

**TDT**

Tijdschrift  
voor  
directieve  
therapie



Jaargang 16  
Nummer 2  
Januari 1992



Tijdschrift voor directieve therapie

# TDT

Redactie:

Richard Van Dyck  
Dr. D.N. Oudshoorn  
Kees Hoogduin  
Alfred Lange  
Kees van der Velden  
Leen Joele

*Kees van der Velden*

Kees van der Velden  
Dik en Oudshoorn  
Richard Van Dyck  
P. Meulenbeek, C.A.L. Hoogduin &  
C. Schaap

*Ten geleide 1*

IK in de vaderlandsche letterkunde 4  
Psychogene lichamelijke ziekte 8  
Valt er nog eer te behalen aan de algemene therapiefactoren? 24

Zelfcontroleprocedures bij de ambulante behandeling van agressief gedrag 35

# VERDER

# HELEMAAL

# NIETS

# Ten Geleide

Wat hebben Wij met onze oproep in de vorige aflevering een geweldig succes gehad!

*Ieders* humeur verbeterde en 2 (*twee!*)

redactieleden slaagden erin zelfs *helemaal*

*niets* in te sturen! Dat toch de anderen dit

voorbeeld mogen navolgen!

U hoeft ditmaal vrijwel niets te lezen en houdt

aldus tijd vrij voor Uw vrouw, Uw vriendin -

of, als U boft, zelfs voor beiden! - en voor de

kinderen die U misschien al niet meer goed

herkenden.

Weliswaar schreven Wijzelf nog wel een

stukje, maar daar staat tegenover dat wij na

een bedenktijd van ongeveer vijf minuten -

beslist niet langer! - besloten onze Topfunctie

in onze Riagg neer te leggen. Dit bewijst dat

zoiets kan. Wij zijn thans Gewoon

Medewerker.

Durft *U*, doctor, professor, directeur, een dergelijke beslissing aan? Denk er eens over..., het hoeft echt niet meteen... Begin maar eens *U*zelf af te vragen of *U* de moed heeft..., of *U* al zover bent..., of *U* de *kracht* heeft.

- ⌒ Deze flinterdunne aflevering behoeft geen inleiding - Wij danken *U* wel voor de hiermee vrijgekomen tijd. (Wij zullen die aan Intimiteiten besteden.)

Wij kunnen *U* wel *Onze* ervaringen met *Onze* Nieuwe Koers melden.

- ⌒ Men vraagt *Ons* sindsdien:
  - ‘Hoe staat het met Deel 4?’
  - ‘Hoe staat het nu met Deel 4?’
  - ‘Hoe gaat het met Deel 4?’
  - ‘Hoe gaat het nu met Deel 4?’
  - ‘Hoe staat het er met Deel 4 voor?’

- 'Hoe staat het er nu met Deel 4 voor?'

Ik antwoord:

'Deel 4 maakt het geweldig!'

Veel lieve groeten van Uw

Hoofdredacteur

# IK in de vaderlandsche letterkunde

Kees van der Velden

De telefoon rinkelde. Het was Frank. Hij had gedronken. 'Ken jij een psychiater Temaat of Verlaat? Hij heet René met z'n voornaam.'

René Verlaat kende ik wel. Bleek fanatiek gezicht, kleine bruine oogjes, dunne lippen, zwart haar. Het karakter voorzien van de fatale combinatie meteen gekrenkt en oliedom. Het was lang geleden dat ik moeilijkheden had gehad met psychiaters, maar René Verlaat vroeg erom. Ik moest de cursusgroep waarvan hij deel uitmaakte onder meer wegwijs maken in de beginselen van de DSM-III-R - ik doe dit ieder jaar, telkens met een nieuwe groep - maar hij maakte het onmogelijk om deze taak op een aardige manier uit te voeren. Wanneer ik uitlegde om welke redenen de dwangneurose tegenwoordig was ondergebracht bij de angststoornissen, interrumpte hij met de mededeling dat de dwangneurose zijns inziens op een stoornis in het willen berustte. Aanvankelijk probeerde ik me er met een ontwijkende beweging af te maken ('Heel goed mogelijk, maar de samenstellers van DSM-III-R hebben hier niet aan gedacht'), maar dit leidde alleen tot hinderlijker opmerkingen. Wanneer ik er op wees dat de validiteit van de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet overschat moet worden, meldde hij patiënten te kennen die wel degelijk aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis leden. Mijn opmerking dat de consensus waarop de classificatie van DSM-III-R gebaseerd is in veel opzichten het karakter van een compromis heeft, ontlokte hem een verontwaardigd gesis. Het was duidelijk dat René Verlaat vond dat ik, een leek, mijn mond moest houden over psychiatrische classificatie. Wanneer ik later in dezelfde cursus bij de bespreking van patiënten met moeilijk te begrijpen aandoeningen aangaf dat een behandeling met (bijvoorbeeld) Tryptizol mogelijk zou kunnen helpen, verkeerde het gesis in een woedend grommen. Alsof hij, dokter godverdomme, specialist nota bene, alsof hij, die godverdegodver zoveel recepten mocht schrijven als hij maar wilde, alsof hij zich godverdegodver de les zou laten lezen door een... door een... door een... omhooggevallen maatschappelijk werker! René Verlaat had het dus moeilijk met mij en bedierf mijn cursus waar mogelijk.

'Ja', zei ik tegen Frank, 'die ken ik wel.'

'Wat is het voor iemand?', vroeg Frank, die duidelijk hoorbaar nog een slokje nam.

'Het is een diepe debiel', antwoordde ik.

'O ja?', juichte Frank. 'Een diepe debiel, schitterend! Moet je horen, Maarten 't Hart is verliefd op een vrouw die een relatie met die Verlaat gehad heeft, en nu wil hij weten of hij van Verlaat nog enig gevaar te duchten heeft. 't Schijnt dat die vrouw erg onder de indruk van Verlaat was. Denk er over na, dan ga ik even een plasje doen.'

'Ik hoef niet na te denken. Verlaat loopt al achter een vrouw met een haartaart aan. Maarten 't Hart hoeft dus niets vrezen.'

'Een haartaart... hahaha...'

Wanneer Verlaat zich niet aan mij ergerde probeerde hij Frédérique Harmenszoon de Ruyter, een ongeveer dertigjarige medecursiste, het hof te maken. Soort zoekt soort. De cursus werd bezocht door de vriendelijkste psychiaters en psychologen, maar Frédérique behoorde daar niet toe. Evenals René Verlaat had Frédérique een bleek gezicht, kleine donkerbruine oogjes, een mond als een streep en zwart haar, maar anders dan René Verlaat had zij dit haar niet volgens gangbare richtlijnen op het hoofd gerangschikt. Ik probeer mij voor te stellen hoe zij des morgens haar coupe in

gereedheid bracht. Ik denk dat haar haar plus minus honderdtwintig centimeter lang geweest moet zijn. Denkelijk wierp zij het na het borstelen naar achteren. Aansluitend zal zij het hoofd met een vlugge beweging naar rechts gedraaid hebben. Vervolgens moet zij de eerste dertig centimeter van haar tooi met de linkerhand opgevangen hebben, dit deel van de vracht tegen het achterhoofd hebben geduwd, en de zo ontstane lus met enkele spelden of kammen op de schedel hebben gefixeerd. De resterende negentig centimeter zullen met soortgelijke handelingen tot het woeste, beslagachtige resultaat zijn verwerkt. Het kapsel werd bekroond met een slabestek.

Verlaat trachtte zo vaak mogelijk naast Frédérique te zitten en in de pauzes probeerde hij haar aan het lachen te maken. Ik weet niet of hij veel geluk had, want Frédérique beschikte over een benijdenswaardig zelfvertrouwen. Zij gaf hem nu eens aandacht, dan weer leek ze hem te negeren. Zoals je je kunt verbazen over het zelfvertrouwen van van straatmakers, die er, hoewel overduidelijk voorzien van hangbuik, zware vetrollen en wit-behaarde billen waartussen een zweetende spleet boven de afzakkende broek, zonder schroom van uit gaan dat zij door passerende vrouwen hartstochtelijk begeerd worden, zo verbaasde ik mij ook over het tekort aan zelfkritiek van Frédérique. Iemand moest haar zo indringend gezegd hebben dat zij mooi was dat zij het was gaan geloven. Van mijn vriend Freddy wist ik trouwens dat zij inderdaad menig hart gebroken had - onbegrijpelijk.

'Mag ik het Maarten zeggen van die haartaart? Prachtig!' Franks humeur was opperbest. Hij schonk zich nogeens in. Toen hij weer zei dat hij even wilde plassen maakte ik van de gelegenheid gebruik om het gesprek te beëindigen ('Er ligt nog een berg werk te wachten').

In het najaar van 1991 verscheen bij uitgeverij De Arbeiderspers de roman *Onder de Korenmaat*, door Maarten 't Hart. Hoofdpersoon is de vijfenvertigjarige componist Alexander Goudveyl, in wie de lezer zonder veel moeite 't Hart zal herkennen. Goudveyl raakt verliefd op de dertigjarige dierenarts Sylvia Hoogervorst, die zojuist een liefdesverbintenis met psychiater Verlaat achter de rug heeft. Omdat de pogingen van Goudveyl om Sylvia voor zich te winnen weinig succesvol verlopen, vraagt hij zich af of Sylvia wellicht nog te zeer gebonden is aan Verlaat, te meer daar zij zich door haar ex-vriend heeft laten vertellen dat zij aan een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis lijdt, waar Sylvia knap van onder de indruk is. (Geen licht dus, deze Sylvia.) Goudveyl vraagt zijn vriend Frank (Frank Koenegracht ~~dit~~) of deze Verlaats doopceel wil lichten.

Op pag. 195 van *Onder de korenmaat* vinden we wat Frank Goudveyl schreef:

Beste Alexander,

Die man, die man van je geliefde dat is volgens mijn collega Kees, die hem wel kent uit zogenaamde supervisie-situaties (excuus voor het woord 'situaties'), die man Telaat of Vermaat is volgens Kees een 'diepe debiel'. Ik heb lang geaarzeld voordat ik je dit durfde schrijven want 'diepe debiel' kan twee kanten uit-

werken. Of je denkt dat zij, enfin dat zij toch niet zo goed in haar partnerkeuze is, of je denkt dat jij een nog diepere debiel bent aangezien zij met hem blijkbaar toch nog iets wil. Maar het schijnt dat voornoemde krankzinnige in het bezit is geraakt van een andere vrouw, een wezen met een haartaart op haar kop. Hij krijgt dus in ieder geval wat hij verdient en jij hoeft hem dus niet te vermoorden. En bang om debiel te zijn, dat is in jouw geval echt niet nodig. Blijft over: 1) de diagnose van de man deugt niet aangezien hij zelf niet deugt. 2) Je bent je meisje kwijt. Maar dat meisje loopt nog half en half achter een dommerd aan die liever met een vrouw verkeert met haartaart, tel uit je winst en je zegeningen. 3) Een jongen die zijn meisje kwijtraakt davert niet, maar gaat ook niet dood. Jij bent een sterke man, alles aan je straalt kracht en jongensachtigheid uit en je bent door en door geestelijk gezond. Ik bedoel je bent natuurlijk wel net zo krankzinnig als ik, maar daarbinnen ben je de sterkste en gezondste, geloof mij en laat je niks wijsmaken.

Frank.

Bij de term 'diepe debiel' schoot ik in de lach. Die twee woorden beurden mij op. Maar waarom? Waarom troostte het mij om die zwarte aartsengel als 'diepe debiel' aangeduid te zien? Begrijpen deed ik het niet. Dank zij de brief van Frank leek het evenwel alsof het ergste achter de rug was. Niettemin schrok ik van de passage 'daarbinnen ben je de sterkste en gezondste'. Was dat waar? Als ik 's nachts even insliep en weer wakker werd, klopte en dreunde mijn hart met onheilspellende onregelmaat. Het was of mijn hart nieuwe, ongehoorde ritmen uitprobeerde. Soms leek het ook alsof ik geen adem meer kon halen. Dan boerde ik een paar maal achter elkaar en had weer wat lucht. 'De sterkste en gezondste'? Sinds Sylvia met meer.

'Diepe debiel' troostte niet alleen, 'diepe debiel' bracht me er ook toe Hester te bellen. Haar wilde ik de opbeurende brief van Frank voorlezen.

'Waarom hoor ik alsmaar niks van je, waarom bel je mij niet?' vroeg ik.

196

Zo verwierf ik mij een plaats in de vaderlandsche letterkunde.

De echte René Verlaet heeft geen reden mij erkelijk te zijn. Van een verbintenis met haartaart zal het niet gekomen zijn of de verbintenis heeft maar superkort geduurd. Hoe ik dit weet?

Enkele weken geleden signeerde 't Hart zijn boek in een boekwinkel in Vlaardingen. Op zeker moment stond er een



vrouw voor hem die in maar liefst vier exemplaren van *Onder de korenmaat* 't Harts handtekening wilde.  
 'Wat veel!', zei 't Hart. 'Heeft u een speciale reden om dit boek te kopen? Komt uw woonplaats erin voor?'  
 'Nee, mijn woonplaats komt er niet in voor, maar ik ben de nieuwe vriendin van de diepe debiel.'

PS. *Onder de korenmaat* is niet lovend besproken. Toch kon Carel Peeters voor één passage waardering opbrengen.  
 Dit schreef hij in VN van 26 oktober 1991:

C. Peeters VN 26/10/91

... en nevenkneuen die in **Ma**  
 't Harts werk altijd zo hardnekkig aanwe-  
 zig waren (tussen soms geïnspireerd proza)  
 worden hier geprolongerd, alsof geen red-  
 dacteur er een blik op heeft geworpen.  
 Het lezen van *Onder de korenmaat* is een  
 vervelend werkje, zo vervelend dat ik op el-  
 ke pagina hoopte dat het nog de goede kant  
 op zou gaan. Dat is een primaire reactie: ik  
 beleef totaal geen lust aan een slecht boek,  
*van wie het ook is*. Ik verlang op elke pagina  
 dat de schrijver mij verlost van mijn onlust.  
 Dat gebeurt in *Onder de korenmaat* maar  
 één keer: er staat op pagina 195 een brief,  
 geschreven door een vriend van de hoofd-  
 persoon Alexander Goudveyl (dus van de  
 schrijver) die in toon, woordkeus en in-  
 houd radicaal verschilt van het gemekker  
 dat eromheen staat.  
 Het lukte Maarten 't Hart vroeger wel eens  
 om liefdesverdwazing en mannelijk balts-  
 gedrag zo op te roepen dat de emoties over-  
 sloegen. Meestal lukte hem dat niet en  
 bleef het bij amechtige pogingen die eruit  
 bestonden dat van de hoofdpersoon voor-  
 namelijk *gezegd* wordt dat hij zóóó veel ver-  
 driet heeft, zich zóóó minderwaardig voelt  
 in vergelijking met een zóóó'n mooi meisje.  
 Zo gaat het toe in *Onder de korenmaat*,  
 waarin zich het verhaal voortsleept van  
 het fe-  
 hield,  
 aan de  
 gesprek  
 wordt a  
 'Ze lijf  
 aan de a  
 sieke m  
*der de k.*  
 wijden r.  
 ken [bek  
 therton  
 te kunne  
 groteske  
 'steeds',  
 'anderma  
 die geluid  
 horen ka  
 voorbij aa  
 dreven w  
 hield, zou  
 moeten ho  
 'verbazing  
 nog steed-  
 mompelen  
 ten, en hel  
 stuk, die of  
 of die comp  
 die in dit of

→ Dth

RfD: Antwerpen pleij u - bgeren rechts

AL: meer reflectie over wet werkhypothese is in  
brei u dossierpap  
had stant auctor

## Psychogene lichamelijke ziekte

\*\*\*\*\*

Dick N. Oudshoorn

### Inleiding

Hoe moet ik mijn subchronische stoornis noemen met als voornaamste symptomen: dwangmatige preoccupatie met bedplassen, grootheidsideeën, perfectionisme, rekenidiotie, faalangst, weezin maar toch doorgaan <dus verslavingsaspecten>, smijten met geld <boek laten drukken op eigen kosten!>, groot diner en gigantisch feest geven <is dit maniform en/of behoort dit bij de grootheidswaan?> ? Ik hoop dat de redactie van TDT, bestaande uit eminente geleerden, hier een correcte classificatie voor weet te bedenken.

Hoe het ook zij, de prognose van mijn aandoening is gunstig: door middel van een zware beproeving, een eeuwenoud overgangsritueel op 7 Januari 1992, hoop ik er van te genezen. Therapeuten in toga zijn voornemens mij dan met zweepslagen, venijnige kritiek en andere verfijnde folteringingen over de streep te trekken.

Diezelfden zullen daarna, niet gekweld door gewetenswroeging, schaamteloos uit mijn glazen nippen, van mijn dis schranzen en mijn splinter-nieuwe dansvloer slijten, en met zoete woorden en doorzichtige positieve labels proberen het met mijn gepijnigde ziel weer goed te maken.

Sommigen vragen mij hoe ik het gapende gat waar ik nu word verondersteld in te vallen, ga opvullen. Ach, dat zal wel meevallen. Een ding is alvast prettig: ik kan nu weer eens wat nieuwe onderwerpjes opzoeken. Het hierna volgende is er eentje - het zal wel niet via symptoomverschuiving <van bedplassen over op andere lichamelijke klachten> tot een recidief-stoornis leiden, maar het is in ieder geval een onderwerp

waar ik belangstelling voor heb.

Ik ga niet meteen een heel serieus stuk, met literatuurstudie enz. schrijven, te minder omdat ik nog aan het afkicken ben, maar een voorzet geven waaruit misschien nog eens een aardig doelpunt kan voortkomen.

Casuïstiek

Mathilda is 16 jaar als ze op onze jeugdpsychiatrische polikliniek wordt aangemeld. Ze lijdt aan aanvallen. Deze zijn op tienjarige leeftijd begonnen met dubbelzien en aanvalsgewijze toestanden van verlaagd bewustzijn. Uiteraard is onmiddellijk aan een neurologische oorzaak c.q. epilepsie gedacht.

Anamnese: Ze is de jongste van twee kinderen. Zwangerschap en geboorte zijn goed verlopen. Ze heeft een normale ontwikkeling als baby, peuter en kleuter doorgemaakt. In de derde klas lagere school moesten twee klassen worden samengevoegd en kreeg ze last van dubbelzien, hoofdpijn, duizeligheid, benauwdheid en tintelingen. Na plaatsing op de buitenschool verdwenen de klachten grotendeels; alleen tijdens spannende momenten keerden ze nog wel eens terug.

De diplopie was natuurlijk merkwaardig en leidde tot verder onderzoek van oogarts en neuroloog. Op het EEG werden bilateraal synchron piekgolven en -complexen geregistreerd, met een maximum links temporaal en achter temporaal. Conclusie: lichte vorm van epilepsie.

Een psycholoog vond haar niet zomaar vrolijk en levenslustig doch uitermate druk. Ze stelde zichzelf hoge eisen, was bang om fouten te maken en kreeg diffuse, bonzende hoofdpijn, niet alleen als zij op haar kop kreeg, doch ook als een jongetje in de klas een standje kreeg van een strenge jufvrouw die af en toe inviel. Aansluitend op de hoofdpijn trad ca. eenmaal per dag een aanval op.

Ze kreeg Tegretol en knapte aanvankelijk goed op. Op een buitenlandse vakantie werd er wegens een exacerbatie nog Convulex aan toegevoegd en later werd ze in Nederland ingesteld op Diphantoine + Tegretol.

Toen ze opnieuw een aanval kreeg leek deze psychogeen van origine. Ze werd voor klinische observatie in een epilepsiecentrum opgenomen; ze was toen ruim 11 jaar. Lichamelijk en laboratoriumonderzoek leverde niets bijzonders op. EEG toonde allerlei irritatieve en paroxysmale onregelmatigheden en ook een te sterke reactie op hyperventilatie. EEG na slaaponthouding toonde piekgolfparoxysmen. Continue registratie toonde niets van dien aard tijdens optredende aanvallen. Een HVS-provocatietest was negatief.

De aanvallen zagen er als volgt uit: ze voelde zich onwel worden en zakte naar rechts. Daarna lag ze gedurende ca. vijf minuten verkrampd, met uitgestrekte armen op de grond. Tonisch-clonische trekkingen traden niet op. Er was geen sprake van bewustzijnsverlies, noch van incontinentie. Vaak was er een conflict aan vooraf gegaan.

Ze werd nogmaals psychologisch onderzocht. Ze beschikte over een gemiddelde intelligentie. Er was sprake van een neurotische persoonlijkheid met sterke faalangst, motorische onrust en wisselende prestaties op de concentratieproeven.

Gedurende de opname van vijf maanden werd Mathilda allengs assertiever en beter gestemd; het aantal aanvallen nam af, waarna de medicatie werd gestaakt. Ze werd aanvalsvrij ontslagen. De conclusie luidde: psychogene aanvallen. Bij follow up na drie maanden was ze aanvalsvrij gebleven.

Een half jaar later kwamen de aanvallen terug - altijd op school. Ze wist achteraf alleen te vertellen dat ze op de achtergrond mensen hoorde praten, maar kon zelf in zo'n toestand niet praten, noch zich bewegen. In acht dagen had ze zestien aanvallen. Voorts was ze (nog) veel

onrustiger geworden, slaapwandelde ze 's nachts en had ze dikwijls hoofdpijn, m.n. voor een aanval.

Op gewone EEG's werden de afwijkingen van vroeger niet teruggevonden. Wel traden op het EEG na slaaponthouding onregelmatigheden op, veel variant-bijmenging en tijdens hyperventilatie een sterke reactie: theta- en delta-activiteit, soms scherpe activiteit, maar ook duidelijke piekgolfcomplexen, veelal diffuus en uitgesproken tijdens lichtflitsprikkeling.

Conclusie: "Primair gegeneraliseerde epilepsie is niet uitgesloten". Toen schreef men dat een duidelijke spanningscomponent in de school-c.q. thuissituatie ontbrak. Ze kreeg Depakine als anti-epilepticum voorgeschreven.

Dit had niet het beoogde resultaat zodat ze enige weken later opnieuw in het epilepsiecentrum werd opgenomen. Ze was inmiddels 12 jaar en 6 mnd oud.

Een 24-uurs EEG-registratie gaf tijdens aanvallen geen duidelijke afwijkingen te zien. Een hyperventilatiesyndroom werd mogelijk geacht, gelet op het capnogram.

Bij neuropsychologisch onderzoek scoorde ze een perfoormaal IQ van 105 en een verbaal IQ van 90 - een dysharmonisch profiel. Op grond van verdere tests werden er aanwijzingen gevonden dat de linker hemisfeer wat minder goed functioneerde dan de rechter, gezien verbale geheugenproblemen, semantische parafrasieën en inzichtelijke problemen, en dan gold het met name het achterste temporale gebied. Wederom werd de extreme faalangst en het uitgesproken neurotische persoonlijkheidsbeeld vermeld. Psychotherapeutische hulp, bij voorkeur in een klinische setting, werd aangewezen geacht. De ouders voelden hier echter niet voor zodat ze na twee maanden werd ontslagen. Conclusie: "Spanningsaanvallen bij een neurotisch faalangstig meisje, waarbij het

EEG aanwijzingen geeft voor een epileptische predispositie".

Nadien was ze anderhalf jaar aanvalsvrij terwijl ze geen anti-epileptica meer kreeg.

De aanvallen traden op veertienjarige leeftijd opnieuw op, zowel op school (LHNO) als in de kerk, in aansluiting aan het overlijden van een oom. Ze werd op een reconvalescentenschool geplaatst. Ze werd behandeld door een leraar die aan hypnotherapie doet (sic!), die Mathilde vervolgens naar onze poli verwees.

Bij psychiatrisch onderzoek werden geen tekenen van een stemmings- of angsttoornis gevonden. Ze was goed verzorgd, conform haar leeftijd ogend. Ze sprak zonder terughoudendheid over haar klachten en had er geen enkele moeite mee dat deze als psychogeen werden geduid. De auteur nam de behandeling op zich.

#### Behandeling

Ze heeft voor haar eerste afspraak zes aanvallen geregistreerd: vijf op school en een tijdens een drukke verjaardagsvisite thuis. Een aanval toont het volgende beeld: ze begint te staren, raakt niet helemaal bewusteloos, maar haar bewustzijn is dan toch heel anders, geeft ze aan, ze valt (meestal) en schopt en slaat (meestal) om zich heen. De omgeving reageert in haar eigen woorden 'heel sympathiek' en geeft haar 'veel aandacht'. Eraan voorafgaande heeft ze hoofdpijn gevoeld of slaperigheid. Ze denkt dat het op school vaker optreedt dan thuis omdat het op school drukker is. Ze heeft het er overigens erg naar haar zin - ze wil dokterassistente worden. Ze heeft voldoende leuke vriendinnen. Over jongens lacht ze bakvischtig. Ze heeft een merkwaardige psychomotoriek: onhandig, hoekig, verlegen. In haar mimische en verbale reacties heeft ze iets ongeremds: ze houdt geen distantie terwijl de meeste meisjes dat in zo'n situatie wel plegen te doen.

De behandelaar vraagt haar de aanvallen te blijven opschrijven. Vervol-

gens vraagt hij haar goed op te letten of ze een aanval voelt aankomen. Als dat zo is, mag ze proberen om de aanval voor te blijven door zich rustig te laten vallen, onder het motto: gedeeltelijke controle is beter dan geen controle. In de derde plaats wordt haar gevraagd aan haar klasgenoten uit te leggen dat ze bezig is met een zelfcontroleprogramma zodat ze haar helpen door haar haar gang te laten gaan met de aanvallen. Ze zal de opdrachten uitvoeren.

De volgende maal blijkt ze evenveel aanvallen te hebben gehad als anders, die ze geen enkele maal had voelen aankomen, zodat de tweede opdracht niet was gelukt.

Ze kijkt de therapeut vol verwachting aan. Er ontwikkelt zich een gesprek waarin het schoppen en slaan tijdens zo'n aanval wordt vergeleken met het gedrag van een heel klein meisje dat boos is en dat zo boos is omdat ze om aandacht vraagt. Af en toe duikt dat kleine meisje op hoewel Mathilde dat eigenlijk niet wil. Die zou nl., zoals ze desgevraagd aangeeft, liever aandacht krijgen door voor publiek te zingen of door in sport uit te blinken.

De oorspronkelijke opdrachten worden herhaald. Verder zal ze gaan hardlopen als ze zich gespannen voelt.

De mentor van school belt naar de behandelaar. Ze vertelt dat de aanvallen erg opvallen en dat Mathilde er inderdaad veel welwillende aandacht door krijgt. De uitleg van de behandelaar dat het meisje de aanvallen zelf moet leren beheersen, maar dat elke vorm van aandacht vanuit de omgeving juist verkeerd is (tenzij er zich een gevaarlijke situatie voordoet), spreekt de mentor aan. We spreken een beleid af van negeren en zo nodig afzonderen. Mathilde had ook een aanval gehad in de auto van de mentor, die daar erg van was geschrokken zodat er bijna een aanrijding was gevolgd. Het is jammer, concluderen we, maar zulke uitjes zitten er niet meer in totdat de aanvallen onder controle zijn.



Een maand later rapporteert Mathilde stralend slechts één aanval op school, met schoppen en slaan, waarop nauwelijks door de klas was gereageerd. Ze is er zelf trots op. Ze heeft ook van de mentor gehoord wat is afgesproken en daar is ze het helemaal mee eens, want het is precies wat de dokter haar zelf de vorige maal heeft verteld. Ze wil liever geen aandacht meer voor de aanvallen, maar op andere momenten natuurlijk wèl. Ze vertelt trots dat ze na het vorige gesprek meer is gaan sporten en dat dit haar goed bevalt. Ze ervaart het als een soort uitlaatklep.

De behandeling wordt nog voortgezet.

Marijn is zeventien jaar als hij door de consultant psychiatrie van de afdeling gastro-enterologie van een academisch ziekenhuis naar de auteur wordt verwezen. Hij was daar op dertienjarige leeftijd voor het eerst gezien vanwege aanvalsgewijze buikpijnlachten die aan een spastisch colon deden denken en die met Buscopan te couperen waren. Op vijftienjarige leeftijd veranderde het klachtenpatroon acuut in bovenbuikspijn, die een normale schoolgang verhinderde. Hij werd er een maand klinisch voor geobserveerd. Bij grondig onderzoek waren alle bevindingen normaal maar leek de staart van de alvleesklier wat aan de forse kant. Dit leidde tot de diagnose 'pancreatitis' en tot pancreasstaatresectie! De diagnose kon door de patholoog-anatoom niet worden bevestigd, maar toch was de jongen nadien klachtenvrij en kon hij weer naar school.

Een half jaar na de operatie kwamen de klachten dermate hevig terug dat hij sindsdien volledig het bed moest houden en zelfs liggend moest eten. Hij werd opnieuw in het academisch ziekenhuis gescreend, door gastro-enteroloog, anaesthesist en psychiater. Er werd een epidurale proefblokkade uitgevoerd, waarop de klachten voor een paar uur

verdwenen. De betekenis hiervan was niet duidelijk, maar een definitieve behandeling zat er niet in. De jongen kreeg een transcutane neurostimulator (TNS) mee naar huis die geen effect had en kwam daarmee weer voor 23 uur per etmaal in bed terecht.

De psychiater had een klachtenanamnese afgenomen. De jongen gaf aan dat de pijn van de ene dag op de andere was begonnen en dat er geen aanleiding voor was. Hij wéét zelfs niet wat nervositeit is want hij staat 'nuchter in het leven'. Af en toe, als schoolbezoek mogelijk was, werd hij door moeder met de auto gebracht en gehaald. Op school was hij doodmoe en had hij moeite zijn aandacht erbij te houden. Hij bleef zitten en werd in de zomer van dat jaar geopereerd. Na de operatie wist hij van zijn moeder een bromfiets los te krijgen omdat hij echt niet zelf kon fietsen. Maar toen werden de klachten toch weer zo hevig dat hij 23 uur op bed lag. Moeder gaf haar werk buitenshuis op om hem te verzorgen, hij at op bed en maakte liggend zijn huiswerk, waarvoor zijn leraren naar zijn ziekbed toekwamen. Zo ging hij, door iedereen bewonderd, over van Havo4 naar Havo5!

Hij vertelde de psychiater het liefst een definitieve pijnblokkade van de anaesthesist te krijgen. Hij maakte zich geen zorgen over wat de oorzaak van de klachten kon zijn. Als hij zijn klachten kwijt is wil hij naar het VWO om daarna gevechtsvlieger te worden.

De biografische anamnese vermeldde dat hij de enige zoon van zijn moeder is, die, toen hij drie jaar oud was, van haar man afging. Van zijn vader wist hij alleen dat hij veel dronk. Na zijn zevende heeft hij hem nooit meer gezien en had hij ook geen behoefte aan contact gehad. Moeder was inmiddels hertrouwd met een man die twee meisjes inbracht, beiden ouder dan Marijn. Stiefvader heeft een drukke baan in het bedrijfsleven.

Marijn heeft veel vrienden. Hij beschreef zichzelf als een jongen die zich nooit druk maakte, vooral niet te hard werkte op school en geen angst of spanning kende. Hij rijdt paard en als hobby doet hij aan modelbouw van vliegtuigen.

Moeder beschreef hem als een probleemloze jongen die altijd graag naar school ging en veel met zijn vrienden ravotte zodat hij onder de builen en schrammen thuis kwam. Moeder maakte zich daar zorgen over en nog meer over Marijn's voorliefde voor gevaarlijke sporten en hobbies. Hij wilde nu gaan parachutespringen. Zulke plannen leidden tot heftige discussie waarbij Marijn zich uiteindelijk bij het standpunt van moeder placht neer te leggen.

Ze plaatste geen vraagtekens bij haar zoon's ziektegedrag en vond dat hij zich erg flink hield. Ze had hem nooit over meisjes gehoord en had hem daarom vorig jaar naar dansles gestuurd; met tegenzin was hij gegaan. Helaas had hij de danslessen wegens de buikpijn niet kunnen volgen.

Bij psychiatrisch onderzoek werd een bleke, baardeloze knaap gezien die zich terughoudend opstelde en op effen toon, zeer gedecideerd en zonder emoties uitvoerig zijn klachten vertelde. Zijn gedrag was erg dwingend, zijn stemming neutraal en zijn affect uiterst beheerst.

De diagnostische overwegingen behelsden het volgende: een jongen met bovenbuikklachten en extreem ziektegedrag, die met zijn moeder verwickeld was in een stille strijd om de autonomie, onder vermindering van openlijke ruzies. Volgens de DSM-III-R werd hij ingedeeld als 307.80: somatoforme pijnstoornis (cave nagebootste stoornis).

Men koos voor een ritueel adviesgesprek in aanwezigheid van alle betrokken specialisten en legde daarin uit dat er noch een somatische noch een psychische oorzaak was gevonden. Een oorzakelijke behandeling was daarom onmogelijk, maar een cognitieve, gedragstherapeuti-

sche behandeling van de gevolgen van de pijn, gecombineerd met hypnotische technieken gericht op de pijn zelf, vanwege de immobiliteit van de patiënt in de kliniek van de auteur, werd aangeraden. Ouders en Marijn stemden toe in een intakegesprek in Dordrecht.

De intake in Dordrecht. Aanwezigen: Marijn, met slepende gang en vol uitdrukking van pijn binnengekomen gaat half liggend op een stoel zitten; hij toont onmiddellijk de TNS die al twee weken in bedrijf is maar nog steeds weinig of geen effect heeft. Pal naast hem zit een angstige moeder en op enige afstand een wat kritisch kijkende (stief)vader. Marijn komt inderdaad over als een rationele, emotioneel onderkoelde jongeman, maar als de auteur hem het behandelplan voorschotelt (met o.m. snelle mobilisatie) schieten de jongen de tranen in de ogen. Moeder voelt ongeveer eenmaal per minuut aan zijn voorhoofd of hij koorts krijgt.

De auteur geeft eerst weer wat hij uit de brieven heeft opgemaakt en laat alle vragen die naar een psychiatrisch onderzoek tenderen achterwege. Hij vervolgt in plaats daarvan met een uitvoerig exposé over pijnpoorten die als een lichtdimmer meer of minder van de pijn doorlaten. In principe kan iemand m.b.v. o.a. hypnose leren om die pijnpoorten te bedienen.

Hij stelt de vraag aan de orde: "Wie is er nu eigenlijk de baas, de pijn of jij?". De jongen wil graag het laatste.

De auteur voorspelt een paar moeilijke weken maar daarna is vooruitgang mogelijk. Het behandelplan omvat twee doelen: a) mobilisatie en b) pijncontrôle. De opnameduur zal ca. zes weken zijn, zodat de jongeman aansluitend, na de zomervakantie, weer naar zijn eigen school kan. "Maar geen nood, anders sturen we je vanuit de kliniek naar de school die naast ons centrum staat" zegt de therapeut bemoedigend, waarop de jongen kordaat reageert met te stellen dat hij zal zorgen dat

hij voor die tijd weer met ontslag kan! De therapeut zegt een zwaar behandelprogramma toe, want anders zou het te lang gaan duren. De jongen en de ouders stemmen dankbaar in.

Behandelverloop: Hij pakt het inderdaad voortvarend aan. Met stijgende verbazing zien we hoe hij (nadat hij toch driekwart jaar alles in horizontale houding heeft gedaan) binnen één dag zittend aan tafel op zijn eigen kamer kan eten en al na drie dagen in de huiskamer met de anderen eet en volledig is gemobiliseerd. Zijn pijnklachten, die hij in cijfers heeft leren noteren, zijn niet toegenomen. Vanaf de tweede week neemt hij deel aan het (redelijk pittige) sportprogramma, waarbij we hem geregeld moeten afremmen! Hij is overmoedig en gaat ver over zijn grenzen heen. Hij heeft kenmerken van een anorexia nervosa-patiënt, maar heeft wel een vrij normaal eetpatroon en heeft een laag-normaal lichaamsgewicht.

Marijn is laaiend enthousiast. Hij wordt spontaner en toegankelijker, maar ontpopt zich ook als een arrogante jongen. Hoewel hij zich niet als psychiatrisch patiënt beschouwt, kan hij goed overweg met de meeste andere opgenomen pubers en adolescenten.

Hij belt zijn moeder verscheidene malen per dag, maar bovendien komen de ouders elke avond op bezoek (van ver weg). Hij oogst zodoende veel bewondering voor zijn doorzettingsvermogen en voor de goede vooruitgang. We hebben besloten voorlopig niets over de hoge frequentie van zijn contacten met moeder te zeggen.

Wat de hypnose betreft: op de SHCS-Children scoort hij 5 (hypnotisch dromen lukt niet en de posthypnotische suggestie mislukt), wat een behoorlijke score is waarover hij zelf zeer tevreden is. Zowel met de oogrol volgens Spiegel als met gewone oogfixatie bereikt hij een bruikbare trance waarin hij de pijnpoorten visualiseert en wat verder

sluit, met de suggestie van de therapeut dat het effect dikwijls niet onmiddellijk optreedt, maar pas na enige tijd, als de aandacht inmiddels al weer op andere dingen gericht wordt.

Het cognitieve schema wordt nog verfraaid, waarbij (bewuste en onbewuste) stress als trigger wordt ingevoerd, en waarbij ook componenten als (nor)adrenaline en corticosteroiden worden geïntroduceerd. Wat de pijnpoorten betreft, legt de auteur uit: "De ruggemergspoort kan meer of minder signalen tegenhouden, de thalamuspoort kan de aard en scherpte van het pijngevoel verzachten en de hersenschors kan begrijpen dat de pijn een loos signaal is, wel vervelend, maar niet een teken dat er iets ernstigs aan de hand is, dus ook geen reden om je erdoor van de wijs te laten brengen."

Na enkele weken geeft hij aan nog ca. éénmaal per week een pijnaanval te hebben, lang niet zo hevig als vroeger, en hij gaat gewoon door met datgene, waarmee hij bezig is. Hij is dik tevreden en gaat op de afgesproken datum opgewekt met ontslag.

Poliklinische nabehandeling: Hij komt na een week op zijn eerste afspraak. Hij is inmiddels weer naar school geweest. Bij voorover zitten heeft hij klachten. We oefenen de gecamoufleerde oogrol, zodat hij in de klas niet opvalt, die hij moet doen zodra hij pijn voelt opkomen. We oefenen in drie standaardhoudingen: lui achterover, in een middenstand en voorovergebogen boven zijn werkblad. In elke houding moet hij zich goed concentreren op zijn zwaartepunt (Aikido).

Drie weken later is hij blakend actief en opgewekt. Hij gaat naar school, werkt vijftien uur per week in een supermarkt, doet diverse sporten waaronder paardrijden en roeien en is clublid van een modelvliegtuigbouwvereniging geworden. De klachten zijn goed te verdragen als ze, nog steeds éénmaal per week, opkomen. Hij noemt dat 'daldagen'. Hij wil zich alles wat hij nu weer kan, niet laten afpakken. Hij

had een paar maanden eerder niet geloofd dat 'het lichaam zo'n goede contrôle kan leren uitoefenen' (zulke fraaie zinswendingen zijn karakteristiek voor hem).

Weer drie weken later ziet hij er uit als een goudhaantje - goede conditie, zelfverzekerd, opgewekt - en rapporteert hij dat alles nog steeds 'grandioos' gaat, maar dat hij wel last van maagzuur krijgt, een klacht die hij voor de opname ook had, maar waar nooit een punt van werd gemaakt. Bij een contrôlebezoek aan de internist van het academisch ziekenhuis is dit -uiteraard- weer een reden voor maagonderzoek met als voorspelbare uitslag dat hij (weer) maagtabletten krijgt voorgeschreven. Daarmee zijn die klachten over. Wat de buikklachten betreft waarvoor hij bij de auteur onder behandeling is, daarvoor doet hij met succes de zelfhypnoseoefening.

Hij heeft weer een nieuwe sport gevonden: Amerikaans paardrijden, als een cowboy, zeer roekeloos in wilde galop het paard plotseling afremmen zodat het paard tien meter doorglijdt, onder applaus van het publiek.

Wat zijn school betreft: al zit hij in de eindexamenklas, hij doet er vrijwel niets voor omdat hij geen haast heeft. Hij wil nu eerst léven! Dit levert conflicten op met zijn moeder, maar dat deert hem niet. Hij heeft het prima naar zijn zin en wil verkeersvlieger worden. Hij weet al precies hoe die opleiding in elkaar zit en hoe (ongelooflijk veel) die kost.

### Discussie

De gevallen zijn uitvoerig beschreven zodat de lezer zijn eigen conclusies kan trekken en niet alleen op des auteurs conclusies hoeft af te gaan.

Wat is gemeenschappelijk aan deze twee patiënten? Ze hebben beiden

een lichamelijk klachtenpatroon waarvoor de diagnose veranderlijk/on-zeker is.

Bij Mathilda zijn beurtelings drie opties aan de orde geweest:

- psychogene aanvallen
- (lichte vorm van) epilepsie
- psychogene aanvallen bij een neurotisch faalangstig meisje met een epileptische predispositie.

M.i. behoeft aan het bestaan van de epileptische component (op basis van organiciteit in de linker hemisfeer) niet te worden getwijfeld; het is hooguit de vraag in hoeverre deze factor verantwoordelijk is voor de aanvallen c.q. voor sommige aanvallen. Het is helemaal niet zeldzaam dat een patiënt met epilepsie tussendoor ook psychogene aanvallen krijgt. De conclusie 'psychogene aanval' c.q. 'pseudo-epilepsie' moet trouwens met enige voorzichtigheid worden gehanteerd en mag niet uitsluitend worden gebaseerd op het ontbreken van epileptische tekenen op het EEG. Met het gebruikelijke EEG wordt alleen de activiteit van de buitenste paar millimeters hersenschors geregistreerd. Wie weet wat zich soms alleen maar in de diepte afspeelt? Het lijkt me niet onwaarschijnlijk dat sommige zg. psychogene aanvallen bij een epileptische patiënt in feite een soort atypische of abortieve epileptische aanvallen zijn. Alleen met een strikte definitie van een epileptische aanval:

a) typisch aanvalspatroon plus b) typische EEG-afwijkingen, sluit je aanvallen zoals Mathilda ze krijgt, uit. Enfin, een en ander zorgt gewoonlijk voor de nodige verwarring en onzekerheid wat betreft het behandelbeleid. Zo ook bij Mathilda. Het is aannemelijk dat dit niet bevorderlijk is voor het onder contrôle krijgen van aanvallen.

Bij Marijn is er ook sprake van een diagnostische puzzle. De klachten en diagnoses variëren in de loop der jaren:

- 'spastisch colon' (Buscopan hielp)



- maagzuurklachten met regurgitatie waardoor oesophagitis (maagtabletten helpen)
- episodische pijklachten in de buik, ooit ten onrechte als pancreatitis gediagnostiseerd en geopereerd, nu mogelijk op basis van postoperatieve stricturen? (sterke toename van de pijn bij zitten of staan)
- somatoforme stoornis; nagebootste stoornis
- neurotische (overcompenserende) jongen in heimelijke oppositie tegen moeder met wie hij een symbiotische band heeft.

Wat de therapie betreft zijn er ook opvallende overeenkomsten:

- De therapeut heeft een prettige werkrelatie met deze twee patiënten opgebouwd; ze komen graag met hem praten, er wordt ook gelachen en ze krijgen complimentjes voor dingen die goed gaan.
- De therapeut neemt de klachten serieus, trekt ze niet in twijfel en praat niet over 'achterliggende' neurotische conflictstof e.d. maar zegt: "Aanvallen zijn vervelend omdat je er (nog) geen controle over hebt" en: "Pijn is vervelend en belemmert je in een normale en plezierige ontplooiing".
- Hij stelt de vraag: "Wie is er nou eigenlijk de baas, jij of de klachten? Dit is naar zijn ervaring bij allerlei vormen van symptomatisch gedrag een goed bruikbare ingang; de behandeling wordt een uitdaging in plaats van een krenking.
- Hij gebruikt een logisch klinkende rationale voor de behandeling, te weten: "Het is de bedoeling dat jij de aanvallen zelf onder controle krijgt" en "Het gaat er om dat je de pijnpoorten leert bedienen".
- De therapeut neemt ziekte winstfactoren, c.q. sociale bekrachtiging af.

- **De therapeut maximaliseert 'gezondheidswinst'.**

Over de prognose valt nog niet veel te zeggen. Zowel Mathilda als Marijn hebben in hun anamnese reeds hun klachtenvrije episodes na een of andere behandeling gehad en zijn daarna toch teruggevallen. Hoe zal het deze keer gaan?

## Valt er nog eer te behalen aan de algemene therapiefactoren?

**Richard van Dyck**

### **Inleiding voor TDT**

Hieronder de tekst van mijn voordracht bij het tweede lustrum van Dth. De reden om dit als bijdrage voor TDT in te sturen is dat ik het verhaal van Quesalid wel aardig vind en ik niet van plan ben de voordracht elders te plaatsen. Men kan het Quesalid verhaal overigens ook nalezen in de derde editie van "Persuasion and Healing" p.95 e.v. Deze bijdrage sluit af met een paragraaf over opleiding en algemene factoren, die ik in de voordracht vanwege de tijd heb weggelaten. Wie haast heeft kan zich tot deze slotparagraaf beperken, want de rest is al bekend.

### **Quesalid en psychotherapie**

In zijn boek "antropologie structurele" haalt Levi- Strauss de autobiografie aan van een Kwakiutl Indiaan die in het begin van deze eeuw leefde in de omgeving van Vancouver in Canada. Deze man met de naam Quesalid was iemand die geen geloof hechtte aan de waarde van de praktijken van de genezers of shamanen die in zijn streek werkzaam waren. Uit nieuwsgierigheid en in de hoop de bedrieglijke aard van hun activiteiten te kunnen aantonen zocht hij contact met hen. Op een bepaald moment kreeg hij het aanbod van een van de shamanen om in opleiding te komen; een gelegenheid waar hij graag op in ging. Op die manier leerde hij een groot aantal truuks, vingervlugheden en diverse vaardigheden, zoals de kunst om flauw te vallen, het simuleren van zenuwtoevallen, de techniek om braken op te

wekken, evenals degelijke kennis over bevallingen en auscultatie, maar ook de praktijk van het laten afluisteren van cliënten, zodat op opportune momenten de aldus verzamelde kennis kon worden uitgespeeld. Het grote kunststuk van de kwakiutl shamanen van de noordwestelijke kuststreek was echter het extraheren van "de ziekte" uit het lichaam van de patiënt. Dit gebeurde op de volgende manier: de shamaan verborg een bolletje dons in zijn mond en zorgde er voor dat er wat bloed op kwam door op zijn tong te bijten of zijn tandvlees te beschadigen. Op het kritieke moment produceerde de shamaan dit bebloede stukje dons aan de patiënt met de mededeling dat dit de ziekte was die door zuigen of andere manipulaties uit het lichaam van het slachtoffer was verwijderd.

Terwijl hij nog in opleiding was tot geregistreerd shamaan, werd zijn hulp ingeroepen door een familie van wie de zieke over Quesalid had gedroomd als zijn toekomstige genezer. Hij besloot in te gaan op deze hulpvraag en bereikte ondanks zijn scepticisme een uitstekend therapieresultaat. Al doende kreeg hij de reputatie van een voortreffelijk shamaan. Zelf verklaarde hij zijn successen in psychologische termen en schreef ze toe aan het feit dat zijn patiënten met veel overtuiging geloofden in het effect van zijn interventies.

Een interessante complicatie deed zich voor toen hij in contact kwam met de Koskimo indianen. De shamanen van deze stam pasten niet de techniek toe van de "bloedige worm", dat is het stukje bebloede dons dat op het kritieke moment werd geproduceerd, maar zij hanteerden een minder materialistisch ziekteparadigma en spuugden slechts op hun hand als methode om de ziekte te verwijderen. Hun theoretisch model stelde dat ziekte niet een materieel, maar een spiritueel fenomeen is. Quesalid daagde de shamanen van deze school uit om

hopeloze gevallen te genezen en behaalde successen met zijn methode van de zichtbare extractie waar de concurrerende school had gefaald. Bij tal van mislukte behandelingen bracht de techniek van de bloedige worm alsnog redding. Er deed zich een interessante ontwikkeling voor in het denken van Quesalid over de shamanistische praktijk. Enerzijds hield hij vast aan zijn oorspronkelijke mening, namelijk dat deze genezende activiteiten gebaseerd waren op misleiding en bedrog. Hij voltooide trouwens nooit zijn opleiding en kwam ondanks zijn voortreffelijke reputatie niet verder dan het aspirant lidmaatschap van de Kwakiutl Vereniging van Shamanistische Therapie, als er tenminste zo'n vereniging heeft bestaan. Ook weigerde hij vergoeding voor zijn diensten, een principe dat onze kostenbewuste Nederlandse overheid zeker niet zou willen tegenwerken. Maar anderzijds werd hij een fel voorstander van de techniek van de bloedige worm en bepleitte de superioriteit van deze materialistische of moeten we zeggen "biologische" methode boven de zuiver spirituele of "psychotherapeutische" aanpak. Quesalid had dus al begrepen dat niet alle vormen van placebotherapie even effectief en even geloofwaardig zijn.

In deze bijdrage wil ik op de volgende punten ingaan:

- in hoeverre heeft de psychotherapeut van vandaag nog te maken met dilemma's als die van Quesalid, namelijk werken met modellen die waarschijnlijk onjuist zijn maar toch tot effectieve interventies leiden?
- hoe verhouden zich volgens de tegenwoordige inzichten de algemene en de specifieke therapiefactoren?
- hoe is het gesteld met de algemene therapiefactoren in de opleiding?

### **modellen en effecten**

De eerste vraag, of de psychotherapeut te maken heeft met dilemma's als die van Quesalid is simpel te beantwoorden. Er wordt niet zo heel veel onderzoek gedaan dat opheldering kan verschaffen over de juistheid van de modellen die in psychotherapie worden gehanteerd. Het is als regel ook moeilijk onderzoek. Als dat wel gebeurt zijn de uitkomsten meestal niet zo theorievriendelijk. Bijvoorbeeld gaat het naar de laatste inzichten heel slecht met het model van het hyperventilatiesyndroom, wellicht blaast het HVS binnenkort zijn laatste adem uit. Of, om in de metafoor van Marcel van den Hout te spreken, het hyperventilatiemodel staat op het punt om op het verjaardagspartijtje als bezopen, of op zijn minst zwaar aangeschoten theorie afgevoerd te worden. Toch is de therapie die op dit concept is gebaseerd wel effectief. Zo zijn er meerdere voorbeelden.

Het meest uitvoerige onderzoek is uitgevoerd naar de drie elementen die essentieel geacht worden bij de systematische desensitizatie, namelijk relaxatie, het afwerken van een angsthiërarchie en de imaginatie van de angstverwekkende stimuli. Het is gebleken dat geen van deze drie elementen essentieel is voor de werkzaamheid van de procedure en dat de theorie van de reciproke inhibitie, op basis waarvan de procedure werd ontwikkeld, niet de werkzaamheid kan verklaren. Zo zijn er tal van bevindingen die men op grond van de van de therapiescholen niet zou verwachten (vgl Van Dyck & Emmelkamp, 1985; Van Dyck 1985). Enkele voorbeelden: Depressieve patienten die met antidepressiva werden behandeld gaan in cognitief opzicht even goed vooruit als patienten die met cognitieve therapie werden behandeld. Patienten die met groepstherapie of individuele therapie werden behandeld vertoonden in de relatie met hun partner evenveel verbetering als patienten die in relatietherapie waren. Misschien is deze tegenvallende werkelijkheid een van de redenen waarom

psychotherapeuten zich in scholen of verenigingen (blijven) organiseren; aan de interactie met gelijkgezinden kan ondanks de onwillige empirische bevindingen toch nog een zeker gevoel van zekerheid ontleend worden. Psychotherapie als toegepaste sociale wetenschap of als afgeleide van psychopathologische kennis blijft dus nog achter bij de rethorische aspecten. Het antwoord op de eerste vraag luidt dus dat het dilemma van Quesalid ook nog het onze is, en ik denk dat het verstandig is er op te rekenen dat dit nog lang het geval zal zijn. Er is een onmiskenbare vooruitgang in de ontwikkeling van effectieve procedures voor uiteenlopende klachten, maar vaststellen waar die effectiviteit op is gebaseerd blijkt niet eenvoudig. Ik zie overigens geen reden om daar complexen over te ontwikkelen. De situatie in de biologische psychiatrie, en in het grootste deel van de geneeskunde is niet anders. Ook daar hebben we vaak te maken met empirisch tot stand gekomen interventies, terwijl nog lang niet duidelijk is wat het onderliggende mechanisme van de pathologie is en waar de therapie eigenlijk aangrijpt.

Bij patiënten wordt het als regel als positief gezien dat er een bepaalde "therapietrouw" tot stand komt. Ik zou daarentegen willen waarschuwen voor een eigenschap bij de therapeut die te omschrijven is als "theorietrouw". Mijn aanbeveling zou zijn: theorieën zijn als sokken: ze zijn nuttig, maar ze mogen niet te lang gedragen worden en ze moeten op tijd gewassen worden. Ik heb ook nog een aardig citaat waarvan ik de auteur momenteel niet kan traceren: "just as our preference for certain foods does not derive from its nutritient value, so our preference for certain ideas usually does not come from their scientific content." Als laatste rethorisch middel heb ik nog de volgende dia.

---

dia 1

---

Deze toont de bekende proefopstellingen van Harlow met de zachte en de harde kunstmoeder. Ik nodig u uit om er als volgt naar te kijken: het zielig kijkende aapje is de jonge psychotherapeut die naar houvast zoekt. Hij of zij- dat maakt het plaatje niet duidelijk- heeft een grote voorkeur voor de zachte kunstmoeder hoewel daar absoluut niets uit komt. De zachte kunstmoeder stelt de grote theorieën over de mens en zijn ziekten voor, zoals de psychodynamische theorie; heel boeiend, maar niet te bewijzen. Slechts bij grote honger waagt het aapje zich bij de strenge ijzeren moeder. Die produceert wel melk, maar ze is niet gezellig. Dat is de wetenschap. Gelukkig voor het vak hebben de wat oudere apen niet meer zo veel behoefte aan een knuffelmoeder.

### **huidige stand**

Het tweede thema was de vraag hoe zich volgens tegenwoordige inzichten de algemene en specifieke therapiefactoren verhouden. Hierover valt wel iets nieuws te vertellen. In de jaren 70 voerden Luborsky et al hun vergelijkende overzichten uit waarbij zij concludeerden dat "all have won and all must have prizes." Er was geen verschil tussen verschillende therapiescholen en therapiemodaliteiten. De gemeenschappelijke of algemene therapiefactoren waren kennelijk de belangrijkste werkzame elementen en alle behandelingen hebben daar een even groot aandeel in. In 1980 publiceerden Smith, Glass & Miller een groot overzicht, gebaseerd op 475 studies. Zij gebruikten daarbij de techniek van meta-analyse en kwamen uit op een gemiddelde effect size van 0.85 standaard deviatie, wat betekent dat 80% van de behandelde patiënten er beter aan toe zijn dan de gemiddelde onbehandelde patiënt. Smith en



zijn collegas vonden wel verschillen tussen verschillende soorten therapie, maar zij schreven dit toe aan eigenschappen van de meetinstrumenten en concludeerden toch een globale gelijkwaardigheid van diverse behandelmethodes.

Lambert, een andere vooraanstaande reviewer komt in 1986 op grond van diverse overzichtsstudies tot de volgende globale schattingen van de relatieve bijdrage van diverse bestanddelen van psychotherapie aan het eindresultaat:

- 1) ongeveer 40% van de verbetering zou kunnen worden toegeschreven aan spontaan herstel. Dit is niet meer dan een dan een grove indicatie, omdat dit percentage een gemiddelde vormt van de herstelratio van een breed gamma van stoornissen, waarvan sommige voorbijgaand zijn en andere bijzonder hardnekkig; 2) specifieke therapeutische technieken lijken voor circa 15% van het eindresultaat verantwoordelijk gesteld te kunnen worden. Voor zover er verschillen gevonden worden tussen technieken die uit afzonderlijke scholen afkomstig zijn, zijn die verschillen doorgaans in het voordeel van gedragstherapeutische en cognitieve interventies; 3) een bijdrage van eveneens 15 % van de vooruitgang zou te danken zijn aan zogenaamde placebo-elementen zoals positieve verwachting en geloofwaardigheid van de behandeling; 4) de overige 30% van de vooruitgang hangt samen met andere gemeenschappelijke factoren.

De therapeutische relatie lijkt van die gemeenschappelijke factoren de belangrijkste te zijn. Uit tal van studies blijkt dat een globale positieve beoordeling van de therapeutische relatie, volgens het oordeel van de patiënt, van de therapeut of van een observator, consistent samenhangt met een goed therapieresultaat (Orlinsky & Howard, 1986).

Specifieke aspecten van de therapeutische relatie die een goed

therapieresultaat voorspellen, zijn de rogeriaanse elementen warmte, empathie en congruentie van de therapeut. De hoogste correlaties vinden we echter voor steun door de therapeut en involvement van de patiënt. Overeenkomsten tussen therapeut en patiënt, onder andere met betrekking tot attitudes, sociale achtergrond en waardensystemen blijken ook met een goed therapieresultaat samen te hangen (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). Hoewel de empirische gegevens over het belang van de therapeutische relatie tot nog toe voornamelijk afkomstig zijn uit onderzoek bij inzichtgevende en experiëntiële psychotherapie, lijkt het grond van het beperkt aantal studies die beschikbaar zijn, ook aannemelijk dat voor gedragstherapeutische technieken de therapeutische relatie eveneens van groot belang is. Het onderzoek naar de therapeutische relatie is overigens niet eenvoudig. Doorgaans stelt men zich tevreden met het verzamelen van oordelen van patiënten over therapeuten en vice versa. Dit zijn wederzijdse beoordelingen, wat toch iets anders is dan de relatie. Als men metingen over de relatie wil verrichten heeft men een observator nodig, die de interactie tussen patiënt en therapeut beoordeelt. Een dergelijke observatormethode is in ontwikkeling, maar bij mijn weten nog niet operationeel.

Keren we terug naar het soort overzichten als dat van Lambert. Het is wel aardig om te vertellen, en er is ongetwijfeld flink gerekend voor deze getallen eruit kwamen. Dat neemt niet weg dat de vraag legitiem is hoe zinvol deze globale schattingen nog zijn. Ik geloof dat de tijd gekomen is om er mee op te houden. Eigenlijk is het net zoiets als uitrekenen hoeveel er alles bij elkaar, van kleuterschool tot universiteit gemiddeld geleerd wordt. Ook hiervoor zou men de ene of andere Quotiënt kennen bedenken, maar veel zegt dat niet. Er zijn inmiddels voldoende studies beschikbaar waarbij volgens goed

omschreven draaiboeken een tamelijk homogene patiëntengroep is behandeld. Hier komen resultaten uit die de effect size van 0.85 duidelijk ontlopen.

Bijvoorbeeld zijn bij de angststoornissen voor cognitieve en gedragstherapeutische interventies effecten gevonden die placebo en medicatie overtreffen en die bij follow-up stabiel blijven. Als men op het niveau van omschreven stoornissen en omschreven technieken gaat kijken, is het niet meer in alle gevallen juist om te zeggen dat algemene therapiefactoren voor het leeuwedeel van het behandelresultaat verantwoordelijk gesteld kunnen worden. Om terug te keren naar Quesalid: er zijn voor diverse aandoeningen bloedige wormen ontwikkeld. Flinkke wormen, zelfs. Ik denk verder dat het in deze fase van de ontwikkeling een wijze stap zou zijn om voorlopig het adagium "welke therapie voor welke patiënt" op te schorten en te veranderen in "welke techniek voor welke stoornis". Hiermee neem ik afstand van een uitgangspunt van iemand als Erickson. Ik geloof niet dat we al in staat zijn om patiënten op een individueel niveau goed te behandelen. We kunnen ze wel op individueel niveau adequaat bejegenen, maar dat is wat anders. Wat nu beschikbaar komt is een reeks procedures die voor bepaalde klachten werkzaam zijn.

### **opleidingen**

Het rationeel en gericht benutten van algemene therapiefactoren is iets dat in opleidingen nauwelijks plaats vindt. Dat dit nog niet geval is, heeft wellicht te maken met een zekere afkeer bij behandelaars en opleiders tegen de gedachte dat vooral de voor alle therapiescholen gemeenschappelijke elementen in belangrijke mate tot de werkzaamheid zouden bijdragen. Zo schrijven Bloemasma & Van den

Hoofdakker (1990, p241-242):

" we zijn zo langzamerhand flauw van het begrip "non-specifieke factoren" en helemaal van het begrip 'placebo-factoren'. De negatieve werking hiervan is dat het in de psychotherapie zou gaan om grootste-gemene-deler-vaardigheden, die als je goed doorredeneert, eventueel op een toneelschool geleerd zouden kunnen worden en vervolgens als techniek toegepast."

De vergissing die hier gemaakt wordt is dat therapiescholen met vaardigheden worden verward. Voor de stelling dat door verschillende therapiescholen vergelijkbare effecten worden bereikt, is een zekere empirische steun. Maar er is ook empirische steun voor de stelling dat verschillen tussen behandelaars in vaardigheid en zorgvuldigheid, bijvoorbeeld bij de toelichting van de rationale van een psychotherapie, doorwerken in het therapieresultaat. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat de vaardigheden die vereist zijn om algemene therapie-effecten te benutten vanzelf komen, en alleen de vaardigheden die met een bepaalde therapieschool samenhangen getraind moeten worden. Goed doorredenerend lijkt een toneelschool voor beide soorten vaardigheden even geschikt of ongeschikt.

Dok Roelens (1989, p 134) ziet een verarming als algemene therapiefactoren meer aandacht krijgen:

"Sommige auteurs (zoals Van Dyck, 1985 en Garfield, 1980) lijken te hopen de psychotherapie verder te kunnen ontwikkelen door richtinggebonden kennis af te wijzen ten voordele van het primaatschap van de niet-specifieke factoren. Dit zou natuurlijk leiden tot veronachtzaming van al dat eigene in de psychotherapierichtingen dat tot op heden niet in de mazen van

de bestaande onderzoeksnetten gevangen kon worden. Men maakt daarenboven een denkfout als men de door Frank geëxpliciteerde gemeenschappelijke factoren benadert als het noodzakelijke en voldoende referentiekader om de verscheidenheid van de verschillende psychotherapeutische richtingen te begrijpen."

Ook hier lijkt sprake van een misverstand. Het is natuurlijk onverstandig en ongewenst om betrouwbare kennis af te wijzen. Maar als bij toetsing van vermeende kennis geen steun wordt gevonden, is dit niet vanzelfsprekend te wijten aan de grofmazigheid van de onderzoeksmethoden. Men is op zijn minst gerechtigd om dan te twijfelen aan de juistheid van de betreffende stellingen; ook is de vraag aan de orde of principes, waarvan de effecten dermate subtiel zijn dat zij empirisch totnogtoe niet kunnen worden aangetoond, een vooraanstaande plaats in het therapeutische arsenaal verdienen. Deze redenering lijkt mij voor alle therapiescholen even geldig. Het is overigens een interpretatiefout dat Frank of andere geïnteresseerden in algemene therapiefactoren de stelling verkondigen dat deze factoren het noodzakelijke en voldoende referentiekader zijn om psychotherapie op te baseren, laat staan om de verscheidenheid van de historisch gegroeide richtingen te begrijpen. Het begrijpen van de verscheidenheid van richtingen lijkt vooral een sociaal psychologische opgave. Welke specifieke interventies een waarde hebben die de algemene therapiefactoren overtreft, moet vooral volgen uit proces- en effectonderzoek en ontwikkelingen in de kennis over psychopathologie. Het algemene therapiefactorenmodel vormt juist een zeer geschikte basis voor dergelijke specifieke uitbreidingen waarvan de waarde empirisch is vastgesteld.

ZELFCONTROLE-PROCEDURES BIJ DE AMBULANTE BEHANDELING VAN  
AGRESSIEF GEDRAG

P. Meulenbeek

C.A.L. Hoogduin

C. Schaap

Drs. P. Meulenbeek is als psycholoog verbonden aan het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs te Den Haag en studeerde psychologie aan de K.U. Nijmegen.

Prof. Dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer van de K.U. Nijmegen.

Dr. C. Schaap is als universitair hoofddocent verbonden aan dezelfde vakgroep.

36

**Zelfcontrole-procedures bij de ambulante behandeling van  
agressief gedrag**

Summary

The application of self-control procedures in the treatment of aggression is studied. The literature on behavioural therapy in relation to aggressive behaviour and the outline of a strategy for out-patient treatment are given. Finally three case studies are presented.

## Zelfcontrole-procedures bij de ambulante behandeling van agressief gedrag

### Inleiding

Omgaan met de eigen agressie en die van anderen is een vaardigheid die voor ieder mens van belang is. Het is immers niet alleen de politieagent of de portier die een reële kans loopt met agressief gedrag geconfronteerd te worden.

De uitingsvormen van agressie zijn in belangrijke mate cultuurbepaald. Ook de toelaatbaarheid van agressief gedrag wordt min of meer door de cultuur bepaald. Algemeen gesproken wordt agressief gedrag vooral als een juridisch en minder als een medisch psychologisch probleem gezien. Justitie zal bij agressieve delicten niet snel de opvatting volgen dat de betrokkene een moeilijke jeugd met weinig liefde heeft doorgemaakt en psychotherapie adviseren in plaats van strafoplegging. Daarnaast is het zo dat agressieve mensen hun gedrag meestal niet als ziekelijk beleven. Pas wanneer agressieve uitingen leiden tot ernstige gevolgen voor de omgeving en de betrokkene er spijt van heeft of sterk onder druk wordt gezet, wordt soms behandeling gezocht.

Agressieve ontladingen kunnen omschreven worden als perioden van toegeven aan agressieve impulsen resulterend in geweld en destructief gedrag waarbij vaak beledigingen, letsel van anderen en vernielingen plaatsvinden. Deze ontladingen treden vooral op bij mensen die problemen hebben hun impulsen te beheersen. In D.S.M.-III-R (APA, 1987) wordt onder de rubriek 'stoornissen in de impulscontrole, niet anders geclassificeerd' een meer toegespitste vorm van agressieve ontladingen besproken: de intermitterende explosieve stoornis. Diagnostische kenmerken van deze stoornis zijn:

A. Meer dan één duidelijk begrensde periode van verlies van



controle over agressieve impulsen met ernstige agressiviteit jegens personen of vernieling van eigendommen;

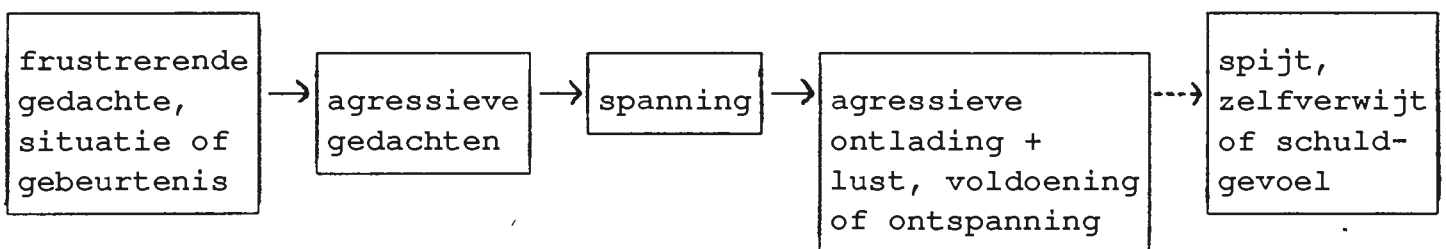
B. Het gedrag staat niet in een begrijpelijke en invoelbare relatie tot psychosociale stress;

C. Tussen de perioden zijn geen tekenen van algemene impulsiviteit of agressiviteit;

D. De stoornis is niet het gevolg van schizofrenie, antisociale persoonlijkheidsstoornis of gedragsstoornis.

Deze agressieve uitingen komen waarschijnlijk zelden voor. Er zijn echter mensen die agressief gedrag vertonen na relatief geringe frustratie en er daarna spijt van hebben. Deze mensen nu melden zich soms aan voor behandeling, vaak tesamen met hun partner die nogal eens het slachtoffer werd van de agressieve ontladingen. Vaak speelt alcoholmisbruik hierbij een rol (Walker & Brodsky, 1979).

Bij patiënten met agressieve ontladingen ziet de sequentie van dit gedrag er uit zoals in figuur 1 is weergegeven.



Figuur 1: Sequentie bij patiënten met agressieve ontladingen.

Bij de behandeling van dergelijk probleemgedrag is het verkrijgen van (zelf)controle over deze agressieve uitingen het eerste behandeldoel. Het begrip zelfcontrole kan als volgt omschreven worden (Thoresen & Coates, 1976): "Iemand vertoont zelfcontrole als hij in relatieve afwezigheid van externe dwang een gedrag demonstreert waarvan van te voren de kans, dat hij dat bepaalde gedrag zou kiezen, kleiner was dan dat van ander beschikbaar gedrag".

### Directieve gedragstherapie, zelfcontrole-procedures

Voor de behandeling van agressie zijn in de loop der jaren diverse gedragstherapeutische technieken toegepast. Voorbeelden daarvan zijn systematische desensitisatie (Rimm et al., 1971; O'Donnell & Worell, 1973); training in sociale vaardigheden (Ollendick & Hersen, 1979; Matson & Stephens, 1978; Frederiksen et al., 1976); overcorrectie (Sumner et al., 1974; Foxx & Bechtel, 1982); modeling (Goodwin & Mahoney, 1975) en cognitieve herstructurering (Smith, 1973). Recent ziet men meer de toepassing van multidimensionele, cognitieve gedragstherapie (Thoresen & Coates, 1976; Bornstein et al., 1981). Zelfcontroleprocedures zijn strategieën die bij uitstek gebruik maken van combinaties van cognitief-gedragstherapeutische technieken.

Meichenbaum (1975) ontwikkelde een zelfcontrole-procedure die hij "stress-inoculation" training noemde. Novaco (1977) paste deze techniek voor het eerst toe bij de behandeling van boosheid. De behandeling bestaat uit stappen die leiden tot het effectiever omgaan met frustraties die tot boosheid kunnen leiden. Feindler et al. (1984) beschrijven drie studies waaruit de effectiviteit blijkt van deze training bij de behandeling van boosheid en agressie.

Zelfcontrole-procedures zijn vooral goed bruikbaar bij klachten waarover in principe willekeurige beheersing mogelijk is, zoals bij agressie (Hoogduin, 1980). De patiënt kan leren (weer) macht te krijgen over zijn agressieve impulsen. De therapeut en de patiënt maken daartoe eerst een gedragsanalyse volgens de sequentie in figuur 1. De patiënt observeert en registreert zijn agressieve gedrag en voert daarna een door beiden opgesteld programma uit, waarmee de patiënt zelf de gewenste gedragsveranderingen bewerkstelligt.

Het programma is opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen

worden voordat de agressieve ontlading plaatsvindt (stimuluscontrole en responsinterventie), en maatregelen die genomen kunnen worden wanneer de ontlading al heeft plaatsgevonden (responsconsequenties).

Zelfcontrole-procedures vragen veel inspanning van de patiënt; goed motiveren van de patiënt is belangrijk voor het welslagen van de behandeling (Hoogduin et al., 1989). Het motiveren van de patiënt kan onder andere gebeuren door:

- de patiënt te wijzen op de negatieve consequenties van zijn gedrag voor hemzelf en anderen;
- de patiënt ervan te overtuigen dat hij door de behandeling kan leren controle te krijgen over zijn agressieve impulsen;
- met de patiënt de voordelen te bespreken van het gewijzigde gedragspatroon.

Er moet naar gestreefd worden dat de partner of andere relevante personen betrokken zijn bij de behandeling. De kans op succes neemt hierdoor toe (Meichenbaum & Jaremko, 1983). De zelfcontrole-procedure die in deze studie is toegepast bij de ambulante behandeling van agressie verloopt als volgt: na de intake op de eerste zitting wordt op de tweede zitting met de patiënt een gedragsanalyse gemaakt. Aan de hand van deze gedragsanalyse wordt een behandelplan opgesteld en uitgevoerd.

Taxatie

Na de kennismaking verzamelt de therapeut op de eerste zitting informatie over het probleemgedrag. De patiënt wordt op de hoogte gebracht van de behandelwijze. De therapeut beoordeelt de toepasbaarheid van de zelfcontrole-procedure bij deze patiënt en zijn specifieke probleem. Gezamenlijk stellen de therapeut en de patiënt de behandeldoelen vast.

Gedragsanalyse

De patiënt wordt gevraagd iedere agressieve ontlading, samen met de lichamelijke gewaarwordingen, emoties en gedachten ervoor, tijdens en erna te noteren. Ook wordt de patiënt gevraagd de omgevingsfactoren voor, tijdens en na de agressieve

41

ontlading op te schrijven. Vervolgens worden de factoren die leiden tot agressief gedrag samen met de patiënt in kaart gebracht. Op basis hiervan wordt er een op de patiënt toegesneden zelfcontrole-procedure opgesteld.

#### Maken van een behandelplan

Het behandelplan, dat samen met de patiënt gemaakt is, bestaat uit een aantal fasen. De eerste maatregelen zijn vooral gericht op stimuluscontrole: de omgeving van de cliënt wordt zodanig ingericht dat de kans op agressieve ontladingen kleiner wordt. De patiënt maar ook de partner of andere relevante personen kunnen hierbij van betekenis zijn. Men kan hierbij denken aan maatregelen als: ruzies uit de weg gaan of, als alcohol een rol speelt, de alcoholconsumptie verminderen. Vervolgens wordt een programma opgesteld om de opeenvolgende gebeurtenissen (gedachten, gedragingen), die aan de ontladingen voorafgaan, te onderbreken (stimulus-responsinterventie). De hier toegepaste zelfcontrole-procedure bestaat uit de volgende onderdelen:

-- (Zelf)registratie: Om te zorgen voor een goede registratie krijgt de patiënt een registratieformulier, waarop hij elke dag zowel het succesvol toepassen van de techniek, alsook de agressieve ontladingen gemakkelijk kan noteren. De partner kan bij de registratie ingeschakeld worden.

-- Incompatible respons als stimulus-responsinterventie: Zodra de patiënt agressieve gedachten en/of een spanningsgevoel ervaart, die in het verleden vooraf gingen aan een agressieve ontlading, verlaat de patiënt de situatie en zoekt afleiding.

-- Cognitieve herstructurering: Door het verschaffen van een andere visie op de situatie kan bewerkstelligd worden dat de patiënt soms een andere reactie gaat vertonen (Smith, 1973; Novaco, 1977).

-- Ontspanningsoefeningen: De patiënt wordt geleerd zich te ontspannen. Deze ontspanning kan ook als stimulus-responsinterventie worden toegepast.

-- Responsconsequenties: Agressieve ontladingen die optreden worden gevolgd door zelfbestraffing, bijvoorbeeld excuus aanbieden, ontstane rommel opruimen, vergoeden van vernielde zaken, kado's kopen voor de slachtoffers.

-- Vaardigheidstraining: Een recente situatie die heeft geleid tot een agressieve ontlading wordt zo goed mogelijk nagespeeld. Het ontstaan, het verloop en de consequenties worden uitvoerig met de patiënt besproken. Daarna worden alternatieve (sociaal acceptabele) reacties met de patiënt doorgenomen, waarna de situatie wordt overgespeeld en de patiënt zich gedraagt op de afgesproken alternatieve manier. Over het verschil in verloop en consequenties wordt nagepraat.

-- Preventie van recidieve: In een rollenspel worden tevens situaties gespeeld waarin de patiënt vaak veel moeite heeft zijn agressie te controleren ('high-risk'-situaties), zodat de patiënt zich hierin kan trainen. De kans op nieuwe agressieve ontladingen wordt hierdoor kleiner.

Uitvoeren van het behandelplan

Op elke bijeenkomst doet de patiënt verslag van zijn vorderingen. De therapeut bespreekt en beoordeelt de vorderingen en brengt, waar nodig, veranderingen in het programma aan. Daar waar een juiste toepassing van de techniek mislukt, zal met de patiënt geoefend dienen te worden.

Evaluatie

Na vijf zittingen vindt samen met de patiënt een evaluatie plaats van het effect van de behandeling om vast te stellen of er vordering is gemaakt en er worden dan vijf nieuwe zittingen gepland. Wanneer op de tiende zitting blijkt dat er geen verbetering van de klachten is, zal de therapie bij deze patiënt als niet effectief worden beschouwd. Het is niet aannemelijk dat met een langdurende behandeling alsnog succes geboekt kan worden.

Metingen

Het effect van de behandeling wordt vastgesteld met behulp van

43

zelfregistratie en de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV). De zelfregistratie bestaat uit het dagelijks invullen van een formulier waarop de patiënt het aantal malen noteert dat hij boos, woedend of agressief is. Hij noteert daarbij het tijdstip, de duur, de oorzaak, de oplossing, de schade/gevolgen en eventueel alcoholmisbruik. Deze gegevens worden omgezet in een grafiek, die op elke zitting (éénmaal per week) wordt bijgewerkt. De ZAV (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982) voor het meten van boosheid en woede als toestand en als dispositie wordt op de 1ste, 5de, 10de en de follow-up-zitting (drie maanden na de behandeling) afgenomen.

### Drie voorbeelden

Bij een RIAGG werden in april 1988 drie patiënten aangemeld met agressieve ontladingen. Zij werden door de eerste auteur onder supervisie van de tweede auteur volgens het hierboven beschreven model behandeld.

1

De heer Smits, 39 jaar oud, is vaak erg gespannen en snel geïrriteerd. Hij kan zich soms zo kwaad maken dat hij de controle over zijn agressie verliest. Dit gebeurt gemiddeld twee keer per week. Patiënt zit sinds 3,5 jaar in de WAO. Zijn vrouw werkt 4 dagen per week, hij doet dan het huishouden. Hun relatie noemen ze goed. Sinds de WAO is patiënt in toenemende mate geïrriteerd en agressief. Een blaffende hond op de camping of het doen van de huishouding zonder een prijzend woord van zijn vrouw, kan hem zo kwaad maken dat hij zijn beheersing verliest en begint te schelden. Soms voelt hij daarbij de neiging tot slaan opkomen. Daarna heeft hij vaak spijt van wat hij gezegd of gedaan heeft. Excuses aanbieden vindt hij heel moeilijk; soms duurt het dagen voordat hij daarvoor de moed kan opbrengen. Patiënt heeft geen hoge dunk van zichzelf. Hij

voelt zich een mislukkeling.

Als stimulus-responsinterventie wordt gekozen voor motorische activiteiten, zoals het 1 à 2 uur fietsen, wandelen, modelbouwen of ontspanningsoefeningen. Tijdens de zittingen worden de frustraties steeds geanalyseerd en wordt er getracht zijn kijk op de situatie en zijn gedrag te veranderen door rollenspel en humor. Tevens wordt er aandacht geschonken aan 'high-risk'-situaties. Omdat de patiënt, voordat er een agressieve ontlading optreedt, erg gespannen wordt, is besloten dit als signaal te gaan hanteren om de situatie te verlaten. Vindt er toch een agressieve ontlading plaats, dan zijn de volgende responsconsequenties opgenomen: excuus aanbieden, een uur lang extra huishoudelijk werk en vervelende klusjes doen.

Op de vijfde zitting blijkt patiënt geen enkele keer kwaad of woedend te zijn geweest. De boosheidsdispositie op de ZAV (norm 17) blijkt gedaald te zijn van 38 naar 23 (de toestandsboosheid (norm 12) is steeds laag geweest, respectievelijk 10 en 10). In overleg met hem wordt daarom besloten de behandeling na vijf zittingen af te sluiten. Tijdens de evaluatie vertelt de patiënt veel te hebben gehad aan de zelfcontroleprocedure. Hij is zich ervan bewust geworden, hoe de agressieve ontladingen ontstaan. Ook de interventies vindt hij heel nuttig en hoewel hij geen enkele keer meer agressief is geworden, past hij de ontspanningsoefeningen en de motorische activiteiten een paar keer per week toe als hij zich wat gespannen voelt. Bij follow-up gaat het hem nog steeds goed. De scores op de ZAV zijn gelijk aan die van de vijfde zitting.

2

De heer Hermens, 30 jaar oud, meldt zich aan met het probleem dat hij vaak gespannen is en last heeft van agressief gedrag. Sinds kort zit hij in de ziektewet in verband met gewrichtsklachten, spanningen en prikkelbaarheid. Hij werkt in een

fabriek, maar heeft een hekel aan het werk tussen vier muren. Tijdens een woedebui vernielt hij allerlei huisraad en bonkt hij met zijn hoofd tegen de muur. Bij aanmelding komt een dergelijke aanval gemiddeld zeven keer per week voor. Hij is bang dat hij zijn vrouw en zijn kind zal gaan slaan. De aanvallen ontstaan meestal na het drinken van alcohol.

Na analyse van het probleem worden de volgende interventies afgesproken: als hij zich zorgen maakt of gespannen is, zal hij motorische activiteiten gaan uitvoeren, zoals sporten en wandelen, of ontspanningsoefeningen doen. Op de zittingen worden zijn teleurstellingen geanalyseerd. Met rollenspel en relativerende opmerkingen wordt getracht zijn kijk op de situaties en zijn gedrag te veranderen en tevens wordt zijn alcoholgebruik beïnvloed. Het blijkt dat wanneer de handen van de patiënt gaan trillen dit een teken is dat het uit de hand gaat lopen. Op dat moment zal hij onmiddellijk de situatie verlaten. Als er toch agressief gedrag plaatsvindt, zijn daar de volgende consequenties aan verbonden: excuses aanbieden, schade vergoeden, 1 à 2 uur nuttige activiteiten in de huishouding doen.

Na het begin van de behandeling komen de agressieve ontladingen niet meer voor. Bij de follow-up-zitting blijken de scores op de ZAV, in vergelijking met de eerste zitting, voor de toestandsboosheid gelijk (10, hetgeen laag is) en voor boosheidsdispositie gedaald te zijn (eerste zitting 25, follow-up-zitting 20). Patiënt rapporteert dat hij minder snel kwaad wordt. Hij heeft ook zijn alcoholgebruik van 80 naar 15 eenheden per week verminderd.

3

De heer Jonker, 35 jaar oud, meldt zich aan met de klacht dat hij de laatste maanden snel geïrriteerd en agressief is. Een verkeerd woord of irritatie over iemands gedrag kan leiden tot het slaan of in elkaar slaan van de desbetreffende persoon.



Ook komt het vaak voor dat hij huisraad vernielt en verbaal agressief is. Drie jaar geleden is patiënt gescheiden van zijn vrouw die hem heeft bedrogen. Hierop volgde een periode, waarin niets hem meer kon schelen. Dit gevoel speelt hem nu nog af en toe parten. Voor zijn werk draait patiënt veel nachtdiensten waardoor zijn sociale leven spaak loopt. Wanneer zijn nieuwe vriendin de relatie verbreekt, stort de patiënt in.

Als stimulus-responsinterventie worden ontspanningsoefeningen en motorische activiteiten (een uur wielrennen, wandelen of zwemmen) gekozen. Bij de analyse van zijn frustraties wordt geprobeerd zijn kijk op de situatie en zijn gedrag met rollenspel en relativerende opmerkingen te veranderen. Wanneer patiënt begint te rillen, een teken dat er een agressieve ontlading op komst is, zal hij de situatie verlaten. De responsconsequenties na agressieve ontlading zijn: schade vergoeden, excuses aanbieden, een uur huishoudelijk werk doen (onder andere ramen wassen).

Voor de behandeling komt het agressieve gedrag gemiddeld vier keer per week voor; op de 10de zitting is dit gedaald tot gemiddeld tweemaal per week. Uit de scores op de ZAV blijkt patiënt op de 10de zitting lager te scoren op de vragenlijst voor zowel toestandsboosheid als boosheidsdispositie (respectievelijk 1ste zitting 20, 10de zitting 14; 1ste zitting 26, 10de zitting 15). Op de afspraak voor een follow-up-gesprek komt de heer Jonker niet opdagen. Bij navraag blijkt dat hij voor behandeling is opgenomen op een P.A.A.Z.. Voor de opname heeft hij veel gedronken. Tijdens de behandeling is het tweemaal voorgekomen dat patiënt niet verscheen op een afspraak en dan wekenlang niets van zich liet horen. Hij bleek dan door problemen met zijn vriendin (met wie de relatie inmiddels was hersteld) kwaad te zijn op alles en iedereen en het niet meer te zien zitten. Hij trok zich dan terug en dronk daarbij zeer veel. Na een week stopte hij met drinken en het duurde weken

47

voordat hij weer de oude was. Ondanks dat hier in de behandeling aandacht aan is geschonken, bleek dat niet afdoende om de terugval te voorkomen.

### Discussie

De drie patiënten scoren bij aanmelding hoog wat betreft boosheidsdispositie op de ZAV. Dat houdt in dat het om patiënten gaat, die veel situaties als frustrerend ondergaan, waarbij ze zich kwaad en geërgerd voelen.

Uit de evaluaties van de behandeling door de patiënten blijkt dat zij vooral de actiegerichtheid, de overzichtelijkheid, de systematische aanpak en de samenwerking als positief beoordeelden. Een probleem was soms de motivatie. Dit blijkt dan vooral uit het niet, of slecht invullen van de registratieformulieren. Meestal volstond het de patiënt nog eens extra aan te sporen.

De behandelresultaten zijn bemoedigend. Bij twee patiënten kwamen er sinds het begin van de behandeling geen agressieve ontladingen meer voor en bij de derde patiënt beperkten de agressieve ontladingen zich tot verbale agressie. De analyses, het schema, de interventies en de aandacht die er besteed werd aan 'high-risk'-situaties werden door de patiënten als zeer leerzaam en nuttig beschouwd. Ze pasten wat ze geleerd en geoefend hadden regelmatig toe en beoordeelden de effecten daarvan als zeer gunstig: ze voelden zich rustiger en werden minder snel boos dan voorheen. Aangezien het hier slechts drie patiënten betrof, zijn de resultaten van beperkte waarde. Nader onderzoek naar de effectiviteit van zelfcontroleprocedures bij de behandeling van agressie is daarom zeer gewenst.

Bij twee van de drie patiënten speelde alcoholgebruik een rol bij het agressieve gedrag. Steeds dient men bij agressief gedrag er op verdacht te zijn dat er mogelijk sprake is van

alcoholgebruik (zie McGrath, 1980; Walker & Brodsky, 1979). Naast de directe aanpak van de agressie zal behandeling van dit alcoholgebruik moeten plaatsvinden.

Agressieve mensen stellen de ambulante geestelijke gezondheidszorg vaak voor grote problemen. Een belangrijke oorzaak is dat de patiënt vaak geen belangstelling voor behandeling heeft. Een andere oorzaak is een gebrek aan effectieve behandelmethoden voor een ambulante behandeling van agressieve mensen die wel behandeling willen. De hier beschreven behandelmethodes kan een bijdrage leveren om sommige patiënten met agressief gedrag te helpen meer controle over dit gedrag te verkrijgen.

Literatuur

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th. ed.). Washington, D.C.: A.P.A., 1987.

Bornstein, P.H., Hamilton, S.B. & McFall, M.E. Modification of adult aggression: A critical review of theory, research and practice. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol.12). New York: Academic Press, 1981.

Feindler, E.L., Marriott, S.A. & Iwata, M. Group anger control training for junior high school delinquents. Cognitive Therapy and Research, 1984, 8(3), pp. 299-311.

Foxx, R.M. & Bechtel, D.R. Overcorrection. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 13). New York: Academic Press, 1982.

Frederiksen, L.W., Jenkins, J.O., Foy, D.W. & Eisler, R.M. Social-skills training to modify abusive verbal outbursts in adults. Journal of Applied Behavior Analysis, 1976, 9(2), 117-125.

Goodwin, S.E. & Mahoney, M.J. Modification of aggression through modeling: An experimental probe. J. Behav. Ther. & Exp. Pschiat., 1975, 6, pp. 200-202.

Hoogduin, K. Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In K. van der Velden (red.), Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.

Hoogduin, K., Schaap, C., Keijsers, G. & Kersten, T.  
Motiveringstechnieken als processen van sociale  
beïnvloeding. In A.P. Buunk & A. Vrugt (red.), Sociaal-  
psychologische bijdragen aan de klinische psychologie.  
Nijmegen: Dekker v.d. Vegt, 1989.

Matson, J.L. & Stephens, R.M. Increasing appropriate behavior  
of explosive chronic psychiatric patients with a social-  
skill training package. Behavior Modification, january  
1978, 2(1).

McGrath, C. The crisis of domestic order. Socialist Review,  
january/february 1979, pp. 11-30.

Meichenbaum, D.A. Self-instructional approach to stress  
management: A proposal for stress inoculation training. In  
C.D. Spielburger & I.G. Sarason (Eds.), Stress and anxiety  
(Vol. 2). New York: Wiley, 1975.

Meichenbaum, D. & Jaremko, M.E. Stress reduction and  
prevention. New York: Plenum Press, 1983.

Novaco, R.W. Self-control treatment of aggression in a  
16-year-old male. Journal of Consulting and Clinical  
Psychology, 1977, 45(2), 322-331.

O'Donnell, C.R. & Worell, L. Motor and cognitive relaxation in  
the desensitisation of anger. Behav. Res. & Therapy, 1979,  
17, pp. 547-554.

Ollendick, T.H. & Hersen, M. Social skills training for  
juvenile delinquents. Behav. Res. & Therapy, 1979, 17,  
pp. 547-554.

Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D.  
Handleiding bij de zelf-analyse vragenlijst Z.A.V. Lisse:  
Swets & Zeitlinger, 1982.

Rimm, D.C., deGroot, J.C., Boord, P., Heiman, J. & Dillow,  
P.V. Systematic desensitisation of an anger response.  
Behav. Res. & Therapie, 1971, 9, pp. 273-280.

Smith, R.E. The use of humor in the counterconditioning of  
anger responses: A case study. Behavior therapy, 1973, 4,  
576-580.

Sumner, J.H., Mueser, S.T., Hsu, L. & Morales, R.G.  
Overcorrection treatment for radical reduction of  
aggressive-disruptive behavior in institutionalized mental  
patients. Psychological Reports, 1974, 35, 655-662.

Thoresen, C.E. & Coates, T.J. Behavioral self-control: Some  
clinical concerns. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller  
(Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 2). New  
York: Academic Press, 1976.

Walker, M.J. & Brodsky, S.L. (Eds.). Sexual Assault.  
Lexington, MA: D.C. Heath, 1979.

