



TDT
Tijdschrift
voor
directieve
therapie
◇
Jaargang 16
Nummer 1
Oktober 1991



1991

Tijdschrift voor directieve therapie

Jaargang 16 Nummer 1 Oktober 1991

Ten geleide

Kees Hoogduin

1

Kees is opgelucht en groet u allen 4

Hans van Beusekom,
Kees Hoogduin &
Alette Hansen

De behandeling van een vrouw met obsessies 7

Alfred Lange

Bij: Secrets of the Couch 23

Ronald Evers &
Kees van der Velden

Cognitieve interventies bij patiënten met waan-
achtige ideeën 26

Dick Oudshoorn

Hardnekkige enuresis nocturna 60

Leen Joele

Het leven is niet chronisch 75

Kees Hoogduin,
Pieter Kop
& Cas Schaap

Leertheorie en dwang 88

Alfred Lange
Dick Oudshoorn

De collegen de Joff - een multidimensionale
analyse van een eerste Sovjet-Nederlandse
Verstap van een eerste Sovjet-Nederlandse
Redactie conferentie 114

Kees van der Velden

Dick Oudshoorn

Leen Joele

Kees Hoogduin

Richard Van Dyck

Alfred Lange

Buiten de orde,
Leven en Schrijven 118

Ten Geleide

Het is lang geleden dat wij bijeenkwamen.

Wat was het gezellig en leerzaam!, en toch bleek het te bezwaarlijk een afspraak voor een volgende bijeenkomst te maken.

Wat kan hiervan de oorzaak zijn?

Niet zo moeilijk te beantwoorden vraag. Uw en ons leven is immers een aaneenschakeling van verplichtingen geworden.

De een wordt er gedeprimeerd onder, de ander dysphoor, een derde reageert met angstklachten en neemt imipramine, een vierde ontwikkelt een hypomaan beeld - ieder naar eigen aard en kunnen.

Volgende vraag: Waarom doen wij ons dit zelf aan?

Niet zo moeilijk te beantwoorden, deze vraag. Omdat wij uit gedeprimeerdheid, ontstemming, paniek of onnatuurlijke overmoed niet meer weten hoe onze agenda te beheren.

Een tegenwerping kan luiden dat wij dit onszelf mogelijk uit eerzucht aandoen.

Deze tegenwerping is niet sterk. Wij zijn immers niet dom.

Uit een korte wandeling door De Slegte en een tocht over het kerkhof kunnen wij leren dat wij van veel werken helemaal niet beroemd worden. Wie beroemd werd maakte iets prachtigs, hetzij groot hetzij klein, uit talent of bij toeval, dat bij toeval niet vergeten werd.

Niets wijst erop dat een gejaagd leven tot mooie wetenschappelijke of artistieke resultaten leidt.

Uit deze korte beschouwing kan worden afgeleid dat wij, reeds zestien jaar vrienden, allen rond de vijftig, rijp zijn voor het zogeheten burn-out syndroom, wat eigenlijk alleen maar betekent dat wij het ZAT zijn.

Het is inmiddels onze overtuiging dat geen verplichting, hoe vererend of noodzakelijk ook, ook maar enigermate het belang van een bijeenkomst van vrienden kan benaderen. De wetenschap zal ons na ons pensioen of emiritaat snel zijn vergeten, maar bij onze vrienden, echtgenotes, vriendinnen en kinderen leven wij voort, ook na onze ras naderende dood - liefst in de vorm van anekdotes die tot ontroering, vrolijkheid en erkentelijkheid leiden. (In deze anekdotes dienen onzes inziens ook herinneringen aan ons drankgebruik terug te keren, maar dit geldt misschien alleen voor degenen die hun geestelijke nalatenschap *perfect* willen organiseren.)

Dit, waarde lezer, was een bespiegeling.

Thans het voorliggende nummer.

Dit opent met een alleszins opmerkelijk verhaal.

Het vervolgt met een beschouwing waarvan sommigen van ons reeds in een ander kader mochten kennisnemen.

Aansluitend lezen wij een verhaal waarin de beroepsethiek

een rol speelt.

Dan volgt een lezenswaardig artikel over cognitieve therapie. (In de definitieve versie, die in het novembernummer van Dth verschijnt, is het AIDS-verhaal weggelaten. Wij voelden zelf wel aan dat dit niet kon.)

Wie dit stuk uit heeft stuit op een nieuwe bijdrage over het immer boeiende thema bedplassen, waarna de tekst volgt van een toespraak waarmee professor Van Andel werd uitgeluid (Van Andel? Wie was dat? Is er ooit een Van Andel geweest?).

Het nummer besluit met een leerzame verhandeling over de bijdrage die de leertheorie kan leveren aan het begrijpen van dwangstoornissen.

In dit nummer mist U een bijdrage van Van Dyck. 't Is niet dat hij geen kopij had. Hij verzuimde slechts deze in te sturen.

Veel liefs van Uw

Hoofdredacteur

Kees is opgelucht en groet u allen.

Kees Hoogduin.

We hebben het druk. Soms gaat het ons goed en soms wat minder. Er zijn mensen die van ons houden en er zijn mensen die het niet erg vinden als het ons minder goed gaat. Zo werd ik opgebeld door een goede vriend, die vroeg wat er toch met me aan de hand was. Hij had een annonce gelezen in het Algemeen Dagblad van 9 april 1991. Hij meende daaruit op te moeten maken, dat ik nu eindelijk gek geworden was. Ik vertelde hem dat ik geen annonce had geplaatst, maar hij deed daarop wat lacherig. Hij was de eerste. Weldra hoorde ik dat Philip Spinhoven zich afvroeg of Kees Hoogduin eindelijk manisch geworden was. Hij was de tweede. Intussen wilde ik zelf wel eens weten of ik manisch geworden was en ik ging dus achter die krant aan (zie bijlage). C.A. (Kees) Hoogduin was vrijgesproken en sprak van "Wat is zoeter dan honing, wat is sterker dan een leeuw?" Bovendien was hij opgelucht en hij verbleef in het Westeinde Ziekenhuis.

Het is zo raar zo'n advertentie te zien, die je zelf geplaatst hebt en waarvan je niet weet dat je die geplaatst hebt. Dan ontstaat er een merkwaardige gedachte: Wie heeft hem wel geplaatst? En waarom? En waarom was ik in het Westeinde Ziekenhuis ondergebracht door de opsteller van de advertentie? Ik ging het rijtje eens langs van mensen die het kwaad met me voor zouden kunnen hebben. Ik kan jullie mededelen dat het rijtje meeviel. In feite waren er maar twee mensen van wie ik me kon voorstellen dat zij een dergelijke actie zouden ondernemen. Eén ervan was een manische patiënte die ik een week voor het verschijnen van de advertentie gesproken had en met wie het niet goed ging. In het verleden was ze altijd zeer op haar dokter gesteld geweest, maar sinds een jaar of acht was zij bij een collega onder behandeling. Zij zou het gedaan kunnen hebben. De ander was iemand die me al jarenlang meer in algemene zin een kwaad hart toedroeg en nooit naliet om dat weer eens te verkondigen, niet omdat ik deze heer persoonlijk willens en wetens leed had berokkend maar meer omdat mijn gedrag - op zich was dat adequaat en verdedigbaar geweest - niet aan zijn verwachtingen had voldaan, verwachtingen die niet geheel redelijk en reëel waren. Al met al kon ik me het ook weer niet echt voorstellen. Ik dacht toen, ach, het gaat natuurlijk niet om Kees Hoogduin, maar het gaat om Kees Hoogduin. Toen draaide ik het tele-

ers 1e en 2e paasdag geënd. ¼ dames en heren jassen f 199,- leren, leren dames in heren jacks f 159,- wijde brene rokken nu f 129,- leren broeken f 129,- leren jurken f 199,- leren motorjassen en broeken f 159,- kinder leren en suede jacks f 89,- truien en vesten met leder f 79,90. Ook gespecialiseerd in grote maten. Tegen inlevering van deze advertentie f 100,- korting bij aankoop van boven f 699,- Zondag's geopend en Vrijdagnavond tot 9 u. in Baarle-Nassau Weverstr. 4 Industrieterrein 04257-8960. Helmond Hurksestr. 21 04920-22923 Den Haag-C Schoolstr. 4 070-3653279. Sluis Nieuwstr. 4/6 01178-2168.

LESSEN 810

!! Gegarandeerd geldig !! Rijbewijzen (A, B, C of D) binnen 8 dagen op de Ned. Ant. Inf.: Saba Driving Organisation nr Kvk R'dam 187826. Tel. 010-4373530/020-6163531 (7 dg / wk 24u/dg). ! Betrouwbaar en verzorgd !

T.k. TAALCURSUSSEN: Spaans, Frans, Eng., Ital., Duits en Russ. Met 7 cass. en bijles. Wegens herdruk van 1/30 Nu f 140. Hindi, Thai, Pools, Deens e.a. f 220. Uitgeverij Sitas 05147-1700.

Ben je 18 en geslaagd voor je theorie 10 Daags rijleskamp f 1525. 14 daags rijleskamp f 1995. In mei nog enkele dagen vrij. Inl. Verkeersopb. Centrum Kickersbloem, 01898-16984 of 24681.

Verkeersschool OSCAR, div. auto's, vrachtw., motor, ccvb opl. te les f 2,95 en vervolg f 37,50 voor meer info. Tel. 010-4154213 / 4157404.

Verkeersschool SPRINT. 1e les f 2,95, theorielessen gratis. Ook voor spoedopleiding a f 1015. Tel. 010-4770082 bgg 4334607.

Zonder omwegen Uw rijbewijs! Bel voor 'n SPOEDCURSUS gratis het centrale nr. 06-0229.229.

Wilt u een eerlijke en vlotte RIJOPLEIDING. Bel dan 06-53-241. "Ook 10 daagse opleiding".

Rijbewijs op SABA (Ned. Ant.) Alle cat. in 8 dgn mog., v.a. f 3.600. Inl. 04750-32428, of 02908-3098.

LET OP haal uw rijbewijs in 2,4 of 8 weken, 1e 4 lessen f 79, vervolglessen f 42,50. Bel snel voor inl. 010-4624476

Haal Uw RIJBEWIJS in mog. 8 dgn op de Ned. Ant. Bel auto-rij school Calloe 070-3898509

Voor een goede lichaamsmassage, bel 070-3991585. Salon Carma, gedipl. masseuse.

5-daagse motor-rijopl. Motorrij school Rene Vlot. P.a. MOTORHUIS SAFE 010-4928504

Verkeersch. AVANTI, binnen 8 wkn. uw rijbewijs f 995,- gespr bet mog 010-4212630

'EMINENT' 1e 5 rijlessen f 150, Gratis theorie. 010-4650605 na 18 u. 4622910.

Weer gezakt! Haal uw rijbewijs op de ned.ant. in 8dg f 3495. Rij school Caribe 010-4281015



BREDA Schijfkamille en Tienbunder

Ruime halfvrijst. HERENHUIZEN met garage 18 tot 24 m2. Fr. architectuur. Luxe afwerking. Ligging nabij plants., scholen, winkelcentrum en sportvelden in de Haagse Beemden. Bouwplan v. 20 woningen; inh. ca. 610 tot 665 m3. Opp. ca. 236-325 m2.

Indeling: royale hal, toilet met fontein, provisiekast, keuken 2.70x3.60 m, woonkamer 50 tot 63 m2.

1e verd.: badkamer met ligbad, douche, toilet en 2 v. w., 3 slpk. resp. 2.70x5.80 m, 2.70x5.20 m en 2.70x5.20 m, evt. berging boven garage van 27 m3. 2e verdieping: (via vaste trap) zeer royale zolder.

2e PAASDAG OPEN HUIS op locatie van 14.00 tot 16.00 uur

Koopsom f 278.000,- vanaf/von

Gennekenweg 310 Breda. Tel. 076-659215



Aan een ieder die het lezen wil.

Op 25 maart 1991 wees het Gerechtshof te 's-Gravenhage in hoger beroep vonnis omtrent C. A. (Kees) Hoogduin en sprak hem vrij van het ten laste gelegde.

Kees biedt allen die (ernstig) ongemak ondervonden van zijn daden zijn oprechte verontschuldiging aan; dankt uit heel zijn hart al diegenen die hem 'trouw bleven' en vergeeft hen die zich van hem afwendden. Zegt hen die ernstig misbruik maakten van de situatie: „Wat is zoeter dan honing, wat is sterker dan een leeuw?“

Een zeer opgeluchte Kees Hoogduin groet u allen. Tijdelijk adres: Westeinde Ziekenhuis, Den Haag.

MUZIEK 811

Piano's met ? % - Vleugels met ? %

Cherny K	f 4.495	voor f 2.995
Irmbach	f 6.995	voor f 5.575
Yamaha	f 11.750	voor f 8.450
Zimmerman	f 5.595	voor f 2.798
Eterna	f 7.225	voor f 4.995
August Förster*	f 6.935	voor f 3.195
Kawai	f 5.990	voor f 3.939
Lippmann	f 6.645	voor f 4.890
Bechstein*	f 35.830	voor f 18.900
Yamaha vleugel*	f 41.500	voor f 18.900
Yamaha vleugel*	f 24.500	voor f 14.900
Kawai vleugel*	f 17.990	voor f 11.300

*** Lentevoordeel - * in staat van nieuw**
Keuze uit 35 merken. Huur/lease va f 50 p.m. Mooie gebr. piano's/vleugels. Transport gratis. Westersingel 42, Rotterdam. Bel 010-4363500. Van Urk. Vertrouwen sinds 1898.

PIANO'S - vleugels - orgels (populair & klassiek) - keyboards - kleinzak - gescheiden afdelingen, nieuw en gebruikt. Huur met recht van koop v.a. f 65,- p.m. Sommer Muziekcentrum, Arkelstr. 41, Gorinchem. 01830-31707.

PIANO-OCCASIONS in een ongekende keuze uit topmerken vanaf f 1000. Poppeliers Culemborg, Plantijnweg 29, Industrieterrein Pavijen. Tel. 03450-20999.

Keyboards, electr. piano's orgels piano's en accordeons (alle merken), deze week met enorme KORTINGEN, i.v.m. verbouwing. Verwey, Voorstr. 349, Dordrecht 078-313266.

PIANO WORKSHOP: 400 m2 vol piano's/vleugels. Nw/occ. NwKerk a/d IJ. 01803-16313.

POSTORDERS 812

Privé gefilmde porno-videos met particulieren. Contact-videos tel. 06-52158218.



PAK DEZE KANS!!
herhaling van onze aanbieding van 't-jaar 1990 waarvan 1400 (!) personen gebruik maakten!

exclusief samenwerk AIR CHINA

Supervoordelige 10-daagse SPECIA

BEIJING

iedere week vanaf 31 maart t/m 27 oktober voor de ongelooflijke prijs van 1998

Goed nieuws voor heel velen! Want door de werkelijk overstelpende belang voor onze 10-daagse stedenspecial naar China's hoofdstad BEIJING 1990 moesten we veel mensen teleurstellen. Maar STERPRODUKTIE: geslaagd de afspraken met het LUXE HOTEL BEIJING INTERNATIONAL (kelijk in het hartje van de stad en dus vlakbij het Plein van de Hemelse Verboden Stad!) en AIR CHINA nog eens exclusief voor een heel se continueren. En dus kunt u ook dit jaar gebruik maken van deze kans: een werkelijke spotprijs met een andere wereld kennis te maken. Niet dan 1400 (!) lezers maakten in 1990 gebruik van deze kans en zonder dering kwamen ze enthousiast en zeer onder de indruk terug. Voor n tweeduizend gulden brengen we u per luxe touringcar vanuit diverse landse plaatsen naar Berlijn. Vandaar vliegen we met een nieuwe en co bele Boeing 767 naar Beijing om daar intrek te nemen in het luxe hotel International. Uw kamer is voorzien van badkamer, toilet, radio, minibar en kabeltelevisie. Het hotel beschikt o.a. over shopping-centre, o zwembad, diverse restaurants enzovoort! U kunt BEIJING op eigen ho, rennen maar voor maar f 298,- (!) kunt u intekenen op een excursiepro, dat naar liefst 5 tochten omvat. Waartoe een tocht naar DE VERBODEN STAD en indrukwekkende H-TEMPEL (incl. lunch), naar DE GROTE MUUR en de MING GRAVE (incl. lunch), een STADSRONDRIT BEIJING, naar de TEMPELS VAN DE LICHTBOEDDHA en DE TEMPEL VAN DE BLAUWE WOLKEN en naar het wekkende ZOMERPALEIS. Op deze manier ziet u alle belangrijkste b waardigheden van BEIJING en omgeving. Bij de basisreissom van f 19 samenvattend, inbegrepen: de transfer met overnachting naar en vanaf de vlucht per nieuwe Boeing 767 van Berlijn naar Beijing en terug, het op basis van logies met ZEER UITGEBREID ONTBUTBUFFET in het lux ING INTERNATIONAL HOTEL, eerste klas Nederlandse reisleiding in C de transfers van vliegveld naar hotel en terug! Ongelooflijk maar waar. ER IS EEN ZEER UITGEBREIDE PROGRAMMABESCHRIJVING VERKRIJ

Inlichtingen en boekingen: Sterproducties / KRAS Stervakanties Ritsevoort 52 te 1811 DP Alkmaar Telefoon: 072 - 15 80 60 Ook ons reisburo: Hoogstraat 47a, Rotterdam

RADIO EN TV 813

K.T.V. SNELSERVICE gebeld uw TV/video direct hersteld prijsopp. + gar., geen voorrijk. dag-av-serv. per mobilof. wagen. Voordelig en Vertrouwd. 010-4588697 (k.v.k. 158549)

REP. TV géén hoge rep. kosten. Dag/av./wkend, geen voorrijk. 3 mnd. gr. Tel. 010-4262996/4707143. Lid Uneto (let op! Géén sjacheraar).

Rep. KTV video dag av. serv. Service door heel Zuid Holl. d.m.v. mobilof. techn. Buro de Jong. Lid Uneto 010-4840018 Paul Krugerstraat 127 R'dam.

Let op grootste keuze inr. KTV's va f 199 TV Paleis, Strevelsweg 13, 010-4845783

RIJWIELEN EN BROMFIETSEN 815

Voor verzamelaar! 1x Mobylette 4x Solex. 1x Rap. 1x Moton Nova. 01892-16403.

± 1000 NIEUWE RIJlichte lakschade w.o. ra trimrijw., Holl. spc vouw-kinder-oma-er fietsen. Hoge korting merk. rijw. voorradig, vo en service. Walenburg 36, 010-4653223.

Voor een bromfiets, scoor snorfiets dan VAN SCHOT bellen Het groot goedkoopste adres. Tel 4810835

± 400 GEBRUIKTE-RIJLEN alle soorten 3 mnd Mast Kralingseweg 40 dam. Tel. 010-4524650.

PUCH MAXI, paars met. paint, gouden sterw., i:z f 700,- 010-4845314

Ontdek de waardevolle l van een TIP. Het plaatse een TIP is zo eenvoudig 010-4066066. 20 lijner speciaal voor u gereser U wordt snel, efficiër vriendelijk geholpen, zo adviseren wij u met de Verbaas u niet over de vice, maar verbaas u ov resultaat.

foonnummer van de portier van het Westeinde Ziekenhuis en ik zei: "Ik wil Kees Hoogduin bezoeken, op welke verdieping ligt hij, en op welke kamer?" De portier antwoordde: "Een ogenblik. U bedoelt C.A. Hoogduin?", "Ja, ik bedoel C.A. Hoogduin.", "Die ligt op de zevende." Ik dankte hem hartelijk, en met een zucht van opluchting dacht ik: Zie je wel, wat een toeval.

Een zeer opgeluchte Kees Hoogduin groet u allen. Adres: Zoeterwoudsingel, Leiden.

DE BEHANDELING VAN EEN VROUW MET OBSESSIES
(HARMING THOUGHTS)

Hans van Beusekom
Kees Hoogduin
Alette Hansen

Drs. H. van Beusekom is als psycholoog verbonden aan de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin is hoogleraar Psychopathologie aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer, K.U. Nijmegen, hoofd Psychiatrische Polikliniek Delft, medewerker Instituut Patiëntgebonden Psychiatrisch Onderzoek, Den Haag.

Drs. A. Hansen is eveneens als psycholoog verbonden aan de Psychiatrische Polikliniek Delft.

Correspondentie-adres:

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin,
Zoeterwoudsesingel 77,
2313 EL LEIDEN.

De behandeling van een vrouw met dwanggedachten (harming thoughts).

Samenvatting.

Inmiddels is overtuigend aangetoond dat een behandeling met exposure en responspreventie succesvol is voor patiënten met dwanghandelingen. Er bestaan echter weinig onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat deze behandeling ook een bruikbare benadering is voor patiënten met alleen maar dwanggedachten.

In een open onderzoek (Hoogduin et al., 1990) bleek 73% van de patiënten met alleen dwanggedachten baat te hebben van een behandeling, die gebaseerd was op exposure en responspreventie. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen van Kirk (1983).

In dit artikel wordt een voorbeeld gegeven van een dergelijke behandeling. Er wordt speciaal aandacht besteed aan de problemen die zich voordeden gedurende de behandeling.

Summary

There is a convincing evidence that the combination of exposure and response prevention is an effective treatment for patients with compulsions. However, little empirical evidence has been found to call this treatment a useful approach for obsessions.

In an open study (Hoogduin et al., 1990) 73% of the patients with ob-

sessions only benefited from treatment based on exposure and response prevention. This result concurs with the findings of Kirk (1983).

In this article the case-history of a woman with harming obsessions is given. Particular attention is given to what problems can arise during treatment.

De behandeling van een vrouw met dwanggedachten (harming thoughts).

1. Inleiding

Er zijn enige aanwijzingen dat patiënten met alleen dwanggedachten of obsessies eveneens kunnen profiteren van een behandeling bestaande uit exposure en responspreventie. Het probleem bij de behandeling van deze patiënten is gelegen in het feit dat de klachten zich geheel in de gedachtenwereld van de patiënt afspelen.

In DSM-III-R worden de dwanggedachten als volgt gekenmerkt

- Terugkerende, herdnekkige ideeën, gedachten, impulsen of voorstellingen die ten minste in het begin beleefd worden als opgedrongen en zinloos.
- De patiënt probeert deze gedachten of impulsen te negeren, te onderdrukken, of te neutraliseren.
- De patiënt is zich ervan bewust dat de dwanggedachten wel gedachten van hemzelf zijn.

Deze obsessies worden als niet acceptabel en ongewenst beleefd, en in hun algemeenheid brengen ze angst en onrust bij betrokkene te weeg. De inhoud van een dwanggedachte is weerzinwekkend, kwellend, godslasterlijk, obscene of ongerijmd - dan wel dit alles tegelijkertijd (Rachman & Hodgson, 1980).

Gecontroleerd onderzoek naar de behandeling van obsessies neemt nog een bescheiden plaats in. Dit in tegenstelling tot het onderzoek naar

de behandeling van patiënten, die dwanghandelingen uitvoeren. Het feit dat obsessies zich uitsluitend op een cognitief niveau afspelen, en daardoor moeilijker te observeren en te meten zijn dan direct waarneembaar gedrag, zal hierbij een rol spelen (Rachman, 1983). Ook het gegeven dat een grote meerderheid van de patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis dwanghandelingen verrichten, speelt hierbij waarschijnlijk een rol. (Kirk, 1983; Hoogduin et al., 1989). Dwanggedachten kunnen ook aanleiding geven tot vermijdingsgedrag, nl. wanneer dwanggedachten opgewekt worden door bepaalde omstandigheden, bijv. een patiënt die bij het zien van jonge kinderen de gedachte kreeg "Als ik het kind maar niet plotseling ga wurgen". Een gevolg hiervan was dat zij de situatie waar jonge kinderen waren, ging vermijden.

De hier voorgestelde behandeling bestaat uit exposure (het opheffen van vermijdingsgedrag) en responspreventie (het beëindigen van de neutraliserende activiteiten)(Rachman, 1976; Rachman & Hodgson, 1980). Bij dit behandelingsmodel wordt uitgegaan van de optie dat de patiënt de paniek, angst en spanning, die de dwanggedachten begeleiden, probeert te neutraliseren met behulp van cognitieve rituelen, bijvoorbeeld door het opzeggen van korte gebedjes, of door in gedachte tellen (zie Hoogduin et al., 1977).

De behandeling kan samengesteld worden uit de volgende elementen:

- Zelfregistratie.
- Het zichzelf blootstellen aan de angstwekkende gedachten door de gedachten op bepaalde tijden zelf op te roepen en er gedurende enige tijd gericht aan te denken.

- Situaties die de patiënt vermijdt, omdat deze aanleiding geven tot het ontstaan van dwanggedachten worden niet langer vermeden.
- Spontane dwanggedachten worden beschouwd als gelegenheden om extra te oefenen.
- Het beëindigen van de neutraliserende activiteiten, met name het stoppen van cognitieve rituelen. Dit alles in een geleidelijk, voor de patiënt aanvaardbaar tempo. De directe aanpak van de neutraliserende activiteiten kan op twee manieren bewerkstelligd worden:
 - met behulp van stimulus-responsinterventies. Na de dwanggedachten wordt een activiteit uitgevoerd die de kans op het uitvoeren van een cognitief ritueel verkleint, de patiënt verricht bijvoorbeeld kortdurende motorische inspanningen of huishoudelijk werk waardoor de mogelijkheid de cognitieve rituelen zorgvuldig uit te voeren afneemt.
 - Het bereiken van het moment van geruststelling (na het afwikkelen van de neutraliserende activiteiten zoals rituelen of vraaggedrag) kan consequent gevolgd worden door een bepaalde vorm van zelfbestrafing, bijvoorbeeld door activiteiten te moeten ondernemen die op zich nuttig zijn, maar die de patiënt inspanning kosten zoals sporten, achterstallig werk, brieven schrijven, of op bezoek gaan.

In een open onderzoek werden 26 patiënten op deze manier behandeld (Hoogduin et al., 1990). Van deze 26 patiënten bleken er 19 een verbetering van meer dan 30% te vertonen na een behandeling van tien zittingen. Bij follow-up 12-36 maanden na de behandeling bleken 16 patiënten nog een reductie van meer dan 30% van de dwanggedachten te

hebben.

Metingen op de Zung Selfrating Depression Scale (1965), de state-trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970) en de Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976) lieten zien dat depressiviteit, angst, en dwangmatig gedrag significant afgenomen waren na tien zittingen en verder verlaagd bleken bij follow-up.

In het hierna volgende worden aan de hand van een gevalsbeschrijving enkele problemen gepresenteerd die optraden bij de behandeling van een patiënte met dwanggedachten.

2. Gevalsbeschrijving

Mevrouw Peters is 58 jaar wanneer zij zich voor behandeling aanmeldt. Bij het eerste gesprek maakt zij een vriendelijk indruk. Ze is goed verzorgd en het contact wordt gemakkelijk gelegd. Zij vertelt sinds haar 38ste jaar last te hebben van gedachten, die haar de hele dag kwellen. Ze denkt aan iemand en vindt vervolgens dat ze dat niet had moeten denken. Vervolgens moet ze vele malen in gedachten herhalen dat ze dat eigenlijk niet had willen denken. De gedachten hebben soms een nogal banale inhoud.

De laatste jaren gaat ze vooral gebukt onder de gedachte dat iemand iets naars zal overkomen door haar toedoen. Ze meent dat alleen al door gedacht te hebben dat iemand ziek zou kunnen worden, de betrokkene ook werkelijk ziek zal worden. Deze gedachten worden egodystoon en intrusief beleefd. Na zo'n nare gedachte moet ze op even dagen

12 keer "Het zal niet gebeuren." of op oneven dagen 26 keer "Dat meen ik niet echt." denken.

Patiënt voldoet niet aan de criteria voor een dwangmatige persoonlijkheid (DSM-III-R). Perfectionistisch is ze niet, ze is vriendelijk en meegaand. Ze is wel toegewijd aan haar werk als kleuterleidster. Ze is een warme, aardige vrouw. Vóór het tijdperk van de DSM-III-R zou de diagnose psychasthenie geluid hebben.

3. De behandeling

Het probleemgedrag van deze patiënt zou men als volgt schematisch kunnen voorstellen:

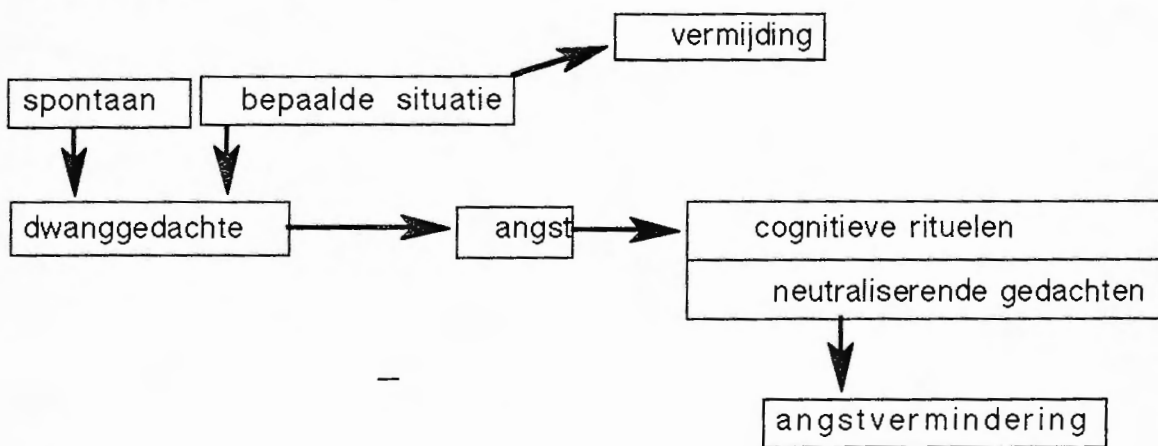


Fig. 1: Schematische weergave van de symptomatologie.

Verder bleek dat rust en ontspanning tot een vermindering van het symptoomgedrag leidde.

De behandeling bestond uit de volgende elementen:

1. Zelfregistratie

2. Contingentie-management: In aansluiting aan neutraliserende gedachten werden door patiënte gedurende een bepaalde periode diverse consequenties uitgevoerd. Zij mocht gedurende deze periode de dwanggedachten alleen op een 'onprettige' plaats uitdenken.
3. Ontspanningsoefeningen . Elke dag werden deze met behulp van een meegegeven geluidscassette geoefend.
4. Cognitieve herstructurering: De dwanggedachten werden geïnterpreteerd als een gevolg van haar goedaardig karakter. Ze was zo gewetensvol dat ze zelfs het hebben van onaardige gedachten - iets dat iedereen kent - blijkbaar al onaanvaardbaar vond.
5. Exposure.

Tijdens de zittingen werd het programma bijgesteld en patiënte gemotiveerd door te gaan met haar programma. Hier volgen enige voorbeelden hoe deze motivering verliep:

- het is een strijd tegen guerrilla's. Men kan er niet echt voor wegkruipen, want ze komen steeds terug. De enige manier is vechten;
- het is normaal dat er af en toe een dergelijke terugval plaatsvindt;
- de vooruitgang is toch zeker niet slecht te noemen vergeleken bij andere patiënten;
- u kunt niet verwachten dat een probleem, dat al zo lang bestaat in enige maanden weg is;
- geen enkel mens kan zich verantwoordelijk voelen voor al zijn eigen gedachten. Ze zijn als vallende bladeren van een boom, de een is mooier dan de andere (Hoogduin, 1989).

3. Resultaten

Op verschillende tijdstippen werden metingen verricht: bij aanvang van de therapie, na tien zittingen, vier maanden na beëindiging van de therapie, en twee jaar na beëindiging van de therapie. De volgende variabelen werd gemeten: *angst* met de Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV; Spielberger, 1970), *depressie* met de depressievragenlijst van Zung (Zung, 1965), *dwangmatig gedrag* met behulp van de IDB (Kraai-maat & Van Dam-Baggen, 1976), en de *therapeutische relatie* met behulp van de Nederlandstalige bewerking van Barrett-Lenard's Relationship Inventory (Lietard, 1970). Tabel 1 geeft de resultaten van deze metingen weer.

Tabel 1: Resultaten van de metingen.

	aanvang	10 zit.	follow-up 4 mnd.	follow-up 2 jr.
Spielberger angst trait state	55 33	41 33	24 20	41 22
Zung depressie vragenlijst	42	37	21	25
IDB	86	54	39	37
Lietard patiënt	145	142		
therapeut	121	133		

Duidelijk is te zien dat angst, depressiviteit en dwangmatig gedrag afnamen tijdens de behandeling. De score op de therapeutische relatie-vragenlijst duidt op een hoge patiënt- en therapeutwaardering van

deze relatie.

Bovendien hield zij een zelfregistratie bij van het aantal uren dwanggedachten per dag. Figuur 2 geeft de resultaten hiervan weer.

Ook werd gebruik gemaakt van de vijf-situaties-angstschaal (Emmelkamp, 1982). Hierbij werden vijf situaties geformuleerd die voor patiënt aanleiding gaven tot angsten. Deze werden op verschillende meetmomenten op een achtpuntsschaal gescoord door patiënt, therapeut en door een onafhankelijke beoordelaar. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is: "U denkt dat er iets ergs met uw moeder is gebeurd. Hoeveel angst of spanning voelt u als u daaraan denkt?"

Hier figuur 2

Figuur 2: Grafische weergave van het aantal uren dwanggedachten en cognitieve rituelen per dag.

Tabel 2: scores van de vijf-situatie-angstschaal op verschillende meetmomenten.

	aanvang	10 zittingen	follow-up na 4 mnd.
Patiënt	30	10	4
Therapeut	29	10	6
Onafhankelijk beoordelaar	29	11	6

Max.score is 40 (5x8). min. score is 0 (5x0).

Bij follow-up na 4 maanden vertelde ze: "Als ik in mijn auto zit, kan ik nu rustig over dingen nadenken. Vroeger had ik het te druk met mijn dwanggedachten en ging er zo veel aan me voorbij. De behandeling noemt ze uiteindelijk 'een wonder'; ze had nooit gedacht nog eens van de obsessies af te komen. Ze voelt zich gelukkig en zonder psychische problemen.

4. Moeilijkheden bij de behandeling

- Hoewel patiënt geen uitgebreid vermijdingsgedrag vertoonde bleek het volgende: Bij bepaalde gedachten mocht zij bepaalde dingen niet doen, of soms bij bepaalde gedachten juist weer wel. Zo gold bij voorbeeld op een bepaalde dag "Rood hoort bij dood"; dat had dan tot gevolg dat patiënt die dag vermeed rode kleren te dragen. Om dat vermijdingsgedrag te doorbreken werd afgesproken dat zij steeds van te voren zou bepalen wat zij zou dragen en dit werd in een agenda vastgelegd.

- Hoewel in het begin van de therapie de maatregel dat neutraliserende gedachten alleen in de gang (een onprettige plaats) uitgedacht mochten worden effectief bleek, werd het effect gaandeweg steeds minder. Op dat moment werd er een zwaardere consequentie aan gekoppeld. Patiënte zou nu aerobic-oefeningen doen in de gang in aansluiting aan de wens dwanggedachten te neutraliseren. Deze maatregel bleek effectief: patiënte bleef vaker in de huiskamer en zocht afleiding om de neutraliserende gedachten te voorkomen en uit weerstand tegen de voortdurende aerobic-oefeningen

- Een crisis ontstond toen een bepaalde gedachte toch uitkwam; er overleed een ver familielid. Patiënt voelde zich schuldig: Misschien was het wel gekomen doordat zij haar rituelen niet had uitgevoerd. Crisisinterventie door de therapeut bestond voornamelijk uit de uitleg "Wanneer zij zich voortdurend bezig hield met nare dingen die mensen uit haar omgeving zouden kunnen overkomen, dan zou er een moment komen - iedereen maakt van tijd tot tijd iets ernstigs mee - dat ze als het ware gelijk had. Van belang is zich te realiseren hoe vaak het allemaal niet uitkwam."
- De dwanggedachten bleken hardnekkig. Hoewel patiënt zich in de beginfase goed inzette, bleven de gedachten maar terugkomen. Het was dan ook niet geheel onbegrijpelijk dat patiënt op een gegeven ogenblik zei dat de moed haar soms in de schoenen zakte. Tijdelijk werd toen besloten dat de sancties, consequenties en afspraken voortaan alleen nog op werkdagen zouden gelden, zodat patiënt in de week-enden enigszins kon bijkomen.
- Een ander probleem dat speelde was dat patiënt de verantwoordelijkheid aan de therapeut gaf. Zij kon het neutraliseren wel nalaten met de gedachte dat als er iets ergs zou gebeuren dit dan de schuld van de therapeut zou zijn. Tijdelijk leek dit niet zo'n ernstig probleem, omdat er toch een verandering in de gedragssequentie werd bereikt, maar uiteindelijk was dit niet gewenst want uiteraard was dit op zich weer een neutraliserende gedachte. Dit werd met haar besproken en vervolgens als een neutraliserende gedachte in het programma opgenomen.

5. Slot

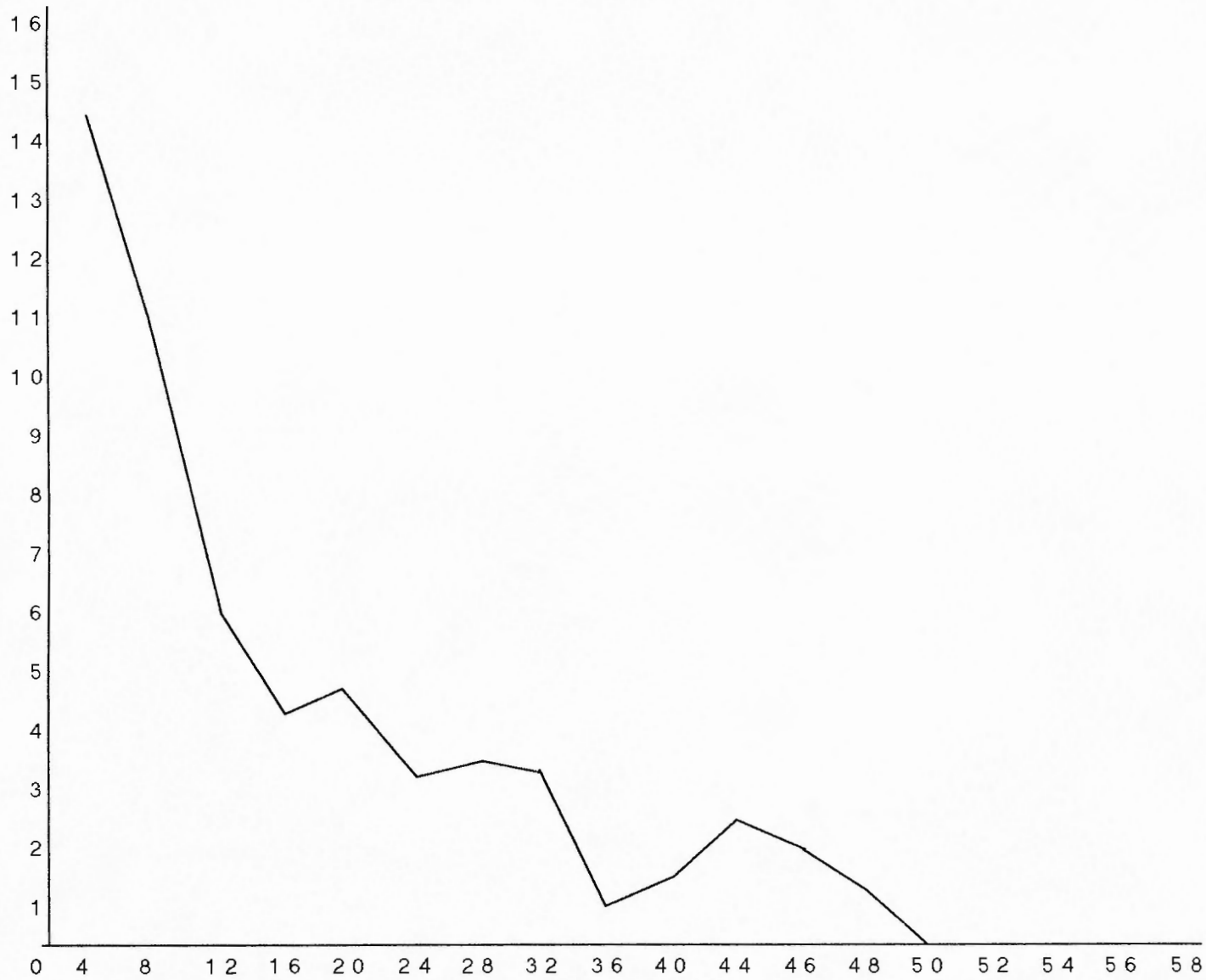
Dat patiënt, zeker in de beginfase, sterk op de therapeut steunde, komt ook tot uitdrukking in de waardering van de therapeutische relatie. De score op de R.I. was 145. Gemiddeld bedraagt de score van patiënten met een dwangneurose 133, s.d. 25 (Hoogduin et al., 1988).

De behandeling van deze aardige vrouw met dwanggedachten verliep zeer voorspoedig. Toch was het leven van patiënte al twintig jaar door deze klachten verzuurd. Meestal houden patiënten enige restverschijnselen over na behandeling. Het meest belangrijke voor deze patiënten is toch dat ze niet langer speelbal van de dwangstoornis zijn. Ze hebben een vaardigheid geleerd beter met de dwang om te gaan. Het verwerven van de vaardigheid om beter met de dwang om te gaan is overigens niet voorbehouden aan patiënten die een dergelijke behandeling ondergaan (Black, 1974, Lewis, 1935).

Referenties

- A.P.A. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition Revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In M.R. Beech (Ed.), *Obsessional States*. London: Methuen.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum Press.
- Hoogduin, C.A.L., Duivenvoorden, Schaap, C. & Haan, E. de (1989). On the outpatient treatment of obsessive-compulsives: Outcome, prediction of outcome and follow-up. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.W. Kraaimaat & M.J.M. van Son (Eds), *Fresh perspectives on anxiety disorders*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C., & Arts, W. (1990). Behaviour

- therapy in patients with obsessions only. In H.G. Zapotoczki & T. Wenzel (Eds) *The Scientific Dialogue*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoogduin, C.A.L., Haan E. de, Schaap, C., & Severeijns, R. (1988). Het verband tussen therapeutische relatie en therapeiresultaat bij de behandeling van dwangneurose. *Gedragstherapie*, 21, 247-255.
- Hoogduin, C.A.L., Hart, O. van der, Dyck, R. van, Joele, L.J. & Velden, K. van der (1977). De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In K van der Velden (Red.), *Directieve therapie*, 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, W.A. (1989). Persoonlijke communicatie.
- Kirk, J.W. (1983). Behavioral treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behav.Res. & Ther.*, 21 (1), 57-62.
- Kraaimaat, F.W. & Dam-Baggen, J. van (1976). Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Ned. Tijdschr. Psychologie*, 31, 201-211.
- Lewis, A. (1935). Problems of obsessional illness. *Proc. Royal Soc. Med.*, XXIX, 325-336.
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behav.Res. & Ther.*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (1983). Obstacles to the successful treatment of obsessions. In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failure in behavior therapy*, pp. 35-57. New York: Wiley.
- Rachman, S. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rümke, M.C. (1967). *Psychiatrie III. Tussen psychose en normaliteit*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *STAI manual of the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch.Gen. Psychiatry*, 12, 63-70.



| Gemiddeld aantal uren per dag waarin dwanggedachten de overhand hebben
-> Perioden van 4 wk,

Bij: Secrets of the couch**Alfred Lange**

De meesten van ons kennen Martin Orne persoonlijk, sommigen geloof ik zelfs erg goed. Vandaar dat ik voor jullie een stukje uit de Newsweek van 29 juli 1991 heb gecopieerd, waarin hij wordt bekritiseerd voor het vrijgeven van tapes van een vroegere - beroemde - patiënte van hem die zelfmoord had gepleegd. De kritiek van zijn collega's doet mij wat hypocriet aan. Ben benieuwd wat jullie ervan vinden. Ik mag die Orne wel, die in het stukje als psychiater wordt opgevoerd. Is hij van huis uit geen sociaal-psycholoog? Ik herinner me hem nog van de 'unobtrusive measurement', een prachtig boek over niet reactieve metingen.

THE MIND

Secrets of the Couch

A new biography draws on a poet's confessions to her psychiatrist

LADY! LADY! LET DOWN YOUR HAIR. I am becoming a tourist attraction and there is nothing I can do about it . . .
—ANNE SEXTON

In her stormy life and work, no one needed less urging to let it all hang out than poet Anne Sexton. The Pulitzer Prize-winning writer, who killed herself by carbon monoxide poisoning in 1974 after innumerable mental breakdowns, was almost as obsessed with self-revelation as she was with death. There seemed little that could be added to the images of incest, adultery and madness that she spread across more than a dozen volumes of confessional poetry in her abbreviated career. Even so, there were scandalized gasps of surprise when a story in *The New York Times* last week publicized that Martin Orne, a psychiatrist who treated Sexton for eight years, had turned over his complete files of the therapy, including more than 300 audiotapes of sessions with Sexton, for a forthcoming biography.

Although the book, to be published by Houghton Mifflin in September, reveals the true extent of Sexton's instability—she heard voices sometimes, and at one point developed a fantasy personality named "Elizabeth"—it was not the main issue. Biographies in general have grown notably uninhibited, from the high-toned dishiness of recent studies of Virginia Woolf to the no-secrets-barred celebrity-bashings penned by the likes of Kitty Kelley. The real dismay was over the breaching of what many regard as the last redoubt of privacy in modern life, the confidences of the couch. "If you were Orne's patient and you had something painful and important to tell him, would you?" asked Erwin Glikel, president of *The Free Press*, who until recently headed a publishing committee on First Amendment issues. "I certainly wouldn't. I wouldn't give him my forwarding address if I didn't want mail."

"How could I cover it up?" Beyond the putative transgressions of one psychiatrist, there was a larger question of whether the dead retain any right to privacy. The release of the tapes to biographer Diane Wood Middlebrook, a professor of English at Stanford University, was endorsed by Sexton's daughter and literary executor,

Linda Gray Sexton, who had already given the author access to her mother's handwritten notes on the therapy. "My feeling was: 'Look, Mom, you wrote about this stuff . . . How could I cover it up?'" Sexton explained to *The Times*. But that almost sounded like settling a score rather than serving the needs of biography. While there was obvious love between Sexton and her daughter, there were also unrulier feelings: in Middlebrook's book, Linda tells of waking one night when she was 15 to find her mother astride her, kissing her on the mouth. "I remember pulling out of bed and throwing up," she told Middlebrook.

Orne himself declined to comment on the record. But in a foreword to the book he says he gave Middlebrook the tapes only "after much soul-searching." He adds: "I also realized that Anne herself would have wanted to share this process—much as she did in her poetry, so that patients and therapists might learn from it."

It is the assumption of knowing what the deceased would want that many of Orne's colleagues find dubious. The ethics code of the American Psychiatric Association explicitly states that the right of privacy remains inviolable, to be canceled only by the express wish of the patient. Some psychiatrists are adamant on the point. "What has become very evident to me is the necessity of this principle to supersede whatever the public interest in history is," says Dr. Kathleen Mogul, a member of the ethics committee. "The daughter may have approved, but that doesn't obligate the psychiatrist to release the material. If I had a case like this I would fight the release—I am the patient's guardian in this."

Such sentiments were labeled "pietistic" by Sexton's close friend, poet Maxine Kumin, also a Pulitzer winner. Says Kumin: "None of these people would have wanted a patient who acted out as badly as she did, who phoned them at 2 in the morning or passed out in the office. So I feel it's self-serving for them to say Orne betrayed her." What it comes down to, says Susan Cheever, who has written about her father John

min, also a Pulitzer winner. Says Kumin: "None of these people would have wanted a patient who acted out as badly as she did, who phoned them at 2 in the morning or passed out in the office. So I feel it's self-serving for them to say Orne betrayed her." What it comes down to, says Susan Cheever, who has written about her father John





'My sexual life is in reality a hideous mess and when [my husband] starts to make love to me, I can't concentrate on it.'

—From a note written by poet Anne Sexton (below) to Dr. Martin T. Orne (left) and published in a new biography written by Diane Middlebrook (right)



DAVID FIELDS (LEFT), CHRISTOPHER CORMACK (ABOVE)

Cheever's bisexuality and whose brother Ben is editing the novelist's private journals for publication in October, is "what you really believe about the nature of language. Did Anne Sexton own those words? Did Linda have the right to say they could be used? If it's property, who owns it?"

Orne, director of the experimental-psychiatry unit at the University of Pennsylvania, was in fact the sort of caring therapist whom some patients dream of. At his urging Sexton resumed her education and wrote her first poems, ultimately becoming one of the stars of a Boston constellation that included poets Robert Lowell and W. D. Snodgrass as well as Kumin. According to the biography, when Orne began treating her, she was a suicidal 28-year-old who felt "her only talent might be for prostitution: she could help men feel sexually powerful." Over the years, he countenanced endless demands on his time, including sessions where she would slip into trancelike silences and memory lapses.

Wrong hands: It was the memory problem, Orne says, that prompted him to begin making tapes of the sessions, which he would ask her to review at his offices the following day. But the very existence of the tapes troubles some of his colleagues. Most clinicians, they note, do not tape-record sessions because of the possibility they would fall into the wrong hands. "My question is not why he made the recordings but why he preserved them after Sexton's death," says Dr. Robert Hopkins, head of the ethics committee of the Massachusetts Psychiatric Association. "There was no is-

sue of future treatment at that point.

Nearly forgotten in the furor over the tape disclosure was an even clearer breach of ethics revealed in the biography. After Orne left Boston to head an experimental-psychiatry unit in Philadelphia, Sexton began seeing another psychiatrist, with whom she ended up having sexual relations. The psychiatrist, identified by the Times but not in the book, has refused to discuss the charges, saying he could lose his license under Massachusetts rules for doctor-patient relationships.

No one has imputed illegality in what Orne did. Any action against him would be up to the ethics committee, provided someone brings a complaint. Then, if a review finds a violation, he would face four possible sanctions: admonishment, reprimand, suspension of membership or expulsion from the organization. Middlebrook says though the tapes prompted her to rewrite "most of the book" she quoted very little from them, and she professes to be puzzled by the focus on Orne's behavior. "The Sexton case is absolutely unique, in the importance of her therapy to the development of her art," she says. "She's a person whose treatment was constantly the subject of the art itself." Peter Davison, who edited the book, agrees: "If ever there was an author whose right to privacy was voluntarily waived, it's Anne Sexton." But that, again, presumes to speak for a master of words whose tragedy is that she is no longer here to speak for herself.

DAVID GELMAN with FARAI CHIDEYA in New York

Cognitieve interventies bij patiënten met waanachtige ideeën.

Ronald Evers & Kees van der Velden

Inleiding

Sommige mensen houden er zulke merkwaardige, hardnekkige, hinderlijke en soms ook gevaarlijke 'cognitieve schema's' of overtuigingen op na dat hun huisartsen en familieleden tot de slotsom komen dat het aan de deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg is om te proberen hen van deze denkbeelden te verlossen. Voorbeelden zijn patiënten met een bijstandsuitkering die menen over een onuitputtelijk vermogen te beschikken en patiënten die zeker menen te weten dat hun wederhelft hun als het maar even kan ontrouw is. In een aantal gevallen zijn de denkbeelden voor degenen in wie ze opgekomen zijn zo angstaanjagend dat zij zelf hulp en steun zoeken bij psychiaters en hun geestverwanten. Kenmerkend voor de opvattingen, overtuigingen en theorieën van deze patiënten is dat zij met grote hartstocht worden aangehangen, het leven van de patiënten beheersen en dat zij met argumenten en weerlegging niet voldoende gecorrigeerd kunnen worden. In dit artikel worden vijf gevalbeschrijvingen gepresenteerd waarin met meer en minder succes geprobeerd wordt de inadequate maar niettemin overactieve 'cognitieve schema's' van patiënten met overwaardige ideeën, betrekkingsideeën en wanen te ondergraven. Hieruit kan in de eerste plaats geleerd worden dat patiënten meer van de behandeling profiteren naarmate zij meer over gezond verstand, althans over twijfel aan de juistheid van hun gestoorde inzichten beschikken. In de tweede plaats kan de conclusie worden getrokken dat de omzichtige wijze waarop de therapeuten de opvattingen van de besproken patiënten bestreden niet belangrijk verschilt van de manieren waarop verkopers en

vertegenwoordigers in het dagelijks leven proberen klanten van standpunt te laten veranderen.

Aan de gevalsbeschrijvingen gaat een kort overzicht van de diagnostiek en behandeling van inhoudelijke denkstoornissen vooraf.

Een aparte paragraaf is gewijd aan de bespreking van twee belangrijke fouten, die tot gevolg kunnen hebben dat de behandelingsstrategie geheel mislukt.

Diagnostiek en behandeling

Het loont om een onderscheid te maken tussen patiënten die geheel en al van de juistheid van hun wanen overtuigd zijn en patiënten bij wie er ten minste enige twijfel aan de juistheid van hun merkwaardige opvattingen bestaat. Bij de laatsten zijn de 'cognitieve schema's' die bij het 'gezonde verstand' horen blijkbaar nog actief en kan er beter van 'overwaardige denkbeelden' (Wernicke, 1900) gesproken worden.

Obsessies onderscheiden zich van wanen en overwaardige denkbeelden door hun overwegend egodystone karakter: de patiënt met obsessies weet 'ergens' wel dat hij zich met onzin bezig houdt en hij probeert zich tegen zijn vreemde denkbeelden te verzetten. De hier genoemde onderscheidingen zijn in de praktijk meestal wel bruikbaar, maar waterdicht zijn ze allerminst.

In DSM-III-R (APA, 1987) worden op As 1 de wanen beschreven die zich in het kader van diverse meer of minder klassieke psychiatrische stoornissen (variërend van schizofrenie tot dementie) voordoen. De overwaardige denkbeelden (zie voor een overzicht: McKenna, 1984) zijn her en der in het classificatiesysteem ondergebracht. Pathologische jaloezie wordt als een kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis beschouwd; dysmorphofobia en hypochondrie worden tot de somatoforme stoornissen gerekend; hardnekkige misvattingen over lichaamsgewicht, voeding en schoonheid worden teruggevonden bij anorexia nervosa. Betrekkingsideeën worden beschreven bij

schizofrenie en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.¹

Zowel overwaardige ideeën als betrekkingsideeën kunnen de beginsymptomen zijn van schizofrene, paranoïde, affectieve en organische stoornissen (zie bijvoorbeeld McKenna, 1984).

Tegenwoordig wordt vermoedelijk - of hopelijk - vrij algemeen aangenomen dat bij inhoudelijke denkstoornissen primair de aandoening behandeld moet worden waarvan de denkstoornis deel uitmaakt. Bij de patiënt die zich een grandioos zakenman waant moet dus de manie behandeld worden, bij de patiënt die gebukt gaat onder de gedachte dat hij de zonde tegen de Heilige Geest heeft gepleegd de depressie, bij de patiënt die meent dat zijn gedachten gestuurd worden door een buitenplanetaire instantie de schizofrenie, en bij de patiënt die vreest dat zijn moeder zal overlijden wanneer hij niet driemaal het licht aan- en uitknijpt voor het slapengaan zal voor zijn obsessief-compulsieve stoornis gedragstherapie of een behandeling met bepaalde antidepressiva geïndiceerd zijn. Bij de meeste stoornissen die met ernstige inhoudelijke denkstoornissen gepaard gaan worden neuroleptica en/of antidepressiva ingeschakeld om verbetering tot stand te brengen.

Bij de zg. paranoïde stoornissen zouden neuroleptica minder succesvol zijn dan bij wanen die als symptomen van schizofrene en affectieve stoornissen gezien moeten worden; verder zouden patiënten met paranoïde stoornissen bijzonder moeilijk tot het duurzaam gebruik van neuroleptica te bewegen zijn (Walker & Brodie, 1985) - wat helemaal geen verbazing hoeft te wekken wanneer we ons rekenschap geven van de vele onaangename bijwerkingen van neuroleptica en wanneer we ons verder even voorstellen hoe wij het zelf zouden vinden om medicijnen ter verdelging van onze belangrijkste ideeën te moeten slikken. Trouw gebruikte neuroleptische medicatie doet de wanen van psychotische patiënten overigens lang niet altijd verdwijnen; meestal wordt

29

gezegd dat ze 'verbleken', waarmee bedoeld wordt dat de patiënt er nog steeds in gelooft, maar dit geloof wordt minder intens beleefd en uitgedragen.

Over het nut van neuroleptica bij patiënten die 'alleen maar' aan overwaardige denkbeelden lijden is ons weinig onderzoek bekend.

McKenna (1984) meldt dat neuroleptica bij pathologische jaloezie weinig uithalen; hetzelfde geldt volgens de auteur bij hypochondrie. Bij anorexia nervosa zouden neuroleptica zinloos zijn (Van Praag, 1988), en of de door enkelen als zinvol beschouwde antidepressiva de overwaardige idee van de patiënt ook maar enigermate beïnvloeden is niet waarschijnlijk. Er is ons geen onderzoek bekend naar het effect van neuroleptica bij dysmorphofobia, maar het zal wel erg moeilijk zijn zo'n onderzoek op te zetten: de meeste patiënten zullen behandeling door de plastisch chirurg prefereren boven behandeling met een antipsychotisch middel. Eigen klinische ervaring geeft aan dat patiënten met overwaardige ideeën evenveel last hebben van deze medicatie als zg. neurotische mensen (heel veel dus; zie Van Praag, 1977) en dat hun denkbeelden er niet door veranderen.

Er is zeker plaats voor psychotherapie bij de behandeling van patiënten met wanen, maar voor de ooit populaire gedachte dat wanen (en andere psychotische verschijnselen) met intensief en inventief praten alleen te verhelpen zouden zijn, ontbreekt empirische steun. Ook bij de directieve behandelingsstrategieën die zijn bedacht om patiënten met wanen (en andere psychotische verschijnselen) te helpen wordt als routine gebruik gemaakt van neuroleptica. De directieve strategieën bevatten voorts een aantal vernuftige interventies om bij de patiënt twijfel aan de juistheid van zijn inzichten op te roepen en deze twijfel te versterken. Ze zijn onder meer beschreven in de publikaties van Hoogduin en Druif (1980), Hoogduin (1989), Korrelboom (1989) en Pruijssers (1989). Samengevat komen ze op het

volgende neer:

In geen geval wordt de overtuiging van de patiënt tegengesproken of met argumenten weerlegd. Integendeel, de therapeut legt een oprechte belangstelling voor de inzichten van de patiënt aan den dag en stimuleert de patiënt om deze toe te lichten. Wanneer de therapeut maar lang genoeg doorvraagt en de antwoorden van de patiënt juist samenvat, zodat de patiënt moet beamen dat wat de therapeut zegt inderdaad zijn mening is, komt er, als het goed gaat, een moment dat de patiënt ten minste ietwat in verlegenheid raakt. Meestal is dit omdat hij er niet in slaagt zijn redenering sluitend te krijgen of omdat hij zichzelf gaat tegenspreken. Deze verlegenheid wordt niet aangegrepen om de patiënt nu eindelijk eens op de onzinnigheid van zijn theorie te wijzen, maar de therapeut daagt de patiënt uit om de zaken waarover kennelijk nog onvoldoende duidelijkheid bestaat nauwkeuriger te onderzoeken. Wanneer de patiënt zijn overtuiging, al of niet na nader onderzoek, steeds duidelijker gaat betwijfelen, zorgt de therapeut eventueel voor een verklaring die het de patiënt mogelijk maakt om zijn 'cognitieve schema' zonder gezichtsverlies los te laten, en als het even kan geeft hij de patiënt de indruk dat deze dankzij diens eigen onderzoek tot een wijziging van zijn standpunt is gekomen. Wij zouden deze benadering de "geïnteresseerde expliciteringsstrategie" kunnen noemen.

In zijn behandeling van het overwaardige denkbeeld dysmorphophobia gaat Evers (1990) iets directer te werk. Hij stelt deze patiënten, die menen dat er met hun uiterlijk iets ernstig mis is, natuurlijk niet gerust, want dezen zullen dan zeker denken: 'Dit is een vriendelijke therapeut die mij, uit hoofde van zijn beroep en normen van fatsoen, de vreselijke waarheid over mijn oren (neus, billen enz.) wil besparen' en hun mening dat er iets ernstigs aan hun uiterlijk mankeert vervolgens vasthouden. Hij beaamt de mening van de patiënt evenmin, ten eerste omdat hier geen reden voor

is, en ten tweede omdat het lang niet zeker is dat een eventueel paradoxaal bedoelde uitspraak als 'Je hebt inderdaad belachelijke oren' door de patiënt ook paradoxaal opgevat zal worden. Misschien ziet die er wel een aanleiding in zijn leven te beëindigen, wat ook het lot van vele patiënten met een monosymptomatische hypochondrische waan schijnt te zijn (McKenna, 1984). Overigens rapporteren Bloch & Glue (1988) dat zij met de uitspraak 'Je wenkbrauwen zijn weerzinwekkend' bij een bepaalde patiënt veel succes hadden.

Evers stelt zijn patiënten bloot aan de beoordeling van hun uiterlijk door buitenstaanders. Dezen wordt gevraagd welke bijzonderheid zij aan het uiterlijk van de patiënt opmerken. Evers besteedt veel aandacht aan de selectie van deze buitenstaanders en de omstandigheden waaronder dezen hun oordeel formuleren. Essentieel is dat de patiënt het er mee eens kan zijn dat aan een onder deze omstandigheden door deze personen gegeven oordeel objectieve waarde toegekend moet worden. Omdat de buitenstaanders bij Evers' proefnemingen meestal niets bijzonders aan de patiënten opmerkten, of juist, met enige aarzeling, lichaamsdelen aanwezen waarover de patiënt in het geheel niet inzat, was het effect bij de door hem beschreven gevallen spectaculair.

Het zal opvallen dat de hier beschreven behandelingsstrategieën belangrijke overeenkomsten vertonen met de cognitieve therapie zoals die elders in dit nummer beschreven wordt (Arntz, 1991). Ook bij de behandeling van inhoudelijk denkstoornissen gaat het om het uitdagen van de ideeën of cognitieve schema's van de patiënt en/of het uitvoeren van gedragsexperimenten die het moeilijk maken deze schema's in stand te houden.

Gevalsbeschrijvingen

In de beschrijvingen van patiënten met inhoudelijke denkstoornissen worden elementen uit de hierboven

weergegeven directieve behandelingsstrategieën in al of niet gevarieerde vorm toegepast. Per geval zullen de diagnostische overwegingen worden vermeld; tevens wordt de keuze van de strategie uitgebreid verantwoord.

Gevalsbeschrijving 1: De overdracht van energie

De heer Van der Plas is een 35-jarige, niet getrouwde man, vertegenwoordiger in meubelstoffen, die vaak last heeft van "negatieve spanningsgevoelens". Deze bestaan uit: zich onrustig voelen, een versnelde hartslag en een "bandgevoel" rond de maag. Aanvankelijk, wanneer de therapeut vragen stelt over de omstandigheden waarin hij hier last van heeft, reageert hij ontwijkend. Tenslotte vertelt hij ietwat beschaamd dat hij het idee heeft dat de spanning ontstaat door de energie die vrijkomt wanneer het homoseksuele paar, dat schuin beneden hem woont, aan het vrijen is. Verder vertelt hij dat hij soms een positief gevoel in zijn lichaam ervaart, en dat brengt hij in verband met het vrijen van het heteroseksuele paar dat in de flat naast hem woont. Het blijkt dat patiënt nooit een seksuele relatie gehad heeft, noch in heteroseksuele noch in homoseksuele zin. Hij werkt al tien jaar met veel plezier bij dezelfde firma. Met een paar collega's gaat hij ook vriendschappelijk om. Overigens leidt patiënt een geïsoleerd bestaan.

Gekozen wordt voor een geïnteresseerde expliciteringsstrategie. Het gesprek wordt weer op het thema van de energieoverdracht gebracht. Belangstellend vraagt de therapeut aan de patiënt hoe hij nu denkt dat deze energieoverdracht plaatsvindt. De therapeut herinnert zich uit de natuurkunde dat er altijd een medium moet zijn om energieoverdracht te doen plaatsvinden. Aan welk medium denkt de heer Van der Plas? Hij weet het niet. Hij is ook verbaasd over de vraag. De therapeut dringt aan, maar de heer Van der Plas weet het nog steeds niet. De therapeut oppert: "Zou de lucht misschien het medium kunnen zijn?" Patiënt begint ietwat geïrriteerd

te raken. De therapeut blijft echter geïnteresseerd: Hoe zit het nu met het heteroseksuele paar? Hoe zou die positieve energieoverdracht plaatsvinden? Patiënt noemt nu het woord "trillingen". De therapeut vraagt over deze trillingen door. Hoe moeten we die trillingen zien, een soort golven in de lucht, zoals bij geluid? De heer Van der Plas zegt dat hij er nog nooit op deze manier over nagedacht heeft. De therapeut merkt op dat het toch erg interessant is om dit nu eens expliciet uit te zoeken. De patiënt antwoordt dat hij dit niet zo vindt, maar dat hij vooral van zijn "negatieve spanningsgevoel" afwil. De therapeut benadrukt dat ze juist op dit gespreksthema gekomen zijn door het verband dat de heer Van der Plas gelegd heeft tussen het vrijen en zijn spanningsgevoelens. In dat kader zou het toch zinvol zijn om precies na te gaan hoe die energieoverdracht kan plaatsvinden. Verder oppert de therapeut dat het ook voor de natuurkunde heel belangrijk zou kunnen zijn wanneer therapeut en patiënt zouden kunnen achterhalen hoe de energieoverdracht plaatsvindt. De heer Van der Plas begint steeds meer geërgerd te raken. De therapeut vestigt hier de aandacht op en vraagt hoe dit komt. Het antwoord is dat de heer Van der Plas niet ziet hoe we met dit soort gepraat verder kunnen komen. Weer haalt de therapeut het door patiënt gelegde verband van stal. De zitting eindigt met het voorstel aan de patiënt om thuis nog eens na te denken over de wijze waarop de overdracht van energie zou kunnen plaatsvinden.

De volgende zitting blijkt patiënt dit niet gedaan te hebben. Hij vond het vorige gesprek maar niets. Hij wil van zijn spanningsgevoel af. Hij wil ontspanningsoefeningen leren. Hij heeft in een boek gelezen dat dit goed zou kunnen helpen en eigenlijk had hij gehoopt dat de therapeut met deze oefeningen begonnen zou zijn. De therapeut vraagt hem hoe dit zou kunnen. Hij zou de patiënt wel ontspanningsoefeningen kunnen leren, maar zodra het homoseksuele paar weer aan het vrijen slaat zou de spanning toch weer toeslaan. De heer Van der Plas blijft echter aandringen op ontspannings-

oefeningen. Omdat het verzet verder oploopt, besluit de therapeut aan zijn wens gehoor te geven. Hij merkt echter wel op dat hij niet het idee heeft dat dit een einde zal maken aan het "negatieve spanningsgevoel". Hij stelt een compromis voor: de ontspanningsoefeningen zullen worden aangeleerd, maar ook zal er doorgespraakt worden over de overdracht van energie. Patiënt stemt met dit voorstel in. Patiënt wordt in deze zitting geleerd hoe hij zich beter kan ontspannen. Hij krijgt de opdracht mee de oefening iedere avond thuis toe te passen.

De zitting erop meldt patiënt dat hij iedere avond de oefeningen heeft gedaan, maar dat het niet zo goed ging als tijdens de zitting. De therapeut vraagt hem of hij nog last heeft van "negatieve spanningsgevoelens". Dit blijkt zo te zijn, zij het in mindere mate. De therapeut benadrukt dat hij ook zeker niet verwacht had dat de ontspanningsoefeningen een einde zouden maken aan het spanningsgevoel. De heer Van der Plas veronderstelt immers nog steeds een verband tussen het vrijen van het homoseksuele paar en zijn spanningsgevoelens. Ook wordt gevraagd naar de positieve gevoelens die opgewekt worden door het vrijen van het heteroseksuele paar. Ook deze blijkt patiënt deze week een paar keer ervaren te hebben. De therapeut vraagt patiënt opnieuw of hij nog nagedacht heeft over de vraag hoe de energieoverdracht zou kunnen plaatsvinden. Patiënt probeert de vraag te ontwijken. De therapeut dringt aan. Patiënt zegt dat hij het vervelend vindt om erover te praten. De therapeut vraagt waarom. Het is toch een belangrijk thema, aangezien patiënt juist de gevolgen van het vrijen van het homoseksuele paar aan den lijve ondervindt. Op dat moment begint de patiënt het verband te relativiseren. Misschien is het niet zo dat ze écht aan het vrijen zijn, maar denkt hij dit alleen maar. De therapeut doet of hij wat teleurgesteld is. Is dit niet een te simpele verklaring? Natuurkundig zou het toch heel belangrijk zijn wanneer er een theorie geformuleerd zou kunnen worden die dit fenomeen zou kunnen verklaren. Patiënt

meldt dat hij hier helemaal geen zin in heeft. Hij wil dat er opnieuw geoefend wordt met ontspanningsoefeningen. De therapeut gaat hiermee akkoord, maar weer met de mededeling dat hij niet verwacht dat de ontspanningsoefeningen een einde zullen maken aan de klachten. De therapiezitting eindigt met dezelfde opdrachten als die van de vorige keer.

De volgende zittingen hebben een overeenkomstig verloop. Iedere zitting worden opnieuw ontspanningsoefeningen gedaan en probeert de therapeut over de energieoverdracht te praten. De heer Van der Plas legt er steeds duidelijker de nadruk op dat het alleen maar een idee van hem is. Op een gegeven moment formuleert de therapeut het volgende dilemma: "Ik ben nu wat in verwarring geraakt. Ik weet niet hoe we precies verder moeten gaan. Moeten we samen toch nog praten over hoe die energieoverdracht zou kunnen plaatsvinden of moeten we nu echt concluderen dat het alleen maar een gedachte in uw hoofd is?" Patiënt zegt dat het laatste duidelijk het geval is. Hierop vervolgt de therapeut dat hij dan vindt dat de patiënt onhandig met dat idee omgaat. "Als het alleen maar een probleem in uw hoofd is, wat zoveel wil zeggen dat het toch niet waar is, dan lijkt het mij dat U te lang dat idee in uw hoofd laat zitten. Zou het geen tijd worden om hiermee te gaan oefenen?" Hiermee kan patiënt instemmen. Vervolgens wordt het idee van patiënt van het predikaat "onzin-idee" voorzien.

Voorgesteld wordt dat hij het idee, zodra het opkomt, van dit predikaat zal voorzien, en zich vervolgens even zal ontspannen. De zitting erop blijkt patiënt deze opdracht trouw uitgevoerd te hebben. Het speciale positieve gevoel heeft hij ook deze week niet meer gehad. De therapeut stelt dat dit positieve gevoel, hoewel prettig, de keerzijde is van het negatieve spanningsgevoel en dat het misschien therapeutisch goed zou zijn om dit gevoel van het predikaat "onzin-gevoel" te voorzien. Patiënt zegt dat hij dit best wil doen. In de verdere therapie wordt aandacht besteed aan de problemen die patiënt heeft in contacten met vrouwen.

Hier is de therapie duidelijk minder succesvol. Hoewel diverse strategieën worden bedacht, komt patiënt in de therapie niet zover dat hij een seksuele relatie met een vrouw aandurft. Wel krijgt hij een platonische verhouding met een vriendin. Het aanmeldingsprobleem was bij beëindiging van de therapie verdwenen. Follow-up na drie maanden liet een overeenkomstig beeld zien.

Bespreking

Hoewel waanachtig van karakter, is duidelijk dat de betrekkingsideeën van de heer Van der Plas niet als wanen gezien moeten worden. Het is immers niet zijn vaste overtuiging dat de seksuele activiteiten van zijn burens zijn gevoelens van spanning veroorzaken. Gezien het ontbreken van overige psychotische verschijnselen is er geen reden zijn kwaal als symptoom van een psychotische stoornis op te vatten. Liefhebbers van de zg. As II-classificatie (APA, 1987) zullen de heer Van der Plas wellicht 'trekken' van een schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornis toedenken. Zijn verhaal maakt aannemelijk dat er een samenhang is tussen zijn betrekkingsideeën en zijn onzekerheden op sexueel gebied.

De zg. geïnteresseerde expliciteringsstrategie, waarmee de behandeling begint, heeft in zoverre een paradoxaal karakter dat de patiënt wordt aangemoedigd zijn bizarre veronderstellingen te onderzoeken in plaats van ze te bestrijden. Door zijn extreem meegeevende houding laat de therapeut het cognitieve bouwsel van de patiënt uitgroeien in een absurde richting; een richting die de patiënt overduidelijk niet uit wil, maar anderzijds niet kan tegenhouden aangezien het gesprek nog steeds over zijn eigen ideeën gaat. Bakzeil halen kan dan een aantrekkelijk alternatief worden.

Nadat de patiënt zijn veronderstellingen had opgegeven werd de behandeling rechtuit congruent. De betrekkingsideeën werden als 'onzin' gekwalificeerd; later werden

de met deze ideeën samenhangende gevoelens van hetzelfde predikaat voorzien.

Gevalsbeschrijving 2: Besmetting met kankercellen

Mevrouw Bruyn is drieënveertig jaar, getrouwd, moeder van twee kinderen. Zij is verkoopster in een slagerij, maar door haar klachten is zij al geruime tijd in de ziektewet. Haar moeilijkheid is de volgende. Drie jaar geleden heeft zij kanker aan haar been gehad. De operatie is geslaagd, maar aansluitend aan de operatie heeft zij vrees om anderen te besmetten ontwikkeld. Zij is bang dat er nog steeds kankercellen in en aan het been zijn, dat deze van haar been kunnen vallen en anderen besmetten. Ook als zij toevallig met haar handen aan haar been zou komen, zouden de handen besmet kunnen zijn en vervolgens zou zij het vlees, dat zij bij de slagerij moet snijden, besmetten. Door haar klachten durft patiënte ook amper boodschappen te doen. Ze doet dit nog wel, maar hult zich daarbij altijd in een zeer lange rok; zomer en winter draagt ze dikke kousen. Ook hier wordt gekozen voor de geïnteresseerde expliciteringsstrategie. De therapeut begint met de vraag waar de kanker precies gezeten heeft. Dit blijkt halverwege het scheenbeen te zijn geweest. Er is nu alleen nog een litteken te zien. De therapeut vraagt hoe mevrouw Bruyn denkt dat de besmetting precies plaatsvindt. Haar theorie is dat er nog steeds kankercellen kunnen zijn, dat deze van het been kunnen losraken, door haar kous heengaan en dan in aanraking met iets of iemand anders kunnen komen. De therapeut hoort het verhaal belangstellend aan. Hij vraagt of de specialisten ook op de hoogte zijn van dit fenomeen. Dit brengt patiënte in verwarring. Even later herstelt ze zich en zegt dat ze er bang voor is. De therapeut stelt voor verder te praten over de vraag hoe de besmetting nu precies in haar werk kan gaan. Zijn er volgens mevrouw Bruyn dode of nog levende cellen in het geding? Patiënte zegt dat ze daarover nog nooit heeft nagedacht. Maar ze heeft het gevoel dat het gevaarlijk is. De

therapeut gaat door. Hij vraagt zich af wat voor zin het heeft om kousen te dragen als de cellen toch door de kousen heen kunnen komen (het eerste gesprek vindt in de zomer plaats). Patiënte antwoordt dat de kous misschien iets kan tegenhouden. De therapeut zegt dat hij nu ietwat verward is. Hoe groot zijn die cellen en kunnen ze nu wel of niet door haar kousen heen? Leven ze nou of leven ze niet? Het is duidelijk, vindt de therapeut, dat hier verder over doorgespraakt moet worden. Het gesprek lijkt mevrouw Bruyn te bevreemden. Therapeut geeft aan dat het hem noodzakelijk lijkt om dit onderwerp uit te diepen. De specialisten zijn kennelijk niet op de hoogte van het gevaar dat dreigt en alleen al daarom is het heel goed hier duidelijkheid over te krijgen. De therapeut komt even later terug op de specialisten. Er zijn veel mensen met kanker en eigenlijk is niemand, voor zover hij weet, op de hoogte van de gevaren die na een geslaagde kankeroperatie overblijven. Vindt patiënte niet dat deze aan het volk duidelijk gemaakt moeten worden? Patiënte weet niet goed raad met deze opmerking. Ze geeft nogmaals aan dat ze er bang voor is. Op dit moment raakt de therapeut het scheenbeen van mevrouw Bruyn aan om vervolgens met dezelfde hand een sigaret op te steken. Patiënte is perplex. Met een vriendelijke glimlach merkt de therapeut op dat hij nu mogelijk besmet is. Immers, hij heeft het been van patiënte aangeraakt en vervolgens een sigaret aangestoken. De eventuele cellen kunnen aan de sigaret gezeten hebben en via het inhaleren mogelijk zelfs in zijn longen terechtkomen. Zonder een antwoord van patiënte af te wachten, vraagt de therapeut patiënte even mee te gaan. Wanneer ze opstaat raakt hij nogmaals haar been aan en loopt vooruit de kamer uit richting koffieautomaat. Hier raakt hij op een aantal plekken de koffieautomaat aan. Hij vraagt patiënte weer mee terug te gaan naar de kamer. Hij vraagt nu aan patiënte wat er zal gebeuren. De polikliniek wordt druk bezocht, dus zouden nu een heleboel mensen besmet raken? Patiënte antwoordt: "U zult wel weten wat U doet, maar ik blijf

er bang van". De therapeut geeft nogmaals aan dat het belangrijk is om precies te weten hoe de besmetting in haar werk gaat. Hij vraagt patiënte hier thuis over door te denken.

De volgende zitting vraagt de therapeut of het nadenken over de vragen van de vorige keer nog enige duidelijkheid heeft gegeven. Patiënte zegt dat ze het niet weet, maar ze is er bang van. Weer wordt dezelfde strategie gevolgd: uitgebreid ingaan op de details van de besmetting. Weer raakt de therapeut het been van mevrouw Bruyn aan en besmet vervolgens delen van de polikliniek. De zitting eindigt met dezelfde opdracht als de vorige keer.

De volgende zitting wordt de vraag herhaald. Nog steeds weet ze het niet. "Maar", zo zegt ze, "omdat U er niet bang van bent, valt het misschien wel mee". De therapeut stelt dat het niet gaat om wat hij vindt, maar om wat zij vindt. Zij zegt dat ze het nog steeds moeilijk vindt de verantwoordelijkheid voor eventuele besmetting te dragen. De therapeut verzucht hierop dat de wereld er veel beter zou uitzien als meer mensen zo'n nobele instelling zouden hebben als patiënte had. Patiënte begint zich te verdedigen: "Het kán toch?" De therapeut stelt weer voor om samen na te gaan hóe het precies kan. Patiënte geeft aan daar niet veel zin meer in te hebben. De therapeut formuleert het nu als een keuze: óf we kunnen doorpraten over hoe de besmetting precies verloopt, óf over hoe je anders met het idee van besmetting kunt omgaan. Patiënte kiest voor het laatste. Omdat het, zo zegt de therapeut, alleen maar om een idee van besmetting gaat en niet om een reële kans op besmetting, lijkt het ook weinig zin te hebben praktische voorzorgsmaatregelen te nemen. Daarom wil hij haar vragen om een paar keer boodschappen te doen zonder kousen aan. De volgende zitting blijkt patiënte dit gedaan te hebben. Het heeft wel veel spanning gegeven. Weer stelt de therapeut voor om nog eens precies te praten over de besmettingsgevaren. Patiënte voelt hier wederom weinig voor. Deze zitting worden nog meer

vermijdingen van patiënte geïnterpreteerd. Zij heeft er bij het boodschappen doen speciaal op gelet dat ze met haar rok of been geen levensmiddelen raakte. Ook blijkt ze er thuis bij het koken heel goed voor te zorgen dat niets haar been raakt. Zij krijgt het advies om bij het winkelen af en toe met het been tegen een kist fruit of iets dergelijks aan te staan. Ook dit advies wordt opgevolgd.

In de verdere therapie komt hervatting van haar werk ter sprake. Patiënte zal voor halve dagen starten. Dit geeft weinig problemen. Na enige tijd neemt zij ontslag, omdat ze het op het werk niet meer naar haar zin heeft. Er worden geen aanwijzingen gevonden dat de vrees om te besmetten hier een belangrijke rol in heeft gespeeld. Bij beëindiging van de behandeling komen gedachten over besmetting nog af en toe op zonder door patiënte serieus genomen te worden. Ook neemt ze geen veiligheidsmaatregelen meer. Ze werkt nog steeds niet. Bij follow-up na twee maanden is dit beeld onveranderd.

Bespreking

Diagnostisch is het 'cognitieve schema' van mevrouw Bruyn niet meteen te plaatsen. Het is duidelijk geen waan en het maakt ook geen onderdeel uit van een psychotische stoornis. Haar besmettingstheorie kan denkkelijk het best als onderdeel van een angststoornis, met name een obsessief-compulsieve stoornis gezien worden, zij het dat zij haar theorie zeker niet geheel en al als ego-dystoon beleeft (wat bij obsessies overigens vaker voorkomt; vgl. Emmelkamp et al., 1989). Mevrouw heeft de angst anderen te besmetten en vermindert haar angst met neutraliserende maatregelen (onder meer het dragen van kousen en het vermijden van aanraking).

Door - net als bij de heer Van der Plas - een speciale meegeevende houding aan te nemen wordt mevrouw Bruyn, eenvoudig verkoopster in een slagerij, gedrukt in de rol van een kankerspecialist die een belangwekkende, maar steeds absurdere, theorie omtrent het ontstaan van

tumoren moet verdedigen. Door steeds meer te wijzen op het veronderstellende karakter van haar theorie probeert patiënte vervolgens aan deze rol te ontkomen.

Het feit dat de therapeut zich zonder omwegen aan de door mevrouw gevreesde gevaren blootstelt zal behalve spanning ook geruststelling met zich meegebracht hebben, maar deze is niet voldoende om mevrouw zover te brengen dat zij haar neutraliserende maatregelen opgeeft. Het programma dat daarna volgt kan als 'geleidelijke exposure' gekarakteriseerd worden - een behandelingsstrategie waarvan het nut bij dwangstoornissen vaststaat (zie bijvoorbeeld Emmelkamp et al., 1989).

Gevalsbespreking 3: Een AIDS-verhaal

Mevrouw Achterberg is een aantrekkelijke 23-jarige gehuwde vrouw, die werkzaam is op een reisbureau. Ze heeft het idee dat ze AIDS heeft. Ze is bang deze ziekte opgelopen te hebben via een WC-bril. Ze is hiervoor naar de huisarts geweest, die uitgebreid geprobeerd heeft haar gerust te stellen. Dit hielp niet. Mevrouw maakt duidelijk de indruk van een 'gestuurde' patiënt, voor wie de verwijzing niet hoeft.

Gekozen wordt voor de strategie van de niet-geïnvolveerde deskundige. De therapeut stelt duidelijk dat het niet zijn taak is om iemand van iets te overtuigen. Hij zit er slechts om te vertellen hoe de medisch-psychologische realiteit er uitziet. Daarom heeft het ook geen zin om met hem een discussie aan te gaan. Hij zal precies zeggen wat hij van het idee van patiënte vindt, zonder dat het de bedoeling is dat patiënte hem gelooft. Hierop volgt een uitgebreide uitleg waarin therapeut onomwonden aangeeft dat hij het onzin vindt om te denken dat je via een WC-bril AIDS kunt krijgen. Tijdens de uitleg probeert patiënte hem voortdurend in de rede te vallen. De therapeut blokkeert dit echter door te zeggen dat hij van tevoren heeft gezegd dat discussie geen enkele zin heeft omdat hij niet bezig is patiënte te overtuigen maar slechts zijn

taak van voorlichter uitoefent. Na een langdurige monoloog van de therapeut wordt deze zitting afgesloten. Bij het begin van de tweede zitting herinnert de therapeut patiënte eraan dat de spelregel van deze behandeling is dat er niet gediscussiëerd wordt. Wel zegt hij wederom dat hij het een belachelijk idee vindt om te denken dat je via de WC-bril AIDS kan oplopen, waarna weer een omstandige uitleg volgt, af en toe onderbroken door een vergeefse poging van patiënte een discussie aan te gaan. Aan het einde van de monoloog zegt ze bits: "Als het dan geen AIDS is, waarom voel ik me dan zo slecht?". De therapeut vraagt hierop wat haar klachten precies zijn. Het blijken spanningsklachten te zijn: pijn op de borst, pijn in de onderrug, vermoeidheid. De therapeut zegt dat dit hem niets verbaast. Als je een tijdje echt gelooft in het idee dat je AIDS hebt, dan zul je daar best gespannen door raken. Wat mevrouw Achterberg noemt zijn heel bekende spanningsklachten. Ook is het misschien mogelijk dat er problemen in de relatie zijn of op het werk of dat er andere dingen spelen. Patiënte sluit dit allemaal uit. De therapeut zegt hierop dat in ieder geval één ding duidelijk is: dat ze denkt dat ze AIDS heeft, dat deze gedachte de nodige spanningen moet geven en dat het dus heel logisch is als je daar ook daadwerkelijk spanningsgevoelens van krijgt, waarna de therapeut weer aan een monoloog over AIDS begint.

De derde zitting opent patiënte met de opmerking dat ze nog steeds bang is dat ze AIDS heeft. De therapeut vraagt hierop of ze nu AIDS hééft of dat ze báng is dat ze AIDS heeft. Patiënte zegt dat dit op hetzelfde neerkomt. De therapeut bestrijdt dit. Je kunt bang zijn dat je AIDS hebt of je kunt ervan overtuigd zijn dat je AIDS hebt. Als je alleen bang bent dat je AIDS hebt, heb je misschien een verkeerde diagnose over je klachten gesteld. Nu kun je natuurlijk de klachten die ze de vorige keer noemde met AIDS in verband brengen, maar het blijft staan dat dit een onzinnige diagnose is. Patiënte verandert van onderwerp en zegt dat dit één van de

laatste zittingen zal zijn, aangezien ze met haar man in Frankrijk gaat wonen. De therapeut vraagt hierop of dit een heel plotseling besluit is. Het blijkt dat de plannen zorgvuldig overwogen zijn en dat ze alleen vergeten heeft ze te noemen. In dit gesprek wordt ook duidelijk dat patiënte problemen heeft met haar naar haar oordeel ietwat overheersende man. Er vinden twee slotzittingen plaats. Tijdens deze zittingen is patiënte aanmerkelijk opgewekter. Ze zegt minder last van haar klachten te hebben. Letterlijk zegt ze: "Ik heb geen zin meer om me druk te maken of ik al of niet AIDS heb. Ik zie wel".

Bespreking

De hypochondrie van mevrouw Achterberg is niet zo moeilijk voor te stellen als de denkbeelden van de patiënten die hiervoor besproken werden. Zij heeft klachten die bij het beginstadium van de ziekte AIDS zouden kunnen passen. Het is bekend dat onderzoek en geruststelling door de huisarts niet de meest overtuigende manier vormen om deze ziekte uit te sluiten. De WC-bril-theorie is aanmerkelijk minder bizar dan de theorieën van de twee vorige patiënten. Er zijn vermoedelijk heel wat normale maar niet heel goed geïnformeerde mensen die menen dat je AIDS via de WC-bril kan oplopen. Een restje ontlasting met wat bloed aan de bril en het kwaad is geschied, zo zou men kunnen denken. Van anaal seksueel contact kun je immers ook AIDS krijgen?

Het hardnekkig toeschrijven van haar klachten aan de ziekte AIDS heeft het karakter van een overwaardig denkbeeld.

Bij mevrouw Achterberg werd niet gekozen voor de zg. "geïnteresseerde expliciteringsstrategie", en wel om tweërlei reden. Haar houding drukte een zg. "onder-tegen positie" (Leary, 1957) uit. Dit in combinatie met het gegeven dat haar gedachte niet zo heel bizar was, maakte het risico van een oeverloze discussie groot. Er werd gekozen voor de strategie van de "niet-

geïnvolveerde deskundige" als een (paradoxaal) antwoord op haar niet geïnvolveerde houding. Essentiëel bij deze strategie is dat discussiëren over de uitleg van de therapeut verboden is, hetgeen patiënte een belangrijk wapen uit handen slaat om haar cognitieve systeem consonant te houden. Aldus optimaliseert de therapeut beïnvloeding door juist te stellen dat beïnvloeding niet tot zijn takenpakket hoort.

De vraag is natuurlijk waarom mevrouw niet opstapte toen zij zo autoritair werd toegesproken. Het antwoord moet vermoedelijk luiden dat de boodschap van de therapeut, hoe streng ook gebracht, mevrouw als muziek in de oren klonk. Zij had immers veel liever géén AIDS. Voorts is het goed denkbaar dat de strenge toon de overtuigingskracht van de therapeut versterkte. Wie een aantrekkelijke jonge vrouw die aan een ziekte meent te lijden met zachte woorden geruststelt, voedt mogelijk onbedoeld de gedachte dat zij wél aan de gevreesde ziekte lijdt, maar dat men haar de vreselijke waarheid niet wil zeggen. Iemand die ernstig ziek is roept immers medelijden en zachte woorden op, niet iemand die zich inbeeldt ernstig ziek te zijn. Wanneer deze redenering juist is zou hiermee een van de weinige indicaties voor min of meer autoritair optreden in de psychotherapie gegeven zijn.

Gevalsbeschrijving 4: Het afluisteren van de burens

Mevrouw Pronk is een vriendelijke huisvrouw van drieëndertig jaar, die verwezen wordt omdat zij in haar woonkamer de stemmen van haar burens hoort, die zich in ongunstige zin over haar en haar man uitlaten, speciaal omdat deze naar pornofilms kijkt (iets waar mevrouw veel moeite mee heeft). Zij meent dat deze burens de gesprekken tussen haar en haar echtgenoot afluisteren en de inhoud van deze gesprekken aan derden doorvertellen. Ook is zij bang dat de burens horen wat zij zegt als ze in zichzelf praat en wat haar in haar slaap ontvalt. Als zij bij de slager of de bakker binnenkomt merkt zij dat

het gesprek veelal over onderwerpen gaat die zij en haar man hebben besproken. Ook gebeurt het wel dat het gesprek tussen klanten en winkelier abrupt verstomt of dat de aanwezigen ijlings op een neutraal onderwerp overgaan. Mevrouw leidt hieruit af dat men het steeds over haar en/of haar echtgenoot heeft.

Het is al diverse malen voorgekomen dat mevrouw de werkelijkheid uit het oog verloor. De waan ontstond ongeveer vijf jaar geleden en was aanleiding om enkele malen te verhuizen. Drie jaar geleden werd zij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis met een paranoïd-hallucinatoir beeld, dat redelijk beïnvloed kon worden met neuroleptische medicatie (2 dd 25 mg Melleril): de visuele hallucinaties (zij meende te zien dat de trams in brand stonden) verdwenen, de acoustische bleven aanwezig, zij het minder frequent. Twee jaar geleden volgde een heropname wegens dezelfde verschijnselen. Vermeld moet nog worden dat er veel spanningen zijn bij het echtpaar, niet alleen naar aanleiding van de pornofilms, maar ook naar aanleiding van recidiverend ernstig alcoholmisbruik van de echtgenoot. Op het moment van aanmelding gebruikt mevrouw 3 dd 25 mg Melleril. Er is meteen een prettig contact tussen de therapeut en mevrouw Pronk. Het kost mevrouw geen enkele moeite de therapeut van de inhoud van haar waan op de hoogte te brengen. Op de vraag of zij absoluut zeker weet dat de burens haar afluisteren reageert mevrouw terughoudend. Zij weet inmiddels dat de trams die zij zag branden in werkelijkheid helemaal niet in brand stonden, en het moet niet uitgesloten worden geacht dat zij wederom 'geschuffeld' (dat wil zeggen: geestelijk gestoord) is. Om te achterhalen of er sprake is van werkelijke afluisterpraktijken dan wel van een recidief van haar geestesziekte wordt het volgende experiment bedacht. Mevrouw zal enkele malen per dag langs de wanden van de kamers die aan de huizen van de burens grenzen gaan staan en luid zinnen zeggen als: 'Wat verschrikkelijk dat ik nu toch zwanger ben!', 'Wat een ellende om nu een kind te krijgen!', 'Hoe moeten we dadelijk voor dat kind

zorgen!' (Het moge duidelijk zijn dat mevrouw absoluut niet zwanger is.)

Aansluitend zal ze de winkels in de buurt bezoeken en daar goed opletten of zij iets kan merken van toespelingen op haar vermeende zwangerschap. Mevrouw Pronk vindt het een kostelijk voorstel en ze voert het plan nauwgezet uit. In de gesprekken in de winkels die zij bezoekt komt het thema zwangerschap echter op geen enkele wijze voor. De conclusie van mevrouw Pronk is dat ze wederom 'geschuffeld' geweest moet zijn.

In de behandeling van deze patiënte zijn nog andere, meer reële moeilijkheden besproken en opgelost, maar in de context van dit artikel doen deze niet ter zake. Wanneer de therapie na twaalf zittingen, deels in aanwezigheid van de echtgenoot, tot ieders tevredenheid wordt afgesloten, meent de therapeut dat hij goed op dreef is geweest.

Twaalf jaar later neemt de therapeut opnieuw contact op met mevrouw. Hij zou graag willen weten hoe het nu met haar gaat.

Bij de afspraak die volgt blijkt zij nog even vriendelijk als zij tijdens de behandeling was. Zij wordt vergezeld door een andere man, met wie zij gehuwd blijkt. Haar eerste echtgenoot is vijf jaar geleden overleden.

Mevrouw Pronk vertelt in de tussenliggende jaren weer diverse malen heftig psychotisch te zijn geweest. Ook de waan dat haar burens haar afluisterden was teruggekeerd. Zij werd zonder of met beperkt succes behandeld met diverse neuroleptica. Bij het laatste recidief van haar psychose, nu twee jaar geleden, had zij een nieuwe huisarts, aan wie zij om verwijzing naar een psychiater vroeg. Deze zou toen de volgende woorden hebben gesproken: 'Wijffie, jij hebt geen psychiater nodig. Het is hard dat ik het zeg, maar je hebt een stofwisselingsziekte. Jij moet niet praten, je moet de goede medicijnen hebben.' Hij stelde haar in op een ander neurolepticum (Anatensol) en sindsdien had ze 'geen

centje pijn' meer gehad.

Op de bescheiden vraag van de therapeut wat ze nu dacht van de interventie van twaalf jaar geleden, keek ze de therapeut onzeker aan. De therapeut vertelde haar welk plan ze indertijd hadden bedacht om haar waan te ondermijnen, maar mevrouw moest in alle oprechtheid bekennen dat ze zich er absoluut niets van kon herinneren.

Bespreking

Mevrouw Pronk leed aan een schizofrene stoornis met een relatief gunstig beloop: wel recidieven van positieve symptomen, maar geen enkel negatief symptoom. Gunstig was ook dat zij geen last had van de bijwerkingen die het gebruik van neuroleptica voor veel patiënten zo bezwaarlijk maken.

De nieuwe huisarts had in de roos geschoten met de keuze van het neurolepticum. Met de directieve interventie was indertijd enig succes geboekt, maar dat de patiënt met schizofrenie beter af is wanneer geschikte medicatie kan worden gevonden, wordt door deze geschiedenis duidelijk geïllustreerd.

Gevalsbeschrijving 5: Ingebeelde lelijkheid

Karin de Jong, 27 jaar oud, bestuurskundige, alleen-wonend, wordt aangemeld met de klacht dat zij zichzelf lelijk vindt. Niet een bepaald lichaamsdeel zou lelijk zijn, maar 'als geheel' zou zij door anderen als onappetijtelijk worden ervaren. Zij merkt dit aan opmerkingen als 'Jij kan zo op de televisie' of 'Ik wou dat ik zulk haar als jij had'. Zij raakt hier helemaal overstuurd van.

'Objectief' gesproken is Karin niet alleen aantrekkelijk maar zelfs mooi te noemen, zij het dat zij op het moment van aanmelding niet een sprankelende indruk maakt.

Karin is de oudste uit een gezin met vier dochters. Haar moeder is mooi, haar drie zusters zijn mooi, en het ging en gaat in haar ouderlijk huis vaak over mooi. (De

tweede zus zou, naar het oordeel van de ouders, de mooiste zijn.)

Wanneer zij door de huisarts wordt aangemeld is het net uit met een vriend met wie het vaker uitging. Karin is zojuist aangenomen voor een interessante baan in het zuiden van het land, maar zij overweegt die af te zeggen. Psychiatrisch onderzoek levert een depressie IEZ op. Bovendien zijn er belangrijke vitale kenmerken (dagschommeling, doorslaapstoornis, gewichtsverlies, anhedonie). Hoewel Karin betwijfelt of het enige zin heeft, is zij bereid antidepressieve medicatie te gebruiken.

Na vijf weken Anafranil gebruikt te hebben (100 mg dd) zijn de depressieve klachten verdwenen; op een droge mond na heeft zij geen last van bijwerkingen. Ze heeft zin in haar nieuwe baan. En met haar vriend is het intussen weer aan. Alleen: de klachten over haar uiterlijk zijn gebleven. Zij hoort nu wel dat mensen aardige opmerkingen over haar uiterlijk maken, maar zij meent dat deze mensen dat doen om haar op te monteren. Hoe komen deze mensen hier dan op?, vraagt de therapeut. Hierop bloost Karin. Zij zegt dat ze het idee heeft dat de therapeut na de zittingen haar vriend belt en deze opdraagt bemoedigende opmerkingen over Karins uiterlijk te maken. De vriend zou op zijn beurt kennissen en vrienden bellen met dezelfde instructie. Uiteraard vertellen de mensen die de aardige opmerkingen maken niet dat zij dit in opdracht doen en het helemaal niet menen.

'Ja, sorry, ik weet wel dat het onzin is', zegt Karin, 'maar ik denk het tóch'.

De therapeut informeert vriendelijk of het iets uit zou maken wanneer hij zou ontkennen dat hij haar vriend belt, maar Karin zegt dat zij het dan toch zou blijven denken. De therapeut vertelt vervolgens dat het niet op zijn weg ligt om haar zijn mening over haar uiterlijk te geven, te meer daar het de vraag is of dit volgens de beroepscode wel in de haak zou zijn. Dit vindt Karin wel aardig, maar het helpt haar natuurlijk niet. Vervolgens

wordt de vraag besproken welke reden haar vriend zou kunnen hebben om steeds bemoedigende opmerkingen over haar voorkomen te maken. 'Dat is omdat ik tegen hem vaak over m'n uiterlijk klaag', is haar antwoord.

De therapeut doet haar het volgende voorstel: 'Karin, je depressie is over, dus ik vind dat ik nu wat van je vragen mag, al weet ik dat het bijzonder moeilijk is. Wat ik van je vraag is om tot onze volgende afspraak niet meer tegen je vriend over je uiterlijk te klagen, niet eenmaal meer. Je kunt dan zelf zien of hij wel of niet doorgaat met het maken van complimenten. Als hij ermee stopt zou dit een aanwijzing kunnen zijn dat je vermoeden juist is; gaat hij ermee door dan is dit wellicht een aanleiding om je vermoeden te relativieren'. Karin vindt het een goed voorstel. De therapeut wijst erop dat het bewijsmateriaal dat zij verkrijgt niet waterdicht zal zijn, want zij zou toch nog kunnen denken dat de therapeut haar vriend belt met de instructie om toch vooral door te gaan met het geven van complimenten en dat haar vriend hun kennissen dezelfde opdracht zou kunnen geven. Karin zegt dit een beetje te ver gezocht te vinden.

Bij de volgende zitting blijkt Karin zich goed aan het advies gehouden te hebben. In de commentaren van haar vriend en anderen op haar uiterlijk was geen verandering gekomen. Dit had tot een vermindering van haar gepreoccupeerdheid geleid. Zij besluit om over haar zorgen te blijven zwijgen tegenover haar vriend.

De nieuwe baan brengt met zich mee dat Karin haar vriend aanmerkelijk minder ziet en dat zij weleens uitgaat met mannen van wier bestaan haar vriend en haar therapeut geen idee hebben, laat staan dat zij de adressen en telefoonnummers van deze mannen zouden kennen. Maar ook deze mannen uiten zich onveranderlijk waardierend over haar fysionomie, zij het dat de een hierbij meer beschaving aan den dag legt dan de ander.

Follow-up na een half jaar leert dat Karins preoccupatie met haar uiterlijk aanzienlijk is afgenomen en dat zij gedachten over telefonades van therapeut, vriend en

kennissen van zich af heeft gezet.

Bespreking

Behalve aan een depressie leed Karin aan dysmorphofobia. Toen de depressie voorbij was bleef de dysmorphofobia bestaan, zoals deze ook al bestaan had voor de depressie. Omdat haar overwaardig denkbeeld niet op een specifiek lichaamsdeel betrekking had, was de door Evers (1990) ontwikkelde procedure, zoals weergegeven in de paragraaf over diagnostiek en behandeling, niet bruikbaar.

Door haar ideeën over de communicatie tussen de therapeut, haar vriend en derden werd het extra moeilijk om appreciërende opmerkingen over haar uiterlijk juist te waarderen. Door het beëindigen van het klagen tegen haar vriend werd het minder waarschijnlijk dat opmerkingen over haar uiterlijk bedoeld waren om haar op te monteren. Toen in haar nieuwe werkkring mensen die niet op de hoogte konden zijn van haar preoccupatie zich ook waardierend over haar uiterlijk uitten, bleef haar weinig anders over dan te geloven dat men het meende. Dit geslaagde verloop hield inmiddels niet in dat haar moeilijkheid ten slotte geheel en al verdwenen was.

Twee typen fouten

Wij hebben in supervisies en cursussen ervaren dat vooral twee typen fouten verantwoordelijk zijn voor het mislukken van de hier besproken strategieën - het uitdagen van de 'cognitieve schema's' door middel van de zg. geïnteresseerde expliciteringsstrategie, en het uitvoeren van gedragsexperimenten.

De eerste fout wordt gemaakt wanneer de therapeut om min of meer 'ethische' redenen meent dat de therapeutische relatie het eigenlijk niet toelaat afstand te nemen van de 'cognitieve schema's' van de patiënt; de tweede fout wordt gemaakt wanneer de therapeut zo enthousiast is over de technische aspecten van de strategie dat hij de

kwaliteit van de therapeutische relatie uit het oog verliest.

De 'ethische' fout

Het is natuurlijk te prijzen wanneer de therapeut zijn best doet om patiënten te respecteren, hun denkbeelden ernstig te nemen en zich in hun gevoelens te verplaatsen. De vraag is of dit respect ook moet inhouden dat de denkbeelden van de patiënt heilig verklaard worden.

De dichter Jan Hanlo, die in 1947 met een ernstige psychose - hij had onder meer de waan dat hij Christus was - opgenomen werd in de Valeriuskliniek, meent van niet: '(...) misschien is het dus zo dat ik mij er zelf 'uit' heb moeten of mogen zoeken, hierbij zonder twijfel sterk geholpen door de aanwijzingen, behandeling en verzorging van psychiaters, verplegers en hen aan wie mijn lot niet onverschillig was (moeder, vader, en enige goede vrienden die mij bezochten).

In dit verband zou ik (...) willen zeggen dat ik het eens ben met wat ik (...) van hen ondervonden heb: dat ze niet 'mee'-praten met de aan een idee fixe lijdende patiënt. De patiënt - ik tenminste - wil zelf zo graag geloven in de normale realiteit, als de hiermee strijdende 'bewijzen' het hem maar mogelijk maken. (...) Dit normale moet hem steeds als het bestaande en als weer bereikbaar worden voorgehouden. Steeds moet gepoogd worden hem bij te brengen dat hij het verkeerd ziet. Natuurlijk is het van precies even groot belang dat dit met begrip voor, of tenminste waarachtig ernstig-nemen van, zijn zienswijze gebeurt, omdat anders alle contact verbroken wordt' (Hanlo, 1972).

Hoewel Hanlo begrip en oprechtheid - belangrijke aspecten van de therapeutische relatie - dus van zeer grote waarde acht, vraagt hij van de therapeut dat deze de pathologische denkbeelden van de patiënt juist niet overneemt, en wel omdat de patiënt zelf zo graag van

deze denkbeelden verlost wil worden. Hoewel er zeker ook patiënten zijn die hun waanachtige ideeën lijken te koesteren - denk aan patiënten met anorexia nervosa - geldt voor alle in dit artikel beschreven patiënten dat hun denkbeelden hen angstig en gedeprimeerd maakten, en dat hierin een krachtig motief lag om deze denkbeelden op te geven of te relativieren.

Misschien berust het 'ethische' bezwaar tegen de beschreven technieken op de te simpele gedachte dat de therapeut bij voortduring met een ongedeeld 'cognitief schema' te maken heeft, terwijl er bij de patiënt - net zoals bij ons - sterk uiteenlopende 'cognitieve schema's' tegelijk aanwezig zijn. Bij de beschreven patiënten was naast het waanachtige denkbeeld het 'cognitieve schema' aanwezig dat het waanachtige denkbeeld wellicht niet juist was. Het is dit schema dat door de beschreven interventies geactiveerd wordt, en misschien is het wel niet zo ethisch om dit schema helemaal te laten rusten.

Overenthousiasme

Het manipulerende technische aspect van de behandelingsstrategieën kan therapeuten zo enthousiasmeren dat zij uit het oog verliezen dat het voor de patiënt ook aardig moet blijven. Een gevolg kan zijn dat de patiënt zich vooral gekrenkt voelt en wegblijft.

Om deze ontwikkeling te voorkomen zou het kunnen helpen wanneer therapeuten zich een aantal vragen stellen voor zij hun geïnteresseerde expliciteringsstrategie of hun experimenten op de patiënt loslaten.

Bijvoorbeeld:

- Heb ik belangstelling aan den dag gelegd voor het privéleven en het werk van de patiënt?
(Weet ik hoeveel kinderen hij of zij heeft en hoe het met die kinderen gaat? Weet ik iets van de verstandhouding met de partner? Heb ik interesse getoond in zijn hobby's?)

- Heb ik waardering getoond voor oplossingen die de patiënt eerder voor zijn moeilijkheden gezocht heeft?
- Ben ik op de hoogte van de verwachtingen die de patiënt zelf van de therapie heeft? (Wil hij medicatie of juist niet? Wil hij lichamelijk onderzocht worden of niet? Zou hij graag door het leren van oefeningen zijn klachten willen verminderen of verwacht hij juist dat de oplossing van de therapeut komt?)
- Heeft de patiënt getoond het contact met de therapeut althans enigermate op prijs te stellen?
- Heb ik de patiënt gevraagd of hij ermee kan instemmen wanneer over zijn opvattingen wordt doorgepraat?
- Heb ik de patiënt gevraagd of hij het goed vindt wanneer ik op een bepaald onderdeel van zijn waanachtige denkbeeld doorga, ook wanneer dit op gezeur mocht lijken?
- Ben ik bereid de patiënt op korte termijn een keer extra te zien?

Wie dergelijke vragen met 'nee' moet beantwoorden doet er waarschijnlijk goed aan om een behoorlijke therapeutische relatie op te bouwen en zijn enthousiasme voor de therapietechniek voorlopig te temperen.

Ten slotte

De hierboven beschreven cognitieve interventies bij patiënten met uiteenlopende denkstoornissen, vertonen een opmerkelijke overeenkomst met de benadering die in het indertijd immens populaire boek How to win friends and influence people (Carnegie, 1936; z.j.; 1984) wordt aanbevolen om medemensen tot andere gedachten te brengen.

Het Hoofdstuk Hoe je andere mensen tot jouw standpunt

kunt bekeren (in de vroegere vertaling: Twaalf methoden om anderen te overtuigen) bevat een aantal zogenaamde grondbeginselen, bedoeld voor onder meer vertegenwoordigers en verkopers, waarvan de therapeut die patiënten met inhoudelijke denkstoornissen behandelt veel nut kan hebben. Ze zijn op alle hier beschreven gevallen van toepassing, behalve op mevrouw Achterberg met haar angst voor AIDS (gevalsbeschrijving 3).

Grondbeginsel 1 luidt: Er is maar één manier om bij een meningsverschil aan het langste eind te trekken - namelijk door redetwisten te vermijden. Het is duidelijk dat in de beschreven benadering van inhoudelijke denkstoornissen in het geheel niet geredetwist wordt. Bij een geval (mevrouw Achterberg) werd dit zelfs verboden! Grondbeginsel 2 luidt: Toon respect voor de opvattingen van de ander. Zeg nooit: 'Je ziet ernaast!' Dit beginsel bleek vrijwel steeds van toepassing.

Grondbeginsel 3 werd in dit artikel niet genoemd, maar het is te verstandig om hier niet overgenomen te worden: Als je het mis hebt, geef dat dan vlug en nadrukkelijk toe.

Carnegie's vierde grondbeginsel sluit meteen bij de beschreven behandelingen aan: Pak het op een vriendelijke manier aan. (De oude vertaling is beeldender: Men vangt geen vliegen met azijn.) Hetzelfde geldt voor nummer negen: Toon medeleven en begrip voor de denkbeelden en verlangens van de ander.

Ook grondbeginsel vijf is van toepassing: Zorg dat je gesprekspartner van het begin af aan je woorden moet beamen, of, beter, in de woorden van de oude vertaling: Het vraagteken als wapen gebruiken. Hetzelfde geldt voor grondbeginsel zes (Laat de ander het leeuwedeel van het gesprek voor zijn rekening nemen) en zeven: Laat de ander gerust denken dat een idee van hem- of haarzelf is (ook hier is de oude vertaling superieur: Inspireer anderen tot uw ideeën maar zeg het hun niet).

Grondbeginsel 12 (Confronteer de ander met een uitdaging) geeft precies aan hoe de directieve therapeut de patiënt aanmoedigt zijn ideeën nader te onderzoeken

in plaats van ze terzijde te schuiven.
De directieve behandeling van inhoudelijke denk-
stoornissen is, zo moeten we concluderen, weinig anders
dan een vernuftige manier om mensen met wie wij van
mening verschillen tot ons standpunt over te halen. Een
belangrijk verschil blijft natuurlijk dat wij de min of
meer normale mensen die onze meningen niet delen niet
snel zullen aanraden om Anatsol te nemen teneinde tot
een juister standpunt te komen.

Samenvatting

In dit artikel worden twee cognitieve behandelingsstrategieën bij patiënten met waanachtige denkbeelden beschreven, ten eerste de zg. geïnteresseerde expliciteringsstrategie, ten tweede het gedragsexperiment waaruit kan blijken of het denkbeeld van de patiënt houdbaar is of juist niet.

De toepassing van deze strategieën bij vijf patiënten wordt beschreven. (De eerste patiënt leed aan betrekkingsideeën, mogelijk in het kader van een schizotypische persoonlijkheidsstoornis, de tweede aan een obsessief-compulsieve stoornis, de derde aan hypochondrie, de vierde aan een schizofrene stoornis en de laatste patiënt aan dysmorphofobia.) In de meeste gevallen was het resultaat bevredigend, maar bij de patiënt met de schizofrene stoornis verdween het effect bij een recidief van de psychose.

Aansluitend worden twee typen fouten bij het toepassen van de strategie besproken. Het eerste soort fout speelt een rol wanneer de therapeut het manipulerende karakter van de strategieën eigenlijk als onethisch beschouwt. Deze opvatting wordt weerlegd met het argument dat bij de patiënt naast de waanachtige ideeën ook gezondere 'cognitieve schema's' leven die erom vragen geactiveerd te worden. Het tweede soort fout wordt gevonden bij therapeuten die iets te enthousiast zijn over de therapietechniek en het belang van een goede therapeutische relatie uit het oog verliezen. Hun wordt aangeraden zich een reeks vragen over de aard van de therapeutische relatie te stellen voor zij de strategieën toepassen.

Ten slotte wordt de opmerkelijke overeenkomst besproken tussen de genoemde cognitieve interventies en de aanbevelingen van Carnegie in diens How to win friends and influence people.

Referenties

American Psychiatric Association (APA) (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz (1991)

Bloch, S. & Glue, P. (1988). Psychotherapy and Dymorphophobia: a Case Report. British Journal of Psychiatry, 152, 271-274.

Carnegie, D. (1936). How to win friends and influence people. New York: Simon and Schuster. In een niet nader aangeduid jaar, waarin nog de oude spelling werd gebruikt, verscheen bij Uitgeverij Maandblad Succes in Den Haag Zóó maakt U vrienden en goede relaties. Een vertaling van de vernieuwde uitgave verscheen in 1984 bij Omega Boek, Amsterdam.

Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Scholing, H.A. (1989). Angst, fobieën en dwang. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Evers, R.A.F. (1990). Directieve therapie bij dysmorphofobie. In: Hoogduin, C.A.L. et al. (red.). Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hanlo, J. (1972). Zonder geluk valt niemand van het dak. Amsterdam: G.A. van Oorschot.

Hoogduin, C.A.L. & Druif, T. (1989). Directieve interventies bij een man met paranoïde schizofrenie. In: Velden, K. van der (red.). Directieve therapie 3. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Hoogduin, C.A.L. & Druif, T. (1980). Directieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen. In: Velden, K. van der (red.). Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Korrelboom, K. (1989). Vechten met de duivel; directieve interventies bij de behandeling van een psychotische man. In: Velden, K. van der (red.). Directieve therapie 3. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for

- personality evaluation. New York, Ronald Press Co.
- McKenna, P. J. (1984). Disorders with Overvalued Ideas. British Journal of Psychiatry, 145, 579-585.
- Praag, H. M. van (1988). Psychofarmaca. Assen: Van Gorcum.
- Pruijssers, H. (1989). De begeleiding van een schizofrene man met een zondewaan. In: Velden, K. van der (red.). Directieve therapie 3. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Walker, J. I. & Brodie, K. H. (1985). Paranoid Disorders. In: Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fourth Edition. Baltimore / London: Williams & Wilkins.
- Wernicke, C. (1900). Grundriss der Psychiatrie. Leipzig: Verlag von Georg Thieme.

Voetnoot bij pag. 2

¹ DSM-III-R is weinig consequent in de omschrijving van de inhoudelijke denkstoornissen. In de Glossary of Technical Terms wordt bijvoorbeeld een keurige definitie van Overvalued Idea gegeven, maar in de Symptom Index komt men dit Overvalued Idea niet meer tegen. Anderzijds wordt bij de beschrijving van hypochondrie en dysmorphophobia regelmatig het begrip Preoccupation gebruikt - en dus niet Overvalued Idea - maar dit ontbreekt weer in de Glossary of Technical Terms.

HARDNEKKIGE ENURESIS NOCTURNA
VERGELIJKEND ONDERZOEK VAN EEN ECLECTISCHE STRATEGIE
MET EEN STANDAARDBEHANDELING

D.N. OUDSHOORN

concept juni 1991

HOOFDSTUK 7 - SLOTBESCHOUWINGEN

1. INLEIDING

Met een variant op een psychiatrisch gezegde kan ik verzuchten dat een clinicus honderdmaal meer moet durven beweren dan een wetenschapper kan bewijzen. Zijn die twee in één persoon verenigd, dan ervaart de ongelukkige die strijd aan den lijve. Als therapeut zou men handelingsonbekwaam en monddood zijn als men alleen maar van 'harde' gegevens uit mocht gaan en aan zijn patiënten nooit iets mocht zeggen dat niet onomstotelijk bewezen is. Tegelijkertijd is hij zich er als wetenschapper pijnlijk van bewust dat veel van wat hij zegt en doet experimenteel is en dus aanvechtbaar.

Wil men (psycho-)therapeutisch werk breder toegankelijk maken voor wetenschappelijk onderzoek, dan moet men niet verlangen dat de hele werkwijze zodanig op zijn kop wordt gezet dat de therapeut en diens patiënten zich ongemakkelijk gaan voelen. Stapels vragenlijsten en uitvoerige onderzoekingen, onafhankelijke beoordeling door twee onderzoekers, screenobservatie en videomonitoring zijn even zoveel uitmuntende instrumenten om wetenschappelijk vast te leggen wat er aan de hand is. Maar daarmee te werken is praktisch voorbehouden aan researchcentra en is voor een doorsnee 'perifere' polikliniek of RIAGG niet haalbaar. Toch is het jammer dat daardoor veel interessante (en wie weet: de méést interessante?) therapie-ervaring voor wetenschappelijke bewerking ontoegankelijk blijft.

Men kan ook naar een compromis zoeken tussen het klinisch mogelijke en het wetenschappelijk wenselijke.

De therapeuten moeten dan wel in alle fasen van het intake-, behandel- en evaluatieproces systematisch te werk gaan. Dat geldt voor een duidelijke vraagstelling, voor het samenstellen van een redelijk instrumentarium en voor het verzamelen van de gegevens over de patiënt en diens relevante sociale systeem. Het geldt voor de formulering en uitvoering van het behandelplan. Het geldt voor de conclusies en de hypotheses - de feiten en de veronderstellingen (circumstantial evidence) die men scherp van elkaar moet onderscheiden.

De auteur is er zich van bewust dat zijn vooronderzoek en hoofdonderzoek methodologisch zeker niet boven kritiek verheven zijn; de gevolgde werkwijze is een compromis dat in een perifere setting goed uitvoerbaar is, zonder subsidies of extra mankracht te vergen.

Met dit onderzoek hebben we twee vragen willen beantwoorden:

- a) Is een eclecticische benadering een goed alternatief voor een zorgvuldig begeleide plaswekkertraining?
- b) In welke gevallen verdient een bepaalde strategie de voorkeur?

In dit slothoofdstuk worden de voornaamste conclusies besproken, en wat daar op af te dingen valt.

De conclusie wordt speculatief verbreed tot een algemene therapie-wet.

Vervolgens wordt gepoogd een beschrijving te geven van de kenmerken van de door ons behandelde doelgroep. Daarbij proberen we een zekere differentiatie aan te brengen, die gebaseerd is op

het al dan niet aanwezig zijn van complicerende factoren. We komen dan tot therapeutische adviezen in de vorm van een beslissingsboom.

Tenslotte begeven we ons op het gladde ijs van de speculatie bij de vraag wat dit onderzoek ons leert over het enuresisbegrip.

2. RESULTATEN EN HOOFDCONCLUSIES

We hebben de resultaten in de hoofdstukken 5 en 6 op twee manieren uitgedrukt:

- a) In de gemiddelde plasfrequenties per week, gemeten bij vóór-, nameting en follow-up - dit is de nauwkeurigste methode;
- b) In scores op basis van de relatieve verbetering, uiteindelijk gedichotomiseerd in "mislukking" (verbeteringspercentage minder dan 75%) en "succes" (verbetering van tenminste 75% ten opzichte van de voormeting).

De gemiddelden zijn berekend over periodes van vier weken bij de voormeting resp. acht weken bij nameting en follow-up, zodat toevallige fluctuaties geen invloed hebben.

De lezer kan bezwaar maken tegen dit succes criterium van 75% als hij niet tevreden is met minder dan 100% resultaat. Volgens zijn absolute maatstaf zou het algehele succesresultaat dat in dit onderzoek is bereikt niet 73% zijn doch 59%.

Toch is de auteur de mening toegedaan dat zijn criterium de voorkeur verdient:

- omdat het resultaat na afsluiting voldoende stabiel is;
- omdat het 75% criterium goed overeenkomt met het subjectieve oordeel van de patiënt en diens ouders.

N.B. Slechts in twee gevallen was de patiënt niet tevreden met een resultaat tussen 75% en 95%. Beiden zijn toen gekruist naar de andere behandelconditie. Het gegeven "tevredenheid van de patiënt" behoort tot het succes criterium.

De resultaten van alle ongekruste en gekruiste behandelingen zijn in hoofdstuk 6, tabel 10 weergegeven.

Onze nulhypothese H0(a) luidde: "Bij willekeurige toepassing van de éne dan wel de andere methode worden geen verschillen in effectiviteit en efficiëntie gevonden, mits gelijke aandacht wordt besteed aan specifieke therapeutische factoren".

De eerste conclusie uit het hoofdonderzoek was: "Grosso modo zijn beide strategieën even effectief en geven ze beide een significante verbetering" (vgl. hoofdstuk 6, tabellen 10 en 11). Daarom mag worden gesteld dat beide hier beproefde strategieën bij de doelgroep van tot dusverre therapieresistente bedplassende tieners in het algemeen even werkzaam zijn en een vergelijkbaar tijdsbeslag vergen.

Beide methodes hebben in eerste instantie tussen 40% en 50% succes opgeleverd. Enuresis nocturna is bij deze doelgroep blijkbaar een hardnekkige en ernstige stoornis.

Als na mislukking van de eerste behandeling op de andere vorm wordt overgestapt, is de nieuwe kans procentueel in de zelfde orde van grootte als de eerste gebleken, zodat uiteindelijk tot 75% succes is geboekt.

De successen zijn bij vervolging gedurende zes maanden gemiddeld stabiel gebleven, wat niet wegneemt dat vijf patiënten recidiveren (van wie vier na plaswekkertraining), terwijl anderzijds twee enuretici uitgesteld succes boeken.

Onze tweede nulhypothese H0(b) kon al in hoofdstuk 5 worden verworpen en moest wijken voor H1(b): "Als er sprake is van comorbiditeit en/of gezinstegenspoed, voorspellen deze factoren bij een standaardbehandeling meer mislukkingen dan bij een eclecticische behandeling". Dit is door de resultaten van de primaire behandeling bevestigd. Bij zgn. 'ongecomplieerde' bedplassers was de plaswekker superieur (vgl. hoofdstuk 5, tabellen 9 en 10). Bij de door comorbiditeit en/of gezinstegenspoed gecompliceerde bedplassers bleek de eclecticische strategie kansen te bieden terwijl de PW bij die groep geen succes opleverde.

Indien na een -voor wat betreft de enuresis mislukte- eclecticische behandeling in tweede instantie een PW-training werd gegeven, was deze meestal succesvol. De, op grond van de intake geconstateerde, comorbiditeit en gezinstegenspoed waren na kruising van eclecticische naar plaswekkertherapie niet langer relevant (vgl. hoofdstuk 6, tabel 9). Gelet op de ervaringen met de primaire plaswekkerbehandeling (zie hoofdstuk 5) mag worden verondersteld dat de zoveel betere respons op de PW bij vervolghandeling moet worden toegeschreven aan effecten van de eclecticische therapie. Dit strookt ook met de klinische indrukken van de therapeuten.

Vanuit onderzoeksstandpunt is het achteraf te betreuren dat de patiënten en hun gezinnen, wanneer ze voor kruising van de behandeling in aanmerking kwamen, niet systematisch zijn gescreend op comorbiditeit en gezinstegenspoed. De veronderstelling dat de eclecticische behandeling iets wezenlijks aan de status quo heeft veranderd, had dan sterker gestaan.

Hypothese H0(c) luidde: "Antecedente factoren leveren geen bijdrage aan het voorspellen van het resultaat". Leeftijd, sekse, primaire of secundaire enuresis nocturna, noch eerdere mislukking(en) met de PW bleken invloed te hebben. Daarentegen hadden comorbiditeit, gezinstegenspoed en een op de GVK pathologische Ext.T nadelige invloed op het resultaat. Hypothese H0(c) is derhalve verworpen en moet plaats maken voor H1(c): "Veel comorbiditeit of gezinstegenspoed voorspelt een slecht behandelingsresultaat". We zouden graag het relatieve aandeel van de verschillende samenstellende factoren willen weten, maar vergelijking van afzonderlijke klachten of zgn. smalle bandclusters was vanwege te geringe celvulling zinloos is (vgl. hoofdstuk 4).

Is er iets af te dingen op deze conclusies?
De eerste conclusie ('beide methodes zijn in grote lijnen even werkzaam') berust op het in hoofdstuk 4, 5 en 6 beschreven onderzoek betreffende 52 bedplassers uit Dordrecht en omgeving. We weten niet in hoeverre ze representatief zijn voor bedplassende tieners in het algemeen. In onze groep had de helft bij aanmelding een psychiatrische stoornis, niet zelden gepaard aan opvallende gezinstegenspoed. Bij een wat minder problematische populatie zou de plaswekker waarschijnlijk een beter gemiddelde

scoren dan de eclecticische methode; dat volgt ook uit de tweede conclusie.

Op twee punten is kritiek te leveren op het onderscheid 'ongecomplliceerd vs. gecompliceerd':

- We hebben een eenvoudige intakeprocedure gebruikt (half gestructureerd interview aan de hand van een van te voren ingevulde aanmeldingsvragenlijst, plus de gedragsvragenlijst voor kinderen van Achenbach en Verhulst. De therapeuten zijn allen ervaren in psychiatrische diagnostiek en in directieve behandelvormen. De conclusies betreffende al dan niet aanwezig zijn van comorbiditeit en/of gezinstegenspoed zijn derhalve redelijk solide, maar er heeft geen tweede, onafhankelijke beoordeling van de patiënten door een collega plaatsgevonden.
- We hebben een te kleine groep 'gecompliceerde' patiënten (N=26) om de verschillende stoornissen of clusters te kunnen onderbrengen in afzonderlijke cellen met voldoende celvulling. Een poging tot multipele regressie strandde. Alleen de factor '(on-)gecompliceerde EN' correleert met de behandelresultaten.

We hebben dus gewerkt met een kwantitatieve maat voor psychopathologie.

Een analoog bezwaar geldt voor de gezinstegenspoedsindex, zijnde een eenvoudige optelsom van bepaalde ongunstige gezinsomstandigheden. Desondanks is die te verdedigen:

- omdat hij plausibel is en door diverse onderzoekers wordt gebruikt (vgl. Rutter, 1970 en Schothorst, 1990, zie hoofdstuk 4);
- omdat bij afwijzing van deze methode geen alternatief voorhanden is, misschien tenzij men de onderzoeksgroep twee- of meermalen zo groot maakt, wat praktisch niet te realiseren is.

Een algemene therapie-wet?

We hebben hierboven gezien dat beide strategieën bij hardnekkige bedplassers in het algemeen (dus aselekt toegepast) 40 à 50% resultaat geven. Als na mislukking van de eerste behandeling op de andere wordt overgestapt, is de tweede kans in dezelfde orde van grootte als de eerste.

Dit kan een argument opleveren ter ondersteuning van de opvatting dat zgn. 'nonspecifieke' therapeutische factoren (vgl. Frank, 1979) sive placebo-effecten (Van Dyck, 1986) van groot belang zijn en dikwijls het gewicht van 'specifieke' (karakteristieke) interventies evenaren of overtreffen.

Het is waarschijnlijk dat dit niet tot de behandeling van bedplassen beperkt blijft. Indien we dit onderschrijven kunnen we de volgende speculatieve wet formuleren: "Als er voor diverse klachten en stoornissen twee effectieve behandelstrategieën zijn, dan heeft, indien de ene faalt, de andere een nieuwe kans op succes die in dezelfde orde van grootte ligt als de kans op succes van de eerste. De totale kans op succes is hiermee belangrijk toegenomen".

3. TYPOLOGIE VAN HARDNEKKIGE BEDWATERAARS

Uit de klinische vignetten (zie hoofdstuk 8) valt op te maken dat onze patiënten in allerlei opzichten erg verschillend zijn.

Met een eenvoudig instrumentarium (psychiatrisch onderzoek, oriënterend gezinsonderzoek en de GVK (CBCL) is een aantal bijzonderheden van alle patiënten en hun gezinnen systematisch vastgelegd.

Onafhankelijk hiervan zijn de patiënten willekeurig ingedeeld in de te onderzoeken (eclectische) dan wel de controle- (standaard-plaswekker) groep. Achteraf zijn we nagegaan in hoeverre die antecedenten voor het verloop en resultaat van de behandelingen relevant zijn geweest. De bevindingen en conclusies zijn in de hoofdstukken 5 en 6 vermeld en hierboven zijn de hoofdconclusies nog eens samengevat.

Nu wil de onderzoeker een poging wagen om een pragmatische, typologische indeling van hardnekkig bedplassende tieners te maken; klinische bruikbaarheid is daarbij het criterium.

De aloude indeling in primaire en secundaire enuresis nocturna bleek voor de behandeling en prognose niet relevant, zoals Bosch & Jansen (1982) ook al hadden bevonden. Men dient zich af te vragen of er hoe dan ook principieel verschil is. Bedplassen is een stoornis die zich vroeg of laat manifesteert en men mag een eventuele aanleiding niet verwarren met de oorzaak*.

De eigen, voorlopige en intuïtief tot stand gekomen indeling in a) onrijpe, b) gedeprimeerd-teruggetrokken en c) uitagerende bedplassers bleek onbruikbaar. De criteria waren moeilijk te operationaliseren en er was teveel overlapping: een onrijpe bedplasser kan bijv. ook gedeprimeerd zijn.

Het is alsof iemand beweert dat er drie soorten peren zijn: stoofperen, kleine peren en harde peren. Een bezoekje aan de groenteman leert dat er ook kleine stoofperen, kleine harde peren en kleine harde stoofperen zijn, alsmede zachte gele peren.

De indeling van Butler in drie clusters (vgl. hoofdstuk 2) was op onderzoek gebaseerd en leek aantrekkelijk. We hebben de patiënten en ouders er stelselmatig mee ingedeeld (zie de klinische vignetten in hoofdstuk 8).

Toch gelden voor deze indeling dezelfde bezwaren. Als we nog eens naar de fruithandel kijken, is het alsof iemand beweert, dat er drie soorten appels zijn: frisse, groene appels van de veengrond, harde, zure appels van de zandgrond en wormstekige appels uit een verwaarloosde boomgaard. Hoe moeten we een lekker sterappeltje van de rivierklei, of een heerlijke en allerm minst wormstekige appel uit een rommelige boomgaard indelen? Het kan niet anders of die vreemdsoortige indeling berust op een onderzoekje dat zich tot één groenteboertje heeft beperkt die er een eigenaardig inkoopbeleid op na houdt.

Kortom, we hebben met de indeling van Butler met tenminste zes variabelen te maken (drie of meer betreffen het kind en drie of meer de ouders) en hoe pas je die in in drie categorieën? Dat kan alleen maar arbitrair en bovendien onnauwkeurig, want geen van de criteria is redelijk geoperationaliseerd. Misschien is dit wel de reden waarom de indeling van Butler in ons onderzoek van iedere klinische relevantie was gespeend.

* Gedefinieerd als 'de zaak waaruit iets voortspuit'
Etymologisch woordenboek Van Dale, 1989

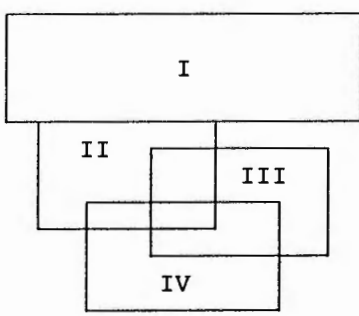
We waren in hoofdstuk 4, op grond van het al dan niet aanwezig zijn van comorbiditeit en/of gezinstegenspoed tot een tweedeling gekomen in ongecompliceerde en gecompliceerde enuresis nocturna. Deze factoren worden niet als causaal opgevat, doch als van invloed op het behandelingsverloop en op de prognose. Deze indeling is klinisch relevant gebleken.

Deze indeling kan nader worden gedifferentieerd door hem over die van Bromby & Steinhausen (vgl. hoofdstuk 2) heen te projecteren. We gaan er dan gemakshalve vanuit dat 'emotionele stoornis' van genoemde auteurs sterk correleert met een pathologische score op de cluster 'internaliseren' van de GVK. Ook 'ontwikkelingsachterstand' kan, met enige moeite, in deze categorie worden ingepast. De categorie 'gedragsproblemen' komt goeddeels met een pathologische score op de cluster 'externaliseren' overeen.

Als aparte categorie voegen we dan 'gezinstegenspoed' toe. Hoe verhouden zich nu deze categorieën tot elkaar? In het volgende Venn-diagram is dit, enigszins speculatief, op grond van de in onze doelgroep gevonden verhoudingen, uitgebeeld.

- I **Monosymptomatische enuresis nocturna**
(onze ongecompliceerde bedplassers)

- II **Enuresis nocturna met emotionele stoornis**
- III **Enuresis nocturna met gedragsproblemen**
- IV **Enuresis nocturna met gezinstegenspoed**



Klasse I staat apart; II, III en IV overlappen elkaar.

Type II is volgens DSM III-R dikwijls te classificeren als angst-, stemmings- of aanpassingsstoornis, maar niet altijd wordt volledig voldaan aan alle criteria. Op de GVK wordt een pathologische Int.T score gevonden.

We stuitten vaak op: angst en fobische klachten, subassertiviteit, onzelfstandigheid, lusteloosheid, passiviteit, slaapproblemen en functionele, lichamelijke klachten. Een kenmerkend voorbeeld was patiënt E44.

Overlapping van type II met III en IV was aanzienlijk. Bedplassers van type II reageerden vaak goed op eclecticische behandeling van de klacht inclusief hypnose, wanneer tevens focale aandacht werd geschonken aan de bijkomende psychiatrische

stoornis.

Type III is volgens DSM-III-R vaak te classificeren als aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ATS-H), oppositionele of gedragsstoornis, maar niet altijd wordt aan alle criteria voldaan. Op de GVK zien we een pathologische Ext.T score.

We vonden vaak: geringe schoolprestaties, agressiviteit, negatïvistisch gedrag, ongedurigheid en geringe frustratietolerantie. Karakteristieke voorbeelden waren patiënten E16, E52.

Overlapping met type IV was aanzienlijk en voor de behandeling zeer relevant.

Enuretische tieners van type III hadden een minder goede prognose. Ze waren nog het meest gebaat bij een eclecticische benadering waarin tevens directieve therapie voor de gedragsproblemen werd gegeven, als veel energie in een goede werkrelatie en in motivering van de jongere werd gestoken. Contacten met de ouders waren onontbeerlijk, temeer als er tevens gezinsproblemen speelden.

Type IV is een combinatie van een drietal van de volgende factoren: slechte socio-economische status, vóórkomen van lichamelijke of psychiatrische ziektes in het gezin, ernstige gezinsdïsharmonie, echtscheiding of dood van een ouder. Voorbeelden waren patiënten E11, E13, E14.

Overlapping met type II en/of III was de regel.

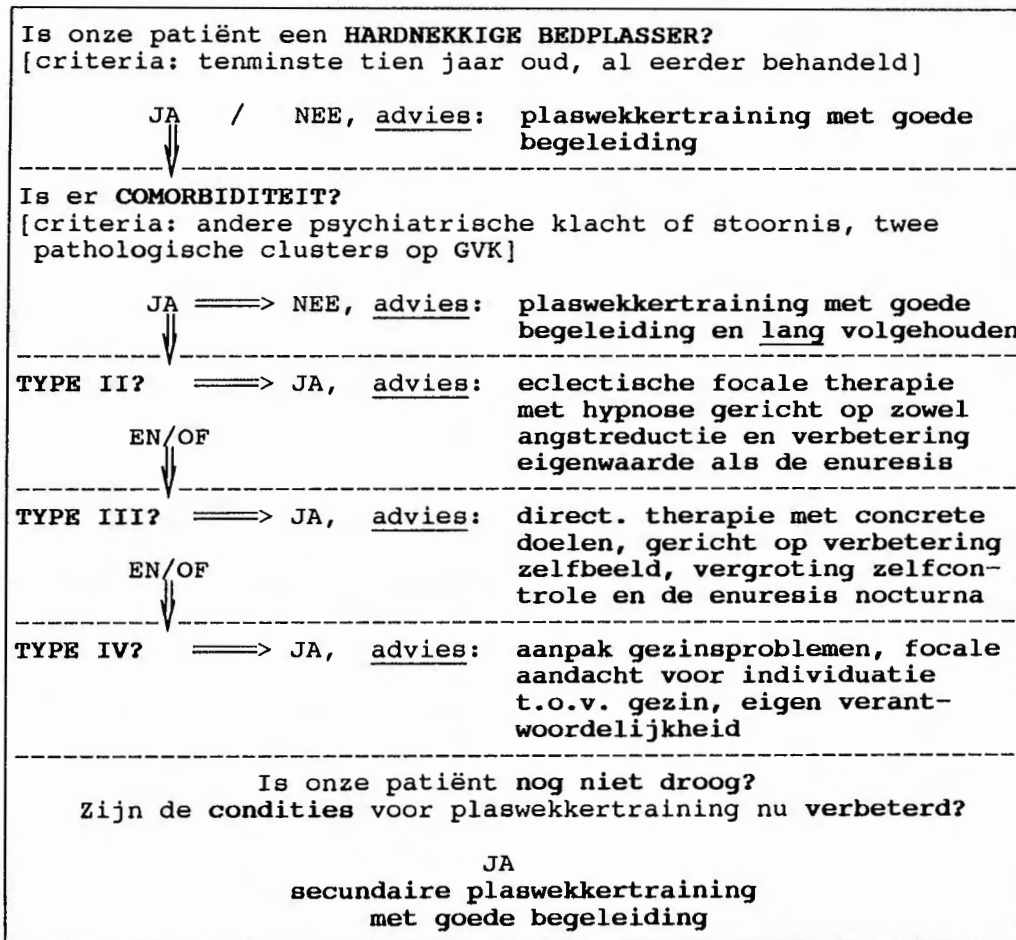
Bedplassers uit een gezin met veel tegenspoed hadden geen baat bij primaire plaswekkertraining, maar in een aantal gevallen was secundaire eclecticische behandeling vervolgens succesvol. Primaire eclecticische behandeling had slechts incidenteel succes voor wat betreft het bedplassen, maar bood wel de gelegenheid om gericht aan de zich voordoende problemen te werken. Nogal eens werd de therapie zonder resultaat door de patiënt of de ouders afgebroken. Indien zij echter voor kruising naar de plaswekkertraining te motiveren waren, had deze methode doorgaans succes.

We hebben de adviezen die uit dit onderzoek voortvloeien in een beslissingsboom opgenomen (zie pag. 166).

4. SPECULATIES OVER DE ETIOLOGIE

In hoofdstuk 1 zijn de gebruikelijke opvattingen over de oorzaken van bedplassen in de vakliteratuur beschreven. Goed beschouwd is enuresis nocturna een raadsel. Dit onderzoek is niet opgezet om achter de oorzaken te komen, maar dat neemt niet weg dat we veel informatie over onze patiënten hebben verzameld, niet alleen bij de aanmelding, maar ook gedurende de behandeling en na afloop. Welke opvattingen worden door dit onderzoek gesteund?

Beslissingsboom voor behandeling van bedplassers



- Erfelijkheid

Door een omissie is het voorkomen in de familie niet stelselmatig nagegaan. Diverse ouders vertelden wel spontaan dat ze er in hun jeugd ook lang last van hadden gehad, maar van vele anderen weten we het niet. Hoe vaak enuresis bij onze onderzochte groep familiair voorkomt is dus niet bekend.

- Organiciteit

Dit was een uitsluitingscriterium. Gelet op de opvattingen van Scott (vgl. hoofdstuk 1) hebben we er vanaf gezien al onze patiënten door een uroloog te laten nakijken en hebben we volstaan met de informatie van de verwijzende huisarts of specialist. Dit betekent dat niet iedere patiënt even uitgebreid op afwijkingen aan de urinewegen is onderzocht. Vanzelfsprekend is wel altijd gelet op mogelijke aanwijzingen voor bijv. een urine-weginfectie of een anatomische of neurofysiologische afwijking. Bij gereede twijfel diende de patiënt naar de kinderarts of uroloog te worden gestuurd; dit is in onze onderzoeksgroep echter niet voorgevallen. We hebben de pragmatische, maar niet boven alle wetenschappelijke twijfel verheven vuistregel gehanteerd,

dat iemand die overdag periodiek aandrang voelt en zindelijk is zonder er constant op te hoeven letten, ook 's nachts zindelijk kan zijn. Heeft de patiënt bovendien ook wel eens een aantal droge nachten zonder geforceerd wakker te hoeven blijven, dan is dat een extra argument om aan te nemen dat de klacht functioneel is en dat de patiënt met behulp van ons behandelprotocol controle over zijn klacht kan krijgen.

- **Onvoldoende nachtelijke ADH- (antidiuretisch hormoon) uitscheiding**

We hebben gedurende dit onderzoek nooit de aandrang gevoeld om desmopressine (Minrin®) voor te schrijven teneinde de nachtelijke urineproductie te remmen. Enkele van onze patiënten waren hiermee tevoren vergeefs behandeld. Ook al kan Minrin effectief zijn, het behandelteam zag niet hoe hier na staken van de toediening een leereffect uit kon overblijven.

Opmerkelijk is het verloop geweest bij een van onze patiënten (E49) die na een langdradige en weinig succesvolle behandeling Minrin van een somatisch specialist kreeg voorgeschreven en na luttele dagen definitief droog was....

- **Blaasfunctiestoornis**

Veel van onze patiënten hebben van ons blaastraining gekregen, hoewel we meer verwachtten van de psychologische dan van de fysiologische uitwerking ervan, gelet op wat de literatuur daarover aangeeft (vgl. o.m. Fielding, 1980; Shaffer et al., 1984). Zelden werd een duidelijk effect op de plasfrequentie gezien.

- **Slaap- c.q. wekstoornis**

Letterlijk genomen is er een wekprobleem, want het enuretische kind reageert niet op een prikkel waardoor een ander wel wakker zou worden. Maar wat veroorzaakt dit wekprobleem? De opvattingen in de literatuur staan lijnrecht tegenover elkaar (vgl. hoofdstuk 1). De auteur is gaandeweg tot de hypothese gekomen dat het hier niet zozeer om een kip-en-ei-probleem als wel om een kat-en-muis-fenomeen gaat.

- **Epilepsie**

Een patiënt uit ons vooronderzoek kreeg ongeveer gelijktijdig met de eerste manifestatie van epilepsie ook enuresis nocturna (hoofdstuk 3, patiënt V1). Voor de jongen stond het verband vast, volgens twee door ons geraadpleegde specialisten (Prof. Dr. A. van Huffelen, 1981 (pers. mededeling) en P.A.Th. Carbaat, neuroloog, 1982, 1985) ging het om 'benigne focale epilepsie'en was verband met bedplassen niet aannemelijk. Anderzijds waren er ernstige aanpassingsproblemen bij deze sterk externaliserende jongeman op te lossen vooraleer hij droog werd. Toen hij zijn antiepileptica stakte nadat hij droog was bleef hij aanvalsvrij (maar de prognose van deze vorm van epilepsie is gunstig).

Bij patiënt E13 is de diagnose epilepsie door een neuroloog gesteld en door een tweede neuroloog verworpen. Bij de overige 69 patiënten uit ons voor- en hoofdonderzoek is er nooit sprake geweest van epileptische symptomen.

- **Ontwikkelingsachterstanden**

Om deze nauwkeurig in kaart te brengen zou een veel uitgebreidere screening nodig zijn geweest dan die we hebben verricht. Met behulp van een klinische inschatting hebben we bij een deel van

onze patiënten achterstanden in de fysieke en psychosociale ontwikkeling waargenomen. Simpel gesteld betrof het relatief kleine, jong ogende en onzekere jongens en meisjes (Butlers cluster 2; vgl. hoofdstuk 2 en de klinische vignetten in hoofdstuk 8). We vonden echter geen correlatie tussen cluster 2 en het therapiebeloop c.q. de prognose.

Diverse bedplassers hebben we, parallel aan het droog worden, lichamelijk en psychosociaal zien opbloeien. Dit is een bekend verschijnsel bij kinder- en jeugdpsychotherapie voor allerlei klachten en stoornissen. Het is niet waarschijnlijk dat een in aanleg gegeven ontwikkelingsachterstand zo regelmatig gedurende een behandeling voor een klacht toevallig wordt ingehaald. Het is aannemelijk dat er verband is tussen de therapie en de 'groeisput' en het pleit voor de hypothese dat het bij veel kinderen om een psychogene ontwikkelingsachterstand gaat. Anderzijds moet men zijn ogen niet sluiten voor het tegenovergestelde: door intrinsieke groei en ontwikkeling van de patiënt lossen vele problemen zich gedurende een behandeling gemakkelijker op. Dit geldt m.i. bij uitstek voor problemen bij pubers van 14 à 15 jaar.

Dit betreft een deel van onze onderzoeksgroep. Als er verband is tussen de behandeling en het opbloeien van de patiënt, is daarmee nog niet bewezen dat enuresis het gevolg is van die achterstand; in principe kan ook de omgekeerde redenatie worden gevolgd en kan ook gedacht worden aan een gemeenschappelijke achterliggende causale factor.

De kardinale vraag luidt: "Is enuresis nocturna een lichamelijke stoornis waarop psychische factoren ook invloed uitoefenen, of is het een psychiatrische stoornis?"

Tot dusverre hebben we geen doorslaggevende argumenten gevonden voor de eerste mogelijkheid, maar dat is nog geen bewijs dat bedplassen 'dus' psychogeen is.

- **Psychogeen**

In de hoofdstukken 1 en 2 zijn de nodige publikaties besproken betreffende traumatische ervaringen, psychiatrische en gezinsproblemen, psychodynamische en cognitieve processen. Hieruit kon geen eensluidende conclusie worden getrokken.

De auteur heeft alle behandelverslagen uitgekamd, op zoek naar 'circumstantial evidence' voor het bestaan van relaties tussen psychische problematiek en de bedplafrequentie. De ingeschatte mate van interactie is gecomprimeerd tot een driepuntsschaal (zie tabel 1). Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat bij ca. driekwart van de patiënten uit onze doelgroep een duidelijke tot overduidelijke wisselwerking aannemelijk is gemaakt en dat bij ca. eenderde de psychogene oorzaak, c.q. de drijfveren zijn opgespoord.

Dit berust op klinische conclusies a posteriori maar is voor de behandelpraktijk een uitermate relevant gegeven dat tot nader onderzoek uitnodigt*.

* Het is waarschijnlijk niet specifiek voor enuresis nocturna doch geldt mutatis mutandis voor diverse klachten en stoornissen. Dit gaat echter het bestek van dit onderzoek te buiten.

Tabel 1. Inschatting interactie psychische factoren en enuresis

Geen of weinig interactie	N = 18	26%
Duidelijke of sterke interactie	N = 31	43%
Psychogenese hoogstwaarschijnlijk	N = 22	31%

totaal	N = 71	100%

Conclusie over de etiologie:

De etiologie van enuresis nocturna is niet bekend. Niet uitgemakt is of het om een syndroom gaat met verschillende, eventueel gecombineerde oorzaken, of dat enuresis nocturna in de grond van de zaak altijd tot één oorzaak is te herleiden. Duidelijk is wel dat psychische factoren grote invloed op het bedplassen kunnen uitoefenen, maar dat geldt ook voor allerlei ziektes waarvan de somatische oorzaak vaststaat.

Intrigerend is de dubbelzinnigheid die typisch is voor de hardnekkige bedplasser. Hij ervaart de klacht als een vervelend ongemak waarover hij geen controle heeft, dus als een gebeuren dat buiten hem om gaat. Toch kan hij, geleidelijk of plotseling en dikwijls nauwelijks begrijpelijk waardoor, droog zijn en blijven.

Uit brieven die een of twee jaar na afsluiting van de behandeling voor een allerlaatste follow-up zijn geschreven blijkt zelden wat voor de patiënt nu eigenlijk de beslissende factor bij het droog worden is geweest. De meesten zijn gewoon blij dat ze droog zijn en vertellen vooral hoe goed het op school of op sport gaat.

Sommigen hebben een boodschap voor de andere bedplassers in de trant van: Vooral volhouden! of: Je kan er vanaf komen als je maar hard je best doet (wat die schrijver lange tijd dus niet gedaan had...). Een vijftienjarige schreef: "En ik denk dat het me juist aan zelfvertrouwen ontbrak voordat ik voor het eerst bij u op 'bezoek' kwam". Een achttienjarige jongen schreef: "U heeft mij door middel van gesprekken en het bijhouden duidelijk aangeleerd er "vies" van te worden, waardoor uw behandeling voor mij als perfect verlopen is."

De indruk wordt gewekt dat op een gegeven moment een knoop is doorgehakt en dat het belang van de specifieke behandelprocedure voor het herstel maar betrekkelijk is. Het moment van droog worden komt te vaak onverwachts en blijft onvoorspelbaar. Het droogwordingsproces is misschien wel vooral het gevolg van het gebruikte ritueel dat onaantrekkelijk is om eindeloos vol te houden maar de functie heeft gezichtsverlies te besparen. (Als psychotherapie als krenkend wordt ervaren, zoals bij patiënt E49, is een nieuw medicijn het excuus om droog te worden. Zoals die jongen het zelf achteraf aan zijn moeder zei: "Dat was voor mij de juiste behandeling".)

Enkele parallellen tussen patiënten met enuresis nocturna en conversie zijn opvallend. Behalve als uiting van een onbewust psychodynamisch conflict (onderdrukking van ongewenste impulsen en gedachten en vermindering van ongewenste handelingen en situaties) kan conversie ook worden opgevat als rolgedrag dat vanuit de patiënt zelf en vanuit zijn omgeving wordt bekrachtigd. Meestal wordt door de stoornis aandacht verkregen maar is die

72

vermengd met irritatie en twijfel. Dat maakt zonder meer opgeven van het symptoom moeilijk. De patiënt loopt het risico als een aansteller te worden ontmaskerd. Bij conversie dient dan ook elke krenking van aanzien en zelfrespect te worden vermeden (Oudshoorn et al., 1980), dient een eervolle interpretatie voor het symptoom te worden gevonden (Erickson, 1967, 1973; Moene, 1988) en zijn interventies er op gericht het voortbestaan van het symptoom onaantrekkelijk te maken (v.d. Hart, 1977). Het gaat te ver functionele enuresis zonder meer op te vatten als een conversie; de auteur ziet alleen bepaalde frappante overeenkomsten met een typische groep onder de hardnekkige bedplassers. Wel is te verdedigen dat menige enureticus zich (zoals q.q. de conversiepatiënt) van het afweermechanisme van de dissociatie bedient. Ze voelen niets, ze horen niets en ze weten van niets - het hele bedplasgebeuren, inclusief achterliggende problematiek, gaat buiten hen om. Bij enkelen kon dit met behulp van hypnose overtuigend worden bevestigd en kon een onderliggend conflict worden blootgelegd (vgl. patiënten V4, V7, V11 in hoofdstuk 3, & E42, E44, E47 in het hoofdonderzoek). Toch zijn die voorbeelden tamelijk zeldzaam (geschat: ca. 10% van onze doelgroep). Gaat het inderdaad om uitzonderingen of moet worden verondersteld dat de hardnekkige bedplasser zich, zelfs bij een hypnotische procedure, niet zo maar in de kaart laat kijken?

6. WAT IS TENSLOTTE DE EIGEN VISIE VAN DE AUTEUR OP BEDPLASSEN?

Hij weet niet wat de oorzaak van enuresis nocturna is dus kan hij slechts veronderstellingen uitspreken die alleen door gerichte onderzoekingen bevestigd of weerlegd kunnen worden.

- Kernhypothese

Bedplassen is een somatische stoornis - er gaat iets niet goed op het neurofysiologische vlak. Mogelijk speelt een aanlegfactor hierbij een -soms bescheiden, soms doorslaggevende- rol. De klacht is au fond het resultaat van falende remming van nachtelijke blaascontracties en de daaruit voortvloeiende reflectoire mictie.

De hypothese van Messer (1979) dat bedplassen het gevolg is van een abnormaal hoge wekdrempel is te weerleggen. We hebben al in hoofdstuk 2 beredeneerd dat Messer een symptoom als verklaring accepteert in plaats van een verklaring voor dat symptoom te zoeken.

Het gaat niet primair om een slaap- of wekprobleem. Het opmerkelijke resultaat van een geslaagde training met de plaswekker is immers niet dat de betrokkene voortaan elke nacht makkelijk wakker wordt en naar de wc gaat, maar dat hij 's nachts als regel gewoon doorslaapt en 's ochtends droog wakker wordt (J.D. Bosch, 1987, persoonlijke mededeling).

De momenteel enig opgeld makende veronderstelling dat enuresis nocturna het gevolg is van onvoldoende remming van de nachtelijke urineproductie ten gevolge van een te lage, nachtelijke antidiuretisch hormoonspiegel is als verklaring voor bedplassen op zijn minst onvoldoende.

- Aanvullende hypothese

Hoe hardnekkiger het bedplassen is, des te belangrijker zijn psychologische of psychosociale processen bij het in stand

houden van de klacht.

Die processen kunnen zich, in het schema van de auteur (Oudshoorn, 1985) op diverse niveaus afspelen:

a) Op het gezinsniveau denken we in de eerste plaats aan een leerproces dat is bevorderd door inconsequente positieve en negatieve aandacht. Daardoor is het probleem op een machtsstrijd gaan lijken waarin de patiënt, die overdag een volgzame puber is, 's nachts als een guerillero met heimelijke wapens opereert.

In twee gevallen kregen we informatie die er op wees dat het bedplassen als een schild tegen incestueuze gevaren diende. Meer in het algemeen denken we aan allerlei bronnen van emoties en stress in het gezin die het bedplassen in de hand werken of die een motief voor de enuresis geven. In de klinische hoofdstukken zijn enkele saillante voorbeelden te vinden. Ook is gebleken dat de gezinssituatie in diverse gevallen eenvoudigweg ongeschikt kan zijn om een serieuze plaswekkerbehandeling of een andere therapie te doen slagen, ook als er (zoals meestal) geen dubbele bodems zijn.

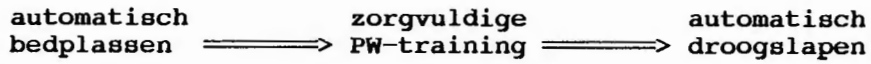
b) Op individueel psychodynamisch niveau spelen zich soms psychotraumatische ervaringen of conflicten tussen ongewenste impulsen (bijv. door frustraties gevoede woede jegens de ouders en angst of schuldgevoel daarover) een rol, wat resulteert in afweer van zulk materiaal. Ook schaamte werkt dit in de hand. Het bedplassen kan in de ogen van de therapeut beladen zijn met dergelijke conflictstof zonder dat de betrokkene zich hier zelf van bewust is.

Bij pogingen de sluier op te lichten stuit hij op weerstand en ergernis. Het is verstandig geen spijkers op laag water te zoeken, maar alleen tot exploratie over te gaan wanneer er sterke aanwijzingen zijn.

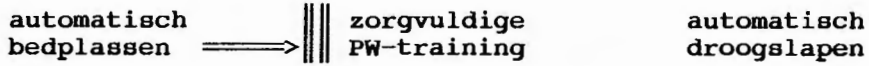
c) Op cognitief en gedragsniveau valt dikwijls op dat er een discrepantie is tussen de uitgesproken wens om van de klacht af te komen en de gebrekkige inzet daarvoor. Dit kan uiteraard verklaard worden uit wat in de regels hierboven over het gezin en de dynamiek is gezegd en kan dan een reden zijn om tot exploratie over te gaan, maar het is ook op zichzelf een gegeven waarmee de patiënt regelmatig moet worden geconfronteerd zonder er een duiding aan te geven.

Simpel maar belangrijk is het punt dat de bedplasser geen flauwe notie heeft van de werking van zijn blaas en hoe hij daarover controle kan krijgen. Als we in de vignetten kijken naar het moment van de meest opvallende daling van de plasfrequentie, dan vinden we dat moment dikwijls helemaal in het begin, dat wil zeggen als er informatie is gegeven over wat bedplassen nu eigenlijk is. Dat de patiënt daarmee nog niet volledig en definitief droog is, is begrijpelijk: over het algemeen is de klacht immers opgenomen in een gecompliceerd patroon van interne en externe vicieuze cirkels.

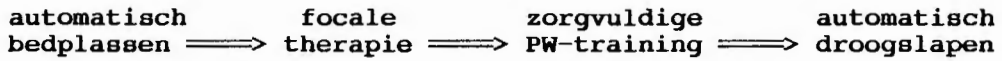
De kernhypothese kan verklaren waarom veel, vooral jonge, bedplassers goed op de plaswekker reageren. Van alle methodes werkt die waarschijnlijk het meest direct in op neurofysiologische reflexpatronen.



De aanvullende hypothese kan verklaren waarom veel, vooral al wat oudere, bedplassers niet op de plaswekker reageren. Er ligt een psychologische barrière die de training tegenwerkt (type II & III) en/of een gezinsprobleem (type IV).

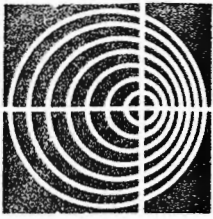


Ook is dan duidelijk waarom de plaswekker na een eclecticische therapie met focale aandacht voor bepaalde problemen in tweede instantie wel effect sorteert, omdat dan immers, zo veronderstellen we, de barrière tegen training is geslecht.



Deze visie impliceert dat de twee behandelstrategieën niet gelijkwaardig en uitwisselbaar zijn, doch op verschillende niveaus aangrijpen.

De algemene therapiewet die we hierboven postuleerden, moet dan luiden: "Diverse stoornissen kunnen in stand gehouden worden door een heterogene combinatie van factoren. Daarom kan een, voor een aantal factoren geëigende, behandelstrategie een noodzakelijke doch op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor herstel bieden. Dan biedt een tweede therapie die op de overblijvende factoren is gericht, verdere succesansen". Deze hypothese zou de "Wet van de multimodale therapie" kunnen heten en verdient nader onderzoek bij andere stoornissen.



75

HET LEVEN IS NIET CHRONISCH

Inleiding

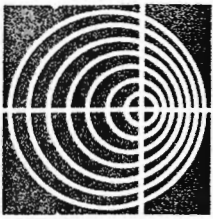
Dames en Heren,

Het is niet eenvoudig om iets te vertellen ter gelegenheid van het afscheid van van Andel. Ik herinner me namelijk goed de eerste keer dat ik over hem hoorde spreken. "dat is die huzaar van Veldwijk", zo sprak afgunstig een niet nader te noemen persoon, die zelf weinig eigenschappen vertoonde, waardoor je iemand met waardering een huzaar noemt, nl. als een tribuut aan overtuigingskracht en doorzettingsvermogen.

Ik ontmoette hem voor het eerst toen ik net directeur geworden was. We waren dat jaar in Bloemendaal gastheer tijdens een bijeenkomst van alle APZ-behandeldirecteuren, en ik had hem niet uitgenodigd, omdat hij niet op de adreslijst stond. Hij kwam niettemin, en maakte mij vriendelijk, doch uitermate beslist duidelijk dat hij bij dit soort bijeenkomsten aanwezig behoorde te zijn.

De tweede keer dat ik hem persoonlijk ontmoette was op een management-cursus van de MZD waar hij een toneelstukje opvoerde om ons te leren hoe je een gesprek moest voeren. De aanwezigen, die allemaal al wel bijna een heel jaar in het management zaten, wisten het natuurlijk allemaal veel beter dan de oude rot. Ik heb me pas later gerealiseerd dat hij ons indirect duidelijk probeerde te maken dat ongeacht je positie je jezelf moet blijven.

Ik denk dat deze twee gebeurtenissen van Andel typeren: hij is diep in z'n hart een hulpverlener gebleven, en ook in het onderzoek dat hij verricht en/of gestimuleerd heeft, is dat duidelijk te merken. Hij heeft nooit met modes meegelopen, maar eerlijk geprobeerd om de werkelijkheid achter het formele beleid, het management of de mythe van het management, zichtbaar te maken. Het is om die reden dat ik vereerd ben ingegaan op de uitnodiging om vanmiddag iets te zeggen over de zogenaamde chronische patiënt vanuit de optiek van een algemeen directeur van een APZ die zich ook nog steeds behandelaar voelt. Ik heb aan mijn bijdrage de subtitel gegeven:



De Mythe van de chroniciteit, of te wel Het leven is niet chronisch.

"Die hoort hier niet, die is hier al zo vaak geweest, die staat al zo lang op de wachtlijst, die staat pas kort op de wachtlijst, die staat ook op de wachtlijst van afdeling De Verantwoorde Afwijzing, die is onbehandelbaar, daar kunnen wij niets mee, we hebben de vorige keer gezegd dat die nooit meer terug hoeft te komen, die is niet gemotiveerd, (dat vind ik persoonlijk de ergste), dat is gewoon een zwerver, we zijn hier geen hotel, het team is er tegen, en die hoort ergens anders".

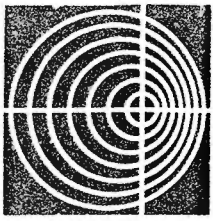
Dames en Heren, deze uitspraken over de zogenaamde chronische patiënt kunnen genoteerd worden in elk instituut in Nederland dat krachtens de erkenningsvoorwaarden gehouden is om aan mensen met psychische problemen hulp te bieden.

In mijn praatje wil ik proberen om te analyseren hoe deze ongewenste situatie is ontstaan en welke factoren ertoe leiden dat hij blijft bestaan. Tot slot zal ik voorzichtig bespiegelen over mogelijke verbeteringen.

Het begrip chroniciteit

Het is gebruikelijk om de cliëntele van de geestelijke gezondheidszorg te omschrijven vanuit de optiek van en in de termen van de aanbieders van zorg. Daar is op zich ook niets verkeerd aan. Iedere professionele hulpverlener die zijn handelen op meer dan volstrekte willekeur of opportuniteit wil baseren, zal de kenmerken van zijn doelgroep moeten definiëren en zijn doelstelling moeten formuleren op basis van de binnen zijn professie aanvaarde body of knowledge. Het gaat echter mis, wanneer de gebruikte terminologie ten onrechte suggereert dat een kenmerk van een doelgroep adequaat omschreven is. In de geestelijke gezondheidszorg is dat nog belangrijker dan op andere terreinen van de hulpverlening.

Onze diagnostische omschrijvingen geven in het algemeen weinig handvaten voor een duidelijk omschreven aanpak van problemen op het niveau van de patiënten. De DSM-3-R is niet toevallig een veel dikker boek dan Treatment of the DSM-3 disorders! Het begrip "chronisch" in relatie tot de psychiatrische diagnoses betekent alleen dat de hulpverlening machteloos is, en zou dus beter niet gebruikt kunnen worden bij onze pogingen om de situatie van onze doelgroep te omschrijven.



Een goede omschrijving van de problemen van een klant van de hulpverlening dient idealiter immers uitzicht te bieden op een oplossing van de problemen of een vermindering van het leed dat de handicap met zich meebrengt, een verbetering van de levenssituatie.

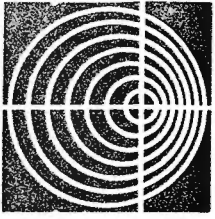
Zo lang we menen dat we iets kunnen bijdragen aan het lot van de mensen die we op die manier etiketteren, zouden we er goed aan doen om het chroniciteit te bezien vanuit de optiek van onze patiënten, of hun vertegenwoordigers.

In hun ogen betekent chroniciteit alleen dat aan de beperking van levensperspectief, veroorzaakt door de problemen van deze mensen, door de hulpverleners een stigmatiserend etiket wordt toegevoegd. In hun ogen is dat niet meer dan een legitimering van onze machteloosheid en van de bestaande verdeling van middelen in de zorg. Ook hulpverleners begint dat trouwens op te vallen: Vlaminck heeft in zijn dissertatie duidelijk laten zien dat ongeveer 75% van het budget van de ambulante zorg naar 25% van de doelgroep gaat. Onze definities van chroniciteit zijn niet erg geloofwaardig in de ogen van mensen die door ons chronisch teleurgesteld worden, al bedenken we de fraaiste euphemismen voor het probleem. De gedenkwaardigste vernam ik van een zich progressief profilerende wethouder: hij omschreef mensen die behoefte hadden aan een aangepast antwoord op hun problemen als "psychosociale balanszoekers!"

Ik vraag mij af of er in Nederland een restaurant te vinden is dat mensen afwijst als culinaire balanszoekers, omdat ze niet van biefstuk houden, maar van varkenshaas. De betekenis van deze onheuse vergelijking zal hopelijk in de rest van mijn bijdrage duidelijk worden, en misschien wordt dan tevens duidelijk waarom ik de vergelijking niet onheus, maar treurig relevant vind.

De verlegenheid van de hulpverlening

Dames en Heren, ik herinner mij nog levendig een zinsnede uit de toespraak die de hoogleraar van dienst uitsprak, toen ik mijn artsensbul ontving. Hij zei, in een overigens goed bedoelde poging om ons voor te bereiden op de praktijk: "Trek het U niet aan als patiënten niet tevreden over U zijn. U moet maar bedenken dat ze altijd gedwongen zijn weer bij U terug te komen!."



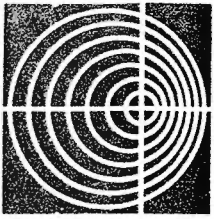
78

De toch uitermate positief gestemde zaal vol vrienden en familieleden siste verontwaardigd. De jonge dokters waren al zo onderdeel van het systeem dat de reden van de verontwaardiging pas bij het borreltje achteraf duidelijk werd.

Ik herinner mij ook nog heel goed mijn eerste dagen als volledig gebrevetteerd arts. 10 dagen na mijn diplomering kreeg ik de verantwoordelijkheid voor een vrouwenafdeling neurologie. Al snel ontdekte ik dat mijn taakomschrijving niet klopte met de werkelijkheid waarin ik mijn arbeid verrichtte. Op de afdeling verbleven vooral bejaarde dames die leden aan de gevolgen van een cerebrovasculair accident. Zij knapten al of niet met restverschijnselen op, of zij overleden. Velen overleden. Mijn feitelijke bijdrage aan het werk op de afdeling schatte ik niet hoog in, tenminste als ik mijn werkzaamheden bezag in het licht van mijn officiële taak, het "behandelen" van deze mensen. Ik behandelde niet, ik begeleidde processen, die zich ook zonder mij onder begeleiding van de verpleging op dezelfde wijze zouden hebben voltrokken. Dat was nogal een schok, in het begin had ik het idee dat ik zwendelde: ik deed immers niet waarvoor ik betaald werd, ik ontdekte voornamelijk dat mijn kennis slechts op onderdelen iets te maken had met de behoeften van mijn patiënten. of die van hun familieleden.

Ik begon weer plezier in mijn werk te krijgen, toen ik ontdekte dat ik wel degelijk een bijdrage te leveren had bij de uitleg over ziektebeelden aan patiënten en hun familie, het bestrijden van complicaties, het verlichten van angst en pijn, het regelen van een zorgvuldig ontslag, etc. Voor de meeste van die taken had ik mijn witte jas niet nodig.

Dames en Heren, het gaat mij er niet om u hier vandaag te vertellen dat ik achteraf tot de conclusie gekomen ben dat ik beter een ander vak had kunnen kiezen. Ik wil met het bovenstaande illustreren dat de opleidingen in de hulpverlening er meer op gericht zijn om onze behandeltechniek over te dragen, dan om ons gevoelig te maken voor de noden van patiënten, zoals zij die beleven. Wij leren meer over het beste voor weinigen dan over het nodige voor velen, en, om met de Gooyer te spreken, we laten ons meer leiden door het technologisch imperatief dan door rationele overwegingen ten aanzien van de behoeften van onze doelgroep zoals de patiënten die zelf waarnemen en omschrijven.

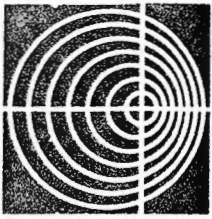


De professionalisering in de zorgverlening heeft ons sinds de 18-de eeuw veel goeds gebracht. Het heeft echter ook gezorgd voor een scheiding binnen de groep zorgbehoeftigen in behandelbaren en niet behandelbaren. Ons door de verschillende professies gedomineerde systeem is vriendelijk voor de mensen die "behandelbaar" zijn, maar bergt het gevaar in zich dat de mensen die zich niet geholpen voelen gemarginaliseerd en gestigmatiseerd worden. Uitspraken van b. v van Hoorn van de cliëntenbond dat de professionele, wetenschappelijke mensbeschouwing de mens tot een robot of een dier degradeert, vinden hun oorsprong in deze diepliggende ontevredenheid over de onmacht van ons systeem om tegemoet te komen aan behoeften, die zich moeilijk in een standaard-behandelantwoord laten vertalen. Chronische problematiek verwordt zo tot datgene waar wij chronisch niets aan kunnen doen, en maakt mensen, een echte paradox, chronisch afhankelijk van een systeem dat ze niet tevreden heeft kunnen stellen.

Dit klemt des te meer, omdat ons zorgsysteem op solidariteit is gebaseerd. Men kan zich afvragen wat de klanten die niet of moeilijk door de reguliere, professionele hulpverleners zijn tevreden te stellen met de professionele produkten uit de farmacologische-of spraaklaboratoria voor hun premiegelden terug krijgen.

Het bovenstaande is vooral van toepassing op de geestelijke gezondheidszorg. Dat is begrijpelijk, omdat juist in onze branche de reductie van de klachten van patiënten tot voor de aanbieders van zorg hanteerbare categorieën tot de meeste vervreemding leidt. De pijn van een rheuma patiënt laat zich herleiden tot een diagnose die uit te leggen is, en tot een begrijpelijk aanbod van zorg leidt. Het terug brengen van de klachten van de "psychosociale balanszoekers" tot een hanteerbaar substraat is wat ingewikkelder.

Het treurig adjectief "chronisch" leidt in de somatische zorg bovendien niet tot minder zorg. Niemand noemt de ernstige diabeet onbehandelbaar, of de epilepticus, en de rheuma-of CARApatiënt, of meent dat de inspanning verminderd, omdat de ziekte niet genezen kan worden.



In tegendeel, voor deze groepen wordt op vele fronten gezocht naar antwoorden die aansluiten op hun specifieke vragen en voor handicaps wordt, letterlijk en figuurlijk, maatwerk geleverd.

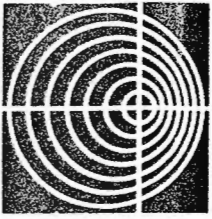
De verklaring voor dit verschil is niet eenvoudig, ik noem zonder enige aanspraak op volledigheid enkele, deels samenhangende mogelijke oorzaken.

Ten eerste valt op dat de mensen met lichamelijke problemen en/of handicaps zich de laatste jaren steeds meer georganiseerd hebben in invloedrijke belangenverenigingen, die op een toenemend effectieve wijze in staat zijn hun stem te laten tellen bij de vaststelling van het beleid. Ondanks de bewonderenswaardige activiteiten van organisaties als de Landelijke Patiëntenraden en de stichting Pandora loopt de GGZ in dit opzicht achter.

Dit hangt **-ten tweede-** mogelijk samen met het feit dat mensen zich niet eenvoudig identificeren met medeburgers die last hebben van psychische problemen of handicaps. Er wordt in Nederland gecollecteerd voor alle mogelijke problemen, we identificeren ons met problemen die variëren van sportblessures tot borstkanker, maar de eerste collecte ten gunste van mensen die last hebben van somberheid, verwarring, besluiteloosheid, problemen met aanpassing aan de omgeving, angst of verlegenheid, moet bij mijn weten nog gehouden worden.

"Ik ben een arme man, en alle leven doet mij zeer", schreef Jan Arends, de auteur van Keefman. De pijn van deze armen lijkt ons minder aan te spreken dan andere, meer herkenbare pijn.

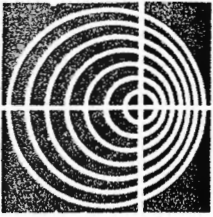
Een derde factor die een rol speelt is dat in de GGZ er in veel mindere mate een bondgenootschap tot stand is gekomen tussen aanbieders van zorg en de consumenten, dan op andere terreinen van de hulpverlening. We kunnen integendeel dikwijls constateren dat in de GGZ de aanbieders van zorg over de hoofden van de critische consumenten heen, de publieke opinie ervan proberen te overtuigen dat de zorg goed is, in weerwil van de uitgesproken ontevredenheid van althans een deel van de cliënteel. Op andere terreinen is men er, in marketingtermen, beter in geslaagd om de markt te segmenteren, de werkelijke behoeften te onderkennen, en heeft men een succesvol gebruik gemaakt van zgn. pullfactoren.



Soms lijken we een beetje op slaggers die in weerwil van de energiek verwoorde tegenzin, hardnekkig aan vegetariërs vlees blijven aanbieden.

Ik denk **-ten vierde-** dat dit samenhangt met het feit dat in de GGZ de klanten in een aantal gevallen niet de uiteindelijke afnemers van onze producten zijn. De GGZ accepteert tot op heden dat de behoeften van de patiënten in een aantal gevallen door anderen dan de direct betrokkenen geformuleerd en gedefinieerd worden. Ik denk dat dat onontkoombaar is, wanneer de betrokkene niet in staat is om een behoefte te formuleren, en ik hou geen pleidooi voor een volledig afstoten van alle taken die op het terrein van de psychiatrie der onvrijwilligheid liggen. Ik denk dat een poging tot hulpverlening voor mensen met evidente psychische stoornissen een goed alternatief is voor de gevangenis of verwaarlozing onder het mom van eerbiediging van het recht op zelfbeschikking. De aanvaarding van deze maatschappelijke verantwoordelijkheid zou ons echter wellicht meer dan nu het geval is moeten dwingen tot grote gevoeligheid voor de problemen en klachten van de patiënten, zoals zij die zelf verwoorden.

Ten vijfde. Het huidige systeem van financiering, van richtlijnen en verstrekkingen, werkt uit ten detrimente van de zgn. chronische patiënt en houdt de bestaande verdeling van middelen in stand. Ons systeem is gebaseerd op solidariteit en de overheid stelt op macroniveau grenzen aan het volume. Ik heb de minister president de vergelijking horen maken tussen de hulpverlening en een vervuilende chemische industrie: als de gevolgen voor het milieu te groot worden moet de groei begrensd worden. Ook wanneer we ons niet verdiepen in de gepastheid van deze vergelijking, kan gesteld worden dat een overheid die wel grenzen stelt aan de mate waarin de burgers zorg mogen consumeren, en niet aan de mate waarin vakantie-reizen of sigaretten genuttigd kunnen worden, de power of her convictions mag tonen. Juist wanneer de zorg met name voor de meest hulpbehoevenden uit de algemene middelen betaald wordt, is het onjuist om de verdeling van middelen tot stand te laten komen op basis van de voorkeuren van de aanbieders van zorg, of voornamelijk op basis van de behoeften van de afnemers die hun behoeften nog het het beste kunnen verwoorden.



Dames en Heren, ik kom aan het slot van mijn verhaal.

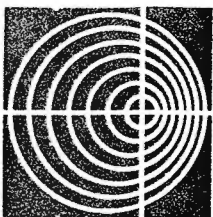
Geen oplossingen, wel suggesties.

Het voorgaande zou opgevat kunnen worden als een sombere en defensieve beschrijving van de manier waarop we in Nederland de zorg geregeld hebben. Dat was niet mijn bedoeling. Integendeel, ik hoop dat we in de toekomst niet zullen vervallen tot de fouten die in andere landen gemaakt zijn, en dat we ook na en in deze tijden van stelselherziening onze unieke verworvenheden zullen kunnen behouden.

Tot slot van mijn praatje wil ik U enkele overwegingen voorleggen, die bij mij opkwamen toen ik nadacht over de vraag hoe we in de toekomst de voordelen van ons systeem kunnen behouden en mogelijk zelfs uitbouwen. Ik zal hierbij uitgaan van de vijf problemen die ik hiervoor heb aangegeven, zonder op alle vijf afzonderlijk in te gaan.

1 Aanbieders en consumenten van zorg zullen de handen ineen moeten slaan om een faamverbetering van mensen met psychische problemen en de GGZ te bereiken. Idealiter moet over psychische problematiek gesproken kunnen worden op dezelfde manier als over huwelijksproblemen, werkloosheid of een longontsteking. Voorlichting over psychische problematiek, in samenwerking met b.v. een organisatie als Pandora is een taak voor alle betrokkenen, van overheid tot APZ.

In mijn eigen organisatie geven we sinds enkele jaren voorlichting over psychische problemen voor iedereen die daar in geïnteresseerd is. We kondigen deze bijeenkomsten aan op de regionale radio, en de belangstelling is zeer groot. Gesteund door de patiëntenraad en onze PR-functionaris trachten we deze voorlichting in gewoon Nederlands te geven, na enige oefening is dat verrassend eenvoudig. Telkens weer valt ons op hoe groot de behoefte is aan dit soort heel directe informatie. Het is jammer dat deze voorlichting niet op grotere schaal gegeven wordt, ik heb het nog nooit b.v. op Socutera gezien.



2 Het is dringend noodzakelijk dat de GGZ zich, juist voor de chronische patiënten, meer laat leiden door inzichten uit de marketingtheorie. Het is gevaarlijk om anderen dan de uiteindelijke gebruikers als klant van de GGZ te definiëren. Dan dreigen Russische toestanden. Niet huisarts, of RIAGG, of de samenleving die orde wil, zijn de voornaamste klanten van een APZ, de echte klanten zijn de mensen die langdurig of heel dikwijls een beroep doen op de zorg. Rehabilitatie van de meest hulpbehoevenden kan alleen plaats vinden wanneer de aanbieders van zorg de wensen van de betrokkenen als uitgangspunt kiezen. Zij hebben daar als premiebetalers evenveel recht op als een asthmapatiënt. Dat is de consequentie van een echt solidair systeem.

Marianne Farkas heeft indringend gepleit voor een systeem dat echte rehabilitatie van patiënten mogelijk maakt. Zij kiest zeer consequent voor de optiek van de consumenten.

Haar inzichten zijn de meest inspirerende die ik de laatste 10 jaar heb vernomen, misschien is dat wel schandalig, omdat binnen de Nederlandse cliëntenorganisaties soortgelijke geluiden ook al jarenlang opgevangen kunnen worden.

Zij stelt dat we er niet in geslaagd zijn om mensen perspectief te bieden, dat integendeel onze produktgeoriënteerde organisatie van de zorg mensen op z'n best tot passieve aanpassing aan de door de zorgverleners impliciet gedefinieerde uitzichtloosheid van hun situatie brengt. Dat komt niet, omdat we het niet goed bedoelen, het komt wel, omdat we geneigd zijn om de wereld en de behoeften van patiënten te toetsen aan ons eigen referentiekader, dat van redelijk succesvolle mensen, die hun deskundigheid tot gelding willen brengen. In het verlengde daarvan diskwalificeren we, althans doen we niet recht aan, de subjectieve beleving van een groot deel van onze doelgroep. In de levenssituatie van ieder mens kan verbetering gebracht worden, als we willen uitgaan van zijn definitie van die situatie.

Een van de voorbeelden die zij gebruikt om de kloof tussen de verwachtingen van de klanten en de inzichten van de zorgaanbieders te typeren, wil ik U niet onthouden.



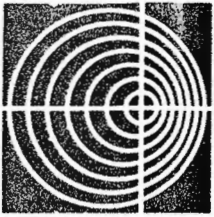
Aan hulpverleners werd gevraagd wat chronische patiënten zouden antwoorden, wanneer hun de vraag werd voorgelegd of ze liever in groot-schalige paviljoenen of in eenpersoonskamers zouden wonen en/of verzorgd worden. 90% van de hulpverleners meende dat de patiënten zouden kiezen voor een gezellig, groot paviljoen, met alle hulp in de onmiddellijke omgeving. 90% van de betrokkenen koos voor een kamer alleen, ondanks de mogelijke nadelen.

Er lijkt nog wel wat te verbeteren in de afstemming van vraag en aanbod in de GGZ.

En ook wanneer we ons best doen, kleinschalige voorzieningen opzetten, en de beleving van de patiënten willen respecteren, blijven we soms als Kniertje met ons pannetje soep in de weer. Keyzer, de auteur van het aanbevelenswaardige artikel Proxemics en Pragmatics, een creatieve poging om systeemtheorie en omgevingstechnologie te combineren, vertelde mij het volgende verhaal. Hij bezocht met een uitstekende verpleegkundige een in de stad gelegen sociowoning van een APZ, waar de bewoners vrijwel volledig voor zichzelf zorgden. Het team deed alles om het gevoel van autonomie en zelfstandigheid te bevorderen.

Bij de voordeur van het huis aangekomen bleek de zelfstandigheidsbevorderende professional over een sleutel te beschikken, zodat hij niet gedwongen was om aan te bellen. Vervolgens hing hij zijn jas niet aan de kapstok, maar spreidde hem uit over een aantal stoelen, en liet er zodoende geen enkel misverstand over bestaan wie de baas in huis was. Volgens Keyzer was het meest treurige aan dit voorbeeld niet het gedrag van de professional, maar het feit dat het een van de aardigste en meest toegewijde verpleegkundigen was die hij kende.

De enige uitweg uit deze botsing tussen goede bedoelingen en verwachtingen is meer onderzoek naar de verwachtingen van de verschillende doelgroepen binnen de GGZ, op alle niveaus. Voor de APZ-en betekent dit dat ze moeten investeren in satisfactie onderzoek, zeker wanneer de klanten langere tijd verblijven in het totaal-instituut. In Bloemendaal heeft de patiëntenraad zelfstandig een onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de patiënten. Onze afdeling automatisering heeft assistentie verleend bij de verwerking van de gegevens.



85

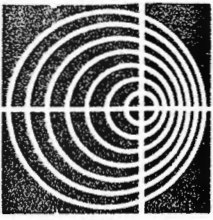
Los van de discutabele wetenschappelijke waarde, ben ik erg blij met zo'n initiatief, omdat het de mogelijkheid biedt aan directie en patiëntenraad om een begin te maken met een gezamenlijk beleid. Ik mag U verklappen dat het eten prima is, dat de verpleging en de artsen het goed doen, maar dat aan de procedures rond overplaatsing en de patiënteninformatie nog veel verbeterd moet worden.

Binnenkort zullen we ook een onderzoek laten verrichten naar de verwachtingen van groeperingen buiten Bloemendaal, in navolging van Psychiatrisch Centrum Venray, ere wie ere toekomt.

De overheid zal meer systematisch de stem van de consumenten moeten versterken. Nooit is de cliëntenbeweging zo coöperatief en gericht op consensus geweest als nu. Dit klemt temeer in het licht van de stelselherziening. Wanneer de consumenten niet meer invloed krijgen op alle niveaus, wordt bij een terugtrekkende overheid de verdeling van middelen in de GGZ een onderonsje tussen verzekeraars en aanbieders. Voor de instellingen is dat op korte termijn een aantrekkelijk vooruitzicht. Vanuit het perspectief van de klanten, voor de emancipatie van de chronische patiënt, is het desastreus, en voor de instellingen zal het op iets langere termijn de maatschappelijke acceptatie van hun inspanningen in de waagschaal stellen.

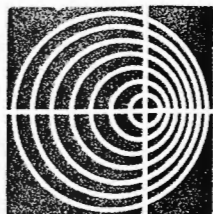
3 Helemaal tot slot nog enkele meer abstract beleidsmatige zaken.

De keuzes die de overheid maakt ten aanzien van de inrichting van de zorg hebben een overwegend en langdurig effect op de praktijk op de werkvloer van de instellingen. Juist wanneer het gaat om de zorg voor mensen die niet op brede maatschappelijke sympathie mogen rekenen moet een overheid consistent zijn in de lange termijn visie. In de GGZ heeft de overheid minstens de laatste tien jaar een regionale ordening van de zorg gepropageerd, en in een aantal gevallen gefaciliteerd. Er zijn veel instituten waarvan de naam begint met de R van regionalisatie. Ik wil hier in ieder geval kwijt dat loslaten van een regionale ordening van de zorg de doodsteek is voor alles wat de laatste 10 jaar tot stand gekomen is aan afstemming tussen instellingen ten aanzien van de zorg voor de meest kwetsbare groepen, de "niet behandelbaren", de multi-users, die niettemin zorg behoeven, en waarvoor afstemming tussen de verschillende instellingen dus een sine qua non is.



Ziet de staatssecretaris deze mensen ontspannen kiezen tussen opgewekt concurrerende instellingen op landelijk of zelfs, in het kader van het mededingingsbeleid, Europees niveau?

Nogmaals helemaal tot slot. Wie is in vredesnaam op het idee gekomen dat concurrentie zou kunnen bijdragen tot een lotsverbetering van de meest kwetsbaren? Het moet toch duidelijk zijn dat alleen een politieke beslissing, dus - ik ben een positief denkend mens- een beslissing die de waan van de dag en van de borreltafel overstijgt, de belangen van deze groepen kan veilig stellen? Voor de GGZ moet, net als voor, b.v., de zwakzinnigenzorg en de verpleeghuiszorg, een geoordeeld regionaal budget worden vastgesteld, op basis van de waargenomen vraag. In dit gezelschap mag aangenomen worden dat niemand ervan uitgaat dat bij deze groep het aanbod de vraag creëert, en dat de klanten zich verdringen voor de poorten van het RIAGG, APZ of RIBW. De toewijzing van middelen zal op basis van epidemiologische gegevens moeten plaats vinden.



S2

-13-

Dames en Heren, ik vat samen.

P.N van Eyck dichtte, zo'n 60 jaar geleden het volgende:

Wie zijn lijden eeuwige noodzaak heeft bevonden,
vraagt geen heul voor zijn gekneusde menselijkheid;
draagt de smart der onverbonden,
zonder deernis in zijn ziel geslagen wonden,
aan wier bitt're pijn zijn deel der wereld lijdt.

Ook als wij niet in staat zijn tot het voorkomen van wonden, ook als wij niet in staat zijn tot het genezen van wonden, blijven de gewonden onze medeburgers en zijn wij verplicht tot verbinden en verzachten van pijn. Die doelstelling is in professie en beleid ondergewaardeerd. Maar, mocht ik kiezen, dan werd ik morgen weer dokter, om die doelstelling recht te doen.

Dank U voor Uw aandacht.

L.J. Joele, zenuwarts.

LEERTHEORIE EN DWANG

Kees Hoogduin,
Pieter Kop,
Cas Schaap

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin is hoogleraar Psychopathologie aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer, K.U. Nijmegen, hoofd Psychiatrische Polikliniek Delft, medewerker Instituut Patiëntgebonden Psychiatrisch Onderzoek, Den Haag.

Dr. P.F.M. Kop is universitair hoofd-docent Vergelijkende en fysiologische Psychologie, K.U. Nijmegen.

Dr. C. Schaap is universitair hoofd-docent aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer, K.U. Nijmegen.

Correspondentie-adres:

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin,
Zoeterwoudsesingel 77,
2313 EL Leiden.

Leertheorie en dwang.

Kees Hoogduin, Pieter Kop, Cas Schaap.

Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt eerst het klinische beeld van de dwangneurose beschreven. De Twee Factoren-theorie van Mowrer in samenhang met de zg. Sidman Avoidance lijkt bruikbaar om een aantal verschijnselen, die voorkomen bij de dwangneurose, te verklaren. Ook de behandeling met exposure en responspreventie volgt uit dit theoretisch model. st

Tot slot worden de overeenkomsten tussen gedrag van laboratoriumdieren en dwanggedrag kort besproken.

1. Inleiding.

De dwangneurose stond (en staat) bekend als een aandoening die grote eisen stelt aan de vaardigheden van een therapeut. Pollitt (1959)⁷ komt in een overzichtsartikel tot de sombere conclusie dat van geen enkele behandelingsstrategie de effectiviteit aangetoond was.

De toepassing van gedragstherapie bij de behandeling van deze stoornissen heeft de prognose aanmerkelijk verbeterd (Marks, 1987; Emmelkamp, 1989; Bear & Minichiello, 1990). Hoewel de effectiviteit van gedragstherapie niet ter discussie staat schieten leertheoretische verklaringen voor ontstaan en instandhouding van de dwangklachten te kort.

In dit artikel wordt na een bespreking van de kliniek en behandeling van de dwang een poging ondernomen vanuit de gedragsleer dwanggedrag beter te begrijpen. Na een bespreking van de "twee factoren-theorie van Mowrer"⁸ wordt het werk van Sidman (Sidman avoidance) in relatie met dwangverschijnselen besproken.

Tot slot wordt gewezen op het te kort schieten van de diverse modellen en wordt kort ingegaan op de betekenis van natuurlijke gedragspatronen, de zg. Fixed Action Patterns (FAP): soortgebonden gedragingen die zich manifesteren, zonder dat vroegere leerervaringen hebben plaatsgevonden, bijv. nestgedrag, voedsel begraven, zich verzorgen, en de zg. Species-specific Defence Responses, zoals rennen, verstijfd zitten en vechten.

2. Dwang: klinische beelden.

De dwangneurose wordt ingedeeld bij de angststoornissen, een groep aandoeningen met als gemeenschappelijk kenmerk het beleven van angst. De dwangneurose heeft, naast deze angsten, als belangrijk kenmerk dwanghandelingen of dwanggedachten. Dwanggedachten zijn bepaalde ideeën of gedachten, die steeds terugkeren in het bewustzijn. De gedachten hebben meestal een inhoud die als zinloos of verwerpelijk wordt beleefd en men probeert in het algemeen die gedachte kwijt te raken. Men beleeft de gedachten als onvrijwillig. Het lijkt erop alsof de gedachten zich steeds maar opdringen. Iets wat erop lijkt is een ervaring die de meeste mensen wel kennen en die bestaat uit het gedurende enige uren, of zelfs dagen, in het hoofd hebben van een bepaald deuntje of wijsje. Ook deze gedachte dringt zich op, hoewel dit natuurlijk niet met angst gepaard gaat. Als zodanig is het ook geen echte dwanggedachte;

impulsieve
 behavior,
 stress
 stimuli

het wijsje is immers niet echt verwerpelijk. Een ander voorbeeld, dat overeenkomsten vertoont met de dwanggedachte zijn die gedachten die ontleend zijn aan bijgeloof. Het niet onder een ladder doorlopen, omdat daarmee ongeluk afgeroepen zou worden, is zo'n gedachte. Er kan, wanneer men zonder erg onder een ladder doorgelopen is, of bij het breken van een spiegel, een idee ontstaan dat er iets naars zal gebeuren. Een ander voorbeeld is ontleend aan de schrijver J. Daisne (1964). Hij beschrijft hoe een man in de buurt van de tram plotseling de gedachte kreeg, "Als ik nu maar niet voor die tram spring." Nog een ander voorbeeld: Men is aanwezig bij een plechtige gebeurtenis, en plots ontstaat de gedachte: "Als ik nu maar niet plotseling ga schreeuwen en daardoor mezelf belachelijk maak door de plechtigheid te verstoren." Dwanghandelingen zijn bepaalde handelingen die steeds volgens bepaalde regels worden verricht. Bijvoorbeeld: het steeds maar controleren of een deur gesloten is of het gas wel goed afgesloten is, of bijvoorbeeld herhaaldelijk controleren of de auto wel goed afgesloten is, of het steeds controleren of de boeken wel recht in de kast staan, of de linnenkast er wel perfect uitziet, en of alles schoon is. Dit zijn voorbeelden uit het gewone dagelijkse leven; iedereen controleert wel eens een keer extra. Bij een dwangneurose gaat het erom dat die handelingen een bepaalde betekenis hebben en ook bovenmatig voorkomen.

Het bijzondere is dat die dwanghandelingen gezien kunnen worden als een manier om de spanning en angst die bij de dwanggedachte hoort wat te neutraliseren. Hierbij moet men zich voorstellen dat de patiënt een nare gedachte heeft: "Help, ik ben vuil.", de handen gaat wassen waarmee even het gevoel ontstaat dat hij niet langer vuil is. Er is een gevoel van spanningsvermindering, van opluchting. Dit duurt soms echter vaak maar kort, want een paar seconden later kan dezelfde gedachte zich opnieuw voordoen. Dan komen weer de angst en de spanning en opnieuw moet de dwanghandeling uitgevoerd worden om dezelfde spanningsvermindering te krijgen.

Vaak ontstaat een dwanggedachte in aansluiting aan een bepaalde situatie of gebeurtenis. Bijv.: een patiënt die de gedachte van een aanraking met hondpoep (bijv. door te gaan wandelen) onverdraaglijk vindt, zal proberen die situaties waar contact met hondpoep zou kunnen plaatsvinden te vermijden. De patiënt zal dus bijv. de straat gaan vermijden. Hij zal dus proberen boodschappen en dergelijke door man, vrouw of kinderen te laten doen. Ook patiënten met smetvrees die hun spanning, nadat ze een contact hebben gehad met iemand anders en daardoor de angst krijgen besmet te zijn geworden, moeten wegwerken door uren hun handen en kleding te wassen, zullen proberen situaties waarin ze contact met anderen kunnen krijgen, te vermijden. Dat kan betekenen dat ze zolang mogelijk binnen willen blijven, maar ook dat ze geen bezoek willen ontvangen. Heeft de patiënt kinderen, dan moeten die vaak ook allerlei schoonmaakhandelingen verrichten, voordat ze het huis mogen binnengaan.

De familieleden van patiënten met een dwangneurose hebben er altijd mee te maken. Vaak

moeten de gezinsleden bepaalde regels in acht nemen om te voorkomen dat de patiënt de dwanghandelingen moet gaan uitvoeren. Ook worden gezinsleden gevraagd, of zelfs gedwongen, bepaalde rituelen, bijv. schoonmaakrituelen uit te voeren nadat ze buiten zijn geweest. Soms worden ze eveneens ingeschakeld om controle- en schoonmaakhandelingen uit te voeren, wanneer de patiënten zichzelf niet meer vertrouwen, of zo uitgeput zijn dat ze de handelingen niet langer kunnen uitvoeren. Anderen hebben geleerd dat het stellen van vragen aan gezinsleden tot geruststelling en angst- en spanningsvermindering kan leiden. Zo was er een patiënt die zich moest trachten te herinneren wat hij op een bepaalde dag, of op een bepaalde tijd soms jaren geleden had gedaan. Hij schakelde zijn vrouw in bij het oplossen van deze twijfel. Hij stelde vragen aan haar. Wanneer haar antwoord naar zijn mening voldoende zeker was, was hij even, soms maar enkele seconden, vrij van twijfel. Vaak slaagde zijn vrouw er niet een in goed antwoord te geven, omdat zij het ook niet meer wist. Dit vraaggedrag kan zich evenals dwanghandelingen zeer sterk ontwikkelen. Deze patiënt stelde bijvoorbeeld zijn vrouw regelmatig de vraag "Wat wilde ik je ook al weer vragen?"

Er zijn patiënten die helemaal geen dwanghandelingen hebben. Ze hebben alleen maar dwanggedachten waartegen zij een voortdurende strijd leveren. Zij ervaren vermindering van spanningen als zij deze gedachten op een bepaalde manier kunnen afwikkelen, bijv. door steeds weer andere gedachten op te roepen. Als dit lukt leiden deze neutraliserende gedachten tot een vermindering van spanning en angst, en ze hebben soms tot gevolg dat de patiënt zich weer in orde, of zelfs opgelucht voelt. De inhoud van de neutraliserende gedachten is vaak tegengesteld aan de inhoud van de dwanggedachten. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een moeder die veel van haar kind houdt, plotseling de gedachte krijgt "Ik wou dat je dood was.", zonder dat ze dat eigenlijk zelf wil. Ze neutraliseerde deze gedachte door daarna vijfmaal "Lang zal hij leven." te denken. Een andere patiënt had bijv. de dwanggedachte dat een door hem aangehaakt voorwerp door hem ongemerkt beschadigd zou kunnen zijn. Het gevolg was dat hij het voorwerp steeds opnieuw bekeek en controleerde of het nog wel heel was. Wanneer hij zich op zijn werk bevond, kon hij ook door deze gedachte overvallen worden. Hij ging dan voor zichzelf nauwgezet na wat er thuis met het voorwerp gebeurd was, diep geconcentreerd liet hij alle handelingen die hij met het voorwerp had gedaan weer de revue passeren. Als hem dat lukte, ontstond soms het gevoel van geruststelling.

De dwanggedachten komen vaak als een flits. Ze zijn angstaanjagend en worden vaak gevolgd door paniek en spanning. De angst en spanning kunnen in het begin zeer hoog oplopen.

De meeste mensen kennen dwanggedachten. Uit onderzoek is gebleken dat bij 124 normale personen, die onderzocht werden op het voorkomen van dwanggedachten, er bij niet minder dan 104 vastgesteld kon worden dat ze wel eens kortere of langere tijd last hadden van die ge-

dachten. Bij een vergelijking van dwanggedachten bij normale mensen met de dwanggedachten, zoals die bij de dwangneurose voorkomen, bleek dat vorm en inhoud vrijwel gelijk waren. Het verschil bestond er eigenlijk alleen maar uit dat de dwanggedachten bij dwangpatiënten niet snel geaccepteerd werden, langer aanwezig waren en intensiever werden beleefd. Ze gaven meer spanning en kwamen vaker voor (Zie Rachman & Hodgson, 1980).

Samengevat gaat het bij de dwangneurose om het ontstaan van een angst- en spanninggevend dwanggedachte, waarvoor de patiënt op een bepaalde manier oplossingen zoekt. Hij probeert de spanningen en angsten te verminderen door bepaalde dwanghandelingen uit te voeren, of bepaalde gedachten te vormen. Ten slotte gelukt het een aantal mensen om op een bepaalde manier geruststellende antwoorden van belangrijke mensen uit zijn omgeving te krijgen of te vragen, die betrekking hebben op de inhoud van de dwanggedachten.

Er zijn drie vormen waaronder de dwangneurose meestal voorkomt. De eerste zouden we de dwangneurose waarbij het denken centraal staat, kunnen noemen en waarbij eigenlijk geen handelingen voorkomen. De tweede is de dwangneurose waarbij vooral het controleren centraal staat en de derde is de dwangneurose waarbij vooral het schoonmaken en poetsen centraal staat (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 1990).

3. Dwang en vermijding.

Het gedrag van een patiënt met een dwangstoornis of obsessief-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door steeds terugkerende handelingen, die heel weinig te maken hebben met het effect op de omgeving dat ze sorteren. De dwanghandelingen zijn ooit effectief geweest, maar zijn dat nu niet meer; ze hebben geen aanwijsbaar effect op de omgeving. Dat is niet goed in overeenstemming te brengen met een basisprincipe van operante conditionering: gedrag wordt in stand gehouden door zijn effecten. Bijvoorbeeld, een vriendelijke groet leidt gewoonlijk tot aangename sociale interacties en verzekert de groeter van vriendelijke bejegening bij een volgende ontmoeting. In beide gevallen is er sprake van frequent optredende handelingen, maar bij dwanghandelingen ontbreken de sturende consequenties van het gedrag. De uiterlijk opvallende overeenkomst tussen de twee soorten gedragingen dringt de vraag op of de verklaring, die door de conditioneringstheorie voor het in stand houden van gedrag wordt geboden ook zou kunnen gelden voor de voortdurende aanwezigheid van dwanghandelingen. In het navolgende zullen we trachten aan te tonen dat de gedragsleer een verklaring kan bieden voor het ontstaan van compulsief gedrag, en we zullen onderzoeken of de gedragsleer ook aanknopingspunten biedt voor het elimineren van zulke dwanghandelingen.

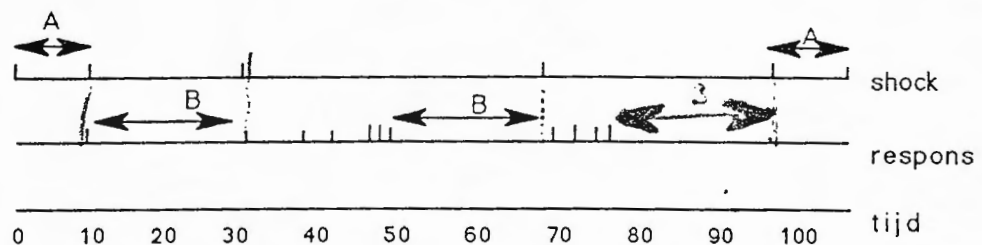
De eerste vraag is: Zijn er in het operante conditioneringsonderzoek gronden te vinden, die dwangmatig en compulsief gedrag zouden kunnen verklaren. Positieve bekrachtigingsstudies, dat wil zeggen die waarbij de gevolgen van gedrag tot versterking van het bekrachtigde gedrag leiden, lijken minder van toepassing te zijn dan negatieve bekrachtiging, dat wil zeggen studies waarbij het wegnemen van de (omgevings)condities het gedrag in stand houdt en versterkt. Toch mag positieve bekrachtiging van dwanghandelingen niet te lichtvaardig worden uitgeschakeld: ziekte-winst, aandacht en time-out kunnen allemaal resultaten van dwanghandelingen zijn. Zulke resultaten zijn helaas zelden goed gedocumenteerd en in meetbare eenheden uitgedrukt, maar over hun bestaan hoeft niet te worden getwijfeld (Gould, Miller, Goldberg & Bensen, 1986). Hun invloed kan ook wel indirect worden vastgesteld: Als men dwanghandelingen volstrekt negeert dan heeft dat gewoonlijk enige daling van de frequentie tot gevolg. Bovendien is het hechten van negatieve consequenties (bestrafing) niet altijd onmiddellijk efficiënt, en dat zou erop kunnen wijzen dat er positieve bekrachtiging voor dwanghandelingen aanwezig moet zijn.

Belangrijker dan positieve bekrachtiging, in de vergelijking van de operante conditionering en dwanghandelingen, lijkt de negatieve bekrachtiging. Deze opvatting vindt gedeeltelijk steun in de oude Twee Factoren-theorie van Mowrer (Mowrer, 1960; Mowrer & Lamoureaux, 1946). Er zijn veel versies van van de Twee Factoren-theorie, maar altijd wordt in een of andere vorm beweerd dat allereerst de klassieke conditionering een aversieve stimulus creëert uit een neutrale, en dat vervolgens een operant conditioneringsproces ervoor zorgt dat gedrag wordt vertoond dat de gevreesde stimulus elimineert, uitstelt, ontwijkt, of voorkomt.

Men kan zich de werking van de Twee Factoren-theorie het beste voorstellen in een shuttle-box: twee door een barrière van elkaar gescheiden segmenten van een langwerpige doos. Een proefdier krijgt in een van de compartimenten een schok op het einde van een 30 seconden durende toon. Het proefdier kan aan de schok ontkomen (ontsnappen) door over de barrière te springen. Als het proefdier tijdens de toon en voorafgaand aan de schok over de barrière springt, krijgt het geen schok, het vermijdt de schok en ontsnapt aan de toon.

In de Twee Factoren-theorie is vermijding ontstaan uit ontsnapping en het vermijdingsgedrag is eigenlijk nog steeds ontsnappingsgedrag, zij het van een CS, in plaats van een US. Volgens de Twee Factoren-theorie wordt vermijdingsgedrag in stand gehouden door beëindiging van de CS, of deze nu bestaat uit een uitwendige stimulus (bv., Kamin, 1957), of uit inwendige, proprioceptieve stimuli (bv., Schoenfeld, 1950). Omdat de beëindiging van zulke stimuli rechtstreeks met het gedrag samengaan, zijn ze ^{stimulerend} in een experiment niet moeilijk te

identificeren. In het veld ligt dat anders, hier is heel zelden een duidelijke, enkelvoudige US (traumatische gebeurtenis) aan te wijzen die iets te maken heeft met de gevreesde stimulus, en het is zeer lastig om een stimulus te identificeren die door de dwanghandelingen wordt beëindigd. Murray Sidman suggereerde dat in de oorspronkelijke experimentele situatie het vermijdingsgedrag het meest karakteristiek is voor psychopathologisch gedrag, terwijl de geconditioneerde stimulus misschien in aanvang wel van belang is, maar niet noodzakelijkerwijs betrokken hoeft te zijn bij het in stand houden van dwangmatig gedrag. Hij (Sidman, 1953a, 1953b) ontwierp een vermijdingsprocedure waarbij een geconditioneerde aversieve stimulus niet werd verondersteld. In de Free-Operant Avoidance-procedure (ook wel Sidman Avoidance genoemd) wordt een serie, een trein, van korte (0,5 sec.) schokken aangeboden: bijv. elke 10 seconden volgt een schokje, tenzij er een respons (R) optreedt. Door elke R wordt de schoktrein gedurende bijv. 20 seconden onderbroken. Dat zijn de twee temporele parameters van Sidman Avoidance: de interschok-interval als er geen R optreedt (S-S-interval) en de schokvrije periode (R-S-interval), die één R oplevert. Figuur 1 geeft dit conditioneringsschema weer. Deze twee parameters bepalen het gedrag; als de schoktrein hevig is (korte S-S-interval) en het rendement van de R is groot (lange R-S-interval), dan is het ruimschoots de moeite waard om een regelmatig responspatroon in stand te houden. De waarde van het gedrag wordt minder door korter wordende R-S-perioden en een lange S-S-periode. Als de R-S-periode te kort wordt ontstaat er op den duur een bestraffingsschema: het proefdier kan het niet meer bijhouden en wordt vaak bestraft vlak na een R.



Figuur 1: Het schema geeft de gebeurtenissen in een Sidman-Avoidance-procedure weer. Schokken worden op de bovenste lijn weergegeven en responsen op de middelste lijn. Als er geen responsen optreden, volgt er telkens na 10 sec. een schokje: A bij de bovenste lijn geeft het S-S-interval aan. Als er wel wordt gerepondeerd, volgt er een periode van 20 sec. vrij van schok (R-S-interval), aangegeven door B bij de middelste lijn. De onderste lijn geeft de tijd aan in seconden.

Een eerste vergelijking van de Twee Factoren-theorie met de Free-Operant Avoidance-theorie van Sidman maakt duidelijk dat in de eerste theorie de reductie van angst, al of niet gepresenteerd door een geconditioneerde aversieve stimulus, de bekrachtiger van het vermijdingsgedrag is, terwijl bij de Free-Operant-procedure het wegblijven, de afwezigheid, van een schok het gedrag in stand houdt. In Free-Operant Avoidance gaat het er het proefdier om een periode vrij van schok te kopen. In de meest gebruikelijke Free-Operant Avoidance-procedure begint het conditioneringsschema bij elke R een schokvrije periode, ongeacht wat er nog aan schokvrije tijd restte van de voorafgaande respons. Timing lijkt dus van groot belang in Free-Operant Avoidance; een proefdier zorgt er gewoonlijk voor nooit te laat te komen en houdt de schok op afstand door een responsfrequentie aan te houden die ruimschoots voldoende is om alle schokken te voorkomen. Men zou kunnen veronderstellen dat een proefdier regelmatig bijhoudt hoe ver een schok nog verwijderd is en op grond van deze tijdschatting zijn gedrag aanpast. Zo'n tijdschatting zou tot stand kunnen komen doordat te lange R-S-afstanden door een schok worden gevolgd en korte nooit. In ieder geval zou de de tijdschatting de basis kunnen zijn voor succesvol Free-Operant Avoidance.

Maar stel dat men de Sidman-procedure een beetje aanpast, zodat de gespaarde tijd wordt opgeteld: in plaats van dat elke respons de schok op maximaal 10 seconden afstand brengt, wordt de gewonnen schokvrije tijd van alle, of een groot aantal, voorafgaande trials geaccumuleerd. Bijvoorbeeld, als elke schok 10 seconden oplevert en er worden binnen vijf seconden 10 van zulke responsen gegeven, dan verdient het proefdier voor zichzelf 95 seconden vrij van schok. Zo'n procedure heet 'Adjusting Avoidance' (Sidman, 1962), en stelt het proefdier in staat om de schok op zo grote afstand te houden dat vermijdingsgedrag weldra zou moeten uitdoven, omdat er in het geheel geen selectieve bestraffing meer is voor lange afstanden tussen de laatste R en de shock. Tijd schatten wordt van veel minder belang, immers de afstand tot de schok kan aanzienlijk groter zijn dan de R-S-periode. Wel is het van belang voor het proefdier een zekere notie te hebben van zijn gemiddelde interresponstijd. Hoe ze zo'n notie verkrijgen is niet bekend, maar proefdieren houden het schema keurig bij. Het blijkt dat schokken in zo'n schema haast niet voorkomen, het gedrag blijft in stand en eventuele pauzes in het responderen leiden niet tot het lopen van verhoogde risico's. Vergelijkt men de timing-resultaten verkregen met een Free-Operant Avoidance-procedure met die van de Adjusting Avoidance dan ziet men dat het Avoidance-gedrag niet alleen niet uitdooft, de proefdieren nemen zelfs geen vakantie, ze werken ijverig door en houden de schok op maximale afstand.

Dat suggereert twee dingen: Allereerst wordt de theorie dat Avoidance-gedrag in stand gehouden wordt door het selectief bestraffen van korte interresponstijden weersproken. Verder zou de Adjusting-procedure de proefdieren de mogelijkheid geven om voor een moment af te zien van de dwingelandij van het vermijdingsgedrag, om zich zonder al te veel risico te richten op andere omgevingscondities. Die laatste mogelijkheid werd onderzocht door Pomerleau (1970). Tijdens een Adjusting-procedure voegde hij af en toe een stimulusperiode toe die werd beëindigd met een niet vermijdbare schok, een CER-procedure. Als proefdieren door een grote afstand tot een schok te houden zich kunnen permitteren om de gewoonlijke gedragsonderdrukking te vertonen, zullen ze dat dan doen, of overheerst de neiging om dreigende schokken te lijf te gaan met responsen, zoals dat bij vermijdingsgedrag hoort? Leidt een CER-procedure tijdens avoidance tot verhoogde responsfrequenties? Het antwoord uit Pomerleau's onderzoek is niet enkelvoudig. Als de stimulus niet te lang duurt, en er is voldoende schokvrije tijd, dan is de responsonderdrukking het meest optredende resultaat. Bij langere stimuli wordt alle eventueel optredende responsonderdrukking voorafgegaan door een stijging van de responsfrequentie. Het vermijdingsschema, zelfs als dat lange perioden van vrijheid toestaat, blijkt zo dominant dat slechts onder condities van zeer geringe dreiging van het vermijdingsgedrag kan worden afgezien.

4. Dwang: exposure en responspreventie.

Als men wil accepteren dat dwanggedragingen worden gezien als een vorm van Free-Operant Avoidance, dan accepteert men ook dat dwanghandelingen in stand worden gehouden door negatieve reinforcement. Dat wil zeggen dat het gedrag blijft bestaan zolang het ervoor zorgt dat een onaangename situatie wordt geëlimineerd of op afstand wordt gehouden. Extinctie of uitdoving van dat gedrag wordt bewerkstelligd door te ervaren dat het optreden van de onaangename gebeurtenis niet wordt beïnvloed door het gedrag. Die ervaring doet men op tijdens responspreventie. Bij responspreventie treedt de onaangename gebeurtenis niet op ondanks het achterwege blijven van het vermijdingsgedrag: het maakt geen verschil of men vermijdt of niet, er gebeurt toch niets. Met die ervaring is de vrees voor onheil niet opgeheven, men ervaart alleen dat dwanghandelingen het optreden van onheil niet beïnvloeden. Om de vrees voor onheil ^{we te wapen} moet exposure, blootstelling, worden toegepast aan vreesverwekkende stimuli. De rat respondeert niet in de thuishok, want daar zijn nooit schokken ervaren, en extinctie van de vermijdingsrespons kan alleen geleerd worden in de experimenteerkooi. Zo moet ook de dwangpatiënt leren dat het gevreesde onheil in een anderszins bekende situatie niet zal optreden en dat er geen aanleiding is voor angst.

In responspreventie en exposure gaat het weer om de twee elementen uit de twee-factoren-

theorie. Responspreventie leert de patiënt dat door dwanghandelingen niets wordt gewijzigd in de kans op gevaar; de frequentie van het optreden van onheil blijft laag en responderen of niet-responderen verandert daar niets aan. Tijdens exposure leert de patiënt dat de stimulus van geen belang is, dat de elementen in de omgeving (mensen, plaatsen, tijdstippen, etc.) niets betekenen en niets aankondigen en dat er niets uit te voorspellen valt. De twee procedures komen meestal samen en gelijktijdig voor; als er geen dwanghandelingen kunnen worden verricht, treden er allerlei stimuli (temporele, proprioceptieve en cognitieve) op waaraan men wordt blootgesteld. Anderszijds kan blootstelling alleen maar plaats vinden als er niet wordt gerespondeerd, zoals tijdens responspreventie.

Als de systematische aanpak van de twee elementen uit te twee-factoren-theorie het dwanggedrag beïnvloed, dan is het aannemelijk dat die elementen in sterke mate betrokken zijn bij de instandhouding van het dwanggedrag en dat dwangen als vermijdingsgedrag kan worden gezien. De resultaten van deze behandeling zijn gunstig: bij ongeveer 70% van de patiënten vindt een relevante klinische verbetering plaats (Hoogduin, 1986, 1987; Schaap et al., 1991).

5. Het laboratorium en de kliniek: raakvlakken.

Sidman Avoidance, en de verschillende varianten ervan, is een procedure die regelmatig en voorspelbaar gedrag laat zien, dat wordt gedreven door aversieve stimuli, en dat niet rechtstreeks berust op de ervaring met een traumatische gebeurtenis. Net als bij dwanghandelingen wordt het gedrag gestuurd door stimuli die al lang niet meer aanwezig zijn en de omgevingscondities zijn slechts zijdelings van invloed op de frequentie van het gedrag. De overeenkomst met dwanghandelingen is meer dan oppervlakkig.

1. Het proefdier bevindt zich in een situatie die wordt beheerst, overheerst door de dreiging van een schok. Dat is aan de proefdieren nauwelijks te zien, een goed getraind proefdier werkt zonder uiterlijke tekenen van verstoring door angst. Ook de dwanger, die in voldoende mate de kans krijgt om dwanghandelingen uit te voeren is een ijverig en tevreden mens. Hij kan het jaren volhouden en indien de dwang beheersbaar is en compatibel met ander gedrag, is er zelden aanleiding tot paniek of grote angstaanvallen.

De dwangpatiënt is op het moment dat hij zijn handen wast relatief rustig en kalm, omdat hij weet dat hij nu bezig is zijn doel te bereiken, nl. het voorkomen van extreme angst en spanning en paniek, en het door hem ongewenste toekomstperspectief. Wanneer hij stopt met handenwassen ontstaat er even een onzekere periode waarbij de vraag relevant is of het genoeg is geweest. Soms komt de gedachte 'Het is nog niet voldoende, het is nog niet schoon' terug en dan begint het hele ritueel opnieuw, soms komt die gedachte niet. In het begin is het niet terugkomen van deze gedachte bij veel dwangpatiënten enigszins beheersbaar. Een bepaald aantal keren de handen wassen wordt voldoende geacht en is meestal voldoende.

Wanneer echter door uitwendige omstandigheden (toegenomen verantwoordelijkheid, ziekte, examen) de arousal toeneemt, neemt ook de onzekerheid toe en dan kan het zijn dat de patronen niet meer voldoen. In de ontwikkeling van een dwangneurose, althans bij die patiënten die behandeling zoeken, ontstaat er een moment dat het handenwassen tekort gaat schieten. Juist zoals bij de rat met een extra niet te vermijden shock. Voorts zorgt voortdurend handenwassen voor enige controle, maar op den duur krijg je van dat handenwassen genoeg. Er moeten andere dingen gedaan worden. Het handenwassen zelf is als het vermijden bij de rat, het geeft enige rust en de patiënt kan anticiperen dat het eendaags allemaal goed en schoon is. Op het moment dat de patiënt dat allemaal niet goed kan, betekent dat, dat hij steeds minder zeker is of het nu wel goed is of niet. Op dat moment ontstaat er wanhoop en gaat ook het handenwassen paniekeriger worden.

2. Bij dwanghandelingen gaat het om gedragingen die op dat moment zinloos zijn, maar die eertijds in een andere situatie wel zin gehad hebben. De dwanger die dwanghandelingen uitvoert, geeft ook vaak nog een reden aan waarom de dwanghandeling wordt gesteld, en die reden is voor de onwetende omstander zelden bevredigend. Een vergelijkbare conditie geldt voor de rat. Als de schokker van het apparaat wordt ontkoppeld heeft dat heel weinig invloed op het gedrag van de rat. Immer, als de rat regelmatig respondeert komt hij nooit in aanraking met de schokken. De ontkoppeling van de schokker leidt niet tot een waarneembaar verschil in conditie zolang het proefdier maar doorgaat met responderen. Daarom is ontkoppelen van de schokker is niet de meest voor de hand liggende extinctiemethode voor Sidman

Avoidance. De echte uitdovingsprocedure grijpt aan bij het uitschakelen van het R-S-mechanisme. Pas als R's geen invloed meer hebben op de schokfrequentie vindt uitdoving van het gedrag plaats. Die uitdoving komt allereerst tot stand omdat de responsfrequentie en de schokfrequentie geen enkele relatie meer hebben. Maar in veel gevallen zullen de schokken uit de hevige schoktrein die het S-S-schema produceert, samenvallen met de R's die bedoeld waren om die schokken te vermijden. De R's worden bestraft met schokken en tegen frequente bestraffing van gedrag dat ooit is aangeleerd om de bestraffende stimulus te voorkomen, is geen enkel gedrag bestand. Ook de handenwassende dwanger zal zijn gedrag zeker wijzigen als hij zichtbaar door het waswater wordt gecontamineerd.

Amortiseren. Bij sommige patiënten met een dwang is het plots allemaal te veel. Zij vermijden alleen en voeren geen respons meer uit, bijv. door in bed te blijven. Een patiënte met angst voor hondepoep meende dit in de kamer waar te nemen. Ze bleef zes uur op dezelfde plaats staan, totdat de partner thuis kwam en de zaak schoonmaakte. Bij deze patiënten is de respons niet langer te zien als een succesvolle vermijding van de spanning. Iedere respons wordt onmiddellijk gevolgd door nieuwe (proprioceptieve) stimuli. Vergelijkbaar met de rat die bij iedere respons onmiddellijk gestraft wordt door een stroomschok.

3. In de CER-procedure werkt een proefdier voor voer, door regelmatig te responderen verdient het de kost. Maar op onvoorspelbare tijdstippen klinkt er een toon, die na twee minuten wordt gevolgd door een schok. De toon is een CS en de schok is een US en deze toon/schok-combinatie (klassieke conditionering) wordt in de CER-procedure gesuperponeerd op een operante conditioneringsprocedure (zie Estes & Skinner (1941) en Hunt & Brady (1951) voor de oorspronkelijke gegevens). Bij toepassing van deze procedure blijkt dat het werk dat moet worden geleverd voor het verdienen van voer door de toon wordt onderbroken. Als de toon, die een schok aankondigt, klinkt, kruipt de rat in een hoekje van de kooi en blijft daar verstijfd van angst zitten, totdat de toon en de schok voorbij zijn. Daarna begint het normale leven weer opnieuw. Het is enigszins vergelijkbaar met de onmogelijkheid om verder te werken als de baas net met een boos gezicht tegen je heeft gezegd "Kom jij straks maar eeneven op mijn kantoor." Het verschijnsel wordt ook wel 'conditioned anxiety', of 'conditioned suppression' genoemd, en is een aanvaardbaar diermodel in experimentele studies over angst.

Stel dat men nu deze zelfde CER-procedure toepast op een proefdier dat eveneens regelmatig respondeert, maar deze keer niet om voer te verdienen, maar om een schok te vermijden in een Sidman Avoidance-procedure. In plaats van 'conditioned suppression' ziet men dan 'conditioned enhancement', dat wil zeggen: de rat gaat niet stil in een hoekje het onheil af zitten wachten, maar respondeert juist sneller dan gewoonlijk. Bij negatieve reinforcement-procedures (zoals Sidman Avoidance) stijgt de responsfrequentie gedurende de vreeswekkende stimulus. Dat alles lijkt zeer vergelijkbaar met de klinische observaties dat in tijden van angst en slechte vooruitzichten de neiging tot dwangen juist extra groot is.

In de CER-procedure gaat het over gesignaleerde schokken, door onheil dat door een stimulus wordt aangekondigd en gedrag dat wordt gemeten tijdens de stimulusperiode. Als we op onvoorspelbare tijdstippen schokken geven die niet door een stimulus worden aangekondigd en volkomen onverwacht komen, naast de weinige schokken die een goed getrainde rat krijgt het S-R-mechanisme van de Sidman-Avoidance-procedure, dan zien we een toename van de responsfrequentie. Een extra schok lijkt de rat te vertellen dat er beter moet worden opgelet. De rat begrijpt de extra schok als een vermaning en hij reageert dan ook met een versnelling van zijn pas. Vooral als de extra schokken zeer onvoorspelbaar zijn zal de responsfrequentie aanzienlijk toenemen en er in ieder geval voor zorgen dat er geen schokken uit het S-R-mechanisme het proefdier ooit bereiken. Ook de dwanger die onverwachts en ondanks zijn dwanghandelingen wordt belaagd, is aangeslagen en verontwaardigd, en hij reageert met extra activiteit en toename van dwanghandelingen.

Er zijn grenzen aan 'conditioned suppression'. Sidman (1960) vond dat ratten er gemakkelijk toe kunnen worden gebracht om hun responsgedrag tijdens de stimulus te onderdrukken als

dat de hoeveelheid voer, die hierdoor misgelopen wordt maar niet meer bedraagt dan ongeveer 10% van de totale hoeveelheid die in gewone sessies wordt verdiend. Ook aan de 'conditioned enhancement' is een grens, zoals we zagen uit het eerder aangehaalde onderzoek van Pomerleau (1970). Rümke (1967) beschrijft een bevinding dat dwangpatiënten het onder zeer ongunstige omstandigheden relatief goed maken. Tijdens hechtenis in concentratiekampen bleek er zelfs sprake van een betrekkelijke verbetering. In het algemeen zou je kunnen zeggen dat dwangen ook kosten met zich meebrengt, en die mogen de baten niet overschrijden. Dat geldt voor proefdieren en patiënten, en het suggereert dat het de moeite waard zou zijn om te onderzoeken of de verhouding tussen kosten en baten een constante is. Als we ~~iets~~ meer wisten hoe de verhouding zich wijzigt als een van de factoren, kosten of baten, verandert, dan zouden we ook ~~iets~~ ^{zouden} kunnen zeggen over de mate waarin we de lijdensdruk zouden moeten verhogen om dwanggedrag te onderdrukken. Bij ervaren proefdieren lijkt het erop dat de kosten steeds zwaarder gaan wegen.

Een identiek verschijnsel zien we bij dwangpatiënten in een psychiatrisch ziekenhuis. Wanneer we een gedecompenseerde dwang zien, lijkt zelfstandig leven niet goed mogelijk. Toch vinden we deze patiënten niet op de chronische afdelingen van een APZ. Op een gegeven moment wordt er toch weer "besloten" zo veel angst en dwang te hebben dat het leven buiten het ziekenhuis weer gaat. Mogelijk speelt ook de bijzondere omstandigheid in het ziekenhuis een rol. In het geval van vrees voor vuil is het zelden mogelijk controle te hebben over het gedrag van andere patiënten die op niet te vermijden wijze de patiënt blootstellen aan nieuwe contaminaties.

4. Op basis van een Avoidance-procedure kan een proefdier zo ver komen dat het werkt om een schok te krijgen, die in andere omstandigheden zeker sterk genoeg zou zijn om vermijdings- en ontsnappingsgedrag in stand te houden. Dit verschijnsel is goed gedocumenteerd en aangetoond bij verschillende diersoorten, zoals duiven, squirrel monkeys en katten (McKearny, 1986, 1969, 1970; Kelleher & Morse, 1968; Byrd, 1969). Byrd trainde bijvoorbeeld katten op een Avoidance-schema waarbij elke R de schok 60 seconden uitstelde. Als de katten niet repondeerden kregen ze elke vijf seconden een schok. Toen de katten goed getraind waren, voegde de onderzoeker elke 15 minuten een onvermijdbare schok toe. Na een aantal sessies in deze procedure werd het Avoidance-schema uitgeschakeld, zodat alleen de respons-onafhankelijke schokken nog over bleven en het effect van responsen nihil was. Desondanks bleven de katten op een verhoogd niveau gedurende de perioden van 15 minuten. Na 33 sessies werden de extra schokken vervangen door een schema waarbij de eerste respons die optrad na 15 minuten de schok produceerde (fixed-interval 15 minuten-schema). Als de proefdieren niets deden werden er ook geen schokken gegeven en alleen responsen produceerden schokken. De katten onderhielden keurig de responsfrequentie, met een korte

pauze na elke schok. Een der proefdieren vertoonde zelfs een toename in responsfrequentie naar mate de schok dichterbij kwam, precies zoals dat in Fixed-interval-gedrag met voer als beloning meestal is te zien. Dit verschijnsel, zelfbestraffend gedrag na vermijding, is ook uit ander onderzoek bekend. Het is de bijzondere combinatie van een grondige training in vermijding en het toedienen van extra schokken die het mogelijk maken om zelfbestraffend gedrag tot stand te brengen.

Ook bij de dwangpatiënten treffen we soms een vergelijkbaar anankastisch patroon aan. De patiënt kan lijden aan de Harming Obsession dat zijn kinderen of andere geliefden vreselijke dingen kunnen overkomen wanneer door hem bepaalde handelingen niet uitgevoerd worden. Deze patiënten rapporteren dat er momenten zijn dat ze zich relatief rustig en kalm voelen en dat de reflexie hierop "Het is goed" onmiddellijk weer ketens op gang brengen die leiden tot het uitvoeren van rituelen. Hierbij is er eigenlijk geen obsessie die geneutraliseerd wordt, maar ontstaan de rituelen als gevolg van de voorgeschiedenis: Iedere keer als rituelen werden uitgevoerd, werden drama's immers voorkomen.

Mogelijk speelt hier ook de tijdschatting een rol. Zoals een proefdier in de Sidman Avoidance vrij nauwkeurig schat wanneer er weer een nieuwe shock te verwachten is en vervolgens begint te responderen, zo zou ook bij dwangpatiënten een toenemende angstige spanning kunnen ontstaan, wanneer een nieuwe obsessie met de daarmee gepaard gaande arousal enige tijd wegblijft. Deze arousal kan op zich weer aanleiding zijn voor een nieuwe sequentie: obsessie met spanning en het uitvoeren van rituelen.

6. Slot

Ricciardi & Hurley (1990) bekritisieren de Twee Factoren-theorie, omdat daardoor onder andere niet verklaard wordt waarom bijv. wassen gekozen wordt om de angst te reduceren. Waarom, als de angst ~~vermijden~~ geconditioneerd is door het aanraken van een deurknop, zou wassen dan de spanning verminderen. Waarom niet, zoals zij zeggen, bijv. hinkelen. Zij bekritisieren dus in feite het leermodel om OCD te begrijpen, omdat men er ten slotte niet uitkomt.

Dus, ondanks een theorie en een effectieve behandeling gebaseerd op die theorie, kan een diermodel van OCD niet goed verklaren waarom zoveel van de patiënten contaminatie, vuil of ziekten als dwanggedachten hebben en waarom anderen zich bezighouden met orde en netheid.

Een aanvulling kan gevonden worden in de zogenaamde "Fixed Action Patterns". Dit zijn gedragingen die gekenmerkt worden door een regelmatige volgorde van bewegingen die een

nogal rigide patroon hebben en moeilijk te veranderen zijn. Nestelen is een voorbeeld van een dergelijk FAP bij vogels, voedsel begraven bij varkens. Dit soort gedragingen zijn aanwezig bij de geboorte en uniek voor de soort en ze worden beschouwd als niet te veranderen. Dit soort gedrag manifesteert zich ^{extensies} los van welke leer-voorgeschiedenis dan ook. Er zijn aanwijzingen dat het uitvoeren van een dergelijk FAP bekrachtigend is en dat deze FAP's uitgevoerd worden op een manier die in het geheel niet gerelateerd is aan de oorspronkelijke functie. Bijv.: Er zijn aanwijzingen dat FAP's plaatsvinden gedurende situaties met een hoge arousal. Zo gaan stekelbaarsjes nestelen tijdens territoriumgevechten, in plaats van zichzelf te verdedigen.

Via de Twee Factoren-theorie kan verwacht worden dat er een random dwanggedrag zal plaatsvinden. Wanneer de FAP's daarbij betrokken worden, dan zou een meer geordend patroon denkbaar zijn. Bijvoorbeeld: Die FAP's die plaatsvinden in situaties van hoge arousal, zouden vaker plaatsvinden en dat vaker plaatsvinden zou ook weer gereïncoreerd worden. Aldus zouden schoonmaakgedrag en motorische componenten van controlegedrag, verzamelen, een grotere kans hebben en de capaciteit hebben om herhaald te worden tijdens situaties van hoge arousal.

Enig licht op dit probleem kan worden verkregen door de impliciete veronderstelling dat elk willekeurig gedrag kan worden getraind als een vermijdingsrespons eens wat nader te bekijken. Voor de rat in de kooi lijkt vermijdingsgedrag heel soepel en vlot te verlopen, maar de ontstaansgeschiedenis van zo'n gedrag is minder eenvoudig. Zo lang de rat niet heeft ervaren welk gedrag er wordt vereist om de schok te voorkomen worden er flinke straffen uitgedeeld voor alle andere gedragingen. Die straffen leiden tot sterke natuurlijke ongeconditioneerde reacties van het proefdier. De vermijdingsresponsen die tot de natuurlijke gevaarsreacties van een proefdier behoren komen vermoedelijk het vaakst voor. Het licht dus voor de hand dat niet elk willekeurig gedrag even gemakkelijk tot een vermijdingsrespons kan worden geconditioneerd. Die overweging leidde Bolles (1974) ertoe te veronderstellen dat gedragingen die eigen zijn aan het proefdier en die van nature behoren tot een respons-systeem voor coping met gevaar, beter en eerder tot vermijdingsgedrag kunnen worden gevormd. Bij de rat zijn zulke soort-specifieke verdedigingsresponsen (Species-Specific Defence Responses, SSDRs) o.a. rennen, verstijfd zitten (freezing) en vechten. Het bleek dat pedaaldrukken helemaal niet zo'n geschikte vermijdingsrespons was, maar getrouw aan de voorspellingen van Bolles (1969) bleken rennen (onderdeel van het natuurlijke vluchtgedrag), rechtopstaan (onderdeel van de vechthouding) en stilzitten (freezing) heel gemakkelijk tot vermijding te conditioneren te zijn. Misschien moet de verklaring voor het selectieve karakter van dwanghandelingen ook gezocht worden in de voor-de-hand-liggendheid van zulke gedragingen in de natuurlijk, of oorspronkelijke situaties waarin gevaar

dreigt.

Referenties

Paul M. Bear, U.E. Minichiello, U.E. (1990) (Eds). Obsessive Compulsive Disorders. Theory and Treatment. Yearbook Medical Publishers. Chicago

Bolles, R.C. (1969). Avoidance and escape learning: simultaneous acquisition of different responses. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 68, 355-358.

Bolles, R.C. (1970). Species-specific defence reactions and avoidance learning. *Psychological Review*, 71, 32-48.

Byrd, L.D. (1969). Responding in the cat maintained under response-independent electric shock and response-produced electric shock. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12, 1-10.

Daisne, J. (1964). *De man die zijn haar kort liet knippen*. (6e druk) Brussel/Den Haag: A. Manteau NV.

Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum Press.

Estes, W.K., & Skinner, B.F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 44, 88-89.

Gould, R., Miller, B.L., Goldberg, M.A., & Benson, D.F. (1986). The validity of hysterical signs and symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 593-597.

Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Hoogduin, C.A.L. (1987). Follow-up bij patiënten met een dwangneurose. *Tijdschr. voor Psychiatrie*, 209 (9), 562-569.

Hunt, H.F., & Brady, J.V. (1951). Some effects of electroconvulsive shock on a conditioned emotional response ('anxiety'). *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 44, 88-89.

Kamin, L.J. (1957). The effects of termination of the CS and avoidance of the US on avoidance learning: an extension. *Canadian Journal of Psychology*, 11, 48-56.

Kelleher, R.T., & Morse, W.H. (1968). Schedules using noxious stimuli. III: Responding maintained with response-produced electric shocks. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 11, 819-833.

Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.

McKearny, J.W. (1968). Maintenance of responding under fixed-interval schedules of electric shock presentation. *Science*, 160, 1249-1251.

McKearny, J.W. (1969). Fixed-interval schedules of electric shock presentation: extinction and recovery of performance under different shock intensities and fixed-interval duration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12, 301-313.

McKearny, J.W. (1970). Responding under fixed-ratio and multiple fixed-interval fixed-ratio schedules of electric shock. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 14, 1-6.

Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.

Mowrer, O.H., & Lamoureaux, R.R. (1947). Fear as an intervening variable in avoidance conditioning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 39, 29-50.

Pollitt, J. (1957). Natural history of obsessional states (a study of 150 cases). *Brit. Medical J.*, 1, 194-198.

Pomerleau, O.F. (1970). The effects of stimuli followed by response-independent shock on shock-avoidance behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 14, 11-21.

Rachman, S. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.

Ricciardi, J.N. (Hurley) (1990). Development of animal models of obsessive-compulsive behavior. In: Jenike, M.A., Bear, P.M., & Minichiello, U.E. (Eds). Obsessive Compulsive Disorders. Theory and Treatment. Chicago, Ill. Yearbook Medical Publishers. 119-129.

- Rümke, H.C. (1967). *Psychiatrie, deel III*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Schaap, C.P.D.R., Cuisinier, M.C.J., Hoogduin, C.A.L., Keysers, G.P.J., Limpens, B., & Kladler, A. (1991). Behandeling van dwangstoornissen door stagiaires. *MGV*, (3), 281-293.
- Schonfeld, W.N. (1950). An experimental approach to anxiety, escape and avoidance behavior. In P.H. Hoch, & J. Zubin (Eds.), *Anxiety*. New York: Grune & Stratton.
- Sidman, M. (1953a). Avoidance conditioning with brief shock and no exteroceptive warning stimulus. *Science*, 118, 157-158.
- Sidman, M. (1953b). Two temporal parameters of the maintenance of avoidance behavior in the white rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 46, 253-261.
- Sidman, M. (1962). An adjusting avoidance schedule. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 5, 271-277.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (1990). *Handboek Psychopathologie, deel I*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

TDT

Rotterdam, 13 oktober 1991

Waarde, beste redacteuren,

Ontvang hierbij

- a) Freds analyse van de Golfoorlog, en
- b) Dicks Russisch reisverslag.

Het eerste stuk bereikte mij tijdig, maar ik verzuimde het mee te sturen.
Het tweede stuk werd tijdig verzonden, maar bereikte mij niet.

Wij bespreken deze bijdragen aanstaande woensdag, te zamen met het moois dat u reeds is toegezonden.

Met hartelijke groeten,

dH.

De oorlog in de Golf: een multi-dimensionele analyse

Alfred Lange

Inleiding

In dit artikel wil ik de Golf-oorlog analyseren in het licht van enkele theorieën en begrippen uit de klinische-, sociale- en massapsychologie. Daarbij gaat het niet alleen om de oorlog die nu in Koeweit wordt uitgevochten maar wordt de aard van het Israëlisch-Arabisch conflict ook nader beschouwd. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan die op dezelfde psychologische concepten zijn gebaseerd.

Psychologische mechanismen

Begin van de jaren '60 begon de systeemtheorie binnen de klinische psychologie populair te worden, met name waar het de psychotherapie betreft. Kort samengevat legt deze theorie er de nadruk op, dat problemen van een individu niet los gezien kunnen worden van de constellatie waarin dat individu zich ten opzichte van zijn omgeving bevindt (Von Bertalanffy (1968). Om een voorbeeld te geven: een agressieve adolescent kan men niet goed onderzoeken, laat staan behandelen, wanneer men niet weet hoe het toegaat in het gezin en de school waar dit kind vertoeft. Gebeuren er dingen die hem ongelukkig maken? Heeft hij een inferieure positie in het gezin? Heeft hij wel de vaardigheden om op school te functioneren? Maken zijn problemen dat anderen in zijn omgeving beter functioneren?

Gedurende de eerste decennia dat de systeemtheorie als basis voor klinische interventies werd gebruikt gebeurde dat op een nogal rigide manier. Dysfuncties zouden zeer weinig met het individu te maken hebben en alléén maar verklaard worden door dysfunctionele interactiepatronen en dysfunctionele structuren (Minuchin, Montalvo et al., 1967; Minuchin, Baker et al., 1975; Selvini Palazzoli, 1979). In een aantal publicaties heb ik op de onhoudbaarheid van deze stellingname gewezen en gepleit voor multidimensionele probleem analyses (Lange, 1985 en 1987). Daarmee propageerde ik dat de taxatie van dysfunctioneren zich op verschillende niveaus richt:

a) Het individuele niveau: de aard en mate van pathologie en de sterke kanten van elk der betrokkenen. Om de eerder gememoreerde adolescent nog eens als voorbeeld te gebruiken: men zal o.a. moeten onderzoeken of hij inderdaad overmatig agressief is; of men bij hem moet spreken van andere psychopathologie en men dient ook te onderzoeken wat zijn individuele behoeften en mogelijkheden zijn. Welke lichamelijke, emotionele en cognitieve vaardigheden bezit hij?

b) Het interactionele niveau. De manier waarop mensen met elkaar omgaan kan onderhevig zijn aan bepaalde interactionele wetmatigheden, die een destructieve invloed kunnen uitoefenen. Hierbij valt te denken aan begrippen als 'machtsstrijd', 'verwarring van inhoud en betrekking' en 'interpunctieproblemen', die door de Palo Alto groep zijn geïntroduceerd (Haley, 1963; Jackson, 1968; Watzlawick et al., 1967). Kort gezegd komt dit neer op het volgende: tussen mensen die intensief met elkaar omgaan kunnen onuitgesproken dominantieproblemen spelen die op indirecte wijze worden 'uitgevochten'. Men voelt zich tekort gedaan en probeert met inhoudelijke argumenten de ander een toontje lager te laten zingen. Deze voelt zich daardoor natuurlijk ook weer tekort gedaan, etc. Beide

'partijen' leggen de oorzaak en het beginpunt natuurlijk bij de ander waardoor de vicieuze cirkel blijft bestaan en het bestaande conflict niet wordt doorbroken. De ouders van de agressieve jongen zijn misschien wel gevangen in een dergelijke verhouding en misschien is het dat wat de jongen ongelukkig en agressief maakt. Het kan ook zijn dat één van zijn ouders of zijn ouders als 'gezamenlijke partij' met hem in een dergelijke vicieuze cirkel zijn terecht gekomen.

c) Het structurele niveau. In welke mate is de structuur waarin de patiënt zich bevindt pathogeniserend? Bevindt hij zich bijvoorbeeld in een isolement? Zijn er coalities in zijn omgeving die zich tegen hem richten? Of maakt hijzelf deel uit van coalities die tegen een ander uit zijn omgeving zijn gericht? Stel dat de agressieve jongen zich bevindt in een gezin waarin men hem van jongs af aan als een naargeestig buitenbeentje heeft beschouwd aan wie men alle problemen in het gezin kon toeschrijven. De situatie is dan anders dan wanneer men weliswaar last heeft van zijn agressiviteit maar toch veel waardering en liefde voor hem heeft.

Het lijkt mij zinnig om dergelijke begrippen niet uit het oog te verliezen als wij het verschijnsel 'oorlog' en dan met name de Golfoorlog nader beschouwen. Maar behalve deze concepten, die raakvlakken hebben met zowel de klinische psychologie als de sociale psychologie, zijn er een aantal puur sociaal-psychologische paradigma's die wij in het oog kunnen houden:

a) De 'self-fulfilling prophecy'. Dit verschijnsel is in eerste instantie door de socioloog Merton (1957) beschreven. Later is door sociaal-psychologen onderzocht hoe een positieve verwachting over een ander kan leiden tot daadwerkelijk positief gedrag terwijl een negatieve verwachting de omgekeerde uitwerking heeft (Meertens & von Grumbkow, 1988).

b) Vergroting van cohesie binnen groepen door rivalisering tussen groepen. In een serie klassiek geworden veldexperimenten werden dit soort mechanismen door Sherif en Sherif (1969) aangetoond.

c) Het mechanisme van de 'risky-shift'. Dit houdt in dat individuen in groepen vaak tot risicovoller gedrag komen dan wanneer zij alleen zijn (Meertens, 1980). Zeer interessant is in dit verband het boek van Janis (1972). Deze analyseert de besluitvorming tijdens een aantal politieke crises. Eén daarvan is de onbeholpen inval in 1961 in de 'Bay-of pigs', van Cubaanse ballingen die door de Amerikaanse regering werden gesteund. Illustratief voor Janis' betoog was dat degenen die kritiek hadden op de risicovolle benaderingen van een aantal vooraanstaande figuren in de Kennedy-clan niet aan bod konden komen doordat zij zich niet veilig voelden en niet beschermd werden door de President. Kennelijk had Kennedy hiervan geleerd: de latere Cuba crisis was een schoolvoorbeeld van hoe het wél moest. Alle adviseurs konden toen al brainstormend veilig hun ideeën en bedenkingen naar voren brengen.

d) Het principe van de 'gewelddadige minderheid'. Dit concept is afkomstig uit het briljante boek 'Denkend mens en menigte' van Kurt Lewin (1951). Hij beschrijft hoe geweld in de geschiedenis vaak kon gebeuren doordat een relatief kleine minderheid een norm wist te creëren waarin geweld 'goed' leek. De meerderheid die het daar in feite niet mee eens was durfde dat niet te uiten omdat men niet wist dat men deel uitmaakte van een meerderheid.

Het conflict in de Golf

Ik wil niet suggereren dat de hierboven genoemde begrippen en principes de enige uit de psychologie zijn die we zouden kunnen gebruiken bij het beschouwen van de Golfoorlog. Ik wil ook niet suggereren dat de psychologische mechanismen voldoende zijn om alle facetten te verklaren, maar we kunnen er wel een eind mee komen.

1. Het interactionele niveau: Verwarring rond inhoudelijke conflicten en het betrekkingniveau.

In de Golfoorlog spelen economische belangen een rol. Deze hebben ertoe geleid dat Irak zeer veel wapenring heeft kunnen vergaren. Economische belangen spelen ongetwijfeld een rol bij het ingrijpen door de 'geallieerde' strijdkrachten. Dat is de *inhoudelijke* kant, die door de betrokkenen overigens niet wordt genoemd. Het moge echter duidelijk zijn dat deze inhoudelijke kant alléén niet tot de oorlog had kunnen leiden. Aan het conflict kleeft een '*betrekkingniveau*'. Het Irak van Saddam Hoessein spiegelt zich aan een rol in de wereldgeschiedenis die groter is dan wat het tot nog toe heeft bereikt. Het voelt zich daarin gefrustreerd en gedomineerd door het Westen en bepaalde andere Arabische landen. De Westerse landen zijn ontegenzeggelijk bezorgd voor hun economische belangen, maar de angst die zij hebben voor de opeenhoping van macht en het vermogen tot domineren binnen een regime waarop zij geen enkele invloed kunnen uitoefenen, is één van de oorzaken dat zij bereid zijn om met geweld op te treden.

De positie van Israël in het conflict kan op verschillende manieren worden bekeken. Inhoudelijk is het wel duidelijk en lijkt het te gaan om de behoefte van de Palestijnen op een eigen staat. Maar ook hier speelt de inhoud een minder grote rol dan het betrekkingniveau. De woede tegen Israël speelt vanaf het ontstaan van die staat. De Palestijnen voelden dit als een aan hen opgedrongen entiteit. De Arabische landen eromheen gebruikten de frustraties van de Palestijnen ten eigen bate. Laten we niet vergeten dat de oorlog tussen Israël en de Arabische landen in 1948 ertoe leidde dat wat nu de 'bezette gebieden' zijn toen bezet werd door Jordanië en Egypte. Als het alleen om inhoudelijke kwesties ging dan was het toen toch mogelijk geweest om de Palestijnen daar zelfbeschikking te geven. Maar dat kwam niet op bij de leiders van de Arabische landen. Het ging erom de vernedering te wreken van een door de Britten en de rest van de wereld opgedrongen regeling, gevolgd door het verliezen van een oorlog tegen het kleine nauwelijks bewapende Israël. Het is eigenlijk bizar dat de Palestijnen nu moeten vechten voor iets (een staat op de Westbank) dat hen in 1947 door het VN verdelingsplan in de schoot was geworpen en dat hen tot 1967 zo door de Arabische landen gegeven had kunnen worden. Het betrekkingniveau was ook hier belangrijker dan de inhoud. Waardoor kon Egypte met Israël vrede sluiten? Doordat het in 1973 een - bescheiden - militair succes had geboekt. De eer was gered.

2. Het interactionele niveau: Interpunctieproblemen en 'self-fulfilling prophecies'

Zowel de Palestijnen als de Israëli's hebben de overtuiging dat ze veel gevaar te duchten hebben van de andere kant; dat het probleem er niet zou zijn als de ander zich beter zou gedragen. Van beide kanten is er angst en zijn er negatieve voorspellingen over de bedoeling van de andere partij. Bij de Palestijnen is er angst voor een voortdurende

overheersing en slechte behandeling. Zij hebben daar redenen voor. Maar ook de Israëli's hebben hun redenen om bang te zijn. Al van vòòr 1948 zijn zij geconfronteerd met uitspraken die er niet om logen. Al die jaren werd Israël door zichzelf respecterende Arabische landen (mede op grond van de hierboven genoemde mechanismen) als een gezwel beschreven dat van het Arabische schiereiland dient te worden verwijderd. Geen van de Arabische landen - behalve Egypte - heeft ooit gezegd dat Israël geaccepteerd zal worden op het Arabische schiereiland op het moment dat het met de Palestijnen tot overeenstemming zou komen. Het is begrijpelijk dat vanuit deze interpunctie de Israëlische politiek zich vooral vasthoudt aan wat ze heeft. Maar het is niet verstandig; het geeft immers geen enkel uitzicht dat de cirkel ooit wordt doorbroken. Even onverstandig is het trouwens van de Palestijnen om zich achter Saddam Hoessein te scharen en te juichen bij aanvallen met raketten op woonwijken in Israël. Ook dat is een manier om te zorgen dat de cirkel niet wordt doorbroken.

3. Het structurele niveau.

Vanaf 1948 heeft Israël in de complexe Arabische wereld de rol gespeeld die in sommige gezinnen aan het zwarte schaap wordt toebedeeld: Het slechte kind dat gebruikt wordt om de rijen te sluiten. Dat ligt op het structurele niveau. Geen weldenkend mens gelooft dat Saddam Hoesseins motieven ook maar iets te maken hebben met hulp aan de Palestijnen, maar het is wel duidelijk wat hij probeert te bereiken met die koppeling.

4. Het individuele niveau.

Net als men in de klinische psychologie de individuele pathologie en de individuele achtergrond moet taxeren - zelfs al is men geneigd om bij de behandeling de omgeving een belangrijke plaats toe te dichten - dient dat hier te gebeuren. Laten we met Israël beginnen. De hierboven genoemde angst van Israël voor de Arabische retoriek zou al begrijpelijk zijn zonder de geschiedenis die vooraf ging aan de stichting van de staat. Maar dat laatste in aanmerking genomen, wordt het nog inzichtelijker hoe moeilijk het is voor de Israëlische leiders om de negatieve spiraal te doorbreken. Het is immers maar een aantal decennia geleden dat niet te geloven dreigementen ook serieus genomen dienden te worden.

Aan Irak zijn ook wel wat 'individuele' trekken te onderscheiden. Het is niet zomaar een regime dat in oorlog raakt met de 'alliantie'. Het is een bewind dat al jaren wordt beheerst door iemand aan wiens psychopathische karakterstructuur niet valt te twijfelen. Iemand die niet alleen oorlogen voert maar ook medogenloos en op wrede manier zijn eigen bevolking uitmoordt als hem dat wenselijk lijkt. Zijn benadering van het 'Koerdische probleem' waarbij meer dan 200.000 Koerden werden uitgemoord en de rest werd gedeporteerd is maar één van de vele illustraties daarvoor. Het lijkt niet iemand te zijn die in de nacht wakker ligt van wroeging en twijfel over wat hij aan het doen is. Wanneer men met een dergelijk regime van doen heeft is het zeer de vraag of men het met onderhandelen redt; of dat niet een vooruit schuiven is van de problemen naar een stadium waarin het gevaar nog veel groter wordt. Zeer veel mensen zouden in ieder geval weinig rust meer hebben als het Irak van Saddam Hoessein behalve Koeweit ook Saoedi Arabië zou hebben bezet en met de onmetelijke rijkdommen die dat zou hebben opgeleverd een nog grotere terroristische macht zou uitoefenen. Het zou ook heel veel doden gaan kosten als een dergelijke

megalomane dictator zijn macht verder gaat uitbreiden. Studs Terkel (1986) benoemt in zijn 'oral history' de Tweede Wereldoorlog als 'The good war'. Hoe verschillend de situatie van toen en nu ook is, er zijn grote overeenkomsten in onderdrukking, wreedheid en megalomanie tussen de Nazi leiders en het bewind van Saddam Hoessein.

5. De gewelddadige minderheid, intra-groups cohesie en het 'risky-shift' fenomeen.

Verlaten we het individuele niveau voor het tegenovergestelde: de massapsychologie. Irak bestaat niet uit aanhangers van Saddam Hoessein. Die vormen waarschijnlijk maar een kleine minderheid, die de meerderheid haar wil oplegt doordat de meerderheid niet is georganiseerd en bang is ook slachtoffer te worden wanneer zij haar onvrede met de situatie zou uiten. Dat die angst reëel is, is wel gebleken: Een voorbeeld van Bashwitz' 'gewelddadige minderheid'.

Daarnaast spelen de in de inleiding genoemde sociaal psychologische fenomenen ook een rol. Door de intergroepsconflicten neemt de cohesie en het extremisme binnen de groepen absurde hoogten aan. Kritische geluiden worden steeds moeilijker te verteren. De Iraakse, maar ook de Jordaanse en andere Moslim bevolkingen voeren de retoriek tegen Israël op, zonder dat Israël daar op dit moment aanleiding toegeeft. Maar ook in Israël verliezen de kritische geluiden aan kracht. Een keurige beweging als 'Shalom Achshav' (Vrede Nu) kan het zich nauwelijks meer permitteren om met Palestijnse leiders te spreken. In de regering wordt een rechts racistisch parlementslid opgenomen, dat in 'normale' tijden daarvoor zeker niet in aanmerking zou komen. Het is overigens wel opvallend dat het 'risky-shift' fenomeen in Israël niet is opgetreden en men juist voorzichtig heeft gereageerd op de Iraakse raketaanvallen. Wat Iraks inval in Koeweit betreft en het niet serieus nemen van de Amerikaanse dreiging lijkt men echter wel te kunnen spreken van het 'risky-shift' fenomeen.

Aanbevelingen

Tot zover enkele gedachten over de achtergrond van de Golf-oorlog. Op het moment dat ik dit begon te schrijven was het nog niet zeker of er nog een landoorlog zou komen, inmiddels is die begonnen. Los van de exacte afloop daarvan zou ik enkele punten willen formuleren die voor de periode na de oorlog van belang zouden kunnen zijn.

Het is van veel belang dat aan het bewind van Saddam Hoessein een einde komt. Het extreme karakter en de onmogelijkheid om te kunnen vertrouwen op langdurige goede contacten met dit bewind beperken de mogelijkheden van het doorbreken van een aantal van de hierboven genoemde processen.

Het oplossen van het Israëliisch-Arabisch conflict heeft uiteraard hoge prioriteit. Daarbij zijn niet de inhoudelijke punten van belang, maar gaat het om het doorbreken van de spiraal van achterdocht en angst. Israël zou wat dat betreft een belangrijke stap kunnen ondernemen, door zich juist niet te verzetten tegen een internationale vredesconferentie, maar daar zelfs op aan te dringen en er volmondig aan mee te werken. Het is juist in Israëls belang om zich niet te beperken tot bespreking met alleen de Palestijnen of met aparte Arabische staten. Werkelijke veranderingen zijn immers alleen mogelijk als de omringende Arabische landen gezamenlijk Israël accepteren als thuishorend op het Arabisch schiereiland.

Israël zou de gelegenheid kunnen grijpen om een 'groot gebaar' te maken, door juist nu akkoord te gaan met onderhandelingen met de PLO. Juist nu in een groot deel van de wereld begrip heerst voor een negatief Israëlisch standpunt inzake de PLO, zou het voor de Palestijnen een bijzonder positieve betekenis hebben wanneer Israël niet rancuneus zou reageren op de Palestijnse steun aan Saddam Hoessein. Het zou de Palestijnen een soort eerherstel geven en hen kunnen stimuleren om zelf een streep onder het verleden van rancune jegens Israël te zetten. Een probleem daarbij is wel, dat het niet zeker is dat de conflicten tussen de Palestijnse fracties onderling niet gaan toenemen. Maar als dat zou gebeuren, dan zou dat toch eens moeten blijken en moet worden afgewacht hoe dat afloopt.

Naar aanleiding van de Palestijnse steun aan Irak zei de voormalige - zeer gematigde - Israëlische minister van buitenlandse zaken, Abba Eban: 'The PLO never misses an opportunity to miss an opportunity'. Hij is wel zo eertlijk om diezelfde mening ook over de Israëli's te ventileren. De situatie na de Golfoorlog zou er een kunnen zijn die 'mogelijkheden biedt', die helaas weer 'gemist worden'. Israël zal bereid moeten zijn de bezette gebieden op te geven, in ruil voor werkelijke vrede. Dat moet meer zijn dan een papiertje dat verscheurd kan worden. Het houdt in dat er culturele- en handelsbetrekkingen worden aangeknoopt. Dat draagt niet alleen bij aan een gezonde economische verstrengeling maar ook aan het afnemen van vooroordelen. In de relatie tussen Egypte en Israël hebben we kunnen zien hoe belangrijk deze factoren ('gebaar' en 'uitwisseling van contacten') zijn. Dit eist echter ook iets van de Palestijnen en de Arabische landen. Het is van het grootste belang dat zij de agressieve retoriek jegens Israël en de Joden in het algemeen terugschroeven. Dat gaat ver, want de anti-propaganda is zelfs in de schoolboeken terug te vinden. De leiders van zowel Israël als de Arabische landen zullen eraan moeten bijdragen dat de negatieve stereotypen over de andere 'partij' niet meer worden gevoed. Integendeel. Een conferentie die aan dit soort elementen geen aandacht geeft, lijkt mij gedoemd te mislukken.

Referenties

- Bashwitz, K. (1951). *Denkend mens en menigte; Bijdrage tot een exacte massapsychologie*. Den Haag: Leopold (Oorspronkelijke titel: Du und die Masse).
- Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory; Foundations, Developments, Applications*. New York, Braziller.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld, 1980.
- Jackson, D.D. (red.) (1968). *Communication, Family and Marriage. Human Communication, Vol. 1 en 2*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books., 1968.
- Janis, I. L. (1972). *Victims of Groupthink*. Boston: Houghton Mifflin.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. (Vijfde compleet herziene editie). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Meertens, R.W. (1980). *Groepsopolarisatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Meertens, R.W. & Grumbkow, J. von (red.)(1988). *Sociale Psychologie*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Merton, R. k. (1957). *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G.Jr., Rosman, B.L. & Schumer, F. (1967). *Families of the Slums: An Exploration of their Structure and Treatment*. New York: Basic Books.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Sherif, M. & Sherif, C.W. (1969). *Social Psychology*. New York: Harper and Row.
- Terkel, S. (1986). *The good war; An oral history of world war two*. Harmondsworth: Penguin books.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton.
Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus., 1970.

Verslag van de eerste Sovjet-Nederlandse conferentie over psychiatrische problemen bij kinderen en teenagere. Kishinev, Moldavië van 12 - 17 Mei 1991.

Dick N. Oudshoorn

De Moldavische conferentie

Als deelnemers waren uitgenodigd de voornaamste representanten op het kinder- en jeugdpsychiatrische terrein uit de gehele Sovjet Unie. Van Sovjetzijde waren er diverse sprekers; onze delegatie bestond uit Prof. Dr.H.van Engeland, kinder- en jeugdpsychiater en ondergetekende.

De eerste dag stond in het teken van psychohygiëne en preventie. Ze hebben geen betrouwbare statistiek maar een zeer ruwe schatting is dat de prevalentie van psychische stoornissen onder kinderen tot veertien jaar 7-13% bedraagt en onder adolescenten nog iets meer. Drie procent van de nieuwgeboren kinderen is zwakzinnig (IQ < 80). Wat de preventie betreft doen ze, althans in de grootste steden, het nodige aan prenatale opsporing van chromosomenafwijkingen en metabole stoornissen, zo nodig gevolgd door abortus. Van Engeland toonde met harde cijfers aan dat Nederland slechts 1% zwakzinnige zuigelingen haalt, wat te danken zou zijn niet alleen aan goede pre- en perinatale controle maar vooral ook aan goede voorlichting en aan het vrij verstrekken van profylactica aan onze adolescenten zodat ongewenste zwangerschap bij jonge meisjes een zeldzaam verschijnsel is geworden. We hebben dan ook sterk aangedrongen op het invoeren van de pil en het verstrekken van condooms aan jongeren.

Opmerkelijk is dat 40% van de zesjarigen in de Sovjet Unnog niet schoolrijp blijkt te zijn (ze nemen speelgoed mee naar school, werd serieus naar voren gebracht!) zodat wordt overwogen de leerplichtige leeftijd op 7 jaar te brengen. Wij hebben daar tegenin gebracht dat dat cijfer in Nederland veel lager ligt, wat vermoedelijk samenhangt met de verplichting vanaf vijf jaar van de kleuterklas als een geleidelijke overgang van spelen naar leren.

Er is nieuwe aandacht voor ondoelmatige opvoedingspatronen zoals verwaarlozing ('onderprotectie') en overprotectie en inconsequentie/onenigheid tussen de ouders. Ze zijn beducht voor 'feminisatie' in de opvoeding omdat het kind in de praktijk voornamelijk door vrouwen wordt opgevoed en onderwezen.

Over de seksuele ontwikkeling van het jonge individu kragen we een globaal verhaal te horen. Klaarblijke-

lijk gebeurt er, zowel in het gezin als op school, veel minder aan seksuele voorlichting dan in het westen.

De tweede dag heeft ondergetekende het Dordrechter Strategische Model geïntroduceerd en met name toegelicht voor wat betreft angststoornissen inclusief obsessief-compulsieve stoornis. Deze voordracht lokte veel vragen uit; voor het gehoor was dit onwennige materie. Hun paradigma is, zeg maar, klassiek-Duits, organisch denkend, de ziekte in de bol. Diagnostiek is een heilige, medische materie en de behandeling is dienovereenkomstig met medicamenten, ontspannende en suggestieve methodes enzovoort. Het gaf mij déjà-vu gevoelens; ik hoorde dr. Stotijn van het Endegeest van destijds weer terug. Van circulaire bekrachtigingspatronen, cognitieve processen e.d. hebben ze nog nooit gehoord. Mijn verhaal impliceert een verschuiving van paradigma en bovendien een pragmatische analyse in plaats van een academische.

Van Engeland hield een lezing over evoked potentials en informatieverwerking bij autistische en bij hyperkinetische kinderen.

In de namiddag in de voortreffelijke wijnkelders van Moldova bleek een mate van gastvrijheid die in Nederland ongekend is.

De derde dag was een klinische conferentie. Een jongen van veertien jaar werd gepresenteerd, eerst op papier met een anamnese en diagnostische gegevens die goed gedetailleerd en van goede kwaliteit waren, vervolgens in levende lijve. Mij viel (nadat de patiënt weer was vertrokken) de eer te beurt mijn visie op deze jongen te geven. In tien à vijftien minuten gaf ik mijn indrukken en mijn successievelijke hypothesen. Dit ontlokte bijzonder veel wijdlopijge en ingewikkelde uiteenzettingen van het establishment die natuurlijk van harte instemden met mijn diagnose (dysthyme stoornis + oppositioneel gedrag) en weer uitweidden over de (in aanleg gegeven) etiologie. Daarop gaf ik uiteindelijk mijn dupliek die erop neerkwam dat zij de pointe van mijn betoog nog niet helemaal begrepen hadden en dat ze het naar mijn smaak te eenzijdig bleven beschouwen.

Op deze dag, net als op alle andere dagen, hebben we met klem gevraagd om de DSM-III-R nu al in te voeren en er goed in te trainen, omdat anders elke poging om vergelijkend of gezamenlijk onderzoek te doen bij voorbaat mank loopt. Na afloop, alweer in een steengroeve-wijnkelder, kregen we van alle kanten weer

enthousiaste bijval en veel uitmuntende wijn en voedsel.

De vierde dag hebben we besteed aan bezoek van een tehuis voor kinderen die als ongewenst zijn verstoten en die in een hoog percentage stoornissen vertonen. Uitstekend tehuis met een optimaal uitplaatsbeleid in adoptiegezinnen die zorgvuldig worden gescreend. De laatste dag hebben we over de organisatie van de GGZ in Nederland gepraat.

Moskou

Na een treinreis van 24 uur weer terug in de hoofdstad hebben we een uitgebreid bezoek gebracht aan het Serbski-instituut, aan een 800 bedden tellend kinderen jeugdpsychiatrisch ziekenhuis en aan het meest vooraanstaande psychiatrische researchinstituut aldaar.

In het Serbski zijn vele organisatorische kwesties betreffende de samenwerking geregeld. In het Moskouse onderzoeksinstituut hebben we een goede indruk gekregen van het peil van hun biochemische research bij hypoerkinetische kinderen. Ook hier hebben we voor invoering van de DSM-III-R gepleit.

In het kinderpsychiatrische hospitaal stuitten we wederom op de behoefte aan samenwerking met ons. Afgezien van de materiële armoede (zoals overal) was er veel herkenbaars. Maar ook hier weer die 'continentale', zo mechanistisch-deterministisch aandoende diagnostiek met zware nadruk op het cerebrum. Typerend hiervoor was een jongen van vijftien jaar die in een schrift zat te schrijven. Hij zou die middag door zijn ouders worden opgehaald, terug naar huis (op vijfhonderd kilometer afstand). De psychiaters spraken schertsend tegen en over hem: "een nieuwe Tolstoj", iemand die heel rijk wilde worden, hahaha. Wij begrepen dat niet, iedere jongen droomt daar toch van? Waarom was hij hier? Ze waren het niet eens over de diagnose. Een stoere jeugdpsychiater dacht aan een persoonlijkheidsstoornis, de chef en diens directeuren aan 'sluipende schizofrenie'. We vroegen naar de symptomen. Het meest opvallende was de jongen over een hoge intelligentie (IQ 130) beschikte maar sinds een half jaar plotseling hele slechte cijfers haalde en nergens meer zin in had behalve in dagdromen. We informeerden naar de gezinsachtergrond. Vader was een hoge officier en was een kille en afstandelijke man. Moeder leed aan een dodelijke ziekte; ze had niet lang meer te leven. Het verbijsterende voor ons was, dat men dit wel wist te vertellen, maar dat men de relevantie voor het gedrag

117

c.q. de stoornis van de jongen totaal over het hoofd zag. We vertelden dat we in zulke gevallen in de eerste plaats aan een reactief beeld dachten en dat we meer aanwijzingen voor een depressieve reactie met ontwijkend gedrag dan voor een andere stoornis zagen. Die jongen moet zich daar wel volstrekt onbegrepen hebben gevoeld.

1992

Ik vermoed dat er al weer heel wat gezamenlijke seminars worden uitgebreed.

Een aanbod dat ik in principe heb gedaan is een INTENSIEVE CURSUS AMBULANTE DIRECTIEVE PSYCHOTHERAPIE & GEZINSTHERAPIE VOOR VOLWASSEN EN VOOR JEUGDIGE PATIENTEN, te geven door Van Dyck, Joele, Hoogduin, Lange, Oudshoorn & van der Velden. Eén week in Moskou voor jonge collegae (ze mogen niet ouder dan 35 jaar zijn) uit Rusland en aansluitend een herhaling van deze cursus in Moldavië voor collegae uit de Oekraïne en Moldavië.

Als zij het woord psychotherapie gebruiken, verstaan ze er, nu nog, iets volstrekt anders onder dan wij. Zij leggen zes tot dertig patiënten op een rijtje bedden, draaien ontspannende muziek en spreken postieve suggesties uit, heel vriendelijk en belangstellend allemaal, maar daar is dan ook alles mee gezegd. Ze hebben gewoon niets beters geleerd van hun hoogleraren. Maar ze staan te trappelen om nieuwe dingen te ontwikkelen, net zoals wij destijds op Endegeest en op de Jalgersmakliniek.

Buiten de orde

Richard van Dyck

Lezen en schrijven

Wie in Nederland gelezen wil worden doet er het beste aan in het Engels te schrijven. In het jongste nummer van het Tijdschrift voor Psychotherapie stond een interessant artikel van Lemmens, De Ridder en Van Lieshout over "De fragmentatie van de psychotherapie", dat deze stelling op een treffende manier illustreert. Het onderwerp van deze bijdrage is de discussie die de laatste jaren aan de gang is over eclecticisme, pluralisme of integratie als mogelijke alternatieven voor het psychotherapeutisch zuilensysteem dat in toenemende mate door de praktijk en door onderzoek is achterhaald. Dit onderwerp heeft in Nederland al veel belangstelling gekregen; bijvoorbeeld verscheen al in 1985 een themanummer van Dth (Directieve therapie: gedragstherapie, relatie- & gezinstherapie en hypnose) gewijd aan eclecticische psychotherapie. Het opmerkelijke van het artikel van Lemmens en zijn co-auteurs is dat zij de hele discussie hierover ophangen aan verwijzingen naar engelstalige, voornamelijk Amerikaanse auteurs. Dat zijn overigens mensen zoals Garfield, Norcross, London of Goldfried, die over dit thema zeer behartenswaardige gedachten hebben ontwikkeld. Omdat het artikel geschreven is voor de Nederlandse "markt" zou men verwachten dat nederlandstalige publicaties over dit onderwerp uitvoerig aan bod zouden komen. Dit blijkt niet geval. Er wordt een aantal nederlandstalige publicaties genoemd, maar er wordt nauwelijks ingegaan op de stellingen die daarin verkondigd worden, m.i. ten onrechte. Door de geringe aandacht die de Lemmens et al aan de nederlandstalige publicaties besteden, komt een van hun aanbevelingen op het eind van het artikel, namelijk het oprichten van een tijdschrift of een rubriek over geïntegreerde psychotherapie, toch wel wat in de lucht hangen.

Deze zeer sterke oriëntatie op engelstalige publicaties is niet uniek en is niet geheel nieuw. Minister Ritzen heeft enige tijd geleden geopperd dat het voor de internationalisering van de Nederlandse universiteiten een goede zaak zou zijn dat er meer in het Engels zou gebeuren. Wat betreft het volgen van literatuur is dit al aardig aan het lukken. Dit heeft verschillende redenen. Al enkele jaren wordt de status van een tijdschrift uitgedrukt in een "impact factor", die aangeeft hoe intensief naar publicaties uit het betreffende tijdschrift verwezen wordt. Alleen de meest

invloedrijke internationale tijdschriften worden in een dergelijke rangorde opgenomen. Voor de wetenschapscommissies van de faculteiten is dit een prachtig hulpmiddel: op een eenvoudige wijze kan worden vastgesteld of een vakgroep bezig is met baanbrekend onderzoek, of dat men maar wat zit te lummelen. Het schrijven van nederlandstalige publicaties wordt in medische en sociaal wetenschappelijke faculteiten veelal tot de laatste categorie gerekend. Bovendien zijn er uitstekende systemen voor literatuuronderzoek zoals de Index Medicus of Psychological Abstracts, die via trefwoorden een overzicht bieden van relevante publicaties; met behulp van geautomatiseerd literatuuronderzoek kan men ook alle abstracts die voor een bepaald onderwerp relevant lijken zeer snel opvragen. Nederlandstalige tijdschriften zijn in dergelijke internationale systemen nauwelijks opgenomen. Sommige bibliotheken en bijvoorbeeld de literatuurbulletins van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid bewijzen uitstekende diensten bij het toegankelijk maken van nederlandstalige publicaties, maar tegen de eerder genoemde internationale systemen moeten ze het in snelheid en volledigheid absoluut afleggen. Status en gemak maken de niet-nederlandstalige literatuur dus veel aantrekkelijker. Men kan zich afvragen wat dan nog de rol is van nederlandstalige tijdschriften. Wie wetenschappelijke resultaten alleen voor een vaderlands forum zou presenteren, doet zichzelf onrecht aan en vertraagt de verspreiding van kennis. Zijn nederlandstalige tijdschriften dan het medium voor de minder getalenteerden met kleinere gedachten? De wijkkrant waarin de publicatiedrift van plaatselijke schrijvers gekanaliseerd kan worden? In sommige gevallen ziet men dat nederlandstalige publicaties het voorstadium zijn van internationaal gepubliceerde artikels, maar ook de omgekeerde volgorde komt toch regelmatig voor. Ik geloof niet dat een "tweede garnituurfunctie" een goede bestaansgrond kan zijn voor Nederlandse tijdschriften. Ondanks de geringere status hebben Nederlandse tijdschriften nog een onvervangbare rol. Met name op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (maar evengoed de gehele gezondheidszorg) is er voor de nederlandstalige publicaties een terrein waarop ze onmisbaar zijn en dat tegelijk voor internationale tijdschriften nauwelijks interessant is: hoe worden in onze maatschappelijke context en in ons gezondheidszorgsysteem inzichten toegepast en welke inzichten verdienen prioriteit? Het blijft wel gewenst om niet alle discussies daarover via de transatlantische route te laten lopen, anders komt van deze functie niet veel terecht.

Schuilt er, afgezien van de uitstekende toegankelijkheid en de hogere status van de internationale literatuur nog een ander "typisch Nederlands" motief in de grote voorliefde voor het volgen van Amerikaanse voorbeelden? Inderdaad lijken Nederlanders erg ontvankelijk voor veel wat in de Verenigde Staten opbloeit. Allerlei in de USA bedachte noodoplossingen vormen aanleiding tot een studiereis en worden hier als innovaties in de GGZ binnengehaald. Het enthousiasme en het gemak waarmee men zich in de USA heeft leren presenteren draagt er toe bij dat Nederlanders vrij snel onder de indruk zijn. Zijn Nederlanders dan uit zichzelf zo bescheiden? Als voormalige Belg heb ik daar zo mijn indrukken over gekregen. Mijn ervaringsdeskundigheid zegt dat Nederlanders eigenlijk niet zo bescheiden zijn: in Belgische (of Vlaamse) ogen is eerder het tegendeel waar. Wel is mij opgevallen dat zij doorgaans van andere Nederlanders verwachten dat een grote bescheidenheid aan de dag wordt gelegd. Sommige buitenlanders lijken van deze eis verschoond te blijven, mits ze van ver komen en niet te lang blijven. Zo meende ik het, als redelijk geïntegreerde migrant, te hebben kunnen observeren. veren.