddeld bijna achttien maanden langer leefden dan patiënten die alleen een conventionele behandeling ondergingen. Psychotherapie lijkt dus wel iets toe te kunnen voegen aan conventionele therapie, maar er is geen reden om er al arrogant over te doen.

Referenties

Bagenal, F.S., Easton, D.F., Harris, E., Chilvers, C.E.D. & McElwain (1990). Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Centre. *Lancet* 336 (8715), 606-609.

Dunning, A.J. (1986). Kankermithologie. In: Dunning, A.J., *Broeder Ezel; over het onvermogen in de geneeskunde*. Amsterdam: Meulenhoff; Utrecht. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge. Zesde druk.

Glaser, R., Kennedy, S., Lafuse, W.P., Bonneau, R.H., Speicher, C., Jillhouse, J. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1990). Psychological Stress-Induced Modulation of Interleukin 2 Receptor Gene Expression and Interleukin 2 Production in Peripheral Blood Leukocytes. *Archives of General Psychiatry* 47; 707-712.

LeShan, L. (1977). *You Can Fight For Your Life: Emotional Factors in the Causation of Cancer*. New York.

Medawar, P. (1977). The Crab. *New York Review of Books*, 9 June. Herdrukt in: Medawar, P. (1984), *Pluto's Republic*. Oxford/New York: Oxford University Press.

Olness, K. (1990). Hypnose en de psychoneuro-immunologie bij kinderen. *Directieve therapie* 10 (2), 100-113.

Spiegel, D., Kraemer, H.C., Bloom, J.R., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. Oct. 14, 888-891.

TOELICHTING OP DE BIJDRAGEN VOOR TDT

Voor dit nummer heb ik een drietal bijdragen: ten eerste een artikel over de rationale van ademhalingsoefeningen voor patiënten die er van verdacht worden dat hun klachtenpatroon aan hyperventileren te wijten zou zijn. Gezien de eerdere publicaties van TDT- auteurs zal de stellingname die in dit artikel gekozen is zeker belangstelling wekken. Het is in deze vorm naar Clinical Psychology Review ingestuurd; misschien dat een nederlandse versie ook voor Dth geschikt is...

Ten tweede een aflevering uit de codex medicus, onder het motto: ken uw psychiatrie. Tot slot een recente publicatie uit de Lancet. Deze kan beschouwd worden als een belangrijke aanvulling op de studie van David Spiegel die ik bij een eerdere gelegenheid instuurde.

Richard van Dyck

breathing retraining

*Verde Verdwind naar
Clin.-Psychol. Rev*

(623

72

Breathing Retraining: a Rational Placebo ?

Bert Garsen

Institute for Research in Extramural Medicine, Free University, Amsterdam

and Department of Medical Psychology, University of Amsterdam

Corine de Ruiter

Department of Education

University of Leiden

Richard van Dyck

Department of Psychiatry

Free University, Amsterdam

Running head: BREATHING RETRAINING

address request for reprints to: dr. B. Garsen, dept. Medical Psychology, Meibergdreef

15, 1105 AZ, Amsterdam, The Netherlands

Abstract

Breathing retraining of patients with Hyperventilation Syndrome (HVS) and/or panic disorder is discussed to evaluate its clinical effectiveness and to examine the mechanism that mediates its effect. In relation to this theoretical question, the validity of HVS as a scientific model is discussed and is deemed insufficient. It is concluded that breathing retraining and related procedures are therapeutically effective, but probably due to principles other than originally proposed, namely decreasing the tendency to hyperventilate. An alternative principle is the induction of a relaxation response, presenting a credible explanation for the threatening symptoms, giving a distracting task to practice when panic may occur, and promoting a feeling of control.

Introduction

In recent years, new attention has been given to the Hyperventilation Syndrome (HVS) as a scientific model that may offer an explanation for the occurrence of some of the various somatic symptoms reported by anxiety disorder patients. Several authors have advanced the view that hyperventilation is the mechanism underlying some or most of the panic attacks experienced by patients with panic disorders or agoraphobia (Bass, Lelliot & Marks, 1989; Cowley & Roy-Byrne, 1987; Garssen, van Veenendaal & Bloemink, 1983; Holt & Andrews, 1989; Ley, 1985; Lum, 1981; Rapee, 1987; de Ruiter, Garssen, Rijken & Kraaimaat, 1989).

Hyperventilation is defined as ventilating in excess of the body's metabolic demands. More CO₂ is washed out of the lungs than is produced in body tissues. As a consequence PCO₂ in the alveoli decreases, immediately followed by a decrease of PCO₂ in arterial blood (PaCO₂). HVS is defined as a set of symptoms, largely produced by a lowering of PaCO₂.

Several treatment procedures have been developed based on this model. They are aimed at changing the breathing pattern in order to lower the chance of hyperventilation occurring. Effect studies of breathing retraining therapies will be reviewed to evaluate their clinical effectiveness, and to examine the mechanism that mediates success. We will focus on the question whether therapeutic results are achieved by means of an inhibition of the tendency to hyperventilate, or by mechanisms not specifically related to hyperventilation.

Furthermore, doubts have been raised about the significance of hyperventilation as a symptom producing mechanism in panic. Studies relevant to this topic will also be discussed. We start with a review of the development of the HVS model, in order to place these therapies in a historical context.

The development of the HVS model

In 1908, Haldane and Poulton gave an extensive description of hyperventilation and its physiological effects. They also mentioned the symptoms that may be induced: paraesthesia, muscle stiffness or cramps, and dizziness. Since then, numerous investigations have been conducted into the physiological consequences of hyperventilation (Brown, 1953; Weimann, 1968).

Some decades later, Kerr, Dalton, & Gliebe (1937) related the manifold somatic symptoms of anxious patients to hyperventilation. The variety of symptoms reported by these patients, such as breathlessness, tightness in the chest, pounding of the heart, tachycardia, precordial pain, dizziness, tingling, sweating, nausea, fatigue, nervousness and anxiety, has always puzzled investigators. To ascribe them to a lowering of PaCO₂ seemed reasonable, because of the abnormal breathing behavior often seen in these patients (White & Hahn, 1929) and because symptoms could be (partly) reproduced by voluntary hyperventilation (Kerr et al., 1937).

The clinical picture presented by patients reporting these symptoms had already been described by Da Costa in 1871. The syndrome has been given different names, such as Da Costa Syndrome, anxiety neurosis, effort syndrome, neurocirculatory asthenia, heart phobia, and irritable heart. These various labels reflect special interests in particular aspects of the clinical picture. Da Costa considered physical exhaustion a major cause of these symptoms. The interest in exhaustion, recurring in the name "effort syndrome", led to investigation of reactions to physical exercise in patients with anxiety neurosis. Accumulation of lactate in the blood is one of these physiological reactions, and Pitts and McLure (1967) supposed that the symptoms of anxiety neurosis were caused by an excessive lactate response or an abnormal reaction to lactate. A remnant of this line of research is the procedure of experimental induction of panic by means of sodium lactate infusion. However, it is no longer believed that lactate plays a role in producing spontaneously occurring symptoms.

Clinical reviews of HVS have been regularly published since 1937 (Garssen &

Rijken, 1986; Lum, 1976; Magarian, 1982; Rice, 1950; Weimann, 1968). The physiological effects of hyperventilation are amply documented (Brown, 1953; Weimann, 1968). Some psychophysiological experiments have been carried out on normal subjects, indicating that hyperventilation often occurs when subjects are exposed to an activating situation, although changes in PaCO₂ appear to be modest (Garssen, 1980; Suess, Alexander, Smith, Sweeney & Marion, 1980).

INSERT FIGURE 1 ABOUT HERE

A theoretical refinement was the formulation of a circular model for the development of HVS that gives a prominent role to the patient's interpretation of the symptoms she/he experiences (Clark, 1986). See figure 1. In this model physiological activation, particularly hyperventilation, leads to somatic symptoms. The patient will anxiously anticipate new attacks if these symptoms are interpreted as elusive and uncontrollable, attributed to a serious disease, or seen as evidence of inability to handle the situation. This anxious anticipation will involve physiological activation, thereby increasing the risk of new attacks.

The relation between HVS and anxiety disorders is a related topic. It has been suggested that at least some of the somatic symptoms of panic attacks are caused by hyperventilation. Though similar suggestions with respect to anxiety neurosis have been forwarded since the first publication about HVS (Kerr et al., 1937), studies have only recently been conducted. One line of evidence includes the large diagnostic overlap between HVS and panic disorder with agoraphobia (Garssen et al., 1983; de Ruiter, Garssen, Rijken & Kraaimaat, 1989). This finding signifies that most agoraphobic patients recognize the somatic symptoms induced by voluntary hyperventilation. Subjective panic is rarely induced by this provocation test, which has been considered an argument against the hyperventilation model (Griez, Zandbergen, Lousberg & van den Hout, 1988; Gorman et al., 1984, 1988). However, according to the circular model, anxiety or panic may, or may not occur during hyperventilation, depending on how symptoms are

interpreted. During the provocation test, the patient induces symptoms himself by performing a respiratory manoeuvre. Having actual control over symptoms is a condition that will generally inhibit the occurrence of anxiety or panic, as was experimentally demonstrated in a recent study using CO₂ inhalation to provoke panic (Sanderson, Rapee and Barlow, 1989).

Treatment of Hyperventilation Syndrome

The overall goal of treatment strategies for alleviating symptoms of Hyperventilation Syndrome is increasing alveolar and arterial pCO₂ to normal levels. In line with the circular model for the development of HVS (see Figure 1), the positive feedback loop can be broken via two distinct treatment components: (1) reduction of respiratory rate, and (2) cognitive reattribution of physical symptoms to hyperventilation instead of other more catastrophic causes. Several intervention methods focusing on these components have been developed: general relaxation training, training in slow and/or abdominal breathing, biofeedback training, auditory regulation, voluntary hyperventilation, and several types of cognitive therapy. Most of these methods have been investigated in outcome studies. We will first review studies which investigated the efficacy of pure breathing techniques, i.e., techniques utilizing only the first treatment component mentioned above. Subsequently we will describe research that also included cognitive interventions.

Lum (1983) reported the effectiveness of breathing retraining offered by physical therapists. Eighty percent of a group of more than 1000 HVS-patients became symptom-free. The value of this study is limited, however, because no details are given on the exact nature of the treatment or the instruments used for evaluating therapeutic outcome.

Grossman, de Swart and Defares (1985) used a combination of ambulatory auditory regulation and feedback with 25 HVS-patients. The regulation instrument

produced rhythmic sound signals that were timed at a slightly lower frequency than the patient's resting breathing frequency. Patients breathed along with the lower tempo three times a day for ten minutes. The instrument could also serve as a biofeedback apparatus that produced the rhythm when breathing frequency exceeded a certain level. The biofeedback system was used for one hour each day. Results from this group were compared with results from a control group that received simple breathing instructions ("try to relax and breathe quietly"), to be practiced for 10 min. three times a day. At posttreatment, the treatment group did significantly better on physiological and psychological outcome variables ($p\text{CO}_2$ at rest, state and trait anxiety, number of physical complaints).

Van Doorn, Folgering and Colla (1982) gave 10 HVS-patients biofeedback training, i.e., they received a maximum of seven weekly sessions of end-tidal $p\text{CO}_2$ feedback. A control group received simple breathing instructions to practice at home and four sessions with a therapist to discuss home practice. Both methods led to about equal increases in $p\text{CO}_2$ at posttreatment and at 3-month follow-up. The number of physical complaints was significantly lower in the biofeedback group at posttreatment, but this difference had disappeared at follow-up.

The studies of Grossman et al. (1985) and Van Doorn et al. (1982) point to the efficacy of breathing techniques aimed at increasing $p\text{CO}_2$ level for HVS-patients. However, we also note that the majority of patients in both studies were not symptom-free at follow-up, causing some to seek additional treatment.

Vlaander-van der Giessen and Lindeboom (1982) evaluated the efficacy of breathing retraining, and relaxation training by comparing both treatments with a control group receiving no treatment. Both treatments contained cognitive restructuring, that is reattribution of physical symptoms to hyperventilation and explanation of the relationship between stress and hyperventilation. Both treatments were more effective than no treatment. The only difference between treatment groups was the intensity of hyperventilation attacks (breathing retraining was more effective).

In her subsequent study, Vlaander-van der Giessen (1986) compared seven types

of treatment for HVS. All treatments included cognitive restructuring and one or more types of treatments directed at changing breathing patterns: relaxation training, breathing retraining and auditory feedback. Breathing retraining was aimed at changing respiratory patterns to low-abdominal. Auditory feedback was aimed at reducing respiratory rate. If the patient's breathing was too fast, he/she heard the slow rate, which went off when the patient's breathing returned to the desired frequency. All seven therapies resulted in significant decreases in patients' pathology, compared to a wait-list control group. There were no significant differences among the therapies.

Compernelle, Hoogduin, & Joele (1979) applied repeated hyperventilation provocation as a therapeutic technique with 106 HVS-patients. This technique can be considered a combination of exposure and a cognitive strategy: it focusses on reattribution of symptoms and lack of control over symptoms, which characterizes many HVS-patients. Patients were instructed to daily induce an attack at home by voluntary hyperventilation. Subsequently, they had to rebreathe from a paper bag to let symptoms subside. The authors report that in 90% of their patients, attacks disappeared with just two sessions, followed by two or three follow-up sessions. The remaining 10% of the patients could handle their attacks without medical intervention. These findings seem impressive but are difficult to interpret. The authors provide no information on treatment compliance and the actual length of treatment, nor on the methods they employed for evaluating treatment outcome.

Finally, Kraft and Hoogduin (1984) investigated the effectiveness of four treatments for HVS-patients: relaxation- and breathing retraining, stress management, hyperventilation provocation and benzodiazepine. The latter medication was excluded from the analyses because of a large dropout rate. The three remaining treatments were equally effective in reducing hyperventilation attacks, physical symptoms, and depression. Unfortunately, the number of patients in each group was rather small ($N=7$), which calls for cautious interpretation of these results. It should be noted that the rate of improvement in this small but controlled study was not as impressive as in the large uncontrolled study of Compernelle et al. (1979).

Treatment of related disorders

A number of studies have tested the efficacy of breathing retraining and reattribution of physical symptoms to hyperventilation in patients suffering panic disorder with or without agoraphobia (Bonn, Readhead, & Timmons, 1984; Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985; Hibbert & Chan, 1989; Rapee, 1985; de Ruiter, Rijken, Garssen, & Kraaimaat, 1989; Salkovskis, Jones, & Clark, 1986).

Rapee's (1985) paper presents a case study of a panic disorder patient treated with 3 sessions of breathing retraining, which resulted in a dramatic decrease in panic frequency from 22 to 2 attacks per 3 weeks at posttreatment.

Clark and colleagues (Clark et al., 1985; Salkovskis, Jones & Clark, 1986) tested the effectiveness of respiratory control plus cognitive therapy techniques (e.g., Socratic questioning, altering catastrophic thinking) with panic patients in two uncontrolled studies. Their treatment effected a significant reduction in panic attack frequency and a significant increase in $p\text{CO}_2$. In fact, $p\text{CO}_2$ values at the end of treatment were similar to those found in nonpatient samples.

In the study by Bonn and colleagues (1984), 12 agoraphobic patients received either respiratory control plus exposure in vivo, or exposure in vivo alone. Results showed no difference between the two therapy conditions at posttreatment. However, at 6-month follow-up, the respiratory control group showed further improvement, whereas the group that had received exposure alone had deteriorated. The respiratory control group had significantly lower resting breathing rate and panic attack frequency, and scored significantly better on measures of somatic symptoms and agoraphobia.

De Ruiter, Rijken, Garssen and Kraaimaat (1989) compared the efficacy of three different treatment packages for panic disorder with agoraphobia: (1) breathing retraining plus cognitive restructuring, (2) exposure in vivo, and (3) a combination of these two. Breathing retraining and cognitive restructuring was highly similar to the respiratory control treatment of the Clark et al. (1985) and Salkovskis, Jones and Clark

(1986) studies. Quite unexpectedly, breathing retraining plus cognitive restructuring did not lead to a significant reduction in panic frequency. This is especially remarkable since treatment consisted of 8 sessions, while the treatments in the earlier studies by Clark and Salkovskis comprised 2 and 4 sessions, respectively. De Ruiter, Rijken, Garssen and Kraaimaat (1989) reviewed several explanations for their anomalous finding, but none of the alternative interpretations (e.g., different samples and settings) were deemed valid. Combination therapy was no more effective on any of the outcome variables at posttest than exposure alone, similar to the earlier finding in the study by Bonn et al. (1984).

Hibbert and Chan (1989) compared the effectiveness of 5 sessions of pure breathing retraining with a placebo treatment in panic patients with or without agoraphobia. The placebo treatment consisted of discussion of the role of stress and personality characteristics in eliciting anxiety disorders, without use of any anxiety management techniques. Contrary to most previous studies, but somewhat in line with the study by De Ruiter, Rijken, Garssen and Kraaimaat (1989), respiratory control did not significantly differ from placebo treatment on any of the self-report measures. The only difference that emerged was with regard to observer ratings of anxiety, which showed more improvement in the respiratory control group. Most importantly, patients who recognized symptoms during voluntary hyperventilation prior to therapy did not benefit more from respiratory treatment than patients who had not recognized symptoms induced by the provocation.

Concluding remarks

It should be emphasized that some of the studies contain very small samples (Bonn et al., 1984; Kraft & Hoogduin, 1984) or lack control groups (Clark et al., 1985; Compennolle et al., 1979; Lum, 1983; Salkovskis, Jones & Clark, 1986). Furthermore, some studies incorporated the two treatment components mentioned at the start of this review (breathing retraining and cognitive reattribution) into a single treatment, so that it is impossible to determine the effect of either component individually (e.g., Clark et

al., 1985; de Ruiter, Rijken, Garssen & Kraaimaat, 1989; Salkovskis, Jones & Clark, 1986).

With these reservations, we think that the majority of the studies point to a therapeutic effect of breathing retraining and cognitive reattribution of physical symptoms to hyperventilation for patients suffering HVS and the closely related panic disorder with or without agoraphobia. This appears to support the model of symptom causation represented in Figure 1. However, the specificity of these techniques for HVS is questionable. Vlaender-van der Giessen (1986) found relaxation training just as effective as breathing retraining; and Hibbert and Chan (1989) found breathing retraining equally effective as a placebo treatment. Moreover, in the latter study, breathing retraining was not more effective with patients who had recognized symptoms at a hyperventilation provocation test than with those who had not.

The conclusion seems warranted that breathing retraining plus cognitive reattribution both help alleviate anxiety in patients with HVS or related disorders. The exact mechanism of its working remains elusive.

The validity of the HVS model

It should be kept in mind that the model of symptom causation applied in the therapy studies was derived from a rather narrow basis: the similarity of symptoms produced by voluntary overbreathing and those occurring spontaneously during anxiety attacks. Only recently have efforts been undertaken to test this model more stringently. Firstly, studies were directed at exploring whether overbreathing is the underlying mechanism of panic attacks (as defined in the DSM-III-R). Secondly, studies attempted to clarify whether the hyperventilation provocation test is a valid predictor of spontaneously occurring symptoms.

A direct proof of the validity of the HVS model would be the demonstration of co-occurrence of spontaneous hyperventilation episodes and somatic symptoms. This is a serious technical problem, since patients are usually not available for measurement

during spontaneous attacks. Baseline measurements are of limited value, because normal breathing patterns may occur between hyperventilation episodes. Only chronic hyperventilation is relatively easy to determine. Gardner, Meah and Bass (1986) found continuous hyperventilation in some patients during their 60 minutes protocol, using capnographic measurements. Chronic hyperventilation will also lead to a negative base excess in the blood, indicating long-term compensation for respiratory alkalosis. This has been demonstrated, but only in 14 % of HVS patients (Folgering, 1986). On a few occasions, blood gas analyses have been performed during spontaneously occurring panic attacks in a hospital environment. These showed a decrease of PCO₂ during panic (Sal-kovskis, Warwick, Clark, & Wessels, 1986; Weimann, 1968). Recently, a method for long-term, ambulatory measurement of transcutaneous PCO₂ (PtcCO₂) has been developed (Pilsbury & Hibbert, 1987)¹. With this method, drops in PtcCO₂ were demonstrated during panic attacks in about half the patients with panic disorder (Hibbert & Pilsbury, 1989). Undoubtly, spontaneous hyperventilation occurs in some patients. However, the demonstration of simultaneous occurrence of hyperventilation and symptoms does not prove that a decrease of PaCO₂ causes the symptoms. Rather than being causal to panic attack, hyperventilation may be an accompanying symptom of panic. This interpretation is supported by the studies of Gorman et al. (1988) and Hibbert and Pilsbury (1988, 1989). In the first study, it was found that hyperventilation usually occurred during panic attacks provoked by lactate infusions, while voluntary hyperventilation by itself was not very effective in provoking a clear panic attack. Hibbert and Pilsbury (1989) compared the symptoms of panic attacks with and without hyperventilation. If hyperventilation is an important symptom producing mechanism, symptoms occurring during these two kinds of panic attacks should differ. However, such a difference was not found.

In summary, recent studies do not support the idea that hyperventilation is an important causal mechanism in producing panic attacks, but should rather be

¹ PtcCO₂ is closely related to arterial PCO₂, though changes in the blood are followed with some delay by changes in transcutaneous values (Pilsbury & Hibbert, 1987).

considered an accompanying phenomenon in some panic patients.

We will now turn to studies that attempt to validate the most widely used diagnostic test for HVS. This so-called 'hyperventilation provocation test' (HVPT) -the criterion of recognition by the patient of induced symptoms as being similar to symptoms experienced in spontaneous attacks- is still the most important element in the diagnosis of HVS (Lewis & Howell, 1986).

Studies to validate the recognition criterion of the HVPT have rarely been conducted. One type of control is to artificially prevent lowering of PetCO₂ during hyperventilation (isocapnic overventilation test; IOT). Weimann (1968) found that a considerable number of patients experienced and recognized symptoms during a HVPT, but not during this control test. Huey and West (1983) used the same control condition in a study of two groups of normal subjects. These groups were formed on the basis of the number of spontaneous symptoms. Using the number of symptoms induced during both tests as the dependent variable, they found an interaction between groups (low and high responders) and conditions (HVPT and IOT). Subjects with many spontaneous symptoms differed more from subjects with few symptoms during normal hyperventilation, than during isocapnic overventilation. These two studies seem to validate the HVS model.

In a study by Griez et al. (1988), care was taken to avoid raising expectations of anxiety. The word hyperventilation was omitted when instructing patients and normals to overbreathe. Both patients and normals reported more somatic sensations during hyperventilation than during isocapnic overventilation. In contrast to the findings of Huey and West there was no difference between both groups. What remains is that hyperventilation led to more symptoms in these studies than the control condition. However, using another control condition, a similarity was found. Roll (1987) applied a stressful mental task as the control method in a study of patients with functional heart complaints. The same method was used in a replication study of patients suspected of having HVS (Hornsveld, Garssen, Fiedeldij Dop & van Spiegel, in press). The stressful mental load task consisted of the Stroop Color Word Task, performed under time pres-

sure. Capnographic measurements indicated no or minor changes in end-tidal PCO₂ during this task. During the HVPT, 44 % of patients in the first, and 61 % of patients in the second study recognized symptoms that are considered typical for hyperventilation. These patients would be labeled HVS-patients on the basis of the recognition criterion. Despite (nearly) normal end-tidal PCO₂-levels, patients also experienced a large number of symptoms during the stressful mental load task and recognized them as similar to symptoms in daily life. Symptoms were recognized during this control condition by 38 % of the patients in the first study and 52 % in the second study. These two studies invalidate the hyperventilation provocation test as a diagnostic tool. They show that the symptoms considered typical for hyperventilation can also be produced by a stressful task without decrease of the end-tidal PCO₂.

Using the method of ambulatory monitoring of transcutaneous PCO₂, Hibbert and Pilsbury (1989) also invalidated the recognition criterion. In their study, ten patients recognized symptoms during the hyperventilation provocation test, but in five of these ten patients no lowering of PtcCO₂ occurred during panic. Five patients failed to recognize symptoms induced by voluntary hyperventilation, but two of them demonstrated considerable drops in transcutaneous PCO₂ during panic. Apparently, the response to the HVPT is not predictive of the occurrence of hyperventilation during panic attacks.

Discussion

In this review, Hyperventilation Syndrome (HVS) is deliberately described as a scientific model, not as a term describing observable phenomena. The model implies that an important part of the patient's symptoms are caused by hyperventilation. The model has been extended to also include cognitive elements, which means that hyperventilation is seen as a necessary factor for the development of the majority of somatic symptoms, but not as a sufficient factor itself for developing panic. The

principle of a vicious circle implied in this model gives an elegant explanation of the production of panic from the symptoms of hyperventilation. This model appears to be credible to therapists and patients, and has led to the development of therapeutic interventions aimed at breathing retraining, usually combined with cognitive restructuring. These therapies appear to be effective for patients diagnosed as having Hyperventilation Syndrome, as well as for patients diagnosed as having Panic Disorder or Agoraphobia.

Recent evidence, however, causes one to doubt the importance of hyperventilation as a necessary factor for panic attacks. No difference in symptoms was found between panic attacks with or without hyperventilation. Furthermore, the commonly used diagnostic test for HVS, the provocation test, can no longer be considered valid, since symptoms assumed to be typical for HVS can be produced by a stressful mental task without the associated decrease of the alveolar CO₂ level. It does not appear unlikely that the "Hyperventilation Syndrome" may join in the near future its predecessors, such as effort syndrome, irritable heart or neurocirculatory asthenia, as obsolete diagnostic labels and premature etiological explanations of the symptomatology of panic attacks. Moreover, therapies derived from the hyperventilation model do not appear to be more effective than alternative treatments not based on the model. Furthermore, breathing retraining has been shown to work with anxious patients who show no signs of hyperventilating. Taken together, the therapy outcome studies suggest that the methods of breathing retraining and attribution of symptoms to hyperventilation, although to some degree effective, are not specific therapies and do not work according to the principles upon which they are based.

In the history of medicine, successful cures which appeared rational but did not work according to the principles that were assumed to underlie them, are by no means exceptional. Wulff (1976) coined the term "rational placebo" for treatments which appear logical, but on closer inspection do not work as supposed. In psychotherapy, systematic desensitization is the best known example of a procedure that is effective, but does not work according to the principles from which it was developed, as has been shown by an extensive literature (Emmelkamp, 1982; van Dyck, 1986).

How do breathing retraining and cognitive reattribution help anxious patients, if not through correction of a disturbed breathing pattern ? As far as the cognitive element is concerned, authors such as Frank (1973) claim that any credible explanation may have a therapeutic effect, whether or not the rationale is correct. The HVS model seems to serve this function well, as it succeeds in reducing a wide range of disturbing symptoms to a rather simple and innocuous process. Furthermore, the element of breathing retraining will induce relaxation, which is an established method for reduction of anxiety. Another effective element may be that patients are given a structured task in situations where panic may occur. This may distract patients from feelings of anxiety and promote self reliance. This effect has appeared in the literature under names such as self-efficacy (Bandura, 1977) and sense of mastery (Frank, 1973). A recent study offers an experimental demonstration of this mechanism of mitigating anxiety in panic patients. Panic patients given the illusion that administration of an anxiety provoking mixture of 5% CO₂ was under their control, reported less symptoms, less panic and less recognition of anxious symptoms than patients who believed that they could not control the administration of the gas mixture (Sanderson, Rapee and Barlow, 1989). This points to the conclusion that a sense of control, even if based on illusion, can be effective in reducing anxiety in panic patients. Any of the therapeutic interventions discussed here can generate such a sense of control. Because of these therapeutic qualities, breathing retraining and cognitive reattribution may in the future still be fruitfully applied by therapists as rational placebos, while more valid theories about the origins of anxiety attacks are being developed.

References

- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bass, C., Lelliot, P., & Marks, I. (1989). Fear talk versus voluntary hyperventilation in agoraphobics and normals: a controlled study. Psychological Medicine, 19, 669-676.
- Bonn, J.A., Readhead, C.P.A., & Timmons, B.H. (1984). Enhanced behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. The Lancet, ii, 665-669.
- Brown, E.B. (1953). Physiological effects of hyperventilation. Physiological Reviews, 33, 445-471.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24, 461-470.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chalkley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 23-30.
- Compernelle, Th., Hoogduin, K. & Joele, L. (1979). Diagnosis and treatment of the Hyperventilation Syndrome. Psychomatics, 19, 612-625.
- Cowley, D.S., & Roy-Byrne, P.P. (1987). Hyperventilation and panic disorder. American Journal of Medicine, 83, 929-937.
- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences, 61, 17-52.
- Doorn, P. van, Folgering, H., & Colla, P. (1982). Control of the end-tidal PCO₂ in the Hyperventilation Syndrome: Effects of biofeedback and breathing instructions compared. Bulletin Européen de

- Physiopathologie Respiratoire, 18, 829-836.
- Dyck, R. van (1986). Psychotherapie, Placebo en Suggestie, Leiden, Rijksuniversiteit Leiden.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982), Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York, Plenum Press.
- Folgering, H. (1986). Diagnostiek van het Hyperventilatie Syndroom, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 130, 2260-2263.
- Frank, J.D. (1973), Persuasion and Healing. A comparative Study of psychotherapy, (revised edition), Baltimore, John Hopkins University Press.
- Gardner, W.N., Meah, M.S., & Bass, C. (1986). Controlled study of respiration responses during prolonged measurement in patients with chronic hyperventilation. Lancet, ii, 826-830.
- Garssen, B. (1980). Role of stress in the development of the Hyperventilation Syndrome. Psychotherapy and Psychosomatics, 33, 214-225.
- Garssen, B., & Rijken, H. (1986). Clinical aspects and treatment of the Hyperventilation Syndrome. Behavioural Psychotherapy, 14, 46-68.
- Garssen, B., Veenendaal, W. van, & Bloemink, R. (1983). Agoraphobia and the Hyperventilation Syndrome. Behaviour Research and Therapy, 21, 643-649.
- Gorman, J.M., Askanazi, J., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Stein, J., Kinney, J.M., & Klein, D.F. (1984). Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. American Journal of Psychiatry, 141, 857-861.
- Gorman, J.M., Feyer, M.R., Goetz, R., Askanazi, J., Liebowitz, M.R., Feyer, A.J., Kinney, J. & Klein D.F. (1988). Ventilatory physiology of patients with panic disorder. Archives of General Psychiatry, 45, 31-42.
- Griez, E., Pols, H.J., & Hout, M.A. van den (1987). Acid-base balance in real life panic. Journal of Affective Disorders, 12, 263-266.
- Griez, E., Zandbergen, J., Lousberg, H., & Hout, M. van den (1988). Effects of low pulmonary CO₂ on panic anxiety. Comprehensive Psychiatry, 29, 490-497.

- Grossman, P., Swart, J.C.G. de, & Defares, P.B. (1985). A controlled study of a breathing therapy for treatment of Hyperventilation Syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 29, 49-58.
- Haldane, J.S., & Poulton, E.P. (1908). The effect of want of oxygen on respiration. Journal of Physiology, 37, 390-407.
- Hibbert, G.A., & Chan, M. (1989). Respiratory control: Its contribution to the treatment of panic attacks. British Journal of Psychiatry, 154, 232-236.
- Hibbert, G.A., & Pilsbury, D. (1988). Hyperventilation in panic attacks: ambulant monitoring of transcutaneous carbon dioxide. British Journal of Psychiatry, 152, 76-80.
- Hibbert, G.A., & Pilsbury, D. (1989). Hyperventilation: is it a cause of panic attacks? British Journal of Psychiatry, 155, 805-809.
- Hornsveld, H. Garssen, B., Fiedeldij Dop, M., & Spiegel, P. van (in press). Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: implications for diagnosing Hyperventilation Syndrome. Journal of Psychosomatic Research.
- Holt, P.E., & Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, social phobia, GAD and normal controls. Behaviour Research and Therapy, 27, 453-460.
- Huey, S.R., & West, S.G. (1983). Hyperventilation: Its relation to symptom experience and to anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 92, 422-432.
- Kraft, A.R., & Hoogduin, C.A.L. (1984). The Hyperventilation Syndrome. A pilot study on the effectiveness of treatment. British Journal of Psychiatry, 145, 538-542.
- Kerr, W.J., Dalton, J.W., & Glibe, P.A. (1937). Some physical phenomena associated with the anxiety states and their relation to hyperventilation. Annals of Internal Medicine, 11, 961-992.
- Lewis, R.A., & Howell, J.B.L. (1986). Definition of the Hyperventilation Syndrome. Clinical Respiratory Physiology, 22, 201-205.
- Ley, R. (1985). Blood, breath, and fears: A hyperventilation theory of panic attacks and agoraphobia. Clinical Psychology Reviews, 5, 271-285.

- Lum, L.C. (1976). The syndrome of habitual chronic hyperventilation. In: Modern trends in Psychosomatic Medicine 3. Hill, O.W. (ed.). Butterworths: London, pg 196-230.
- Lum, L.C. (1981). Hyperventilation and anxiety state. Journal of the Royal Society of Medicine, 74, 1-4.
- Lum, L.C. (1983). Psychological considerations in the treatment of Hyperventilation Syndromes. Journal of Drug Research, 8, 1867-1872.
- Magarian, G.J. (1982). Hyperventilation Syndromes: infrequently recognized common expressions of anxiety and stress. Medicine, 61, 219-236.
- Pilsbury, D., & Hibbert, G. (1987). An ambulatory system for long-term continuous monitoring of transcutaneous pCO₂. Clinical Respiratory Physiology, 23, 9-13.
- Pitts, F.N., & McLure, J.N. (1967). Lactate metabolism in anxiety neurosis. New England Journal of Medicine, 277, 1329-1336.
- Rapee, R.M. (1985). A case of panic disorder treated with breathing retraining. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 63-65.
- Rice, R.L. (1950). Symptom patterns of the Hyperventilation Syndrome. The American Journal of Medicine, 8, 691-700.
- Roll, M.I. (1987). Is the hyperventilation provocation test reliable ? Paper presented at the 7th International Symposium on Respiratory Psychophysiology. Stockholm.
- Ruiter, C. de, Garssen, B., Rijken, H., & Kraaimaat, F. (1989). The Hyperventilation Syndrome in panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 27, 447-452.
- Ruiter, C. de, Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure, and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 27, 647-655.
- Salkovskis, P.M., Jones, D.R.O., & Clark, D.M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO₂. British Journal of Psychiatry, 148, 526-532.
- Salkovskis, P.M., Warwick, H.M.C., Clark, D.M., & Wessels, D.J. (1986).

A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. Behaviour Research and Therapy, 24, 91-94.

Sanderson, W.C., Rapee, R.M. & Barlow, D.H. (1989). The influence of an Illusion of Control on Panic Attacks Induced via Inhalation of 5,5% Carbon Dioxide-Enriched Air. Archives General Psychiatry, 46, 157-162.

Suess, W.M., Alexander, A.B., Smith, D.D., Sweeney, H.W., & Marion, R.J. (1980). The effects of psychological stress on respiration: A preliminary study of anxiety and hyperventilation. Psychophysiology, 17, 535-540.

Vlaander-van der Giessen, C.J.M. (1986). Hyperventilatie: Een onderzoek rondom diagnostiek en behandeling van het hyperventilatiesyndroom. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

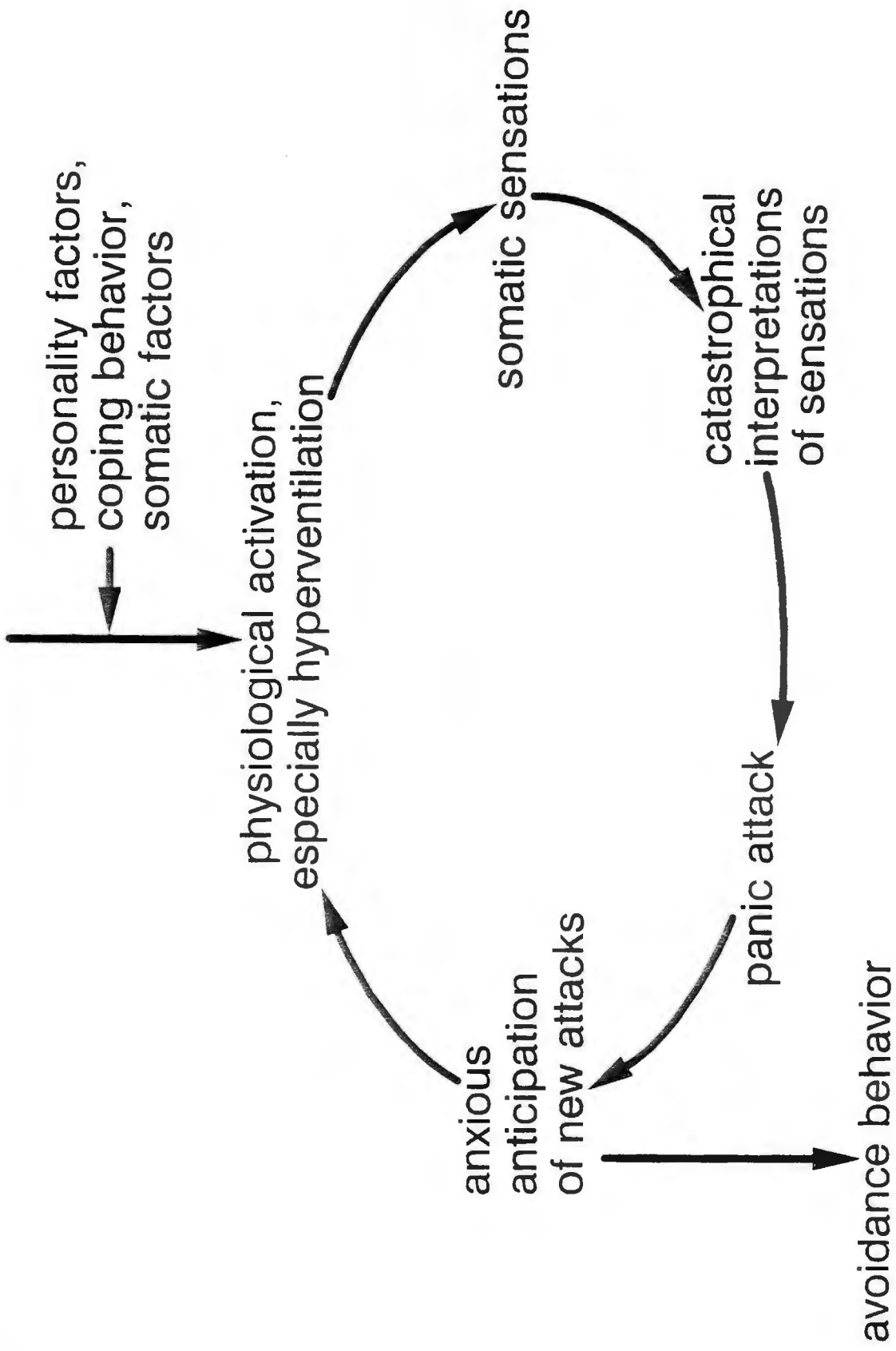
Vlaander-van der Giessen, C.J.M., & Lindeboom, I. (1982). De behandeling van patienten met hyperventilatieklachten. Gezondheid en Samenleving, 3, 73-78.

Weimann, G. (1968). Das Hyperventilationssyndrom. Urban und Schwarzenberg: München.

White, P.D., & Hahn, R.G. (1929). The symptom of sighing in cardiovascular diagnosis with spiographic observations. American Journal of the Medical Sciences, 177, 179-188.

Wulff, H.R. (1976), Rational diagnosis and treatment. Oxford, Blackwell Scientific Publications.

stressful life events



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 geplaatst 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 tendeert 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 empathisch begrip of het vermogen tot correcte perceptie van het gevoel van de client; 2. onvoorwaardelijke positieve waardering; 3. congruentie met eigen gevoelens.

FOBIE

Angst die niet in verhouding staat tot het reële gevaar, met vermijdingsgedrag voor de betreffende situatie. Zie verder bij agorafobie, sociale fobie en enkelvoudige fobie.

GEDACHTENVLUCHT (syn, ideeenvlucht)

Stoornis van het denken gekenmerkt door een onophoudelijke stroom van versnelde spraak met abrupte veranderingen van onderwerp, meestal op basis van begrijpelijke associaties, woordspelingen of afleidende stimuli. Komt meest voor bij manie, maar ook bij psycho-organische stoornissen, schizofrenie en als reactie op acute stress.

GEDRAGSTHERAPIE

Het oorspronkelijke uitgangspunt van gedragstherapie was dat symptomatisch gedrag kan worden opgevat als zijnde aangeleerd. In de beginjaren werden de leerprincipes van klassieke conditionering (Pavlov) en operante conditionering (Skinner) sterk benadrukt; tegenwoordig worden technieken en concepten gehanteerd die niet meer tot deze leerprincipes zijn terug te brengen. Kenmerken van de praktijk van gedragstherapie zijn dat de behandeling primair gericht wordt op observeerbare gedragingen in het heden en voorafgegaan wordt door een nauwkeurige analyse van de antecedente en consequente gebeurtenissen van het symptomatisch gedrag. Samen met de patient wordt een behandelplan opgesteld na vaststelling van behandeldoelen; de patient wordt gevraagd huiswerkopdrachten uit te voeren en de ontwikkelingen met metingen en dagboekregistratie bij te houden. Technieken waarvan een positief effect is gedocumenteerd zijn o.a.: systematische desensitizatie en flooding bij fobische klachten; het effect van deze oudere methodes wordt door exposure in vivo overtroffen; exposure in vivo met responspreventie bij obsessief-compulsieve stoornis; sociale vaardigheidstraining bij sociale angst; zelfcontroletechnieken bij ongewenste gewoonten en de plaswekker bij enuresis nocturna.

GEREMD MANNELIJK ORGASME

GEREMD MANNELIJK ORGASME

Vertraging of afwezigheid van orgasme en ejaculatie nadat aanvankelijk voldoende sexuele prikkeling tot stand is gekomen. De oude benaming voor deze stoornis is ejaculatio tarda. Meestal gaat het om een primaire aandoening. Soms bestaat wel de mogelijkheid om buiten de vagina een orgasme te bereiken, bijvoorbeeld door masturbatie. Aet. antisexueel opvoedingspatroon, afkeer van de partner, angst voor zwangerschap, homoseksuele activiteiten kunnen de achtergrond zijn. Diff. retrograde ejaculatie, ejaculatiestoornissen na urologische ingrepen en orgasmestoornissen t.g.v. psychofarmaca zoals thioridazine en clomipramine; neurologische oorzaken. Ther. sextherapie (zie aldaar) met sensate focus en in een latere fase manuele stimulering tot orgasme door de vrouw.

GEREMDE SEXUELE BEHOEFTE

Ontbreken van sexuele activiteiten en fantasieën. Kan zowel bij mannen als vrouwen op elke leeftijd optreden. Bij sommigen is de sexuele activiteit altijd al gering geweest, of gekenmerkt door functiestoornissen. Mislukte pogingen tot sexuele activiteit verergeren het probleem. Aet. psychosociale stressoren, relatieproblemen, lichamelijke ziekte, bijvoorbeeld angst na hartinfarct kunnen de aanleiding vormen. Diff. Afnemende sexuele interesse in de loop van psychopathologie zoals depressie. Ther. afhankelijk van de achtergrond. Bij diepgaande relatieproblemen is de prognose ongunstig. Sextherapie is geïndiceerd als de relatie nog redelijk tot goed is.

GEREMD VROUWELIJK ORGASME

Voortdurende of terugkerende vertraging of uitblijven van orgasme na een normale sexuele opwinding. De diagnose is doorgaans niet van toepassing als de vrouw wel een orgasme bereikt door manuele stimulering van de clitoris tijdens de coïtus. De stoornis kan primair of secundair zijn. Aet. bij primaire remming van het orgasme is meestal sprake van een antisexuele opvoeding. Bij de secundaire stoornis kunnen relatieproblemen, vrees voor zwangerschap, sexueel misbruik de achtergrond vormen. Diff. gynecologische oorzaken moeten uitgesloten worden. Ther. behandeling gericht op de aanleiding; daarna sextherapie (zie aldaar), waarbij zelfstimulering van de vrouw een tussenstap kan zijn.

GEREMDE VROUWELIJKE SEXUELE PRIKKELING

Uitblijven van sexuele opwinding bij aanwezigheid van sexueel verlangen. Deze stoornis werd voorheen frigiditeit genoemd. Het subjectieve sexuele genot of de secretoire en zwellingsreactie tijdens sexuele activiteiten blijven uit of stoppen vroegtijdig. Aet. de meest voorkomende oorzaak is prestatieangst, maar uiteenlopende psychosociale problemen kunnen de achtergrond vormen. De onzekerheid wordt erger als de partner negatief reageert. Diff. uitsluiten van een gynecologische oorzaak. Ther. sextherapie, met sensate focus.

GESTOORDE ERECTIE

Stoornis van de sexuele opwinding bij aanwezigheid van sexueel verlangen met blijvend of terugkerend mislukken van de erectie. Deze stoornis werd voorheen impotentie genoemd. Ze kan primair zijn, maar is meestal secundair. Aet. faalangst is de belangrijkste psychologische oorzaak. Negatieve reacties van de partner verergeren het probleem. Diff. Tot voor kort werd aangenomen dat

in meer dan 90% van de gevallen de oorzaak psychogeen is: waarschijnlijk komen organisch bepaalde erectiestoornissen vaker voor dan aanvankelijk gedacht; verschillende antihypertensiva (o.a. clonidine, methyldopa), psychofarmaca (antidepressiva, neuroleptica) anticholinergisch werkzame middelen en alcohol, morfine, cocaine, heroine kunnen tot erectiestoornissen leiden. Tevens kunnen ze optreden bij diverse neurologische (o.a. multipele sclerose), endocriene (o.a. diabetes), cardiovasculaire en metabole aandoeningen. Diagn. aanvullende onderzoeken ter bepaling van een organische oorzaak; testosteronspiegel; vaststelling van nachtelijke erecties pleit tegen een organische oorzaak. Ther. Behandeling met testosteroone is alleen zinvol als er van een tekort sprake is. Voor organisch bepaalde erectiestoornissen zijn prothesen ontwikkeld; ook papaverine-injecties worden toegepast. Voor de psychogen erectiestoornissen is sextherapie (zie aldaar) aangewezen.

GEZINSTHERAPIE

zie kinder- en jeugdpsychiatrie

GILLES DE LA TOURETTE

zie kinder- en jeugdpsychiatrie

GROEPSTHERAPIE

Bij de gezamenlijke behandeling van meestal een achttal patienten worden de volgende therapeutische principes werkzaam geacht: groepscohesie, leren van anderen, ervaren dat anderen gelijksoortige problemen hebben, waardering ervaren en gelegenheid tot expressie van gevoelens. Er bestaan verschillende varianten van groepstherapie en de doelstellingen kunnen lopen van inzicht geven tot steun en structuur bieden. Bijvoorbeeld: psycho-analytische groepen, transactionele groepen, experientiele, Gestalt en psychodrama zijn in belangrijke mate inzichtgevend bedoeld; gedragstherapeutische groepen hebben meer een trainingkarakter; in themagroepen worden mensen met eenzelfde problematiek samengebracht; in psycho-educatieve groepen wordt vooral het overbrengen van informatie nagestreefd, bijvoorbeeld informatie over het ziektebeloop aan ouders van jeugdige schizofrenen.

HALLUCINATIE

Zintuiglijke waarneming zonder externe stimulus die als reeel ervaren wordt. Waarnemingen tijdens dromen, inslapen (hypnagogie) en wakker worden (hypnopompe ervaringen) roepen geen realiteitsgevoel op en worden niet als hallucinaties beschouwd. In samenhang met een verstoring van de reality testing wijzen hallucinaties op een psychose. De belangrijkste soorten hallucinaties zijn: auditieve of gehoorshallucinaties: meestal stemmen, maar ook tikkende geluiden of muziek; komen vooral voor bij schizofrenie. Visuele of optische hallucinaties: gestructureerde beelden zoals mensen of ongestructureerde zoals lichtflitsen; komen vooral voor bij psycho-organische stoornissen. Tactiele hallucinaties betreffen de tastzin en gaan meestal gepaard met een waan die de hallucinatie verklaart; komen vaak voor tijdens onthouding van alcohol en drugs. Somatische hallucinaties, die gewaarwordingen binnen het lichaam betreffen, gaan eveneens met waanvorming gepaard en treden vooral bij schizofrenie op. Olfactorische hallucinaties betreffen de geur, gustatorische de smaak en zijn suggestief voor een organische stoornis.

HYPERSOMNIA

Overmatige slaperigheid overdag en vaak tevens 's nachts versterkte slaapbehoefte. Freq. De 6maands prevalentie is circa 3%. Aet. De DSM-III-R onderscheidt behalve primaire hypersomnia ook hypersomnia in samenhang met psychiatrische stoornissen; dit betreft meestal depressie en vooral zgn winterdepressie. Hypersomnia met een bekende organische stoornis berust meestal op slaap apnoe (zie kindergeneeskunde en KNO) of narcolepsie (zie neurologie). Ther. indien mogelijk behandeling van het onderliggende probleem. Voor primaire hypersomnie wordt methysergide aanbevolen.

HYPERVENTILATIE SYNDROOM

Syndroom waarbij hypocapnie ontstaat door te snelle en diepe ademhaling, wat klachten van tintelingen, duizeligheid, kortademheid en hartkloppingen voor gevolg heeft. Dit proces kan door angst op gang gebracht worden, en de lichamelijke symptomen kunnen de angst versterken, wat een vicieuze cirkel voor gevolg heeft en in een aanval van paniek kan uitmonden. De klachten lijken sterk op die van paniekstoornis en bij vrijwillige hyperventilatieprovocatie worden ze door circa 70% van de patienten met paniekstoornis herkend als die van een typische paniekaanval. Het is nog niet duidelijk of hyperventilatie een belangrijk causaal mechanisme is van paniekaanvallen, of dat het een incidenteel bijverschijnsel is. Niettemin zijn therapeutische procedures zoals ademhalingsoefeningen en ademen in een plastic zakje wel effectief gebleken; mogelijk is hier sprake van een placebo-effect.

HYPNOSE

Therapeutische procedure waarbij door inductie van een trance een toestand van verhoogde suggestibiliteit wordt opgewekt. Therapeutische strategieën kunnen dan zijn: symptoomvermindering, versterking van motivatie of zelfvertrouwen of exploratie van conflicten of herinneringen. Bij de behandeling van pijn, angst en dissociatieve klachten is het effect van hypnose gerelateerd aan de mate van hypnotiseerbaarheid. Deze is meetbaar met behulp van een aantal standaardsuggesties en blijkt een vrij stabiel persoonlijkheidskenmerk te zijn dat verband houdt met het vermogen tot imaginatieve involvering. Kinderen en adolescenten zijn doorgaans hoger hypnotiseerbaar. Patienten kunnen leren zelfhypnose toe te passen bijvoorbeeld bij chronische of recidiverende pijnklachten. Het effect van hypnose op ongewenste gewoonten (bijv roken) is niet duidelijk aan hypnotiseerbaarheid gerelateerd en vermoedelijk gering.

HYPOCHONDRIE

Persisterende overtuiging of vrees een ernstige ziekte te hebben. De preoccupatie wordt steeds opnieuw in gang gezet door banale lichamelijke verschijnselen zoals darmperistaltiek, of door milde symptomen zoals lichte hoofdpijn. Na gericht onderzoek is er doorgaans tijdelijke geruststelling; blijvende geruststelling treedt niet op. De klachten fluctueren veelal met de psychosociale belasting. Soms is de preoccupatie beperkt tot een enkel orgaan of systeem, soms verplaatsen zij zich door het lichaam. Diff. onduidelijke somatische aandoeningen. Bij schizofrenie, depressie, rouwreacties en angststoornissen wordt in de klachten-

presentatie soms de angst voor een somatische ziekte sterk benadrukt; als regel leiden de andere klachten dan tot de diagnose. Bij een waanstoornis met somatische wanen is geruststelling of correctie -ook tijdelijk- niet mogelijk. Ther. Psychotherapie of verwijzing naar een psychiater biedt doorgaans geen uitkomst. Begeleiding door de huisarts waarbij begrip getoond wordt voor de hinderlijke aard van de klachten, maar hun ongevaarlijke aard wordt voorgehouden, kan geruststellend werken. Regelmatig lichamelijk onderzoek is te verkiezen boven de kans op een machtsstrijd.

HYSTERIE

In de DSM-III-R niet meer gebruikte diagnostische categorie waarmee een verzameling stoornissen werd aangeduid met een uiteenlopend, veelal theateraal gepresenteerd klachtenpatroon. De betreffende stoornissen zijn nu ondergebracht bij conversie, somatisatiestoornis, dissociatieve stoornissen en theaterale persoonlijkheidsstoornis (zie aldaar).

IDEEENVLUCHT zie gedachtenvlucht

ILLUSIE

Foutieve waarneming van een bestaande externe prikkel, bijvoorbeeld een schaduw wordt voor een persoon aanzien. Te onderscheiden van een hallucinatie.

INCOHERENTIE

Denkstoornis die tot uiting komt in een onbegrijpelijke spraak door afwezigheid van logische verbanden, overmatig gebruik van incomplete zinnen of abrupte veranderingen van onderwerp en ongewoon woordgebruik. Kan wijzen op een psycho-organische stoornis of schizofrenie.

INDUCTIEPSYCHOSE

Zeldzame stoornis waarbij een persoon die met een dominante partner leeft die een waanstoornis heeft, deze waan overneemt. De oude naam voor deze stoornis is folie a deux; in een enkel geval zijn meer dan twee personen in dit systeem betrokken. Een geïsoleerde levenswijze van de partners bevordert het ontstaan van een inductiepsychose. Ther. Wanneer de meer suggestibele partner van de dominante wordt gescheiden verdwijnt over het algemeen de inductiepsychose. Progn. gunstig voor de partner met de inductiepsychose, als regel chronisch beloop bij de partner met waanstoornis.

INSOMNIA

Insomnia is een slaapstoornis die bestaat uit moeilijk inslapen of doorslapen, wat overdag klachten van vermoeidheid, prikkelbaarheid, concentratiezwakte en slaperigheid voor gevolg heeft. Met de leeftijd neemt de slaapbehoefte af; de meeste mensen worden vroeger wakker. De DSM-III-R maakt het onderscheid tussen insomnia in samenhang met psychische stoornissen, insomnia in samenhang met een organische factor en primaire insomnia. Freq. de 6 maands prevalentie van insomnia met een duur van tenminste 2 weken is circa 10%. Deze klacht leidt tot een aanzienlijk geneesmiddelengebruik, i.h.b. benzodiazepines. Aet. Psychiatrische stoornissen komen bij 60- 80% van de patienten met insomnia voor. Angststoornissen, dysthyme stoornis, schizofrenie, manie en acute

aanpassingsstoornissen geven vooral aanleiding tot inslaapstoornissen. Doorslaapstoornissen worden vooral gezien bij depressie i.e.z., alcoholmisbruik, en bij nachtmerries. Chronische pijn, cardiovasculaire insufficiëntie, myoclonus nocturna (zie neurologie) en restless legs (idem) zijn somatische oorzaken van doorslaapstoornissen. Overmatig gebruik van stimulantia zoals cafeïne en staken van benzodiazepines kunnen zowel in- als doorslaapstoornissen tot gevolg hebben. Ther. wanneer mogelijk de primaire oorzaak behandelen. Restless legs en myoclonus nocturnus reageren meestal op clonazepam. Benzodiazepines zijn alleen zinvol ter overbrugging van een beperkte periode. Maatregelen die bij primaire insomnia een betere slaap bevorderen zijn: vaste bedtijd en ontwaaktijd aanhouden; geen koffie of alcohol voor bedtijd; regelmatige fysieke inspanning; geen andere activiteiten dan slapen en sex in slaapkamer; geen dutjes overdag; relaxatie- en imaginatie oefeningen.

KATATONIE

Opvallende afwijkingen in de motoriek die bestaan uit het aannemen van een bizarre houding, stijfheid, stupor, flexibilis cerea d.w.z. ledematen in een stand behouden die de onderzoeker heeft aangebracht. Deze gedragingen kunnen met opwindingstoestanden afgewisseld worden. Kan voorkomen bij schizofrenie, manie en organische psychosen.

KORTDURENDE REACTIEVE PSYCHOSE

Goedaardig verlopend beeld van een psychotische stoornis met wanen, hallucinaties, incoherentie of katatonie, dat ontstaat in aansluiting op een intens trauma, zoals oorlogsgeweld, een natuurramp, verkrachting, verlies van een sleutelfiguur, bij een persoon die tevoren goed functioneerde. Typerend zijn de heftige emotionele uitingen tijdens de psychose. In het verleden werd dit beeld als hysterische psychose of psychogene psychose aangeduid. In principe mag een volledig herstel van de psychotische toestand zonder restverschijnselen verwacht worden. Het medicamenteuze beleid kan conservatief zijn: benzodiazepines of een lage dosis neuroleptica gedurende een beperkte periode. Psychotherapie dient gericht te zijn op verwerking van de stressvolle gebeurtenis.

KLEPTOMANIE

Stoornis in de impulscontrole waarbij niet kan worden weerstaan aan de impuls om te stelen. Het motief is niet het bezit van de gestolen voorwerpen, die vaak worden opgeborgen of weggegeven, maar de bevrediging en spanningsreductie die het stelen oplevert. In tegenstelling tot wat vaak wordt geloofd ontbreken aanwijzingen voor een behoefte om betrappt te worden. Diff. gewoon stelen, nagebootste stoornis, al dan niet in combinatie met antisociale persoonlijkheid; het stelen van waardevolle voorwerpen en aanwijzingen dat de diefstal is voorbereid pleiten sterk tegen de diagnose kleptomanie. Een impulsieve diefstal in het kader van een manische episode zal ook goed van kleptomanie te onderscheiden zijn. Freq. kleptomanie komt tamelijk zelden voor; bij minder dan 5% van de winkeldiefstallen is er aanleiding voor deze diagnose. Ther. aanleiding voor behandeling is als regel contact met politie. Met inzichtgevende psychotherapie en gedragstherapie zouden goede resultaten bereikt worden.

Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Centre

F. S. BAGENAL D. F. EASTON E. HARRIS C. E. D. CHILVERS
T. J. MCELWAIN

The Bristol Cancer Help Centre (BCHC) was set up in 1979 to offer various alternative therapies and treatments for patients with cancer. It attracted much public interest and a high demand for its services—and profound medical scepticism. In a study beginning in 1986 of 334 women with breast cancer attending the centre for the first time between June, 1986, and October, 1987, information about the diagnosis was obtained from case notes. Controls were a sample of 461 women with breast cancer attending a specialist cancer hospital or two district general hospitals. The same information was obtained for the control group as for the BCHC group. All patients have been followed up to June, 1988. 85% of patients with breast cancer attending the BCHC were aged under 55 at diagnosis. More than half had experienced recurrence of their disease before entry. For patients metastasis-free at entry, metastasis-free survival in the BCHC group was significantly poorer than in the controls (relapse rate ratio 2.85). Survival in relapsed cases was significantly inferior to that in the control group (hazard ratio 1.81). For cases metastasis-free at entry to the BCHC there was a significant difference in survival between cases and controls, confirming the difference in metastasis-free survival. There was no significant difference in survival or disease-free survival between the cancer hospital controls and other controls.

Lancet 1990; 336: 606-10.

Introduction

Interest in and use of alternative medicines and practices for the treatment of cancer has been growing for several years despite lack of any scientific evidence for anti-tumour effects. Most cancer specialists are not happy to recommend "alternative" therapy, although some take the view that it is at least harmless. Countries differ in their attitudes to alternative medicine in state health services. For instance, in France complementary medicine attracts the subsidy accorded to allopathic medicines¹ while in the UK complementary medicines are not available on National Health Service prescriptions although doctors may recommend practitioners of alternative therapies so long as they themselves retain overall responsibility for the patient. Clearly what is needed is a scientific evaluation of the efficacy of the regimens now being used by increasing numbers of people.

Alternative cancer regimens tend to be based on three notions—that "detoxification" leads to a better quality of life and possible cancer regression (this being the basis of the many diets supposed to have an anti-tumour effect); that the immune system can be stimulated and that this will lead to an anti-tumour effect; and that a holistic approach, seeking a harmonious balance between the patient's mind, body, and spirit, will be beneficial.

The Bristol Cancer Help Centre (BCHC) was set up in 1979 to offer alternative treatments for patients with cancer. The stringent "Bristol diet" of raw and partly cooked vegetables with proteins from soya and pulses attracted much public interest and a high demand for the services of the centre—and deep medical scepticism.² The ideology of the BCHC is that the cancer patient can contribute to the healing process in a positive, active way. The diet, though still a central part of the treatments on offer, has become more palatable and adherence to it is now tailored to the individual's needs and state of health rather than to his or her willpower. The centre also offers counselling, "healing", and alternative therapies claimed to enhance quality of life and help to develop a positive attitude to cancer. Patients may initially attend the BCHC for a week-long course or for a single day.

This study began in June, 1986. BCHC staff and patients felt a need to validate scientifically the results they felt had been achieved. They invited a team of doctors and scientists (T. J. McE., Lord McColl, Sir Walter Bodmer, C. E. D. C., and Dr Peter Maguire) to discuss how this could be done. Two studies were proposed, this one and one that evaluated quality of life. Both the staff and the patients at the centre and the patients' consultants have cooperated fully. The study is restricted to women with breast cancer attending the centre for the first time; one-third of all BCHC clients have a diagnosis of breast cancer.

Patients and methods

Cases

BCHC patients are designated "cases". Eligible cases conformed to the following criteria: attending for the first time as either a daily or weekly patient at the BCHC; diagnosed in the UK and since Jan 1, 1979; age under 70 at diagnosis; and having a single invasive primary cancer of the breast. Women with bilateral synchronous tumours were ineligible, though patients with subsequent, recurrent tumours in either breast were eligible.

Eligible patients were selected from the lists of those attending the BCHC daily or weekly between June 1, 1986 and Oct 31, 1987. They were interviewed at the BCHC and consent was obtained for access to their notes. Copies of the registration forms used at the BCHC were then sent to the Institute of Cancer Research where details of disease and treatment, the names of the treating consultants, and the use of alternative treatments were abstracted. These consultants were asked to supply the hospital notes, from which full clinical data were collected on the diagnosis, treatment, and history up to the date of first attendance at the BCHC. 81% of

ADDRESSES: Section of Epidemiology, Institute of Cancer Research, Sutton, Surrey SM2 5NG, UK (Prof C. E. D. Chilvers, MSc*, F. S. Bagenal, BSc, D. F. Easton, MA), Bristol Cancer Help Centre, Grove House, Cornwallis Grove, Clifton, Bristol (E. Harris, MSc); and Section of Medicine, Institute of Cancer Research and Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey (Prof T. J. McElwain, FRCP). Correspondence to Ms F. S. Bagenal.

* Present address: Department of Public Health Medicine and Epidemiology, University of Nottingham Medical School, Queen's Medical Centre, Nottingham.

cases had been diagnosed from 1984 onwards and 69% were aged less than 50 at diagnosis.

Controls

To be eligible a control had to conform to the same criteria as the cases but must not have attended the BCHC. Controls were drawn from the Royal Marsden Hospital RMH a specialist cancer hospital) and two district general hospitals (DGH). At RMH controls were identified in the breast cancer database. They were selected by age (up to 50, 50 and over) and year of diagnosis (1979-83, 1984 onwards). A random sample of hospital numbers was drawn for the four strata defined in this way with sampling fractions such that roughly equal numbers of controls and cases were drawn. Notes were obtained as for the cases. Crawley Hospital was selected as a typical DGH, and a random list was drawn up that reflected the age and date of diagnosis distributions at the BCHC. Case notes were obtained as before. Because there were insufficient controls for patients diagnosed from 1984 onwards and under 50 at diagnosis, a listing of all controls fitting these criteria was generated by the Thames Cancer Registry for a second DGH (Royal Surrey County Hospital, Guildford), and all were included.

Follow-up

Cases were followed up annually. Clinical details of recurrence and treatment since a defined date (date of last follow-up or initial data collection at BCHC) were entered onto a form sent to treating consultants. Should a case have abandoned conventional treatment her general practitioner was sent the form to complete. Cases were sent an annual questionnaire asking about use of alternative therapies and diets. Cases and controls were followed up to June 1, 1988. Cases and controls lost to follow-up were flagged in the NHS Central Register. Dates of death of cases or controls known to have died but with unknown date of death were supplied by the central register.

Computerisation of records and quality control

Data on the forms for consent and BCHC registration, the clinical form completed on receipt of the hospital notes, and the clinical follow-up and death forms were entered onto computer via the COMPACT package.³ This package has a facility for entering both single forms (eg, initial patient data) and multiple follow-up forms and has an output facility designed to give easy access to latest follow-up information or first occurrence of any event plus user-defined checks to prevent illogicalities in dates and in related variables such as staging. Extensive checking with original data was done.

Survival analysis

Our main aim was to compare survival and metastasis-free survival in patients treated at the BCHC and in the controls. There are two main potential sources of bias in this non-randomised study. The BCHC and control groups may differ with respect to known prognostic factors such as T and N stage. To allow for possible imbalances we have used Cox regression,⁴ in which the risk of death (or recurrence) can be related to several prognostic factors simultaneously; each factor is assumed to act multiplicatively, and the effect of each factor (including BCHC attendance) is expressed in terms of a death rate ratio (or hazard ratio).

The second difficulty is that patients enter the BCHC from a few weeks to several years after diagnosis and are only "at risk" from the date of entry to the BCHC. The controls, however, are followed up from their date of diagnosis. The principal method used was to analyse treatment group as a time-dependent covariate, which is unknown for cases up to the time of BCHC entry. This allows a more efficient analysis of relapse-free survival and of overall survival in patients with metastatic disease at BCHC entry. It is not, however, straightforward to analyse overall survival in cases initially disease-free in this way, because they must be compared with

TABLE I—FORMATION OF BCHC STUDY GROUP

Consent to study	No	Ineligible because of	No
Attending	459	Previous cancer	1
Missed by interviewer	17	Bilateral	6
Refused to take part	29	Diagnosed pre-1979	23
Not known	6	Diagnosed abroad	3
		In-situ cancer only	15
Total consenting to study	407 (88.7%)	Age over 70	7
Consultant refused	5	Other*	13
Total potentially eligible	402 (87.6%)	Total ineligible	68
		Total in study	334

*Revoked consent 1, insufficient information 3, notes untraceable 2, consultant refusal to send notes 2, refused treatment, no pathology 5

control patients relapse-free after the same interval from diagnosis. This entails different BCHC patients being compared with a different, but overlapping, subset of controls. The second method is to begin the analysis at a fixed time after diagnosis, the "landmark" method. Individuals presenting at BCHC after that time are excluded. Since most women presenting at the BCHC without metastatic disease do so within 1 year of diagnosis (see below) this time point has been used in the landmark analyses. This technique can be used for the analysis of both relapse-free survival, and overall survival in patients without metastatic disease at entry. For the analysis of survival in patients with metastatic disease at entry, analysis is started one year after the date of metastasis. This straightforward method of analysis allows simple survival curves to be produced, but is inefficient because individuals relapsing (or dying) within 1 year of diagnosis, and individuals in the BCHC group not presenting at the BCHC within 1 year of diagnosis do not contribute. The third type of analysis was one in which cases and controls have been individually matched. For cases metastasis-free at BCHC entry, controls were matched on T stage, N stage, age at diagnosis (under 35, 35-44, 45-54, 55-64, and year of diagnosis). The control with the date of diagnosis nearest to that of the case was chosen. For cases relapsed at BCHC entry, controls were matched on year of relapse and time from primary diagnosis to relapse (0, < 2 years, 2-4 years, 4 years +), and the control with the nearest date of relapse to that of the case was chosen.

A further potential bias relates to the recorded date of relapse. A relapse will usually be diagnosed using tests carried out as a result of symptoms (such as bone pain) and some time will elapse between first symptoms and the definitive date of relapse (usually no more

TABLE II—CHARACTERISTICS OF BCHC SAMPLE

	No (%)
Age	
< 45	176 (52.7)
45-54	110 (32.9)
55-64	42 (12.6)
65-69	6 (1.8)
Current smoker (yes/no)	23 (6.9) 310 (93.1)
Reported family history of cancer (yes/no)	228 (68.3) 106 (31.7)
Reported mother with cancer (yes/no)	70 (21.0) 264 (79.0)
Alternative therapies used at entry	
Any	134 (40.9)
Diet	75 (22.9)
Healing	60 (18.3)
Homoeopathy	22 (6.7)
Isador mistletoe extract	16 (4.9)
Acupuncture	10 (3.1)
Reflexology	5 (1.5)
Meditation	4 (1.2)
Yoga	2 (0.6)
Other	34 (10.4)
Disease status at entry to BCHC	
Recurrence-free	148 (44.3)
Local recurrence only	47 (14.1)
Metastatic disease	139 (41.6)

*Answers not recorded for all patients, hence varying denominators

than 2-3 weeks). Some cases may attend the BCHC because of symptoms of relapse (perhaps instead of going to their doctor), although relapse had not been diagnosed at that time. Such cases would seriously bias the analysis of relapse-free survival, and to avoid this possibility, the date of entry for cases is taken to be 3 months after their actual BCHC entry. Thus cases relapsing in this 3-month period are taken to be "relapsed cases" rather than relapse-free cases.

Results

Response rates

459 cases were identified at the BCHC between June, 1986, and October, 1987. For various reasons 57 of these potentially eligible patients did not take part. Of the remaining 402, 68 were found to be ineligible once the notes were received, leaving 334 (table 1). 244 RMH controls and 217 DGH controls were included. For all the controls access to the notes was allowed.

Follow-up

For cases, consultant response to the first year of follow-up (ie, consultants who returned the follow-up completed) was 98%, the remaining 5 reflecting loss or unavailability of case notes. 1 case and 1 control have been lost to follow-up and have been flagged by the NHS Central Register. 6 cases and 1 control have emigrated and the date of these events is awaited from the central register. Cases and controls have been followed up until June 1, 1988, for this analysis. All controls have been followed up until this date but information is unavailable for 3 cases.

Bristol cases

86% of patients with breast cancer attending the BCHC were aged under 55 at diagnosis (table 11). 7% were current smokers at entry; of the 310 who said they did not smoke 201 (65%) had never smoked and 109 had given up. Of the ex-smokers 101 (93%) had smoked for 5 or more years. 68% reported a close relative with cancer, 21% having a mother with cancer. 41% were using some alternative therapy at the time of their first visit to the BCHC. By the first visit to the BCHC, 56% had experienced disease recurrence (local in 14%, metastatic in 42%).

Cases attending the BCHC for the first time during a one year period were selected and return visits within a year were counted. 83 (43%) of the 195 day visitors, and 32 (30%) of the 107 attending for the first time for a one week course returned at least once within the year.

Comparison of cases and controls

Even though controls were broadly divided by age into less than and greater than 50 stratification in 10-year age bands revealed that 86% of cases were aged less than 55 compared with 73% of controls (table III). This difference in age is reflected in menopausal status, more cases (65%) than controls (54%) being premenopausal. Cases and controls were similar with respect to history of oophorectomy, but 10% of cases and 15% of controls had had a hysterectomy.

All cases and controls were TNM staged, and initially cases and controls were not matched on stage of disease. The only differences between RMH and DGH controls was in respect of T and N stage at diagnosis (table III), RMH controls being more likely to be T3-4 and less likely to be T1 than the other controls and more likely to be node positive. Clinical staging was similar in the cases and controls, being stage I in 56% and 56%, respectively, stage II in 16% and

20%, stage III in 25% and 22%, and stage IV in 3% and 2%.

Surgical treatment of the primary disease tended to be more extensive for cases than that for controls, mastectomy being more common in the cases (43% vs 36%).

Metastasis-free survival

Metastatic disease developed in 46 BCHC patients who had been metastasis-free at entry. Of these, 13 were within 3 months of BCHC entry. Our analysis began 3 months from BCHC entry (see Methods), leaving 33 relapses to be analysed. Among 471 controls 134 relapses have occurred. Relapse-free survival is slightly poorer in RMH controls than in the DGH controls (hazard ratio after adjusting for other prognostic factors 1.32; NS). The Cox regression analysis, with BCHC attendance as a time-dependent covariate, is shown in table IV. After allowance for T and N

TABLE III—COMPARISON OF CASES AND CONTROLS

	Cases (n = 334)	Controls			p*
		RMH (n = 244)	DGH (n = 217)	All (n = 461)	
Age:					<0.001
≤45	176	82	85	167	
45-54	110	84	84	168	
55-64	42	58	46	104	
65-69	6	20	2	22	
Menopausal status:					0.001
Pre	202	118	112	230	
Peri	29	15	16	31	
Post	81	98	71	169	
NK	22	13	18	31	
Oophorectomy:					NS
Yes	5	9	4	13	
No	322	234	206	440	
NK	7	1	7	8	
Hysterectomy:					0.05
Yes	33	38	31	69	
No	293	205	183	388	
NK	8	1	3	4	
Side of tumour:					NS
Left	175	129	100	229	
Right	159	115	117	232	
Stage at diagnosis:					NS§
T1	99	48†	61	109	
T2	146	134	111	245	
T3-4	83	62	35	97	
Tx	6	0	10	10	
N0	232	140†	155	295	0.08§
N1	90	87	53	140	
N2-3	12	17	9	26	
M0	325	240	212	452	NS
M1	9	4	5	9	
Stage:					NS§
I	187	123	133	256	
II	53	54	39	93	
III	85	63	40	103	
IV	9	4	5	9	
Surgical treatment of:					0.07
primary:					
Biopsy only	26	7	18	25	
Wide local excision	156	138	118	256	
Mastectomy	142	87	77	164	
Aspiration only	10	12	4	16	
Radiotherapy:					NS
Yes	222	174	153	327	
No	111	68	62	130	
NK	1	2	2	4	
Adjuvant therapy:					NS
Yes	143	101	102	203	
No	191	143	115	258	

* χ^2 tests (degrees of freedom 1, 2, or 3) for homogeneity or difference in trends.

†Test for difference in trends between RMH and other controls ($p < 0.05$)

‡Test for difference in trends between RMH and other controls ($p < 0.01$)

§Homogeneity or difference in trends.

TABLE IV—COX REGRESSION ANALYSIS OF METASTASIS-FREE SURVIVAL

Variable	Coefficient	SE	RR*
BCHC	1.05	0.25	2.85
T2	0.44	0.26	1.55
T3	1.20	0.30	3.32
T4	1.41	0.37	4.08
N1 N2	0.40	0.19	1.50
Age 45+ at diagnosis	0.06	0.18	1.06
Diagnosed 1984 or later	-0.75	0.21	0.47

*Relative risk; control group, T1, N0, age at diagnosis below 45, and diagnosis before 1984 having RRs of 1.00.

stage, year of diagnosis and age at diagnosis, metastasis-free survival in the BCHC group is significantly poorer than in the control group (relapse rate ratio 2.85, $p < 0.001$). In the matched analysis, 126 cases relapse-free at BCHC entry were successfully matched with controls; their relapse-free survival is shown in the figure. 21 cases have relapsed compared with only 6 controls (table v; log-rank test $\chi^2 = 8.31$, $p = 0.004$), confirming the Cox regression analysis.

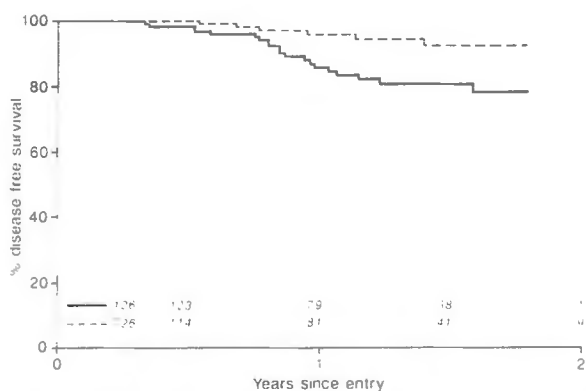
When the landmark method is used the difference in relapse-free survival between cases and controls is smaller and non-significant (relapse rate ratio 1.52; NS). This analysis however utilised only 11 of the relapses in the BCHC group.

Overall survival, relapsed patients

104 patients in the BCHC group had died by June 1, 1988, 89 deaths being in patients who had already relapsed before BCHC entry. The 5 deaths within 3 months of BCHC entry have been excluded from the analysis. On Cox regression analysis (time-dependent covariate method) survival in the BCHC group is significantly inferior (hazard ratio 1.81, $p < 0.001$), after allowing for other prognostic factors (table vi). In the matched analysis the effect is smaller and non-significant (relapse rate ratio = 1.26, table v) and the landmark method shows little difference between the two groups. There is no significant difference between RMH and DGH controls.

Overall survival, patients relapse-free at BCHC entry

Cox regression is not appropriate here. Matched analysis suggests a significant difference between cases and controls



Relapse-free survival in cases (—) and matched controls (---).

Numbers on x axis indicate patients at risk.

TABLE V—LOG RANK ANALYSIS OF SURVIVAL AND DISEASE-FREE SURVIVAL BASED ON MATCHED ANALYSIS

Group	No	Events		p*
		Obs	Exp	
<i>Relapse-free survival</i>				
BCHC	126	21	13.52	0.004
Control	126	6	13.48	
<i>Overall survival (with metastasis)</i>				
BCHC	92	55	47.90	NS
Control	92	73	80.10	
<i>Overall survival (initially disease-free)</i>				
BCHC	126	8	4.13	0.01
Control	126	2	5.87	

*Log-rank χ^2 test

TABLE VI—COX REGRESSION ANALYSIS OF SURVIVAL IN METASTATIC PATIENTS

Variable	Coefficient	SE	RR*
BCHC	0.59	0.26	1.81
T2	0.23	0.29	1.25
T3	0.19	0.33	1.21
T4	0.21	0.44	1.24
N1 N2	-0.07	0.22	0.93
Age 45+ at diagnosis	-0.05	0.21	0.95
Diagnosed 1984 or later	-0.12	0.26	0.89
Disease-free interval 1-3 yr	-0.19	0.25	0.83
Disease-free interval 3 yr or more	-0.18	0.36	0.83

*Relative risk; control group, T1, N0, age at diagnosis below 45, diagnosis before 1984, and disease-free interval less than 1 year having RRs of 1.00.

(hazard ratio 5.69, $p = 0.01$; table v) but by the landmark method the difference is only marginally significant ($p = 0.07$). There is no evidence of a difference between RMH and DGH controls.

Discussion

These results suggest that women with breast cancer attending the BCHC fare worse than those receiving conventional treatment only. Delays in the diagnosis of relapse as a result of attendance at the BCHC is an unlikely explanation because relapse would normally be confirmed within a few weeks and patients relapsing within the first 3 months of going to the BCHC are excluded. Inspection of hospital case notes suggests that it is unlikely that patients suspecting a relapse went to the BCHC rather than to their own doctor. An alternative possibility is that patients attending the centre, coming as they do from DGHs, may be less intensively investigated for relapse than patients attending RMH. However, DGH controls and RMH controls show no difference in disease-free survival. "Upstaging", the tendency to classify patients into a higher stage as a result of more intensive investigations, is also unlikely because all participants were staged by one of us (F. B.) on UICC criteria.⁵

The difference in survival amongst patients with metastatic disease could be the result of a difference in severity of disease at time of entry to the BCHC, and this requires further investigation. The least biased comparison will probably be that between overall survival of BCHC attenders without a relapse at their first visit to BCHC and similar controls, but numbers of deaths are small.

7 cases (2%) attending the BCHC had a second histologically confirmed primary breast cancer whereas no

104

controls had a confirmed second primary. Since these cases may have poor survival, the principal analyses censored follow-up at the date of the second primary. However, analyses not excluding patients with a secondary primary made little difference to the results. Cox regression should be the most efficient analysis in metastatic cases, but is trickier for the analysis of overall survival because cases metastasis-free at BCHC entry must be compared with controls who are disease-free after the same period. Matched analysis can be used for all these endpoints but it is less efficient because individual matches sometimes could not be found.

When alternative or unconventional therapies are being compared with orthodox treatments randomisation is the ideal—as was done, for instance, in trials of spinal manipulation for low back pain,⁶ acupuncture for spinal pain,⁷ and hypnotherapy for irritable bowel syndrome⁸—but a randomised study design was not acceptable to the BCHC. Comparability of the control and BCHC groups is thus important to interpretation of these results. RMH is a cancer hospital but the similarity of relapse rates between the two control groups confirms that patients attending the RMH are not a selected group. Patients with breast cancer attending BCHC are atypical in that 85% of them were under 55 years of age at diagnosis (for England and Wales the comparable figure in 1984 was 29%). However, menopausal status is not a strong prognostic factor for breast cancer¹⁰ and the BCHC group was not grossly dissimilar to the controls with respect to the important factors of T and N stage.

We do not yet know why patients choose to visit the BCHC. Experience of cancer in a close relative might motivate a search for an alternative model of healing. Or the apparent failure of conventional therapy in their own case may prompt a commitment to try a different regimen. Before their first visit the cases had not, however, rejected conventional treatment: they were just as likely to have had surgery and or radiotherapy. A commitment to a healthy lifestyle may explain the preference for a regimen based upon a specific diet. Only 7% of cases were current smokers and 33% had given up smoking. Nationally, amongst women aged 20 and over, 34% currently smoke and only 14% are ex-smokers.¹¹ 41% of cases were using alternative therapies at the first BCHC visit, such as diet or "healing".

The substitution of the BCHC regimen for conventional therapy is clearly not an issue since few patients had rejected conventional therapy. However, psychological differences between attenders and non-attenders have not been addressed in our study, and these may be important.¹² While it is possible that BCHC attenders may, in some subtle way, have worse disease than our control series, the possibility that some aspect of the BCHC regimen is responsible for their decreased survival must be faced. For example, does radical adherence to a stringent diet shorten life in patients whose survival is already threatened by cancer? Our study certainly shows that patients choosing to attend the BCHC do not gain any substantial survival benefit. Whether quality of life is enhanced is yet to be answered. Other alternative practitioners should have the courage to submit their work to this type of stringent assessment.

We thank the BCHC patients and staff and the consultants who responded so generously and promptly: Prof P. S. Boulter, Dr A. Folkles, Dr A. Y. Rostom, Dr C. A. Topham, Dr W. F. White, and Dr J. Brient (Guildford); Mr J. C. Ball, Mr S. J. Janvrin, and Mr J. Neely (Crawley); and Dr Trevor Powles and Dr Sue Ashley (RMH) for help in assembling control groups; the medical records staff and medical secretaries at the Royal Marsden, Crawley, and

Guildford Hospitals, especially Ann Strudwick, for helping in retrieving notes; staff at the Thames Cancer Registry; Lindsay Johnson, Karen Moser, Margaret Snigorska, Ruth Gell, Ruth Marriott, and Peta Heatley for clerical and secretarial assistance; and Judith Bliss and Nigel Rawson for computing advice. This study was funded by the Cancer Research Campaign and the Imperial Cancer Research Fund.

REFERENCES

1. Editorial, Europe looks at complementary medicine. *Br Med J* 1989; **299**: 1121.
2. Crawford MS. Cancer help in Bristol. *Lancet* 1984; **ii**: 582.
3. Chilvers CED, Fayers PM, Freedman LS, et al. COMPACT computer package. *Stat Med* 1988; **7**: 1165-70.
4. Cox DR. Regression models and life-tables. *J Roy Stat Soc B* 1972; **34**: 187-220.
5. International Union against Cancer. TNM classification of malignant tumours. Geneva: IUAC, 1968.
6. Doran DML, Newell DJ. Manipulation in treatment of low back pain: a multicentre study. *Br Med J* 1975; **ii**: 161-64.
7. Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, et al. Dry needling of muscle motor points for chronic low back pain. *Spine* 1980; **35**: 270-91.
8. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet* 1984; **ii**: 1232-34.
9. Office of Population Censuses and Surveys. Cancer statistics registrations. Series MBI no 1b. London: OPCS, 1984.
10. Pocock SJ, Gore SM, Kerr GR. Long term survival analysis: the curability of breast cancer. *Stat Med* 1982; **1**: 93-104.
11. Office of Population Censuses and Surveys. General household survey 1984. London: HM Stationery Office, 1986.
12. Greer S. Cancer and the mind. *Br J Psychiatry* 1983; **143**: 535-43.

VIEWPOINT

Assisted death

INSTITUTE OF MEDICAL ETHICS WORKING PARTY ON THE ETHICS OF PROLONGING LIFE AND ASSISTING DEATH*

The Institute of Medical Ethics has frequently been urged to address the following issue:

The lives of an increasing number of patients, predominantly but by no means all elderly, are now being prolonged by modern medicine in states of coma, severe incapacity, or pain they consider unrelievable and from which they seek release. Doctors in charge of such patients have to decide not only whether they are morally bound to continue with life-prolonging treatment, but also, if no such treatment is being given, whether and in what circumstances it is ethical to hasten their deaths by administration of narcotic drugs.

In response the Institute set up a working party to investigate and report on the ethics of prolonging life and assisting death. The individuals invited to serve had been nominated with the intention of securing a broad spectrum of ethical viewpoints on the subject.

*Chairman: Mr Geoffrey Drain. Members: Miss Sheila Adam, Prof Thomas Arie, Sir John Batten, Miss Irene Bloomfield, Dr Colin Brewer, Prof Alex Campbell, Fr Brendan Callaghan SJ, Dr Donald Evans, Prof Charles Fletcher, Dr Gillian Ford, Prof Roger Higgs, Prof Bryan Jennett, Dr Elliot Shinebourne, the Very Revd Edward Shotton, Prof James Williamson, and Mrs Lynne Young (the late Paul Sieghart was a member and took part in the discussion of earlier drafts of this paper). Secretary: Dr Kenneth Boyd. Hon research assistant: Miss Ursula Gallagher.

LETTERS to the EDITOR

Bristol Cancer Help Centre

SIR,—Ms Bagenal and her colleagues' study (Sept 8, p 606) comparing women with breast cancer attending the Bristol Cancer Help Centre (BCHC) with a control group unexpectedly reveals a significant decrease in survival. Most clinicians would have expected the two groups to show similar survival, and some would probably not have been surprised had results shown a survival advantage for the BCHC women, possibly attributing this to a positive attitude or a quality-of-life effect. A significant negative difference is very odd, and raises several important questions.

What is being measured? The main inclusion criterion was an attendance at BCHC. Attendance at this centre, be it for a day or for a week, is, in its nature, more an educational experience than a therapeutic intervention. Most patients did not return for any follow-up appointment. Therefore the significant variable in this study can be assumed to be any behavioural change consequent upon attendance, rather than attendance itself. The next report will provide data on which patients did do regular relaxation or visualisation, receive counselling, change their diet, receive laying on of hands, and so on. It should then be possible to correlate behavioural change with survival by, for example, distinguishing those who followed the programme fully, partly, or negligibly and establishing which patients made major, modest, or no dietary changes. Such an analysis should begin to show whether the result is due to inherent differences between the case and control populations or is an effect of adopting the Bristol programme.

Is like being compared with like? For a patient to adopt a self-help programme requires considerable motivation. This fact precluded randomisation (although research models using randomisation with interventions dependent upon patient motivation have recently been described¹), so a serious methodological difficulty was introduced. Controlling for all variables which could be significant is very demanding.

Tumour and node status are fully documented; however, site and extent of metastases have not been considered. Psychosocial factors may well be predictors of disease-free and overall survival.²⁻⁶ There could be considerable differences in psychosocial profiles between the self-selected cases and the controls in terms of mental adjustment to cancer, quality of life, locus of control, anxiety, depression, and life events. A further study is required to examine this potentially major source of bias.

The study bears comparison with that of Spiegel et al,⁷ a prospective randomised trial of a weekly group offering relaxation, self-hypnosis for symptom control, and group counselling to women with metastatic breast cancer. At 10 years the intervention group showed a significant near-doubling in mean survival. Curiously, over the first 18 months the intervention group showed an increased death rate (not significant; 30% vs 22%, n=82) over that in the controls.

A potentially important point not addressed in the report is that interpretation of longer term follow-up may be confounded by cases in the study abandoning their Bristol programme when they hear the interim results. It can be assumed that a number will make the false deduction that the report proves that the Bristol approach decreases survival.

What will be made of this interim report? Alternative medicine zealots will no doubt brush it aside, saying that it was not a proper trial of what Bristol is really about. On the other hand, the convinced anti-complementary school may well say "I told you so, worse than useless". The middle, rational ground is the suspension of judgment pending further investigations. This trial and Spiegel's

are the only published prospective psychosocial intervention studies on women with breast cancer. Spiegel's randomised 10-year trial⁷ showed a positive result; this non-randomised interim report yields a negative one. *The Lancet*, in an editorial⁸ accompanying Spiegel's study, sought to encourage its readers to a "healthy scepticism" when considering this controversial field of study. I trust that this attitude will be applied in the present case also.

Bristol Cancer Help Centre,
Grove House,
Cornwallis Grove,
Clifton BS8 4PG, UK

T. A. B. SHEARD

1. Brewin CR, Bradley C. Patient preferences and randomised trials. *Br Med J* 1989; 299: 313.
2. Derogatis LR, Abelloff MD, Melisaratos N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 1979; 242: 1504-08.
3. Greer S. Guest editorial. *Br J Cancer* 1989; 59: 149-51.
4. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979; ii: 785-87.
5. Cassileth BR, Lusk EJ, Miller DS, Brown LL, Miller C. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease? *N Engl J Med* 1985; 312: 1551-55.
6. Ramirez AJ, Craig TKJ, Watson JP, Fentiman IS, North WRS, Rubens RD. Stress and relapse of breast cancer. *Br Med J* 1989; 298: 291-93.
7. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; ii: 888-91.
8. Editorial. Psychosocial intervention and the natural history of cancer. *Lancet* 1989; ii: 901.

The Scots and their hearts

SIR,—Your Aug 11 editorial is misleading and inaccurate. As chairman of the Working Group on the Prevention of Coronary Heart Disease in Scotland I should like to clarify the group's setting-up and composition and comment on the implementation of the report.

The group was appointed in 1988 by the Scottish Health Service Planning Council "To review issues relating to the prevention of coronary heart disease, to examine activities undertaken by SHEG [Scottish Health Education Group] and health boards in this field, and to advise on a national approach to the prevention of coronary artery disease within which SHEG and health boards might operate". The report thus aimed both to set out, in broad terms, a policy on the prevention of coronary heart disease (CHD), and to provide guidelines on its implementation.

In commenting on the group's composition you demonstrate a lack of understanding of the report's intended readership, which included a substantial proportion of those involved in the delivery of services and management. The membership of the group reflected the multidisciplinary collaboration necessary for the implementation of policy and included representatives of cardiology, epidemiology, general management at board and unit level, general practice, health board chairmen, health education, health visiting, nurse management, and public health medicine. (It was unfortunate that one of our general practitioner representatives resigned shortly after the start of the group's work, because of other commitments.) We were fortunate in having two established CHD researchers, and their knowledge was supplemented by further evidence, the sources of which are listed in an appendix to the report.

The editorial dismisses the report's recommendations for the establishment of a new body directly responsible for health promotion as "a recipe for further procrastination": the introductory note by the Scottish Home and Health Department indicates clearly that this is not the case. Referring to the Government's response to this report (and to a review of health

Hardnekkige bedplassers
Dick N. Oudshoorn

De laatste behandeling in het kader van mijn onderzoek wordt een dezer dagen afgesloten, maar een aantal follow-ups lopen nog tot feb/mrt'91. Binnenkort zullen de statistische bewerkingen van start gaan. In het volgende TDT hoop hiervan verslag te doen.

Wat kan ik op dit moment reeds vertellen? Wel, dat uiteindelijk 53 patiënten zijn behandeld, overwegend van 10-14 jaar oud

V3 leeftijd

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	10	12	22.6	22.6	22.6
	11	5	9.4	9.4	32.1
	12	4	7.5	7.5	39.6
	13	13	24.5	24.5	64.2
	14	11	20.8	20.8	84.9
	15	2	3.8	3.8	88.7
	16	1	1.9	1.9	90.6
	17	2	3.8	3.8	94.3
	18	2	3.8	3.8	98.1
	21	1	1.9	1.9	100.0
	TOTAL	53	100.0	100.0	

Valid Cases 53 Missing Cases 0

Het gaat om een vergelijking tussen behandeling met een standaardconditie "A" = de plaswekker, met een eclecticische behandeling "B" die een keuze omvat uit een of meer van de volgende onderdelen (modulen):

- zelfcontrôleoefeningen
- hypnose, meestal symptoomgerichte zelfhypnose
- psychotherapie (soms met exploratie in hypnose) en/of gezinstherapie.

31 patiënten zijn enkelvoudig met de A- of B-conditie behandeld waarna het gewenste succes was bereikt of werd afgehaakt.

22 patiënten zijn na een eerste behandeling met teleurstellend resultaat gekruist naar de andere conditie.

V4 conditie

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
A	1	9	17.0	17.0	17.0
AB	2	7	13.2	13.2	30.2
B	6	22	41.5	41.5	71.7
BA	7	15	28.3	28.3	100.0
	TOTAL	53	100.0	100.0	

Valid Cases 53 Missing Cases 0

Zodoende is 31x de A- en 44x de B-conditie gegeven. Dit zijn 75 behandelingen.

Primaire standaardbehandeling: succes 7/17 (41%)
 Bij onvoldoende succes gevolgd door "B": succes 4/7) totaal 11/17 (65%)
 succes

Primaire eclecticische conditie: succes 16/38 (42%)
 Bij onvold. resultaat gevolgd door "A" 8/15) totaal 24/38 (63%)
 succes

De A- en de B-conditie zijn dus door de bank genomen even effectief en gekruiste behandeling geeft nogeens een aanzienlijke verbetering van het succespercentage en wel in beide richtingen.

Dit zijn cijfers die globaal de hele groep betreffen, maar bij uitsplitsing, met name kijkend naar "comorbiditeit" en "gezinstegenspoed", worden aanzienlijke verschillen zichtbaar. Enkele vragen waarop ik in dit onderzoek een antwoord hoop te vinden zijn die naar predictoren voor succes en naar indicatoren voor de ene dan wel de andere conditie. Dit zal nog heel wat gereken vergen, maar ik kan er uit de losse pols al wel wat van zeggen.

De "comorbiditeit" wordt als volgt gescoord:

Het aantal psychiatrische symptomen volgens een ICD-9-lijst nagevraagd bij de intake,

plus het aantal DSM-III-R-classificaties,

plus twee scores van de Achenbach-vragenlijst (resp. 'sociale competentie' en 'somscore gedragsproblemen')

levert een getal op van 2 of hoger.

De hoogte van deze score heeft geen invloed bij een eclecticische behandeling, heeft wel invloed bij primaire behandeling met de plaswekker (PW), maar geen invloed bij secundaire PW-behandeling.

Achenbachs lijst maakt het mogelijk twee clusters gedragsproblemen te onderscheiden: "internalizers ('I') en "externalizers('E')". Zo komen we tot vier groepen patiënten:

lage I, lage E N=17 succes N=13 (76%)

hoge I, lage E N=8 succes N= 7 (88%)

lage I, hoge E N=11 succes N=6 (55%)

hoge I, hoge E. N=14 succes N=5 (36%)

Een hoge E-score is dus een ongunstige predictor voor succes.

Ga je vervolgens de A- en de B-conditie afzonderlijk bekijken dan zijn deze ongeveer even effectief bij de 1ste en de 2de groep, dus bij lage E, zodat men vrij is in de keuze van behandeling. Dan zou ik de PW als regel aanraden.

Bij de 3de groep, met lage I- en hoge E-score is de eclecticische conditie aan te bevelen.

Bij de 4de groep is de PW-conditie zelfs kansloos, zowel primair als secundair.

De "Gezinstegenspoedindex 'GTI'" is samengesteld uit de volgende factoren:

- Sociaal-economische status (SES)
- Gezin meer dan 6 kinderen
- Lichamelijke ziektes in het gezin
- Psychiatrische ziektes in het gezin
- Gebleken dysharmonie in het gezin
- Echtscheiding of dood van een ouder

Hoewel dit een heterogene opsomming is, verzekert H. van Engeland (van wie ik deze index heb) me dat dit ook in andere klinische onderzoeken gebleken is een nuttige index te zijn.

Welnu, hoe het ook zij, in mijn onderzoek blijkt:

- de GTI is een goede voorspeller voor een primaire PW-behandeling
succesvol behandelde kinderen (N=7): GTI gemiddeld 0,7
mislukt met de prim.PW (N=10) : GTI gemiddeld 2,5
- De GTI is een matige voorspeller voor een eclectic. behandeling:
met succes behandeld (N=16) : GTI gemiddeld 0,5
mislukte prim. eclectic.beh.(N=22) : GTI gemiddeld 1,5.
- De GTI lijkt van geen belang voor de kans van een secundaire PW-beh.
Dit is allemaal nog maar broddelwerk - m.n. moet nog worden nagegaan of dit echt statistisch van betekenis is of niet.

Als voorlopig laatste conclusie iets over de toepassing van klachtgerichte zelfhypnose:

Primaire eclecticische behandeling waarin klachtgerichte zelfhypnose systematisch is toegepast (N=23) heeft succes bij N=12 (52%).

Primaire eclecticische behandeling zonder zelfhypnose (N=15) heeft succes opgeleverd bij N=4 (27%).

In tegenstelling tot de volstrekt willekeurige toewijzing van de primaire A- resp. B-conditie was het al dan niet toepassen van hypnose niet door het lot bepaald. Het onderzoek maakte het wenselijk de mate van hypnotiseerbaarheid bij alle eclecticisch behandelde kinderen zo betrouwbaar mogelijk in te schatten (met de procedure van Spiegel of met de Stanford Hypnotic Clinical Scale); dit is slechts in drie gevallen op een weigering gestuit. Maar de beslissing om systematisch met (auto)hypnose verder te gaan hing af van de therapeut. Dikwijls was hypnose niet relevant omdat een andere procedure (gedragmatige zelfcontrôleprocedure; psychotherapie e.d.) al resultaat afwierp. Herhaaldelijk speelde een rol dat de bereidheid van de patiënt om hier serieus mee door te gaan te gering bleek, zodat het bij een of twee pogingen bleef, waarna op iets anders werd over gegaan.

Belangrijk is na te gaan of de mate van hypnotiseerbaarheid/suggestibiliteit beslissend kan zijn geweest voor het verschil in uitkomst. Welnu, er is geen verschil in gemeten hypnotiseerbaarheid tussen degenen die succesvol met, respectievelijk zonder zelfhypnose zijn behandeld. In beide groepen schommelt de SHCS rond de 5 (max. is 7). Men zou derhalve voorzichtig kunnen concluderen dat hypnose op zichzelf aan het succes bijdraagt en dat het effect niet zo maar op hypnotiseerbaarheid e.d. is terug te voeren. Het succespercentage onder de niet met hypnose behandelde kinderen zou wellicht hoger hebben gelegen indien systematische zelfhypnose was toegepast.

Van de kinderen die systematisch autohypnose hebben toegepast, is de helft hiermee droog geworden. De andere helft is grotendeels met de plaswekker behandeld (N=9), na kruising van de eclecticische naar de standaardconditie. N=8 reageren goed op de plaswekker (wat opvallend veel is), maar N=4 recidiveren na staken van de plaswekker. Hun gemeten hypnotiseerbaarheid wijkt niet af. Heeft de 'voorbehandeling' hun ontvankelijkheid voor een secundaire plaswekkerbehandeling vergroot? Is dit een groep die blijkbaar sterk op therapeutische suggesties reageert maar even gemakkelijk op tegenvallers of negatieve suggesties recidiveert?

Er is een aanduiding van een verschil (n.s.) tussen succesvol eclecticisch behandelde kinderen en mislukte behandelingen, of er nu wel of geen zelfhypnose aan te pas is gekomen. De succesvolle categorie is gemiddeld iets hoger hypnotiseerbaar (SHCS 4.7) dan de mislukten (SHCS 4,0). Wijst dit enigszins in diezelfde richting? Gaarne commentaar en suggesties, beste vrienden!

Bij 'De Dialoog'**Alfred Lange**

Tijdens een aanval van opruimingsdrift, vlak voor de vakantie, kwam ik een stukje tegen dat ik in 1967 had geschreven. Ik was toen redacteur van het 'Orgaan' van de Ned. Israëlitische Hoofdsynagoge, oftewel de Joodse Gemeente van Amsterdam. Ik dacht dat ik toen allang van het geloof af was, maar kennelijk was het proces nog niet volledig voltrokken en had ik nog veel binding met mijn wortels.

Bij herlezing heb ik smakelijk om mijzelf gelachen en kunnen constateren dat ik 24 jaar geleden al een toontje bezigde dat ik nog steeds van mezelf herken, al zijn de onderwerpen veranderd. Het artikeltje gaat over godsdienst en misschien is het wel goed om te bedenken dat dit alles is geschreven voordat het Islamitisch fundamentalisme invloed begon te krijgen. Verder is aardig om te zien dat een ouderwetse schrijfmachine het best goed kan doen als je maar niet schrikt van een paar x-en door de tekst heen.

Hakehilla 1 Jan. 1967 III

De Dialoog

Gedurende de laatste jaren is er in kringen van de westerse godsdiensten een toenemende communicatie waar te nemen tussen de diverse godsdienstige stromingen.

Dit heeft, wat betreft Nederland, o.a. geleid tot de oprichting van het zg. "Leerhuis", waarover in het novembernummer van Hakehilla het een en ander is medegedeeld.

Hoewel ook in de joodse pers reeds meerdere beschouwingen gewijd zijn aan de "dialoog" of het "gesprek", lijkt het ons toch juist om ook op deze plaats enkele aspecten te schetsen van deze nieuwe denktrant.

In zijn voortreffelijke artikel in het N.I.W. van 18 november tracht prof. Werblovsky te komen tot een definierend kenmerk van het begrip dialoog, "een volledig openstellen van de ziel, dat zichzelf blootstelt aan alles wat de partner zou kunnen zeggen, op het gevaar af bekeerd te worden".

Indien wij deze omschrijving aanhouden is het niet moeilijk ~~na~~ te komen tot een zeer sceptische houding ten aanzien van het gehele verschijnsel dialoog. Zichzelf openstellen voor de ander impliceert immers het idee, dat de ander ook gelijk zou kunnen hebben, terwijl juist het fundamentele kenmerk van geloof is, dat men op volstrekt irrationele gronden "gelooft" in de absolute waarheid te geloven. Daar de inhouden, die door de diverse godsdiensten aan deze waarheid toegekend worden principieel niet verifieerbaar zijn -zij liggen geheel in het metafysische vlak- kan een gesprek nooit uitsluitend geven over de waarheid. Het blijft een kwestie van geloven.

De gelovige christen gelooft dat Jezus de Messias was, en dat ieder die dit niet gelooft, in zonde leeft. Een waarlijk gelovig christen kan dan ook zeer wel motiveren, dat hij zending bedrijft, ook onder joden. De zending is een ~~logisch~~ logisch uitvloeisel van de inhoud van de christelijke leer.

De verantwoording, die de orthodoxe jood op grond van de Thora voelt voor zijn niet-orthodoxe medejoden, behoort een zichzelf respecterend orthodoxe christen te voelen voor allen, die zichzelf

verdoemen door niet in Jezus te geloven.

Hoe is het nu mogelijk, dat een leer, die ~~xxxx~~ op dergelijke grondslagen is opgebouwd, komt tot het propageren van de "dialoog"?

Bij het benaderen van deze vraag zien wij af van de weleens geopperde mogelijkheid, dat men in christelijke kringen het "gesprek" ziet als een middel om zoveel mogelijk joden te bekeren. Hoewel dit aspect ongetwijfeld met betrekking tot bepaalde christelijke groeperingen niet te verwaarlozen valt (men leze bv. een nummer van het blad "De Joodse Hope" of van het alom bekende "Licht en Leven") is dit niet de filosofie van leidinggeven^{de} kringen in de christelijke kerken.

Indien wij de wil tot "dialoog" nu, ~~x~~ vergelijken met verschijnselen als inquisitie, kettervervolgging etc. in de middeleeuwen, dan nemen wij een zeer groot contrast waar. Deze tegenstelling in de houding van de christelijke wereld is echter niet ontstaan doordat de inhoud van het geloof veranderd is. Men gelooft nog in dezelfde premissen, men gelooft in dezelfde dogma's, het is nog dezelfde godsdienst.

Wat is er dan wel veranderd? De belangrijkste verandering ligt in de machtssfeer. Met de toenemende rationalisering en secularisering is door de eeuwen heen de macht en aantrekkingskracht van de godsdienst steeds minder geworden. Dat wil niet zeggen, dat er niet nog velen zijn, die bij een kerk behoren of zich godsdienstig noemen. Neen, de verandering ligt hierin, dat geleidelijk aan het godsdienstig zijn steeds minder het totale functioneren van de mens kon beïnvloeden. Door de toegenomen rationalisering werd zelfs bij de zich godsdienstig noemende mensen de godsdienst verbannen naar een deelaspect van zijn totale zijn. Men gaat op zondag naar de kerk, eventueel gaat men één keer in de week nog naar een, door het kerkgenootschap georganiseerde, bridgeavond. De rest van de week is men echter in de eerste plaats kruidenier, zakenman, leraar etc. Men is ~~in~~ gedurende deze rest van de week niet langer vervuld van angst en vrees, zoals in vroegere tijden. Men gelooft, zelfs al is men godsdienstig, niet meer onvoorwaardelijk in de waarheid van de leer.

Dit is een onvermijdelijke ontwikkeling geweest. De moderne wetenschappen, de nieuwe politieke ordeningen, de veranderde

maatschappelijke indelingen hebben logischerwijs hun aandeel opgeëist in het leef- en denkpatroon van de huidige mensheid, ten koste van de monopolie der godsdiensten.

Het is deze ontwikkeling geweest, die de mentaliteitsverandering in diverse kerken heeft bewerkstelligd. Om haar leden te behouden moesten de kerken nieuwe wegen inslaan. De godsdienst kreeg een nieuwe functie, een sociale functie. Dit is zeer duidelijk zichtbaar in de V.S., waar het wemelt van de ~~godsdienstige~~ "godsdienstige" gezelligheidsverenigingen, en waar een belangrijk aspect van de sociale status bepaald wordt door het aantal en soort "voluntary associations" op vaak godsdienstige basis, waarvan men lid is.

Ook in Europa kunnen wij deze verschijnselen steeds meer waarnemen; de godsdienstige instellingen organiseren dansavonden, kaartavonden, diners, er wordt uitgebreid maatschappelijk ~~werk~~ ~~bedreven~~ bedreven etc.

Wat we dus kunnen ~~observeren~~ observeren is een groeiende secularisatie niet buiten, doch binnen de godsdiensten, een toenemende invloed van het humanisme op de godsdiensten, een accentverschuiving van dogma's naar de praktijk van dit leven.

Het is niet verwonderlijk, dat deze ontwikkeling heeft geleid tot toenaderingspogingen tussen de godsdiensten.

Het is immers zo geworden, dat de godsdiensten in een bepaald opzicht hetzelfde doel nastreven, nl. om niettegenstaande de toenemende rationalisering toch nog een zekere invloed te kunnen uitoefenen op het geestelijk leven van de mens. Dit heeft tot gevolg, dat de verschillende godsdiensten op identieke wijze trachten de machtsafbrokkeling van religie tegen te gaan, door religie nieuwe vormen te geven. Men wil de godsdienst aantrekkelijk ~~maken~~ maken, ook voor de moderne mens. Zo kan het gebeuren, dat er tijdens een katholieke dienst een beat-band wordt ingeschakeld, zoals onlangs ~~het geval was~~ het geval was.

Uiteraard brengt een dergelijke koers een gevaar van uitholling met zich mee. De godsdienst komt, zoals wij boven reeds beschreven op deze wijze onvermijdelijk ~~naar~~ dichter naar het humanisme. Het accent wordt steeds minder gelegd op de specifieke geloofspostulaten, die ~~elke~~ elke godsdienst per definitie toch moet hebben.

Het jodendom heeft met dezelfde seculariseringsproblematiek

te kampen als het christendom. Ook het jodendom kan geen bewijzen leveren, die de rationele mens veelal verlangt. Het verschil tussen christendom en jodendom ligt echter hierin, dat het jodendom nooit in de geschiedenis deel heeft gehad aan de wereldomvattende invloed en macht, die het christendom had. Het jodendom kan dan ook geen behoeftes hebben, mee te helpen die macht van het christendom, hoewel nu in een gezamenlijke vorm waaraan het jodendom ook deel zou hebben, te helpen handhaven. In dit opzicht heeft het jodendom veel minder te winnen bij de sfeer van dialoog dan de christelijke groeperingen.

Wij hebben enkele factoren aangestipt, die van oorzakelijk belang zijn geweest voor het ontstaan van de sfeer van "dialoog". Rest ons nog de vraag, of "dialoog" wel wezenlijk mogelijk is. Houden wij ons aan de definitie, eerder in dit artikel geciteerd naar prof. Werblovsky, dan kunnen wij deze vraag met neen beantwoorden. Een werkelijk gelovig katholiek kan zich niet werkelijk openstellen voor het protestantisme of voor het joodse geloof, en omgekeerd. Het is het ene geloof tegenover het andere, en aangezien het niet gaat over verifieerbare feiten kan er van zinvolle discussie geen sprake zijn.

De vraag is echter, of de voorstanders van "dialoog" het begrip omschrijven zoals Werblovsky het omschrijft. Het heeft er wel de schijn van, dat dit inderdaad het geval is. Men treft vaak uitspraken aan in de trant van "dichter tot elkaar", "gemeenschappelijke uitgangspunten uitbouwen" enz.

Op deze basis heeft de gehele "dialoogbeweging" geen enkele zin. Er is echter een ander aspect, nl. het uitwisselen van zuivere ~~communicatie~~ informatie, het vermeederen van de communicatie ten behoeve van pure kennis omtrent de andere godsdiensten. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren in de strijd tegen vooroordelen. Vooroordelen zijn immers cognitief gevestigd in stereotypen, onjuiste generalisaties omtrent groepen. Stereotypering komt niet alleen voor in extreme gevallen zoals rassenhaat. Neen, het komt overal voor waar meerdere groepen of groeperingen te onderscheiden zijn, waartussen de communicatie te gering is. Zo leven er bv. bij ~~groepen~~ vele protestanten ontstellende vooroordelen en generalisaties omtrent katholieken en omgekeerd, die door meer zuivere informatie verminderd zouden kunnen worden.

Een dialoog, die dergelijke pure uitwisseling van informatie beoogt, zouden wij kunnen toejuichen. Alvorens^{van} onze ontstemming over of instemming met de "dialoogbeweging" te getuigen, zullen wij moeten afwachten welke richting deze beweging zal inslaan, het nader willen brengen van onverenigbare axioma's of het uitwisselen van informatie.

STOORNISSEN IN DE IMPULSCONTROLE

C.A.L. Hoogduin

A. Lange

Prof.dr. C.A.L. Hoogduin, zenuwarts, is hoogleraar in de psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Daarnaast is hij hoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Dr. A. Lange, psycholoog, psychotherapeut, is universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Gemeente Universiteit Amsterdam.

Inhoud:

1. Inleiding.
2. Kenmerken en voorkomen.
 - 2.1 Pathologisch gokken.
 - 2.2 Trichotillomanie.
 - 2.3 Kleptomanie.
 - 2.4 Pyromanie.
 - 2.5 Periodieke explosieve stoornis.
 - 2.6 Overige stoornissen.
3. Differentiële diagnostiek.
4. Wetenschappelijke inzichten.
5. Behandeling.
6. Prognose

STOORNISSEN IN DE IMPULSCONTROLE

1. Inleiding

In de DSM-III-R worden bij stoornissen in de impulscontrole de volgende kenmerken onderscheiden:

- Onvermogen een impulsieve neiging te weerstaan of de verleiding hebben iets te doen dat schadelijk is voor zichzelf of voor anderen. Er is soms een bewust verzet tegen de impuls; ook kan de daad gepland worden.
- Een verhoogd spanningsgevoel, voordat de daad begaan wordt.
- Een beleving van lust, voldoening of ontspanning tijdens het doen van de daad. Het gebeuren wordt egosyntoon beleefd. Dit betekent dat de daad overeenkomstig is met het actuele verlangen van de patiënt. Direct erna kunnen gevoelens van spijt, zelfverwijt of schuld optreden.

Bovenstaande definiëring is dusdanig ruim dat er nogal wat aandoeningen zijn die hieronder gerangschikt kunnen worden. Bij verslavingen, boulimie, sommige seksuele stoornissen en bepaalde gewoonten, zoals nagelbijten, gaat het ook om een verlangen of neiging waaraan geen of moeilijk weerstand geboden kan worden. Deze stoornissen worden elders in dit boek besproken. De in dit hoofdstuk besproken aandoeningen worden in DSM-III-R samengevat als 'stoornissen in de impulscontrole, niet elders geclassificeerd'. Daaronder vallen: (1) pathologisch gokken; (2) trichotillomanie, neiging zich de haren uit te trekken; (3) kleptomanie, ziekelijke neiging tot stelen; (4) pyromanie, ziekelijke neiging tot brandstichten; (5) periodieke explosieve stoornis, een plotseling optredend controleverlies over agressieve impulsen; (6) en een rest-categorie van die stoornissen in de impulscontrole, die niet onder de hierboven genoemde rubrieken te classificeren zijn, zoals automutilatie en ziekelijk dagdromen.

Stoornissen in de impulscontrole worden niet als zodanig geclassificeerd indien zij het gevolg zijn van lichamelijke of andere stoornissen (bijv. een bipolaire stoornis of hersenletsel).

2 Kenmerken en voorkomen

2.1 Pathologisch gokken

Voor de stoornis van het te vaak en om te veel geld spelen bestaan verschillende termen: 'gokverslaving', 'dwangmatig gokken', 'excessief gokken' en 'problematisch gokken'. Om diverse redenen zijn deze termen feitelijk onjuist; het gaat niet om een verslaving, het gedrag is niet dwangmatig, het gokken is niet alleen excessief of problematisch. Vandaar dat in overeenstemming met DSM-III-R gekozen wordt voor de term 'pathologisch gokken'.

Volgens de DSM-III-R is het belangrijkste kenmerk van de aandoening dat de patiënt niet in staat is aan de impuls om te spelen weerstand te bieden, zelfs niet als er schulden ontstaan en de patiënt in grote problemen met zijn omgeving is gekomen. Om de gevolgen van de verliezen op te vangen worden allerlei onverstandige beslissingen genomen. Vaak ontstaat er na enige tijd een geldtekort, zodat vrienden en familieleden onder druk worden gezet om geld uit te lenen, vaak onder valse voorwendsels. Het steeds grotere geldprobleem leidt ertoe dat er om aan geld te komen ongeoorloofde grenzen worden overschreden, waardoor criminele activiteiten plaats kunnen vinden.

De diagnostische criteria staan vermeld in tabel 1: het speelpatroon wordt als afwijkend beschouwd, indien 4 van de 9 verschijnselen, zich voordoen.

Tabel 1. Diagnostische criteria voor pathologisch gokken (DSM-III-R)

- Frequente preoccupatie met spelen.
- Vaak om grotere bedragen, of langduriger spelen dan voorgenomen.
- Neiging om zwaarder en/of frequenter te gokken.
- Ongedurigheid, indien er niet gespeeld kan worden.
- Herhaalde verliezen en pogingen dit de volgende dagen terug te winnen.
- Herhaalde pogingen om te stoppen of het spelen te beperken.
- Spelen en daardoor bepaalde verplichtingen niet nakomen.
- Diverse activiteiten opgeven om te kunnen spelen.
- Voortgaan met gokken, ondanks diverse nadelige gevolgen van het spelen, zoals schulden e.d.

In D.S.M.-III-R wordt ervan uitgegaan dat 2-3% van de volwassen bevolking onder deze stoornis gebukt gaat. In Nederland liggen deze cijfers aanmerkelijk lager. Schattingen vermelden een punt-prevalentie van 0.2-0.4%. Wel zijn er aanwijzingen dat zich de laatste jaren meer gokkers voor behandeling aanmelden (Hermkens & Kok, 1988). Het is echter de vraag of deze toename een gevolg is van het toegenomen aantal mensen met pathologisch gokken. De grotere aandacht voor pathologisch gokken in de media kan ertoe hebben geleid dat gokkers zich meer dan vroeger aanmelden voor de behandeling. Dit neemt niet weg dat het versoepelde overheidsbeleid met betrekking tot het afgeven van vergunningen voor casino's en andere gelegenheden voor kansspelen waarschijnlijk heeft geleid tot een toenemend aantal mensen met grote problemen rond het gokken.

Een belangrijk probleem bij mensen met pathologisch gokken is de combinatie met alcohol of drugs; 10-50% van de pathologische gokkers zou ook een drugs- of drankprobleem hebben. Ook zijn er aanwijzingen voor frequent voorkomen van stemmingsstoornissen bij spelers (Wise, 1988).

Voorbeeld:

Henk, een 23-jarige matroos, meldt zich aan voor behandeling van gokken. Financiële problemen vormen de aanleiding voor de aanmelding. Hij gokte al toen hij 15 jaar oud was. Hij verdiende toen f 50,00 per week als krantenbezorger en vergokte van dit bedrag de helft. Het gokken bleef beperkt tot fruitautomaten. De laatste twee jaar heeft hij ongeveer f 24.000,00 vergokt. Hij heeft een persoonlijke lening van f14.000,00 af moeten sluiten.

De overige f 10.000,00 had hij gespaard in een periode dat hij op zee was en niet in de gelegenheid was om te gokken.

Hij ervaart het gokken als een drang en schaamt zich dat hij er steeds aan toegeeft. De gevolgen zijn voor hem ingrijpend. Hij heeft gebroken met zijn vriendin. Hij wilde haar niet laten merken dat hij zijn geld vergokte en hij moest dus steeds uitvluchten verzinnen om zijn gedrag te verklaren. De contacten met vrienden en kennissen zijn verwaterd. Naar verjaardagen gaat hij niet meer.

Henk woont op kamers en besteedt weinig aandacht aan huishoudelijke taken. De woonruimte bevat hem niet. Alleen thuis zijn doet zijn gedachten afdwalen naar gokken. Hij eet onregelmatig. Op zijn werk heeft hij het niet naar zijn zin en hij overweegt om ontslag te nemen. Hij realiseert zich echter dat hij daardoor financieel nog meer problemen zal krijgen. Gedachten aan suicide houden hem veelvuldig bezig. Dit maakt hem angstig. Alhoewel hij zegt niet aan alcohol verslaafd te zijn, vindt hij zijn gebruik daarvan wel overmatig. Het neemt toe naarmate het verlies tijdens het gokken groter wordt. (zie voor een uitvoerige bespreking van deze patiënt: Dekker en Lange, 1988).

2.2 Trichotillomania

Greenberg en Sarnier (1965) omschrijven trichotillomanie als 'een onweerstaanbare drang om de eigen haren uit te trekken'. Meestal betreft het de haren van de hoofdhuid waarbij dan kale plekken ontstaan, zonder dat er sprake is van een geïrriteerde huid, maar het kan ook betrekking hebben op wimpers, wenkbrauwen of schaamhaar (Muller & Winkelmann, 1972). Patiënten die hun haar uittrekken worden meestal in eerste instantie niet naar een GGZ-instelling verwezen, maar naar een huidarts.

Patiënten proberen hun stoornis meestal te verbergen. Ook bij bezoek aan de huidarts verzwijgen zij vaak hun gedrag. De huidarts kan met behulp van een huidbiopsie de diagnose eenvoudig stellen (Muller, 1988).

In de DSM-III-R is voor de eerste maal een plaats ingeruimd voor trichotillomanie als specifieke stoornis in de impulscontrole (zie tabel 2).

Tabel 2. Diagnostische criteria voor trichotillomanie (DSM-III-R).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Toegeven aan de neiging zich de haren uit te trekken.2. Spanningsgevoel vooraf.3. Lustgevoel tijdens het haartrekken.4. Niet als gevolg van een huidziekte of psychose. |
|---|

Trichotillomanie moet onderscheiden worden van het zg. haarwoelen.

Hierbij draait de patiënt met een vinger een staartje in zijn haar, waarbij soms ook haren breken. Het is hierbij echter niet de bedoeling de haren uit te trekken.

Bij patiënten met trichotillomanie gaat het om een drang, een neiging haar te trekken waarbij lust beleefd wordt. Een 30-jarige onderwijzeres vertelde hoe ze, na een haar te hebben uitgekozen, met verrukking deze ten slotte uittrok. Ze at vervolgens de wortel van de haar op. In de literatuur wordt gewezen op het gevaar van dit opeten van haren. Het zou kunnen leiden tot het ontwikkelen van een bezoar (een grote knoedel van haren in de maag). Dit kan een darmafsluiting tot gevolg hebben. Muller (1988) vermeldt echter deze complicatie bij 145 patiënten met trichotillomanie nooit te hebben waargenomen. Dit doet hem tot de uitspraak besluiten, dat het om een relatief zeldzame complicatie zal gaan.

Over de prevalentie is niet veel bekend. Het zou gaan om minder dan 1% van de patiënten, die zich voor psychiatrische behandeling aanmelden (Friman, Finney & Christophersen, 1984). De stoornis wordt nogal eens gezien in combinatie met diepe zwakzinnigheid. McLaughlin en Nay (1975) vonden deze stoornis bij 1% van de door hen onderzochte zwakzinnigen. Schachter (1961) stelde vijf keer de diagnose bij 10.000 kinder-psychiatrische verwijzingen. Het ligt echter voor de hand dat er meer patiënten met deze stoornis zijn, omdat zij hun stoornis proberen te verbergen en dus niet zo snel hulp zullen zoeken.

Voorbeeld:

Maria is een alleenwonende studente medicijnen. Ze vertelt dat zij in navolging van een vriendin sinds haar achttiende jaar met haar haren speelt. In tegenstelling tot haar vriendin begon zij ze echter ook uit te trekken. Het probleem doet zich voor, wanneer Maria geconcentreerd en in zittende houding bezig is, meestal tijdens studeren en wanneer zij zich gespannen voelt. Zij weet niet of ze het ook doet wanneer ze ontspannen aan het lezen is. Ze heeft al van alles geprobeerd om het tegen te gaan: hoedjes of sjaals dragen, doeken om haar vingers winden, maar ze saboteert deze methoden zelf. Op verzoek van de therapeut laat ze in het eerste gesprek zien hoe ze het doet: ze zoekt een 'lekkere dikke' haar uit en trekt hem uit met drie vingers van haar rechterhand. Uit de geschiedenis van Maria blijkt dat haar-trekken gekoppeld is aan spanning. Het is begonnen toen ze op school hard moest werken en de situatie bij haar thuis bovendien wat gespannen was. Na haar eindexamen heeft ze een paar jaar als receptioniste gewerkt. In die periode heeft ze geen haren uitgetrokken. Het begon weer toen ze ging studeren. Ze ziet het zelf als een automatische handeling, die vooral optreedt als ze ingespannen studeert. Ze kauwt ook op uitgetrokken haren.

Maria is nooit eerder in behandeling geweest. Ze meldt zich nu aan omdat het probleem erger wordt - doordat de studie zoveel inspanning vergt - en omdat er dunne plekken in haar haren ontstaan. Behalve de studie lijken er geen andere bronnen van spanning te zijn, die op de klacht invloed uit kunnen oefenen.

2.3 Kleptomanie

Patiënten met kleptomanie geven herhaaldelijk toe aan de sterke impuls om dingen van weinig waarde te stelen. Zoals bij de andere impulsstoornissen gaat daar een gevoel van spanning aan vooraf. Tijdens de diefstal is er lustbeleving en ontspanning.

Tabel 3. Diagnostische criteria voor kleptomanie (DSM-III-R).

- Herhaaldelijk toegeven aan de impuls dingen te stelen, zonder dat een functioneel voordeel speelt.
- Gevoel van toenemende spanning vóór de daad.
- Gevoel van lust tijdens de diefstal.
- De diefstal is geen uitdrukking van woede of wraak.

Van belang voor het stellen van de diagnose is dat de patiënten stelen om de daad zelf en niet om bepaalde voorwerpen te verkrijgen. Vaak worden de gestolen voorwerpen verstoep of weggegeven; het bezit ervan wordt door de patiënt niet nagestreefd.

De aandoening komt soms voor in combinatie met andere stoornissen in de impulscontrole, bijv. promiscuïteit (Turnbull, 1987), trichotillomanie en agressieve uitbarstingen (Terluin, 1989).

Bij kleptomanie zou het om een vrij zeldzaam voorkomende stoornis gaan. Bij slechts 4% van de mensen, die werden gearresteerd in verband met winkeldiefstallen, werd de diagnose kleptomanie gesteld (Turnbull, 1987). In Nederland werd op een psychiatrische polikliniek bij 9000 aanmeldingen vier keer een patiënt aangemeld met de diagnose kleptomanie.

2.4 Pyromanie

Het essentiële kenmerk van pyromanie is dat de patiënt meer dan eens brand gesticht heeft. Dit brandstichten en het gadeslaan van de brand worden met lust en opwinding beleefd.

Tabel 4. Diagnostische criteria voor pyromanie (DSM-III-R).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Meer dan eens brand stichten.- Spanning voorafgaande aan de daad.- Gefascineerd zijn door brand en vuur.- Lust en opwinding bij het brandstichten.- Er is geen ander motief. |
|--|

De vraag of deze afwijking als een aparte stoornis opgevat moet worden heeft diverse onderzoekers sinds de diagnose in het begin van de 19de eeuw opdook, beziggehouden. Brand wordt soms gesticht met een meer criminele achtergrond, uit wraak, uit jaloezie, na een diefstal, of in verband met een poging de verzekeringsmaatschappij op te lichten. Bij een onderzoek van 191 opgenomen patiënten vonden Geller en Bertsch (1985) dat 16% van hen wel eens brand had gesticht. Deze patiënten leden aan ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, alcoholisme en persoonlijkheidsstoornissen.

De intelligentie van patiënten die in verband met stichten van branden onderzocht werden, bleek in niet minder dan 48% van de patiënten imbeciel te zijn (Geller, Erler & Pinkers, 1986). Daarnaast bleken de meeste brandstichters te voldoen aan de DSMIII-R-criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis, of 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis (Virkkunen, 1984; Geller, 1987).

Over de prevalentie zijn weinig gegevens bekend. Wel staat vast dat onder brandstichters slechts een gering percentage voldoet aan de diagnostische criteria voor pyromanie (Wise, 1988).

2.5 Periodieke explosieve stoornis

Patiënten met deze aandoening vertonen gedurende bepaalde perioden controleverlies over hun agressieve impulsen. Dit leidt tot ernstige agressieve ontladingen, die in geen verhouding staan tot de voorafgaande frustratie. Van diagnostisch belang is dat de betrokkene buiten deze perioden geen last heeft van impulsief of agressief gedrag. De agressieve ontladingen worden gevolgd door spijt en schuldgevoelens, die een oprechte indruk maken.

Tabel 5. Diagnostische criteria voor de periodieke explosieve stoornis (DSM-III-R).

- Verscheidene perioden met ernstig agressief gedrag.
- De agressie staat in geen verhouding tot de ernst van de frustratie.
- Geen tekenen van impulsief of agressief gedrag buiten deze aanvallen.

Dat men vraagtekens kan zetten bij de zinvolheid van de diagnose blijkt uit een onderzoek van Monopols en Lion (1983). Deze onderzochten op welke gronden bij 20 patiënten (van de 830 opgenomen patiënten) de diagnose periodieke explosieve stoornis was gesteld. Het bleek dat de criteria van DSM-III slechts bij 9 patiënten aanwezig waren. Geen antwoord kan gegeven worden op de vraag of de 20 patiënten buiten de aanvallen geen agressief gedrag vertoonden.

Er zijn aanwijzingen dat sommige heftige agressieve ontladingen ontstaan als gevolg van epileptische afwijkingen in de temporale lob. De vraag of het bij alle patiënten, die voldoen aan de criteria voor periodieke explosieve stoornis, uiteindelijk gaat om een epileptische stoornis, kan moeilijk beantwoord worden. Routinematig verricht electro-encefalografisch onderzoek laat meestal geen afwijkingen zien. Voor het stellen van de diagnose zijn subcorticaal aangebrachte elektroden nodig. Van de indicatie voor dergelijk diagnostisch onderzoek zal begrijpelijkerwijs vrijwel altijd afgezien moeten worden. Een proefbehandeling met een anti-epileptisch middel, zoals carbamazepine, lijkt in die gevallen meer aangewezen (zie Gupta, Fish & Yerevian, 1983; Gardner & Cowdry, 1986).

2.6 overige stoornissen in de impulscontrole

Hieronder vallen stoornissen die of vrij zelden voorkomen, of meestal als een kenmerk van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis gezien worden.

Het zelf veroorzaken van excoriaties (krabdrang)

Patiënten met deze stoornis krabben de huid kapot, wrijven erover waardoor er onregelmatige, oppervlakkige wondjes ontstaan, die genezen met pigmentatie en de vorming van littekens. Voorkeursplaatsen zijn op het gezicht, de zijkant van de armen, de dijen en de borst. De

linker lichaamshelft is bij rechtshandigen en de rechter lichaamshelft is bij linkshandigen meer aangedaan. Een gevoel van jeuk of branderigheid wordt door de patiënten aangegeven als de oorzaak van het krabgedrag. Ze vermelden ook vaak een relatie met spanning. De patient geeft meestal toe het zelf veroorzaakt te hebben (Hoogduin, 1980).

Automutileren

Automutileren, zichzelf aanvalsgewijs beschadigen en geen weerstand kunnen bieden aan de neiging dat te doen, komt voor bij allerlei ernstige psychiatrische stoornissen, en het is een belangrijk kenmerk van de 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis. In het algemeen kan gesteld worden dat automutileren bij volwassenen altijd een verschijnsel is van ernstige onderliggende pathologie. Wanneer er geen psychotische stoornis aan de basis ligt, zijn er meestal aanwijzingen te vinden voor een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Onderscheiden van deze stoornis moeten worden: het kader van een zelfbeschadiging met een bepaald doel, bijv. om een patiëntenrol te verwerven, zoals bij de nagebootste stoornis; of om verandering aan te brengen in een onhoudbare situatie, bijv. tijdens het verblijf in een isoleercel van een psychiatrische afdeling, of tijdens het verblijf in een gevangenis (zie hoofdstuk xx).

Onychotillomanie

Dit is een vrij zeldzame stoornis waarbij de patiënt nagels en nagelriemen verwijdert. Deze stoornis gaat veel verder dan het nagelbijten (onychofagie). Om dit te bewerkstelligen wordt er aan de nagels gepulkt, gebeten, maar ook met behulp van schaarmpjes of mesjes geknipt en gesneden. Soms zijn niet alle vingers betrokken, soms de teennagels. Het gaat hierbij vaak om zwakzinnige of psychotische mensen, maar het kan ook bij redelijk geïntegreerde mensen voorkomen.

Een 40-jarige mevrouw stelde zich ooit onder behandeling met een dergelijke stoornis. Bij haar waren alle nagels en nagelriemen verdwenen en de vingers vertoonden een bolvormige zwelling ten gevolge van de chronische ontstekingen van het nagelbed. Ze had de klacht vanaf haar vierde of vijfde jaar en vertelde sindsdien nooit nagels te hebben gehad.

3 Differentiële diagnostiek

Stoornissen in de impulscontrole worden nog al eens verward met dwangstoornis, niet omdat het klinisch beeld daar aanleiding toe geeft, maar meer omdat patiënten aangeven dat ze als het ware gedwongen

worden aan een impuls gevolg te geven. Zij beschrijven de neiging, of het verlangen als uitgaande van een inwendige dwang (Hoogduin, 1986). Bij een dwangstoornis worden echter bepaalde handelingen uitgevoerd om vooral angsten en spanning te reduceren, bij de stoornis in de impulscontrole is dit niet het geval. Weliswaar wordt in DSM-III-R ook gesproken van een afnemen van spanning na het uitvoeren van een handeling bij een patient met een stoornis in de impulscontrole, maar bij deze patiënten gaat het echter meer om een geladenheid. Bovendien wordt de actie niet ondernomen om de spanning of geladenheid te verminderen; de actie is doel op zich (zie hoofdstuk xx)

Een ander belangrijk diagnostisch probleem is dat deze stoornissen vaak in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Impulsiviteit kan gezien worden als het meest essentiële kenmerk van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen (Lacey & Evans, 1986). In DSM-III-R wordt impulsiviteit teruggevonden bij de antisociale persoonlijkheid en de 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis. De eerste kan opgevat worden als een algemene stoornis in de impulscontrole; de patiënt laat zich als het ware leiden door zijn impulsen. Ernstige gedragsstoornissen, zoals agressieve uitbarstingen en brandstichten, kunnen bij deze patiënten voorkomen. Bij de 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis wordt eveneens impulsiviteit als belangrijk diagnostisch criterium genoemd. Bij deze patiënten kunnen de volgende stoornissen in de impulscontrole voorkomen: winkeldiefstallen, eetaanvallen, verslavingen, promiscuïteit (seksueel gedrag met frequent wisselende partners) en automutilatie (zichzelf opzettelijk verwonden).

Stoornissen die verwant zijn aan stoornissen in de impulscontrole zijn pathologisch liegen en ziekelijk dagdromen.

Pathologisch liegen was bekend onder de naam 'pseudologia fantastica'. De laatste jaren is deze aandoening niet langer als een afgrensbare ziekte-eenheid beschouwd. In DSM-III-R wordt liegen teruggevonden als een kenmerk van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het wordt soms gezien bij de 'borderline'- of narcistische persoonlijkheidsstoornis. Bij pathologisch liegen gaat het eigenlijk altijd om leugens om aandacht, eer en roem te verkrijgen. In de meest uitgesproken vorm gaat het om varianten van de kapitein van Köpenick, iemand die zich uitgeeft voor een andere figuur, meestal een dokter of een andere voor-aanstaande persoon (Hoogduin, 1987).

Mensen die dagdromen trekken zich terug in een wereld waarin zij het zelf voor het zeggen hebben. Op deze manier kunnen zij zich afscher-

men van de buitenwereld. Soms neemt het dagdromen dusdanige vormen aan dat een goed sociaal functioneren daardoor gehinderd wordt. Het dagdromen wordt lustvol beleefd en de patiënt is niet in staat het lustvolle van deze neiging te weerstaan. Behandeling wordt hiervoor ook pas vaak gezocht als het functioneren in gezin en werk ernstig verstoord is (Hoogduin & Hoogduin, 1989).

Stoornissen in de impulscontrole komen nog al eens voor in combinatie met andere aandoeningen waarbij beheersing een rol speelt, zoals verslavingen en eetaanvallen. Lacey en Evans (1986) komen op grond van een analyse van onderzoek op dit terrein tot een voorstel een nieuwe persoonlijkheidsstoornis toe te voegen aan de in DSM-III-R genoemde stoornissen, nl. de multi-impulsieve persoonlijkheidsstoornis. Het belangrijkste aspect van de controlestoornis is niet direct antisociaal gericht, zoals bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dit uit zich meer in het zich gemakkelijk overgeven aan eetaanvallen, drugs- en alcoholgebruik en de specifieke stoornissen in de impulscontrole, zoals pathologisch gokken en automutilatie.

4 Wetenschappelijke inzichten

De kennis over het ontstaan en voortduren van stoornissen in de impulscontrole is beperkt en vaak speculatief. In psychoanalytische opvattingen werden stoornissen als kleptomanie, pyromanie en ook pathologisch gokken lange tijd gezien als substituten van seksuele bevrediging, met name masturbatie. Ook de schuldgevoelens na de impulsieve daad zouden gerelateerd zijn aan de vroeger ervaren schuldgevoelens als gevolg van masturberen. In hoeverre dit hypothetisch verband een rol speelt bij het ontstaan van de stoornis, is lastig te onderzoeken, niet in het minst omdat het bij stoornissen in de impulscontrole veelal gaat om mensen met problemen op diverse gebieden. Turnbull (1987) stelde bij zes patiënten met kleptomanie vast dat zij allen problemen hadden op het seksuele vlak. Bij drie ging het om promiscuïteit, bij de anderen om remming en anorgasmie. Deze bevindingen kunnen echter nauwelijks als een ondersteuning van de psychoanalytische opvatting gezien worden. Eerder pleiten deze gegevens voor de opvatting dat stoornissen in de impulscontrole vaak samengaan met andere stoornissen.

Ook de leertheorie geeft geen sluitende verklaring voor het ontstaan van stoornissen in de impulscontrole. Wel levert zij een bijdrage aan

de verklaring van het feit dat een eenmaal ontstane stoornis in de impulscontrole niet verdwijnt. De beleefde lust bij het uitvoeren van de daad werkt als positieve bekrachtiging en bevordert dat deze activiteit opnieuw plaatsvindt. Bij pathologisch gokken speelt bovendien het winnen of verliezen een belangrijke rol. Door afwisselend te winnen of te verliezen - zoals dat nu eenmaal het geval is bij gokken - bevindt de speler zich in een situatie waarin zijn gedrag intermitterend bekrachtigd wordt. Uit experimenteel onderzoek is bekend dat dit een sterke vorm van bekrachtiging is en dat het aldus bekrachtigde gedrag moeilijk verdwijnt, ook al wordt het niet meer gevolgd door bekrachtiging. Vanuit de biologische psychiatrie zijn een drietal interessante theorieën geformuleerd waarvoor ook enige empirische steun is gevonden. Bij de eerste gaat men ervanuit dat bepaalde vormen van impulsiviteit, zoals agressief gedrag, maar ook automutilatie op te vatten zijn als een epileptische variant. De stoornis zou uitgaan van de subcorticale systemen (Gardner & Cowdry, 1986; Monroe, 1985). De tweede theorie veronderstelt dat bepaalde vormen van impulsiviteit, zoals agressief gedrag en pyromanie gevolgen zijn van een gestoorde glucosehuishouding. Virkkunen (1984, 1986) vond bij patiënten met impulsief gedrag een afwijkende glucosetolerantietest in vergelijking met controlepersonen: zij vertoonden een significant snellere hypoglycaemische reactie in de testsituatie. Er zijn aanwijzingen dat hypoglycaemie (het ontstaan van een te laag bloedsuikergehalte) een factor van belang kan zijn bij agressief gedrag. De derde theorie ten slotte gaat ervanuit dat bepaalde neurotransmitter-systemen een belangrijke invloed uitoefenen op agressief gedrag. Zo werd door onderzoek bij proefdieren vastgesteld dat activering van het centrale noradrenerge systeem (norepinephrine) agressief gedrag deed toenemen. Bij mensen bleek een norepinephrine-antagonist (propranolol) agressief gedrag gunstig te beïnvloeden (Jenkins & Maruta, 1987). Omgekeerd bleek stimulering van het centrale serotonerge systeem agressief gedrag te verminderen. Bij mensen bleek een lage spiegel van 5-hydroxyindolazijnzuur (5HIAA) in de liquor samen te hangen met ernstig agressief gedrag. 5HIAA is een afbraakproduct van serotonine. Bij proefdieren bleek tryptofaan (dit veroorzaakt een verhoging van de serotoninespiegel in de hersenen) agressief gedrag te blokkeren (zie ook Karli, 1986), een effect dat ook waargenomen werd bij agressief gedrag van sommige schizofrene patiënten. Daar lithium de opname van tryptofaan in de hersenen bevordert zou de mogelijke anti-agressieve werking van lithium hierdoor verklaard kunnen worden.

5 Behandeling

Collins en Marlatt (1983) komen na analyse van de gegevens van rapportage over goed gecontroleerd onderzoek aangaande gedragstherapeutische behandeling van vraatzucht, roken en alcoholmisbruik tot een succespercentage van 16-25%. Er zijn geen aanwijzingen in de literatuur om aan te nemen dat de behandelingsresultaten gunstiger zouden zijn dan van andere aandoeningen waarbij beheersing van impulsen een rol speelt.

In het algemeen bestaat er nauwelijks goed gecontroleerd onderzoek naar de behandelingsresultaten van stoornissen in de impulscontrole. Uitzonderingen hierop zijn enige studies naar behandelingsresultaten van gedragstherapie bij gokkers en studies over medicamenteuse behandeling bij ernstig impulsief agressief gedrag.

De resultaten van gedragstherapie bij gokken bleken evenzeer bescheiden: 15% van de gokkers in de studie van McConaghy e.a. (1983) zei niet langer te spelen bij een follow-up na één jaar; Greenberg en Rankin (1982) meldden dat bij follow-up na gemiddeld ruim 8 maanden slechts 5 van de 26 (19%) controle had over het gokken.

Bij de behandeling van de periodieke explosieve stoornis kan een effect van diverse medicamenten worden vastgesteld (zie voor een overzicht: Jenkins & Maruta, 1987). Zo bleek van lithium, carbamazepine (Tegretol), phenytoïne (Diphantoïne) en propranolol (Inderal) een effect op de agressieve uitingen vastgesteld te worden. Helaas is het niet zo dat alle patiënten op een bepaald medicament reageren. Aangenomen moet worden dat de onderliggende afwijkingen divers van aard zijn.

Over de behandeling van de overige stoornissen in de impulscontrole werd vooral vanuit de gedragstherapeutische richting een aantal casuïstische mededelingen gedaan. De essentie van de diverse strategieën is steeds terug te brengen tot een goede zelfregistratie, het onderbreken van de gedragsketen, of het zelf toedienen van consequenties (zie: Hoogduin & De Haan, 1984; Lange, 1989).

6 Prognose

Er zijn geen betrouwbare onderzoeksgegevens over de prognose bekend. Nochtans zijn er aanwijzingen dat het bij de stoornissen in de impulscontrole handelt om aandoeningen die neigen tot een chronisch verloop.

Literatuur

- Collins, R.L. & Marlatt, G.A. (1983). Failures in the treatment of addictive behaviors. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds), *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Dekker, L. & Lange, A. (1983). De behandeling van pathologisch gokken met behulp van een zelfcontrole-programma. *Directieve Therapie*, 8, 366-375.
- Friman, P.C., Finney, J.W. & Christophersen, E.R. (1984). Behavioral treatment of trichotillomania: an evaluative review. *Behavior Therapy*, 15, 249-265.
- Gardner, D.L. & Cowdry, R.W. (1986). Positive effect of carbamazepine on behavioral dyscontrol in Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 519-522.
- Geller, J.L. (1987). Fire setting in the adult psychiatric population. *Hospital & Community Psychiatry*, 38, 501-506.
- Geller, J.L. & Bertsch, G. (1985). Fire-setting behavior in the history of a State hospital. *American Journal of Psychiatry*, 142, 464-468.
- Geller, J.L., Erlen, J. & Pinkers, R.L. (1986). A historical appraisal of America's experience with pyromania. A diagnosis in search of a disorder. *International Journal of Law & Psychiatry*, 9, 201-221.
- Gupta, B.K., Fish, D.N. & Yerevian, B.I. (1987). Carbamazepine for intermittent explosive disorder in a Prader-Willi syndrome patient. *Clinical Psychiatry*, 48, 423.
- Greenberg, D. & Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Greenberg, H.R. & Sarner, C.A. (1965). Trichotillomania. *Archives of General Psychiatry*, 12, 482-489.
- Hermkens, P.L.J. & Kok, K.M. (1988). Kansspelen in Nederland: ontwikkeling, deelname en risico-aspecten. *Tijdschrift voor Alcohol & Drugs*, 140, 162-172.
- Hoogduin, C.A.L. (1980). Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In: K. van der Velden e.a. (Red.), *Directieve therapie*, 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). On the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 36-71.
- Hoogduin, C.A.L. (1987). Pathologisch liegen, diagnostiek en interventie. *Directieve Therapie*, 7, 113-124.
- Hoogduin, C.A.L. & Haan E. de (1984). Haartrekken, nagelbijten en andere 'nerveuze' gewoonten. In: C.A.L. Hoogduin & E. de Haan (Red.), *Directie-*

- ve therapie bij kinderen en adolescenten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, W. & Hoogduin, C.A.L. (1989). De behandeling van overmatig dagdromen bij een man met een compulsieve persoonlijkheidsstoornis. In: K. van der Velden e.a. (Red.), *Directieve therapie, 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Jenkins, S.C. & Maruta, M.D. (1987). Therapeutic use of propranolol for intermittent explosive disorder. *May Clinical Proceedings*, 62, 204-214.
- Karli, P. (1986). Serotonine and aggression: What kind of relationship. *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 340.
- Lacey, J.H. & Evans, C.D.H. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Lange, A. (1989). De behandeling van een vrouw met haartrekken. Met commentaar van de cliënt. In: K. van der Velden e.a. (Red.) *Directieve Therapie, 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. & Allock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McLaughlin, J.G. & Nay, W.R. (1975). Treatment of trichotillomania using coverants and response cost: a case report. *Behavior Therapy*, 6, 87-91.
- Monopols, S. & Lion, J.R. (1983). Problems in the diagnosis of intermittent explosive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1200-1202.
- Monroe, R.R. (1985). Episodic behavioral disorder and limbic ictus. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 466-479.
- Muller, S.A. (1988). Trichotillomania. *Dermatologic Clinics*, 5, 595-601.
- Muller, S.A. & Winkelmann, R.K. (1972). Trichotillomania; a clinicopathologic study of 24 cases. *Archives of Dermatology*, 105, 535-540.
- Schachter, M. (1961). Trichotillomania in children. *Praxische Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 120-124.
- Terluin, B. (1989). De behandeling van een vrouw met kleptomanie met behulp van zelfcontrole-procedures. In: K. van der Velden e.a. (Red.), *Directieve therapie, 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Turnbull, (1987). Sexual relationship of patients with kleptomania. *Southern Medical Journal*, 80, 995-998.

- Virkkunen, M. (1984). Reactive hypoglycemic tendency among arsonists. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 69, 445-452.
- Virkkunen, M. (1986). Insuline secretion during the glucose tolerance test among habitually violent and impulsive offenders. *Aggressive Behavior*, 12, 303-310.
- Wise, M.G. (1988). Adjustment disorders and impuls disorders not otherwise classified. In: J.A. Talboot, R.E. Males & S.C. Yudofsky (eds), *The American psychiatric press textbook of psychiatry*. Washington D.C.: America Psychiatric Press Inc.

Boze brieven van Steenbrink.

Kees Hoogduin.

Geachte Heer Hoogduin,

E.e.a. wordt u hierbij toegestuurd m.a.v. van uw artikel in De Telegraaf d.d. 21 juli j.l.

Met vriendelijke groeten,

H. J. Steenbrink.

HYPNOSE

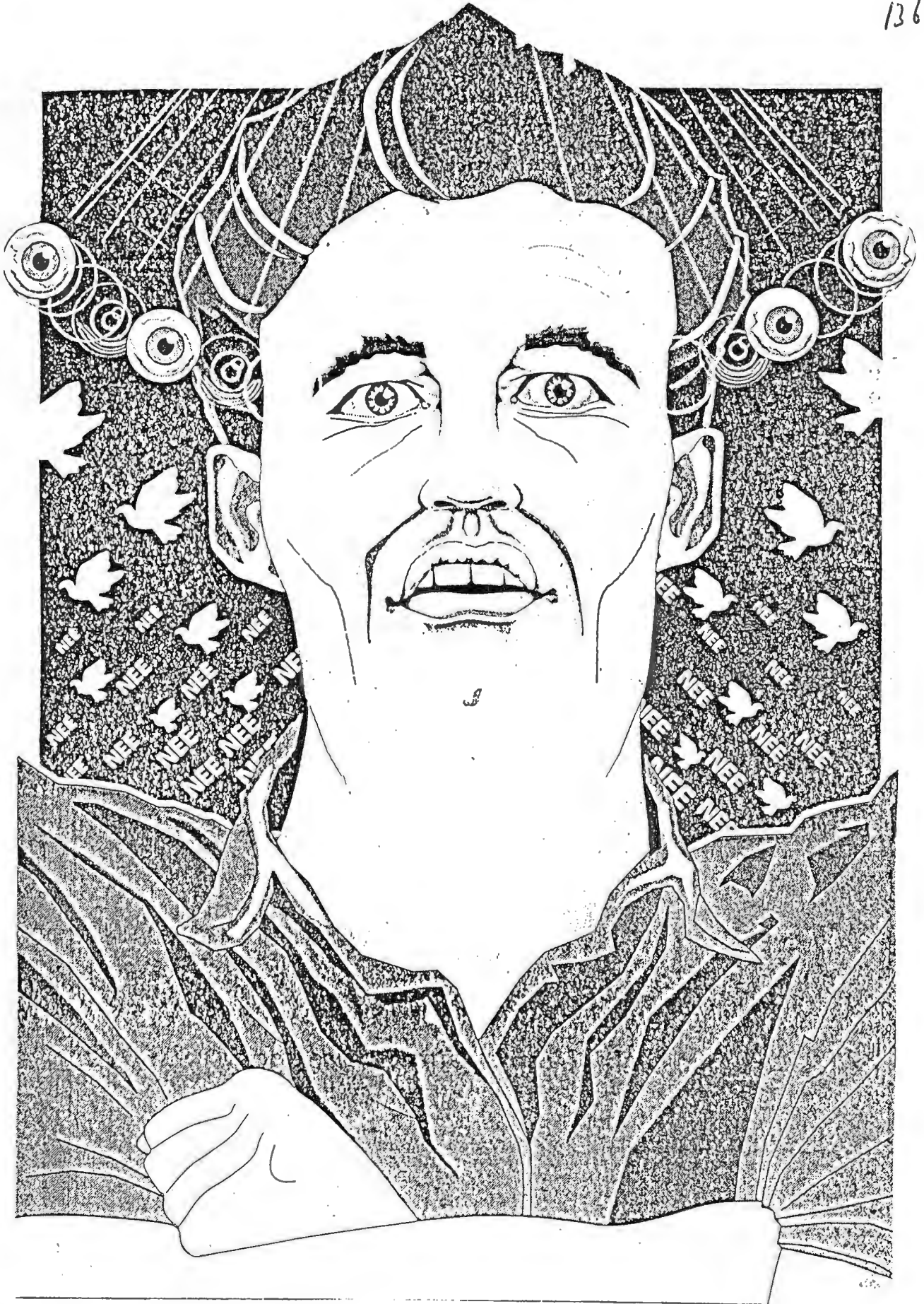
TEGEN

STRESS

'MYSTERIEUZE' TRANCE VERMINDERT PIJN EN ANGSTGEVOELENS

Kun je tegen je wil worden gehypnotiseerd? Kom je er probleemloos uit? Kan iemand in trance gedwongen worden bijvoorbeeld een bank te overvallen? Weet je in hypnose wat je doet? Is het een therapie? Franz Anton Mesmer, een Oostenrijkse arts uit de tweede helft van de 18e eeuw, was een van de eersten die zich wetenschappelijk met hypnose bezighield en

het verschijnsel van zijn geheimzinnigheid trachtte te ontdoen. Hij veronderstelde dat een onzichtbare vloeistof, dierlijk magnetisme genaamd, de hypnotische trance veroorzaakte. Door zijn patiënten te 'magnetiseren' probeerde Mesmer hen van hun klachten af te helpen, vaak met verrassend resultaat. Met 'magnetisme' heeft hypnose echter niets te maken.



Illustratie:
KEES
VAN DE
NES

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin is als psychiater verbonden aan de Psychiatrische Polikliniek van 't Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, waar hij onderzoek doet naar het met behulp van hypnose verhelpen van verlammingen, waarvoor geen lichamelijke oorzaak is te vinden. Daarnaast is hij hoogleraar Psychopathologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en geeft hij als zodanig colleges in de ziekteleer van de geest.

„Hypnose is gewoner dan de meeste mensen denken. „Iemand die helemaal opgaat in bijvoorbeeld een boek of een film is in feite in trance,” zegt Hoogduin. „Wat buiten de eigen gedachtenwereld gebeurt, wordt dan nauwelijks meer opgemerkt en de aandacht is volledig toegespitst op de innerlijke beleving.”

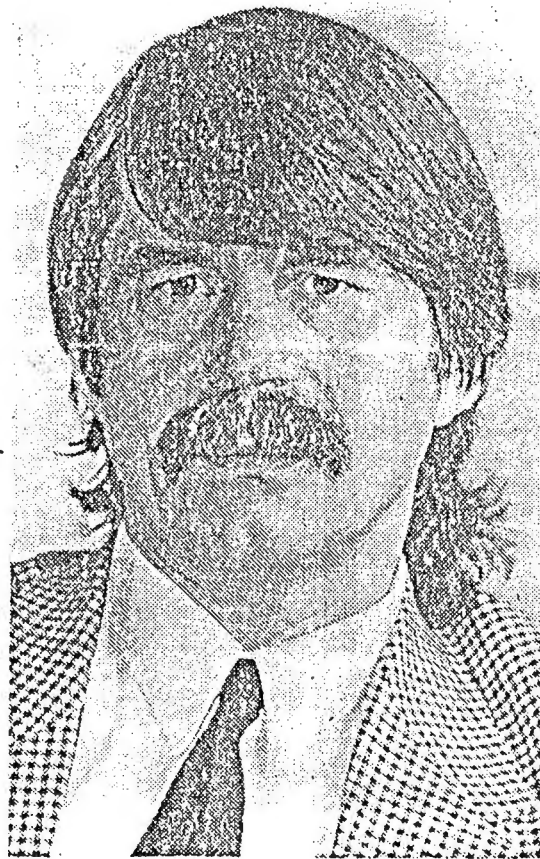
Volgens hem kenmerkt hypnose zich vooral door de mogelijkheid zintuiglijke ervaringen te beïnvloeden en anders te ervaren. In trance ontspannen de meeste mensen zich bijvoorbeeld gemakkelijker. Sommigen kunnen met hypnose pijn of angstgevoelens verminderen. Ook de tijd wordt onder hypnose doorgaans anders beleefd. Iemand kan een uur onder hypnose geweest zijn, terwijl het maar een kwartier leek.

Kenmerk

Een wezenlijk kenmerk is verder de verhoogde bereid-

■ Prof. dr. Hoogduin: „Hypnose is gewoner dan de meeste mensen denken. Iemand die helemaal opgaat in bijvoorbeeld een boek is in feite in trance.”

Foto: Glenn Wassenbergh



heid van de gehypnotiseerde om de richtlijn van de hypnotiseur te volgen. Iemand is zich daarvan onder hypnose overigens zeer bewust en kan zich tegen opdrachten verzetten als die tegen zijn wil indruisen.

Extreme hypnotische ver-

schijnselen, zoals hallucinaties, het kunnen zien en horen van dingen die er niet zijn, of geheugenverlies, zijn maar bij een klein percentage mensen op te roepen. Ongeveer 1 op de 10 mensen is bijzonder goed te hypnotiseren en 1 op de 10 niet of nauwelijks. Hieruit blijkt

dat, in tegenstelling tot de heersende opvatting, hypnose niet zozeer door de hypnotiseur wordt opgelegd, maar een trance-vermogen veronderstelt bij de gehypnotiseerde.

Voor veel mensen is hypnose iets mysterieus. Soms boezemt het angst in. „Dat is heel begrijpelijk,” zegt Hoogduin, „omdat hypnose vooral bekend is van televisie en zaalvoorstellingen. Meestal gaat het daarbij om de sensatie. De hypnotiseur heeft een aantal goed hypnotiseerbare mensen op het toneel gehaald en vraagt hun allerlei capriolen uit halen. Vaak zijn deze mensen bijzonder gevoelig voor hypnose en zijn zij tevoren met het oog op het optreden al gehypnotiseerd. Soms maken toneelhypnotiseurs zelfs gebruik van 'stooges', mensen die tegen betaling onder één hoedje spelen met de hypnotiseur.”

„Bovendien is die situatie op het toneel erg speciaal.

Daar wil je geen spelbreker zijn. De mensen zijn daarom extreem bereid de aanwijzingen van de hypnotiseur op te volgen. Zo ontstaat het beeld dat de proefpersonen willoos zijn. Dat is echter niet zo. Die mensen zijn zich wel degelijk bewust van hun gedrag. Zo'n show imponeert, maar is beslist niet representatief voor hypnotische verschijnselen.”

Ook de invloed van hypnose op de prestaties van het geheugen zijn door wetenschappers onderzocht. In tegenstelling tot wat men wel eens veronderstelt, verbetert hypnose het geheugen helemaal niet. Prof. Hoogduin:

„Het vergroot de kans op ncp-herinneringen in de vorm van pure fantasie, vooral als de gedachten van de proefpersonen door vragen een beetje in een bepaalde richting worden geduwd.

Vraag je in hypnose bijvoorbeeld of iemand in zijn kindjaren een trapauto had, dan bestaat de kans dat hij 'ja' zegt, terwijl het om een niet vervulde kinderwens gaat.”

Gevaarlijk

Door de hypnose lijken zulke 'herinneringen' vaak oorspronkelijk. In een rechtszaak bijvoorbeeld is dat bijzonder gevaarlijk. Een ver-

oordeling vindt dan mogelijk plaats omdat iemand naar een en geweten een verklaring aflegt, die op pure fantasie is gebaseerd. Zo beging een Amerikaanse rechtbank bijna de fout een hoofd van een school te veroordelen. Een getuige van een misdrijf meende, onder hypnose gebracht, de auto van het schoolhoofd en het nummerbord te hebben gezien. Die vergissing kwam gelukkig uit, maar de getuige kon niet worden verweten. Hij was een 'eerlijke leugenaar'.

Misschien is hypnose heel vroeger in het begin van de evolutie van de mens ontstaan, veronderstelt de Nijmeegse hoogleraar. „Dat wat door hypnose wordt gemakkelijk, heeft vooral te maken met de belevingswereld en met name met de gewaarwording van het eigen lichaam. Hypnose vergroot ontspanning en kan angst en pijn verminderen. Dat zijn juist eigenschappen die men-

sen in de oertijd nodig hadden. Toen liepen de jagers waarschijnlijk uren en uren achter elkaar. Soms raakten ze gewond. Mensen die de vaardigheid bezaten daaraan niet ten onder te gaan, gaven die eigenschap door aan hun nageslacht. Datzelfde vermogen is bij mensen nog steeds aanwezig als 'rudimentaire' eigenschap, maar heeft in onze cultuur en het leven van alledag doorgaans geen nut.”

In de therapie van patiënten met 'conversie-verlammingen' bewijst hypnose wel grote dienst. Bij dat type verlamming blijkt meestal dat de patiënten grote tijd onder hevige stress hebben gestaan.

En zoals sommigen op hun problemen reageren met angst, depressie, maagklachten of aan de drank gaan, uit bij deze patiënten het probleem zich in verlamming van de spieren. Freud zei "Voor mensen die niet meer kunnen lopen, is de last van

het leven te zwaar', en dat is ook zo, bevestigt Hoogduin.

Met behulp van richtlijnen van de hypnotiseur wordt in de therapie het oud zeer opnieuw beleefd, waardoor de problemen als het ware geneutraliseerd worden. Tegelijkertijd ervaren de patiënten tijdens de behandeling dat hun lichaam nog wel functioneert en leren zij hun spieren langzaam maar zeker weer te gebruiken.

Op de vraag of er geen gevaren aan het gebruik van hypnose zijn verbonden, antwoordt Hoogduin: „Als iemand die ermee vertrouwd is de techniek toepast, doen zich geen problemen voor. Ik heb hoogstens eens meegeemaakt dat iemand er een paar minuten een tintelende arm aan overhield. Bij sommige psychiatrische stoornissen kan een soort schemertoe-stand ontstaan, maar een ervaren therapeut lost dat op en normaal gesproken komt zo iets echt niet voor.”

HEER JEZUS CHRISTUS, ZOON VAN GOD, ONTFERM U OVER MIJ!

ALVORENS JE DE BIJBEL GAAT LEZEN, HET VOLGENDE
GEBED HARDOP UITSPREKEN:

Hemelse Vader, geef mij bid ik U, de leiding en hulp
van uw Heilige Geest, leer mij wat ik niet begrijp.
Maak mijn hart bereid en open mijn verstand, omdat ik
Uw boodschap moge ontvangen en begrijpen. Moge ze
vrucht dragen in mijn leven en tot Uw eer zijn,
door Jezus Christus onze Heer.

DE BIJBEL BIDDEND LEZEN, D.W.Z. DE TEKST
HARD OP UITSPREKEN. Daargaat extra kracht
vanuit.

24-2-1990

Gaat in door de enge poort, want wijd is de poort en breed de weg, die tot het verderf leidt en velen zijn er, die daardoor ingaan, want eng is de poort en smal de weg, die ten leven leidt en weinigen zijn er, die hem vinden (Matth. 7:13-14).

Door de zondeval hebben wij een zondige natuur gekregen, egoïstisch en zelfzuchtig is onze aard geworden en i.p.v. geestelijke wezens zijn wij vleeselijke wezens geworden.

Veel mensen zijn aan vleeselijke lusten c.q. begeerten verslaafd, zoals drank, sex, drugs, gokken etc., zijn een slaaf van de zonde geworden en onder heerschappij van satan gekomen.

Maar Jezus Christus heeft de satan en de zonde aan het kruis op Golgotha overwonnen toen Hij uitriep: Het is volbracht en alleen met Hem zijn wij meer dan overwinnaar. (Rom. 8:37)

Jarenlang, ben nu 51 jaar, heb ik met een zonde geleefd waaraan ik gebonden was en als ik die zonde begaan had, probeerde ik altijd zo snel als mogelijk was, die zonde te biechten, bang als ik was, wanneer ik onverwachts zou komen te overlijden, naar de hel zou gaan.

Als ik biechte kreeg ik altijd de absolutie, werd mij door de priester die zonde kwijtgescholden, vergezeld van een vermaning en kreeg als penitentie een aantal te bidden Onze Vaders en weesgegroetjes mee.

De eerste paar keer bevredigde mij dat wel, daarna niet meer.

Heb dit ook aan een pastoor en kapelaan een keer voorgelegd en hen gevraagd hoe ik van die zonde af kon komen, maar daar konden zij mij geen antwoord op geven, wisten daar geen raad mee.

Ruim 9 jaar geleden heb ik Jezus Christus gevraagd in mijn hart te komen wonen, iemand had mij daar namelijk op gewezen en er over verteld en sinds ruim 8 jaar heb ik die zonde niet één keer meer bedreven.

Jezus Christus is het die mij behoedt voor het vallen in zonde en beschermt tegen aanvallen van satan, Hij is mijn Schild, Verlosser en Zaligmaker.

God zegt in Zijn Woord: Weest heilig, want Ik ben heilig (I Petr. 1:16), tevens want het loon dat de zonde geeft, is de dood (Rom. 6:23).

En als je Jezus Christus in je leven hebt leren kennen zegt Hij: gij zult

mijn getuigen zijn (Hand. 1:8).

Niet meer in de zonde leven, je door Jezus Christus laten vormen naar zijn beeld en gelijkenis en van Hem te getuigen in ons leven is de essentie van het Christendom, in principe voor iedere Christen persoonlijk.

Gods Woord zegt ook: het is de mens beschikt éénmaal te sterven en daarna het oordeel (Hebr. 9:27), waar zullen we de eeuwigheid doorbrengen of vertoeven, het is voor eeuwig behouden of voor eeuwig verloren te zijn, het is hemel of hel.

Als je dat ten volle beseft, voel je de enorme verantwoordelijkheid die dat persoonlijk met zich meebrengt en ook de rekenschap die wij na dit leven hierover moeten afleggen.

Naar hetgeen we geweten hebben, zullen we geoordeeld worden, vandaar deze brief, met het verzoek en verlangen, dat dit cruciale onderwerp eens duidelijk en wijdverbreid onder de aandacht van veel geestelijken en gelovigen gebracht moge worden.

Voor uw medewerking hierin zeg ik u bij voorbaat dank en wens u in deze aan gelegenheid veel wijsheid in Jezus naam.

Met vriendelijke groeten,

hoogachtend,
H. J. Steenbrink.

De Telegraaf, vrijdag 17 april 1987

Nietsvermoedende leerlingen werden willoze discipelen

YOGA-LERAAR RIEP ZICHZELF UIT TOT GOD

Karel Schellen stond in Nijmegen bekend als een aardige en behulpzame yoga-leraar; dat hij samen met zijn vrouw Loes huiveringwekkende séances hield en een stroom van mensen geestelijk de vernieling in dreef, had echt niemand verwacht. Drie mishandelde ex-volgelingen hebben inmiddels bij de politie een verklaring afgelegd, en bekeken wordt nu in hoeverre het ondergedoken echtpaar strafrechtelijk kan worden vervolgd.

door ANGELO VERGEER

Maar daar gaat het niet alleen om. Nijmeegse hulpverleners vragen zich af hoe het mogelijk is geweest, dat iemand als Karel Schellen prooi kon vallen aan wat zij noemen groothedswaanzin. Hoe het mogelijk is geweest dat de als vriendelijk bekend staande yoga-do-cent zich kon ontpoppen tot een zich God noemende goeroe, compleet met een door hem zelf aangesteld uijverkoren volk.

„Bijna alle slachtoffers zeggen: 'Hoe konden we daar intrappen' en het enige is dat we er geen antwoord op weten,” zegt Maïke Engelen van het Informatiebureau voor Alternatieve Geneeswijzen (IBAG). „We hebben nooit negatieve verhalen over hem gehoord. Want hoewel hij niet offi-

cieel als yoga-docent geregistreerd stond, deed hij normaal zijn werk. Hij gaf een meditatiecursus, die door tal van mensen werd gevolgd.”

Huwelijk

Aangenomen wordt nu dat Karel (midden veertig) pas op dreef is geraakt toen hij anderhalf jaar geleden in het huwelijk trad met Loes (26), een hogepriesteres uit de wereld van de zwarte magie. Tijdens een vakantie in Frankrijk kwam het pas getrouwde paar in aanraking met de leer van de onheilspreeker Baruch.

Maïke van IBAG: „Toen ging het fout. Het echtpaar begon met het verzamelen van volgelingen. Maar niet iedereen werd binnengelaten. Heel selectief werden

bijna alle ex-volgelingen die tot nu toe om hulp hebben gevraagd, behoren niet tot de echte kerngroep, tot het uijverkoren volk. De echte slachtoffers zijn nog niet gevonden. Hun angst om te praten zal vreselijk groot zijn,” denkt Maïke Engelen.

Wat de ware bedoeling van het omstrede echtpaar was, is onduidelijk. Wellicht dat de twee ook zelf weer geestelijk onder druk werden gezet door een derde, omdat er zoiets als een Baruch-beweging bestaat met volgelingen in heel Gelderland en Limburg. Zoals gezegd: beiden zijn gezvlucht, meteen nadat de affaire aanhangig werd gemaakt in een regionale krant. Verwacht wordt dat ze hun onderduikadres niet

snel zullen verlaten, omdat Loes hoogzwanger is.

„Inmiddels hebben de slachtoffers met elkaar gesproken,” laat Maïke nog weten. „De angst blijft weliswaar, maar de macht is weg. Nu geloven ze er allemaal geen steek meer van. Toch blijft het ondenkbaar hoe subtiel de aanpak van de Schellens was. En dat gebeurt ook op een veel grotere schaal: er lopen nog meer van dit soort therapieuten rond met onversieerbare technieken en trucs. Wanneer iemand in behandeling merkt dat hij dingen moet gaan doen tegen zijn wil in, dat hij de banden met familie, kennissen en werk moet verbreken, en er gaat bij hem een lampje branden... Meleen wegwezen voor het te laat is.”

Leerstame boeken

Jezus of de goeroe. Martje Dieperink.

~~Sublime verlichte Nieuw Groot.~~

Van hekserij tot Christus. Doreen Irvine.

Als het licht duisternis is. Ryan v. d. Smitte.

Witgeverij Gazou.

Tel. 070-469729

Lees de Bijbel.

Geloof de Bijbel.

Doe wat de Bijbel zegt!

Geachte Lezer,

10-12-1986

193

Ingesloten doe ik u een aantal artikelen inzake occulte onderwerpen toekomen, met het vriendelijke verzoek hier kennis van te nemen en deze zoveel mogelijk door te geven.

Zelf heb ik ruim 10 jaar yoga en TM beoefend, mijn persoonlijke ervaring is dat deze methoden niet bewustzijn verruimend, zoals in boeken e.d. daaromtrent gesteld wordt, maar in tegendeel juist bewustzijn verduisterend werken.

In de tijd dat ik TM beoefende (+ 9 jaar) ben ik daar veel christenen (Katholieken en Protestanten) tegengekomen, die zich te goeder trouw maar uit onwetendheid, doordat de Kerken daar niet tegen waarschuwen, zich mee bezighielden en nog bezighouden.

Yoga en TM zijn wegen waar de satan achter zit, die tot geestelijke gebondenheid leidt en uiteindelijk ter helle voert.

Mijn ogen zijn hiervoor, door Gods genade, geopend en Hij zegt in Zijn Woord, als je kennis van een occulte zaak gekregen hebt, ben je verplicht je mede-christenen daar tegen te waarschuwen, anders zal Hij het bloed van je hand eisen.

Wij zullen allen eens voor Gods Rechterstoel geoordeeld worden bij het Laatste Oordeel en zal God zeggen, wat heb jij met je kennis gedaan, heb je mede-christenen gewaarschuwd waardoor ze behouden werden of heb je je mond gehouden, waardoor je mede-schuldig ben aan mensen, die daardoor voor eeuwig verloren gaan.

Vanuit de Kerken verneem ik nog steeds geen duidelijke en krachtige publieke veroordeling hiertegen, wat een jammerlijke zaak is.

Hopende en vertrouwend dat u de ernst van het bovenstaande inziet, uw eigen verantwoordelijkheid beseft en ook uw bijdrage hierin wilt leveren, u tevens Gods Zegen toewensend, verblijf ik, met vriendelijke groeten,

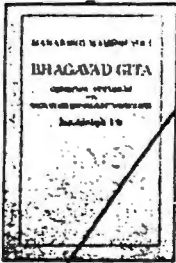
hoogachtend,
H.J. Steenbrink.

Maharishi Mahesh Yogi = de grondlegger van de TM
Bhagavad Gita = de Bijbel van de Hindoes



Maharishi Mahesh Yogi
**DE WETENSCHAP VAN HET ZIJN EN DE KUNST
VAN HET LEVEN**

Het standaardwerk dat ten grondslag ligt aan het TM programma. Dit boek bevat de wijsheid, die de Indiase filosoof en natuurkundige de wereld aanbiedt.
gebonden f 37,50 ingenaaid f 30,-



Maharishi Mahesh Yogi
BHAGAVAD GITA
Opnieuw vertaald en van commentaar voorzien
Hoofdstuk 1 - 6

De Bhagavad Gita is het meest bekende werk uit de Indiase literatuur. Dit commentaar brengt de ware essentie van dit eeuwenoude epos aan het licht en bevat voor de hedendaagse mens een schat aan bruikbare informatie.
f 45,-

Standvastigheid tegenover misleiders. (II Joh. 7-11)

Want er zijn vele misleiders uitgegaan in de wereld, die de komst van Jezus Christus in het vlees niet belijden. Dit is de misleider en de antichrist. Let op uzelf, dat gij niet verliest wat wij verricht hebben, maar uw loon ten volle ontvangt.

Een ieder, die verder gaat en niet blijft in de leer van Christus, heeft god niet; wie in die leer blijft, deze heeft zowel de vader als de zoon. Indien iemand tot u komt en deze leer niet brengt, ontvangt hem niet in uw huis en heet hem niet welkom. Want wie hem welkom heet, heeft deel aan zijn boze werken.

Zie ook I Joh. 4:1-6.

Jezus heeft gezegd: "Ik ben de Weg en de Waarheid en het Leven; niemand komt tot de vader dan door Mij." (Joh. 14:16)

Het uiteindelijke doel van Yoga en Transcendente Meditatie is godsbewustzijn c.q. Verlichting te verkrijgen.

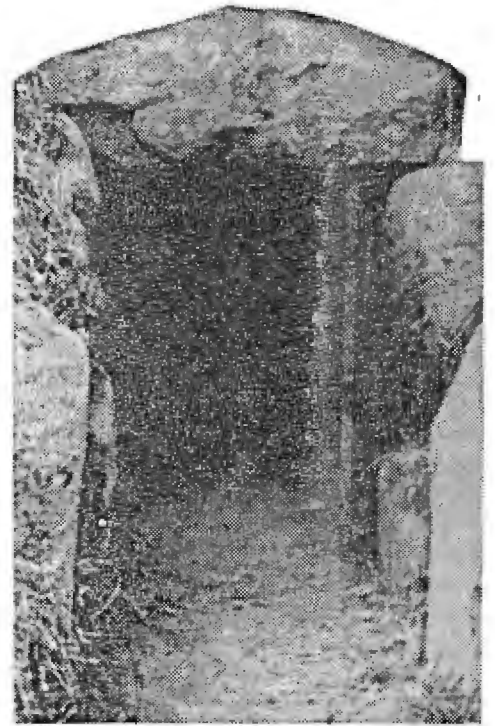
Vraag: hoe is het bereiken van godsbewustzijn via Yoga en TM te verklaren met de uitspraak van Jezus t.o.v. de vader?

Wat is er achter de

DEUR

van de

DOOD?



"Altijd weer hetzelfde verhaal..."

"Alles is zo zinloos, mijn hele leven. Waar leef ik eigenlijk nog voor?"

"Ik voel me zo leeg. Is er nog iets anders dan dit eentonige, grauwe bestaan? Mijn leven heeft geen doel en alles is zo zinloos".

"Nooit eens iets fijns, niets nieuws, altijd hetzelfde..."

"Ik ben wanhopig. Is er nergens een uitweg?"

Schijnwereld en rockmuziek

Zou het bovennatuurlijke soms een uitweg bieden? Deze geheimzinnige wereld boeit je. Misschien voel je je aangetrokken tot videobanden, cassettes en boeken, die je in de een of andere "fantasierwereld" verplaatsen. Of heb je okkulte films gezien die je belangstelling hebben gewekt voor het magische en okkulte, voor tovenaars, heksen en demonen? Of misschien heb je je op rockfestivals met duizenden andere fans door de rockstars laten fascineren en meeslepen? Ben je door hard-rock LP's, zoals "Their Satanic Majesties Request" (Zijne majesteit satan verzoekt u - vert.) of liederen als "Sympathy for the Devil" (Sympathie voor de duivel - vert.) op het terrein van het okkulte terechtgekomen?

Wie is Lucifer?

Daar kom je in aanraking met allerlei geesten en vooral hun aanvoerder heeft grote macht. De mensen wenden zich tot hem, omdat hij hun macht geeft. Je vraagt je misschien af, of het geen goed idee zou zijn om je bij hem aan te sluiten?

Hij wordt vaak Lucifer genoemd, dat betekent "lichtdrager", maar zijn licht is vals en bedriegelijk. Want Lucifer, ook wel satan genoemd, was een engelenvorst die aan God gelijk wilde zijn en tegen Hem in opstand kwam. Daardoor werd hij tot satan, het toppunt van alle boosheid. Zijn domein is de hel, het rijk van de duisternis.

Wat is er achter de deur van de dood?

Is er werkelijk een hel? Is met de dood niet alles uit en komt er daarmee niet een eind aan alle ellende?

Dr. Maurice Rawlings, een bekend hart-

specialist in de Verenigde Staten, schrijft in zijn boek "Beyond Death's Door" (Achter de deur van de dood - vert.) over mensen die klinisch dood zijn geweest, maar door hartmassage en beademingstechnieken weer tot leven konden worden gebracht. Ongeveer de helft van deze mensen vertelde over de ervaring van een "bestaan buiten het lichaam", waarbij ze de meest afschuwelijke dingen hadden beleefd. Vaak nog diep geschokt, herinnerden de patiënten

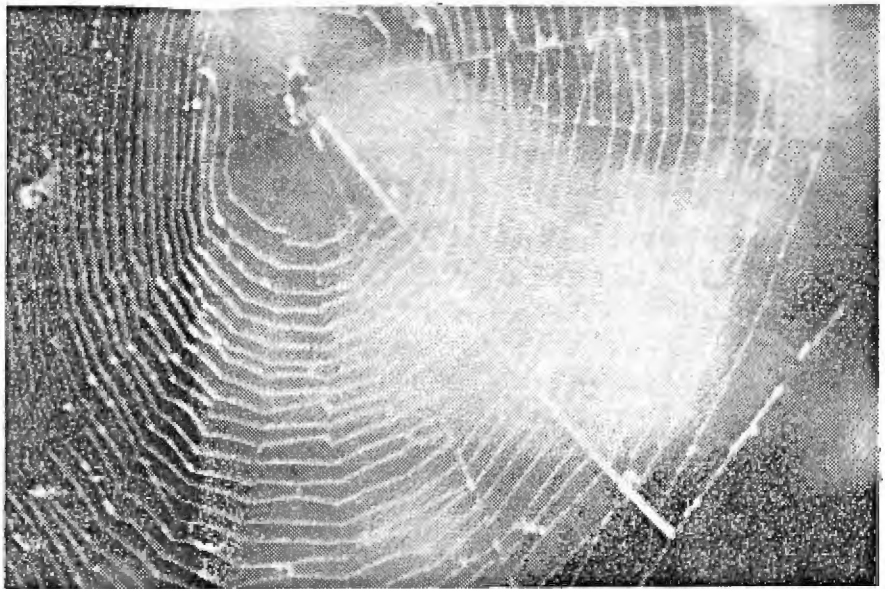


zich dat ze op een plaats van volslagen duisternis waren gekomen, temidden van angstaanjagende wezens die op hen loerden. Hun afschuwelijke belevissen zijn nauwelijks met woorden te beschrijven:

En zo gaat ons leven in de hel ook worden, als we hier op aarde tot satan hebben behoord en in de zonde hebben geleefd. Want met de dood is niet alles uit. Het is de doorgang naar een plaats waar we dan voor altijd zullen zijn. De theorie van de reïncarnatie - d.w.z. dat onze ziel steeds weer op aarde terugkomt tot we uiteindelijk het Nirwana bereiken - is een bedriegelijke misleiding, want "het is de mens beschikt éénmaal te sterven en daarna het oordeel" (Hebr. 9:27). Dat blijft niemand bespaard. In het uur van de dood wordt vaak al duidelijk wat de eeuwige bestemming van iemand zal zijn als resultaat van zijn leven hier op aarde. Dan stuurt Lucifer (of satan) zijn demonen naar diegenen, die voor zijn misleidingen zijn bezwiken en zich hebben uitgeleefd in allerlei zonden, vooral in perverse seksualiteit, drugsverslaving, haat, geweld en iedere vorm van rebellie tegen Gods geboden. In het uur van de dood wordt hun ziel dan overgegeven aan pijnigers, die hen zonder ophouden kwellen.

Een patiënt vertelde Dr. Rawlings dat hij zich herinnerde hoe hij machteloos wegzank in een diepe duisternis. Daar bemerkte hij overal rode slangen, die langs zijn lichaam omhoog kropen. Hij kon ze niet kwijtraken, wat hij ook probeerde. Zo gauw hij er één van zich afschudde, kwam er een ander voor in de plaats. Tenslotte werd hij op de grond gesleurd en door andere kruipende en glibberige wezens belaagd. Hij schreeuwde het uit, maar niemand nam er notitie van. Velen om hem heen schenen in dezelfde wanhopige situatie te zijn. Het geluid van menselijke stemmen drong tot hem door en sommigen van hen schreeuwden het uit.

Dr. Rawlings schreef over een vrouw die zich door een overdosering van kalmerende middelen van het leven had trachten te beroven. Later vertelde ze het volgende. Toen ze buiten bewustzijn raakte, was het alsof ze naar beneden viel



en in een donkere kuil terecht kwam. Daar zag ze een hete, roodgloeiende plek, die groter en groter werd. De grond leek op glibberige modder, waar haar voeten in wegzonken, zodat ze zich bijna niet kon voortbewegen. De hitte was zo intens, dat ze nauwelijks adem kon halen. Ze schreeuwde het uit: "O Jezus, geef me nog één kans!"

Het uur waarin alles openbaar wordt

Wanneer niet reeds eerder is gebleken tot welk rijk wij behoren en welke meester wij hebben gediend, dan toch op z'n allerlaatst in het uur van ons sterven. De Engelse schrijver G.K. Chesterton zei op zijn sterfbed: "Het is duidelijk dat we moeten kiezen tussen licht en duisternis en ieder moet voor zichzelf uitmaken aan welke kant hij wil staan". Dit wordt bevestigd door de laatste woorden van andere beroemde mannen, meest atheïsten: "Ik ben in de vlammen" - de Schotse filosoof David Hume. "Ik lijd hier de kwellingen van de verloren zielen" - de Franse staatsman Talleyrand. "Ik sta vlak voor mijn laatste grote reis, een diepe sprong in het duister" - de Engelse filosoof Thomas Hobbes. "Dan ga ik naar de hel" - de Franse schrijver en filosoof Voltaire, toen hij hoorde dat hij nog maar korte tijd te leven had.

Een wereldwijd net

Lucifer, d.w.z. satan, de heerser

van het rijk der duisternis is geen produkt van de menselijke fantasie, geen mythe, maar reële werkelijkheid. Hij wordt verteerd door een gloeiende haat tegen Jezus Christus en toont zijn macht vooral in deze beginnende eindtijd. Dit werd reeds voorspeld in de Heilige Schrift. We lezen dat God in deze tijd het goede en het kwade wil laten uitrijpen om het daarna te ziften. Satan is met een groot leger van demonen naar de aarde gekomen en heeft zelfs "satanskerken" doen ontstaan. Lucifer heeft veel bereidwillige helpers gevonden en samen met hen begint hij nu zijn heerschappij op te richten, die wordt aangekondigd als "New Age", een nieuw tijdperk voor de wereld, het "Tijdperk van de Waterman".

Velen geloven de leugens van satan dat hij hun geluk brengt en hun een zinvol leven zal geven, ja zelfs een nieuw rijk zal oprichten. Als de misleider lokt satan de mensen eerst door hun wijs te maken dat zij deel kunnen krijgen aan zijn bovennatuurlijke krachten, maar dan begint hij hen reeds hier op aarde te kwellen. Vreugde, vrede - alles wat werkelijk gelukkig maakt - wijkt uit het hart van hen, die hem geloven. Zij komen onder de invloed van de machten der duisternis en kennen alleen nog maar angst en vrees. Zijn ware gezicht echter laat satan pas zien achter de deur van de dood. Als de vorst van de hel laat hij dan al zijn slachtoffers op gruwelijke wijze door zijn demonen kwellen.

Alleen maar een onschuldig spelletje?

Experimenteren met okkulte zaken, bezoeken van seances, spelen met een ouija-bord, oproepen van geesten of meedoen met soortgelijke activiteiten is niet zo maar een onschuldig spelletje. Ook niet het bijwonen van spiritistische samenkomsten, heksenmeetings of zelfs satansmissen. Je zult merken dat je daardoor in de greep van de duisternis komt. Misschien denk je: "Ik wil het alleen maar eens proberen, gewoon er bij zijn, zodat ik weet waar anderen over praten. Anders sta ik er zo buiten". Maar het is net als met drugs, je komt er niet meer van los, want satan laat je niet meer los. Al gauw zul je hem je offers moeten brengen en je helemaal naar zijn bevelen moeten richten.

Misschien klinkt het in het begin aanlokkelijk, als satan - de vader van de leugen - zegt: "Doe maar waar je zin in hebt. Zonde bestaat niet..." Maar als je er op ingaat, ontstaat er een gevaarlijke kettingreactie: Het begint met leugens, haat, opstandigheid en agressie, spoedig gevolgd door wanhoop, dodelijke angst en je totale ondergang, totdat je volkomen aan het eind bent. Dan fluistert hij je in: "Maak er een eind aan!" Misschien houdt hij je voor dat zelfmoord nog de enige uitweg is of brengt hij je op een andere wijze om het leven om je daarna als zijn slachtoffer mee te nemen naar zijn duistere rijk. Laat je dus nooit tot zo'n fatale stap verleiden, maar doe alles wat je kunt om niet voor eeuwig in dit oord van helse pijn terecht te komen.

Altijdurende vreugde - geen droom, maar werkelijkheid

Maar er is nog een ander Rijk, dat net zo reëel is als het rijk van Lucifer: het Koninkrijk van Jezus Christus. Wie daar na zijn dood mag binnengaan, zal echt geluk en ware vreugde vinden en niet de eeuwigdurende kwellingen van de hel. Het leven in dit Koninkrijk houdt nooit op, het is altijd weer nieuw en vol heerlijke verrassingen, want Jezus Christus, de Heer

van dit Rijk, is het Leven zelf en Zijn liefde wil ons gelukkiger maken dan we ons ooit hadden kunnen voorstellen.

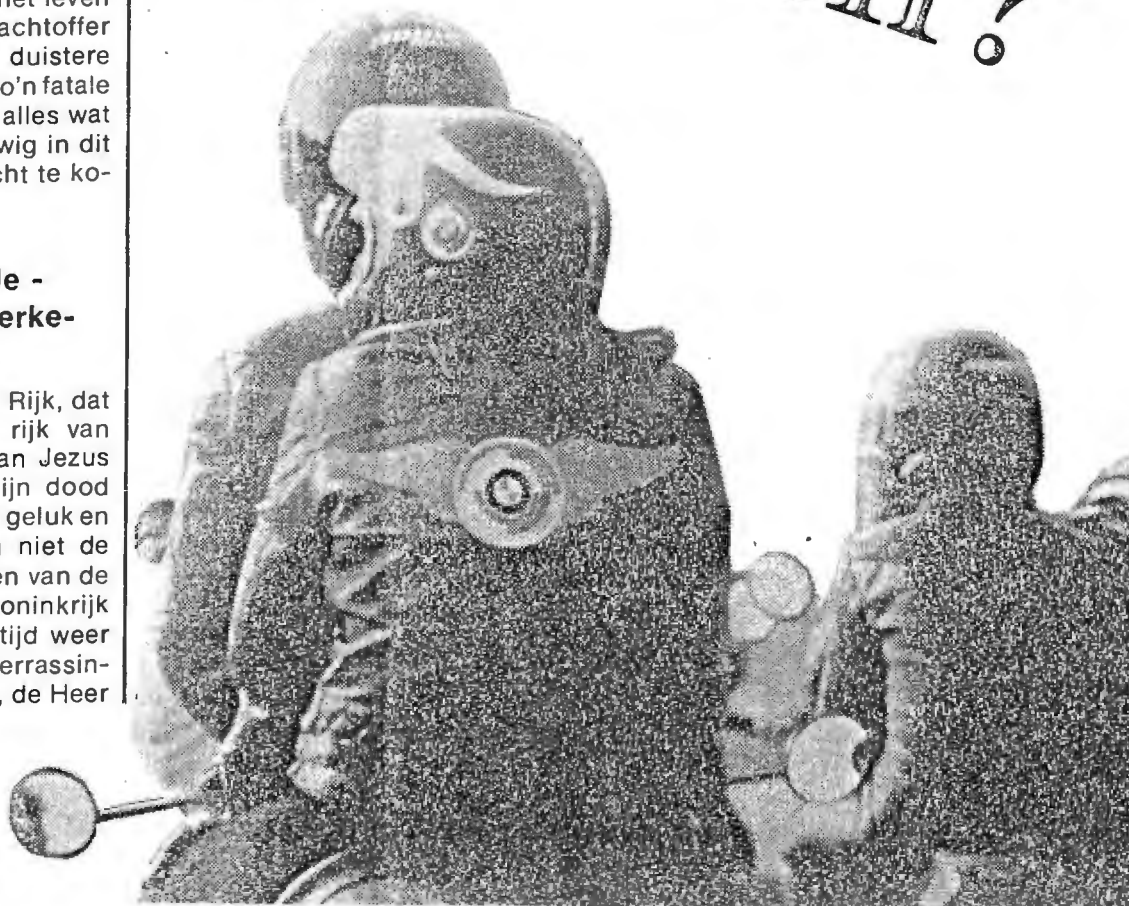
In Zijn Koninkrijk komen echter alleen zij, die Jezus als hun Heer hebben aangenomen en Hem zijn gevolgd. Wanneer we Zijn geboden gehoorzamen, die Hij ons uit liefde heeft gegeven, wanneer we Hem dienen en in Zijn wegen gaan - dan alleen worden we gelukkige mensen, vol vrede en blijdschap; dan zijn we geborgen in Hem, midden in angst en gevaar. Dat alleen maakt ons leven werkelijk zinvol, zowel hier op aarde als ook na onze dood.

Kies voor Jezus! Dan word je niet langer gekweld door de zinloosheid van je bestaan en de gevolgen van de zonde. Zonde maakt

iemands leven kapot en brengt hem in het rijk van onuitsprekelijke kwellingen.

Kies voor Jezus en Zijn Koninkrijk van licht, vrede en blijdschap. Dan kan satan je uiteindelijk niets doen, hoe hij ook probeert om je in het nauw te drijven. En na je dood kan hij je niet meenemen naar zijn rijk vol verschrikkingen, maar dan wacht Jezus op je, die heel persoonlijk van je houdt. Voor jou heeft Hij geleden en een vreselijke dood op Zich genomen; Zijn Bloed heeft Hij vergoten om jou te redden. Door Zijn opstanding heeft Hij de macht van de zonde overwonnen, opdat jij niet voor eeuwig in het rijk van satan zou moeten zijn. Jezus wil je gelukkig maken. Hij wil dat je zult kunnen juichen van blijdschap, wanneer je eens

Waarheen?



Over hypnose, spiritisme en magnetisme

In gesprek met ex-paragnost

„Vroeger dacht ik dat het een gave van God was. Ik wilde de mensen helpen en vroeg geen geld voor de behandelingen. Ik heb van alles gedaan: hypnose, magnetisme, spiritisme, het was allemaal pure waarzeggerij. De demonen, die in mij huisden, spraken door mij heen. Ik dank Jezus Christus dat Hij mij uit deze demonische macht heeft verlost.“
Een interview met een ex-paragnost.

Andy Muller (27) uit Warfstermolen vertelt over z'n ervaringen met het occultisme en over z'n bevrijding eruit. Als weinig anderen kent hij de gevaren die ons op dit terrein bedreigen.

Spiritisme

„Als kind werd ik reeds bij het magnetiseren betrokken. M'n opa deed het. Hij kon wratten laten verdwijnen. Op de middelbare school gaf m'n natuur- en scheikundeleraar wel eens demonstraties in hypnose.“

Toen ik een jaar of vijftien was, ontving ik steeds vaker beelden uit de toekomst. De nauwkeurigheid van m'n voorspellingen was onwaarschijnlijk groot.“

Na de middelbare school ging Andy studeren voor analist. Daar ontmoette hij een jongen die aan spiritisme deed. „Met hem ging ik mee naar een spiritistische seance. Een ouja-bord moest degenen aanwijzen door wie de demonen zich het beste konden openbaren. Ik werd aangewezen als het beste medium.“

Altijd werd ik als het sterkste medium aangewezen. Om boodschappen te ontvangen en door te geven, ging ik het liefst in trance. Ik hoorde mezelf dan dingen zeggen, die ik nooit kon weten. Nu weet ik dat de demonen toen door mij heen spraken.“

Andy begon met magnetiseren. Hij vertelt: „Ik genees

mensen. Wel genezen tussen aanhalingstekens, maar dat wist ik toen nog niet. Ik wist wat mensen mankerden.“

Over z'n methode van genezen vertelt hij: „Soms legde ik m'n hand op de zieke plaats, maar ik genas liever op afstand. Dan magnetiseerde ik zonder dat de mensen het merkten. Die methode was zeer succesvol.“

Hypnose

Die vriend, die hij had leren kennen op de analisten-school, vroeg aan Andy of hij een vriend van hem van het roken af wilde helpen. Andy:

„Via suggestieve hypnose heb ik hem er vanaf geholpen. Toch vond ik dit geen ideale werkwijze. Het duurde veel te lang om mensen zo onder hypnose te brengen.“

Ik merkte dat ik veel efficiënter kon werken met magnetische hypnose. De persoon geeft zich dan volledig aan je over. Je kunt hem of haar laten doen wat je maar wilt. Je kunt mensen dingen laten doen die ze niet willen. De wil van de gehyponotiseerde wordt volledig uitgeschakeld.“

Steeds vaker werd Andy uit-

genodigd om hypnose-demonstraties te geven.

Grote mogelijkheden

In een half jaar bouwde Andy z'n occulte mogelijkheden heel sterk op. Iedereen die hem op dit gebied leerde kennen, zag enorme mogelijkheden in hem. Andy: „Ik had een flinke binding met de satan, maar dat wist ik niet. Het werk groeide zo snel, dat ik er iedere dag mee bezig was.“

Ik zag het als een gave van God, omdat ik andere mensen kon helpen. Nu kan ik iedereen die dat zegt, zo goed begrijpen. Als je erin zit, ben je totaal verblind. Je meent het goed. Vaak zijn de mensen die naar zulke 'genezers' gaan, ook verblind.“

Andy hield zich ook bezig met andere occulte zaken. „Als ik maar lang genoeg in iemands ogen keek, hypnotiseerde ik de patiënt en raakte zelf in trance. Ik hoorde dan een concrete stem die me vertelde welke ziekte iemand had.“

Dat geldt ook voor het handschrift. Uit het handschrift kon ik gegevens over iemand aflezen. Tijdens het kijken naar

dat handschrift kreeg ik de informatie binnen. Het werd me verteld. Nu weet ik dat ook daar de satan achterzat.“

Bekering

Een jaar of zeven geleden kwam Andy in Warfstermolen wonen. Hij en z'n vrouw Monique woonden in een duurbuis. Monique ging naar een administratief centrum om formulieren voor huursubsidie in te vullen. De man die haar hielp, vertelde haar over de liefde van Jezus Christus. Hij zei tegen haar dat hij een keer langs wilde komen.

Maar kort daarna kreeg Andy een ernstig auto-ongeluk. Hij was zeer verbaasd toen hij in het ziekenhuis een kaart van die man kreeg.

Toen hij weer thuis was, kwam die man op bij hem op bezoek. Het was noodweer en toch kwam hij op zijn fiets. Andy: „Deze man heeft mij in alle liefde over Jezus Christus verteld. Hij vertelde mij dat deze occulte dingen niet van de Here zijn. Door deze opferingsgezindheid sloegen bij mij alle stoppen door. Kortetijd later ben ik door Gods genade tot geloof gekomen.“

Het was voor hem een enorm zware strijd om uit het occultisme weg te komen. „De satan vocht als een bezetene omdat te voorkomen. Het heeft drie jaar geduurd. Maar ik heb ervaren dat Jezus overwinnaar is. Het is een diepe en moeilijke weg geweest, maar ik ben volledig bevrijd.“



Nooit doen.

Over de gevaren van hypnose merkt Andy op: „Door je te laten hypnotiseren, geef je je volledige zelfbeschikking uit handen. Je maakt een radiografisch bestuurd iemand van jezelf. De hypnotiseur kan je zelfs een misdrijf laten plegen als hij dat zou willen. De gevolgen zijn zeer schadelijk. En dat gelot net zo goed voor hypnose, die wordt gebruikt om mensen van het roken of van bijvoorbeeld fobieën af te krijgen of om misdrijven op te lossen.“

Vaoral op latere leeftijd kan dit enorme angstcomplexen tot gevolg hebben. Al snel na een behandeling kunnen er moeilijkheden met het slapen en onzekerheid ontstaan. Ik heb het sterke vermoeden dat in veel psychiatrische inrichtingen mensen zitten die op deze wijze enorme beschadigingen hebben opgelopen. Zij hebben vaak een grote occulte binding. Ik heb die geest geproefd en ik herken hem in de ander.“

Waarschuwing

Andy: „Als mensen zich op dit terrein begeven, doen ze zichzelf erg veel schade aan. Er is niets schadelijker dan algodendienst en occultisme. Er ontstaat een totale binding en een rechtstreekse band met de duivel. Vaak hoor je mensen zeggen dat ze baat hebben bij het bezoeken van zulke occulte genezers. Helaas hebben ze het bij het verkeerde eind. Latere

ze maar eens nagaan of ze er op de hele linie op vooruit zijn gegaan. Maar daar hoor je ze nooit over.“

Helaas brengen veel mensen de slaapproblemen, de depressiviteit, de angsten en agressies, die ze daarna bij zichzelf ontdekken, niet in verband met de contacten met zo iemand. Toch zijn dit meestal de directe gevolgen. Er vindt vaak een verschuiving van de problemen plaats. Bij christenen kunnen er ook geestelijke moeilijkheden ontstaan, zoals weerstanden tegen bidden en bijbellezen en geloofstwifel.“

Radicaal

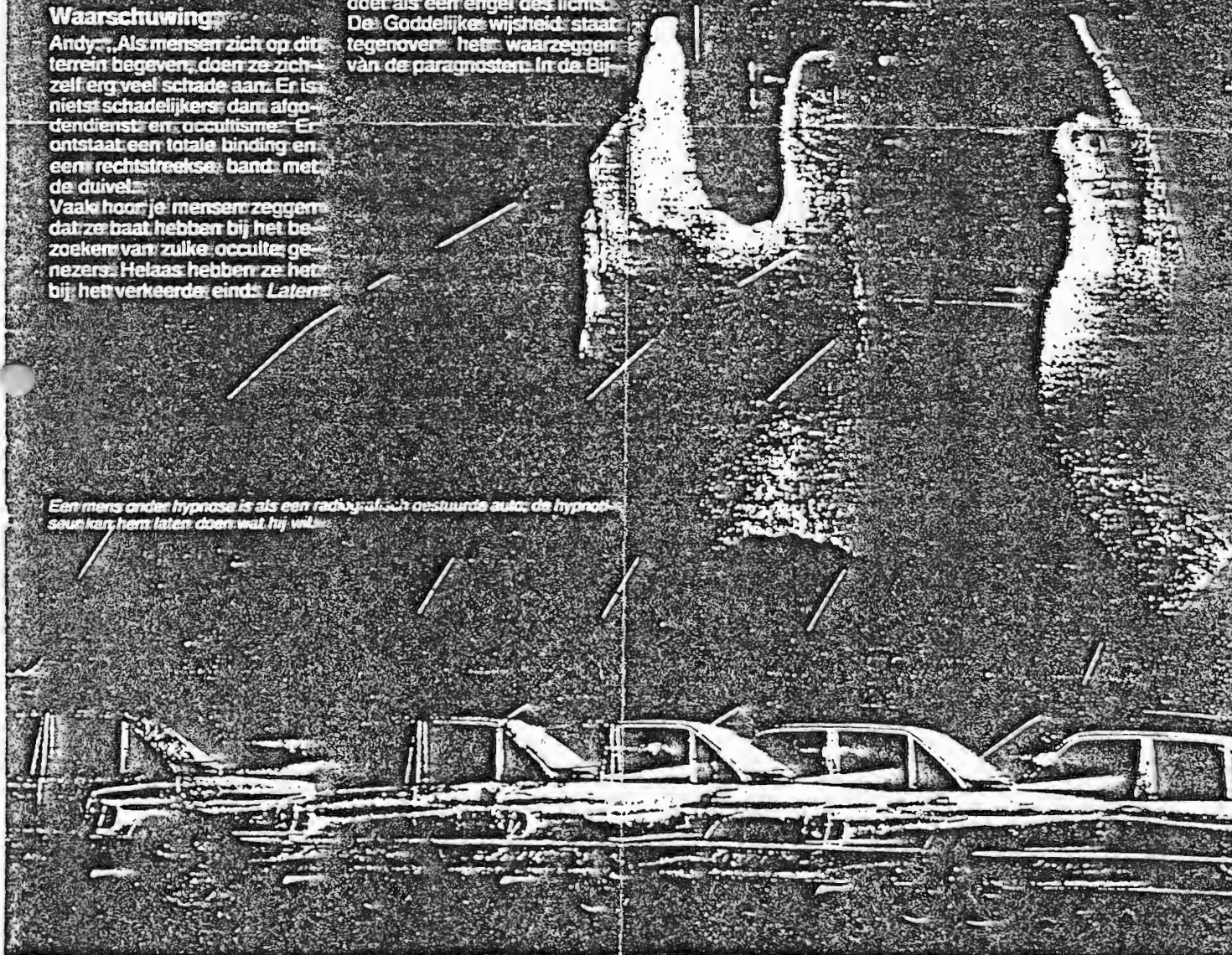
„Alle contacten met occultisten moeten radicaal worden verbroken.“ aldus Andy. „En wie er nog nooit is geweest, moet er beslist niet heen gaan. De Goddelijke genezing staat lijnrecht tegenover de occulte genezing, al heeft het er oppervlakkig gezien wel veel van weg. De satan is de grote imitator, die zich voordoeft als een engel des lichts. De Goddelijke wijsheid staat tegenover het waarzeggen van de paragnosten. In de Bij-

bel verbiedt God ons om gebruik te maken van de diensten van deze mensen. Lees maar eens teksten als Leviticus 19:26-31, Deuteronomium 18:9-14, Jesaja 8:19-22, Ezeziel 5:11 en 6:10-18.“

Aan mensen die worden behandeld door dergelijke occulte genezers, adviseert hij: „Ga nog één keer, maar laat je niet meer behandelen. Vertel in liefde dat die behandeling tegen Gods wil ingaat. Maar geef die persoon geen trap na, omdat hij of zij verblind is. Laat je vervolgens uitschrijven uit het kaartensysteem en neem alle foto's en persoonlijke eigendommen mee. God wil dat je Hem gehoorzaamt en radicaal met deze mensen breekt. Vraag de Here om vergeving en laat je bevrijden uit de macht van de satan. Alleen Jezus Christus kan je bevrijden. Dat is absoluut zeker. Ik heb ervaren hoe geweldig dat is.“

Dirk van Genderen

Een mens onder hypnose is als een radiografisch bestuurd auto; de hypnotiseur kan hem laten doen wat hij wilt.



GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS

C.A.L. Hoogduin

Kenmerken en voorkomen

Wanneer een psychiater of psycholoog gevraagd worden een patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis te beschrijven, hebben zij daar in het algemeen weinig problemen mee. Het zijn mensen die altijd wat nerveus en angstig zijn. Ze zien op tegen allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Het zijn tobrende mensen die overal leeuwen en beren zien. Wanneer de partner een kwartier later thuiskomt dan gebruikelijk, maken ze zich al ernstige zorgen dat hem of haar een ongeluk is overkomen. Voortdurend kunnen ze tobben over de toekomst van hun kinderen, de toekomst van de wereld en of de kinderen op de lange duur bijvoorbeeld werkeloos zullen worden.

Mevrouw Van Duren wordt verwezen door haar huisarts naar een psychiatrische polikliniek voor behandeling van haar tranquillizermisbruik. Het blijkt dat mevrouw gedurende acht jaar Valium gebruikt in doseringen van 40 - 60 mg per dag. Ze kreeg deze medicatie van de huisarts. Toen hij na enige tijd probeerde de medicatie te verlagen, bleek patiënte dat niet te kunnen: ze werd zeer angstig. Het klinische beeld dat de huisarts ooit als aanleiding had gezien om tranquillizers voor te schrijven, ontwikkelde zich opnieuw. Mevrouw Van Duren vertelt dat ze sinds haar vroege jeugd bangig en nerveus is geweest. Ze herinnert zich dat ze op de lagere school bang was om een beurt te krijgen, bang was om uitgelachen te worden en dat ze 's avonds tot vaak laat huiswerk maakte uit angst een onvoldoende of een standje van de onderwijzer te krijgen. Wanneer het onweerde of wanneer het hard waaide of wanneer haar broers ruzie hadden gemaakt, lag ze vaak 's nachts wakker. Ze zocht dan angstig en in paniek de slaapkamer van haar ouders op. Die stuurden haar soms terug en soms namen ze haar in bed. Ze huwde op 20-jarige leeftijd met een jongen die ze in de eerste klas van de middel-

bare school leerde kennen; een jongen uit hetzelfde dorp, van dezelfde godsdienst en sociale achtergrond. Het huwelijk verliep met relatief veel spanningen. De seksualiteit vond ze beangstigend, eng en wees ze af. Sexueel contact bleef ze onplezierig vinden. Ze voelde zich gespannen als 'het weer moest gebeuren' en tijdens de samenleving had ze last van benauwdheid. Tijdens de zwangerschappen van haar drie kinderen was ze bang dat ze een ongelukkig kind zou krijgen. Toen de kinderen eenmaal geboren waren, was ze bang dat ze geen goede moeder zou zijn en dat er van haar kinderen niets terecht zou komen. Ze dorst de kinderen niet alleen buiten te laten spelen. Als de kinderen iets te laat thuis waren, was ze al aan het bellen uit angst dat hen iets was overkomen. Sinds haar jeugd was ze bang in het donker en ook toen ze al jaren getrouwd was, bleef dat het geval. Ze sliep met een lampje aan in de kamer. Wanneer de echtgenoot 's avonds een keer een vergadering had, was ze altijd bang dat er een inbreker of verkrachter zou komen. Wanneer een kind een verkoudheid had, was ze bezorgd dat het longontsteking zou worden, omdat zij niet goed voor hem gezorgd zou hebben. In de eerste tijd van het huwelijk begon ze alcohol te gebruiken, eerst wat sherry en later wijn, totdat ze ten slotte bijna een hele fles wijn per dag dronk. Zich realiserend dat dit zo niet door kon gaan, stopte ze daarmee en vroeg ze de huisarts een middeltje tegen de spanningen en angsten en zo begon het Valium-gebruik. Na een jaar gebruikte ze 40-50 mg per dag en dat gebruikte ze de volgende zeven jaren door om de spanningen en angsten wat te verminderen.

D.S.M.-III-R-criteria voor gegeneraliseerde angststoornis

- A. Onrealistische of buitensporige angst in combinatie met een topperige bezorgdheid over twee of meer levensomstandigheden. Deze klachten bestaan langer dan 6 maanden en ze zijn in de tijd meer wel dan niet aanwezig.
- B. Wanneer een andere As I-stoornis aanwezig is, dan heeft het onderwerp van de bezorgdheid geen verband met die stoornis. Het onderwerp van de bezorgdheid is niet een eventueel optredende paniekaanval. In dat geval handelt het om een paniekstoornis.
- C. De stoornis treedt niet op tijdens het verloop van een stemmingsstoornis of een psychose.

D. Ten minste 6 van de volgende 18 symptomen zijn vaak aanwezig tijdens de angst:

Motorische spanning

- trillen, beven
- spierspanning of spierpijn
- rusteloosheid
- snel vermoeibaarheid

Waakzaamheid

- zich zeer gespannen voelen
- overdreven schrikreacties
- concentratieproblemen
- dichtklappen van angst
- in- en doorslaapstoornissen
- prikkelbaarheid

Autonome hyperactiviteit

- ademnood, benauwdheidsgevoel
- hartkloppingen of snellere hartslag
- transpireren, klamme handen
- droge mond
- duizeligheid, licht in het hoofd
- misselijkheid, diarree of andere buikklachten
- opvliegingen (warme of koude)
- vaak plassen
- slikproblemen, brok in de keel.

E. Er is geen lichamelijke factor aan te wijzen die de stoornis heeft doen ontstaan en in stand houdt, zoals bijvoorbeeld het geval is bij een te sterke werking van de schildklier.

De prevalentie bedraagt 2,3 - 6,4% per jaar (Hoehn-Saric & McLeod, 1988; Breier et al., 1985; Reich, 1986).

GAS en lichamelijke aandoeningen

Er bestaan zeer veel lichamelijke ziekten die angstklachten kunnen geven. Te noemen zijn: aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, zoals bijvoorbeeld migraine, tumoren, delier, epilepsie; hartaandoeningen, zoals angina pectoris en rythmestoornissen; stoornissen van de ademhaling; stoornissen van het endocriene systeem, zoals een te sterke functie van de schildklier, een te zwakke functie van de bijnier, tumoren van de alvleesklier en van de bijnier; voorts bepaalde aandoeningen die met addictie te maken hebben, zoals overmatig cafeïne-gebruik, misbruik van stimulantia en hallucinogene middelen; en ten slotte de aandoeningen die ontstaan ten gevolge van onttrekking van

psycho-actieve drugs (Hoehn-Saric & McLeod, 1985). Wanneer patiënten met een GAS lichamelijk onderzocht worden op bovengenoemde ziektebeelden wordt een dergelijke niet eerder bekende lichamelijke verklaring voor de klachten niet frequent gevonden (Hoehn-Saric & McLeod, 1988; Hoogduin et al., 1987). Interessant is de opmerking van de eerstgenoemde onderzoekers dat de frequentst gevonden afwijking bestond uit een leverfunctiestoornis als gevolg van drankmisbruik.

GAS en paniekstoornis

Vrijwel alle patiënten met een GAS kennen ook paniekgevoelens. Immers, paniek is op te vatten als een heftige angstreactie. Omgekeerd zijn patiënten met een paniekstoornis vaak angstig en zij kennen ook perioden waarin zij sterk in beslag genomen zijn door allerlei relatief niet ernstige dagelijkse zorgen. Gelder (1989) formuleert de twee belangrijkste opvattingen die er zijn met betrekking tot paniekaanvallen: paniekaanvallen zijn eenvoudigweg een bijzondere intensieve vorm van angst die bij iedere vorm van angststoornis kan voorkomen als de aandoening zeer ernstig wordt, of de paniekstoornissen zijn een kwalitatieve, andere vorm van angststoornissen.

Wanneer patiënten met een paniekstoornis vergeleken worden met patiënten met een GAS zijn er diverse verschillen gevonden. Patiënten met een paniekstoornis (PS) kennen meestal een acuut begin, terwijl de GAS vaak een meer geleidelijk begin vertoont. Voorts wordt bij de PS in 28% van de gevallen een episodisch verloop gezien. Deze patiënten waren gedurende perioden van drie maanden of langer klachtenvrij. Dit episodisch verloop werd bij 12,5% van de patiënten met een GAS gevonden (Anderson et al., 1984). Zij vonden dat de GAS op jongere leeftijd (16,1 jr + 11 jr) begon dan de PS (22,8 jr + 12,6 jr). Bovendien zou de PS meer cardiovasculaire klachten, zoals hartkloppingen, pijn op de borst en benauwdheid te zien geven in vergelijking met de GAS.

Hoehn-Saric (1982) probeerde patiënten met een GAS te onderscheiden van patiënten met een paniekstoornis met behulp van diverse instrumenten waarbij angst, somatische klachten, depressie, sociale aanpassing, persoonlijkheidskenmerken en vroeg-kinderlijke klachten gemeten werden. Alleen met behulp van de Hamilton Angstschaal kon een significant verschil tussen beide groepen vastgesteld worden. De patiënten met een

PS scoorden hoger op deze schaal. Oei et al. (1989) die een vergelijkbaar onderzoek verrichtten, waren niet in staat patiënten met een PS te onderscheiden van patiënten met een GAS.

Cloninger et al. (1981) vonden bij niet minder dan 100% van de patiënten met een PS dat zij 2 tot 10 jaar voor de eerste paniekaanval al aan verschijnselen leden van een GAS. Het zal duidelijk zijn dat paniekstoornis niet altijd even gemakkelijk is af te grenzen van een GAS. Een belangrijk klinisch verschil is dat een patiënt met een GAS vooral tobt over banale dagelijkse problemen, terwijl de patiënt met een PS vooral tobt over het opnieuw krijgen van een paniekaanval.

GAS en vermijdingsgedrag

Vermijding van stressvolle situaties gebeurt ook door niet-angstige mensen en het hoeft geen verbazing te wekken dat angstige mensen dat ook doen. Patiënten met een GAS zijn bange, bezorgde mensen, die er tegenop zien om nieuwe, onbekende activiteiten te ondernemen. Ze zien vaak op tegen verjaardagspartijtjes en zelden zullen ze bereid zijn in het openbaar het woord te voeren. Wanneer een patiënt met een GAS een nare ervaring heeft gehad in een bepaalde straat zal hij die straat kunnen vermijden. Wanneer het echter nodig is om daar bijvoorbeeld een boodschap te doen, zal hij zich er meestal overheen kunnen zetten. Butler et al. (1987) vonden dat er bij 64% van de patiënten met een GAS sprake was van vermijdingsgedrag, maar dat deze vermijding niet een specifieke focus had, zoals bij agorafobie en de enkelvoudige fobie.

GAS en depressie

Veel patiënten met een GAS hebben ook last van depressieve klachten. Dunner (1985) vond dat 33% van de patiënten met oorspronkelijk een angststoornis, ook een depressieve stoornis had. Het onderscheid tussen patiënten met een GAS en met een stemmingsstoornis, zoals de dysthyme stoornis, is niet eenvoudig. De patiënt met de stemmingsstoornis is vaak angstig, de patiënt met een GAS is vaak gedeprimeerd.

Het is de vraag of het in alle gevallen mogelijk is deze beelden van elkaar te onderscheiden. Zo wordt bijvoorbeeld in de nieuwe versie van het classificatiesysteem van de Wereld Gezondheids Organisatie, de 10e revisie van de 'international classification of diseases' (I.C.D. 10),

onder de classificatie van angststoornissen de 'gemengde angst- en depressieve stoornis' vermeld. Bij deze stoornis gaat het om een overlap tussen de angststoornis en de minder ernstige depressieve aandoeningen (Gelder, 1989).

Wetenschappelijke inzichten

In tegenstelling tot andere angststoornissen zijn er bij de GAS geen aanwijzingen gevonden voor een genetische component. Torgersen (1983) onderzocht de genetische factoren bij monozygote en dizygote tweelingen. Het aantal keren dat de tweeling beiden aan een algemene angststoornis leden, liet tussen de monozygoten en dizygoten geen verschil zien. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het om kleine aantallen ging. Ook bij onderzoek naar het voorkomen van de GAS bij familieleden van patiënten met een GAS kon geen verschil met een controlegroep gevonden worden (resp. 4,8% en 3,6%). Voor patiënten met een paniekstoornis werd dit wel vastgesteld: 24,7% familieleden van patiënten met een paniekstoornis hadden ook last van deze aandoening, bij de controlegroep bedroeg dit 2,3% (Anderson et al., 1984).

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) wordt vaak als een restgroep van de angststoornis gezien. Pas wanneer er geen paniekstoornis, fobische stoornis, dwangstoornis of posttraumatische stress-stoornis gediagnosticeerd wordt, wordt de diagnose GAS overwogen. Vrijwel alle angststoornissen voldoen echter aan de D.S.M.-III-R-criteria van de GAS (Barlow et al., 1986).

Een ander belangrijk probleem is de afgrenzing van normaliteit en de GAS. De overgang tussen normaliteit en de GAS is te vergelijken met de overgang van een normale bloeddruk en een hypertensie. In dit geval is, na onderlinge afspraak tussen deskundigen, het ziektebeeld hypertensie gedefinieerd en afgegrensd van de normaliteit.

Behandeling

De behandeling geschiedt meestal door de huisarts. De symptomatologie is meestal niet imponerend als zeer ernstig, waardoor verwijzing naar meer gespecialiseerde hulpverleners meestal niet plaatsvindt. Behandeling bestaat uit steunende gesprekken, vaak in combinatie met benzodiazepine (kalmerende tabletten, zoals Librium, Temesta, Seresta). De

#56

voortdurende klachten leiden vaak tot voortdurend gebruik van deze medicatie. Een nieuwe generatie anxiolytica (o.a. Buspar) zonder sufmakende bijverschijnselen en zonder merkbare onttrekkingsverschijnselen (wel aanwezig bij de meeste benzodiazepinea) zou zeer effectief zijn, juist bij patiënten met een GAS. Specifieke behandeling bestaat vooral uit gedragstherapeutische behandeling met relaxatietraining, beïnvloeding van stresserende omstandigheden, bestrijding van milde fobische klachten en zonodig assertiviteitstraining.

Prognose

De prognose met betrekking tot de klachten is niet al te gunstig. De stoornis tendeeft naar chroniciteit. Daarnaast kan gesteld worden dat veel patiënten een modus vinden met de klachten te leren leven.

Literatuur

Anderson, D.J., Noyes, R.J. & Crowe, R.R. (1984), A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorders. Am. J. Psychiatry, 141, 572 - 575.

Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilyea, J.A., Vermilyea, B.B. & DiNardo, P.A. (1986), Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. Am. J. Psychiatry, 143, 40 - 44.

Breier, A., Charney, D.S. & Heninger, S.R. (1985), The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. Am. J. Psychiatry, 142 (7), 787 - 797.

Butler, G., Gelder, M.G., Hibbert, G., Cullington, A. & Klimes, I. (1987), Anxiety management developing effective strategies. Behav. Res. & Ther., 25, 517 - 522.

Cloninger, C.R., Martin, R.L., Clayton, P. & Guze, S.B. (1981), A blind follow-up and family study of anxiety neurosis: Preliminary analysis of the St. Louis 500. In: D.F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.), Anxiety: New Research and Changing Concepts (pp. 137 - 154). New York, Raven Press.

Dunner, D.L. (1985), Anxiety and panic: Relationship to depression and cardiac disorders. Psychosomatics 26 (11), 18 - 21.

Gelder, M.G. (1989), The classification of anxiety disorder. Brit. J. Psychiatry, 154 (suppl. 4), 28 - 32.

Hoehn-Saric, R. (1982), Comparison of generalized disorder with panic disorder patients. Psychopharmacology Bulletin, 18, 104 - 108.

Hoehn-Saric, R. & McLeod, D.R. (1985), Generalized anxiety disorder. In: G.C. Curtis, B.A. Thyer & J.M. Raineu (Eds.), Psychiatric Clinics of North America 8 (No. 1) (pp. 73 - 88). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Hoehn-Saric, R. & McLeod, D.R. (1988), Panic and generalized anxiety disorders. In: C.G. Last & M. Hersen (Eds.), Handbook of Anxiety Disorders. New York, Pergamon Press.

Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Terluin, B. & Dolman, C. (1987) Lichamelijke ziekte bij psychiatrische patiënten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 10, 1101 - 1108.

Oei, T.P.S., Grass, P.R. & Evans, L. (1989), Phobic disorders and anxiety states: How do they differ. Australian and New Zealand J. Psychiat., 23, 81 - 88.

Reich, J. (1986), The epidemiology of anxiety. J. of Nervous and Mental Diseases, 174, 129 - 136.

Torgersen, S. (1983), Genetic factors in anxiety disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 40, 1085 - 1089.