

TJDJ
Tijdschrift voor Directieve Therapie
15/3
2-1991



Nature & Science

Nature & Science

voorheen TDT

jaargang 15 (3), februari 1991

inhoudsopgave

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	i
Kees Hoogduin & Michiel Reinders	Een mevrouw met het syndroom van Gilles de la Tourette; follow-up na vijf jaar	3
Leen Joele	Gebeden zonder eind 2: (On)geduldig gedragen leed	6
Richard Van Dyck	19 Angststoornissen, dysthyme stoornis, schizofrenie...	13
Dick N. Oudshoorn	61 Hoofdstuk 4 - Het hoofdonderzoek Deel 1	20
Daniël van der Velden & Kees van der Velden	MacKenzie Stressreductor®	46
Dr. J.A. Jenner & drs. L. Dijkema	Tegendraads	56
Kees van der Velden	Jenners doolhof revisited	59
Richard Van Dyck, Kees van der Velden & Paul Emmelkamp	Algemene therapiefactoren, eclecticisme en indicatiestelling	62
Alfred Lange	Leertherapie, voor wie?	87
Anonymus	Over onderzoek in een APZ	96
Kees Hoogduin, Peggy Melis, Wilma Rooimans & Giel Spierings	Hypnose met symptoomtransformatie bij chronische spanningshoofdpijn	100
Kees van der Velden	Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie	114

omslag:

Klaas Hoogduin

Ten Geleide

Rotterdam, 6 februari 1991

Beste, lieve, gewaardeerde en alleraardigste lezer,

Pas enkele ogenblikken geleden heeft onze dierbare vriend Kees van der Velden de eerste versie van zijn bijdrage *Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie* voltooid, en daarom moeten wij het kort houden. Sorry! Excuus!

Wij hebben overigens besloten de naam van ons Blad na vijftien jaar maar eens te wijzigen.

Nature & Science zal de nieuwe naam zijn. Impactfactor: niet minder dan 118 punten! Deze wetenschap zal ertoe leiden dat u nog maar in één blad wilt publiceren, nl. in *N&S* (vh TDT). Hiermee wint u tijd voor het gezin, voor uw hobby's, en voor het denken aan de dood.

Deze aflevering opent met een ontroerende bijdrage van een mevrouw die door Kal en zijn ambitieuze knecht Reinders werd behandeld. Wat een rampspoed!, en hoe bliimoedia oedraaen!

N&S vervolgt met een nieuw meesterstuk van de verbazend actieve Joele. dat naar wii vernamen. de redacteur van *Directieve therapie* 4 araad in het gelijknamige boek zou willen opnemen. Of komt het toch in *Dth*?

R. Van Dyck publiceert een vervolg op zijn eerdere bijdragen aan de *Codex Medicus*. Hij schreef er geen inleiding bij. Hij moet, toen hij het instuurde, gedacht hebben: 'Zo, daar ben ik vanaf!'

Een dergelijke gedachte moet de schrijver van *Hoofdstuk 4 - Het Hoofdonderzoek - Deel 1* bezielde hebben. Arme Dick N.! Wij bewonderen zijn interesse in dit vieze onderwerp.

Nu Nico Haak dood is stagneert de verkoop van de bioregulator. Daniël en Kees van der Velden zorgden voor een waardige opvolger: de *MacKenzie*

Stressreductor®.

Gestauteurs Jenner & Dijkema worden van een passend antwoord voorzien door Van der Velden.

Wondermooi moet de coproductie van Van Dyck, Van der Velden en Emmelkamp genoemd worden. Erudiet ook. *N&S* is trots op deze primeur. (Het stuk verschijnt later dit jaar in het Handboek Psychopathologie, deel 2. Goddank hoeft Van der Velden zich niet langer te schamen.)

Leertherapie, voor wie? werd geschreven door A. Lange. Hij is ertegen. Uit alles blijkt dat hij het meent. Hij heeft gelijk.

Anonymus vertelt hoe in een niet genoemd psychiatrisch ziekenhuis het wetenschappelijk onderzoek wordt opgezet. Het lijkt RNO wel.

Kal et al. beschrijven hoe zij patiënten bevrijden van spanningshoofdpijn. Bij Kal valt zijn vasthoudendheid op. Wij doen iets eenmaal en laten het daarbij. Hij gaat door.

Overigens, beste vriend Kal, Het is 'dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar verbonden (...)' of 'prof.dr. C.A.L. Hoogduin is verbonden'.

'Prof.dr. C.A.L. Hoogduin is hoogleraar (...)' is zoiets als 'P. Palmenstrand, med. drs., arts.'

Dit werd gezegd door de redacteur die weliswaar niet één wetenschappelijke titel heeft. maar die zich niettemin mag tooien met de titel waarom eenieder hem benijdt:

De Hoofdredacteur, hoofdredacteur van *N&S*

EEN MEVROUW MET HET GILLES DE LA TOURETTE SYNDROOM
FOLLOW UP NA 5 JAAR

Kees Hoogduin en Michel Reinders

In 1987 rapporteerden wij over een mevrouw die leed aan GTS. Zij was in het NTVG als een zeer succesvol behandelde patiënte (met Haldol) gepresenteerd. Ruim 1 jaar later kregen wij haar in behandeling. Wij stelden de diagnose Parkinsonisme, accithisien, tardieve dyskinesien en een geheel verdwenen aandrift.

De behandeling bestond overwegend uit het stoppen van de medicatie, Pimozide (Orap) 8 mg, Triapidal 100 mg, Clomazepan 2 mg.

Nu, 5 jaar later, zond ze ons een brief: kanker, ellende maar toch "ik ben weer vrolijk. ik heb weer gevoel voor humor" waarvoor onze dank.

Soms laat een patiënt weten dat het goed was je ontmoet te hebben.

8 januari 1991

Geachte heer dr. C. Hoogduin en of Michel Reinders

Allereerst nog de beste wensen voor een goed en gezond 1991. Waarschijnlijk zult u verbaasd zijn om een brief van een ex-patiënte te ontvangen die 5 jaar geleden in het Reinier de Graaf Gasthuis was opgenomen.

Maar de ingeving die ik al verschillende malen kreeg wil ik nu uitvoeren.

Zoals een patiënt die een goede begeleiding kreeg heb ik het idee dat een arts en zijn team (volgens mij) zijn patiënt met hart en ziel heeft behandeld het toch wel fijn moet vinden dat hij/zij nog eens iets positiefs hoort van zo'n ernstige patiënt zoals ik was.

(Ook u gaf mij in het begin geen cent meer). Kijkt u maar in het archief, dan kunt u de filmpjes van mij nog zien, hoe abnormaal ik uiterlijk eigenlijk was, maar daar verder niets over.

Die heel moeilijke periode heb ik toch in een tijdsbestek van ruim 2 maanden met jullie hulp doorstaan, met tot nu toe goede resultaten ondanks de voorgeschiedenis van ernstige ziekten en ziekenhuisopnames enz. waar ik niet verder over uit wil wijden. Alleen maar over de periode die ik in het Reinier de Graaf Gasthuis onder uw leiding en dat van Michel Reinders die ook geweldig voor mij is geweest wil ik u iets uitleggen of voorleggen, wat is het?

Van jongs af aan was ik altijd al een druk en nerveus type maar wel altijd vrolijk en humoristisch. Ik hoor mijn moeder nog zeggen, oh oh kind wat jij voor zenuwen hebt weet ik niet, nu dat zou ik ook wel eens willen weten.

Toen destijds in Delft uitkwam dat er een nier bij mij weggenomen moest worden hoor ik Michel Reinders bij een van mijn laatste bezoeken daarvoor nog zeggen met een bedenkelijk gezicht: "Oh, wat moet dat worden", maar toen antwoordde ik al

"dat kan je nog wel eens meevallen hoor", en het is ook goed gegaan.

Maar nu afgelopen zomer, ik kreeg weer kanker (borst) het is een grote operatie geworden (gehele amputatie), daarna werd ik ook iedere dag in Amsterdam bestraald.

Voordat ik voor het eerst bij de chirurg moest komen wist ik voor mezelf al dat het foute boel was. Maar ook toen raakte ik niet in paniek, geen huilbuien enz. niet te geloven.

Mijn huisarts heeft mijn ziekte's vaak onderschat en verkeerd behandeld. maar nu toch zichtbaar geschrokken zodat hij mij zelfs kwam bezoeken voor de eerste keer.

Hoe het verder zal geen weten wij niet daar sta ik ook niet bij stil Ik leef alleen wel wat meer in angst als ik pijn heb, dat is wel normaal denk ik. Maar voor de rest ben ik altijd vrolijk en opgewekt en wat ik mij later heb gerealiseerd dat beslist niet kon zijn in Delft door al die vreselijke tics, geluiden en misschien mede door die vele medicijnen die ik daarvoor had.

In elk geval wil ik met deze brief duidelijk maken dat ik nu al weer sinds mijn ontslag uit Delft geen enkele tic of zenuwtrek meer heb, dat is in mijn situatie toch geweldig?

In alle gevallen van ziekenhuis opnames ben ik u Dr. Hoogduin en Michel Reinders enz. het meest dankbaar, dat zal ik nooit vergeten.

Ben ik misschien toch een medisch wonder?

Ik wens u Dr. Hoogduin en Michel Reinders, dr. Kranenburg? alle bekenden nog aanwezig het allerbeste en groet u allen heel hartelijk.

GEBEDEN ZONDER EIND 2

(ON)GEDULDIG GEDRAGEN LEED

1 Inleiding

In Gebeden zonder Eind 1 noemde ik als een van de kenmerken van mensen die lang in "behandeling" verbleven het gevoel "waaraan heb ik dit verdiend?" Het betreft mensen die zich voorbeeldig hebben gedragen in het leven, doch het gevoel hebben dat ze niet alleen niet beloond worden voor hun fatsoen, maar zelfs meer pech hebben dan de gemiddelde medemens. Telkens weer overkomen hun rampen die de meer zorgeloze types bespaard blijven. Zij raken daardoor geneigd om de hoop op geluk te verliezen, en zelfs om mogelijke veranderingen in hun bestaan op voorhand te beschouwen als de voorboden van nieuw onheil.

Het is onder therapeuten nog steeds vrij gebruikelijk om deze mensen te omschrijven als moreel masochistisch, passief hysterisch, of in daarmee vergelijkbare termen. Het is de vraag of het zinnig is om mensen op deze weinig perspectief biedende manier te typeren. Het heeft immers enerzijds weinig zin om te ontkennen dat een Gausskromme uitersten kent, sommige mensen zullen meer dan anderen getroffen worden door rampen. Bovendien kan anderzijds niet van iedereen verwacht worden dat hij zijn ellende of geluk weet te objectiveren. Als dat wel zo was zou iedereen in Nederland extatisch gelukkig moeten zijn, en een ruime meerderheid van de Ethiopiërs doodongelukkig. Dit is niet het geval.

Een van de prettige aspecten van het ouder worden is dat je zuinig wordt met je energie. Toegepast op de therapeutische praktijk betekent dit dat je steeds meer geneigd raakt om de klachten van je klanten letterlijk te nemen en niet al te veel tijd te besteden aan geraffineerde, doch vergezochte en moeilijk controleerbare verklaringsmodellen. Je krijgt noodgedwongen steeds meer waardering voor de wet van Occam. Je gaat je bij voorbeeld realiseren dat het verblijf van de therapeut in een zogenaamde "valkuil" voor hem belangrijk minder vervelend is dan voor zijn klant, het levert in tegendeel vaak sympathie op, terwijl de klant zich dikwijls gedwongen voelt zijn hulpverlener uit deze voor beiden gênante positie te bevrijden. Je gaat je ook steeds meer realiseren dat de manier waarop de hulpverlening georganiseerd is in belangrijke mate bijdraagt aan de manier waarop mensen hun problemen presenteren.

In het navolgende wordt een poging ondernomen om aan de hand van een gevalsbeschrijving het bovenstaande te verduidelijken. Het is weer een eindeloos verhaal.

2 Het verhaal

2.1 De context van de ontmoeting

Ik ken mevrouw Jansen sinds 1976. Toen ik in dat jaar in Bloemendaal ging werken veronderstelde het toenmalig hoofd van de polikliniek dat aan mijn aanstelling het verzwegen motief ten grondslag lag om hem op termijn te vervangen. Het feit dat de directie hem niet op de hoogte had gesteld van mijn aanstelling, en de daaraan verbonden poliklinische taken, maakte deze gedachte enigszins begrijpelijk. Hij counterde de veronderstelde manoeuvre door mij een van de poliklinische middagen te laten overnemen van een psychiater die tot een bijzonder hoogleraarschap in Leiden geroepen werd. Deze collega had zijn wetenschappelijke arbeid gecombineerd met een praktijk in een aantal wijkgebouwen van kruisverenigingen in Den Haag, alwaar hij 20 tot 30 patiënten per middag liet profiteren van zijn vakmanschap. Ik kwam terecht in een provisorisch afgeschoten hoekje van een gymnastieklokaal, dat onderdeel was van een wijkgebouw in de binnenstad.

Ik had het klimrek achter mijn stoel en een goed uitzicht op de geiser, die gebruikt werd door de vroedvrouw die aan de andere kant van de afscheiding haar werkzaamheden verrichtte. De gesprekken die ik trachtte te voeren werden verlevendigd door het geluid van de geiser, die periodiek aansprong wanneer mijn collega hulpverlener haar handen wenste te wassen.

De patiënten waren goed getraind. Zij verzamelden zich des ochtends om acht uur in het wijkgebouw alwaar zij een penning met een nummer kregen uitgereikt. 's Middags om half twee kwamen zij terug en wachtten op hun beurt. Dat kon aardig lang duren, omdat mijn voorganger naast de afspraken ook acuut mensen aannam. Het was geen uitzondering dat mensen van 2 's middags uur tot 's avonds 6.30 uur zaten te wachten om hooguit 10 minuten behandeld te worden. Het was al met al niet de omgeving die de jonge dokter zich had gedroomd. De kamertjes in de Jelgersmapolikliniek waren weelderig vergeleken met deze accommodatie. Ook het aantal mensen dat ik verwacht werd tevreden te stellen was niet vergelijkbaar met de toch redelijke aantallen die ik gewend was te woord te staan, 10 tot 12 per dag, en geen 20 tot 30 per middag.

Alle mensen waren gewend om tijdens de zittingen voorzien te worden van ruime hoeveelheden antidepressiva, minor en major tranquillizers. Bijstelling van de dosering geschiedde op grond van de bevindingen die in 5 à 10 minuten vermeld werden.

De patiënten moesten wennen aan de veranderingen die ik invoerde. Dat had misschien ook wel te maken met de manier waarop mijn voorganger de mensen had voorbereid op mijn komst. Ik had een middag naast hem gezeten, "om te wennen aan de manier waarop ik met de mensen omga". Mevrouw Jansen heeft mij vele jaren later eens uit de doeken gedaan, waar de overdracht naar de klanten op neer gekomen was. "Ik moet nu naar Leiden, er komt een jonge vent uit Bloemendaal mijn praktijk overnemen, ik denk niet dat je veel aan hem hebt. Die jonge psychiaters zijn te zakelijk".

Ik stelde een afspraakspreekuur in, en regelde dat ik 2 in plaats van 1 middag per week beschikbaar was. Enkele patiënten vonden dat eerst vervelend, omdat ze niet meer het excuus hadden om een dag vrij te nemen voor hun bezoek aan de psychiater, en/of omdat ze niet meer zonder meer zonder afspraak konden binnen lopen.

Uiteindelijk vond iedereen de nieuwe regeling toch veel plezieriger. Met name de mogelijkheid om te praten over moeilijkheden werd zeer geapprecieerd. Binnen een half jaar kon zonder veel problemen 75% van de mensen ontslagen worden. Een van die ontslagen zal ik me altijd blijven herinneren. Het betrof een 55-jarige man die al 15 jaar "bij de psychiater liep". Het lukte me niet om nog veel actuele psychopathologie bij hem te ontdekken. Hij verbleef al jaren in de WAO wegens angstklachten, waar hij overigens ook al jaren geen last meer van had. Hij kwam eens in de maand langs om voorzien te worden van valium, 3 maal daags 2 miligram. Hij was tevreden over zijn leven. Ik verstoutte mij, gezien dit gebrek aan knellende problemen, om eens te informeren of hij niet vond dat de huisarts even goed de valium zou kunnen voorschrijven. Hij was dat geheel met mij eens. Toen ik hem vervolgens vroeg waarom hij dan niet allang naar de huisarts gegaan was, antwoordde hij: "De dokter heeft me nooit gezegd dat dat mocht!"

Na 2 jaar was het mogelijk om de werkzaamheden in het wijkgebouw te beëindigen. De schaarse patiënten die ik niet kon ontslaan verhuisden mee naar mijn werkplek op Bloemendaal. Een van die mensen was mevrouw Jansen-Knoop.

2.2 Het verhaal van mevrouw Jansen-Knoop

Mevrouw Jansen is 50 jaar als ik haar leer kennen. Ze is sinds 2 jaar in behandeling bij mijn voorganger wegens een "vitale depressie". Ze gebruikt 3 antidepressiva, een tranquillizer en een slaapmiddel zonder veel resultaat, en met veel bijwerkingen. Die bijwerkingen maken mij wat ongerust, omdat zij ook duidelijke angineuze klachten heeft, daarvoor mij niet bekende medicatie gebruikt, en geopereerd is wegens glaucoom. Van de kaartjes die mijn voorganger heeft bijgehouden word ik niet wijzer. Hij heeft zich tot de psychiatrische symptomen beperkt - "Ik heb een rotsvast vertrouwen in de verwijzing van de huisarts"- en zich niet vermoeid met het uitdiepen van de anamnese ten aanzien van de somatische voorgeschiedenis, de medicatie, de inspanningen van andere artsen, of de biografie.

2.2.1 Enige achtergronden

Mevrouw Jansen komt uit een streng katholiek gezin, waar meneer pastoor een grote invloed had. Hij wenste overigens niet lastig gevallen te worden met de problemen van mensen die de leer af en toe wat op gespannen voet met het leven vonden staan. Er waren vele kinderen. Zij herinnert zich dat ze altijd in het verdomhoekje heeft gezeten. Ze was duidelijk de slimste van het gezelschap. Slimheid werd evenwel in huize Jansen niet zeer gewaardeerd, en zeker niet in een meisje. Vaders voorkeur ging onverbloemd uit naar ruwe heren en dociele vrouwen. Zij herinnert zich dat hij periodiek somber was.

Patiënte vluchtte op 18-jarige leeftijd in het huwelijk met een vrolijke jongeman die zich geleidelijk ontpopte als een alcoholist. Om de hoofdredacteur te citeren: "niemand belette hem 's ochtends bij het ontbijt te genieten van een heerlijk glas geurige whiskey".

Mevrouw Jansen hield dit leven 4 bevallingen vol. Toen ook de politie, die af en toe moest worden gealarmeerd om de gewelddadigheden te stoppen, begon te vinden dat dit een wel zeer traumatisch bestaan was, liet zij zich, met veel schuldgevoel overhalen om te scheiden. Zij nam een baan, en voedde hardwerkend in haar eentje op een voortreffelijke manier 4 zonen op. Toen de laatste het huis verliet werd zij somber. Haar familie wenste niet met haar om te gaan, omdat zij een gescheiden vrouw was die niettemin nog wel eens een

aanspraak op de erfenis van de ouders zou kunnen proberen tot gelding te brengen. Ze vond het leven zinloos, had suicidale gedachten, en kwam via de huisarts bij de psychiater terecht.

2.2.2 De klachten en de behandeling

De klachten van mevrouw Jansen laten zich het best typeren als een dysthyme stoornis, met een duidelijke periodiciteit. Er is wel altijd een duidelijke aanleiding voor de verslechtering. Zij maakt, ook in goede perioden, een uitgeputte indruk. Ik bevorder dat ze halve dagen gaat werken, later wordt ze, met mijn hartelijke instemming, vervroegd gepensioneerd. Ik rationaliseer de medicamenteuze therapie. Het blijkt dat ze zich over een langere periode toch duidelijk beter voelt met een adaequate -met controle van de bloedspiegels- dosering antidepressiva, in goede tijden 100 miligram maprotiline, in depressievere perioden 150 miligram. Daarnaast gebruikt ze tot op heden 3 x 25 miligram dihydergot tegen de vasovegetatieve bijwerkingen, en 1 to 25 miligram lorazepam per dag, hierop is ze redelijk stabiel. Belangrijker zijn de gesprekken. Door de jaren heen komen de volgende themaas steeds terug.

a De zelfontplooiing

Zij heeft nooit in haar leven iets uitsluitend voor haar eigen ontplooiing of genoegzaam ondernomen. Haar leven heeft in het teken gestaan van wat de familie, haar echtgenoot, meneer pastoor of de kinderen van haar verwachtten. Door kennis te nemen van het leven van mevrouw Jansen is mijn begrip en sympathie voor feministische gezichtspunten ten aanzien van de etiologie van emotionele problemen belangrijk toegenomen. Ik moedig deze intelligente vrouw, die niet verder is gekomen dan de lagere school, aan om Engelse les te nemen, een raad die ze met enthousiasme opvolgt. Ze is erg trots als ze kan laten zijn hoe goed haar cijfers zijn. Ook op mijn aandringen gaat ze op vakantie, o.a. naar Londen, en geniet zeer van het feit dat ze in staat is zich zonder hulp met de taal te redden. Haar vermogen om zonder veel schuldgevoel te genieten neemt door de jaren heen duidelijk toe.

b De liefde

Mevrouw Jansen is in dit opzicht niet door het leven verwend. Zij is volgens mijn inschatting altijd te gevoelig en te slim geweest voor haar omgeving. De gedachte dat men in emotioneel en relationeel opzicht ook rechten heeft en eisen mag stellen is haar vrijwel vreemd. Haar houding in dit opzicht doet denken aan die van een romantisch en wereldvreemd schoolmeisje.

Het volgende verhaal is illustratief. Gedurende de laatste jaren in haar baan ontstaat een intense, doch volkomen platonische relatie met haar chef. Zij beschrijft hem als een gevoelige, plichtsgetrouwe man, die volledig onder de plak zit bij een Xantippe. Zijn zorgen bespreekt hij met mevrouw Jansen, en beiden dromen van een toekomst waarin zij deze ideale man alles zal kunnen geven wat hij thuis ontbeert. Hij vindt in haar een gevoeligheid die zijn eigen echtgenote mist. Er worden plannen gemaakt voor een gezamenlijke toekomst, maar er komt steeds iets tussen. Op cruciale momenten laat "de vriend" het steeds afweten: medelijden met de echtgenote, de vrees dat de ontwikkeling van de kinderen geschaad zal worden, het zijn allemaal redenen die mevrouw Jansen vanuit haar eigen ervaring volledig kan billijken, maar het maakt haar niet vrolijker. Gedurende vele jaren, ook nadat het contact is afgebroken en de mogelijkheid tot hereniging alleen nog in

haar hoopvolle verbeelding bestaat, blijft ze verwachten dat eens de telefoon weer zal gaan, en hij haar zal zeggen dat alle problemen opgelost zijn, en hij zonder schade voor zijn kinderen eindelijk bij haar zal kunnen intrekken.

In het begin probeer ik haar te laten zien dat ze zich op deze manier permanent ongelukkig maakt, en bovendien ben ik bang dat deze irrationele verwachting zich tot een waan zal ontwikkelen. Die vrees is niet denkbeeldig. Als b.v. de telefoon gaat, en er geen antwoord komt wanneer mevrouw Jansen zich meldt, weet zij zeker dat "de vriend" heeft geverifieerd dat zij nog steeds op hetzelfde adres woont. Zij meent hem op de hoek van de straat te zien, en neigt ertoe om in elke voorbijganger die qua postuur op hem lijkt, de vriend te ontwaren die zich onweerstaanbaar tot haar gedreven voelt.

Ik probeer haar met de realiteit te confronteren, door haar in brieven om opheldering te laten verzoeken. (Ten overvloede: deze brieven zijn bedoeld om met mij besproken te worden, en niet om meteen in de brievenbus van de wellicht niets vermoedende vriend te belanden). Gelukkig vrij snel begin ik mij over deze aanpak te schamen. "De vriend" is immers de enige romantische droom in mevrouw Jansens verder weinig romantisch bestaan. Nadat ik in de gesprekken mijn pogingen staak de vriend als een te démythologiseren probleem te bespreken, wordt mevrouw Jansen realistischer, en vervaagt de vriend geleidelijk tot een enigszins plezierige herinnering, maar je weet maar nooit...

c De familie

Mevrouw Jansen is tot op heden verongelikt over de manier waarop haar familie haar bejegt. Zij heeft zich altijd "het minste kind" gevoelt. Haar vader had een hekel aan haar, terwijl zij het b.v. op school toch het beste deed. Haar moeder is niet in staat om zich tegen vader te verzetten. Pas tijdens haar laatste levensjaren, wanneer mevrouw Jansen haar trouw bezoekt, zegt ze: "ik heb nog zo veel aan jou goed te maken, kind".

Na de dood van moeder wordt duidelijk dat dit late berouw ook is ingegeven door het feit dat de familie moeder onder druk heeft gezet om de testamentaire beschikkingen in het nadeel van mevrouw Jansen te wijzigen. Bij de afwikkeling van de erfenis doet de familie alle pogingen om haar overal buiten te houden. Mevrouw Jansen bespreekt met mij haar woede over deze gang van zaken. Ook voelt zij zich schuldig. Mankeert er wellicht iets aan haar, dat ze zo behandeld wordt? Op mijn aandringen meldt ze iets van haar mijns inziens terechte ongenoegen aan de familie. Die reageert met een mengsel van paternalisme, betraptheid en botheid. Ze doen halfslachtige pogingen om alles weer goed te maken, maar mevrouw Jansen trapt er niet meer in. Het is opvallend dat ze na deze episode een veel steviger houding durft aannemen. Dit komt met name tot uiting in de relatie met haar oudste broer, een priester-missionaris van het zeer traditionele soort. Hij was altijd gewend om zonder aankondiging binnen te vallen om zich als heerbroer te laten verwennen. Hij toonde hierbij een uitgesproken voorkeur voor het zwarte schaap van de familie, mevrouw Jansen. Zij maakt hem stevig duidelijk, dat hij uitsluitend, maar ook dan niet vanzelfsprekend, op welkom kan rekenen, als hij zijn bezoek redelijk aankondigt. De contacten met de familie worden ook overigens tot een minimum beperkt. Ze krijgt hier ook veel steun bij van haar zonen. Ik ben aanvankelijk nog benauwd dat ze meer depressief zal worden door de redelijk definitieve breuk, terwijl ze toch al niet veel contacten heeft. Dat blijkt niet het geval, integendeel, ze bouwt juist nieuwe contacten op via de Engelse les en in de buurt.

d De relatie met de therapeut

Mevrouw Jansen moet aanvankelijk zeer wennen aan mijn manier van converseren. Ze is gewend om artsen te beschouwen als mensen die je niet hoort tegen te spreken. Bovendien begrijpt ze niet hoe praten kan bijdragen tot een verbetering van het humeur. Tot op heden reageert ze stereotyp als ik haar vraag of er iets gebeurd is waardoor ze zich weer slechter of beter voelt. "Nee, dokter, wat zou er zijn?" Vervolgens vertelt ze wat ze heeft beleefd in de periode tussen de contacten, waaruit vrijwel altijd een duidelijke aanleiding voor de verslechtering of verbetering valt op te maken.

We zijn zeer aan elkaar gehecht geraakt. Ik ben voor haar een mengsel van broer en zoon. Ze praat nog wel eens vertederd over de intense jongeman die ze 15 jaar geleden leerde kennen. Ik droeg bij het eerste contact een Lord Faunteroy-achtig ribfluwelen pak met een helgroen gestreept overhemd, en ik vroeg van alles, en ik bleef maar praten! Ze vond dat pak maar niets voor een dokter. Het praten is gelukkig hetzelfde gebleven, maar mijn huidige tenue bevalt haar veel beter. Ze voelt zich wel schuldig dat zij maar niet helemaal geneest, terwijl ik zo mijn best doe. Ik moet haar toch wel zat worden! Wat had mijn voorganger mij toch slecht beoordeeld! Bij ons laatste gesprek vraagt ze of ik niets bijzonders aan haar zie. Ik begin te lachen als ik de richting van haar blik volg: ze heeft een blouse aan die een sterke gelijkenis vertoont met mijn overhemd van 15 jaar geleden.

Mevrouw Jansen heeft mij meerdere malen zonder enig pathos vertelt dat ik de reden ben dat ze nog leeft. Ze heeft dikwijls een einde aan haar leven willen maken. Hoezeer ze afhankelijk geworden is van de gesprekken van 1 maal per 2 maanden 25 minuten wordt duidelijk als ze een nieuwe huisarts krijgt. Deze collega verzoekt mij om enige inlichtingen. Ik schrijf een briefje terug waarin ik uitleg dat er niet veel nieuwe ontwikkelingen zijn, maar dat ik het wel nuttig vind dat ze onder controle blijft. Ik voeg er niet expliciet aan toe dat ik mijzelf de meest geschikte persoon voor die taak vind.

Een week later wordt ik opgebeld door mevrouw Jansen, ze is volkomen overstuur. Er heeft zich een maatschappelijk werker van het RIAGG aan de deur gemeld, omdat dokter Joele de behandeling had afgesloten en de nazorg via de huisarts aan de RIAGG had overgedragen! Het duurt geruime tijd voor ik er haar van kan overtuigen dat dit op een misverstand berust, en dat ik geheel bereid ben haar te blijven zien, zo lang zij dat nodig vindt. Al veel eerder heb ik met haar besproken wat zij voor nut in onze gesprekken ziet. Haar antwoord is heel duidelijk: "U bent de enige man in mijn leven die mij nooit in de steek heeft gelaten of bedrogen". Ik heb daar niet veel op terug.

Het zal na mijn vorige bijdrage over langdurige behandelingen niet nodig zijn om uitgebreid te bespreken dat mevrouw Jansen mij in vele opzichten aan mijn moeder doet denken.....

3 Tot slot

Mensen met psychische problemen voelen zich vaak onrechtvaardig behandeld. Wanneer dit gevoel een integrerend onderdeel van de persoonlijkheid is geworden hebben explorerende of rationeel-erotische benaderingen meestal niet veel zin. Wanneer een contact lang duurt, is het onvermijdelijk dat de behandelaar onderdeel kan worden van de negatieve verwachtingen van de klant. Er wordt wel beweerd dat het aandacht besteden in ondersteunende zin aan het al of niet vermeende onrecht, een te vermijden valkuil is.

Ik meen dat binnen het kader van een goede relatie deze overdrachtsproblemen eenvoudig zijn aan te pakken. Het is raadzaam om te voorspellen dat ze zullen optreden, en er voor te waarschuwen. De klant moet aangemoedigd worden om bij de geringste achterdocht deze te bespreken, en voor de moed om ze aan de orde te stellen warm geprezen worden.

Een andere misvatting is dat mensen als mevrouw Jansen de therapeut dikwijls zullen trachten te benaderen buiten de afspraken om. Als zij zich in de 15 jaar dat we elkaar nu kennen 5 maal buiten de gesprekken tot mij heeft gewend, is het veel. Het ging dan meestal ook nog om een vergeten recept, of er moest een afspraak verzet worden. Uiteraard moet de behandelaar wel duidelijk zijn grenzen in dit opzicht aangeven.

De opmerking dat zij zonder mij niet meer in leven zou zijn, en dat ik de enige ben die haar nooit in de steek heeft gelaten, neem ik serieus. Ik beleef deze uitspraak ook niet als chantage, en ik heb niet het gevoel mij in een valkuil te bevinden. Ik ben in tegendeel geneigd me gevleid te voelen. Mensen horen mensen niet in de steek te laten, en hulpverleners worden voor deze vorm van fatsoen nog betaald ook.

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 betrapt 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.

LITHIUM

Lithium in de vorm -carbonaat of -citraat is werkzaam bij de behandeling van manische syndromen en bij de profylaxe van bipolaire en unipolaire stoornissen, cyclothymie en schizo-affectieve stoornis. Het profylactisch effect houdt in dat de intensiteit en de frequentie van de stemmingsontregelingen wordt tegengegaan. Het therapeutisch effect bij manische syndromen treedt niet meteen op: een combinatie met een neurolepticum (bijvoorbeeld haloperidol) is daarom bij het begin van de behandeling noodzakelijk. Lithium kan de werking van antidepressiva versterken als het antidepressivum alleen niet afdoende is bij de behandeling van een depressie. Instellen op lithium moet gebeuren onder controle van de serumspiegel en met periodieke controle van nierfunctie, schildklierfunctie, serumelectrolyten en ECG. Relatieve contra-indicaties zijn: zwangerschap, gestoorde nierfunctie, gebruik van diuretica en zoutloos dieet, verminderde schildklierfunctie en gebruik van bepaalde antirheumatica. Bijwerkingen zijn tremor, dorst en polyurie. Bij overdosering treden anorexie, nausea en braken op; later gevolgd door spierzwakte, tremoren, dysartrie, spierschokjes en sufheid. Bij ernstige intoxicatie kan een fataal coma met convulsies optreden. Tijdens een onderhoudsbehandeling met lithium kan zich vermindering van de nierfunctie en van de schildklierfunctie voordoen.

MAGISCH DENKEN

Betrokkene gelooft dat zijn gedachten of handelingen een gebeurtenis kunnen beïnvloeden op een manier die strijdig is met de normale wetten van oorzaak en gevolg. Komt voor bij kinderen, bij dwangneurose, schizofrenie en schizotypische persoonlijkheid.

MANISCHE EPISODE

Episode met uitgelaten, eufore of geprikkelde stemming, verder gekenmerkt door een overdreven gevoel van eigenwaarde, verminderde slaapbehoefte, grote spraakzaamheid, gedachten-vlucht, verhoogde afleidbaarheid, toegenomen dadendrang, kooplust of sexuele initiatieven met minder dan gewoonlijke kritische zin. Als dit stemmingsbeeld zo ernstig is dat het leidt tot ontsporingen in het werk of op sociaal gebied wordt het een manische episode genoemd; als dat niet het geval is wordt de term hypomaan gebruikt. Bij een manische episode kunnen ook wanen en hallucinaties voorkomen, meestal van een grandioos karakter. Aet. Er is een duidelijke genetische component. Hypotheses die worden onderzocht betreffen neurotransmitters, elektrolytenstoornissen en endocriene processen. Freq. 6-maands prevalentie 0.4- 0.9; mannen even vaak als vrouwen. Begin meestal op volwassen leeftijd. Diff.intoxicatie met cocaine of amfetamines; schizofrenie; organisch stemmingsyndroom; korte reactieve psychose. Ther. Lithium, met in de beginfase tevens een neurolepticum, gevolgd door onderhoudstherapie met lithium na optreden van een recidief binnen enkele jaren. Alternatief voor lithium is carbamazepine. Psychosociale begeleiding is nodig om het gedrag in banen te leiden; klinische opname is vaak onvermijdelijk teneinde ernstige ontsporingen te voorkomen. Progn. Een manische episode komt meestal in enkele dagen of weken tot rust; soms kan ze gevolgd worden door een depressie. Unipolaire manische stoornis heeft een betere prognose dan bipolaire. Veel patienten recidiveren elke 3 tot 9 jaar.

MULTI-INFARCT DEMENTIE (M.I.D.)

Dementiesyndroom dat acuut of subacuut begint, stapsgewijze toeneemt en gekenmerkt is door een lacunaire distributie van de defecten, d.w.z. sommige functies zijn wel aangedaan en andere niet. Tevens zijn er focale neurologische verschijnselen en aanwijzingen voor cerebrovasculair lijden. De persoonlijkheid blijft relatief intact gedurende langere tijd; er is vaak sprake van depressie en emotionele labiliteit (dwanglachen en dwanghuiltlen). Aet. multipele grotere en kleinere encefalomalacieën na embolieën van cardiale oorsprong, trombo-embolische processen in cerebro. Freq. M.I.D. is verantwoordelijk voor 10 a 20% van de dementieën boven 65 jaar. Daarnaast wordt een combinatie van MID en SDAT voor nog eens 10 a 20% verantwoordelijk gehouden. Ther. zie dementie. Verloop. na stapsgewijze verergering kan stabilisatie optreden.

MULTIPELE PERSOONLIJKHEID

Zeldzame aandoening gekenmerkt door een discontinuïteit (dissociatie) van gedrag en identiteitsbeleving, wat resulteert in een presentatie waarbij twee of meer persoonlijkheden afwisselend het gedrag bepalen. Tussen deze afzonderlijke persoonlijkheidskernen kan gedeeltelijke of complete amnesie bestaan. Gaat met polysymptomatologie gepaard: o.a. stemmingsschommelingen, suicidaliteit, slaapstoornissen, seksuele functiestoornissen, fugues, paniekaanvallen, middelenmisbruik, auditieve of visuele hallucinaties en automutilatie. De voorgeschiedenis van deze patiënten vermeldt opvallend vaak mishandeling of incest. Ther: psychotherapie gericht op integratie van de persoonlijkheidskernen, eventueel met gebruikmaking van hypnose. Tijdens depressieve episodes kunnen antidepressiva voorgeschreven worden.

NACHTMERRIES

Nachtmerries treden vooral op gedurende de tweede helft van de nacht en zijn gekenmerkt door angstig ontwaken uit een levendige droom. Ze zijn te onderscheiden van pavor nocturnus dat tijdens de eerste uren van de slaap voorkomt en bestaat uit angstig en gedesorienteerd ontwaken zonder droomherinnering. Beide fenomenen komen vooral bij kinderen voor (zie ook kinder- en jeugdpsychiatrie). Bij volwassenen rapporteert circa 25% 1 nachtmerrie per maand. Nachtmerries komen vaker voor tijdens periodes van psychosociale stress zoals financiële problemen of scheiding. Angststoornissen, depressie en schizofrenie gaan eveneens gepaard met een toename van nachtmerries. Bij posttraumatische stress stoornis zijn nachtmerries die een herbeleving vormen van het doorgemaakte trauma een kernsymptoom. Nachtmerries kunnen ook toenemen bij gebruik van bepaalde farmaca: reserpine, beta-blokkers, L-dopa; ook tricyclische antidepressiva of neuroleptica kunnen dit effect hebben als ze in een eenmalige avonddosis gegeven worden. Verder kunnen ze optreden na onthouding van alcohol, barbituraten, MAO-remmers en amfetamines. Ther. zo mogelijk maatregelen gericht op de onderliggende oorzaak. Symptomatisch kan diazepam of fluvoxamine voorgeschreven worden. Gedragstherapie of hypnose met oproepen van de nachtmerrie en eventueel voorstellen van een andere afloop zijn eveneens effectieve symptomatische behandelingen.

NAGEBOOTSTE STOORNISSEN

Er zijn patienten die een psychiatrische of lichamelijke ziekte voorwenden zonder dat ze daar een direct voordeel zoals geldelijk gewin of betere verzorging van te verwachten hebben. Als het voorwenden van ziekte wel een bepaald doel dient, zoals het ontlopen van een verplichting of het verwerven van een financiële vergoeding spreekt men van simulatie (Engels:malingering). Patienten met een nagebootste stoornis handelen kennelijk vanuit de behoefte om de rol van zieke te mogen aannemen. Als een lichamelijke ziekte wordt nagebootst spreekt men van het syndroom van Munchausen. Dit kan gepaard gaan met pseudologia fantastica en zeer eisend gedrag, i.h.b. het afdwingen van analgetica. Misbruik van middelen is bij nagebootste stoornis vaak het geval. Het komt voor dat patienten een uitvoerige voorgeschiedenis van opnames en onderzoek hebben; de voorgeschiedenis kan aanleiding geven tot rancune t.o.v. medici. Soms past het klachtenpatroon niet bij een bekende ziekte, maar de kennis over het gepresenteerde klachtenpatroon kan zeer goed zijn; sommige van deze patienten zijn in een medische setting werkzaam geweest. Er is vaak sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Bij het stellen van de diagnose nagebootste stoornis kunnen hetero-anamnese en gegevens over eerdere opnames van groot belang zijn. Er zijn geen betrouwbare gegevens over het beloop, dat waarschijnlijk chronisch is. Ther. er is geen specifieke therapie aan te bevelen; zo mogelijk kan een poging gedaan worden om aanwezige psychosociale stressoren te verminderen. Het beleid moet verder gericht zijn op de preventie van iatrogene complicaties.

NEUROLEPTICA (syn antipsychotica, major tranquillizers)
 Groep farmaca die de dopaminereceptoren blokkeren. Als hoofdgroepen zijn de fenothiazines (o.a. promazine, thioridazine, perfenazine), de butyrofenonen (o.a. haloperidol) en de overige (bijv. sulpiride) te onderscheiden. Hun belangrijkste effect is het dempen of tot verdwijning brengen van agitatie, psychotische angst, wanen en hallucinaties. Het indicatiegebied omvat schizofrenie, waanstoornis, schizo-affectieve psychose, manie en organische psychosen. Ze kunnen oraal, of bij geringe therapietrouw in depotvorm worden toegediend. Alle neuroleptica hebben hinderlijke bijwerkingen op het extrapyramidale systeem die het gevolg zijn van hun antidopaminerge effect. Dit kan leiden tot acute dystonie, akathisie en parkinsonisme. Na neurolepticagebruik van tenminste drie maanden kan tardieve dyskinesie optreden. Deze bijwerking, die bestaat uit onwillekeurige choreo-athetoidie bewegingen van vooral gezichtsmusculatuur en tong, uit zich o.a. in typische kauwende en smakkende bewegingen. Tardieve dyskinesie is een bijzonder ernstige bijwerking omdat ze niet steeds reversibel is. Het routinematig gebruik van antiparkinsonmiddelen kan de verschijning van tardieve dyskinesie bevorderen en is derhalve te ontraden. Hyperprolactinemie kan eveneens bij alle neuroleptica optreden en kan leiden tot menstruatie- stoornissen, libidoverlies en impotentie. De fenothiazines hebben tevens anticholinerge en anti-adrenerge effecten. Anticholinerge bijwerkingen zijn o.a. droge mond, urineretentie, constipatie en wazig zien. Anti-adrenerge bijwerkingen zijn o.a. posturale hypotensie en inhibitie van de ejaculatie. Een gelukkig zeldzame maar zeer ernstige bijwerking is het maligne neuroleptica syndroom, met hoge koorts, sterke rigiditeit, katatonie en speekselvloed (zie delier).

NEUROSE

In de DSM-III-R niet meer gehanteerde diagnostische categorie waarmee een heterogene groep niet-psychotische stoornissen wordt bedoeld zonder aantoonbare organische oorzaak. Kenmerk is verder dat de reality-testing intact is en ziektebesef aanwezig is. Deze stoornissen zijn in de DSM-III-R ondergebracht bij de angststoornissen, somatoforme en dissociatieve stoornissen en bij de affectieve stoornissen.

NEOLOGISME

Vorming van nieuwe woorden of verminking van bestaande woorden die een persoonlijke betekenis wordt toegekend. Komt voor bij schizofrenie en andere psychosen.

OBESITAS

Overmatige voedselconsumptie die tot overgewicht leidt. In een aantal gevallen gebeurt de voedselinname als reactie op psychische belasting. Typisch zijn avondlijke eetaanvallen met insomnia en anorexie 's ochtends. Meestal gaat het om vrouwen met een negatief zelfconcept. Bij deze subgroep kan, naast dieetmaatregelen en lichaamsbeweging, een gunstig effect bereikt worden met psychotherapie gericht op het zelfconcept en beter hanteren van levensproblemen gecombineerd met zelfcontroleprocedures voor het eetgedrag.

OBSESSIE (syn dwanggedachten)

Obsessies zijn zich bij herhaling opdringende ongewenste gedachten, impulsen of beelden, vaak met een agressieve of scabreuze inhoud, die de patient zonder succes tracht te onderdrukken of negeren en waarvan hij erkent dat ze uit zijn eigen geest afkomstig zijn en niet van buitenaf opgedrongen. Het optreden van obsessies roept angst en spanning op, die kan worden geneutraliseerd door compulsies (dwanghandelingen). Bij de gedachte een besmetting in huis gebracht te hebben wordt geneutraliseerd door herhaalde poetsrituelen; de obsessie een ongeluk veroorzaakt te hebben wordt geneutraliseerd door herhaaldelijk de zojuist afgelegde weg te controleren. Ook pure cognitieve rituelen komen voor: dwanggedachten die door rituele neutraliserende gedachten worden tegengegaan. Obsessies zijn symptomatisch voor obsessief-compulsieve stoornis, maar kunnen ook bij depressie en schizofrenie voorkomen.

OBSESSIEF-COMPULSIEVE STOORNIS (syn dwangneurose)

Ernstige stoornis gekenmerkt door obsessies en compulsies. Freq: life-time prevalentie is 2.5%; komt bij vrouwen iets vaker voor dan bij mannen. Diff: OCS kan beperkt blijven tot episodes van depressie i.e.z.; soms kunnen de obsessies een waanachtig karakter aannemen, DD met schizofrenie berust dan op ontbreken van overige schizofrene kenmerken. Th: exposure in vivo, gecombineerd met respons-preventie, dwz blootstelling aan de stimulus die obsessies uitlokt, met achterwege laten van de rituelen is de meest effectieve behandeling; dient door ervaren therapeuten te worden begeleid. Clomipramine en fluvoxamine hebben een gunstige invloed, maar staken van de medicatie leidt vaak tot recidieven. In het verleden is psychochirurgie met enige regelmaat toegepast. Met beschikking over de tegenwoordige gedragstherapeutische methoden bestaat daarvoor geen indicatie meer. Progn: onbehandeld is er een chronisch verloop, met neiging tot geleidelijke uit-

breiding van de rituelen. Met gedragstherapie wordt bij 3/4 van de patienten circa 75% klachtenreductie bereikt.

ORGANISCH ANGSTSYNDROOM

Beeld gelijkend op paniekstoornis of diffuse angststoornis. Aet. hyperthyreoidie, pheochromocytoom, hypoglycemie, hypercortisolemie, cafeïne- of amfetamine-intoxicatie, onthouding van alcohol of anxiolytica; hersentumoren van het derde ventrikel, diencefale epilepsie. Diff, paniekstoornis en diffuse angststoornis. Ther. behandeling van primaire oorzaak. Anxiolytica kunnen symptoomverbetering geven.

ORGANISCHE HALLUCINOSE

Eenvoudige of complexe hallucinaties, die al dan niet bij de patient twijfel aan hun echtheid oproepen. Bij alcoholhallucinoze gaat het meestal om acoustische en bij hallucinogenen om visuele hallucinaties. Aet. langdurige alcoholafhankelijkheid, gebruik van hallucinogenen, bilaterale blindheid of doofheid, toxische reactie van levodopa, bromocriptine, methylphenidaat, pentazocine, efedrine, propranolol, amantadine. Verder: hersentumoren, temporale arteritis, migraine, hypothyreoidie, neurosyfilis, chorea van Huntington, CVA, epilepsie. Diff. delier, dementie, schizofrenie, organische waansyndroom. Ther. behandeling van de onderliggende aandoening; eventueel symptomatische toepassing van neuroleptica.

ORGANISCHE PERSOONLIJKHEIDSVERANDERING

Duurzame persoonlijkheidsverandering of aanscherping van een bestaande karaktertrek met een aantal van de volgende kenmerken: affectieve instabiliteit, prikkelbaarheid of angst; woede-uitbarstingen die niet in verhouding staan tot de aanleiding; kritiekstoornissen die o.a. tot seksuele misdragingen kunnen leiden; apathie en onverschilligheid; achterdocht. Een bijzondere vorm van organische persoonlijkheidsverandering staat bekend als het frontaal syndroom, met een pseudodepressieve variant (gekenmerkt door apathie en onverschilligheid) en een pseudopsychopathiforme variant, gekenmerkt door euromie in subtiel en antisociaal gedrag. Aet. hersentumor, schedeltrauma, subarachnoidale bloeding, interictaal bij temporale epilepsie, postencefalitisch parkinsonisme, chorea van Huntington, multipele sclerose, schildklier- en bijnierstoornissen, lood- of mangaanintoxicatie, lupus erythematosus. Chronisch marihuanamisbruik kan tot een syndroom van lage gemotiveerdheid leiden. Diff. dementie, delier, organisch stemmingsyndroom, schizofrenie, depressie, manische episode. Ther. causale behandeling; neuroleptica of lithium kunnen helpen agressief gedrag onder controle te brengen.

ORGANISCH STEMMINGSSYNDROOM

Beeld van een depressieve stemmingsstoornis met anhedonie, eetluststoornis, retardatie, slaapstoornis, suicidaliteit of van een manische episode met euforie, hyperactiviteit, roekeloosheid. Aet. van depressieve organische stemmingsyndromen: reserpine, metyldopa, guanethidine, propranolol, orale anticonceptiva; hypothyreoidie, hyperparathyreoidie, Addison, Cushing; mononucleosis infectiosa, influenza, neurosyfilis, hersentumoren, post-stroke depression, pancreaskopcarcinoom, pernicioze anemie, z.v. Parkinson. Manische beelden ziet men bij: amfetamines, cimetidine, levodopa, bromides, Cushing, influenza, neurosyfilis, hersentumo-

ren. Diff. depressieve of manische episode, delier, dementie. Ther. behandeling van de primaire stoornis. Psychofarmaca kunnen soms de symptomen doen afnemen.

ORGANISCH WAANSYNDROOM

Beeld van een waanstoornis, meestal achtervolgingswaan of grootheidswaan. Aet. gebruik van psychoactieve middelen zoals amfetamines, PCP, LSD, corticosteroiden, alcohol. Verder: epilepsie, hersentumor, encefalitis, neurosyfyllis, Chorea van Huntington, schedeltrauma, perniciëuse anemie, lupus erythematosus; endocriene stoornissen zoals hypo- of hyperthyreoïdie, Cushing, Addison, hyperinsulinemie, porphyrie. Diff. waanstoornis, delier, dementie. Ther. behandeling van primaire oorzaak; neuroleptica als symptomatische behandeling.

OVERWAARDIG DENKBEELD

Opvatting of overtuiging die zonder voldoende grond wordt aangenomen, maar met minder intensiteit wordt vastgehouden dan een waan.

PANIEKSTOORNIS

Aandoening gekenmerkt door plotse, onverwachte aanvallen van intense angst, die gepaard gaat met o.a. ademnood, duizeligheid, hartkloppingen, beven, zweten, tintelingen, derealisatie, depersonalisatie en de angst om dood te vallen of gek te worden. Als er tevens vermijdingsgedrag bestaat spreekt men van paniekaanvallen met agorafobie. Diff: cardiologische en respiratoire oorzaken van dyspnoe en tachycardie; organisch angstsyndroom i.h.b. op basis van hyperthyreoïdie; phaeochromocytoom; hypoglycemie; onthoudingsverschijnselen van alcohol, benzodiazepines of antihypertensiva; (overmatig) gebruik van cafeïne of marihuana; depressie. Freq: 6-maand prevalentie van paniekstoornis is 0.7%; ratio man/vrouw ongeveer 1/1; van paniekstoornis met agorafobie 2.8%. Ratio mannen/ vrouwen 1/3 of 4. Compl: depressie, alcoholisme en diffuse angststoornis. Aet: Verondersteld worden overactiviteit van het noradrenerge systeem en hypersensitiviteit van het serotonerge systeem. In psychologisch opzicht: overgevoelighed voor enteroceptieve prikkels. Mogelijk speelt ook hyperventilatie een rol. Het vermijdingsgedrag zou het resultaat van conditionering zijn. Th: tegen paniekaanvallen zijn antidepressiva effectief, m.n. imipramine, clomipramine en fluvoxamine. Nadeel is hoog recidiepercentage na staken van medicatie. Tegen angst en vermijdingsgedrag: exposure in vivo, al dan niet in combinatie met ademhalingsoefeningen, relaxatie of cognitieve therapie. Progn: zonder behandeling is verloop chronisch met fluctuaties. Van gedragstherapie is op lange termijn stabiele verbetering aangetoond.

PARADOXALE INSTRUCIE

Psychotherapeutische techniek waarbij adviezen of instructies gegeven worden die op het eerste gezicht lijken te leiden tot een toename van de klachten, maar waarmee het omgekeerde effect beoogd wordt. Kan zinvol zijn als weerstand tegen elk advies verwacht wordt of als de patient door zijn pogingen de klacht te voorkomen in een vicieuze cirkel is terecht gekomen.

PARAFILIEEN

Onder parafilieen wordt een reeks van patronen van sexuele opwin-

HOOFDSTUK 4 - HET HOOFDONDERZOEK
DEEL I - VERGELIJKING VAN PRIMAIRE PLASWEKKERBEHANDELING MET EEN
PRIMAIRE ECLECTISCHE BEHANDELING

Inleiding

Sedert 1982 wordt op de kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek te Dordrecht (aanvankelijk verbonden met het Merwedeziekenhuis, later deel uitmakende van het APZ "De Grote Rivieren") bij hardnekkige bedplassers gezocht naar bruikbare alternatieven voor de gangbare conditioneringsmethodes met behulp van de plaswaker.

Zoals in hoofdstuk 2 is besproken, hebben bedplassers dikwijls baat bij conditionering met behulp van de plaswaker (PW) en zijn ze binnen enkele maanden droog. Maar -hetzij door het ontbreken van goede begeleiding of om een andere reden- er zijn ook veel mislukkingen.

Een frequente complicatie is dat het hele huis wakker wordt, terwijl de bedplasser zelf niet op het alarm reageert. Bij een kwart slaat de behandeling om deze of andere redenen niet aan. Een tweede tegenvaller is dat gemiddeld een derde recidiveert (Doleys, 1977).

De zgn. Droge Bedtraining (DBT) inclusief PW geeft welihaar sneller resultaat maar niet minder recidieven dan de PW op zichzelf (vgl. Bollard, 1982; zie hoofdstuk 2).

Messer (1979) heeft de DBT klinisch toegepast bij een met de onze vergelijkbare doelgroep, maar ons is geen enkel onderzoek naar de resultaten van gewone PW-behandeling bekend dat zich speciaal op onze doelgroep van 10-21-jarigen heeft gericht, laat staan dat een gecontroleerd onderzoek tussen de PW en andere methodes bij een met de onze vergelijkbare doelgroep is beschreven. Zodoende is niet bekend hoe groot de kans van slagen met de PW bij onze doelgroep is, noch hoe vergelijking met andere behandelstrategieën uitvalt.

Een bezwaar tegen de meeste gepubliceerde onderzoeken naar de effectiviteit van de PW (en DBT) is dat geen informatie wordt gegeven over de patiënten (het al dan niet tevens bestaan van bepaalde klachten, comorbiditeit, en van gezinstegenspoed), terwijl dit, gelet op ons vooronderzoek, voor de beoordeling van de resultaten relevant lijkt te zijn.

Een tweede bezwaar is dat de publikaties alleen maar de hoofdenmerken van de toegepaste methode beschrijven (de zgn. 'specifieke factoren') zonder bijzondere aandacht te schenken aan beschrijving van de zgn. 'aspecifieke factoren', terwijl talrijke publikaties het belang daarvan beklemtonen (zie hoofdstuk 2).

De doelgroep van 10-21-jarige hardnekkige bedplassers is zeer heterogeen. Gemeenschappelijke kenmerken zijn:

- ze plassen in hun bed
- ze zijn tot dusverre therapieresistent.

Op vele andere variabelen laten ze grote verschillen zien waarbij met name opvalt dat sommigen (afgezien van het bedplassen) goed functioneren en in een betrekkelijk voorspoedig gezin leven, terwijl anderen (naast de enuresis) diverse klachten en problemen hebben en/of tot een gezin behoren dat veel tegenspoed kent.

Talrijke gezinnen hebben de plaswaker meermalen in huis gehad

en zijn niet te bewegen om nogmaals met deze methode aan de slag te gaan. Bij de bij ons aangemelde patiënten waren ook andere methodes gebruikt zoals ouderbegeleiding, gedragstherapie met beloning of straf, zgn. 'speltherapie' of psychotherapie, medicamenten, homeopathie, kruiden of amuletten, magnetisatie of iriscopie enz.

Een opvallend gegeven in de anamnese van zulke therapieresistente patiënten is de grote inzet van de meeste ouders tegenover de geringe betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de bedplassers zelf. Wij veronderstellen dat dit gegeven van niet te onderschatten betekenis is bij het verklaren van de hardnekkigheid van de klacht. Kernpunt van een succesvolle strategie dient ons inziens te zijn het principe dat de bedplasser zèlf verantwoordelijk wordt gesteld voor zijn natte bed en dat hij zèlf zijn best moet doen om de nachtelijke mictie onder controle te krijgen, terwijl de ouders zich er zo min mogelijk mee bemoeien.

Met dit principe als uitgangspunt zijn in het vooronderzoek (zie hoofdstuk 3) diverse therapeutische mogelijkheden op zichzelf of in combinatie toegepast bij twintig tot dusverre therapieresistent gebleken patiënten. Telkens is er naar gestreefd een 'op maat gesneden', dat wil zeggen goed bij de karakteristieken van de patiënt en het gezin aansluitende behandeling te geven.

Uit het vooronderzoek kan worden opgemaakt dat bedplassen op deze leeftijd een bijzonder hardnekkige klacht is die een forse behandelinspanning rechtvaardigt.

De keuze van methode is in het vooronderzoek intuïtief tot stand gekomen waarbij twee factoren hebben samengespeeld:

- de klinische inschatting van de behandelaar wat betreft de meest wenselijke interventies;
- de inspraak van de patiënt.

Op basis van klinische ervaringen kon tenslotte een protocol worden opgesteld dat een redelijke ordening aanbrengt en dat als basis kon dienen voor het hoofdonderzoek.

Mogelijke verbanden met bepaalde antecedenten zijn in het vooronderzoek niet systematisch onderzocht. Ook is niet nagegaan of de resultaten gunstiger waren geweest als, in weerwil van de bezwaren van de patiënten, vaker op de plaswekker was aangedrongen en bij welke patiënten die methode in principe méér kans maakt en bij welke minder.

Een van de conclusies van het vooronderzoek (zie hoofdstuk 3) luidt: "Eclectische behandeling heeft bij onze doelgroep van resistente bedplassers van 10-21 jaar kennelijk zin, mits lang volgehouden. De resultaten steken op het eerste gezicht niet slecht af bij die van de plaswekkertherapie. (...) De proef op de som moet een gecontroleerde vergelijking met deze methode zijn".

Het vooronderzoek levert drie vragen op:

- a) Zijn er bij willekeurige toepassing van de ene methode dan wel de andere verschillen in effectiviteit (resultaat) en efficiëntie (resultaat x behandelinspanning) tussen een eclectische strategie en de standaardbehandeling met plaswekker?
- b) Kunnen bepaalde antecedenten worden aangewezen als predictoren voor het resultaat van de therapie?
- c) Zijn er indicatoren die in een afzonderlijke casus betere kans voorspellen voor de ene dan wel de andere behandeling?

Doel van dit onderzoek

Het doel was om bij 10-21-jarige, reeds eerder vergeefs voor enuresis nocturna behandelde patiënten bij wie incontinentie c.q. organiciteit was uitgesloten, het volgende te onderzoeken:

- Hoe werkzaam is de PW-methode bij deze doelgroep?
- Hoe werkzaam is in vergelijking met de PW een 'op maat gesneden' behandeling?
- Geven bepaalde patiëntvariabelen een indicatie voor de ene of de andere methode?
- Heeft het zin op de alternatieve methode over te stappen als de eerste geen effect sorteerde?

Onze nulhyptheses luiden:

Ho (a): Bij willekeurige toepassing van de ene dan wel de andere methode worden geen verschillen in effectiviteit en efficiëntie gevonden, mits gelijke aandacht wordt besteed aan specifieke therapeutische factoren.

Ho (b): Het maakt voor het resultaat geen verschil of er al dan niet sprake is van comorbiditeit c.q. gezinstegenspoed.

Ho (c): Antecedente factoren leveren geen bijdrage aan het betrouwbaar voorspellen van het resultaat.

Onze alternatieve hypotheses luiden:

H1 (a): Bij willekeurige toepassing is een eclecticische behandeling gemiddeld weliswaar niet succesvoller dan de standaardbehandeling, doch wel bij bepaalde subgroepen.

H1 (b): Als er sprake is van aanzienlijke comorbiditeit c.q. gezinstegenspoed, voorspellen deze factoren bij een standaardbehandeling meer mislukkingen dan bij een eclecticische therapie.

H1 (c): Bepaalde indicatoren, inzonderheid een hoge score op de 'externaliserende' cluster (Achenbach) en een hoge gezinstegenspoedindex (GTI) voorspellen een slecht behandelingsresultaat voor beide therapeutische strategieën.

Problemen bij onderzoek binnen niet-academische, ambulante hulpverleningssituaties in de geestelijke gezondheidszorg

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen hulpverleningsinstellingen en niet binnen een instituut met een uitdrukkelijke researchopdracht. Er zijn in dit verband drie probleemvelden aan te geven:

- 1) Contaminatie met andere klachten, problemen of stoornissen
- 2) Beperkte meetmogelijkheden
- 3) Praktische en ethische bezwaren tegen rigoreuze randomisering.

Ad 1) Comorbiditeit

Dit onderzoek is verricht binnen een jeugdpsychiatrische polikliniek van een APZ en twee jeugdafdelingen van respectievelijk de RIAGG in Dordrecht en de RIAGG in Rotterdam-Zuid.

De patiënten die hier worden aangemeld hebben de meest uiteenlopende klachten en problemen. Een bescheiden percentage lijdt aan enuresis nocturna (EN). Deze groep is echter geen reïncultuur; naast het bedplassen doen zich dikwijls andere klachten, problemen en psychiatrische stoornissen voor, zowel bij de bedplasser zelf, als in diens gezin. Bij de opzet van het onderzoek en bij de beoordeling van de resultaten van de behandelingen dient met

deze factoren rekening te worden gehouden. Hoewel het nodige is gedaan om bekendheid aan dit onderzoek te geven bij potentiële verwijzers als huis-, school-, kinderartsen en urologen, moet men zich afvragen of onze groep een representatieve steekproef is uit alle, reeds eerder voor EN behandelde, tien- tot twintigjarige bedplassers in Nederland. Bij gebrek aan goede epidemiologische gegevens ter vergelijking, is hierop geen antwoord te geven.

Hoewel de behandeling van de enuresis, ook in de eclecticische conditie, voorop is gesteld, is vanuit het standpunt van therapeutische verantwoordelijkheid onaanvaardbaar dat andere klachten of problemen categorisch zouden worden genegeerd. Dat betekent dat patiënten die volgens het lot in de standaardconditie vallen, waarbij uitsluitend aandacht aan behandeling van het bedplassen met behulp van de plaswekker mag worden geschonken, buiten het onderzoeksproject vallen wanneer aandacht voor andere problemen of stoornissen prioriteit behoort te krijgen. Deze regel heeft (gelukkig voor ons onderzoek) slechts éénmaal tot verwijdering uit dit onderzoek geleid. In geval de patiënt door het lot voor de eclecticische conditie is voorbestemd wordt een prioriteitenlijstje opgesteld, waarbij behandeling van EN bovenaan moet staan, alhoewel bijkomende aandacht voor andere problemen of stoornissen geen reden voor uitsluiting is (want dat zou strijdig zijn met het eclecticische uitgangspunt).

Ad 2) Beperkte meetmogelijkheden

Men mag op grond van het vooronderzoek veronderstellen dat het voor de behandeling van bedplassen uitmaakt of er al dan geen andere klachten of problemen bij de patiënt of diens gezin voorkomen. We moeten derhalve de nodige voormetingen verrichten. Maar ook hieraan stelt de setting beperkingen. Een paar vragenlijsten en een goed diagnostisch interview en zijn het maximum aanvaardbare voor de patiënt en diens ouders, willen we hen niet afschrikken.

Een probleem is de betrouwbaarheid van de zo verkregen gegevens. We hebben de indruk gekregen dat er minder gezinsproblemen en gedragsproblemen bij de enuretische jongeren wordt aangegeven dan er volgens onze inschatting spelen. Een verklaring zou kunnen zijn dat men komt voor het bedplassen, wat als een lichamelijk probleem wordt opgevat, en dat men weerstand voelt tegen praten over psychologische en gezinsproblemen. Bedplassen ligt op het psychosomatische vlak en kenmerkend daarvoor is dat de patiënt 'psycho' tussen haakjes wil zetten of helemaal wil schrappen.

Ad 3) Bezwaren tegen randomisering

Behandeling is volgens onze opvatting geen eenzijdig en autoritair proces; men behoort rekening te houden met de mogelijkheden en de wensen van de patiënt. Deze heeft recht op de beste therapie die voor zijn stoornis(sen) beschikbaar is, dus we mogen hem geen placebobehandeling aandoen, behalve indien hiertoe vooraf toestemming ('informed consent') is gegeven. Dit is in onze setting niet toegeestaan. Rigoreuze randomisering (hoewel principieel toelaatbaar wanneer twee gelijkwaardige behandelstrategieën in het geding zijn) is toch strijdig met het beginsel van inspraak en eigen keuze voor de patiënt en diens ouders. Zoals reeds in het vooronderzoek (vgl. hoofdstuk 3) is gebleken, maken veel bedplassers c.q. de ouders ernstig bezwaar tegen het advies de plaswekker (voor de zoveelste maal) in huis te halen. Desal-

niettemin willen we gecontroleerd onderzoek doen waarbij de plaswekkerbehandeling de standaardconditie is. Voor deze puzzel hebben we de volgende oplossing gekozen:

a) Bij aanmelding wordt de patiënt willekeurig in de standaardconditie (A) dan wel de te onderzoeken conditie (B) geplaatst wanneer bedplassen als aanmeldingsreden wordt vermeld, mits de betrokkene 10-21 jaar oud is. Blijkt bij het onderzoek na aanmelding dat geen eerdere deugdelijke behandeling voor het bedplassen heeft plaatsgevonden, dan valt de patiënt af. Ook valt een patiënt af indien een organische oorzaak (in welk geval we van incontinentie spreken) niet is uitgesloten.

De therapeut die de intake doet heeft van te voren te horen gekregen voor welke conditie de bedplasser is voorbestemd, zodat hij weet of de patiënt voor de plaswekker moet worden gemotiveerd of voor een eclecticische benadering.

b) Alle diagnostische procedures zijn gelijk maar de uitleg die de patiënt in de intakefase krijgt hangt af van de indeling. Valt de bedplasser bij voorbaat in de A-conditie, dan krijgt hij aan de hand van een neurofysiologisch schema uitleg over de werking van de plaswekker (zie bijlage 8). Valt hij in de B-conditie dan krijgt hij een ander schema (zie bijlage 9).

Wanneer de A-conditie moet worden aangeprezen kan men op protesten rekenen wanneer deze eerder heeft gefaald, of wanneer men daar negatieve informatie over heeft gekregen. De therapeut mag nu zover gaan dat hij:

- uitlegt dat onderzoek gedaan wordt naar behandeling van hardnekkige bedplassers en dat we de plaswekker aanraden omdat deze volgens de internationale literatuur een uitstekende behandelmethode is, mits onder zorgvuldige begeleiding;
- uitvraagt waar het mogelijkwerijs bij een eerdere poging met de plaswekker op is gestruikeld (meestal blijkt het aan goede begeleiding te hebben geschort of wisten de ouders niet wat te doen als het kind door de plaswekker heensliep);
- aanbiedt om het nu heel precies aan te pakken en te begeleiden;
- belooft dat, mocht succes uitblijven, op een andere therapie wordt overgestapt.

In twee gevallen bleken de ouders niet te motiveren voor de plaswekker, zodat tot de B-conditie is besloten. Deze twee patiënten en hun gezinnen vielen op geen enkele van de gemeten variabelen uit de toon.

Derhalve kan dit onderzoek redelijkerwijs worden getypeerd als een "gecontroleerd, experimenteel klinisch onderzoek".

Problemen bij eclecticisch onderzoek

Het voordeel van de gekozen standaardmethode met de PW is zijn eenvoud. De therapeut kan zich beperken tot zorgvuldige uitleg en hoeft slechts de voorgeschreven instructies te geven. Ook al is er geen sprake van dat de therapeut minder aandacht aan zijn patiënt besteedt, omdat de 'aspecifieke' condities voor beide behandelingsstrategieën zorgvuldig gelijk gehouden worden, hij beperkt zich tot het protocol en zegt hooguit dat we eerst alle

aandacht aan het bedplassen moet geven en dat andere problemen later aan de orde kunnen komen, "als dat dan nog nodig is, want vaak verdwijnen allerlei problemen als sneeuw voor de zon als het kind eenmaal droog is".

-9

Valt de patiënt bij in de eclecticische behandelgroep dan ontbreekt een rigoreus behandelprotocol. Er kan gekozen worden uit een hele reeks interventies, en de duur, combinatie en volgorde is niet voorgeschreven, doch hangt af van het oordeel van de therapeut en komt tot stand in overleg met de patiënt en diens ouders. Wel is het standaard dat de bedplasser (net als in de A-conditie) elke ochtend registreert of hij de afgelopen nacht nat of droog was. Ook als er, mede door de intervisiebesprekingen, een voorkeurspatroon valt vast te stellen, toch gaat het om allemaal unieke therapieën en hoe kun je die wetenschappelijk onderzoeken?

Dat is alleen mogelijk door rigoreuze reductie. Bij elke therapie uit ons vooronderzoek is een soort factoranalyse toegepast om de interventies te identificeren en te beschrijven. Dit is in het protocol van het hoofdonderzoek opgenomen (zie bijlage 1). Reductie maakt statistische vergelijking en bewerking mogelijk maar heeft als groot nadeel dat veel informatie afvalt. Op de keper beschouwd kan nu juist wegvallen waaraan de clinicus bij uitstek behoefte heeft om het succes van het ene en het mislukken van het andere te kunnen begrijpen. Om dit bezwaar te onderwerpen wordt iedere patiënt in vignetvorm getypeerd en wordt beknopt verslag gedaan van iedere afzonderlijke behandeling. Daarbij is gepoogd aan te geven wat, volgens het oordeel van de therapeut, werkzaam is geweest en wat niet. Ook al mag dit niet als bewijzend worden beschouwd, de conclusies uit deze klinische vignetten kunnen toch een indicatieve waarde hebben voor behandelaars.

Het projectteam

Dit was als volgt samengesteld:

Projectleider:

- D.N. Oudshoorn

Behandelaars jeugdpsychiatrische polikliniek JPC "De Kreek":

- H. Brans

- D.N. Oudshoorn

- J. Verlinden

Behandelaars RIAGG-Dordrecht e.o.:

- K. van As

- mevr. M.R. v.d. Boogaard

- mevr. T. Dijkstra

- mevr. A. Wetzels

Behandelaars RIAGG Rotterdam-Zuid:

- R. Boekhorst.

gaa naar

19

De onderzochte patiëntenpopulatie

Alle regionale huisartsen, school- en kinderartsen en urologen, alsmede de regionale middelbare scholen zijn aangeschreven om hen attent te maken op dit project.

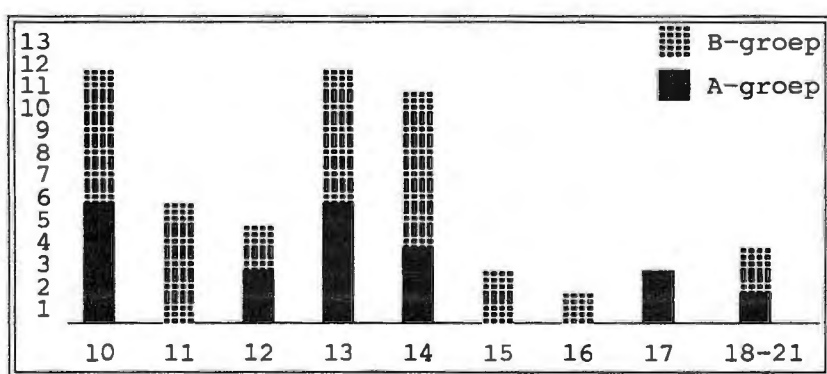
Bij de kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek of bij de RIAGG aangemelde bedplassers van 10-21 jaar zijn ongezien en

willekeurig ingedeeld in de A-groep (standaardbehandeling) of de B-groep (eclectische therapie). Voor de standaardbehandeling werd een aantal van circa 20 voldoende geacht. Voor de eclectische groep, die per definitionem een aantal verschillende strategieën kent, werd een groter aantal wenselijk geacht zodat ook subgroepen konden worden vergeleken. Zodoende zijn van het totaal van 60 schriftelijk aangemelde patiënten 23 blindelings in de A-groep ingedeeld en 37 in de B-groep. Degene die het onderzoek van een nieuw aangemelde patiënt heeft gedaan, werd van tevoren op de hoogte gesteld van de toewijzing omdat de therapeut de patiënt en diens ouders voor de betreffende therapievorm moest motiveren. Na de intake zijn vijf patiënten uit de A-groep en drie patiënten uit de B-groep afgevallen, hetzij omdat ze niet aan alle criteria voldeden of omdat ze zich zelf terugtrokken.

- **Geslacht**

De 52 patiënten tellen 37 jongens en 15 meisjes (= 29%). Dit komt goed overeen met de cijfers van De Jonge (1969) (33% meisjes onder Nederlandse bedplassers) en van Messer (1979) (25% meisjes onder hardnekkige bedplassers). Van deze 15 meisjes zijn er 7 met de plaswekker en 8 eclectisch behandeld.

- **Leeftijdsverdeling**



A-groep: $\bar{X} = 13,1$ jaar, S.D. = 2,9
 B-groep: $\bar{X} = 12,8$ jaar, S.D. = 2,2

- **Primair en secundair bedplassen**

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven is het verschil tussen primaire en secundaire EN misschien van belang omdat bij de secundaire de kans op een somatische oorzaak wat groter is, zodat urologisch onderzoek aangewezen kan zijn. Hiermee is bij de intake rekening gehouden en in aangewezen gevallen is alsnog de uroloog geraadpleegd. Voor de behandelmethode noch voor de succeskans zou het onderscheid primair/secundair echter van betekenis zijn. Toch hebben we de verdeling bij onze groep nagegaan.

	A	B	totaal
primaire EN	12	28	40
secundaire EN	4	8	12
	16	36	52

- **Ongecompliceerde en gecompliceerde bedplassers**

Als cut-off point voor gecompliceerde EN hebben we gekozen een somscore van de comorbiditeit van 6 of hoger en/of een GTI van 3 of hoger. Volgens deze criteria komen we tot de volgende verdeling:

	A-groep	B-groep	
ongecompliceerde EN	N=24	N=10	N=14
gecompliceerde EN	N=28	N= 8	N=20
alleen hoge somscore	N=15	N= 3	N=12
alleen hoge GTI	N= 2	N= 1	N= 1
hoge somscore en GTI	N=11	N= 4	N= 7
totaal	N=52	N=18	N=34

$\chi^2 < .46, p > .50$. De B-groep heeft verhoudingsgewijs wat meer gecompliceerde bedplassers.

Verdeling van de patiënten volgens de clusters van Butler (vgl. hoofdstuk 2):

	A-groep	B-groep	
cluster 1	N=19	N= 7	N=12
cluster 2	N=24	N= 9	N=15
cluster 3	N= 9	N= 2	N=7

$\chi^2 < .15, p > .70$. Dit is een goede verdeling over beide groepen.

Gemiddelde nachtelijke enuresisfrequentie per 7 dagen in de vier weken voorafgaande aan de behandeling:

	X	SD
PW-groep	5,47	1,46
eclectische groep	5,14	1,70
gehele groep	5,24	1,63

Resultaten

- **Resultaten alle primaire behandelingen**
 Bij de beoordeling van het behandelingseffect geldt de gemiddelde EN-frequentie van de laatste vier weken vóór beëindiging van de therapie plus de eerstvolgende vierweekeperiode.

	vóórmeting			nameting na 1e beh.		
	X	Medn	P75-P25	X	Medn	P75-P25
PW-groep	5,37	6	2,75	1,64	1,4	2,5
eclectische groep	5,17	5	3,5	2,73	2,63	4,25
gehele groep	5,24	5,25	3,5	2,39	1,75	4,25

\bar{X} : gemiddelde aantal natte nachten per week. Medn: de mediaan. P75-P25: de kwartielstand tussen het derde en het eerste kwartiel als maat voor de spreiding.

Het behandelresultaat hebben we in vier categorieën ingedeeld:

geen tot 33% verbetering t.o.v. voormeting	score 0
34% tot 65% verbetering t.o.v. voormeting	score 1

deze resultaten beschouwen we als mislukt	
66% tot 94% verbetering t.o.v. voormeting	score 2
95% verbetering tot 100% droog	score 3

deze resultaten beschouwen we als succes	

Zodoende kunnen we de resultaten als volgt indelen:

soort behandeling	mislukt	succes	totaal	kans op succes
PW	9	7	16	44%
eclectisch	21	15	36	42%
alle primaire	30	22	52	42%

$\chi^2 \geq .016, p \leq .90.$

Conclusie: Beide strategieën zijn in het algemeen nagenoeg even effectief.

Follow-up gedurende 6 maanden over 28 na primaire behandeling afgesloten therapieën:

gemiddelde score bij afsluiting	X = 2,29	SD = 1,4
gemiddelde score na 3 maanden	X = 2,14	SD = 1,3
gemiddelde score na 6 maanden	X = 2,36	SD = 1,1

wezenlijk verbeterd (van 0,1 naar 2,3)	N = 2	
wezenlijk verslechterd (van 2,3 naar 0,1)	N = 1	
wezenlijk gelijk gebleven	N = 25	

totaal	N = 28	

Conclusie: De resultaten bij afsluiting zijn zeer constant over

zes maanden.

- **Resultaten primaire PW-behandeling**

Van de 18 patiënten uit de A-groep zijn er 16 feitelijk met de PW behandeld; twee patiënten zijn niet aan de PW toegekomen en vallen derhalve onder de eclecticische therapiegroep.

primaire PW-behandeling succesvol (E1 t/m E7)	N = 7
mislukte PW-behandeling, afgesloten (E8, E9)	N = 2
mislukte PW-behandeling, gekruist (E10 t/m E16)	N = 7
	N = 9
primaire PW-behandeling mislukt	N = 9

De mediaan van de behandelingsduur was 24 weken, het gemiddelde was 29 weken, SD 14.

Conclusie: Primaire PW-behandeling geeft 44% kans op succes.

- **Resultaten primaire eclecticische behandeling**

Naast 34 primaire eclecticische behandelingen van de B-groep zijn er 2 uit de A-groep eclecticisch behandeld omdat de PW er niet aan te pas is gekomen.

eclecticische behandeling succesvol (E17, E23 t/m E26, E33 t/m E35, E40 t/m E46)	N = 15
mislukte behandeling, afgesloten (E18, E19, E27, E36, E47)	N = 5
mislukte behandeling, gekruist (E20 t/m E22, E28 t/m E32, E37 t/m E39, E48 t/m E52)	N = 16
	N = 21
eclecticische behandeling mislukt	N = 21

De mediaan van de behandelingsduur was 24 weken, het gemiddelde was 32 weken, SD 15.

Conclusie: Primaire eclecticische behandeling geeft 42% kans op succes.

Follow-up gedurende 6 maanden over 19 na primaire eclecticische behandeling afgesloten therapieën:

gemiddelde score bij afsluiting	X = 2,26	SD = 1,3
gemiddelde score na 3 maanden	X = 2,21	SD = 1,3
gemiddelde score na 6 maanden	X = 2,42	SD = 1,0
wezenlijk verbeterd (van 0,1 naar 2,3)	N = 2	
wezenlijk verslechterd (van 2,3 naar 0,1)	N = 0	
wezenlijk gelijk gebleven	N = 17	
	totaal	N = 19

Conclusie: De resultaten bij afsluiting zijn redelijk constant over zes maanden, zelfs met een lichte neiging tot verdere verbetering.

- 71 -

- Resultaten bij jongens en meisjes

	mislukt	succes	totaal
jongens	19	18	37
meisjes	9	6	15
	21	15	52

 $x^2 = .064, p = .80$, dus geen verschil van betekenis

Conclusie: Een jongen heeft in dit onderzoek 49% kans op succes, een meisje 40%. Tussen PW- of eclecticische behandeling is geen opvallend verschil gevonden.

- Resultaten bij primaire en secundaire EN

	mislukt	succes	totaal
primaire EN	12	28	40
secundaire EN	3	9	12
	15	37	52

 $x^2 \leq .016, p \geq .90$, dus geen verschil

Conclusie: Een primaire bedplasser heeft in dit onderzoek 70% kans op succes, een secundaire enureticus 75% bij primaire behandeling. Tussen PW- of eclecticische behandeling is geen opvallend verschil gevonden.

- Resultaten per leeftijdsgroep

leeftijd	plaswekker		eclectisch		totaal	
	mislukt	succes	mislukt	succes	mislukt	succes
10	1	3	6	2	7	5
11	-	-	4	1	4	1
12	1	1	1	1	2	2
13	3	2	3	4	6	6
14	1	1	6	3	7	4
15	-	-	-	2	-	2
16	-	-	-	1	-	1
17	-	2	-	-	-	2
18	-	-	1	1	1	1
21	1	-	-	-	1	-

 $x^2 \leq .46, p \geq .50$ $x^2 = 0.72, p = .41$

- Resultaten bij comorbiditeit en/of gezinstegenspoed

Van de 23 patiënten die uit de intakeprocedure als ongecompliceerde bedplasser tevoorschijn waren gekomen zijn er 15 geslaagd met een primaire behandeling en 8 mislukt. Van de 29 patiënten die als gecompliceerde bedplasser werden getypeerd zijn er 7 geslaagd en 22 mislukt:

14
- 9 als

behandelingen	totaal	ongecomplieerd	gecomplieerd
geslaagd	22	15	7
mislukt	30	8	22
totaal primaire	52	23	29

X²-test significantie p 0,01

Conclusie: De ongecompliceerde enuretici bereiken significant vaker resultaat dan de gecompliceerden.

Van de 8 PW-patiënten die uit de intakeprocedure als ongecomplieerde bedplasser tevoorschijn zijn gekomen zijn er 7 geslaagd met de primaire PW-behandeling. Alleen patiënt E9 is mislukt. Van de 8 patiënten die als gecompliceerde enureticus werden getypeerd is niemand succesvol behandeld met de PW.

PW-behandelingen	totaal	ongecomplieerd	gecomplieerd
geslaagd	7	7	0
mislukt	9	1	8
totaal primaire	16	8	8

X²-test zeer significant p 0,005

Conclusie: Typering als 'gecompliceerd/ongecomplieerd' op grond van comorbiditeit en gezinstegenspoed is een zeer goede voorspeller voor het resultaat van de primaire PW-behandeling.

Van de 15 B-patiënten die uit de intakeprocedure als ongecomplieerde bedplasser tevoorschijn zijn gekomen, zijn er 8 geslaagd en 7 mislukt met de primaire eclectische behandeling. Van de 21 B-patiënten die als gecompliceerde enureticus waren getypeerd zijn er 7 geslaagd en 14 mislukt:

eclectische behandelingen	totaal	ongecomplieerd	gecomplieerd
geslaagde	15	8	7
mislukt	21	7	14
totaal primaire	36	15	21

Conclusie: Typering als 'gecompliceerd/ongecomplieerd' op grond van comorbiditeit en gezinstegenspoed is geen goede voorspeller voor het resultaat van primaire eclectische behandeling.

Effect van afzonderlijke interventies

- **Standaard A-pakket**

Dit omvat:

- P6: Uitvoerige uitleg over enuresis nocturna en de werking van de plaswekker.
- D1: Registratie van natte nachten c.q. alarm dat afgaat en droge/stille nachten. De ouders laten de registratie, op ons verzoek, aan de zoon/dochter over, maar kunnen wel

- 73 -

bevestigen of de registratie in grote lijnen correct is. Het telkens zorgvuldig doorspreken van de lijst, en vergelijking met de resultaten tot dusverre, is standaard. Het is een belangrijk, zij het **aspecifiek** onderdeel van de behandeling.

Inherent aan de benadering is het principe van **eigen verantwoordelijkheid** zodat bijv. ook het eigen bed verschoond moet worden.

D5: Gebruik van de plaswekker, die de patiënt zelf installeert en controleert.

D-overleren:

In het plaswekkerprotocol wordt na veertien achtereenvolgende droge en stille trainingsnachten het overleerprincipe toegepast waarbij de bedplasser 's avonds minstens tweemaal zoveel vocht (vier tot zes glazen) drinkt als normaal. Van de zestien primaire plaswekkerpatiënten hebben twaalf dit criterium gehaald, doch slechts acht hebben het metterdaad uitgevoerd - de anderen hebben zich eraan onttrokken. 'Overleren' zou de recidiefkans aanzienlijk verkleinen (Morgan, 1978).

	snel recidief	follow-up na zes maanden		
		mislukking	succes	totaal
overleren	3	4	4	8
niet overleren	1	2	2	4
	4	6	6	12

Conclusie: Onze groep is te klein geworden om statistisch significante conclusies te trekken. Overleren lijkt echter geen invloed te op de recidiefkans te hebben.

- **Het eclecticische pakket**

Directieve of eclecticische therapie houdt in dat voorkomende klachten en problemen gericht worden behandeld. Gestreefd wordt naar efficiëntie, dat wil zeggen dat gezocht wordt naar wat werkt en dat zo min mogelijk overbodige dingen worden gedaan. Als directe, klachtgerichte interventies afdoende blijken dan wordt daarmee volstaan. Komt de behandelaar met die benadering niet uit, dan zoekt hij een verklaring voor de stagnatie. Die verklaring kan in de kring van het gezin worden gevonden, in welk geval gezinsgerichte interventies c.q. focale gezinstherapie aangewezen is.

Ook kunnen psychologische factoren bij de patiënt zelf, zonder dat deze zich daar per se bewust van hoeft te zijn, verantwoordelijk zijn voor het falen. In zulke gevallen is nadere exploratie aangewezen, zo nodig gevolgd door focale psychotherapie. Focale individuele of gezinstherapie rekenen we, in het verband van dit op behandeling van EN gerichte onderzoek, tot de indirecte (dat wil zeggen niet direct op het symptoom gerichte) interventies.

Op grond van dit uitgangspunt kunnen we een redelijke mate van systematiek in de opbouw van de eclecticische behandelingen van onze bedplassers terugvinden.

Een aantal onderdelen is voor iedere patiënt gelijk:

P6: Uitvoerige uitleg over enuresis nocturna, de werking van de

'plascomputer' en verschillende aangrijpingspunten voor behandeling.

- D1: Registratie (slechts één patiënt hoefde het eerste halve jaar geen lijst bij te houden).
- D2: Vochtopname verbeteren. De meesten plachten te weinig te drinken, vooral 's avonds, maar toch ook overdag. De standaardinstructie luidt om zowel 's avonds als 's middags tenminste drie glazen (melk, cola, water, thee enz.) te drinken en 's avonds twee of drie. Ook bij de B-patiënt wordt het principe van eigen verantwoordelijkheid beklemtoond. Hierbij behoort ook stevast dat ze zelf het natte bed en de pyjama dienen te verschoenen. Blaastraining is volgens de literatuur (vgl. Doleys, 1977) geen effectieve methode. Dit blijkt ook uit ons onderzoek: slechts bij 9 van de 21 patiënten bij wie deze interventie is gebruikt, kon een onmiddellijk effect op de plasfrequentie aannemelijk worden gemaakt. Maar blaastraining is in ons project toegepast om de eigen werkzaamheid te ondersteunen.
- D3: Consequent belonen/straffen is evenmin een effectieve methode (vgl. onder meer Messer, 1979). Dit blijkt ook uit ons onderzoek: slechts bij 5 van de 22 patiënten bij wie deze interventie is gebruikt, kon een onmiddellijk effect op de plasfrequentie aannemelijk worden gemaakt. Maar het principe is in ons project toegepast om de consequenties van bedplassen/droog slapen te accentueren.
- D4: Wektraining met de eigen wekker of klokradio is volgens de literatuur (vgl. hoofdstuk 2) een aanzienlijk minder effectieve methode dan de plaswaker. Dit blijkt ook uit ons onderzoek: slechts bij 1 van de 12 patiënten bij wie deze interventie stelselmatig is gebruikt, kon een onmiddellijk effect op de plasfrequentie aannemelijk worden gemaakt. Maar het principe is in ons project toegepast als alternatief voor het door de ouders gewekt worden. Het beoogde effect (sneller en op lichtere wekprikkels wakker worden) kan bij hardnekkige doorslapers bevorderd worden door de ouders in te schakelen. Als hun zoon/dochter langer dan 30 seconden nodig heeft om op het signaal te reageren mogen ze zich naar de kinderslaapkamer spoeden en de gereed staande plantespuit op de neus van de slaper richten. Het effect is in voorkomende gevallen vaak opmerkelijk goed.

De interventies D1, D2, D3 en D4 worden door ons eigenlijk als **aspecifiek** (vgl. hoofdstuk 2) beschouwd in tegenstelling tot twee **specifieke** therapeutische strategieën, te weten toepassing- en van hypnose resp. individuele of gezinspsychotherapie.

Volgens dit criterium zijn 10 patiënten aspecifiek behandeld, maar bij een aantal van hen zijn pogingen met hypnose te werken terstond mislukt of na korte tijd gestaakt:

	mislukt	succes	totaal
uitsluitend aspecifieke interventies	3	2	5
aspecifieke interventies plus mislukte/kortdurende hypnose	5	0	5
	8	2	10

Conclusie: Een aspecifiek eclecticisch behandelpakket zet vrijwel geen zoden aan de dijk.

- **Hypnosetoepassingen**

We maken onderscheid tussen directe, klachtgerichte en indirecte interventies. Voor een statisticus mag dit een overzichtelijke indeling opleveren, voor een clinicus is het te schematisch. Op de keper beschouwd heeft elke interventie directe of indirecte gevolgen - of niet. Concreter gesteld: iedere interventie die de belofte inhoudt van verbetering van de klacht doet de motivatie om zich goed in te zetten toenemen. Als enig effect bespeurbaar is versterkt dat de inzet en ook het gevoel van competentie. Allerlei klachten zoals bijv. depressiviteit, onzekerheid of angst kunnen hier een gunstig uitstralingseffect van ondervinden. Daarom willen we altijd eerst het effect van symptoomgerichte interventies afwachten en pakken we andere problemen pas aan als die een obstakel blijken op te leveren.

Tot de klachtgerichte interventies rekenen we:

- D81: Een zelfhypnoseoefening die de bedplasser 's avonds voor het slapen gaan doet, waarbij hij zichzelf suggesties geeft dat de blaas gedurende de slaap dicht blijft en dat hij of zij wakker wordt als er geplast moet worden (zie pag. ...).
- D82: De patiënt maakt in hypnose een denkbeeldig apparaat dat de zelfcontrole vergroot.
- D84: Geleide fantasie in hypnose gericht op zelfcontrole, waarbij een geschikte metafoor wordt gebruikt, vaak die van de kapitein, zijn schip en bemanning. (Geleide fantasie kan ook voor exploratie c.q. psychotherapie s.s. worden gebruikt; zie onder).

Zodoende zijn 10 patiënten met directe, symptoomgerichte hypnotische interventies behandeld. Van de zes mislukten zijn vijf vervolgens op de plaswekker overgegaan. Wat indirecte effecten betreft: één patiënt had geleerd vlot wakker te worden en twee waren optimistischer over hun eigen kansen geworden:

uitsluitend D81, plus evt. D82, D84	effect op de EN		totaal	indirect effect bij mislukken
	succes	mislukt		
	4	6	10	3

Dertien patiënten zijn in eerste instantie ook met directe, symptoomgerichte hypnotische technieken behandeld maar schoten daar niet voldoende mee op, zodat tot exploratie in hypnose van psychologische barrières werd overgegaan en vervolgens tot

focale behandeling daarvan. Dit had zowel directe als indirecte effecten:

D81, D82, D84 plus exploratieve en psychotherapie	effect op de EN succes	mislukt	totaal	indirect effect bij mislukken
	7	6	13	2

Hypnotiseerbaarheid

Men neemt algemeen aan dat de mate van hypnotiseerbaarheid in hoge mate samenhangt met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, waarbij met name de aandacht uitgaat naar het vermogen volledig geabsorbeerd te raken in activiteiten als lezen, naar muziek luisteren e.d., met de bijpassende imaginatie (o.a. Josephine Hilgard, 1970; De Moor, 1990). De mate van hypnotiseerbaarheid zou een betrekkelijk constante eigenschap zijn, waarbij de invloed van de hypnotiseur gering is, in tegenstelling tot wat het publiek pleegt de veronderstellen.

Wil men een klinische indruk krijgen van de hypnotiseerbaarheid, c.q. de ontvankelijkheid voor hypnotische suggesties, dan kan men een van de gebruikelijke inductietechnieken toepassen en vervolgens een aantal verschillende suggesties geven teneinde te onderzoeken hoe de proefpersoon daarop reageert. Als men zulke proefjes standaardiseert heeft men een hypnotiseerbaarheidstest. Speciaal voor kinderen en jeugdigen zijn er aangepaste versies, waarvan één van de meest gangbare is de Stanford Hypnotic Susceptibility Scale for Children (SHCS-Child: Morgan & Hilgard, 1978/1979). Deze test, of het Hypnotische Inductieprofiel (HIP: Spiegel & Spiegel, 19...) is bij alle patiënten die voor eclectische therapie in aanmerking kwamen gebruikt (zie bijlage 10), ook al is de praktische relevantie ervan omstreden.

Onze conclusie luidt dat er hoegenaamd geen correlatie is tussen de gemeten hypnotiseerbaarheid en het behandelingsresultaat, noch bij de gehele groep, noch bij wie hypnose deel van het therapiepakket heeft uitgemaakt.

- **Focale psychotherapie**

Dit onderdeel van de behandeling kan uitvloeisel zijn van exploratie in hypnose maar kan om voor de hand liggende redenen ook rechtstreeks zijn toegepast.

In het algemeen geldt dat zorgvuldige aandacht is besteed aan uitleg over de klacht en de behandeling en dat de motivatie van de bedplasser om zich over langere tijd te blijven inzetten, stelselmatig is bevorderd. Behalve aan het bedplassen en de direct daaraan gekoppelde gevoelens, is ook regelmatig aandacht besteed aan het verdere reilen en zeilen. Alleen wanneer hierbij omschreven problemen aan de orde kwamen die een obstakel voor de voortgang van de behandeling leken op te leveren heeft dit tot focale psychotherapie geleid. Aan het slot van dit hoofdstuk zijn achter de klinische vignetten in een aparte lijst samenvattingen van de focale psychotherapie opgenomen.

Betrouwbare inschatting van effecten van psychotherapie levert problemen op. We hebben op grond van de verslagen ingeschat of de omschreven therapeutische doeleinden al dan niet zijn bereikt. Bovendien is eventuele invloed op de enuresisfrequentie

nagegaan. We komen dan tot het volgende:

focale psycho- therapie	beoogde resultaat		effect op EN		totaal
	wel	niet	wel	niet	
	12	4	10	6	16

- Focale gezinstherapie

In het algemeen geldt dat steevast aan de ouders, is uitgelegd dat het bedplassen een probleem van hun zoon of dochter is, dat deze zelf onder controle moet leren krijgen. Hun aandeel hierin kan maar zeer beperkt zijn. In sommige gevallen is echter gedurende de behandeling gebleken dat gezinsgesprekken aangewezen waren om de voortgang te bevorderen.

Aan het slot van dit hoofdstuk zijn achter de klinische vignetten in een aparte lijst samenvattingen van de focale gezinstherapie opgenomen.

Betrouwbare inschatting van effecten van gezinstherapie levert problemen op. We hebben op grond van de verslagen ingeschat of de omschreven therapeutische doeleinden al dan niet zijn bereikt. Bovendien is eventuele invloed op de enuresisfrequentie nagegaan. We komen dan tot het volgende:

focale gezins- therapie	beoogde resultaat		effect op EN		totaal
	wel	niet	wel	niet	
	6	3	5	4	9

Discussie

Primaire behandeling van onze tot dusverre therapieresistente jongeren leverde 42% succes op. De standaardbehandeling met de plaswekker en de eclecticische strategie bleken even effectief en bij follow-up over zes maanden bleven de resultaten opmerkelijk constant.

Het succespercentage van 42% is veel lager dan wat dikwijls in de vakliteratuur wordt vermeld. Dat zou verklaard kunnen worden uit doelgroepkarakteristieken of uit de toegepaste therapie. Maar het verschil kan ook verklaard worden uit het gebruikte criterium. In ons onderzoek meten we om het resultaat te bepalen de laatste vier weken vóór afsluiting van de behandeling plus de eerstvolgende vier weken na afsluiting.

In de literatuur beschouwt men een behandeling doorgaans reeds als geslaagd, wanneer het kind veertien aaneengesloten nachten droog is geweest. Volgens dat criterium zouden in ons onderzoek 34 behandelingen geslaagd zijn, dat is 65%, maar daarvan zouden 18 als recidief moeten worden geboekt, dat is 35%. Zo bezien wijken onze resultaten niet af van de meeste publikaties (vgl. hoofdstuk 2). Ons inziens is het gebruikelijke criterium van 14 droge nachten echter ongeschikt als vervolgens 35% recidiveert.

	mislukt	succes	recidief
14 nachten-criterium	18 (35%)	34 (65%)	18 (35%)
8 weken-criterium	30 (58%)	22 (42%)	1 (2%)

Hiermee is ook verklaard waarom de behandelingsduur in ons onderzoek relatief lang is, namelijk gemiddeld 31 weken (mediaan 24 weken). Volgens het 14 droge nachten-criterium zou de gemiddelde behandelduur slechts 18 weken zijn.

- **Behandeling met de plaswekker**

Hoewel vrijwel alle patiënten aanvankelijk ernstige bezwaren hadden tegen de plaswekker, is deze methode bij 16 van de 18 patiënten die er willekeurig toe waren voorbestemd toegepast. Van hen hadden 17 succes met de plaswekker, hoewel 6 van hen al één of meermalen vergeefs met deze methode waren behandeld.

	mislukt	succes	totaal
reeds eerdere PW-behandeling	5	7	12
niet eerder met PW behandeld	3	1	4

Eerder falen met de plaswekker is kennelijk geen voorspeller voor wederom mislukken. Mogelijk kan dit verklaard worden uit de zgn. **aspecifieke factoren** (zie hoofdstuk 2) zoals zorgvuldige uitleg en optimale begeleiding (vgl. Van Londen, 1989). Men kan ook veronderstellen dat het een gunstig **herhalings**effect betreft bij patiënten bij wie de enuresis, na een eerdere PW-behandeling met aanvankelijk succes, is gerecidiveerd (o.m. Messer, 1979).

De behandelingsduur met de PW was in dit onderzoek langer dan we op grond van de litteratuur hadden voorondersteld. De mediaan was 24 weken, met een grote spreiding.

Van de 9 afgesloten behandelingen zien we bij vervolgen gedurende 6 maanden slechts één recidief. Al betreft het maar een gering aantal patiënten, mede gelet op hun voorgeschiedenis van talrijke mislukte behandelingen en recidieven lijkt dit een opmerkelijk constant behandelingsresultaat. **Overleren** heeft in onze behandelgroep geen aantoonbare invloed gehad op de zesmaands-prognose.

- **Eclectische behandeling en vier eclectische pakketten**

De patiënten die willekeurig in de B-groep waren ingedeeld hebben heterogene therapieën gehad:

II - **Eclectisch basispakket**

Uitsluitend bestaande uit zorgvuldige uitleg, dagelijkse registratie en onderdelen die vermoedelijk slechts placebo-werking hebben, zoals blaastraining, een beloningssysteem, eigen wekker (radio). Dit lijkt het meeste op een '**aspecifiek**' therapiepakket.

III- **Eclectisch pakket met hypnose**

Dezelfde onderdelen als in het basispakket aangevuld met op nachtelijke controle gerichte zelfhypnose-oefeningen.

- IV - Eclectisch pakket met focale individuele en/of gezinstherapie
Basispakket zonder hypnose plus op complicerende factoren gerichte gezins- en/of psychotherapie (zie pag. ...).
- V - Eclectisch pakket met hypnose en focale individuele en/of gezinstherapie
Basispakket dat successievelijk met hypnose en op complicerende factoren gerichte gezins- en/of psychotherapie is aangevuld zie pag. ...).

therapiepakket	I (PW)	II	III	IV	V'	totaal
geslaagd	7	1	4	3	7	15
mislukt	9	5	6	4	6	21
totaal	16	6	10	7	13	36

De opbouw van de eclectische behandelpakketten is uiteraard geen zaak van toeval geweest, doch is gebaseerd op gerichte keuzes door de therapeut in overleg met de patiënt en diens ouders. Steevast is begonnen met het basispakket en vervolgens is telkens toegevoegd wat het meest zinvol leek te zijn.

De subgroepjes zijn te klein om statistische conclusies toe te laten, maar voor de clinicus zijn er toch, met grote voorzichtigheid, enige tendenzen op te merken.

Het basispakket II wekt niet bepaald de indruk succesvol te zijn met vijf mislukkingen op zes patiënten. Men zou zelfs kunnen zeggen: met één succes op 36, want als deze strategie op zichzelf al voldoende verbetering had laten zien, waren -op zijn minst in een groot aantal gevallen- al die toevoegingen niet nodig geweest. Hoe het ook zij, een dergelijk 'kaal' pakket is nimmer aan te bevelen.

Zoals men uit de klinische vignetten (zie pag. ...) kan opmaken hingen bij de patiënten met het basispakket de resultaten (met één uitzondering) samen met al dan niet aanwezige complicerende factoren. Bij twee patiënten heeft de therapie echter tot indirecte, gunstige effecten geleid die de kans op succes met de plaswekker leken te bevorderen, zodat op een goed moment tot kruising is besloten (zie hoofdstuk 5).

Pakket IV is een uitbreiding van het basispakket met focale individuele of gezinstherapie. Ook hier is er sterke samenhang van het effect van deze behandeling met de mate van comorbiditeit of gezinstegenspoed zoals die bij de intake is vastgesteld. Het lijkt alsof de focale therapie terecht geïndiceerd was maar ineffectief bleef. Bij nader inzien is deze conclusie echter voorbarig:

- Bij één patiënt waren de gezinsproblemen op dat moment zeer ernstig en niet te beïnvloeden. De jongen was bovendien vitaal depressief.
- De drie andere patiënten en hun gezinnen hebben geprofiteerd van gerichte behandeling van voorkomende, de EN-behandeling complicerende problemen, waarna gunstige voorwaarden voor een gerichte behandeling ontstonden. Men koos toen voor de plaswekker zodat de behandeling werd gekruist (vgl. hoofdstuk 5).

Pakket III, dat klachtgerichte hypnose bevat, is bij vier van de

tien zo behandelde patiënten effectief gebleken wat het directe effect op de frequentie van de enuresis betreft. Bij drie van de mislukten trad echter een behandelingseffect op dat de voorwaarden voor gerichte enuresisbehandeling verbeterde (zie hoofdstuk 5).

Pakket V tenslotte is een uitbreiding van pakket III met focale psychotherapie, dikwijls gericht op materiaal dat bij exploratie in hypnose naar voren kwam, of gerichte gezinstherapie. Er waren drie echte mislukkingen maar ook drie gevallen waarin bepaalde therapieresultaten de gunstige conditie schiepen voor gerichte EN-behandeling, waarvoor toen de PW werd gekozen (vgl. hoofdstuk 5).

Eclectische behandeling heeft voor de gehele groep van 36 patiënten bij 15 van hen (= 42%) succes gehad. De mediaan van de behandelduur was 24 weken met een grote spreiding.

Van de 19 afgesloten behandelingen zien we bij vervolgen gedurende zes maanden een zeer constant resultaat met zelfs lichte neiging tot verbetering: N=17 bij follow-up na zes maanden in plaats van N=15 rondom afsluiting (X=2,2 wordt X=2,4).

- **Sekseverschil**

De verdeling was in onze onderzoeksgroep vergelijkbaar met de cijfers van o.a. De Jonge (1969) en Messer (1979). Sekseverschil speelde bij onze hardnekkige bedplassers geen rol van belang - dit is in overeenstemming met de vakliteratuur. Van de jongens heeft 49% succes behaald, van de meisjes 40%. Tussen de PW- en de eclectische strategie was er geen belangrijk verschil.

- **Primaire en secundaire enuretici**

De verdeling kwam in onze onderzoeksgroep overeen met de cijfers in de vakliteratuur (vgl. o.m. Messer, 1979; Bosch & Jansen, 1982).

De opvatting van Bosch & Jansen dat het onderscheid tussen primaire en secundaire enuretici noch voor de behandeling noch voor de prognose verschil maakt, is in ons onderzoek bevestigd. Hardnekkige primaire enuretici maakten 70% kans op succes en secundairen 75%. Het maakte geen verschil of ze met de PW-methode dan wel eclectisch waren behandeld.

- **Leeftijd**

Leeftijd bleek geen invloed van betekenis te hebben op de resultaten, noch bij de PW-training noch bij de eclectische behandeling.

- **Butler's clusters**

	cluster 1	cluster 2	cluster 3	totaal
aantal + % verdeling over de hele populatie	19 (37%)	24 (46%)	9 (17%)	52
succes PW	2	4	1	7
succes eclectisch	6	7	2	15
succes totaal	8 (36%)	11 (50%)	3 (14%)	22

De vier eclecticische behandelpakketten zijn in het straatje niet verder uitgesplitst, maar ook daarin vinden we geen enkele afwijking van de verdeling.

Conclusie: De clusterindeling heeft geen enkele voorspellende waarde voor de prognose in het algemeen, noch geeft deze een voorkeursbehandeling aan. De klinisch-therapeutische relevantie van deze indeling is derhalve niet aangetoond. Dit kan worden verklaard uit methodologische tekortkomingen van dit onderzoek, maar men moet zich ook afvragen of de typologische vooronderstelling eigenlijk wel steekhoudend is. De hypothese dat enuresis verschillende oorzaken kan hebben wordt niet gesteund door verschillen in beloop bij de hier aan de orde zijnde behandelingsstrategieën.

- Comorbiditeit en gezinstegenspoed

Voor de gehele groep gold dat ongecompliceerde bedplassers significant vaker resultaat boekten dan gecompliceerde bedwateraars. De eersten hadden 65% succes, de laatsten slechts 24% gunstig resultaat.

Zeer significant was dit verschil in de PW-groep, waar niemand van de gecompliceerde enuretici succes boekte.

Men kan hieruit concluderen dat afwezigheid van comorbiditeit en gezinstegenspoed een goede voorspeller is voor succes met de PW-training, mits optimaal gemotiveerd en begeleid, en mits lang genoeg volgehouden.

Anderzijds is de PW-methode te ontraden indien er sprake is van teveel gezinstegenspoed ($GTI \geq 3$) en/of teveel comorbiditeit (Somscore ≥ 6).

Bij de eclecticische groep is het patroon ingewikkelder. De resultaten behalen geen niveau van significantie. Een derde van de gecompliceerden behaalt toch succes en omgekeerd scoort de helft van de ongecompliceerden niet. Op grond van de typering ongecompliceerd/gecompliceerd kan men derhalve voor deze behandelingsstrategie geen voorspelling doen.

Hoe kan men dit verklaren?

Dat patiënten met hoge comorbiditeit en/of gezinstegenspoed met deze strategie wél kans hebben, en niet met een standaard PW-training, pleit vóór een eclecticische behandeling bij dit type patiënten.

Dat de ongecompliceerde groep bijna 50% mislukkingen scoort pleit echter sterk tégen deze benadering van dit type patiënten. Eclecticisme pretendeert goed aan te sluiten bij patiëntenkarakteristieken. Men krijgt de indruk dat een eclecticische benadering als specifieke enuresistherapie niet tegen de plaswekker op kan en anderzijds op zijn sterkst is als er aanzienlijke individuele of gezinsproblemen in het geding zijn. Dan moet men haast wel aannemen dat de belangrijkste werking indirect is. De interventies die we als het 'specifieke pakket' nr. II hebben samengevat lijken geen zoden aan de dijk te hebben gezet. Als er sprake is van relevante doch indirecte therapie-effecten dan moeten we die zoeken bij:

a) De klachtgerichte hypnosetoepassingen. Bij de geslaagde behandelingen verbeterde het gevoel van eigenwaarde en

zelfcontrole, maar dat kan op zich al verklaard worden als het gebruikelijke gevolg van de beheersing van de mictie. Bij de mislukkers zagen we echter in drie gevallen een behandelingseffect dat gunstige voorwaarden schiep voor ... een behandeling met de plaswekker.

- b) En bij de focale psycho- of gezinstherapie. Deze heeft, naar de inschatting van de therapeuten, in de ruime meerderheid der gevallen het beoogde doel obstakels uit de weg te ruimen bereikt. Het directe effect op de enuresisfrequentie was minder uitgesproken. Licht indicatief is het volgende staatje:

effect op de enuresis	mislukt	succes	totaal
eclectische behandeling zonder focale psycho-/gezinstherapie	11	5	16
eclectische behandeling met focale psycho-/gezinstherapie	10	10	20

X²-test p .40. N.S. of .25. zonder Yatescorrectie

T d-

Belangrijk is na te gaan of de indirecte effecten uiteindelijk ook aan de resultaten van de EN-therapie bijdragen. In hoofdstuk 5 wordt deze discussie voortgezet.

Conclusie: De somscore van comorbiditeit en de gezinstegen-
spoedindex (GTI) hebben een zeker nut voor een voor-
keursstrategie en de kans op succes daarmee. De
metingen zijn betrekkelijk eenvoudig. Voor de som-
score dient:

- a) de onderzoeker de ICD-9 klachtenlijst na te gaan;
- b) de onderzoeker voldoende geschoold te zijn in psy-
chiatrisch onderzoek en in het gebruik van de DSM-
III-R;
- c) een van de ouders (resp. de adolescent vanaf 17
jaar) de Achenbachlijst reëel in te vullen.

Wat betreft de GTI gaat het om betrekkelijk goed te objectiveren
gegevens die men in een halfgestructureerd interview kan verga-
ren. Uit ander onderzoek (welk?.....) is gebleken
dat de GTI bruikbaar is. Het is echter geen geijkt instrument.

Met de somscore telt men de gekwantificeerde klinische bevindingen van de onderzoeker op bij de gescoorde gegevens van de ouders betreffende hun zoon of dochter. Dit levert een totaalscore op over alle psychiatrische c.q. gedragsproblemen van de enureticus, zoals de onderzoeker, de ouders en de patiënt die inschatten. Het zijn echter geen geijkte instrumenten. Het is aannemelijk dat comorbiditeit niet alleen voor de behandeling van bedplassers relevant is, doch evenzeer voor bijv. depressieve jongeren en voor vele andere klachtpatronen. Daarom zou het nuttig kunnen zijn onderzoek naar de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van dit meetinstrument bij andere syndromen op te zetten.

Een instrument dat wèl geijkt is is de vragenlijst van Achenbach. Waarom hebben we daar niet mee volstaan? De reden is dat die lijst slechts vastlegt hoe de invuller (meestal een van de

ouders) er op dat moment over denkt c.q. wat deze ons wil doen geloven. In verschillende gevallen hebben we in het verloop van de behandeling kunnen constateren dat de lijst niet reëel was ingevuld - meestal te rooskleurig, soms daarentegen te dramatisch. De vraag of hier van opzettelijke misleiding, dan wel van eerlijke weergave van een blijkbaar zeer eenzijdig beeld van de zoon of dochter sprake is geweest, laten we in het midden. In de meeste gevallen bleken de gegevens van de ouders echter vrij goed overeen te komen met onze eigen indrukken en conclusies. Als er sprake is van concordantie tussen de informatie van de ouders en de conclusie van de onderzoeker mag men stellen dat het gewicht van dat gegeven zwaarder is, met andere woorden dat de score hoger is.

Dan rijst de vraag: waarom volstaan we, wat het professionele oordeel betreft, niet met de DSM-III-R? De voordelen van die handleiding zijn dat hij allerwegen toepassing vindt en dat redelijk duidelijke criteria worden gegeven. Het antwoord luidt dat veel patiënten wél diverse symptomen hebben, doch dat die niet altijd kunnen worden gegroepeerd om te voldoen aan de DSM-criteria.

Laten we als voorbeeld een bedplasser nemen die angst aangeeft. Er zijn drie mogelijkheden:

- angst blijkt alleen bij navragen van de ICD-9-vragenlijst;
- angst blijkt bij gericht navragen tevens te voldoen aan de criteria van een van de angststoornissen van de DSM-III-R;
- angst komt ook terug in de Achenbachlijst en beïnvloedt een van de scores daarvan.

We veronderstellen dat dit verschil maakt; ook al lijkt het op het eerste gezicht een (drie)dubbeltelling, doch gaat het wel degelijk om verschillen in gewicht.

ICD-9-klachtenlijst uitgezet tegen DSM-III-R-classificatie levert het volgende staatje op (tussen haakjes staat de bijbehorende deelscore aangegeven):

DSM-III-R	307.60	307.60 + 2e classificatie	totaal
ICD-9			
<u>alléén</u> enuresis	(2) 12	(3) --	12
<u>EN</u> plus 1 klacht	(3) 8	(4) 4	12
<u>EN</u> plus 2 of 3 klachten	(4) 7	(5) 21	28
	27	25	52

χ^2 -test $p < 0,001$

Conclusie: Er is een uitstekende correlatie tussen het aantal ICD-9 klachten en het voorkomen van een tweede DSM-III-R-classificatie. Als er géén andere ICD-9 klacht voorkomt naast enuresis voldoet de patiënt ook nooit aan de criteria voor een tweede DSM-classificatie. Maar interessant is dat er, zoals we hierboven al hadden besproken, patiënten zijn die naast het bedplassen een of meer ICD-klachten hebben zónder dat

ze aan de criteria voor een tweede DSM-classificatie voldoen. Tussen haakjes is aangegeven wat dit voor consequenties heeft voor de deelscore die samen met de Achenbachscore uiteindelijk de somscore oplevert.

De grondgedachte van de GTI is dat een optelsom van negatieve omstandigheden pathogene invloed kan uitoefenen (vgl. Rutter, 19...).

Als we als voorbeeld echtscheiding nemen, dan zijn er de volgende mogelijkheden:

- echtscheiding is een geïsoleerd gegeven in een overigens redelijk functionerend gezin;
- de gescheiden moeder aan wier zorg het kind is toevertrouwd, is zelf ziek c.q. lijdt aan een psychiatrische stoornis;
- het gezin van de lichamelijk of psychisch zieke, gescheiden moeder verkeert in slechte sociaal-economische omstandigheden en/of er zijn stelselmatig conflicten in het gezin.

We veronderstellen dat het laatste veel zwaarder weegt dan het eerste en echt pathogeen is, terwijl dit bij het tweede soms wel, soms niet plausibel is.

Waar de grens wordt getrokken is arbitrair. Wordt hij te laag gelegd dan komt er veel ruis in de gegevens en komt men te vaak tot vals-positieve conclusies (ten onrechte wordt pathologie verondersteld). Wordt de grens te hoog gelegd dan worden te veel relevante gegevens weggegooid en worden dikwijls vals-negatieve conclusies getrokken (ten onrechte wordt gezondheid verondersteld).

We hebben verschillende cut-off points vergeleken en zijn tot de slotsom gekomen dat een somscore van comorbiditeit van 6 of hoger, resp. een GTI van 3 of hoger bij onze onderzoeksgroep zowel de meest zinnige, klinische differentiatie gaf als ook de beste voorspeller bleek.

Ook al heeft de somscore genoemde voordelen boven de Achenbachscore, toch ligt het voor de hand de invloed van deze, goed getoetste score op het behandelingsresultaat afzonderlijk na te gaan.

De Achenbachlijst levert diverse scores op:

- a) Sociale vaardigheden: activiteiten, sociaal functioneren en schoolprestaties;
- b) Gedragsproblemen in een negental afzonderlijke clusters;
- c) Gedragsproblemen getotaliseerd in één score en in twee subscores: 'Internalizers' en 'Externalizers'.

Van alle scores zijn de klinische cut-off points voor de twee seksen en voor diverse leeftijdsgroepen bekend (McConaughy & Achenbach, 1988; Verhulst, 1985).

Achenbach zelf deelt de bedplacers volgens de laatstgenoemde deelscores in in drie categorieën: internaliserende, externaliserende en indifferente typen (Achenbach & Lewis, 1971; vgl. hoofdstuk 2). Met zijn cut-off point van ≥ 63 kunnen we onze 52 patiënten als volgt verdelen:

behandeling	nl. I/E	pathol. I/nl. E	nl. I/pathol. E	path. I/E	totaal
mislukt	10	3	8	9	30
succes	10	7	2	3	22
totaal	20	10	10	12	52

χ^2 -test p .0,06

Conclusie: Deze verdeling bereikt bijna het 5%-niveau van significantie.

De E-score lijkt het meeste gewicht in de schaal te leggen:

	plaswekker		eclectisch		totaal	
	mislukt	succes	mislukt	succes	mislukt	succes
normale E	4	7	9	10	13	17
pathologische E	5	-	12	5	17	5
totaal	9	7	21	15	30	22

χ^2 p 0,08 χ^2 p 0,27 χ^2 p 0,04
 zonder Yatescorr. 0,02

Conclusie: Een pathologische E(externalizer)-score (≥ 63) voorspelt significant minder kans op resultaat dan een normale E-score. Er is een niet-significant voordeel voor de eclectische methode bij een pathologische E-score.

In tegenstelling tot de duidelijke invloed van de E-score op de prognose heeft de I(internalizer)-score geen enkele invloed, noch op het totale resultaat, noch op de ene of de andere strategie in het bijzonder.

Nul- en alternatieve hypotheses

Welke van onze hypotheses hebben bevestiging gevonden en welke zijn weerlegd?

Hypothese Ho (a) luidde: Bij willekeurige toepassing van de ene dan wel de andere methode worden geen verschillen in effectiviteit en efficiëntie gevonden, mits gelijke aandacht wordt besteed aan specifieke therapeutische factoren.

Deze hypothese is bevestigd. Zoals hierboven op pag. ... is beschreven zijn beide strategieën in het algemeen nagenoeg even effectief gebleken. De gemiddelde behandelduur en het gemiddelde aantal zittingen ontlieden elkaar bij de twee strategieën weinig.

Hypothese H1 (a) luidde: Bij willekeurige toepassing is een eclectische behandeling gemiddeld weliswaar niet succesvoller dan de standaardbehandeling, doch wél bij bepaalde subgroepen.

We hebben naar allerlei subgroepen gekeken:

- wat seks betreft is geen verschil gevonden tussen beide strategieën
- wat leeftijd betreft ook niet
- wat primair/secundair bedplassen betreft evenmin
- wat de clusters van Butler betreft vonden we geen enkel verschil
- wat de Achenbachse I(nternaliseerder)-score betreft vonden we geen verschil
- wat de Achenbachse E(xternaliseerder)-score betreft vonden we dat patiënten met een hoge E-score in het algemeen genomen een beduidend slechtere prognose hadden. Daarbij was er een niet significant voordeel voor de eclectische benadering
- wat comorbiditeit en gezinstegenspoed betreft vonden we dat

voor 'ongecompliceerde' bedplassers de PW-methode superieur was. Bij een somscore van ≥ 6 en/of een GTI van ≥ 3 doet de plaswekkermethode het daarentegen uitgesproken slecht maar biedt de eclecticische benadering betere kansen.

Hypothese Ho (b) luidde: **Het maakt voor het resultaat geen verschil of er al dan niet sprake is van comorbiditeit of gezinstegenspoed.**

1
-2

We kunnen deze hypothese verwerpen: wat comorbiditeit en gezinstegenspoed betreft vonden we dat 'ongecompliceerde' bedplassers in het algemeen significant vaker resultaat boekten dan 'gecompliceerde' bedwateraars.

Hypothese H1 (b) luidde: **Als er sprake is van aanzienlijke comorbiditeit c.q. gezinstegenspoed, voorspellen deze factoren bij een standaardbehandeling meer mislukkingen dan bij een eclecticische therapie.**

2

Deze hypothese krijgt steun uit de resultaten. Bij een somscore van 2-5 en bij een GTI van 0-2 is de plaswekkermethode superieur. Bij een somscore van ≥ 6 en/of een GTI van ≥ 3 biedt de eclecticische benadering betere kansen dan de PW.

Hypothese Ho (c) luidde: **Antecedente factoren leveren geen bijdrage aan het betrouwbaar voorspellen van het resultaat.**

De hypothese is verworpen. Factoren als hoge comorbiditeit, hoge gezinstegenspoed en pathologische E-score blijken duidelijke invloed te hebben op de prognose. Maar de factor: reeds eerder vergeefs met de PW getraind, heeft geen negatieve invloed op een nieuwe PW-therapie, mits onder optimale condities.

Hypothese H1 (c) luidde: **Bepaalde indicatoren, inzonderheid een hoge score op de 'externaliserende' cluster (Achenbach) en een hoge gezinstegenspoedindex (GTI) voorspellen een slecht behandelingsresultaat voor beide therapeutische strategieën.**

Deze hypothese is correct. De externaliseerders scoorden 23% succes versus 57% voor patiënten met een lage E-score.

Tot onze behandelgroep behoorden 11 patiënten met een GTI van ≥ 3 ; slechts 1 van hen heeft succes geboekt met primaire behandeling (in casu pakket IV).

Tussenbalans

In eerste instantie zijn 22 patiënten met succes voor hun EN behandeld en van hen is het terugvalpercentage over zes maanden vrijwel nihil.

Van de 30 patiënten die onvoldoende baat hebben gehad bij de gegeven behandeling hebben er 7 afgehaakt. Eén van hen is na zes maanden droog nadat de ouders zijn gescheiden; een tweede is na zes maanden droog nadat ze een andere therapeut heeft benaderd; de EN van de overige 5 is na zes maanden niet verbeterd.

De overige 23 patiënten accepteren de mogelijkheid van een gekruiste behandeling: 7 patiënten die met de PW zijn behandeld stappen na een 'wash out'-periode van circa vier weken over op secundaire eclecticische behandeling en 16 bedplassers die in eerste instantie eclecticisch zijn behandeld gaan na een behandel-pauze over op de secundaire PW-training.

In hoofdstuk 5 zullen deze secundaire behandelingen worden besproken.

HOOFDSTUK 5
Het hoofdonderzoek - deel II
de effecten van secundaire plaswekkerbehandeling
en secundaire eclecticische therapie

concept januari 1991

Doel van het tweede deel van ons onderzoek is geweest, aan die patiënten die in eerste instantie willekeurig met de PW of eclecticisch zijn behandeld en daarmee teleurstellende resultaten hebben geboekt, een gekruiste secundaire therapie aan te bieden en na te gaan wat zo'n tweede behandeling oplevert.

De patiëntenpopulatie die een gekruiste behandeling krijgt

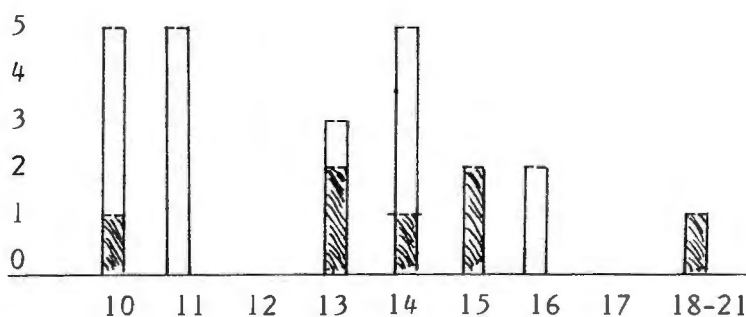
primair PW succesvol afgesloten	(A)	N= 7
primair PW mislukt, afgebroken	(A)	N= 2
primair PW mislukt, gekruist naar ecl.	(AB)	N= 7
primair ecl. succesvol afgesloten	(B)	N=15
primair ecl. mislukt, afgebroken	(B)	N= 5
primair ecl. mislukt, gekruist naar PW	(BA)	N=16
totaal na prim.mislukking gekruist	(AB+BA)	N=23

< dun >

Geslacht

De 23 patiënten tellen 16 jongens en 7 meisjes (=30%). Dit komt goed overeen met de verhouding in de totale onderzoeksgroep van 52 patiënten. Van deze 7 meisjes zijn er 4 secundair eclecticisch (AB) en 3 secundair met de PW (BA) behandeld.

Leeftijdsverdeling



■ AB-groep $\bar{X}=14,4$ jr. SD 3,3. □ BA-groep $\bar{X}=12,3$ jr. SD 2,1.

Primair/secundair bedplassen

	AB-groep	BA-groep	totaal
primaire EN	6	13	19
secundaire EN	1	3	4
	7	16	23

Deze verdeling wijkt niet af van de verdeling in de totale behandelgroep van 52 patiënten.

Ongecompliceerde en gecompliceerde bedplassers

Als cutoff point voor gecompliceerde EN hanteren we een somscore van de comorbiditeit van 6 of hoger en/of een GTI van 3 of hoger, zoals deze zijn bepaald bij de intake voorafgaande aan de primaire behandeling.

Ongecompliceerde EN	N= 6	AB-groep: N=0 BA: N= 6
Gecompliceerde EN	N=17	AB-groep: N=7 BA: N=10
alleen hoge somscore	N= 8	AB-groep: N=2 BA: N= 6
alleen hoge GTI	N= 2	AB-groep: N=1 BA: N= 1
hoge somscore en GTI	N= 7	AB-groep: N=4 BA: N= 3
totaal	N=23	AB-groep: N=7 BA: N=16

percentage gecompliceerd	AB	BA	totaal
in de totale onderzoeksgroep	44%	59%	54%
in de gekruiste groep	100%	62%	74%

We zien dat de gekruiste groep relatief meer gecompliceerde bedplassers heeft dan de oorspronkelijke groep.

Gemiddelde nachtelijke enuresisfrequentie per week in de voormeting (V1) en in de nameting (V2) van de primaire behandeling.

	V1: \bar{X}	SD	V2: \bar{X}	SD
AB-groep	6,25	1,2	3,36	1,3
BA-groep	5,52	1,4	4,44	1,9
hele gekruiste groep	5,74	1,4	4,11	1,8

Resultaten van alle gekruiste therapieën

Bij de beoordeling van het behandelingseffect geldt de gemiddelde EN-frequentie van de laatste vier weken vóór beëindiging van de therapie plus de eerstvolgende vierweekeperiode.

Verloop gemiddelde EN-frequentie van alle gekruiste therapieën
(AB: primair PW , secundair eclecticisch. BA: primair eclecticisch, secund.PW)

	Vóórmeting	Na 1ste beh.	Na 2de beh.
AB:	X=6,29 SD1,2	X=3,07 SD1,3	X=3 Mn.=3,25 P75-P25=3,75
BA:	X=5,58 SD1,4	X=4,51 SD1,9	X=1,08 Mn.=0 P75-P25=1,25
Allen:	X=5,74. SD1,4	X=4,08 SD1,8	X=1,66 Mn.=0,5 P75-P25=3

Het behandelresultaat hebben we wederom in vier categorieën ingedeeld:

geén tot 33% verbetering t.o.v. voormeting	score 0
34% tot 65% verbetering t.o.v. voormeting	score 1
deze resultaten beschouwen we als mislukt	
66% tot 94% verbetering t.o.v. voormeting	score 2
95% tot 100% droog	score 3
deze resultaten beschouwen we als succes	

Zodoende kunnen we de resultaten als volgt indelen:

eindresultaat	mislukt	succes	totaal
AB	3	4	7
BA	4	12	16
alle secund.beh.	7	16	23

Conclusie: Secundaire PW lijkt wat vaker effectief dan eclecticische behandeling, maar het verschil is bij lange na niet significant.

Follow-up gedurende zes maanden over alle secundaire behandelingen

Gem. score bij afsluiting secund.beh.:	X=1,64 Mn.=0,5, kw.afst.=3
FU na 3 mnd	X=1,43 Mn.=0,5, kw.afst.=2,5
FU na 6 mnd	X=2,0 Mn.=1, kw.afst.=4
Wezenlijk verslechterd na 6 mnd (van 2,3 naar 0,1)	N = 3
Wezenlijk gelijk gebleven	N = 19
Nog niet bekend	N = 1

Conclusie: 3 terugvallen na afsluiting van de secundaire behandeling leveren per saldo 13% recidieven na 6 mnd.

Resultaten secundaire eclecticische (AB-)behandelingen

	Vóórmeting	Na 1ste beh.	Na 2de beh.
AB:	X=6,29 SD1,2	X=3,07 SD1,3	X=3 Mn.=3,25 P75-P25=3,75
	Wezenlijk verbeterd na sec.ecl. beh. t.o.v. intake*		N=4
	Niet verbeterd t.o.v. intake		N=3
	(*Eén van deze patiënten was al goeddeels droog door prim. PW-behandeling en is toen toch nog gekruist naar eclecticische therapie.)		
	Prim.PW-beh.duur: X = 33 wk, mediaan 24 wk, kwartielafstand 20 wk.		
	Secund.ecl. beh.duur: X = 26,3, mediaan 24 wk, kwartielafstand 12 wk.		

Conclusie: Eclecticische vervolgbehandeling na mislukte PW-training heeft in ongeveer de helft der gevallen succes gehad.

Follow-up gedurende 6 mnd over de secundaire eclecticische behandelingen:

Gem. score bij afsluiting sec.ecl.beh.:	X = 2,2	Mn.=1
FU na 3 mnd	X = 2,3	Mn.=1,75
FU na 6 mnd	X = 2,3	Mn.=1,75
Wezenlijk gelijk gebleven	N = 6	
Nog niet bekend	N = 1	

Conclusie: De resultaten zijn in het verloop van zes maanden na beëindiging van de behandeling constant gebleven.

Resultaten secundaire PW (BA-)behandelingen

	Vóórmeting	Na 1ste beh.	Na 2de beh.
BA:	X=5,58 SD1,4	X=4,51 SD1,9	X=1,08 Mn.=0 P75-P25=1,25
	Wezenlijk verbeterd na sec.PW-beh.(van score 0,1 naar 2,3)		N=12*
	Wezenlijk gelijk gebleven na sec. PW-beh.		N=4
	(*Eén van deze patiënten was al goeddeels droog door prim. PW-behandeling en is toen toch nog gekruist naar eclecticische therapie.)		
	Prim. ecl. beh.duur: X= 33 wk, mediaan 24 wk, kwartielafstand 20 wk.		
	Sec. PW-beh.duur: X = 26 wk, mediaan 24 wk, kwartielafstand 6 wk.		

*reded
9 PW*

Conclusie: Secundaire PW-training na een eclecticische behandeling is dikwijls succesvol.

Follow-up gedurende 6 mnd over secundaire PW-behandelingen:

Gem.score bij afsl.secund. PW-beh.	X = 1,08	Mn.=0
FU na 3 mnd	X = 1,05	Mn.=0,25
FU na 6 mnd	X = 2,09	Mn.=0,63
Wezenlijk verslechterd bij FU 6 mnd t.o.v. afsluiting:	N=3	
Wezenlijk verbeterd bij FU 6 mnd t.o.v. afsluiting:	N=1	
Wezenlijk gelijk gebleven bij FU	N=12	

Conclusie: Van 11 successen na secundaire PW-behandeling zijn er 3 gerecidiveerd (27%).

Resultaten van secundaire therapie bij jongens en meisjes

	mislukt	succes	totaal
jongens	5	11	16
meisjes	2	5	7
	7	16	23

Conclusie: Er is geen verschil van belang tussen de prognose van secundaire behandeling bij jongens en meisjes. Ook tussen secundaire PW- of eclecticische behandeling is geen noemenswaard verschil gevonden.

Resultaten bij primaire en secundaire EN

	mislukt	succes	totaal
primaire EN	5	14	19
secundaire EN	2	2	4
	7	16	23

Conclusie: Er is geen significant verschil tussen de prognose van een tweede behandeling bij primaire en secundaire bedplassers gevonden. Tussen gekruiste PW- en eclecticische behandeling is geen verschil gevonden.

Resultaten per leeftijdsgroep

leeftijd	AB		BA		AB+BA	
	mislukt	succes	mislukt	succes	mislukt	succes
10	1	-	1	6	2	6
11	-	-	3	-	3	-
12	-	1	-	-	1	-
13	2	1	-	2	2	3
14	-	1	-	4	-	5
21	-	1	-	-	-	1

Conclusie: De positieve en negatieve resultaten zijn evenredig over de leeftijdsgroepen verdeeld en er is geen duidelijke invloed van de leeftijd op de resultaten van secundaire PW- en eclecticische behandeling.

Resultaten bij comorbiditeit en/of gezinstegespoed

We vergelijken de 'ongecompliceerde' en 'gecompliceerde' bedplassers, zoals ze bij de eerste intake zijn ingedeeld:

alle sec.behandelingen	ongecompl.	gecomplic.	totaal
geslaagde sec. beh.	4	12	16
mislukte sec. beh.	2	5	7
totaal sec. beh.	6	17	23

Conclusie: Typering als 'gecompliceerd/ongecomplieerd' bij de intake op grond van comorbiditeit en gezinstegenspoed) is volstrekt geen voorspeller voor het resultaat van secundaire behandeling.

Omdat met name het patroon bij de PW-therapie (zie hoofdstuk 4) opvallend was, hebben we de resultaten onderzocht van primaire en secundaire PW-therapie bij comorbiditeit en/of gezinstegenspoed, zoals gemeten bij de intake:

		ongec.	gecomplic.	totaal
prim. PW-beh.	succes	7	0	7
	mislukt	1	8	9
secund. PW-beh.	succes	4	8	12
	mislukt	2	2	4

Conclusie: Terwijl er een zeer opvallend patroon is geconstateerd bij primaire PW-therapie, in die zin dat van acht 'gecompliceerde' bedplacers niemand succes had, vinden we bij secundaire PW-behandeling dat 8 van de 10 'gecompliceerde' bedplacers succes boeken.

Discussie

De patiëntengroep die een tweede behandeling heeft gekregen, wijkt niet wezenlijk af van de gehele populatie, wat betreft geslacht, leeftijdsverdeling en primair of secundair bedplassen.

De gemiddelde enuresisfrequentie in de vóórmeting van de primaire behandeling was bij de patiënten die een vervolgbehandeling hebben gekregen wat hoger (n.l. $X=5,74$, $SD 1,4$) dan die van de totale groep ($X=5,24$, $SD 1,63$), maar het gemiddelde bij de nameting van de primaire behandeling was wat lágér ($X=4,11$, $SD 1,8$).

Het percentage 'gecompliceerde' bedplassers, zoals dat is bepaald bij de intake, is in de gekruiste groep aanzienlijk hoger (n.l. $19/23 = 74\%$) dan in de gehele groep ($28/52 = 54\%$). Dit verschil komt vrijwel geheel voor rekening van de A-groep, waarvan geen enkele 'gecompliceerde' bedplasser heeft geprofiteerd van de primaire PW-training.

Samenvatting resultaten primaire en secundaire behandeling:

A (primair PW)	7/16 succes	= 44%	
AB (secund.ecl.)	4/7 succes		
A + AB	11/16 succes	= 69%	FU-6 mnd: 10/16 = 63% succes
B (prim.ecl.)	15/36 succes	= 42%	
BA (secund.PW)	12/16 succes		
B + BA	27/36 succes	= 75%	FU-6 mnd: 25/36 = 69% succes
Totaal primair	22/52 succes	= 42%	
Totaal secund.	16/23 succes		
Prim.+secund.	38/52 succes	= 73%	FU-6 mnd: 35/52 = 67% succes

Eclectische vervolgbehandeling na mislukte PW-training heeft in ongeveer de helft der gevallen (4/7) succes gehad. Deze resultaten zijn in het verloop van zes maanden na beëindiging van de behandeling constant gebleven. Secundaire PW-training na een eclectische behandeling is dikwijls succesvol (12/16). Van 12 successen na secundaire PW-behandeling zijn er echter 3 gerecidiveerd (25%). Daar staat één spontane verbetering na zes maanden tegenover.

Er is geen verschil van belang in de prognose van secundaire behandeling bij jongens en meisjes.

Ook tussen secundaire PW- of eclectische behandeling is geen noemenswaard verschil gevonden.

Er is geen significant verschil tussen de prognose van een tweede behandeling bij primaire resp. secundaire bedplassers gevonden, noch voor gekruiste PW- noch voor eclectische behandeling.

De positieve en negatieve resultaten zijn evenredig over de leeftijdsgroepen verdeeld en er is geen duidelijke invloed van de leeftijd op de resultaten van secundaire PW- en eclectische behandeling.

Typering als 'gecompliceerd/ongecompliceerd' bij de intake op grond van comorbiditeit en gezinstegenspoed) is volstrekt geen voorspeller voor het resultaat van secundaire behandeling.

Terwijl er een zeer opvallend patroon is geconstateerd bij primaire PW-therapie, in die zin dat van acht 'gecompliceerde' bedplassers niemand succes had, vinden we bij secundaire PW-behandeling dat 8 van de 10

'gecompliceerde' bedplassers succes boeken.

Conclusie: Het onderscheid 'gecompliceerd'/'ongecompliceerd' is blijkbaar een voorspeller waarvan het belang na eclecticische behandeling sterk afgenomen is.

We kunnen twee dingen veronderstellen:

- De eclecticische behandeling heeft effecten die gunstig zijn voor een aansluitende PW-behandeling; de comorbiditeit en gezinstegenspoed is dankzij de therapie opgeheven, c.q. van minder belang geworden en daarmee zijn gunstige voorwaarden voor een PW-training geschapen.
- De secundaire PW-behandeling kan opgevat worden als een specifieke en krachtige toevoeging aan de eclecticische therapie.

Uit de zittingsverslagen kunnen we in een viertal gevallen opmaken (zie de klinische vignetten) dat comorbiditeit en/of gezinstegenspoed duidelijk zijn afgenomen, maar niet bij alle 'gecompliceerde', verbeterde patiënten. Misschien was het er wel uitgekomen als dezelfde screening was toegepast als bij de intake, maar dat was in dit onderzoek niet mogelijk.

Als we een moment veronderstellen dat al deze patiënten nu goed vergelijkbaar zijn met de 'ongecompliceerde' bedplassers die een **primaire** PW-training hebben gehad, dan krijgen we de indruk dat secundaire PW-training met 12/16 successen iets effectiever is dan primaire met 7/16 successen.

Omdat de aantallen zo gering zijn moeten we voorzichtig zijn met onze conclusies. Het resultaat mag echter stellig als een klinische indicatie worden opgevat.

Het klinische advies luidt dan ook: Als een bedplasser van tien jaar of ouder wordt aangemeld, dan dient, door middel van psychiatrisch onderzoek en aan de hand van vragenlijsten, zorgvuldig naar comorbiditeit en gezinstegenspoed te worden gezocht. Indien de patiënt beneden de hierboven beschreven cutoff points blijft is de PW sterk aan te bevelen, maar dan onder optimale 'aspecifieke' condities, dus met goede informatie, registratie, advisering en begeleiding, en **lang** volgehouden.

Is de patiënt volgens genoemde maatstaven een 'gecompliceerde' enureticus, dan is in eerste instantie een eclecticische strategie aan te raden, waarbij de aandacht niet strikt beperkt blijft tot het bedplassen, doch andere problemen ook in het focus van de therapie kunnen worden genomen. In veel gevallen zal in tweede instantie alsnog een PW-training aangewezen zijn, maar dan ook met grote kans op succes.

Slotconclusies:

De twee in dit onderzoek beproefde strategieën zijn bij de doelgroep van tot dusverre therapieresistente bedplassers van 10-21 jaar in het algemeen even effectief gebleken.

In geval er geen complicerende factoren in het spel zijn zoals hierboven beschreven, verdient de PW de voorkeur. Deze geeft goede kansen, mits zorgvuldig uitgelegd en begeleid en mits lang genoeg volgehouden.

Is er sprake van comorbiditeit en/of gezinstegenspoed dan is een eclecticische benadering met o.m. hypnose, alsmede zo nodig focale individuele of gezinstherapie, te ~~te~~ verkiezen. Ook als deze geen zichtbaar effect op de enuresis mocht hebben, dan is de kans op succes bij secundaire PW-training zeer reëel.

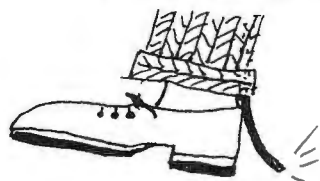
Als men de factoren comorbiditeit en gezinstegenspoed in het midden laat, kan men concluderen dat beide methodes 40-50% kans op succes bieden. Als de patiënt en de therapeut na een mislukking van de eerste behandeling de moed op kunnen brengen om op de andere therapie over te stappen, dan is de tweede kans in de zelfde orde van grootte als de eerste kans.

Deze conclusies bieden steun aan de opvatting die herhaaldelijk is gepubliceerd (zie hoofdstuk) dat aspecifieke therapiefactoren van groot belang zijn en misschien zelfs het gewicht van specifieke interventies overtreffen.

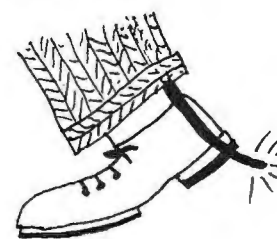
Men zou de volgende hypothese kunnen formuleren: 'There are most probably at least two equally effective treatment methods for any patient with any complaint or disorder. Our advise is: Try any one first, or preferably explain them and let the patient choose. The patient has a fair chance to recover. With negative outcome use the alternative method. Your chances of improvement with the second therapy equal those of first trials, i.e.: $N-x + (N-x)x/N$ (N = number of first treatments; x = number of failures.)

Het is derhalve aanbevelenswaardig dat iedere behandelaar voor elke klacht of stoornis die hij behandelt, tenminste twee goede en geloofwaardige behandelmethodes beheerst. Zijn succeskans is de tweede maal vergelijkbaar met die van de eerste poging, zodat zijn totale score aanzienlijk hoger uitkomt.

Mackenzie Stressreductor®



"Ik doe 'm
niet meer uit!"



HANS VAN DER TOGT ontdekte
de nieuwe methode van gezond functioneren
bij stress:

"In mijn vak sta ik onder druk van voortdurende stress. Dat hoort nu eenmaal bij de showbizz. Trouwens, veel mensen van vandaag de dag hebben last van diezelfde stress; die uit zich in hoge bloeddruk, diarree, een kloppend gevoel in de borst, verwijde pupillen, dingen die iedereen wel eens heeft maar waar je, hoewel je weet dat het niet goed is, liever geen acht op slaat.

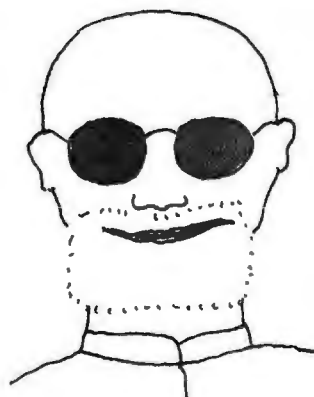
Sinds kort is er een revolutionair geneesmiddel op de markt: de **Mackenzie Stressreductor®**.

't Is eigenlijk een heel eenvoudig apparaat. Een sonde van gegratineerd, hoog-geconcentreerd nomium wordt met behulp van Lotharings elastiek luchtig en vrij in de slip gehangen. Aan het uiteinde van de sonde bevindt zich een edelkoord van hoogwaardig ferro dat, als de **Mackenzie Stressreductor®** in werking is, de aarde raakt waardoor overtollige stress geruisloos afvloeit. Het werkt perfect. Ik doe 'm niet meer uit!"



Wat heeft dr. Léon van 't Zand, specialist in de medische bio-geologie en voorheen werkzaam bij NASA, op te merken over de **Mackenzie Stressreductor®**?

"Inderdaad. De oude Chinezen wisten het al: geestelijk evenwicht door voortdurend contact met de aarde (de *geos*) - een medische waarheid waar geen kalmeermiddel tegen op kan. Zo'n voor het oog simpele stressreductor doet wonderen. Dat komt door het nomium, een legering van kobalt, chromium, ferro, nikkel en koper die bij experimenten in de VS gevoelig is gebleken voor stress-straling. Het nomium absorbeert de straling en via de handgemaakte edeldraad ontsnapt zij naar de aarde. Nomium wordt ook in de ruimtevaart gebruikt en oxideert in zeer geringe mate, zodat iedereen jarenlang plezier kan hebben van de **Mackenzie Stressreductor®**. Het is een revolutie in de medische wereld die U en Uw omgeving een grote dienst kan bewijzen."



Uitsluitend verkrijgbaar bij de erkende drogist

Mackenzie weet wat "beter" is!

Mackenzie 



Tegendraads

Dr. J.A. Jenner

drs. L. Dijkema,
adjunct-directeur van Gorcum

De stylistisch mooie, maar vileine notitie van de hoofdredacteur in Dth nummer 3 augustus 1990 (v.d.Velden, 1990) plaatste ons voor de keus om niet te reageren, maar wie zwijgt stemt toe, of wel te reageren, maar qui s'excuse, s'accuse. Zijn notitie heeft een onmiskenbaar betrekkingaspect. Discussies op betrekkingniveau staan veelal in het teken van machtsstrijd (Watzlawick, e.a. 1978; Lange, 1985). Omdat wij geen positieve bijdrage verwachten aan de directieve therapie stroming van een betrekkinggekleurde polemieek, beperken we ons tot het melden van onze afkeuring en, na ampele overweging, een reactie op enkele inhoudelijke punten.

Over juist verwijzen, bestaat geen consensus. Sommigen refereren de auteur van een eerste artikel, anderen juist de auteur van het laatst verschenen artikel. 'Volledige' literatuurverwijzingen worden door redacties meestal ingekort. Bij algemeen ingeburgerde begrippen als oedipus complex hoeft Freud niet meer genoemd te worden. Meegaan met de weerstand en het directieve equivalent 'Judo' zijn dermate ingeburgerd dat een referentie ons overbodig leek. Andere begrippen zijn weliswaar in Nederland bekend geworden, mogelijk zelfs geïntroduceerd door de eerste 7 'directief therapeuten', maar ofwel eerder beschreven door anderen (vgl. Horror: Ferreira, 1959), danwel ontstaan tijdens collegiaal overleg, teambesprekingen, super- of interviews. Dit laat onverlet onze grote waardering voor de initiators van de directieve stroming in Nederland. Hiervoor een (directief) alleenrecht claimen, gaat ver. Dat geldt evenzo een claim op de voor sommige mensen heilzame werking van religieuze activiteiten als bijbellezen, psalmzingen. e.d. Religieuze stromingen doen dit immers al eeuwen.

In 'directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie' (Jenner, 1988) wordt geen eigen diagnostisch systeem gepresenteerd. Herhaaldelijk wordt gewezen op het nut van een goede en uitgebreide diagnostiek. De psychose-indeling berust op de ICD-9 en kan teruggevonden worden bij Giel (1985). De DSM-III is minder een diagnostisch-, dan een classificatie-systeem, zoals de nederlandse vertaler meldt (Koster van Groos, 1989). Niet alleen leent het zich slecht voor de ambulante acute psychiatrie, maar ook is het systeem zelf minder onbetwist dan gesuggereerd. Zo noemt de DSM-III mensen eerder psychiatrisch gestoord dan de ICD-9 (van den Brink, e.a., 1989), wat zeker in crisis situaties niet zonder gevaar is. Het systeem is onvoldoende gevalideerd (Zimmerman, e.a., 1989) en meer dan 50% van de Amerikaanse psychiaters gebruikt het onvolledig tot verkeerd (Lipkowitz & Idupugnanti, 1985; Jampala, e.a., 1986).



-2-

De populariteit werd medebepaald doordat verzekeringsinstanties weigerden declaraties zonder DSM-III-classificatie te voldoen. Zonder deze financiële stok zou ruim 35% van de Amerikaanse hulpverleners het niet meer gebruiken omdat classificatie en behandeling onvoldoende uit elkaar voortvloeien (Jampala, e.a., 1986; Beutler & Clarkin, 1989).

Of vitaal depressieve kenmerken dimensioneel zijn, is mogelijk, maar nog onbewezen. In de hulpverlening besluit je o.a. op grond van vitale kenmerken tot het geven van antidepressiva. Het geven betekent zoveel als zeer waarschijnlijk vitaal of voldoende vitaal; een praktische wel-of-niet beslissing. Zijn de vitale kenmerken onvoldoende hard, dan geef je niet of minder snel. De publicaties over de indicaties voor antidepressiva zijn tegenstrijdig en zeker niet zo uniform als de notitie van v.d. Velden (1990) suggereert. De bevinding dat de depressieve verschijnselen van patiënten die worden behandeld in de eerste-lijns praktijk korter duren, milder zijn en minder primair en endogeen dan van poliklinische patiënten (Sireling, e.a., 1985; Freeling, e.a., 1985), wordt door anderen niet bevestigd (Blacker & Clare, 1987). Bij RIAGG's die zich bewegen op het grensvlak mag dit doorspelen in hun medicatiebeleid. Bekend probleem bij antidepressiva is de gebrekkige compliance. Bijwerkingen zijn hiervoor deels verantwoordelijk. Een startdosering met 3x 10 mg. geeft minder gevaar voor bijwerkingen en dus stoppen van de medicatie dan hogere doses. Een auteur onderuithalen met een referentie naar een boek dat de drukpers verliet (van Praag, 1988) toen het onze erop kwam, is wel erg goedkoop.

Dat in Rotterdam behandelingen anders lopen dan in een aangrenzende gezondheidsregio kan vele oorzaken hebben. Waar in Rijnmond een psychiater acute dienst doet voor ruim een miljoen mensen zal hij minder tijd ter beschikking hebben per casus dan in Dordrecht e.o. met ongeveer 300.000 inwoners. Reeds Romme (1967) stelde de effectiviteit van de rijdende psychiater met onvoldoende tijd ter discussie.

De discrepantie tussen de door v.d. Velden (1990) genoemde verkoopcijfers van 'directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie' en zijn eigen waardering ervan onderstreept nog eens dat over smaak moeilijk te twisten valt. Wat zeker van een slechte smaak getuigt, is wanneer een hoofdredacteur een persoon die publiekelijk wordt aangevallen, daarvan niet op de hoogte stelt en hem geen recht op weerwoord biedt in het zelfde nummer.

Literatuur:

Beutler, L.E. & J.F. Clarkin (1990), Systematic Treatment Selection: Toward targeted therapeutic interventions. Integrative Psychotherapy Series no.3. New York, Brunner/Mazel.

Blacker, C.V.R. & A.W. Clare (1987), Depressive Disorder in Primary Care. Review Article. Brit. J. of Psychiatry, 150:737-751.

Brink, v.d., W., M.W. Koeter, J. Ormel e.a. (1989), Psychiatric Diagnosis in an Outpatient Population: A comparative study of PSE-Catego and DSM-III. Arch. Gen. Psychiatry, 46:369-372,

Freeling, P., B.M. Rao, E.S. Paykel, e.o. (1985), Unrecognised depression in general practice. Brit. Med. J., 290:1880-1883.

Giel, R. (1985), Waarom een psychiatrische diagnose, 2de druk. Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn/Brussel

Is het dit de laatste keer dat...



Jampala, V.C., F.S. Sierles & M.A. Taylor (1986), Consumers' Views of DSM-III: Attitudes and Practices of U.S. Psychiatrists and graduating Psychiatric Residents. *Am.J.Psychiatry*, 143: 148-153.

Jenner, J.A. (1988), Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie. van Gorcum, Assen/Maastricht.

Koster van Groos, G.A.S. (1989), De werkelijkheid achter de feiten. *Tijdschr. v. Psychiatrie (redactioneel)*, 31,6:351-353,

Lange, A. (1985), Gedragsverandering in gezinnen. Wolters-Noordhoff, Groningen.

Lipkowitz, M.H. & S. Idupuganti (1985), Diagnosing schizophrenia in 1982: the effect of DSM-III. *Am.J.Psychiatry*, 142 :634-637.

Praag, van, H.M. (1988), *Psychofarmaca*. Van Gorcum & Comp. bv. Assen.

Romme, M.A.J. (1967), *Doel en Middel*. Academisch proefschrift. Amsterdam.

Sireling, L.I., P. Freeling, E.S. Paykel & B.M. Rao, (1985), Depression in General Practice: Clinical features and comparison with Out-Patients. *Brit. J. of Psychiatry*, 147:119-126

Skodol, A.E., B.G. Link, P.E. Shrout & E. Horwath (1988), The Revision of Axis V in DSM-III-R: Should symptoms have been included? *Am.J.Psychiatry*, 145:825-829,

Velden, van der, K. (1990), *De draad van Jenner*, Dth 3 jaargang 10 augustus 1990

Jenners doolhof revisited

In *De Draad van Jenner* liet ik zien dat *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie* een hopeloos geschreven boek is, dat van inhoudelijke fouten aan elkaar hangt.

In plaats van zich stil te schamen komt Jenner nu met beschouwingen over het claimen van rechten, over religieuze stromingen, over de nadelen van DSM-III, over 'compliance' bij depressieve patiënten, over de eerste-lijnspraktijk, over de verschillen tussen Rotterdam en Dordrecht en over slechte smaak, stuk voor stuk belangwekkende onderwerpen, die evenwel nauwelijks iets met mijn notitie te maken hebben.

Jenner heeft zich ditmaal verzekerd van de medewerking van een co-auteur, de heer L. Dijkema, adjunct-directeur van Van Gorcum, de uitgever van Jenners boek. Men zou verwachten dat een uitgever het vooral druk heeft met het maken van mooi verzorgde, goed geschreven boeken, maar deze uitgever schrijft liever zelf over psychiatrie. Het kan hem blijkbaar niet schelen dat hij 'stylistisch' schrijft in plaats van 'stijlistisch', 'nederlands' in plaats van 'Nederlands', 'oedipus complex' in plaats van 'oedipus-complex', 'crisis situatie' in plaats van 'crisissituatie', en dat zijn interpunctie eruit ziet of een dronken man een zak met punten en komma's over de bladzijden heeft leeggestort ('Over juist verwijzen *komma* bestaat geen consensus', 'psalmzingen *punte* e.d.').

Op enkele punten die wel enigszins met mijn notitie te maken hebben ga ik in.

1. Jenners indeling van psychosen is inderdaad in het genoemde boek van Giel (1985) terug te vinden, maar zijn indeling van depressies niet, ook niet bij heel goed zoeken.
2. Om te weten dat 3 x 10 mg. Anafranil voor de behandeling van de geremd depressieve patiënt te weinig is had Jenner echt niet Van Praags *Psychofarmaca* uit 1988 hoeven bestuderen. De juiste dosering - 'gemiddeld 150-225 mg.' - stond ook al in tweede druk van Van Praags boek, in 1977 verschenen bij Van Gorcum, de uitgeverij van meneer Dijkema. (De juiste dosering stond overigens ook al sinds jaar en dag in het *Repertorium*

verpakte geneesmiddelen.)

Dat Jenner de door hem opgegeven dosering alleen maar als startmedicatie bedoelt, staat niet in zijn boek. Wel staat in zijn boek dat bij geagiteerde depressies '3 x 50 mg. Surmontil' gegeven moet worden. Is dit niet wat veel als startdosering? Denk aan de 'compliance'!

3. Ik wees op het verbluffende verschijnsel dat een door Jenner beschreven patiënt met een psychotische depressie met vitale kenmerken na *twee weken* antidepressieve medicatie gebruikt te hebben volgens Jenner 'alweer volop werkte'. 'Waarom komen zulke dingen bij ons in Rotterdam nooit eens voor!', verzuchtte ik.

Jenner en zijn uitgever weten het antwoord: Dit is omdat de rijdende psychiater in Rotterdam het te druk heeft...

Hoe minder de psychiater te doen heeft, des te sneller werken dus de door hem voorgeschreven medicijnen, aldus Jenner en Dijkema.

Dit wisten wij in Rotterdam niet en ook elders is dit nog niet bekend.

Behalve Jenner en Dijkema gaan alle deskundigen er totnutoe van uit dat een antidepressivum enige tijd nodig heeft om zijn werking te ontplooien, ook al behandelt men maar één depressieve patiënt per jaar.

4. Anders dan Jenner en Dijkema menen is het *geen* gebruik om personen die in een *door een redactie aanvaard* artikel worden aangevallen te vragen zich *onmiddellijk* (dat wil zeggen: in dezelfde aflevering als waarin dit artikel verschijnt) te verweren.

Zou dit wel zo zijn, dan zou bijvoorbeeld een ongunstige boekbespreking voor publikatie naar de schrijver van dat boek gestuurd moeten worden, met de vraag of hij misschien iets terug wil zeggen. *De Volkskrant* zou niet mogen publiceren dat Lubbers weer eens op de verkeerde weg is voordat zij Lubbers in de gelegenheid heeft gesteld een weerwoord te formuleren, en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* zou niet mogen schrijven dat cellatietherapie kwakzalverij is zonder een nawoord van van professor Defares, waarin deze het tegendeel beweert.

De 'slechte smaak' waarvan Jenner en Dijkema gewagen, is dus erg wijd verbreid. Invoering van hun 'goede smaak' zou onze kranten en tijdschriften een geheel ander aanzien en een totaal andere inhoud geven.

Wel is het gebruikelijk dat een redactie de auteur van een *onder haar verantwoordelijkheid* verschenen artikel in de gelegenheid stelt *meteente* reageren op aanvallen van derden. Vandaar dat dit antwoord *onmiddellijk* op de brief van Jenner en Dijkema volgt.

Tot slot. Meer dan de helft van mijn notitie was gewijd aan Jenners veelvuldig direct herkenbaar gebruik van het werk van anderen, zonder zijn bronnen ook maar bij benadering aan te duiden, dus eigenlijk aan zijn jatwerk. Hieraan besteden hij en zijn uitgever in hun reactie geen woord.

KEES VAN DER VELDEN

Referenties

Giel, R. (1985). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Tweede druk. Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.

Praag, H.M. van (1977). *Psychofarmaca*. Tweede druk. Assen/Amsterdam: Van Gorcum.

Praag, H.M. van (1988). *Psychofarmaca*. Derde druk. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

ALGEMENE THERAPIEFACTOREN, ECLECTICISME EN INDICATIESTELLING

R. van Dyck, K. van der Velden, P.M.G. Emmelkamp

R. van Dyck
Hoogleraar ambulante en sociale
Psychiatrie Vrije Universiteit te
Amsterdam en Psychiatrisch Centrum
Amsterdam

K. van der Velden
Psychotherapeut, hoofd sociale
psychiatrie Centrum Geestelijke
Gezondheidszorg RNO te Rotterdam

P.M.G. Emmelkamp
Hoogleraar in de klinische psychologie en psychotherapie, Rijksuniversiteit Groningen

en zeventig kopeken een poeder en een paar pillen in een mooi doosje te halen, en als zij die poeders innam met tussenpozen van twee uur, niet korter en niet langer' (Tolstoi, 1966).

Tolstoi meende hiermee de belangrijkste bijdrage van de geneeskunde aan het herstel van zieken te hebben aangeduid - en in zijn tijd klopte dat ook wel, want er waren nog geen geneesmiddelen waarvan vaststond dat zij een specifiek positief effect op bepaalde ziekten hadden. De Russische schrijver Gogol (1809-1852) kreeg bijvoorbeeld, met de beste bedoelingen, de volgende therapie voor de kwalen die uit zijn te ingespannen denkwerk geacht worden voort te vloeien: 'De patiënt, die zo zwak was dat hij zijn hoofd niet rechtop kon houden, werd met bloedzuigers behangen, in natte lakens gewikkeld, en in een bad gelegd. Ook een sterker man zou aan deze behandeling bezwaken zijn. Gogol stierf de volgende dag, nadat men nog geprobeerd had hem met vers gebakken broden te verwarmen' (Van het Reve, 1985).

Anders dan haar artsen weet de lezer van Oorlog en Vrede dat Natasja geenszins aan een lichamelijk ziekte leed - die 'hoest' staat ook een beetje vreemd tussen de andere symptomen -, maar aan een depressie, die niet zomaar het gevolg was van een betreurde verlating, maar van een verlating die zij door een onvergeeflijke stommitieit zelf had georganiseerd.

De door Tolstoi aangeduide genezende werking - want het loopt met Natasja goed af - van op zichzelf weinig zinvolle en zinloze therapeutische procedures, wordt in de huidige psychotherapie toegeschreven aan de zg. algemene therapiefactoren, ook wel placebofactoren of non-specifieke factoren genoemd. Het eerste deel van dit hoofdstuk is aan de bespreking van deze factoren gewijd.

In het tweede deel wordt het zg. therapeutisch eclecticisme besproken. Eclecticisme wil zeggen dat een therapeutische strategie niet gekozen wordt op grond van de theorieën van een bepaalde school, maar op grond van de waarschijnlijkheid dat een bepaalde strategie bij een bepaalde stoornis succesvol zal zijn. Vervolgens worden ~~de~~ (weinig) beschikbare gegevens over de indicatiestelling voor van psychotherapie gepresenteerd. Hierbij wordt vooral duidelijk welke patiënten wel en niet voor psychody-

↳ de (weinig)

namische en experiëntiële psychotherapie in aanmerking komen. Voorts blijkt dat meestal beter van een selectie van patiënten gesproken kan worden dan van een indicatiestelling die gebaseerd is op de stoornissen waaraan de patiënten lijden. In een nabeschouwing wordt de vraag besproken om welke redenen het onderzoek naar de resultaten van bepaalde vormen van psychotherapie bij bepaalde stoornissen nog zo weinig invloed heeft op de praktijk van de psychotherapie.

2. De algemene of nonspecifieke therapiefactoren

LN,

Op grond van historische ontwikkelingen waarbij persoonlijke idiosyncratieën vaak een belangrijke rol speelden (zie bijvoorbeeld Brinkgreve, 1984) zijn een aantal 'specialistische' psychotherapiescholen tot ontwikkeling gekomen die o.a. in Nederland en de Verenigde Staten een zekere officiële erkenning hebben verkregen. Het ligt voor de hand dat deze diversificatie met enige rivaliteit gepaard is gegaan, en dat in deze scholen op zijn minst de behoefte bestaat om het eigen of 'specifieke' karakter te benadrukken, want hieruit volgt immers het bestaansrecht van die richtingen. Reeds in 1936 stelde Rosenzweig dat er geen goede redenen zijn om aan te nemen dat de verschillende soorten psychotherapie hun werkzaamheid danken aan de factoren die in de verschillende bijpassende theorieën centraal worden gesteld. In zijn visie zou het zeer goed mogelijk zijn dat de werkzame elementen in psychotherapie gemeenschappelijk zijn aan alle varianten. Terwijl het aantal psychotherapiescholen voortdurend toenam, werd in de jaren zestig en zeventig het belang van de gemeenschappelijke therapiefactoren verder benadrukt en uitgewerkt door verschillende auteurs, waarvan Frank (1961, 1974, 1984) wellicht de belangrijkste is. Ongeveer gelijklopende meningen werden verdedigd door Strupp (1973, 1978), Ehrenwald (1966), Calestro (1972), Torrey (1972) en Marmor (1974). De hierbij gebruikte argumenten kunnen in een tweetal punten worden samengevat:

10

2.1 Een formele analogie: Ondanks verschillen in rationale hebben de diverse vormen van psychotherapie belangrijke structurele en procedurele overeenkomsten. Deze formele

LD

overeenkomsten hebben ze niet alleen met elkaar gemeen, maar ook met diverse onwetenschappelijke genezingsmethoden zoals gebedsgenezing of sjamanistische praktijken. Deze overeenkomsten zijn niet toevallig of oppervlakkig, maar brengen aan het licht dat de tegenwoordige 'academische' of (quasi-) wetenschappelijke psychotherapiemethoden grotendeels gebruik maken van dezelfde veranderingsprocessen als hun onwetenschappelijke voorgangers en tegenhangers (Frank, 1961; Ehrenwald, 1966; Torrey, 1972; Calestro, 1972). Essentiële ingrediënten zijn: een maatschappelijk erkende genezer die met zijn patiënt een 'assumptive world' of referentiekader deelt en die een hierop gebaseerde genezingsceremonie toepast, waarbij suggestie een belangrijke rol speelt.

je

rh

2.2 Resultaatonderzoek: Het tweede argument volgt uit de gegevens van vergelijkend effectonderzoek met betrekking tot verschillende soorten psychotherapie. Als de resultaten van diverse psychotherapievormen met elkaar vergeleken worden, dan ontstaat als algemeen beeld dat er weinig verschillen zijn. Dit maakt het aannemelijk dat de eventuele gunstige werking van de psychotherapie moet worden toegeschreven aan datgene wat de diverse scholen gemeenschappelijk hebben, en niet aan de specifieke factoren waardoor de betreffende theorieën zich onderscheiden (Frank, 1974; Strupp, 1973 en 1974; Marmor, 1974).

Het meest uitvoerig is de gedachtengang uitgewerkt in de publikaties van Frank. Alvorens de essentie van zijn gedachten-gang samen te vatten moet iets gezegd worden over de terminologie die in publikaties over dit thema wordt gebezigd. Sommige auteurs zoals Frank spreken van 'algemene' of 'gemeenschappelijke' therapiefactoren. Hiermee bedoelen zij ingrediënten van psychotherapie die we in alle varianten kunnen terugvinden. Als regel hebben deze gemeenschappelijke factoren geen prominente plaats in de theoretische modellen die door de diverse psychotherapiescho-len worden gehanteerd. Om die reden worden deze factoren in de onderzoekliteratuur vaak aangeduid met de niet geheel gelukkige term 'nonspecifiek', wat wil zeggen dat zij niet specifiek zijn voor de theorie of voor het model dat bestudeerd wordt. Dit betekent niet dat hun effect niet meetbaar zou kunnen zijn of dat

hun aard niet specificieerbaar is.

Frank ziet de aanleiding tot het zoeken van therapie eerder in het optreden van demoralisering dan in het bestaan van psychopathologie. Op deze demoraliseringshypothese valt wel wat af te dingen, maar voor dit betoog is dit minder van belang. Het hoofdeffect van psychotherapie is volgens Frank ook iets algemeen, namelijk het bestrijden van demoralisering, meer dan het ongedaan maken van psychopathologie. Dit algemene effect wordt bereikt door vier ingrediënten die aan alle psychotherapievormen gemeenschappelijk zijn:

- Lë
1. Een relatie die intens, emotioneel geladen en vertrouwelijk is en waarin de patiënt een zekere afhankelijkheid ontwikkelt.
 2. Een context die als therapeutisch herkenbaar is (zoals een ziekenhuis) ~~en~~ die eventueel bijdraagt tot het prestige van de behandelaar.
 3. Een rationale of conceptueel systeem waarmee de klachten van de patiënt verklaard kunnen worden en dat voor hem geloofwaardig is. Het verklarende systeem moet passen binnen het wereldbeeld van patiënt en therapeut.
 4. Een procedure (of, niet zonder ironie: een ceremonie) die voortvloeit uit de rationale, die een actieve deelname van de patiënt en therapeut vereist en de verwachting wekt dat deze activiteit tot verbetering of herstel zal leiden.

Het zijn met name de laatste twee elementen waarmee Frank afwijkt van de gebruikelijke opvattingen. Niet de geldigheid van de rationale wordt als het werkzame bestanddeel gezien, maar de geloofwaardigheid ervan en het vermogen positieve verwachtingen te wekken. De laatste twee elementen, rationale en therapeutische procedure hebben volgens Frank los van hun inhoud een aantal gemeenschappelijke functies:

- 139
1. Een versterking van de therapeutische relatie, dank zij het delen van een geloof.
 2. Versterken van hoop die wordt omgezet in concrete positieve verwachtingen, wat op zich al therapeutisch zou werken.
 3. Gelegenheid bieden tot leermomenten op cognitief niveau en op het niveau van concrete ervaring.
 4. Aanleiding geven tot emotionele 'arousal' of activering, wat de motivatie tot leren van nieuwe vaardigheden en inzichten

stimuleert. Frank noemt relaxatieprocedures en hypnose als voorbeelden van veranderde ervaringstoestanden die op zichzelf al een zekere overtuigingskracht kunnen hebben.

- 5. Als de waarschijnlijk belangrijkste functie noemt Frank het versterken van de 'sense of mastery', hetgeen blijkens zijn beschrijving het tegendeel is van demoralisering: namelijk een besef van zelfcontrole, competentie en effectiviteit. Middelen waarmee dit bereikt wordt zijn enerzijds de afname van onzekerheid door benoemen en in kaart brengen van (symptomatische) ervaringen en anderzijds het verschaffen van succeservaringen. Vooral in gestructureerde behandelingen is de kans op succeservaringen bij voorbaat ingebouwd, wat op zijn beurt weer tot de versterking van hoop zal leiden.
- 6. Gelegenheid bieden om het geleerde ook buiten de therapiesituatie toe te passen, hetgeen als 'doorwerken' of 'generalisatie' bekend staat en al dan niet door middel van huiswerkopdrachten wordt bevorderd.

Dit overzicht geeft in het kort de meest essentiële overwegingen van Frank weer. In fig. 1 wordt de voorgestelde samenhang schematisch weergegeven.

ff
 hier fig. 1 invoegen
 ff

Belangrijk is dat volgens de beschrijvingen van Frank het effect van psychotherapie in grote mate berust op geloofwaardigheid van de rationale en het vermogen van de therapeutische procedure om positieve verwachtingen op te wekken.

De op dit moment beschikbare empirische gegevens over het effect van psychotherapie zijn heel goed met de gedachtengang van Frank te verenigen. Door onderzoekers wordt het grote belang van de gemeenschappelijke therapiefactoren algemeen onderschreven. Op grond van diverse overzichtsstudies komt Lambert (1986) tot de volgende globale schattingen van de relatieve bijdrage van diverse bestanddelen van psychotherapie aan het eindresultaat:

- 1) Ingeveer 40% van de verbetering zou kunnen worden toegeschre-

10

ven aan spontaan herstel. Dit is niet meer dan een dan een grove indicatie, omdat dit percentage een gemiddelde vormt van de herstelratio van een breed gamma van stoornissen, waarvan sommige voorbijgaand zijn en andere bijzonder hardnekkig. 2) specifieke therapeutische technieken lijken voor circa 15% van het eindresultaat verantwoordelijk gesteld te kunnen worden. Voor zover er verschillen gevonden worden tussen technieken die uit afzonderlijke scholen afkomstig zijn, zijn die verschillen doorgaans in het voordeel van gedragstherapeutische en cognitieve interventies. 3) Een bijdrage van eveneens 15% van de vooruitgang zou te danken zijn aan zogenaamde placebo-elementen als positieve verwachting en geloofwaardigheid van de behandeling. 4) De overige 30% van de vooruitgang hangt samen met andere gemeenschappelijke factoren, waarvan de therapeutische relatie wellicht de belangrijkste is. Als men spontaan herstel buiten beschouwing laat, blijkt het op grond van het tegenwoordige effectonderzoek aannemelijk dat het leeuwedeel van het resultaat van psychotherapie te danken is aan de combinatie van gemeenschappelijke elementen en de genoemde placebofactoren. Dit neemt uiteraard niet weg dat het zoeken naar specifieke effectieve technieken altijd zinvol zal blijven, maar deze bevindingen vormen een sterk argument om in opleidingen meer aandacht te besteden aan het rationeel en gericht benutten van algemene therapiefactoren.

F. JS

7s. TE

4g. FD

ten

Zoals gezegd, neemt de therapeutische relatie hierbij een bijzondere plaats in. Uit tal van studies blijkt dat een globale positieve beoordeling van de therapeutische relatie, volgens het oordeel van de patiënt, van de therapeut of van een observator, consistent samenhangt met een goed therapieresultaat (Orlinsky & Howard, 1986). Specifieke aspecten van de therapeutische relatie die een goed therapieresultaat voorspellen, zijn de rogeriaanse elementen warmte, empathie en congruentie van de therapeut ~~van belang~~ gebleken. De hoogste correlaties vinden we echter voor steun door de therapeut en involving van de patiënt. Overeenkomsten tussen therapeut en patiënt, onder andere met betrekking tot attitudes, sociale achtergrond en waardesystemen blijken ook met een goed therapieresultaat samen te hangen (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). Hoewel het aannemelijk is dat een goede therapeutische relatie essentieel is voor uiteenlopende

HIS

soorten van therapie, zijn de empirische gegevens tot nog toe voornamelijk afkomstig uit onderzoek bij inzichtgevende en experiëntiële psychotherapie.

3. Het placebofenomeen

Het in de inleiding beschreven voorbeeld van Natasja illustreert dat patiënten kunnen opknappen hoewel de behandeling in feite geen specifiek voor hun kwaal werkzame elementen bevat. Behalve aan spontaan herstel, wordt dit toegeschreven aan een verschijnsel dat optreedt zodra mensen menen een behandeling te ontvangen, en dat de naam "placebofenomeen" heeft gekregen. Door dit verschijnsel een naam te geven is ~~het~~ echter nog niet verklaard hoe het werkt; er wordt verondersteld dat het wekken van hoop een belangrijke rol speelt. Bekend is dat placebo-effecten niet beperkt zijn tot psychologische en subjectieve verbetering; ze zijn ook gedocumenteerd bij somatische aandoeningen en kunnen gepaard gaan met fysiologische veranderingen (Van Dyck, 1985). In effectonderzoek wordt getracht dit placebofenomeen te neutraliseren door het resultaat van de te onderzoeken behandelingsmethode te vergelijken met het effect van een interventie waarin het werkzaam geachte bestanddeel van deze methode ontbreekt, maar die verder identiek is met de experimentele therapie. Bij behandelingen met farmaca is dit tamelijk gemakkelijk te realiseren door aan de controlegroep capsules of tabletten te verstrekken die er net zo uitzien als het te onderzoeken medicament, maar waarin de farmacologisch werkzame substantie ontbreekt. Als de onderzoeker hierbij onkundig is van het feit of hij een placebo of een actief middel toedient, is er sprake van een zg. dubbel-blinde opzet. Langs deze weg is in kaart gebracht dat de mate van verbetering na toediening van een placebo bij verschillende aandoeningen uiteenloopt. Interessant zijn de aanwijzingen dat $\sqrt{}$ bij tandheelkundige pijn die effectief met een placebopil wordt bestreden endorfines een belangrijke rol spelen (Levine et al, 1978).

H }

fb

Placebo-effecten blijken verder vooral met variabelen van de therapeutische situatie samen te hangen en nauwelijks met stabiele persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, zoals

intelligentie, neuroticisme of extraversie. Placebo-effecten worden in de hand gewerkt/de wetenschap "in therapie" te zijn: ~~dezelfde interventie/ toediening van~~ een angstdempend middel heeft bijvoorbeeld meer effect als het wordt ~~toegediend~~ met de informatie dat het een onderdeel is van de therapie dan wanneer het in het kader van een "onderzoek" wordt gegeven. Ook het geloof van de behandelaar dat hij een effectieve behandeling toepast is van belang, wat blijkt uit het feit dat de resultaten van dubbel-blinde therapiestudies als regel minder gunstig zijn dan die van "open" studies. Een therapie die door de patiënt als geloofwaardig wordt beoordeeld en die positieve verwachtingen wekt, heeft meer effect dan een behandeling waarbij deze kenmerken ontbreken. Het zijn deze effecten van verwachting en geloofwaardigheid die door Lambert op 15% van het totale psychotherapie-effect worden geschat. De hier besproken placebowerking vinden we in het algemene therapiemodel van Frank terug. In de theorieën van de meeste therapiescholen/ hebben deze variabelen geen duidelijke plaats. In deze theorieën wordt het therapeutisch effect toegeschreven aan factoren waarvan de effectiviteit vaak nog niet is aangetoond. Het onderzoek naar de vraag of therapeutische procedures werken volgens de principes die geacht worden hun werking te verklaren, staat nog in de kinderschoenen, maar het heeft tot nog toe vooral tegenvallende resultaten opgeleverd. Het meest uitvoerige onderzoek is uitgevoerd naar de drie elementen die essentieel geacht worden bij de zg. systematische desensitizatie, namelijk relaxatie, het afwerken van een angsthiërarchie en de imaginatie van de angstverwekkende stimuli. Het is gebleken dat geen van deze drie elementen essentieel is voor de werkzaamheid van procedure en dat de theorie van de reciproke inhibitie, op basis waarvan de procedure werd ontwikkeld, niet de werkzaamheid kan verklaren. Zo zijn er tal van bevindingen die men op grond van ~~een van~~ de therapiescholen niet zou verwachten (vgl. Van Dyck & Emmelkamp, 1985; Van Dyck 1985). Enkele voorbeelden: Depressieve patiënten die met antidepressiva werden behandeld bleken in cognitief opzicht even goed vooruit te gaan als patiënten die met cognitieve therapie werden behandeld; ~~de~~ onderlinge communicatie bij paren die met cognitieve therapie werden behandeld verbeterde evenzeer als de onderlinge communicatie bij paren die een

↳ door

↳

↳

↳

↳

↳ de in gangspunten van

f n; p

z

specifieke communicatietraining kregen. ~~Patienten~~ die met groepstherapie of individuele therapie werden behandeld vertoonden in de relatie met hun partner evenveel verbetering als patiënten die in relatietherapie waren. Misschien is deze tegenvallende werkelijkheid een van de redenen waarom psychotherapeuten zich in scholen (blijven) organiseren aan de interactie met gelijkgezinden kan ondanks de onwillige empirische bevindingen toch nog een ~~zeker~~ gevoel van zekerheid ontleend worden.

nn:

hs

4. Eclecticisme en integratie

De neiging van psychotherapeuten om zich binnen scholen met gelijkgestemden te verenigen en zich van andersdenkenden af te schermen neemt af. In verschillende therapiescholen wordt geëxperimenteerd met variaties van de setting: naast individuele behandelingen wordt door alle scholen ook met gezinnen, relaties en groepen gewerkt. Dit zou niet mogelijk geweest zijn zonder een verruiming van de leer. Bovendien zijn de diverse scholen nooit zulke monolistische, eensgezinde blokken geweest als in discussies wel eens lijkt. Marmor (1971) wijst erop, dat binnen de scholen ook steeds allerlei tegengestelde bewegingen onderkend konden worden. In de Verenigde Staten lijken de traditionele 'stamgroepen' zelfs hun greep op de ontwikkelingen enigszins verloren te hebben. In 1959 werden door Harper 36 therapiesystemen gesignaleerd. Volgens een inventarisatie van het National Institute of Mental Health waren dat er 130 in 1975 (Karasu, 1977). Herink noemt er in 1982 250. Het is natuurlijk zeer de vraag of die nieuwe scholen of schooltjes veel belangrijk nieuws te bieden hebben. Karasu (1977) voegt er een flink aantal bij elkaar tot de bekende trojka: dynamische psychotherapie, gedragstherapie- en experiëntiële therapie, en hij beschouwt die als anti-thetische maar complementaire thema's of dimensies.

js

u

li

Tegelijk zijn er steeds stemmen opgegaan die voor een vorm van integratie of eclecticisme pleiten. Hiermee wordt bedoeld dat elementen of technieken die uit verschillende scholen afkomstig zijn in een behandeling worden gebruikt als ze voor een bepaalde patiënt geschikt lijken. In de mate dat daarbij ook nog een zekere theoretische samenhang wordt aangebracht, kan men zelfs

van integratie spreken. Goldfried (1982) heeft alle (Amerikaanse) publikaties over dit thema verzameld. Hieruit blijkt dat van de jaren zestig af het onderwerp in toenemende mate aan belangstelling wint. Uit enquêtes onder Amerikaanse psychologen blijkt dezelfde tendens: In 1961 (Kelly, 1961) noemde 40% zich analytisch, 40% eclecticisch en minder dan 10% gedragstherapeut. Halverwege de jaren zeventig (Garfield & Kurtz, 1976) was dat respectievelijk 19%, 55% en 10%. Daarna rukken de gedragstherapeuten op (Swan, 1978): 35% gedragstherapeuten en 42 % eclecticici. Maar ook de gedragstherapeuten zelf worden steeds eclecticischer (Larson, 1980): 65% van de gedragstherapeuten zegt methodes uit verschillende scholen toe te passen.

Om de keuze voor een eclecticische benadering van psychotherapie te verdedigen worden pragmatische en theoretische argumenten aangevoerd. De pragmatische redenering luidt dat wanneer men zijn activiteiten zou beperken tot technieken die in een bepaalde theorie gangbaar of acceptabel zijn, dit ten nadele van de patiënt zou kunnen zijn. Het is hierbij verhelderend om het verschil in het oog te houden tussen een therapeutische techniek en de theoretische verklaring van de werkzaamheid van die techniek. London (1972) merkt op: 'Mensen worden behandeld met technieken, niet met theorieën'.

Een techniek kan ontworpen zijn volgens een bepaald theoretisch model, en een empirisch aangetoonde werkzaamheid hebben, zonder dat de geponeerde verklaring voor deze werkzaamheid houdbaar blijkt. Het beste voorbeeld hiervan biedt de reeds besproken systematische desensitizatie. Het zou onverstandig zijn om de veronderstelde verklaring van de werking van een techniek meteen te accepteren; die moet als regel nog onderzocht worden. Het zou evenmin een verstandige aanbeveling zijn om uitsluitend technieken te gebruiken waarvan het werkingsmechanisme afdoende empirisch is opgehelderd. Dit zou tot het acuut stilleggen van bijna alle psychotherapie leiden en het staken van een aanzienlijk deel van alle medische behandelingen.

De theoretische argumentatie voor eclecticisme houdt in dat alle bestaande theorieën ter verklaring van menselijk gedrag tekortschieten. London (1972) wijst erop dat de redeneringen die in de psychotherapie met de naam 'theorie' worden aangeduid

eigenlijk niet meer zijn dan analogieën of metaforen, op hun best paradigma's of modellen. Behalve dat hun 'wetenschappelijke kwaliteit' laag is, hebben ze vaak ook nog betrekking op de meest verschillende niveaus van organisatie. Bergin (1982) voert aan dat niemand nog zal trachten de werking van het menselijk lichaam met één soort principe te begrijpen. Afhankelijk van het te bestuderen probleem zal een beroep moeten worden gedaan op verschillende modellen; voor een beschrijving van de werking van het hart worden bijvoorbeeld zowel hydrodynamische als elektrochemische modellen gebruikt. Dit argument kan vooral gelden als een waarschuwing tegen het aanhangen van één bepaalde theorie als verklaring voor alles. Maar een goede beschrijving van hoe verschillende niveaus in elkaar grijpen en wanneer welke verklaring het meest adequaat is ontbreekt op dit moment nog geheel.

Er zijn ook bezwaren tegen eclecticisme aan te voeren: het voornemen om verschillende technieken te gebruiken wanneer die zinvol lijken, kan gemakkelijk ontaarden in een lukraak en inconsistent beleid. In didactisch opzicht is een schoolse benadering bovendien overzichtelijker dan een eclecticische. Vandaar dat er vaak voor gepleit wordt om in eerste instantie met een bepaald model te werken en pas later andere opties aan bod te laten komen. Men moet er dan natuurlijk wel voor waken dat uit didactische overwegingen de onderzoeksresultaten niet te sterk worden weggedrukt. Het in dit hoofdstuk besproken algemene factorenmodel biedt overigens een bruikbaar uitgangspunt voor een meer geïntegreerde benadering van psychotherapie. Toch heeft de huidige stand van zaken met betrekking tot integratie, schoolse en eclecticische psychotherapie de kenmerken van een nog niet erg bevredigende tussenstand. Vooral onderzoek naar psychopathologie moet het uitgangspunt zijn voor de verdere ontwikkeling van meer op de cliënt toegesneden therapieën. Dergelijk onderzoek kan geleidelijk meer inzicht verschaffen in de vraag welke therapeutische benadering bij welk type klacht het meest geïndiceerd is. Het onderzoek naar psychopathologische processen en methoden om deze te beïnvloeden dient uiteindelijk te leiden tot een meer wetenschappelijk gefundeerd eclecticisme in plaats van de a-theoretische shot-gun approach, die nu nog kenmerkend is voor veel eclecticische psychotherapie.

Het door Goldfried (1980) geformuleerde perspectief kan voorlopig nog als een duidelijk programma voor de toekomst aangehouden worden: 'Als we in de toekomst een leerboek inkijken, zouden we in de inhoudsopgave niet een opsomming moeten zien van school A en School B en zo verder, met misschien tot slot een poging van de auteur tot integratie, maar een overzicht van de diverse interventieprincipes waarover overeenstemming bestaat, een specificatie van de verschillende technieken waarmee deze principes in de praktijk worden gebracht, en een indicatie van de relatieve effectiviteit van elk van deze technieken, samen met hun interactie met verschillende problemen en individuele verschillen tussen patiënten en therapeuten.'

5. Predictoren van succes, selectie en indicatiestelling voor psychotherapie

In deze paragraaf wordt vooral de indicatiestelling voor psychotherapie in het algemeen besproken. Voor de vraag welke vorm van (psycho)therapie bij een specifieke stoornis op haar plaats is wordt verwezen naar de betreffende hoofdstukken in deel 1.

Het meeste onderzoek naar indicatiestelling en predictoren van succes is gedaan bij psychodynamische en experiëntiële vormen van psychotherapie. Uitspraken over de prognostische waarden van de onderzochte variabelen hebben dan ook alleen betrekking op deze therapievormen.

Het meest recente overzicht van de invloed van deze variabelen op het succes van psychotherapie wordt geleverd door Luborsky, Crist-Christoph, Mintz & Auerbach (1988). Hun conclusies vatten we hieronder samen.

Patiëntkenmerken voorspellen het resultaat van de behandeling aanmerkelijk beter dan therapeutkenmerken. De psychische gezondheid van de patiënt blijkt de beste voorspeller te zijn: hoe 'gezonder' de patiënt aan het begin van de behandeling is, des te meer zal hij van een psychodynamische of experiëntiële therapie profiteren. Psychotische patiënten en patiënten bij wie een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis werd vastgesteld blijken weinig baat bij deze vormen van therapie te hebben.

76

123

Variabelen als gemotiveerdheid, een adequaat beeld van de behandeling, een adequaat idee over het te verwachten resultaat, intelligentie, gerichtheid op relaties met anderen en de mate waarin de patiënt angst ervaart blijken alle samen te hangen met een positief resultaat van psychodynamische en experiëntiële therapie.

De ideale kandidaat voor deze vormen van behandeling is dus een gemotiveerde, intelligente patiënt, die goed geïnformeerd is over de therapeutische procedures, positieve verwachtingen heeft van het resultaat van therapie, die een groot belang hecht aan zijn relaties met anderen, en die wel enige angst ervaart maar verder weinig klachten heeft.

Het is duidelijk dat de patiënten die er het slechtst aan toe zijn en die niet vertrouwd zijn met de waarden die door psychotherapeuten belangrijk gevonden worden, van deze therapieën weinig te verwachten hebben. Wie voor een dubbeltje geboren is maakt ook hier weinig kans een kwartje te worden.

Een andere mogelijk belangrijke predictor is de zg. match tussen patiënt en therapeut. Recent onderzoek laat zien dat naarmate patiënt en therapeut wat demografische kenmerken, waarden en persoonlijkheidskenmerken betreft meer overeenkomen, het resultaat van de behandeling beter wordt. Beutler & Mitchell (1981) stelden vast dat zestig procent van het resultaat van psychodynamische en experiëntiële therapie verklaard kon worden uit een geslaagde 'match' tussen patiënt en therapeut. Dit is aanmerkelijk meer variantie dan doorgaans gevonden wordt voor het effect van patiënt- en therapeutkenmerken op het resultaat van psychotherapie. Meer kennis over de factoren die tot een goede 'match' leiden zou verrassende implicaties kunnen hebben voor de indicatiestelling, of, juister, voor de toewijzing van patiënten aan therapeuten. Misschien wordt het eerder de kunst de patiënten onder te brengen bij therapeuten met wie zij goed kunnen opschieten dan bij therapeuten die in de eerste plaats een bepaalde school of methode vertegenwoordigen.

In de geneeskunde heeft een diagnose doorgaans consequenties voor de te volgen therapie. In de psychiatrie en de psychotherapie is dit veel minder vaak het geval. De diagnoses uit het thans gangbare classificatiesysteem (DSM-III-R) - hoewel een aanmerke-

lijke verbetering vergeleken met zijn voorlopers - zeggen in de meeste gevallen weinig over de therapeutische maatregelen die bij deze diagnoses horen. De bepaling van de soort behandeling die een patiënt zal krijgen geschiedt maar, zelden op grond van de vastgestelde stoornis(sen). De therapieschool waartoe de 'intaker' of behandelaar behoort, de min of meer toevallige beschikbaarheid van therapeuten en zekere vooroordelen lijken vaak een belangrijker rol te spelen. Een voorbeeld van zo'n (naar onze indruk nogal wijd verbreid) vooroordeel is de gedachte dat gedragstherapie en andere vormen van directieve therapie vooral geschikt zijn door dommere patiënten uit de lagere sociaal-economische klassen. De Waal (1987) onderzocht het beleid ten aanzien van indicatiestelling in de IMP's (Instituten voor multidisciplinaire psychotherapie) in Nederland. De voor behandeling geaccepteerde patiënten bleken meer 'geprotoprofessionaliseerd' te zijn (dat wil zeggen hun moeilijkheden te beleven en te beschrijven op de wijze waarop professionele psychotherapeuten dit doen), meer relaties met anderen te onderhouden, jonger te zijn, minder eerdere behandelingen ondergaan te hebben dan de patiënten die werden afgewezen. Hoewel deze gang van zaken voor de psychodynamische en experiëntiële therapievormen op grond van het hierboven aangehaalde onderzoek misschien nog wel enigszins te verdedigen is, moet hij toch hoogst onbevredigend genoemd worden. Het zou toch van psychotherapeuten gevraagd kunnen worden dat zij zich ietwat aanpassen aan de eigenaardigheden van de patiënten die zich aanmelden in plaats van zich te beperken tot de behandeling van patiënten met wie zij gemakkelijk uit de voeten kunnen.

De Waal merkt overigens op dat de selectie van patiënten voor alle vormen van psychotherapie vooralsnog plaatsvindt aan de hand van criteria uit de psychodynamische richting.

In de praktijk van de psychotherapie wordt onder het motto van indicatiestelling overigens in feite vaak aan selectie gedaan. De intelligente, goed gemotiveerde patiënt met positieve verwachtingen en weinig klachten mag dan wel toegelaten worden tot een vorm van inzichtgevende therapie, maar dit houdt natuurlijk niet in dat deze vorm van therapie ook het meest geschikt is om deze klachten te verminderen, hoe weinig het er ook mogen zijn.

In onderzoeken naar indicatiestelling en de effecten van psychotherapie worden vele stoornissen en problemen op één hoop gegooid, waardoor weinigzeggende categorieën als 'neurotische klachten' en 'relatieproblemen' ontstaan. Toch zijn er binnen deze categorieën stoornissen waarvoor een op onderzoeksresultaten gebaseerde behandelingsstrategie ontbreekt - bijvoorbeeld 'chronische onvrede met zichzelf' -, en stoornissen waarover intussen zoveel bekend is dat een aan placebocondities superieur behandelprotocol gebruikt kan worden - bijvoorbeeld bij agorafobie en de obsessief-compulsieve stoornis (zie Emmelkamp et al., 1990) of de depressie met vitale kenmerken (zie Van den Hoofdakker et al., 1990). Het is waarschijnlijk dat naarmate er meer bekend wordt over de psychopathologie - dankzij zowel biologisch als psychologisch onderzoek -, er meer behandelingen ontstaan die de kans op een resultaat bieden dat superieur is aan het resultaat dat met het benutten van de algemene therapiefactoren alleen (of met het benutten van de inzichten van een bepaalde therapieschool) bereikt zou worden.

Tot slot geldt dat over veel van de moeilijkheden die aan psychotherapeuten worden voorgelegd geen onderzoek bestaat dat tot een bepaalde behandelstrategie noopt. De vraag of men moet doorgaan met een partner of juist niet; de vraag wat men moet doen wanneer men een afkeer voelt van zijn eigen kind; de vraag of het mogelijk is om als vrouw een bevredigend contact te handhaven met een man die tot de ontdekking is gekomen dat hij homoseksueel is - op al dit soort vragen kan onderzoek het antwoord nooit leveren, en al zou het wel kunnen - bijvoorbeeld dat het voor een vrouw beter is een nieuwe partner te zoeken wanneer haar wederhelft homoseksueel blijkt -, dan zijn mensen wel zo eigenzinnig dat zij menen dat deze conclusie op hen niet van toepassing is of door hen niet uitgevoerd kan worden.

In deze en dergelijke gevallen kan vooral een creatief gebruik van de zg. algemene therapiefactoren worden aanbevolen, met een bijzondere aandacht voor de persoonlijke eigenaardigheden van de patiënt.

6. Nabeschuiving

6.1. Over de algemene therapiefactoren

Hoewel veel empirische gegevens voor de hierboven weergegeven opvattingen over algemene therapiefactoren pleiten, zijn er ook bezwaren tegen in te brengen die misschien begrijpelijk maken waarom deze opvattingen niet algemeen gedeeld worden.

Eén bezwaar is dat de onderzoek waarop de bovengenoemde onderzoeken gebaseerd zijn steeds betrekking hebben op de gemiddelde resultaten van vaak grote groepen therapeuten bij nogal globale categorieën stoornissen of moeilijkheden.

Wij moeten aannemen dat iedere school betere en minder goede therapeuten kent. Het is verder aannemelijk dat de betere therapeuten betere resultaten zullen bereiken dan de minder goede, ook al kan aan de door hen toegepaste methoden geen specifieke werkzaamheid worden toegekend. Alle therapeuten zullen zonder moeite collega's kunnen aanwijzen die zij als minder goed of misschien zelfs slecht kwalificeren, maar zij zullen zichzelf toch niet gauw tot de zwakke broeders of zusters rekenen - dat zou immers in strijd zijn met de elementaire wetten van het zelfrespect. Therapeuten kunnen dus steeds de indruk hebben dat zij zelf wèl heel goede resultaten behalen of dat evident ongunstige resultaten het gevolg zijn van de uitzonderlijke moeilijkheidsgraad van de stoornissen die zij behandelen. De doktoren die Natasja behandelden zullen er ieder voor zich ook wel van overtuigd geweest zijn dat zij het beste voor hun patiënte deden. Om vast te stellen of de ideeën die therapeuten over hun eigen competentie hebben met de werkelijkheid overeenkomen, zouden de resultaten per individuele therapeut onderzocht moeten worden.

De vergelijking van de resultaten van psychotherapeuten leert dat er inderdaad aanzienlijke onderlinge verschillen in effectiviteit zijn (Sloane et al, 1975; Luborsky et al, 1988). Deze vaststelling pleit overigens niet tegen het belang van de algemene factoren in de psychotherapie. Het is niet uit te sluiten, of zelfs waarschijnlijk, dat verschillende therapeuten er in ongelijke mate in slagen de algemene therapiefactoren bij hun patiënten te mobiliseren.

6.2. Over de invloed van onderzoek op opleiding en praktijk

Onderzoeksgegevens zouden tot belangrijke veranderingen in de psychotherapiepraktijk moeten leiden. De systeemtherapeut die een patiënt met agorafobie te behandelen krijgt, zal, als hij zijn patiënt recht wil doen, eerder gebruik maken van gedragstherapie of medicamenteuze therapie dan van de theorieën over gezinnen die hij geacht wordt aan te hangen, en de rogeriaan die een patiënt met een winterdepressie te behandelen krijgt zal zijn patiënt tekort doen wanneer hij niet de effecten van het gebruik van een lichtbak uitprobeert alvorens op de evt. existentiële achtergronden van de klachten in te gaan.

L#

Wie de opleidingsprogramma's voor psychotherapeuten bestudeert, komt tot de conclusie dat de belangstelling voor onderzoeksresultaten in deze programma's uitermate beperkt is: de school gaat voorlopig voor.

vet

Wat zouden hiervan de redenen kunnen zijn?

Een belangrijke reden lijkt ons dat de schoolgebonden leermeesters in de psychotherapie zelf meestal niet erg op onderzoek gericht zijn, terwijl deze leermeesters doorgaans een indringender bron van kennisoverdracht vormen dan her en der verschijnende onderzoeksverslagen. Een leermeester kan men bewonderen, tegen een leermeester kan men zich afzetten, met een leermeester kan men zich vereenzelvigen, een leermeester kan men nadoen of men kan proberen te overtreffen - maar een onderzoeksverslag appelleert, nogal armzalig, voornamelijk aan intellectuele capaciteiten.

Verder hebben de theorieën van leermeesters vaak een diepzinnigheid, die aan nuchtere onderzoeksverslagen ontbreekt. Een leermeester die in één omvattende formule 'de totaliteit van de problematiek' onder woorden brengt, maakt nu eenmaal meer indruk op ontvankelijke jonge mensen dan de leermeester die moeizaam het ene fragmentje empirisch getoetste kennis aan het andere breidt.

Misschien moet de bereidheid van aankomende psychotherapeuten om zich met een model te identificeren ook toegeschreven worden aan de angstverminderdende werking die van het model uitgaat. Psychiatrische patiënten en andere mensen met angsten en ~~uitlopende~~ moeilijkheden kunnen voor veel verwarring en onzekerheid zorgen, en het kan dan prettig zijn wanneer een

— }
}

leermeester door zelfverzekerdheid optreden leert hoe je hiermee om moet gaan - of dit zelfverzekerd optreden nu helemaal adequaat is of niet.

De conclusie van deze overwegingen moet zijn dat pas wanneer de opleiders minder op scholen en meer op onderzoek georiënteerd raken belangrijke wijzigingen in de opleiding tot psychotherapeut verwacht mogen worden.

¹Dit moet overigens niet overdreven worden. Payer (1988) laat in haar *Medicine and Culture* zien dat lokale gewoontes een aanzienlijke invloed hebben op de keuze van de behandeling van lichamelijke ziekten.

Referenties

Bergin, A.E. (1982) Comment on Converging themes in Psychotherapy. New York: Springer.

Beutler, L.E. (1989) Differential treatment selection: The role of diagnosis in psychotherapy. Psychotherapy, 26, 271-281.

Beutler, L.E., & Mitchell, R. (1981) Psychotherapy outcome in depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. Psychiatry, 44, 297-306.

Brinkgreve, C. (1984). Psycho-analyse in Nederland, een vestigingsstrijd. Amsterdam: de Arbeidspers.

Calestro, K.M. (1972). Psychotherapy, faith healing and suggestion. Int. J. Psychiatry, 10, 83-113.

Dyck, R. Van (1980). Modellen in psychotherapie. In: Velden, K. van der (red.) Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.

onder strepen

Dyck, R. Van (1985). Is psychotherapie een placebo? Dth: Kwartaalschrift voor directieve therapie & hypnose, 5, 104-144.

onder strepen

Dyck, R. Van, & Emmelkamp, P.M.G. (1985). Eclecticisme, een stap in de goede richting? Dth: gedragstherapie, relatie- & gezinstherapie, hypnose, 5, 303-318.

Emmelkamp, P.M.G., Hoogduin, C.A.L., Hout, M. van den (1970). Angststoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red.) Handboek psychotherapie, deel 1. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Ehrenwald, J. (1966). Psychotherapy: Myth and method: an integrative approach. New York: Grune & Stratton.

Frank, J.D. (1961). Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press.

Frank, J.D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25 year progress report of research. Journal of Nervous and Mental Diseases. 159, 325-342.

Frank, J.D. (1984). Therapeutic components of all psychotherapies. In: Meyers, J.M. (ed.) Cures by psychotherapy. What effects change? New York: Praeger Special studies.

Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1977). A Study of Eclectic Views. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 78-83.

Goldfried, M. (1980). Toward the Delineation of Therapeutic Change Principles. American Psychologist, 11, 997.

Goldfried, M.R. (1982). On the History of Therapeutic Integration. Behavior Therapy, 13, 572-593.

Harper, R.A. (1959). Psycho-analysis and Psychotherapy. New York: Printice Hall, Englewood Cliff.

Herink, R. (Ed.) (1980). The Psychotherapy Handbook. The A to Z Guide to more than 250 Different Therapies in Use today. New American Library: New York.

Hoofdakker, R.H. van den, Albergsnagel, F.A., Cuyper, D.H. De (1990). Stemningsstoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red) Handboek psychopathologie, deel 1. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Karasu, T.B. (1977). Psychotherapies: An Overview. American Journal of Psychiatry, 134, 851-853.

Kelly, E.L. (1961). Clinical Psychology. Report of Survey Findings. Newsletter: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association, 14, 1-11.

Larson, D. (1980). Therapeutic Schools, Styles and Schoolism: A National Survey. Journal of Humanistic Psychology, 20, 3-20.

London, P. (1972). The end of Ideology in Behavior Modification. American Psychologist, 27, 913-920.

Levine, J.D., Gordon, N.C. & Fields, H.L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. The Lancet, 2, 654-657.

F).
Onder-
werpen

Luborsky, L., Crist-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988) Who will benefit from psychotherapy ? Basic Books, New York.

L).
L.P.

Lambert, M. J. (1986) Implications of Psychotherapy Outcome Research for Eclectic Psychotherapy. in: Norcross, J.C. (ed.) Handbook Of Eclectic Psychotherapy. New York: Brunner/ Mazel

Marmor, J. (1971). Dynamic Psychotherapy and Behavior Therapy. Are they irreconcilable? Archives of General Psychiatry, 24, 22-28.

Marmor, J. (1974). The nature of psychotherapeutic process. In: Marmor, J. (ed.) Psychiatry in transition. New York: Brunner/Mazel.

F)
P

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and Outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), Handbook of Psychotherapy and behavior change. (pp. 257-381). New York: John Wiley.

Payer, L. (1988). Medicine and culture. London: Penguin Books.

Reve, K. van het (1985). Geschiedenis van de Russische literatuur. Amsterdam: G.A. van Oorschot.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6, 412-415.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Christol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. (1975). Psychotherapy versus Behavior Therapy. Cambridge: Harvard University Press.

Strupp, H.H. (1973). Toward a reformulation of the psychotherapeutic influence. International Journal of Psychiatry, 11, 263-279.

Swan, G.E. (1979). On the Structure of Eclecticism: Cluster Analysis of Eclectic Behavior Therapy. Professional Psychology, 10, 732-739.

ft

Tolstoj, L.N. (1966). Oorlog en vrede. Deel 2. Uit het Russisch vertaald door H.R. de Vries. Amsterdam: G.A. van Oorschot.

Torrey, E.F. (1972). The mind game: witchdoctors and psychiatrics. New York: Battam Books.

f).

Waal, W.J. de (1987) De drempel van de instituutpsychotherapie. Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Hoofddoel

Subdoelen

Middelen

1. intense relatie

2. therapeutische context

3. geloofwaardige rationale

4. procedure die verwachtingen wekt

relatie versterken — isolatie tegengaan

benoemen van symptomen

hoop

concrete verwachtingen

succeservaringen

Arousal

experientieel leren

cognitief leren

generalisatie

sense of mastery



symptoom reductie

Fig. 1

LEERTHERAPIE, VOOR WIE?

Alfred Lange

Inleiding

Men heeft mij het voorrecht gegeven om in maart te verschijnen op een studiedag van het Tijdschrift voor Psychotherapie (de club die stelselmatig nalaat mijn boeken te recenseren en waarvan ik mede op die grond het abonnement heb opgezegd). Het gaat over leertherapie en ik ben gevraagd mijn twijfels daarover te ventileren. Hieronder staat wat ik daarvoor in het hoofd heb. Als de medeTDTers ideeën hebben om mijn betoog nog wat vernietigender, sarcastischer, slimmer of vollediger te maken, dan wordt ik daarvan gaarne op de hoogte gesteld.

De voordracht

Het is ongeveer twee jaar geleden dat een kennis van mij psychische problemen kreeg. Hij had een huwelijk achter de rug met een vrouw die hem flink had belazerd. Niet alleen met andere mannen, maar ook door verhalen op te hangen over haar verleden, die op geen enkele wijze klopten. Bovendien dronk zij veel, veroorzaakte auto-ongelukken, bleef regelmatig nachten weg, etc. Mijn vriend was desalniettemin erg gek op deze vrouw. Ze kon dan ook zeer charmant en onderhoudend zijn. De verhouding duurde zeven jaar. Beiden waren eerder getrouwd geweest. Zij hadden geen kinderen. In het laatste jaar ontdekte mijn vriend steeds meer dingen die niet klopten en hij ging - ondanks de pijn die het hem deed - steeds meer zijn eigen weg. Op een vakantiereis ontmoette hij een andere vrouw, met wie hij een verhouding begon. Aangezien hij niet houdt van oneerlijkheid, vertelde hij alles aan zijn vrouw, die op dat moment zelf een vriend had met wie ze veel intimiteit deelde.

Aanvankelijk ging het wat beter met hem. De nieuwe verhouding deed hem goed. Maar allengs begon hij te twijfelen:

Was het wel eerlijk wat hij deed?

Kon hij wel doorgaan met die nieuwe vriendin?

Deed hij zijn vrouw niet toch veel onrecht aan?

Hij sprak er regelmatig met mij over. Juist omdat ik niet zo'n erg hoge dunk van zijn vrouw had, hield ik me een beetje op de vlakte en beperkte me tot het uiten van steun en begrip. Maar de feiten zochten hun eigen weg. Nadat zij weer een alcoholisch geïnduceerde aanrijding had gehad en 's nachts zonder hem te waarschuwen niet was thuisgekomen, ging mijn vriend weg bij zijn vrouw. Hij was wel zo verstandig om ook niet bij de andere vriendin in te trekken.

Wie nu denkt dat hij een gouden tijd tegemoet ging heeft het mis. Aanvankelijk genoot hij wel van zijn vrijheid. Maar gaandeweg begon hij weer te twijfelen: Had hij zijn vrouw niet toch onrecht aangedaan?

Voor mij was het inmiddels wel duidelijk geworden dat dat bepaald niet het geval was. Mijn vriend is een zachtaardige, ietwat sub-assertieve persoon die geen partij was voor de leugenachtige drankzuchtige vrouw met wie hij getrouwd was geweest.

Ik probeerde mijn vriend nu ervan te overtuigen dat het goed was dat hij van haar af was, maar dat het ook logisch was dat dat niet zonder problemen ging en dat dat voor hem pleitte. Hij maakte een rouwproces door. Ik hoopte dat de tijd zijn werk voor hem zou doen.

Na ongeveer een half jaar was hij nog steeds aan het tobben en ook de verhouding met de andere vrouw ging steeds slechter. Zijn eerlijkheid verbood hem om met haar plezier te hebben zolang hij nog zo in zijn hoofd zat met zijn ex-vrouw. Hij had het daarom uitgemaakt met die nieuwe vriendin.

Op een goede dag vertelde hij me dat hij zich zo beroerd had gevoeld dat hij had besloten om in therapie te gaan. Hij had al een afspraak. Hij had mij met opzet niet geraadpleegd omdat hij mij hier buiten wilde laten. Ik onthield me van commentaar over de keuze van zijn therapeut, die ik overigens ook alleen maar van naam kende.

In de hieropvolgende maanden sprak ik hem niet zo erg veel, maar de keren dat we elkaar zagen kon ik wel zien dat het niet goed met hem ging. Op een gegeven moment vroeg ik hem wat er in de therapie gebeurde. Hij barstte los. Hij ging er nu al een jaar heen: tweemaal in de week. Hij had niet het gevoel dat hij er beter van werd, hij voelde zich integendeel bijna altijd akelig als hij er vandaan kwam. De therapie leek vooral te karakteriseren door de steeds terugkerende opmerkingen van de therapeut dat mijn vriend zelf overal schuld aan had (iets wat bij hem goed aansloeg omdat hij daar altijd al bang voor was); dat hij geen relaties kon leggen en dat dat eerst tot op de bodem moest worden 'uitgezocht'.

Hierna spraken we elkaar weer een aantal maanden niet. Toen ik hem weer zag schrok ik. Hij zag er abominabel uit, hij was sterk vermagerd, hij triilde en hij kon nauwelijks praten zonder in huilen uit te barsten. Ik vermoedde dat er nieuwe ontwikkelingen waren. Misschien ging het nu ook nog slecht op zijn werk. Maar nee hoor. Dat ging gelukkig juist wel goed. Het was de psychotherapie. Hij verloor elke keer meer van zijn zelfvertrouwen. De therapeut hield maar vol dat hij eerst 'moest worden afgebroken'. Nou dat was al aardig gelukt. Hij durfde er nauwelijks nog heen, maar hij durfde er ook geen einde aan te maken.

Hij vroeg me wat hij moest doen. Als ik eerlijk ben, moet ik zeggen dat ik nooit het idee had gehad dat deze therapeut veel goeds voor hem zou betekenen, maar ik had dat niet geventileerd om de therapie een optimale kans van slagen te geven en mijn eigen vooroordelen niet zelf te helpen bevestigen. Nu ik zag hoe hij er na anderhalf jaar, als gevolg van de behandeling, aan toe was, wijzigde ik mijn koers. Ik adviseerde hem zeer sterk om onmiddellijk te stoppen en beloofde om hem te helpen een andere therapeut te vinden. Op mijn advies schreef hij diezelfde dag nog een brief aan zijn therapeut waarin hij aankondigde de volgende keer voor het laatst te komen. We bespraken wat de therapeut zou zeggen en hoe hij dan zou reageren, want hij was bang omgepraat te worden.

Onze voorspellingen kwamen tot op de letter uit. De therapeut beschuldigde hem ervan dat het stoppen met de therapie nou precies zijn probleem was en dat het vreselijk was dat hij nu stopte terwijl nou eindelijk zijn boosheid naar voren kwam. Dat klinkt nog oprecht. Maar toen bleek dat mijn vriend zich niet liet overhalen werd het gesprek abrupt op ijskoude manier afgebroken met: "De tijd is om". Geen vriendelijk woord, niets. De druiven waren kennelijk zuur.

Tot zover dit verhaal. De therapeut waar het om ging was een erkende psychotherapeut die een flinke dosis leertherapie achter de rug had. Nu zult u nu natuurlijk denken: "Wat wil dat nou zeggen? Het gaat maar om één geval." Ik denk echter dat dat niet zo is. Wat er hier is gebeurd, is helaas niet zeldzaam binnen de psychotherapie.

De therapeut in kwestie faalde op de volgende punten:

sheet 1

1. Hij ging uit van een rigide causaal model en paste dat niet aan aan de behoeften en stijl van de cliënt.
2. Hij gaf geen steun aan de cliënt.
3. Hij ontnam de cliënt het weinige zelfvertrouwen dat deze nog had.
4. Hij was op zichzelf gericht en reageerde defensief toen de cliënt twijfels had over de aard van de behandeling.
5. Hij was niet hoffelijk en niet respectvol.

Ik heb dit voorbeeld, dat waar is gebeurd, zo uitvoerig geschetst omdat het voor mij de kern van de discussie rond leertherapie raakt.

We hebben hier te maken met een psychotherapeut die aan alle eisen van zijn opleiding heeft voldaan, ook het volgen van leertherapie (zelfs een zeer intensieve) maar desalniettemin op een aantal elementaire punten in de intermenselijke verhouding - en daarmee ook als therapeut - volledig faalt. Nu zult u nog steeds kunnen argumenteren: "Ja maar dit is maar één geval; dit komt ook voor onder therapeuten die geen leertherapie hebben ondergaan." Dat is zeker waar, maar niet relevant. Wel relevant is, of het volgen van leertherapie de kans op dit soort bejegeningfouten doet afnemen. En dat is wat ik ten sterkste betwijfel. En als leertherapie hiervoor al niet zinnig is waarvoor dan wel?

Nog een (kort) voorbeeld: Enkele jaren geleden was er een rel over seksueel misbruik van vrouwelijke cliënten door psychotherapeuten. Het zal u misschien verbazen maar uit een onderzoek van van Aghassy en Noot in 1987 bleek dat verreweg de meeste van dergelijke onverkwikkelijke affaires voorkwamen bij therapeuten die een opleiding hadden gevolgd waarin leertherapie een essentiële onderdeel vormde. Gedragstherapeuten, voor wie dat toen nog niet verplicht het geval was, bleken zich aanmerkelijk minder schuldig te hebben gemaakt aan dit soort praktijken. Natuurlijk wil ik hiermee niet suggereren dat leertherapie leidt tot misbruik of onhoffelijke bejegening, maar er zijn op zijn minst aanwijzingen dat het geen bijdrage vormt in het voorkómen ervan.

Het wordt zo langzamerhand tijd - voordat u roodgloeiend van kwaadheid bent over mijn ongenueanceerdheid, maar daar was ik voor ingehuurd - om ons af te vragen wat we onder leertherapie moeten verstaan. De meest gangbare definiëring ligt in termen van: "doorwerken van eigen problemen die belemmerend kunnen zijn voor het goede begrip van cliënten en voor het kunnen bespreken en analyseren van hun problemen." (Dijkhuis, 1988).

De doelstellingen die men zoal tegenkomt worden door Norcross, Strauser-Kirtland & Misar (1988) als volgt samengevat:

sheet 2

- het dient de therapeut minder neurotisch te maken
- het moet de therapeut meer begrip geven
- het zou de spanningen van de aankomende therapeut verlichten
- het zou de therapeut het vertrouwen in het nut van psychotherapie geven
- het geeft ervaring in de rol van cliënt
- je observeert klinische methoden.

Wat kan er nou tegen al deze mooie doelstellingen zijn? Daar moeten we toch erg vòòr zijn? In principe wel. In de praktijk ligt het helaas echter anders. Ik wil niet op alle punten uitvoerig ingaan. Zo heb ik en anderen met mij (Lange, 1984a en b; Van Dcyk, 1989 en Everts, 1990) al eerder betoogd dat het heel wat anders is of men zich voor werkelijke problemen bij een behandelaar aanmeldt of dat men bij een collega 'werkt' aan persoonlijke groei. Je observeert als leer-cliënt ook geen klinische methoden maar eerder een merkwaardig tussenmengsel dat niet representatief is voor wat er normaal in de behandelkamer gebeurt. Ik heb ook nog nooit gehoord dat leertherapie leidt tot meer vertrouwen in de methoden van de psychotherapie. Ik heb ook nooit gehoord dat aspirant-therapeuten na een leertherapie minder neurotisch waren. Als dat zo zou zijn, waarom is dat dan nooit gemeten? Dat zou toch eenvoudig moeten zijn. Een simpel vòòr- en na- design, met een paar gevalideerde instrumenten als afhankelijke variabelen, is dan al heel nuttig.

Maar ook de andere punten lijken mooier dan ze zijn. Het is namelijk helemaal niet duidelijk wat er onder 'belemmerend' moet worden verstaan en wat voor soort 'begrip' leertherapie de aspirant-therapeut bijbrengt. In de praktijk van leertherapie hangt het immers af van wat iemand 'inbrengt' en van de speciale voorkeur van de leertherapeut. Het kan dus voorkomen dat goede kwaliteiten van een aspirant-therapeut door een bepaalde leertherapeut als negatief worden beoordeeld en door een ander als positief. In het hierboven genoemde voorbeeld is het kennelijk in de leertherapie nooit een punt geweest dat de aspirant therapeut niet erg veel respect en hoffelijkheid voor patiënten wist op te brengen. Misschien is het ook wel nooit duidelijk geworden, omdat het niet uit de leertherapeutische situatie bleek. De therapeuten die er geen been in zagen om hun cliënten seksueel uit te buiten hebben kennelijk ook nooit de behoefte gehad om hun behoeften in dit opzicht in een leertherapie aan de orde te stellen.

Doordat het niet duidelijk is, wat nu precies de belemmerende blokkades zijn waar een aspirant psychotherapeut iets aan zou moeten doen, ontaarden leertherapiesessies gemakkelijk in het zoeken naar problemen die geschikt zijn voor de leertherapie; problemen die in theorie iemand weleens in de weg zouden kunnen staan. Het is dat wat de Amerikaanse gezinstherapeut Haley in een interview in 1981 bedoelde toen hij fulmineerde tegen het soort opleidingen waarin aankomende psychotherapeuten eindeloos worden doorgezaagd over hun eigen problemen. Haley ging zelfs zover, dat hij stelde "hoe meer therapie iemand zelf heeft gehad, hoe moeilijker het is om hem te leren zelf therapieën te doen. Zij zijn zo met zichzelf bezig, dat je hen niet meer zover krijgt dat ze zien met wat voor patiënt ze te maken hebben." Haley bedoelt dat therapeuten die jaren in een leertherapie hebben gezeten beter hebben geleerd om *problemen te maken* dan om ze te behandelen.

Haley's stellingname krijgt enige steun uit het schaarse onderzoek op dit terrein. In een door Everts (1990) gegeven overzicht blijkt dat, àls er al een verschil is tussen psychotherapeuten met of zonder leertherapie, degenen met

gl

leertherapie eerder minder dan beter zijn. De eerlijkheid gebied echter te zeggen dat de meeste van deze onderzoeken nogal gebrekkig zijn. Bovendien zijn zij voornamelijk in de Verenigde Staten uitgevoerd, waar ze niet zo onverstandig zijn geweest om leertherapie als verplichting in te voeren. Generalisatie van deze gegevens naar de huidige Nederlandse situatie is derhalve niet terecht. In Nederland is er alleen het onderzoek van Schutz (1981), dat ruim tien jaar geleden is uitgevoerd, waaruit bleek dat therapeuten met leertherapie net zoveel drop outs hadden als therapeuten zonder leertherapie. De extreme stelling dat leertherapie schadelijk hoeven we voorlopig niet als bewezen te worden geaccepteerd. Maar er mag toch op grond van al het onderzoek op zijn minst betwijfeld worden of verplichte leertherapie de kwaliteit van de psychotherapie vergroot en of de energie die erin gestoken wordt niet beter aangewend kan worden.

Het zal inmiddels wel duidelijk zijn dat ik weinig heil verwacht van de huidige vorm van verplichte leertherapie als separaat onderdeel in de opleiding voor psychotherapie. Dat neemt niet weg dat het goed is om na te denken over de persoonlijke kwaliteiten welke men mag verwachten van psychotherapeuten en dat men kan proberen de kans om die aan te treffen te vergroten. Er is helaas op dit front opmerkelijk weinig onderzoek gedaan. Het meest veelbelovend is het soort onderzoek dat betrekking heeft op de overeenkomsten tussen de verschillende therapievormen; de common factors, oftewel de a-specifieke factoren. Met andere woorden: het lijkt verstandig om te kapitaliseren op die eigenschappen die tot gevolg hebben dat de verschillen tussen diverse therapievormen betrekkelijk gering zijn. Goede analytische therapeuten blijken bijvoorbeeld behoorlijk veel te lijken op goede gedrags- of goede gezinstherapeuten. Misschien vinden ze het niet leuk, maar het lijkt wel zo te zijn. Als we eens op een rijtje zetten welke eigenschappen men dan aantreft, dan komen we op de volgende kwaliteiten, die in de literatuur (Rogers, 1961; Norcross et al., 1988; Murphy, 1984; Strupp, 1976; Chabot, 1988; Omer, 1989; Bond & Brugman, 1989; Frank, 1982; Frank et al. 1978; Gimbrère, 1990; Lange, 1987 a en b) genoemd worden.

sheet 3

acceptatie, kunnen verplaatsen in de ander
geïnteresseerd
respect betonend
autoriteit uitstralend, overwicht
bescheiden (niet in tegenspraak met vorige)
niet defensief
eerlijk, niet uitbuitend
geruststellend
hoopgevend
adviserend
complimenten kunnen geven
nieuwsgierig makend, prikkelend
verrassend
inzet uitstralen
humoristisch
creatief

Niet genoemd: intelligentie!

Niet iedere psychotherapeut zal op elk van deze vlakken excelleren, maar de meeste zijn toch beslist van belang, terwijl ze moeilijk zijn aan te leren. Iemand die niet veel humor heeft krijgt dat ook niet in een leertherapie. Hoeft ook niet echt. Misschien de minst belangrijke in het rijtje. Maar iemand die niet werkelijk geïnteresseerd is in problemen

van - misschien lastige - mensen, mist toch iets wat beperkend is voor goede psychotherapie. Wat dat betreft kunnen wij het zeer met Rogers eens zijn. Alleen mis ik het optimisme van Rogers over de mogelijkheid dat iemand dit leert. Het onderzoek lijkt mij gelijk te geven. Ik denk dat je eerder mag hopen dat dergelijke aspirant therapeuten afvallen en de opleiding niet verder volgen.

Intelligentie, daar hoor je nooit iemand over. Zou dat nou niks helpen? Zou een zeer domme therapeut net zo goed zijn als een intelligente (overige kwaliteiten gelijk) ? Ik denk van niet. Tijdens een psychotherapieproces sta je steeds weer voor keuzes en vragen.

Wel of niet onderbreken?

Wel of geen feedback geven?

Wel of geen advies geven?

Wat voor advies?

Hoe zal ik het formuleren?

Hoe kan ik de gemotiveerdheid van de cliënt vergroten?

Blijkens een onderzoek van Bond & Brugman (1989) beschouwde meer dan de helft van de ondervraagde ex-clieñten de aard en timing van feedback als cruciaal voor de uitkomst van de behandeling. Naast kennis van psychopathologie en van de mogelijke technieken, lijkt enige intelligentie en creativiteit mij dan geen handicap. Het toepassen van de principes van het therapiemodel dat men aanhangt, kan natuurlijk op verschillende manieren. Een therapeut die creatief is in het vinden van benaderingen die toegesneden zijn op de cliënt die op dat moment bij hem is in het voordeel. Maar door leertherapie wordt men niet intelligenter of creatiever.

Wat somber allemaal. Zouden er alleen geboren therapeuten zijn en mensen die er totaal ongeschikt voor zijn? Ik denk van niet.

In het rijtje van eigenschappen dat ik net noemde is een aantal waar wel degelijk invloed op uitgeoefend kan worden. Dat geldt met name voor de gedragseigenschappen, die bovenaan in beeld staan. Die beïnvloeding lukt niet in leertherapie sessies, waarin de besproken onderwerpen los zijn gekoppeld van het doel waar het om gaat. Maar wel in 'close supervisie', waarin de lacunes van de aspirant concreet worden en men hem feedback kan geven en op dat soort kwaliteiten kan trainen.

Ik kom dan tot het volgende model, dat voorlopig alleen een ideaaltipe is en nog niet verwezenlijkt kan worden.

sheet 4

1. Binnen elke therapiestroming dient men zich te bezinnen op de kwaliteiten die men van belang acht voor psychotherapeuten. Daarbij kan men denken aan de zgn. a-specifieke factoren, die tot gevolg hebben dat een therapie afgezien van de inhoudelijke kant meer kans heeft van slagen. Het gaat dan om kwaliteiten die een therapeut in staat stellen cliënten te motiveren en positieve impact te hebben.

2. Tijdens de supervisie-sessies wordt in combinatie met de technische bespreking van de inhoud van de behandeling gecheckt in hoeverre de supervisant deze kwaliteiten heeft getoond.

- Heeft hij genoeg respect getoond?
- Is hij hoffelijk geweest?
- Heeft hij de kans op het geven van complimenten gemist?
- Heeft hij de mogelijkheid van het geven van hoop wel gebruikt?
- Heeft hij het zelfrespect van de cliënt niet geschaad?
- Is hij niet te defensief geweest?
- Heeft hij de cliënt wel laten meedenken?
- Heeft hij wel genoeg interesse getoond?.
- Heeft hij genoeg motiveringstechnieken gebruikt?

In dergelijke supervisies is het nuttig om niet alleen van verslagen uit te gaan, maar ook audio-tapes (liever videotapes) te gebruiken, zodat gedetailleerde feedback van de supervisor mogelijk is.

3. Mochten er bij supervisanten stelselmatig ernstige lacunes in bovenstaande soorten gedrag zijn, dan is het in eerste instantie aan de supervisor om te trachten het optreden van de supervisant te beïnvloeden. Dat kan gebeuren d.m.v. feedback, rollenspelen, literatuur, eigen videotapes, huiswerkopdrachten, etc.

4. Desalniettemin kan het gebeuren dat de supervisant in het verloop van het supervisie-proces niet over de minimaal noodzakelijke kwaliteiten blijkt te beschikken. Dat kan verschillende oorzaken hebben.

Het kan zijn dat hij wat meer training nodig heeft dan gebruikelijk om zich een aantal van de hierboven genoemde kwaliteiten eigen te maken. De supervisie zou dan verlengd moeten worden.

Het kan zijn dat er lacunes liggen in de categorie waar een 'therapie' zou kunnen helpen. Als bijvoorbeeld blijkt dat een supervisant bij bepaalde problemen niet in staat is om de juiste vragen te stellen, of niet in staat is de noodzakelijke onderwerpen aan de orde te stellen omdat hijzelf angsten heeft op dat gebied, dan zou hier iets aan te doen kunnen zijn. Hij zou dan een hierop gerichte 'leer'therapie kunnen ondergaan. Norcross, Strauser-Kirtland en Misar (1988) spreken in dat verband van 'personal treatment'. Bij voorkeur bij de supervisor, maar dat is niet noodzakelijk. Liever niet in een groep, omdat dat al gauw weer leidt tot de gebruikelijke vage doelstellingen met persoonlijke groei in het vaandel.

Moeilijker wordt het als de supervisant basis-eigenschappen mist, zoals de onderste uit ons rijtje. Hij is overmatig dom, heeft geen respect voor zijn cliënten of is defensief. Leertherapie heeft voor dat soort kwaliteiten geen zin. Veel extra training ook niet. Het zou mogelijk moeten zijn om dan te weigeren de supervisie 'af te tekenen'. In dat geval zou de supervisant het recht moeten krijgen op arbitrage. Dit zou inhouden dat een commissie van gerespecteerde en ervaren psychotherapeuten, van dezelfde oriëntatie, één of enkele gesprekken hebben met supervisor en supervisant. Op grond daarvan wordt beslist of de supervisant toch aan zijn verplichtingen heeft voldaan, of aanvullende verplichtingen krijgt of afgeraden wordt om verder te gaan.

Ik zei al dat dit model niet simpel is te verwezenlijken. Het zou pas kunnen als er meer consensus was over de noodzakelijke kwaliteiten waarop wordt geselecteerd, en als de supervisors daar zelf ook op worden gescreend. Toch is het model ook nu al ten dele bruikbaar. Het model laat zien hoe we de opleidingsuren effectiever kunnen gebruiken. In plaats van de ongerichte vaste verplichting voor leertherapie, die vaak wordt gericht op vage doelstellingen en vooral de beurs van de leertherapeut bevoordeelt, wordt de tijd van degene die in opleiding is gebruikt voor gerichte training op die non-specifieke punten waar hij in de opleiding zwak in blijkt te zijn. Als dat leertherapie gaat heten word ik een voorstander van leertherapie.

Literatuur

- Aghassy, G. & Noot, M. (1987). Seksuele contacten binnen psychotherapeutische relaties; Literatuur, empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, (6), 293-337.
- Bond, J. M., & Brugman, M. (1989). 'Critical incidents' tijdens directieve therapie. *De beleving van veranderingsmomenten tijdens het therapeutisch proces door ex-cliënten*. Doctoraalwerkstuk. Vakgroep: Klinische Psychologie, UvA.
- Chabot, B.E. (1988). Gesprekshulp. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, (6), 299-320.
- Clark, M.M. (1986). Personal therapy: a review of empirical research, *Professional psychology: research and practice*, 17 (6), 541-543.
- Dijkhuis, J.H. (1988). Psychotherapie: steeds weer ter discussie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, (4), 194-203.
- Dyck, R. van (1989). Verplichte leertherapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, (3), 342-343.
- Everts, D. B. (1990). Leertherapie, een kwestie van affect of effect? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, (1), 3-11.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Red. *Psychotherapy Research and Behavior Change. The Master Lecture Series*, Vol. 1, 5-38. American Psychological Association Washington D.C.
- Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Imber, S.D., Liberman, B.L., & Stone, A.R. (1978). *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Gimbrère, N. (1990). *Procesonderzoek naar werkzame bestanddelen in therapie onderzoeken naar helpende en belemmerende factoren*. Vakgroep Klinische psychologie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- Haan, E. de & K. Hoogduin (1981). Haley over Erickson en Haley over Haley. *Directieve therapie*, 1, (2), 104-113.
- Lange, A. (1984a). Over leertherapie. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 4, (1), 82-84.
- Lange, A. (1984b). Antwoord aan de heer Smulders. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 4, (3), 279-281.
- Lange, A. (1987 a). Het motiveren van cliënten in directieve therapie. In: A. Lange (red.), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1987 b). Het creëren van therapeutische kracht; een essentiële factor in psychotherapie. In: A. Lange (red.), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

95

Murphy, P.M., Cramer, D. & Lillie, F.J. (1984). The relationship between curative factor perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 187-192.

Norcross, J.C., D. J. Strausser-Kirtland & C.D. Missar (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, (1), 36-43.

Omer, H. (1989). *Enhancing the impact of therapeutic interventions*. Ramat-Aviv: Department of Psychology, Tel-Aviv University. Nog ongepubliceerd manuscript.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person; A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Schutz, H. (1981). Gedragstherapie bij IMP-cliënten. Een statistisch-demografisch onderzoek. *De Psycholoog*, 16, (10), 690-701.

Strupp, H.H. (1976). Tekortkomingen van de therapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, (4), 145-148.

Sticht Verhaeven

PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

ONDERZOEK IN EEN

ORGANISEREN VAN EEN

VERSLAG VAN HET

Over onderzoek in de A.P.Z.
Anoniem.

Half juni 1990 startte in een groot psychiatrisch ziekenhuis een onderzoek naar predatoren van agressief gedrag bij psychiatrische patienten, waarin patienten met ernstig agressief gedrag en patienten zonder agressief gedrag met elkaar werden vergeleken. Dit onderzoek werd verricht door een student-stagiaire klinische psychologie, ten behoeve van zijn scriptie.

Er zal worden uiteengezet welke omstandigheden en problemen ertoe bij hebben gedragen dat het onderzoek veel later dan bedoeld was en vanuit een gewijzigde opzet werd uitgevoerd.

Begin november 1989 werd de voorzitter van de Commissie voor Wetenschappelijk Onderzoek van het betreffende ziekenhuis ingelicht over het plan om een agressiepredictie-onderzoek te gaan verrichten. Hij stond er zeer positief tegenover. Hij wees de student er op dat, in overeenstemming met de richtlijnen van de Ethische Commissie(*), onvrijwillig opgenomen patienten a priori van onderzoek moesten worden uitgesloten. De visie dat onvrijwillig opgenomen patienten principieel buiten onderzoek diende te worden gehouden, werd door de Wetenschapscommissie weliswaar niet gedeeld (en zeker niet bij dit specifieke onderzoek, gezien het relatief grote aantal onvrijwillige patienten met agressief gedrag), maar zo waren de richtlijnen nu eenmaal vastgelegd.

Volgens de juiste procedure zouden de Wetenschapscommissie en de Ethische Commissie apart het onderzoeksprotocol (en alle verdere relevante informatie) beoordelen en hun advies geven aan de algemeen directeur, opdat deze de beslissing zou kunnen nemen of het onderzoek wel of niet kon worden uitgevoerd. Aan de Ethische commissie werd dringend verzocht om de deelname van onvrijwillig opgenomen patienten toe te staan.

Na een onderhoud met de student, oordeelde in december 1989 de Wetenschapscommissie positief, mits er enkele tamelijk eenvoudige wijzigingen in het protocol werden opgenomen. De algemeen directeur ontving een positief advies t.a.v. uitvoering van het onderzoek. Het oordeel van de Ethische Commissie moest nog worden afgewacht.

Er was inmiddels nog een ander punt van onduidelijkheid ontstaan. In het onderzoeksprotocol werd om een onafhankelijke, tot het personeel van het ziekenhuis behorende medewerker verzocht. In verband met het blinde karakter van de studie zou deze de selectie en matching van patienten verrichten. De uitvoering hiervan bleek niet tot de taak van de Wetenschapscommissie te behoren en verder leek niemand te weten wie deze taak zou kunnen uitvoeren. Rondvragend en informerend bij andere personen werd het in de loop van enkele maanden steeds duidelijker dat een dergelijke bijdrage vanuit het ziekenhuis wel eens onmogelijk kon

(*) D.w.z. de Toetsingscommissie voor Experimenteel Wetenschappelijk Onderzoek van de Vereniging voor Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken.

98

blijken te zijn. Uiteindelijk leidde e.e.a. tot een telefoontje van het hoofd van de medische dienst aan de onderzoeksbegeleiders van de student. Hij deelde mee dat er alleen iemand beschikbaar kon worden gesteld indien de universiteit een financiële tegemoetkoming zou bieden. Dit voorstel werd afgewezen en de student kreeg enkele dagen later te verstaan dat hij niet meer op medewerking van personeel mocht rekenen en dat elke personele belasting door het onderzoek moest worden voorkomen. In de praktijk moest later wel, na de verkregen toestemming, van dit gebod worden afgeweken, want zonder inzet van personeel houdt alles op.

Ondertussen, nog steeds in afwachting van de uitspraak van de Ethische Commissie, werd er met de hulp van een diensthoofd informatie gegeven aan de afdelingen, die eventueel bij het onderzoek zouden worden betrokken. Dit om later zo snel mogelijk aan de slag te kunnen gaan, wanneer de toestemming eenmaal zou worden verleend. Met het organiseren van een geschikte onderzoeksruijme en het aanschrijven en selecteren van patienten moest echter worden gewacht totdat er definitief toestemming verleend was.

De Ethische commissie kwam in maart 1990 bijeen en oordeelde negatief op diverse en voor de indiener van het protocol onverteerbare punten: het belang van deelname van onvrijwillig opgenomen patienten werd niet genoeg aangetoond bevonden; het gebruik van vragenlijsten werd als mogelijk te belastend voor patienten beschouwd en men nam het de indiener daarom kwalijk dat hij geen informatie over deze vragenlijsten had willen geven (de vragenlijsten waren echter overhandigd aan de voorzitter van deze commissie); men viel over een vermeend gebrek aan statistische precisering (die echter uit de verschafte gegevens voortvloeide en in statistische tabellen kon worden nagezocht). Slechts 1 kritiekpunt gaf aanleiding tot wijzigingen (van het patientinformatie- en -toestemmingsformulier). Deze en andere kritiekpunten waren aanleiding voor de algemeen directeur om opheldering te vragen. Na een gezamenlijk verweer van de student en de voorzitter van de Wetenschapscommissie werd in april 1990 toch toestemming gegeven, maar deelname van onvrijwillig opgenomen patienten bleef helaas uitgesloten.

Het onderzoek kon nu beginnen, maar zonder genoemde patientengroep en zonder een structurele medewerker. De student verrichtte zelf de patientenselectie, waarbij hij overigens wel degelijk geholpen werd door de inspanningen van de diverse behandelaars van de afdelingen die bij het onderzoek betrokken waren. Het blinde onderzoekskarakter was echter ten dele onmogelijk geworden.

Binnen deze selectieperiode nam het organiseren van een ruimte ongeveer een maand in beslag, want alle denkbare locaties waren al bezet. Op verzoek hielden diverse personeelsleden van de huishoudelijke en administratieve dienst hun ogen en oren open, hetgeen uiteindelijk een zeer geschikte ruimte opleverde.

Toen het feitelijke patientenonderzoek al was gestart (half juni

1990), ontving de onderzoeker het bericht dat de Ethische Commissie alsnog toestemming had verleend aan de deelname van patiënten met een onvrijwillige opname-status. Hoewel de onderzoeker hiermee rekening had gehouden en als voorzorg gegevens uit deze patientengroep had opgevraagd, kon het onderzoek voor nog maar enkele van deze patiënten worden gerealiseerd. De (al meermalen bijgestelde) deadline was definitief gesteld op half juli en het late tijdstip van het oordeel van de Ethische Commissie maakte het praktisch onmogelijk om voor alle patiënten met een juridische maatregel het onderzoek rond te krijgen.

Half juli werd het onderzoek afgerond en waren er in totaal 17 patiënten onderzocht.

HYPNOSE MET SYMPTOOMTRANSFORMATIE
BIJ CHRONISCHE SPANNINGSHOOFDPIJN.

Kees Hoogduin,
Peggy Melis,
Wilma Rooimans,
Giel Spierings.

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

Drs. P.M.L. Melis, destijds verbonden aan het Faulkner Institute te Boston, is nu werkzaam als psycholoog bij het APZ Schakenbosch.

Drs. W. Rooimans, destijds verbonden aan het Faulkner Institute te Boston, is nu werkzaam als psycholoog bij de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Prof. dr. E.L.H. Spierings, destijds hoofd van het Faulkner Institute te Boston, is verbonden aan de neurologische afdeling van het Brigham and Women's Hospital te Boston.

Correspondentie-adres:

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin,
Psychologisch Laboratorium KUN,
Postbus 9104,
6500 HE NIJMEGEN.

Hypnose met symptoomtransformatie bij chronische spanningshoofdpijn.

Kees Hoogduin, Peggy Melis, Wilma Roimans, Giel Spierings.

1. Inleiding.

In 1988 is door de International Headache Society een nieuw classificatie-systeem voor hoofdpijn uitgebracht. In deze indeling worden twaalf hoofdpijncategorieën genoemd, zoals migraine, 'cluster'-hoofdpijn en acute of chronische spanningshoofdpijn (Headache Classification, 1988).

De diagnose spanningshoofdpijn kan gesteld worden wanneer de hoofdpijn aan de volgende criteria voldoet:

- A. Gemiddelde frequentie gedurende ten minste 6 maanden: 15 dagen per maand.
- B. Ten minste twee van de volgende kenmerken:
 - drukkende of klemmende sensaties
 - als relatief ernstig beleefd
 - dubbelzijdig gelokaliseerd
 - niet erger wordend bij bijv. traplopen, of andere lichamelijke activiteiten
- C. - geen braken
 - niet meer dan één van de volgende begeleidendes klachten : misselijkheid, fotofobie of fonofobie.

Bij chronische spanningshoofdpijn zijn de klachten opmerkelijk consistent en karakteristiek (Lance, 1978; Riley, 1983). Het gaat meestal meer om een drukkend bandgevoel dan om een werkelijke pijnsensatie. Een patiënt met het prototype van chronische spanningshoofdpijn klaagt over hoofdpijn, die in de ochtend of vroege middag ontstaat en geleidelijk erger wordt met het hoogtepunt laat in de middag of 's avonds. Vaak is de hoofdpijn iedere dag aanwezig.

Er zijn diverse manieren beschreven om spanningshoofdpijn met hypnose te behandelen (Spinhoven et al., 1988): een training gericht op spierontspanning, een strategie gericht op directe beïnvloeding van de pijnsensatie met behulp van analgesiesuggesties, en bijv. een strategie waarbij met toekomstfantasieën gesuggereerd wordt dat de pijn minder wordt. Hoogduin (1986) beschreef een hypnotherapeutische strategie waarbij symptoomtransformatie en cognitieve herstructurering werden gebruikt. Zoals niet ongebruikelijk is bij hypnotherapie, worden er nog al wat successen geclaimd; goed gecontroleerd onderzoek ontbreekt echter meestal. Dit is ook het geval bij chronische spanningshoofdpijn.

Recent is in gecontroleerd onderzoek aangetoond dat hypnose met symptoomtransformatie significant betere resultaten oplevert dan een wachtlijstgroep (Melis et al., 1991; Rooimans et al., 1991).

In dit onderzoek is de effectiviteit nagegaan van hypnotherapie bij de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Een wachtgroep is gevormd om te controleren voor veranderingen in het hoofdpijnpatroon als gevolg van het zg. tijdseffect. Er zijn significante verschillen in verbetering gevonden tussen wacht- en behandelingsgroep. De verbetering bij de behandelingsgroep bestond uit een afname van het aantal 'hoofdpijndagen', een afname van het aantal uren hoofdpijn per dag.

In dit artikel wordt deze strategie nog eens kort beschreven en besproken aan de hand van een patiënt met een dergelijke klacht. Tot slot wordt een tiental voorbeelden van de praktische uitwerking van de symptoomtransformatie gegeven.

2. Hypnose met symptoomtransformatie bij chronische spannings-
hoofdpijn.

Hoogduin (1986) beschreef de behandeling van een patiënte waarbij deze techniek met succes werd toegepast. Het ging om een 30-jarige, gehuwde vrouw, die na in trance te zijn gebracht de hoofdpijn omschreef als een metalen band, die om haar hoofd geklemd zat. Aan de rechterkant, voor haar de meest pijnlijke kant, bevond zich een schroef waarmee de band aangedraaid of lossier gemaakt kon worden. Ze kreeg de suggestie de schroef eerst aan te draaien om pijn te versterken en vervolgens los te draaien waarna ze een afname van de hoofdpijn rapporteerde. Patiënte had de klachten ontwikkeld als gevolg van stressvolle omstandigheden in haar leven, die te maken hadden met studeren, tentamens en een belastende werksituatie. Besloten werd de pijn te herformuleren als een signaal dat ontstond als er veel van haar gevraagd werd. Maar ook: dat het signaal, wanneer het klachten gaf, zijn doel voorbij schoot. Tijdens de tweede zitting werd na een trance-inductie aan patiënte gevraagd of het mogelijk was de metalen band te vervangen door bijv. een band van een ander materiaal, of een kroon die niet pijnlijk zou zijn, maar prettig zou zitten. Zij stelde voor een kroon te willen hebben van gevlochten waterlelies. Met behulp van suggesties werd hierna de zwarte, metalen band getransformeerd naar een groen-bruine band en vervolgens een band van gevlochten lelies met bloemen en bladeren. Aan het einde van de zitting deelde ze mee dat de band niet meer rond was en niet klemde, maar als een kroon op haar hoofd rustte. De behandeling verliep succesvol. Bij een follow-up na drie jaar bleek patiënte geen enkele last

meer te hebben van de klachten.

De essentie van deze behandeling bestond uit:

1. Een wijziging van de perceptie van de pijn, die eerst beleefd werd als een zwarte, strakke band, knellend en storend, en die werd getransformeerd tot een plezierige, prettig aanvoelende kroon van waterlelies.
2. De toepassing van spierontspanning.
3. In dit geval werd bovendien gebruik gemaakt van cognitieve herstructurering. De klacht kon in dit geval omschreven worden als een signaal, dat ze bemerkte als er veel van haar verlangd werd.

Het belangrijkste van deze behandeling heeft eruit bestaan dat aan de patiënt gevraagd wordt de hoofdpijn een kleur, een vorm en een grootte te geven waarbij in de oorspronkelijke beschrijvingen (zie Van Dyck, 1978; Oudshoorn, 1982) het er vooral om gaat de patiënt dusdanig te begeleiden dat de hoofdpijn als een soort vloeistof weergegeven wordt. Daarna komt de strategie erop neer dat de patiënt in een diep ontspannen toestand, waarbij spanningshoofdpijn mogelijk toch al wat minder wordt, de hoofdpijn geleidelijk laat wegvloeien.

Zoals in het hiervoor besproken voorbeeld al duidelijk is, zijn er veel patiënten die hun hoofdpijn al een vorm gegeven hebben. Deze vorm, zoals later duidelijk zal worden, bestaat zelden uit een makkelijk af te laten lopen vloeistof.

Tot slot, er wordt van de zitting een audio-opname gemaakt, die de patiënt dagelijks zal gebruiken om te oefenen.

3. Het voorbeeld.

Mevrouw Groen is 41 jaar en ze heeft hoofdpijn sinds haar kinderjaren. Om in haar werk als apothekersassistente en als moeder van twee kinderen naar tevredenheid te kunnen functioneren is ze dagelijks aspirine gaan gebruiken. In het begin was dit effectief, maar de laatste tijd treedt de hoofdpijn ondanks de aspirine op van 's morgens vroeg tot 's avonds laat. Werk en gezin lijden hieronder. Wanneer ze zich aanmeldt op het hoofdpijncentrum wordt ze in het ziekenhuis opgenomen ter detoxificatie en om het chronische aspirinegebruik te beëindigen. De spanningshoofdpijn kenmerkt zich door een drukkende, constante, milde pijn aan beide zijden van het hoofd en in de nek. De pijn gaat soms gepaard met misselijkheid, maar er is geen sprake van braken of licht- en lawaaigevoeligheid. Besloten wordt om de hypnosebehandeling te starten.

Bij de eerste kennismaking komt mevrouw Groen over als een perfectionistische vrouw, die zich richt op werk en gezin en weinig tijd neemt voor zichzelf. Haar stemming is enigszins terneergeslagen. De resultaten van de ziekenhuisopname zijn tegengevallen en het advies geen aspirines meer te gebruiken geeft haar een machteloos en angstig gevoel.

Tijdens de 'baseline'-periode worden gegevens omtrent angst, depressie, hypnotiseerbaarheid en hoofdpijnpatroon verzameld (zie tabel 1). Mevrouw Groen blijkt goed hypnotiseerbaar te zijn. Op de angst- en depressieschaal scoort ze tegen de grens aan van een milde angst en depressie. Ze toont zich nog al sceptisch ten opzichte van de behandeling, immers de hoofdpijn hoort bij haar sinds haar jeugd en medicatie

heeft hierin nog nooit iets kunnen veranderen. Echter, na de eerste behandeling waarin met ontspanning wordt gewerkt, verandert deze houding. Ze rapporteert het gevoel zichzelf verwend te hebben door de tijd te hebben genomen voor de oefeningen met behulp van op het cassettebandje opgenomen instructies voor zelfhypnose. De hoofdpijnintensiteit is bovendien tijdens de oefening gedaald. Het dagelijks oefenen van deze ontspanningsoefening lijkt haar evenwel een onmogelijke zaak. Tijdens de tweede bijeenkomst vertelt mevrouw Groen dat ze wel dagelijks geoefend heeft, aangemoedigd door echtgenoot en kinderen.

In de drie daaropvolgende bijeenkomsten wordt geoefend met hypnose. Verschillende visuele beelden worden gebruikt waarvan uiteindelijk één beeld het meeste lijkt aan te sluiten bij de hoofdpijnbeleving. De hoofdpijn wordt beschreven als een donker, plastic masker rondom het hoofd. De pijn is het duidelijkst aanwezig rondom de openingen van het masker: rondom de ogen en de mond, en ter hoogte van de nek. Het masker veroorzaakt een drukkend en benauwd gevoel. Met behulp van de afvloeiotechniek wordt dit gevoel geleidelijk veranderd. Eerst wordt de kleur van het masker wit gemaakt en het materiaal veranderd van plastic in stof. De verandering verlicht de druk, verzacht de scherpe randen van het masker en zorgt voor ventilatie. Vervolgens wordt een schaar gevisualiseerd waarmee het stoffen masker in twee helften wordt geknipt. Ten slotte vliegen twee gevisualiseerde vogels met de lappen stof weg waarmee ook de hoofdpijn verdwijnt.

Gedurende de volgende weken wordt dit beeld steeds meer uitgewerkt. Het oproepen van de beelden wordt eenvoudiger en dikwijls is het in stressvolle situaties voldoende om de twee vogels te visualiseren.

Het beeld van de vogels maakt haar bewust van opbouw van spanning, en het geeft aan dat ze even wat gas terug moet nemen. Het gevolg is dat mevrouw Groen minder vaak hoofdpijn heeft en wanneer de hoofdpijn toch opkomt kan ze de hoofdpijn soms doen verdwijnen. Ze functioneert beter in gezin en werk. Twee avonden in de week neemt ze tijd voor zichzelf door te sporten.

Gepaard gaande met de veranderingen in het hoofdpijnpatroon wordt een verlaging van de angst- en depressiescore gezien. Op de evaluatievragenlijst rapporteert mevrouw Groen dat ze zich veel beter voelt, dat ze controle heeft over de hoofdpijn en dat ze geleerd heeft spanningssignalen te herkennen en daarop in te spelen.

Tabel 1

	baseline wk 1-4	behandeling wk 5-8	follow-up wk 9-12 X
dagen hoofdpijn per week	4.75	5.00	2.25
uren hoofdpijn per 7 dagen	46.75	26.25	11.5
intensiteit op 10-puntsschaal	3.14	2.73	4.47
percentage uren hoofd- pijn, gecorr. voor slaap	40.43	26.26	9.9
	week 4	week 8	week 12
Zung-angst (20-80)	37	33	28
Zung-depressie (20-80)	35	32	25
SHCS (0-5)	4		
CIS (0-40)	17		

4. Problemen bij de transformatie

Zoals eerder gezegd is het prettig wanneer patiënten hun spanningshoofdpijn kunnen transformeren naar vloeistof, die dan tegelijk met de geïnduceerde relaxatie kan vervloeien en afvloeien. Het blijkt ech-

ter dat veel patiënten de transformatie in geheel andere richting lieten verlopen, maar ook dan bleek het mogelijk samen met de betrokken patiënten een verandering in het beeld van de hoofdpijn aan te brengen, wat dan tot vermindering van de klachten leidde.

In het hierna volgende worden hiervan enkele voorbeelden van gegeven.

- De hoofdpijn wordt aangegeven als een zwarte, sponsachtige oefenbal, die zich achter het linkeroog bevindt en in de linker temporaal streek. Het lijkt samengeknepen te worden en terwijl het samengeknepen wordt beweegt het zich dieper in het hoofd waarna het weer naar de oppervlakte terugkomt. Het geeft een sterke druk. Gedurende de hypnose wordt eerst de kleur veranderd in groen en dan visualiseert de patiënte de zon, en de warmte van de zon doet de bal geleidelijk smelten waarna deze in omvang vermindert. Ze beschrijft vervolgens dat er meer ruimte in haar hoofd komt. Ten slotte wordt de bal zo klein, dat ze zich voorstelt dat hij via het bloed afgevoerd wordt, en via nek, schouders en arm en uiteindelijk via haar hand op de grond valt en wegrolt.
- Een andere patiënt voelde de pijn als een voortdurende, scherpe druk boven het voorhoofd. Ze beschrijft de pijn als een soort accordeon, samentrekkend en weer ontspannend. Er is sprake van een soort ritme en dat ritme houdt patiënt zeer bezig, omdat ze daardoor weet wanneer het weer erger wordt. Tijdens hypnose wordt geprobeerd het beeld van de accordeon te veranderen, maar er werd eigenlijk geen oplossing voor gevonden.
- De volgende patiënt voelt een strakheid in nek en schouders. De pijn wordt gevisualiseerd als een stuk hardboard, dat het bovendeel van de

rug van schouder tot schouder bedekt. De patiënt gebruikt water en laat het board daarmee doortrokken worden, zodat het flexibel wordt. Vervolgens is ze in staat het board zich precies te laten aanpassen aan haar nek en schouders. Op deze manier slaagt ze erin het board als een soort steun te zien in plaats van iets dat stoort.

- De hoofdpijn wordt omschreven als een pijn in de slaapstreek, beiderzijds. De patiënt beschrijft de hoofdpijn als een soort gevoel waarbij munten heen en weer bewegen in die streek. De afmeting van de munten wisselt, soms grote, dan weer kleine. Ze zijn zwaar en het wordt waargenomen als een gevoel van druk en spanning. Patiënt wordt voorgesteld de munten te veranderen in waterdruppels, die lichter zijn, verfrissend en verzachtend. Dit leidde vervolgens tot vermindering van de hoogdpijnklachten.
- De hoofdpijn wordt gevoeld als een metalen schijf, met hoge snelheid bewegend rond het hoofd. De schijf heeft een scherpe rand en veroorzaakt de pijn in het hoofd. Met behulp van hitte worden de scherpe randen gesmolten en door de schijf meer en meer te laten draaien, neemt de afmeting af. Vervolgens stopt de schijf ter hoogte van het oor, waarna de schijf getransformeerd wordt in een tak, licht en aangenaam. Hierna neemt de hoofdpijn af.
- Bij de volgende patiënt wordt de hoofdpijn gevoeld als een spanning in de nek, alsof de kap van een badjas het hoofd naar de rug trekt waarbij de nek overstrekt raakt. Het gewicht van het kledingstuk is zo groot dat het hoofd steeds meer naar achteren getrokken wordt. Tijdens de hypnose wordt het kledingstuk getransformeerd in een rubberen band waarmee veel van de spanning wegebt. Vervolgens stelt de patiënt zich in een zwembad voor, drijvend in het water waardoor de

nek ontspannen raakt.

- De volgende patiënt voelt een sterke band om het hoofd, een harde, leren riem met een gesp. De eerste stap is een poging om de gesp los te maken, vervolgens wordt de leren band veranderd in een zachte sjaal met mooie pastel kleuren. Ten slotte zakt de sjaal rond de schouders. Patiënt voelt zich ontspannen en prettig en ze rapporteert bovendien een afname van de hoofdpijn.
- De laatste patiënt heeft een katoenen band rond het hoofd, vastgehouden door spijkers. De band zit te strak. Heel langzaam, en terwijl de patiënt telt, worden de spijkers eruit getrokken. Hij laat een paar spijkers zitten, omdat hij zegt de band om zijn hoofd te willen houden. Het doet hem herinneren aan zijn jeugd, zijn wilde jaren; in die tijd was alles nog goed en voelde hij zich tevreden en gelukkig.
- Dolman (1990) beschrijft een patiënt die de hoofdpijn beleeft als een stuk oud brood. Zeer creatief laat ze het brood nog ouder worden en nog droger. Vervolgens laat ze het verkrumelen, langzaam vallen er kruimels af en verdwijnt het brood en de hoofdpijn.
- Ten slotte is er de patiënt die de hoofdpijn beleeft als een zak met spijkers, die in zijn hoofd prikken en steken. Desgevraagd laat hij de spijkers langzaam uit de zak vloeien in een emmer. Met luide tikken vallen de spijkers in de emmer. Ook hij slaagde er vervolgens in enige invloed op de ernst van de hoofdpijn te verkrijgen.

5. Slot.

De hier beschreven hypnotherapeutische strategie is gebleken effectief te zijn bij patiënten met een chronische spanningshoofdpijn.

In vergelijking met een wachtlijstgroep verminderde de klacht significant.

In de praktijk blijkt de symptoomtransformatie de therapeut nogal eens voor problemen te plaatsen, nochtans bleek er vaak met de hulp van de patiënt een creatieve oplossing mogelijk.

Referenties

- Dolman, C. (1990). Persoonlijke communicatie.
- Dyck, R. Van (1978). Persoonlijke communicatie.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia*, 8 (suppl. 7), 1-96.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). Een kortdurende behandeling van spanningshoofdpijn. *Directieve Therapie*, 6, 355-359.
- Lance, J.W. (1978). *Muscle-contraction ("tension") headache: Mechanism and management of headache*. Boston: Butterworth.
- Melis, P.M.L., Roimans, W., Spierings, E.L.H., & Hoogduin, C.A.L. (1991). Treatment of chronic tension-type headache with hypnotherapy: Single-blind time controlled study (submitted).
- Oudshoorn, D. (1982). Gebruik van hypnose bij de behandeling van depressies. Voordracht gehouden tijdens het gemeenschappelijk congres van de Vereniging voor Gedragstherapie en de Vereniging voor Hypnotherapie.
- Riley, T.L. (1983). Muscle-contraction headache. In R.C. Pachard (Ed.) *Neurological Clinics (489-900)*. Philadelphia: Saunders.
- Roimans, W., P.M.L. Melis, Hoogduin, C.A.L., & Spierings, E.L.H. (1991). Hypnotherapy and chronic tension-type headache: Prediction

treatment outcome. (In voorbereiding).

Spinhoven, Ph. (1988). Similarities and dissimilarities in hypnotic and non-hypnotic procedures for headache control: A review. *Am. J. of Clinical Hypnosis*, 30, 183-194.

Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie

Kees van der Velden

Niets zegt iets fundamenteelers over een cultuur dan de criteria waarnaar geïnclassificeerd wordt; uit een andere cultuur afkomstige indelingen hebben dan ook meer dan iets anders de eigenschap om het gevoel op te roepen: 'dat zou ik nooit bedacht kunnen hebben'. Het mooiste (zou het authentiekste) voorbeeld daarvan blijft de door J.L. Borges geciteerde indeling van de dierenwereld, naar zijn zeggen afkomstig uit een Chinese encyclopedie, die onderscheidt in: dieren toebehorend aan de Keizer; gebalsemde dieren; tamme dieren; speenvarkens; zeemeerminnen; mythische dieren; loslopende honden; dieren die als gekken tekeer gaan; dieren die niet geteld kunnen worden; dieren getekend met een fijn penseel van kameelhaar; dieren die zojuist de kruik gebroken hebben; dieren die uit de verte gezien op vliegen lijken.

Rudy Kousbroek, *De aaihaarheidsfactor*.

1. Inleiding: symptomen en persoonlijkheden

Psychiaters en psychotherapeuten behandelen klachten en symptomen, bijvoorbeeld angst, depressie, zenuwachtigheid.

De belangrijkste reden waarom zij zich ook met de persoonlijkheid van hun patiënten inlaten, is dat deze persoonlijkheid als het ware aan de angst, depressie of zenuwachtigheid vastzit. Een symptoom kan men nu eenmaal niet buiten de persoonlijkheid om bestrijden. Een KNO-arts kan ook niet in de neus van de patiënt kijken zonder de patiënt die aan de neus vastzit een stoel aan te bieden.

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

Wat doet de KNO-arts als hij niet in de neus kan kijken omdat de patiënt tekeergaat? Hij stelt de patiënt gerust en probeert hem af te leiden - als hij maar bij die neus kan. Als dit niet helpt gaat hij misschien dreigen en schelden om zijn zin te krijgen.

Op dezelfde wijze moeten therapeuten zorgen dat zij bij de klachten kunnen komen. Het is het gemakkelijkst wanneer de persoonlijkheid hierbij meewerkt, maar wanneer dit niet zo is moeten zij deze persoonlijkheid zover zien te krijgen. Therapeuten doen dit niet graag. Liever hebben zij te maken met patiënten die uit zichzelf meewerken (zie bijv. De Waal, 1988).

De zogenaamde persoonlijkheidsstoornissen worden vooral vastgesteld bij patiënten bij wie de medewerking moeilijk tot stand komt.

2. De mensenkennis van psychiaters

Wie iets van anderen gedaan wil krijgen, kan mensenkennis goed gebruiken.

Wie bijvoorbeeld iets wil verkopen heeft er baat bij wanneer hij snel onderscheid kan maken tussen mensen die tot de aankoop overreed moeten worden en mensen die de tijd gegeven moet worden om zelf tot de aanschaf te besluiten. Wantrouwige mensen zal men de gelegenheid geven om zich uitvoerig te informeren, ouderwetse mensen zal men wijzen op de betrouwbaarheid en duurzaamheid van een produkt, modieuze types zal het flitsende karakter van het artikel onder de aandacht worden gebracht. Van wie snel aanvoelt wat voor vlees hij in de kuip heeft kan gezegd worden dat hij mensenkennis heeft. Bij advocaten, leraren, zakenmensen en uitsmieters vindt men mensenkennis, en ook bij psychiaters. Mij zijn geen door advocaten of uitsmieters ontworpen typologieën van hun cliënten bekend, maar psychiaters hebben door de jaren heen vele overzichten van karakterstoornissen, karakterneurosen, psychopathieën en persoonlijkheidsstoornissen ontworpen, waarin zij hun mening over de wonderlijke types die in de loop der jaren hun spreekkamers bevolkten hebben ondergebracht (vgl. Freeman, 1984).

Men kan deze overzichten beschouwen als de samengebalde mensenkennis van psychiaters.

Hoewel de 'objectieve' waarde van deze mensenkennis misschien niet zo groot is, is het vanzelfsprekend wel nuttig om te leren van de mensenkennis van zeer ervaren en intelligente voorgangers. Uit de door hen gebruikte categorieën kan men inmiddels wel afleiden dat de ontwerpers van de diverse soorten persoonlijkheidsstoornissen niet in de eerste plaats geprobeerd hebben bij de gedortretteerden in het geveel te komen. Zij hebben niet *hun best moeten doen* om de gestoorden te mogen ontmoeten. De gestoorden mochten al blij zijn dat de dokter zich voor hen interesseerde.

3. Betrouwbaarheid

Wanneer collega A een patiënt 'hysterisch' of 'dwangmatig' noemt, is de kans de collega B er net zo over denkt niet groot. Men kan kennelijk heel verschillende gedragingen als 'hysterisch' bestempelen. Ook kan A veel meer patiënten als 'hysterisch' beschouwen dan B, die op zijn beurt bijv. een voorkeur kan hebben voor de diagnose 'passief-agressieve persoonlijkheid'. Deze wisselvalligheid heeft tot veel kritiek op het begrip persoonlijkheidsstoornis geleid en is voor sommigen een reden om afschaffing van het begrip te bepleiten. Om de kans te vergroten dat verschillende beoordelaars op verschillende tijdstippen en verschillende plaatsen tot eenzelfde oordeel zouden komen, hebben de makers van DSM-III (APA, 1980) en DSM-III-R (APA, 1987) specifieke criteria aangegeven waaraan onderzochte personen moeten voldoen wil bij hen een bepaalde persoonlijkheidsstoornis vastgesteld kunnen worden.

Strikte toepassing van de DSM-III(-R)-criteria zal inderdaad tot een vergroting van de betrouwbaarheid leiden, en hierdoor kan de indruk worden versterkt dat de dingen die wij vaststellen werkelijk bestaan en zelfs belangrijk zijn om te kennen.

4. De persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(-R)

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

In DSM-III (1980) worden de volgende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden:

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

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

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

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

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

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

Freeman (1984) merkt op dat er weinig aanwijzingen zijn voor de validiteit van de DSM-III-categorieën: 'Er worden nieuwe termen als schizotypisch en vermijdend geïntroduceerd, zonder dat ergens uit blijkt dat met deze termen een bepaald type persoonlijkheid wordt aangeduid.' Alleen over de categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis uit hij zich waardierend, omdat uitgebreid gedocumenteerd is waarom het verstandig is om mensen met deze kenmerken te onderscheiden van anderen, en omdat van deze mensen ook heel wat bijzonderheden bekend zijn. (Vgl. Tuinier, 1989. In publikaties over persoonlijkheidsstoornissen wordt de

antisociale persoonlijkheidsstoornis ook verreweg het grootste aantal pagina's toegedacht. Zie bijv. Lion, 1981; Kaplan & Sadock, 1985; en ook DSM-III-R, APA, 1987).

In DSM-III-R wordt in een in een keurige formulering aangegeven dat er op de categorieën wel wat valt af te dingen: 'Er is een grote variatie in de precisie waarmee de diverse persoonlijkheidsstoornissen beschreven worden en in de specificiteit van de diagnostische criteria. Stoornissen die uitgebreider en grondiger bestudeerd zijn dan andere, zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis, worden meer gedetailleerd beschreven.' Ook Widiger et al. (1988), auteurs van het deel over persoonlijkheidsstoornissen in DSM-III-R, benadrukken de bescheiden empirische basis van het systeem.

De lijst met persoonlijkheidsstoornissen kan zonder problemen worden uitgebreid.

Het moet niet moeilijk zijn een *sjagrijnige persoonlijkheidsstoornis* vast te stellen, of een *vermoeiende persoonlijkheidsstoornis*, of een *saai persoonlijkheidsstoornis*. De operationalisaties liggen voor de hand. Bij voordrachten heb ik veel gemak van het volgende voorbeeld.

Belachelijke Persoonlijkheidsstoornis

(Ridiculous Personality Disorder)

Differentiaal diagnose: Grappige Persoonlijkheid, Mislukte Narcistische Persoonlijkheid.

Diagnostische criteria

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

- A Betrokkene is er niet in geslaagd om voor zijn of haar zeventwintigste een koopwoning te verwerven.
- B Betrokkene loopt om om papieren, plastic tassen e.d. in straatprullemanden te deponeren.
- C Betrokkene geeft aan zijn belastingformulier naar waarheid in te vullen.
- D Betrokkene heeft geen voordeel weten te behalen uit ten minste drie van de volgende omstandigheden:
 - (1) gelegenheid tot ontrouw jegens de partner
 - (2) gelegenheid een collega in diskrediet te brengen bij hogergeplaatsten
 - (3) gelegenheid om zijn foto in de krant geplaatst te krijgen verdienen
 - (4) gelegenheid om vervelend werk af te schuiven (denk aan schoonmaakwerk, ondankbaar werk)
 - (5) gelegenheid tot het commanderen van ondergeschikten. eschikten
 - (6) gelegenheid om congresbezoek dubbel te declareren. declareren

Het moet niet moeilijk zijn in enkele onderzoeken inlichtingen te verzamelen over incidentie, biologische

achtergronden en beloop.

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

5. Typen

De DSM-III(-R)-benadering van persoonlijkheidsstoornissen lijkt niet erg op de wijze waarop wetenschappelijke onderzoekers van de persoonlijkheid hun materiaal ordenen. Is er in de wetenschappelijke psychologie sprake van factoranalyses, clusteranalyses, dimensies en gradaties (bijv. Cattell, 1965; Eysenck, 1965; Van den Brink, 1989), aan de DSM-III(-R) komt beslist geen wiskunde te pas! De medemensen worden in deze diagnostische handleiding vooral als *typen* ten tonele gevoerd (vgl. Freeman, 1983), zoals ook in kluchten en opera's gebeurt.

De typologie van DSM-III(-R) volgt de traditie van de karakterkunde, waarvan Theophrastus de grondlegger heet te zijn. In deze karakterkunde worden typen geschetst wier gedrag geheel en al door een bepaalde eigenschap of karaktertrek bepaald wordt. Theophrastus (317-287 v. Chr.), leerling van Aristoteles, portretteerde een reeks van zulke typen. Het ene type schept vaak op en wordt dus de Opschepper genoemd; het andere vertrouwt bijna niemand en heet daarom de Achterdochtige; een derde kenmerkt zich door het uit de weg gaan van moeilijke omstandigheden en wordt daarom de Lafaard genoemd. (Deze drie typen kunnen trouwens goed met de narcistische persoonlijkheidsstoornis, de paranoïde persoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis uit DSM-III vergeleken worden.)

(J. T. Barendregt maakte een vertaling van *Karakters* en voegde aan Theophrastus' voorbeelden een galerij van hedendaagse equivalenten toe. Waar Theophrastus de onaangenaamheden van Atheense burgers beschreef, legde Barendregt de ondeugden van vakgenoten onder het vergrootglas. Het boek - Barendregt, 1977 - is jammer genoeg alleen nog antiquarisch verkrijgbaar.)

De persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(-R) lijken op de typen uit het werk van Marten Toonder, die immers onder alle omstandigheden handelen volgens de vaststaande eigenschappen waaruit hun maker hun karakter heeft opgebouwd. Tom Poes zal nooit zeggen: 'Ik heb zin in een groots avontuur', en Bommel zal nooit zeggen: 'Als ik het op een bescheiden manier probeer heb ik misschien meer kans.' Zomin als zich bij de figuren uit Tom Poes ooit enige ontwikkeling voordoet, zomin is dat bij de persoonlijkheidsstoornissen het geval: is men eenmaal aan het einde van de puberteit, dan wordt men geacht verder ongeveer zo te blijven. In werkelijkheid zullen er maar heel weinig psychiatrische patiënten zijn die volledig overeenkomen met de prototypen van DSM-III(-R), en er zijn er zeker nog minder die erin slagen om deze gelijkenis hun hele volwassen leven vol te houden.

6. De populariteit van de diagnose persoonlijkheidsstoornis

De diagnose persoonlijkheidsstoornis wordt heel vaak gesteld, nl. bij vijftig tot zestig procent van de (opgenomen en poliklinische) psychiatrische patiënten (Van den Brink, 1989).

Wat kunnen de redenen hiervan zijn?

Een goede reden zou zijn dat de validiteit van diverse persoonlijkheidsstoornissen is vast komen te staan. Dit is jammer genoeg maar bij een enkele persoonlijkheidsstoornis het geval.

Een tweede reden kan zijn dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis een bepaalde vorm van therapie extra waarde geeft. De categorie 'narcistische persoonlijkheidsstoornis' bijv. vormt de erkenning van de inspanningen van de volgelingen van psychoanalytici als Kernberg en Kohut, die deze stoornis aan het eind van de jaren zestig 'ontdekten', al zijn de kenners (bijv. Philips, 1981; Vaillant & Perry, 1985) het erover eens dat de omschrijving in DSM-III(-R) betrekkelijk weinig met de door Kernberg en Kohut bedoelde stoornis te maken heeft.

De 'afhankelijke persoonlijkheidsstoornis' legitimeert op haar beurt de trainingen in sociale vaardigheid en assertiviteit, waarmee deze stoornis immers verholpen zou kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de 'ontwijkende persoonlijkheidsstoornis'.

Het kan geen kwaad in gedachten te houden dat DSM-III(-R) in eerste instantie ontworpen is om de ziektekostenverzekeraars tegemoet te komen. Dezen konden 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 stoornissen zou voor vergoeding in aanmerking komen. Dus hebben therapeuten enkele solide stoornissen *ontworpen*. (De vergoeding door de ziektekostenverzekering is hun natuurlijk van harte gegund.)

Een derde reden is mogelijk dat het concept persoonlijkheidsstoornis helpt om tot een *volledige diagnose* te komen en zo bijdraagt aan het gevoel van competentie van de klinicus. In het veel gebruikte handboek van Kuiper (1973) kan men lezen: 'Een mogelijke formulering voor een goede psychiatrische diagnose is: de naam van het toestandbeeld, van toestandbeeld en beloopsvorm, optredend naar aanleiding van, en dan noemt men de voornaamste oorzaak bij *een zus of zo gepredisponeerde persoonlijkheid* (cursivering van mij, vdV).' Deze formulering veronderstelt dat bekend is hoe datgene wat de patiënt mankeert het beste genoemd kan worden, dat bekend is hoe deze stoornis ontstaat en zich ontwikkelt, dat bekend is naar aanleiding waarvan de stoornis optreedt, dat bekend is welke psychische, lichamelijke en maatschappelijke factoren aan het ontstaan van deze stoornis ten grondslag liggen en dat bekend is waartoe de persoonlijkheid van de patiënt gepredisponeerd is. En dit is nu allemaal juist nooit of, vooruit, hoogst zelden bekend.

Het optimisme dat uit Kuipers woorden spreekt is verwant aan dat van de negentiende-eeuwse hoogleraar in de natuurkunde, die tegen een begaafd aankomend student gezegd zou hebben: 'Zou je dit vak wel kiezen? Alles wat er in ons vak te ontdekken viel is nu toch wel uitgevonden' (Röling, 1989).

Onder invloed van onderzoeksresultaten, toevallige ontdekkingen en aanpassingen van de theorie veranderen de definities van psychiatrische aandoeningen voortdurend. De jongeman wiens bekken tijdens het lopen afwisselend naar voren en terug stootte, ongeveer als een karikatuur van een popster, en die aldus blijk gaf van 'duidelijk exhibitionisme', nog gecompliceerd door 'een extreme neurotische angst om zijn eigen penis

aan te raken' werd geacht door een hysterisch conversieverschijnsel geplaagd te worden, tot ontdekt werd dat hij aan de neurologische ziekte dystonia musculorum deformans (DMD) leed (Medawar, 1984). Het is goed mogelijk dat de motorische stoornissen die nu met gedragstherapie behandeld worden een organische oorzaak blijken te hebben (zie hoofdstuk...). Misschien worden hyperventilatiesyndroom en paniekstoornis ten onrechte over een kam geschoren en blijkt op een dag dat een vorm van paniekstoornis beter tot de depressies gerekend kan worden. Zolang de definities van stoornissen veranderen is het erg moeilijk om lange-termijngegevens over het beloop van deze stoornissen te verzamelen. Over de aanleiding van het ontstaan van een stoornis kunnen we meestal alleen gissen, en wat onomstotelijk vaststaat over de oorzaken van psychiatrische stoornissen kan heel kort worden samengevat. Onze kennis van de patiënt en diens stoornis omvat dus meestal niet meer dan enkele heterogene fragmenten, die we zo goed en zo kwaad als het gaat met elkaar in verband brengen.

Het gebruik van de diagnose persoonlijkheidsstoornis kan deze stand van zaken enigszins maskeren: het is net of we met een diagnose op As II kunnen verklaren waarom de stoornis op As I ontstond en niet (helemaal) overging (of waarom we er maar niet aan begonnen zijn).

Naarmate meer bekend wordt over de biologische achtergronden en behandelingsmogelijkheden van bepaald afwijkend gedrag, zullen stoornissen eerder op As I dan op As II worden ondergebracht. Een voorbeeld bieden de patiënten met bipolaire stemmingsstoornissen, die niet voldoen aan de criteria voor een manisch-depressieve psychose. In DSM-II (APA, 1968) werd deze mensen nog een persoonlijkheidsstoornis toegedacht - de cyclothyme persoonlijkheidsstoornis -, maar in DSM-III is de cyclothyme persoonlijkheid verdwenen en vinden we de patiënten terug als lijdende aan de zg. cyclothyme stoornis, een aandoening die vaak goed reageert op behandeling met lithium. (Lion, 1981, veronderstelt dat het de positieve ervaringen met lithium zijn die tot de verandering van diagnose aanleiding hebben gegeven.) Een ander voorbeeld bieden de patiënten met een histrionische of borderline persoonlijkheidsstoornis, bij wie de gedragingen die tot deze diagnose aanleiding gaven verdwenen of verminderden door een behandeling met antidepressiva (zie Van der Velden, 1989; zie ook hoofdstuk ... [Moeilijke mensen] en ... [Mejuffrouw Van Effen]). Bij deze voorbeelden wordt natuurlijk aangenomen dat het niet meer zo zinvol is om over stoornissen van de persoonlijkheid te spreken wanneer deze stoornissen met medicatie verholpen kunnen worden, zeker wanneer met succes behandelde patiënten niet rapporteren dat zij van karakter veranderd zijn, maar dat zij zich gewoon goed voelen, zoals het hoort.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn blijkbaar niet geliefd. Volgens Vaillant & Perry (1985) worden zij door niet ingewijden 'slecht, afwijkend, zondig of walgelijk' genoemd, maar het oordeel van degenen die zich beroepshalve met deze stoornis bezighouden is niet veel gunstiger. Lewis & Appleby (1988) legden ervaren psychiaters de gevalsoverzicht voor van een 34-jarige man met depressieve klachten en zelfmoordgedachten; een deel van hen kreeg als extra informatie dat een collega twee jaar eerder bij deze man een persoonlijkheidsstoornis had vastgesteld; het andere deel werd deze informatie onthouden. De psychiaters die in de veronderstelling verkeerden dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis was gesteld, meenden opmerkelijk vaak dat de patiënt de ander naar zijn hand wilde zetten, om aandacht vroeg en vervelend zou kunnen worden, en zij dachten dat hij heus wel in staat zou zijn om zijn suïcidedrang te beheersen; de psychiaters die de extra informatie misten veronderstelden veel vaker dat de patiënt een stoornis had en zorg

behoefde. Op grond van dit onderzoek en een bespreking van de literatuur concluderen Lewis & Appleby dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis tot een afwijzende houding tegenover de patiënt leidt en beter afgeschaft kan worden: 'Een wetenschappelijke classificatie verliest aan geloofwaardigheid wanneer zij waardeoordelen en morele uitspraken bevat.'

Hoogduin (1988) wees er al op dat het zo vreemd is dat men deze persoonlijkheidsstoornissen nooit bij vrienden vindt, terwijl dezen toch door andere aandoeningen niet worden overgeslagen.

Wie de literatuur over persoonlijkheidsstoornissen bestudeert, kan zich erover verbazen dat ook de voorstanders van het concept zo gemakkelijk toegeven dat het steeds om onaangename typen gaat.

Vaillant & Perry (1985) zeggen in het gezaghebbende handboek van Kaplan & Sadock bijvoorbeeld dat *alle* patiënten met persoonlijkheidsstoornissen de speciale gave hebben om anderen ergernis te bezorgen. Dit gaat te ver. De DSM-III-(R)-opsomming omvat ook categorieën van mensen die de inschikkelijkheid zelve zijn en geen vlieg kwaad doen, zoals de afhankelijke en de ontwijkende persoonlijkheid. Sommige 'dragers' van persoonlijkheidsstoornissen gaan zo ver dat zij de werkers in de geestelijke gezondheidszorg zelfs het liefst helemaal ontlopen, zoals de paranoïde en schizoïde persoonlijkheid, maar blijkbaar zijn dezen niet in staat het beeld van de persoonlijkheidsstoornis 'als zodanig' op te fleuren.

De uiteenzetting van Lewis & Appleby (1988), volgens welke de psychiater zich tot waarneembare ziekteverschijnselen moet beperken, wordt ongelukkigerwijze niet gevolgd door aanwijzingen over wat wij moeten doen met de achterdochtige, onbeschaamde, ijdele, valse en naïeve mensen die niet ophouden een beroep op ons te doen.

Hiervoor moeten wij toch bij de voorstanders van het concept persoonlijkheidsstoornis zijn.

7. De behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen volgens Vaillant & Perry

In het onderstaande worden de belangrijkste aanbevelingen van de invloedrijke auteurs Vaillant & Perry (1985) samengevat en besproken. Tevens wordt aangegeven wat het verband tussen deze aanbevelingen en adviezen uit de directieve therapie is. Hieruit zal onder andere te leren zijn dat de therapeutische houding en strategie die Vaillant & Perry aanbevelen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen volgens de uitgangspunten van de directieve therapie gepast is bij *alle* soorten patiënten met wie de samenwerking niet 'vanzelf' tot stand komt (en vaak ook nuttig zijn bij vriendelijke, coöperatieve patiënten).

Ik moet de lezer waarschuwen dat het overzicht hier en daar wat langdradig zal blijken. Wie daar tegenop ziet kan meteen doorgaan naar de conclusie van deze paragraaf (7.3).

7.1 De afweermechanismen

Vaillant & Perry beginnen hun aanbevelingen met een overzicht van de acht afweermechanismen waarvan volgens hen alle patiënten met persoonlijkheidsstoornissen gebruik maken. Elk van deze mechanismen vraagt om een eigen reactie, menen zij.

Volgens Vaillant & Perry moet de therapeut niet proberen de verdedigingsmechanismen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te bespreken en/of te doorbreken. Bij neurotische mensen kan dit volgens hen nuttig zijn, maar mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen hier niet tegen.

Op dit punt is er belangrijke overeenstemming met de directieve therapie, zij het dat in publikaties over directieve therapie de bespreking en doorbreking van afweermechanismen *nooit* wordt aanbevolen.

Hier volgen de acht mechanismen en de ^{bevo}aanbevolen reactie.

1 De therapeut moet rustig, geruststellend en belangstellend zijn en niet aandringen op wederkerigheid in het contact. Volgens Vaillant & Perry is dit speciaal belangrijk bij eenzame - schizoïde - patiënten die bij wijze van afweer *fantasie* inschakelen, maar het zal moeilijk zijn om omstandigheden te verzinnen waaronder een rustige, geruststellende en belangstellende houding door patiënten als ongepast ervaren zal worden.

2 Wanneer de patiënt *dissocieert*, waaronder Vaillant & Perry, voor ons niet helemaal voor de hand liggend, verstaan dat hij zijn angsten en onzekerheden overschreeuwt door te grote risico's te nemen, moet de therapeut hier voorzichtig op reageren, bij voorkeur op een indirecte manier. Omdat de patiënten geen kritiek maar juist waardering zoeken voor hun moed en durf, moet de therapeut zich niet te gereserveerd gedragen, maar wel kalm en standvastig.

Commentaar: Ook niet-dissociërende patiënten zullen een voorzichtige, vastberaden en niet te gereserveerde therapeut weten te waarderen.

3 De therapeut moet de behoefte aan beheersing en ordening van de *dwangmatige persoonlijkheid* respecteren en aan diens verlangen naar doelmatigheid, netheid en punctualiteit tegemoetkomen. Vaillant & Perry brengen deze raadgeving onder bij een korte beschouwing over het afweermechanisme *isolering* (van het affect), maar ook zonder dat men vermoedt dat een dergelijk mechanisme aan de ordelijkheid van de patiënt ten grondslag ligt, zal in de directieve therapie deze raadgeving onderschreven worden. Waar mogelijk, aldus Vaillant & Perry, moet de therapeut machtsstrijd met de patiënt vermijden. Is dit niet een hoofdkenmerk van de directieve therapie, met haar aandacht voor 'judo', indirecte technieken, paradoxale adviezen en het aansluiten bij de eigenaardigheden van de patiënt?

4 Wat deze auteurs onder het hoofd *projectie* presenteren lijkt rechtstreeks uit een boek over directieve therapie afkomstig. Bij mensen die waar het maar enigszins mogelijk is onrecht opmerken en op alle slakken zout leggen, raden zij aan om niet verdedigend te reageren ('confrontatie staat garant voor een langdurige vijandschap en een vroege beëindiging van de therapie'), maar om supercorrect te zijn en bijvoorbeeld aan de patiënt te vragen of deze ermee zou kunnen instemmen wanneer de therapeut op een bepaald punt een andere mening heeft. De techniek van de *tegenprojectie* zou speciaal nuttig zijn. Hieronder verstaan zij een soort 'meegaan met de weerstand', blijktens het volgende fragment uit een gesprek met een paranoïde man die zijn vrouw kort tevoren geslagen heeft, maar die vindt dat de valse beschuldigingen van zijn schoonouders aan zijn adres de echte moeilijkheid zijn.

Interviewer: Hoe voelt u zich over al die dingen die ze zeggen?

Patiënt: Wat bedoelt u met *voelt*? (...) Ze zijn gek. Ze willen dat er niks meer van me over is.

Interviewer: Oh, dat is vreselijk. Het is ontzettend als mensen zulke krankzinnige dingen over je zeggen. Wat zou maken dat ze dat doen?

Patiënt: Ze zijn jaloers op me, dat ik mijn vrouw heb, ze proberen haar bij me weg te halen.

Interviewer: O, natuurlijk, u bent een man met zelfrespect en het moet moeilijk voor u zijn zijn dat zij zo over u praten. Laten we eens kijken of er een manier is waarop we u kunnen helpen om hierboven te blijven staan en de zaak de baas te blijven. We zijn het erover eens dat u sterk bent, en het is belangrijk dat deze kwestie u niet verzwakt.

Patiënt: Ja, ik ben sterk. Maar ik ben bang dat haar familie me zover krijgt dat ik gekke dingen ga doen - zoals iemand pijn doen.

En zo komt het gesprek vanzelf op de angst van deze man dat hij zijn vrouw weer zal gaan slaan. Om een dergelijke fraaie interventie toe te passen is het echter helemaal niet nodig om te veronderstellen dat projectie aan het gedrag van de patiënt ten grondslag ligt en ook niet dat de patiënt aan een persoonlijkheidsstoornis lijdt. Het is voldoende om te weten dat het volgen van de redenering van de patiënt en het versterken van diens zelfrespect vaak tot een prettige samenwerking zal leiden, zeker wanneer de patiënt onzeker en opgewonden is.

5 Volgens Vaillant & Perry zouden mensen met een *borderline-persoonlijkheidsstoornis*, een *afhankelijke persoonlijkheidsstoornis* en een *passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis* - onbewust natuurlijk - gebruik maken van *hypochondrie* om zichzelf te straffen en tevens anderen onder deze straf te laten lijden. Geruststelling en verdergaand lichamelijk onderzoek mogen hier niet baten, menen zij. Drie maatregelen kunnen helpen. Ten eerste: laat de therapeut de klachten overdrijven, bijvoorbeeld door tegen de patiënt te zeggen dat hij nog nooit iemand met zulke ernstige klachten heeft gezien. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt zijn klachten gaat relativeren. Ten tweede: kom tegemoet aan de behoefte aan afhankelijkheid van deze patiënten. Schrijf ze bijvoorbeeld drie dagen strikte bedrust voor, een speciaal dieet en voer een globaal lichamelijk onderzoek uit.

Deze aanbevelingen komen overeen met de strategie die Lehembre in hoofdstuk ... aanbeveelt. Een beetje onvoorzichtig zijn al deze adviezen overigens wel. In hoofdstuk ... (follow-up van het Moeilijkemensenproject) wordt duidelijk dat de hypochondrische klachten van patiënten met *zg.* persoonlijkheidsstoornissen soms heel goed bestreden kunnen worden met antidepressiva of lithium. Het ligt dus voor de hand om hypochondrie niet zozeer als een mechanisme bij een persoonlijkheidsstoornis op te vatten, maar als een stoornis op As I, zoals in DSM-III-R ook gebeurt.

6 Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder bij patiënten met een *borderline persoonlijkheidsstoornis*, bestaat de neiging om mensen in hun omgeving op een nogal absolute manier in goeden en slechten in te delen: *splitting*. Wanneer dit tot moeilijkheden leidt bevelen Vaillant & Perry aan de patiënt er op een vriendelijke manier op te wijzen dat niemand helemaal goed of helemaal slecht is. Dit lijkt een verstandige raad, die bij alle mensen die hinderlijk overdrijven van pas kan komen, maar of er een therapeutisch effect van verwacht mag worden ('Verdraaid, dat is waar, ik moet de zaken eens iets genuanceerder gaan benaderen') lijkt vooral afhankelijk van de mate waarin de patiënt bereid is iets van zijn therapeut aan te nemen.

7 Bij patiënten met *borderline* en *passief-agressieve persoonlijkheidsstoornissen* kan regelmatig worden vastgesteld dat zij hun woede tegen zichzelf richten. Deze eigenaardigheid (ook wel masochisme genoemd) zou in een reeks van gedragingen tot uiting komen, variërend van het laten mislukken van door hen opgezette ondernemingen tot rechtstreekse automutilatie. Het eigenaardige is dat de omgeving geen medelijden met deze mensen voelt maar juist kwaad wordt.

Vaillant & Perry denken dat de therapeut het beste kan proberen de patiënt aan te moedigen zijn gevoelens

van woede te uiten. Deze raadgeving zullen directieve therapeuten niet snel onderschrijven. Iemand die al van slag is ook nog eens kwaad laten worden - daar kan niet veel goeds van komen. Zij zullen automutilatie eerder als een 'stoornis in de impulscontrole' opvatten (een aandoening op As I dus) en kijken of er met de patiënt een plan gemaakt kan worden om verstandiger met heftige impulsen om te gaan (vgl. Van Erven, 1991), al of niet met behulp van medicatie.

8 Bij agressief of seksueel *acting out*, een afweermecanisme dat vrij algemeen zou zijn bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, adviseren Vaillant & Perry om terstond maatregelen te nemen, althans wanneer het zich in de spreekkamer voordoet. Wanneer de therapeut bang is moet hij weggaan en hulp inschakelen, eventueel van de politie. Ook dit kan een goede raad genoemd worden, waar ook directieve therapeuten (en verder alle andere therapeuten) hun voordeel mee kunnen doen. (Overigens moet ik nog horen van de eerste patiënt met bijvoorbeeld een zg. afhankelijke, ontwijkende of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis die zijn therapeut naar het leven staat. Is het niet vooral de lijder aan de antisociale persoonlijkheidsstoornis die vals kan worden?)

7.2 Wat de therapeut niet en wel moet doen

Na deze opsomming bespreken Vaillant & Perry drie stereotype gedragskenmerken van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: narcisme, afhankelijkheid en de gewoonte om onbevredigende relaties aan te gaan. Aansluitend geven zij adviezen over wat de therapeut moet *nalaten* in het contact met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: het bekrachtigen van klaagverhalen, het per se aandringen op een behandelingscontract, het redden of straffen van de patiënt, het (te vroeg) aanbieden van interpretaties, zichzelf te gedistantieerd opstellen, liegen of tegenstrijdige boodschappen uitzenden, en psychofarmaca geven wanneer daar geen indicatie voor is. Ook hier kan de commentaar alleen maar zijn dat directieve therapeuten (en hopelijk nog veel meer therapeuten) dit alles ook moet nalaten bij *gewone* patiënten, althans bij patiënten die aan de diagnose persoonlijkheidsstoornis ontsnapt zijn.

Vaillant & Perry vervolgen met adviezen over wat de therapeut juist *wel* moet doen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: hij moet zich richten op het gedrag van de patiënt, en niet op de verklaring van dat gedrag; hij moet een vorm van samenwerking met de patiënt tot stand brengen; hij moet in zijn achterhoofd houden dat het gedrag van de patiënten soms krankjorum mag lijken, maar dat ze later meestal toch weer openstaan voor goede raad; confrontatie met de verdediging van de patiënt moet vooral in een context van steun plaatsvinden, en deze steun kan het beste door mensen die met dezelfde eigenaardigheden behept zijn gegeven worden (van gelijken accepteert men meer dan van personen die als bazen gezien worden): de therapeut moet grenzen stellen en voor een duidelijke structuur zorgen; de patiënt moet worden aangemoedigd om gebruik te maken van de steun van groepen, of dit nu de Black Panthers zijn, therapiegroepen of een kerkelijke groepering; de therapeut moet de patiënt toestaan anderen te helpen, zulks ter verhoging van diens zelfgevoel; de therapeut moet door middel van het stellen van vragen de patiënt helpen de consequenties van zijn impulsieve handelingen te doordenken - deze zg. Socratische methode past beter bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dan de verheldering en interpretatie van motieven, die bij neurotische mensen juist vruchten zou afwerpen.

Hoewel deze groep raadgevingen bedoeld is voor *alle* patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis is vastgesteld, zal de lezer hebben opgemerkt dat ze voornamelijk betrekking op de patiënten uit groep B. en dan nog speciaal de patiënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis (de *psychopathen* van vroeger) en een deel van de patiënten die als borderline persoonlijkheidsstoornis te boek staan (de *hysteropsychopathen* van vroeger).

7.3 Conclusie

Wanneer we de tot dusver opgesomde adviezen van Vaillant & Perry overzien, komen we tot de conclusie dat deze voor het overgrote deel bestaan uit aanbevelingen hoe therapeuten fatsoenlijk en aardig met psychiatrische patiënten kunnen omgaan, aan welke aandoening of stoornis dezen ook mogen lijden; deze adviezen komen enigszins overeen met de interventies die in de directieve therapie worden gebruikt om tot een goede samenwerking met de patiënt te komen. Een kleiner deel bestaat uit aanbevelingen hoe men patiënten die overlast bezorgen of gevaarlijk zijn dient te bejegenen.

Het begrip 'persoonlijkheidsstoornis' kan in hun uiteenzettingen eigenlijk gemist worden. Vaillant & Perry gaan niet of nauwelijks in op de manier waarop de *klachten* van de door hen geschetste patiënten behandeld moeten worden, terwijl het toch meestal klachten en symptomen zijn die deze patiënten in de spreekkamer terecht doen komen. Mogelijk nemen zij aan dat de klachten en symptomen een onderdeel vormen van de persoonlijkheidsstoornis, of er de uitingsvorm van zijn - en dat het dus niet veel zin heeft deze op zichzelf te behandelen. Deze opvatting is niet zonder gevaar, zoals we hierboven (par. 6) zagen.¹

8. Is het erg om aan een persoonlijkheidsstoornis te lijden?

We zagen dat de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' een uiterst gebrekkige wetenschappelijke basis heeft (met uitzondering van de diagnose anti-sociale persoonlijkheid).

We zagen tevens dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis bijzonder populair is bij klinici.

De vraag is of het kwaad kan als een ongefundeerde diagnose vaak gesteld wordt.

Dit hoeft natuurlijk niet het geval te zijn - wie bijvoorbeeld ten onrechte de diagnose 'aanpassingsstoornis' krijgt zal hier weinig last van hebben -, maar bij de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' is dit vermoedelijk

¹ Vaillant & Perry geven ook adviezen over de behandeling van *specifieke* persoonlijkheidsstoornissen. Bij de paranoïde persoonlijkheidsstoornis zijn 'hoffelijkheid, eerlijkheid en respect' 'kardinale regels' voor de behandeling. (Bij welke stoornissen grofheid, leugenachtigheid en *dédain* op hun plaats zijn vermelden Vaillant & Perry niet.) Onder het hoofdje 'behandeling' van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis kan men lezen: 'De behandeling van schizoïde persoonlijkheden is verwant aan de behandeling van paranoïde persoonlijkheden.' Bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis wordt vermeld: 'De principes van de behandeling van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis verschillen niet van de principes van de behandeling van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis.' Bij patiënten met een theatrale persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen hen bewust te maken van hun werkelijke gevoelens. Mensen die gehandicapt worden door narcisme kunnen of volgens de principes van Kernberg of volgens de uitgangspunten van Kohut behandeld worden, maar 'ongelukkigerwijs zal er nog veel onderzoek naar een valide omschrijving van de narcistische persoonlijkheidsstoornis en het beloop van deze aandoening gedaan moeten worden voor verder onderzoek de vraag kan beantwoorden welke technieken tot een beter behandelingsresultaat leiden.' En zo verder en zo meer.

wel het geval.

Men kan last hebben van angsten, depressies, dwanghandelingen, anorexia nervosa, impotentie, goklust en drankzucht - noem maar op - en toch, hoe moeizaam eventueel ook, zijn zelfrespect behouden, maar welke reden heeft men nog om trots te zijn wanneer zoiets intiems, zoiets persoonlijks als de *persoonlijkheid zelf* gestoord is? Het is mogelijk om aan schizofrenie te lijden en toch een goedmoedig karakter te hebben, men kan verslaafd zijn aan nicotine en een innemend mens zijn, maar welke troost is er voor iemand wiens persoonlijkheid, wiens *wezen* niet deugt?

De diagnose persoonlijkheidsstoornis helpt therapeuten weliswaar aan een inkomen, maar zij ontnemt de patiënten, vast met de beste bedoelingen, hun waardigheid, wat niet de taak van therapeuten is.

9. *Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie*

De opvatting dat therapeuten hun patiënten actief tot medewerking aan de uitvoering van een behandelingsprogramma moeten bewegen is niet algemeen aanvaard. Voor veel officiële psychotherapeuten is het een vanzelfsprekende gedachte dat patiënten zich vrijwillig en gemotiveerd aan de eigenaardigste behandelingen onderwerpen (vgl. De Waal, 1988; Van Dyck, Van der Velden & Emmelkamp, 1991).

Patiënten die dit niet doen worden gemakkelijk als ongeschikt beschouwd. Maar ja, zolang de bezoekers voldoende entree betalen en het druk genoeg is in de nachtclub kan de portier het zich inderdaad permitteren om te zeggen: 'Nee, jij komt er niet in, en jij ook niet, en jou willen we hier evenmin.' De meeste therapeuten hebben dus nooit hun best hoeven doen om het patiënten naar de zin te maken, zij hebben het nooit als hun taak hoeven zien om te bereiken dat de kortaffe man met de losse handen met animo aan een zelfcontroleprogramma zou beginnen. Met een enkel 'Wij denken niet dat onze therapie geschikt voor u is' konden de minder gemotiveerde patiënten, de patiënten met de zogenaamde persoonlijkheidsstoornissen, de eigenwijze, ongedisciplineerde, excentrieke, saaie, impulsieve, schuchtere, starre, theatrale, domme en geobsedeerde patiënten, kortom de raadselachtigste, kleurrijkste en meest opwindende patiënten, terugverwezen worden naar de huisarts of doorverwezen naar de sociaal-psychiatrische dienst of psychiatrische polikliniek - de behandelingsinstituten waar, niet toevallig, de directieve therapie in Nederland ontstond. 'In plaats van hen ongeschikt te verklaren voor de bestaande therapie, en zich toe te leggen op de selectie van cliënten die hiervoor wel geschikt zijn, kan men ook proberen de therapie aan te passen aan de behoeften van de cliënt', staat er in *Directieve therapie 1* (Van der Velden, 1977). In publikaties over directieve therapie is een veelheid aan technieken, trucs en vondsten beschreven - sommige rijper en meer toepasbaar dan andere - waarmee geprobeerd werd de behandeling aan te passen aan de behoeften van de patiënten. Over 'persoonlijkheidsstoornissen' werd niet geschreven, wel, relativerender en vriendelijker, over *eigenaardigheden* van patiënten - zoals de behoefte aan autonomie, de behoefte gerespecteerd te worden, de behoefte te bewijzen dat men slimmer is dan de therapeut dacht -, niet met het doel deze eigenaardigheden in een diagnostische formulering onder te brengen, maar met het doel *deze eigenaardigheden te benutten ten dienste van de behandeling*.

Het zg. 'positief etiketteren' van ogenschijnlijk pathologische verschijnselen is vermoedelijk het beste voorbeeld van een directieve techniek waarmee het zelfrespect van de patiënt wordt verhoogd en een goede

samenwerking tussen patiënt en therapeut wordt bevorderd. Erickson zei tegen een patiënt die aan alle criteria voor de in de maak zijnde 'masochistische persoonlijkheidsstoornis' van DSM IV beantwoordde: 'U bent iemand die onder de moeilijkste omstandigheden uw geduld weet te bewaren.' Het is vermoedelijk mogelijk om voor alle zogenaamde persoonlijkheidsstoornissen dergelijke aardige en optimistische herformuleringen te vinden.

In de directieve therapie is de zogenaamde persoonlijkheidsstoornis dat aspect van de patiënt dat de therapeut moet zien mee te krijgen in de behandeling.

Deze formulering sluit niet uit dat het nuttig kan zijn om opmerkelijke persoonlijkheidskenmerken op een meer wetenschappelijke manier in kaart te brengen. Wellicht draagt bijvoorbeeld zorgvuldig onderzoek naar de biologische kenmerken van schizoïde mensen op den duur bij aan de kennis over de wijze waarop schizofrene stoornissen worden overgeërfd.

De formulering sluit evenmin de erkenning van het bestaan van slechte en valse mensen uit. Die zijn er zeker. Maar wanneer ze in therapie zijn heeft het geen zin ze zo te noemen.

Inspiratie voor de wijzen waarop men mensen mee kan krijgen doet men zelden op uit boeken over psychopathologie of psychotherapie. Leerzamer zijn boeken waarin verkopers geleerd wordt hoe zij de moeilijkste klanten tot bestellingen kunnen overhalen. Ik kan in het bijzonder aanbevelen: *Zo maakt u vrienden en goede relaties* (oorspronkelijke en betere titel: *How to make friends and influence people*) van Carnegie (1936; 1984) en *Klanten maken, klanten houden* van Goldmann (1990). De klanten die in deze boeken beschreven worden beantwoorden aan vele kenmerken van de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III-(R), maar daar staan de auteurs geen ogenblik bij stil. Zij willen namelijk niet duidelijk maken hoe het hun *niet* lukte om aan deze lastige mensen hun produkten te verkopen, maar juist hoe zij hierin slaagden!

10. De behandeling van wat?

Vaillant & Perry gaan ervan uit dat zij de persoonlijkheidsstoornissen *zelf* behandelen, maar men kan zich afvragen of dit wel mogelijk is, want wie kan zich een interventie voorstellen die *de gehele persoonlijkheid* moet raken? Wat te denken van de internist die *het gehele lichaam* wil genezen? Meer voorstelbaar is dat Vaillant & Perry *aspecten* van de persoonlijkheidsstoornis pogen te behandelen.

Maar welke aspecten zijn dit?

Antwoord: als regel zijn dit stoornissen die wij op As I terugvinden.

Patiënten aan wie een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt toegeschreven klagen onder meer over stoornissen in de impulscontrole, dissociatieve verschijnselen en depressies, en het is voor deze verschijnselen dat zij hulp zoeken en het is voor deze verschijnselen dat wij hen behandelen, met medicatie, met zelfcontroleprocedures, met liefde en met geduld. Nooit ontmoeten wij patiënten met deze diagnose die wegens *splitting* behandeld wilden worden of die het op prijs stelden dat zij op hun neiging tot *splitting* attent werden gemaakt.

Patiënten aan wie een een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wordt toegedacht zoeken hulp wegens sociale angst, en het is deze angst die behandeld wordt, niet hun ontwijkende persoonlijkheid.

Mensen die geacht worden aan een schizotypische persoonlijkheidsstoornis te lijden zoeken nooit behandeling voor hun zesde zintuig of helderziendheid, wel voor beangstigende hallucinatoire belevingen. Wij geven hun dan Orap, in een lage dosering. Dit helpt vaak goed. Hun helderziendheid blijft gewoon bestaan.

Narcistische mensen raadplegen ons wegens hun depressies en angsten, niet vanwege hun ijdelheid. Wij behandelen dus hun angsten en depressies, en proberen hun ijdelheid te benutten ten dienste van deze behandeling.

De meer volledige conclusie luidt dus:

In de directieve therapie is de zogenaamde persoonlijkheidsstoornis dat aspect van de patiënt dat de therapeut moet zien mee te krijgen in de behandeling van stoornissen op As I.

Referenties

- APA (American Psychiatric Association) (1980). *DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) (1987). *DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barendregt, J.T. (1977). *Karakters van en naar Theophrastus*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Carnegie, D. (1936). *How to make friends and influence people*. Een vertaling van de herziene versie uit 1981 verscheen in 1984: *Zo maakt u vrienden en goede relaties*. Amsterdam: Omega Boek.
- Cattell, R. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*. Chicago: Aldine.
- Dyck, R. Van, Velden, K. van der, Emmelkamp, P.M.G. (1991). Algemene therapiefactoren, eclecticisme en indicatiestelling. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek psychopathologie 2*. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Erven. ... van (1991). *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie 1991-1992*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Eysenck, H.J. (1965). *The Scientific Study of Personality*. New York: McMillan.
- Freeman, C.P. (1983). Personality Disorder. In Kendell R.E. & Zeally (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Goldmann, H.M. (1990). *Klanten maken, klanten houden. Een praktijkboek voor succesvol verkopen*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Hoogduin, C.A.L. (1988). *Persoonlijke mededeling*.
- Kousbroek, R. (z.j.). *De aaibaarheidsfactor*. Amsterdam: De Harmonie.
- Lion, J.R. (Ed.) (1981). *Personality Disorders. Diagnosis and Management. Revised for DSM-III. Second Edition*. Baltimore/London: Williams and Wilkins.
- Tuinier, S. (1989). *De psychiater en de wilde man. Een veldstudie over de relatie psychiatrisch syndroom en criminaliteit*. Proefschrift, VU Amsterdam.
- Velden, K. van der (1977). Inleiding. In: K. van der Velden (red.) *Directieve therapie I*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (1989). Bij een behandeling van depressie en dwang. *Directieve therapie* 9 (3), 227-234.
- Vaillant G.E. & Perry, J.C. (1985). Personality Disorders. In: Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV, Volume One, Fourth Edition*. Baltimore/London: Williams & Wilkins.
- Waal, W.J. de (1988). *De drempel van de instituutpsychotherapie*. Proefschrift, KU Nijmegen.
- Widiger, T.A., Frances, A., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (1988). The DSM-III-R Personality Disorders: An Overview. *Am. J. Psychiatry* 145:7, July 1988.