



**DAS IST  
GROSSARTIG!**

**Doppelherz Ginseng  
Kapseln N.** Die spezielle Formel gegen den täglichen Stress. Zur Steigerung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit.

Die Kraft der zwei Herzen.

Ginseng-Kapseln N Compositum zur Regenerierung, /  
den Körper, Geist und Nerven. Quelsser Pharma,



30 MAART 94

# Tijdschrift voor directieve therapie

Jaargang 19, nummer 1

Redactie: als vanouds.

Redactieraad: geen.

Bestuur: geen.

Grafische vormgeving: geen.

De Hoofdredacteur, Ten Geleide 1

Alfred Lange, Een behandeling van chronische angst om te plassen 4

Kees Hoogduin, Willem Hoogduin en Kees van der Velden, Held of slachtoffer: over het nut van heretiketteren 15

Dick Oudshoorn, Geloof en ongeloof onder de psychiaters e.d. 20

Dick Oudshoorn, Een raadsel 26

Alfred Lange, Seksueel misbruik 31

Alfred Lange, Over beslissen en heretiketteren, afl. 3 34

Leen Joele, De opname in het APZ, ofwel: Niemand bemint het onvermijdelijke 35

Kees Hoogduin, Hulp bij zelfdoding 42

Richard van Dyck, Dissociatieve stoornissen als diagnostische categorie 47

Alfred Lange, Opdrachten die zelfcontrole bevorderen 66

Kees Hoogduin, Wonden, trauma's en context 74

Kees van der Velden, Het gedoe rond de dissociatieve stoornissen (1) 78

Kees van der Velden, De specifieke persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV 81

Ten geleide

Voor een maatschappelijk werker, een niet-arts dus, hebben wij het ver, heel ver, misschien tè ver gebracht. Misschien is dit er de oorzaak van dat het op ons werk niet goed gaat. Dit lot treft ook andere niet-artsen die het te ver hebben gebracht... Wij denken aan Else de Haan. Vermoedelijk - ik spreek uitdrukkelijk over een *vermoeden* - zijn wij ons iets *gaan verbeelden*, bijvoorbeeld dat onze waarnemingen ook betekenis zouden kunnen hebben wanneer zij niet door een medisch doctorandus-arts bevestigd zijn. Hoe wij zover hebben kunnen komen?

Wij weten het niet. Misschien zijn wij over het paard getild. Het kan zijn dat een dokter, uit de gulheid zijns harten, even heeft gedacht: "Laat hij/zij deze typhusklus maar voor mij opknappen", om er later achter te komen dat hij/zij meende er trots op te mogen zijn de typhusklus inderdaad geklaard te hebben. Zouden sociaal-werksters en psychologen en verpleegkundigen er dan nooit achter komen dat hetgeen zij aan ervaring en kennis hebben opgedaan nimmer verzilverd mag worden?

Wanneer *wij* bijvoorbeeld vaststellen dat onze - nou ja, 'onze', de patiënt blijft natuurlijk eigendom van de arts -, dat onze bejaarde patiënt delirant is, mogelijk ten gevolge van een overenthousiast gebruik van tricyclische antidepressiva, dan is het aan de *arts* om vast te stellen wat de patiënt *werkelijk* mankeert, en wanneer de arts na een korte maar vastberaden blik vaststelt dat hier geen sprake is van een delier maar van een "psychosociale crisis", welnu, dan *was* er geen delier en *wel* een "psychosociale crisis". De patiënt over wie ik het heb overlijdt enkele dagen later op de afdeling Neurologie van een als goed bekend staand ziekenhuis in Den Haag. De familie wenst geen obductie. De patiënt blijkt dus overleden aan de gevolgen van een "psychosociale crisis" (door de artsen in dit ziekenhuis welwillend "progressieve dementie" genoemd). De Riagg-dokter die de diagnose "psychosociale crisis" stelde kan het maar moeilijk bevatten: Hoe kan zich nu een organisch psychosyndroom voordoen *buiten* kantooruren? En: Hoe kan men van hem verlangen dat hij voor een bed zorgt wanneer zijn weekend aanvangt? Dit zijn raadsels.

Zo zien we, lezer, dat de arts die aan 'hulpdeskundigen' zekere verantwoordelijkheden delegeert, niet altijd op erkentelijkheid kan ~~re~~ rekenen. Het is, menen wij, mede onze taak, aan deze misstand een eind te maken. Gelukkig zijn collegae reeds doende de conclusies van de commissie-Biesheuvel aan te vechten (die Biesheuvel is n.b. geneeens arts!).

Terug tot de werkelijkheid van alledag.

Felix Olthuis is hèt voorbeeld van een niet-arts die ook arts zou hebben kunnen zijn. Knapp. In plaats van naar de kapper of toupetmaker te gaan beklom hij vorige week het podium van het Pedologisch Instituut in Amsterdam en hield een voordracht over, ja... waarover eigenlijk?

't Kwam erop neer dat zijn patiënte "honderden" alters had en "bijna" genezen was, en dat

antidepressiva niet hielpen bij MPS, en dat een jongen met schizofrenie enorm gebaat bleek bij een "dagprogramma". "Maar wat hield dat dagprogramma dan in?", vroeg de hooggeleerde Van Praag. "Van alles", luidde het antwoord. En toen Van Praag meer wilde weten werd hem te kennen gegeven dat hij nu voldoende aan het woord geweest was. En of Van Praag nu plus minus duizendmaal meer wist van dit onderwerp, het deerde onze Felix niet.

Lezer, hartelijk welkom bij dit mooie nummer van ons tijdschrift. U was laat, maar wij zijn het ook: u zult amper de gelegenheid hebben de bijdragen door te lezen. Aan wie dit ligt? Aan ons. Redenen? Moe, almaar bellende patiënten, Dth, slaap - en natuurlijk de wens het u te zeer naar de zin te maken. Wij moeten immers altijd leuk zijn van onszelf?

Het is inmiddels enkele jaren geleden dat ons Tijdschrift verscheen. Wij hebben geprobeerd zo goed mogelijk te rekenen, maar volgens ons is dit het eerste nummer van de negentiende jaargang.

Wij openen met een bijdrage van en over een wijze, lieve man die veertig jaar nergens anders dan op zijn eigen toilet durfde te plassen. (Vraag u bij het lezen alstublieft af of dit stuk ook geschikt is voor Dth. Wij hebben hier wel een oordeel over maar mogen u niet beïnvloeden.)

Aansluitend volgt een artikel over heretiketteren. Het is hier niet de therapeut die de klacht van de patiënt heretiketteert; veeleer wordt de patiënt gevraagd zichzelf van een bepaald etiket te voorzien. De therapeut geeft alleen aan uit welke etiketten de patiënt kan kiezen.

Dick Oudshoorn blikt terug op zijn leven en presenteert ons een raadsel. Dit raadsel moeten wij kunnen oplossen.

Fred kopieerde uit Newsweek een artikel over door psychotherapie geïnduceerde herinneringen aan (vermeend) seksueel misbruik. Ons is een vrouw bekend van wie vaststaat dat zij in ieder geval door haar vader seksueel misbruikt is. Dit weerhoudt haar er niet van op zekere momenten Jan en alleman ervan te beschuldigen haar misbruikt te hebben. Wat hiertegen helpt? Toediening van een neurolepticum, maar deze vrouw houdt niet van haar neurolepticum. (Henrie Henselmans: "Ze zou gewoon een jaartje Fluanxol moeten gebruiken." Ik ben het <sup>met</sup> met hem eens; zij niet.)

Interessante follow-up-gegevens worden geboden in *Over beslissen en heretiketteren* van Freddy Lange. Leen Joele is weer helemaal zichzelf in *De opname in het APZ*. Ik herinner me van vroeger dat je predikant kon worden zonder een theologiestudie gevolgd te hebben. Hierbij was in het geding: artikel 8. (Van welke hoofdtekst dit artikel deel uitmaakte weet ik niet.) Personen met "singuliere gaven" konden op grond van dit artikel zomaar dominee worden. Dit lijkt me iets voor Leen, een naambord met: "*L.J. Joele, zenuwarts-predikant*". Wacht maar, 't komt heus wel. Hij hoeft dan ook niet meer te promoveren. Joele eindigt gewoontegetrouw met een gedicht.

Kal verhaaste ooit de terugkeer van een mevrouw naar haar Schepper. Merk hoe ons rechtsgevoel bij de afhandeling van deze zaak wordt gekrenkt.

Richard van Dyck schreef een stuk dat in Dth had moeten staan. Een eerdere versie verscheen in het blaadje van de Vereniging voor hypnotherapie. Wij hebben hem voorgesteld er een beetje aan te knoeien, opdat het alsnog in Dth geplaatst zou kunnen worden, maar we beseffen wel dat we er weinig aan hebben toe te voegen.

Fred stuurde al maanden geleden een hoofdstuk voor zijn nieuwe boek in. Dit boek komt dezer dagen uit. U komt toch wel naar de presentatie bij boekhandel Scheltema en Holkema? Wij zijn er wel. Wij willen plezier met u maken.

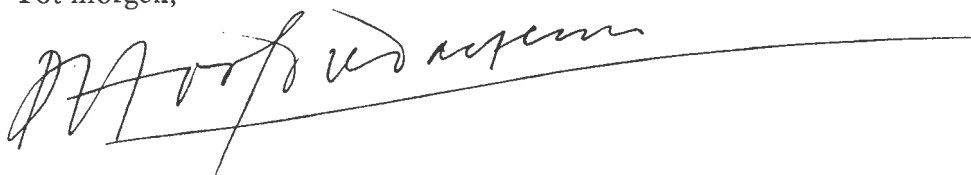
Weet u dat Kal weer leeft? Al te vroeg overwogen wij dat hij wellicht zijn frisheid had verloren - waarvoor excuses, trouwens. *Wonden, trauma's en context* is een stuk van de Kal van vijftien jaar geleden.

De twee laatste bijdragen zijn van de hand van Kees van der Velden. 't Is duidelijk dat hij iets wil met de dissociatieve stoornissen, maar welke kant het opgaat weten we nog niet. Hij wil er op wijzen dat 'vreselijke traumatische ervaringen' niet alleen mededogen maar ook jaloezie oproepen, en de drang nòg vreselijker ervaringen op te dissen. Dit moet nog even rijpen. Excuus.

Het laatste artikel is de bijdrage van dezelfde auteur aan het hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen voor het Handboek Psychopathologie (eerste auteur: W. van den Brink). U kunt dit eigenlijk wel overslaan. 't Ging er Van der Velden alleen om u te laten weten dat hij nog meedoet.

Wij groeten u hartelijk.

Tot morgen,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'De Hoofdredacteur', written over a horizontal line.

De Hoofdredacteur

## Een behandeling van chronische angst om te plassen

Alfred Lange

### Inleiding

De angst om niet te kunnen plassen komt, vergeleken met de meeste andere angststoornissen, weinig voor. Ascher (1979) noemt een klein aantal publikaties waarin de klacht wordt beschreven. In het algemeen gaat het om mannen die bang zijn dat het niet zal lukken een plas te produceren, en vervolgens vermijden om buiten hun eigen woning naar het toilet te gaan. Hun actieradius wordt hierdoor danig beperkt. In de door Ascher genoemde publikaties komt een scala van interventies aan bod, zoals klassieke conditionering (Cooper, 1965), assertieve training (Barnard, Flesher en Steinbook, 1966), systematische desensitizatie (Anderson, 1977; Elliot, 1967) en 'prolonged exposure' (Lamontagne & Marks, 1973).

Volgens Ascher zijn de conventionele behandelingsmethoden vaak niet afdoende, op grond waarvan hij aanbeveelt, zo nodig, paradoxale intentie te gebruiken (Frankl, 1960). In de door hem beschreven vijf gevallen wordt vanaf de achtste zitting van behandelingen, die daarvóór niet succesvol waren en voornamelijk uit desensitizatie hadden bestaan, een paradoxale werkwijze gevolgd. Deze bestond eruit de cliënt te instrueren in de angstwekkende situaties naar het toilet te gaan, alle handelingen te verrichten die bij het plassen behoren, maar vooral niet te plassen. Hierbij kan men zich afvragen of het wel om paradoxale intentie gaat. Daarbij hoort immers vooral het oproepen van de angst. Dat het om een paradoxale opdracht gaat, staat in ieder geval buiten kijf.

In de behandeling die hier wordt gepresenteerd heb ik getracht de paradoxale benadering van Ascher te repliceren. Het gaat om een 75-jarige getrouwde man met een vrij beroep, dat hij ongehinderd door zijn leeftijd uitoefent. Hij had al ruim veertig jaar ernstig last van angst om te plassen. Het beheerste zijn leven. Ook in zijn eigen huis, als er bijvoorbeeld iemand zou komen logeren, moest hij diverse voorzorgsmaatregelen treffen om te kunnen plassen. Zelfs bij de wekelijkse logeerpartij van zijn kleindochter was dit het geval. Hij had er verschillende therapieën voor ondergaan, die zonder succes waren gebleven.

In de beschrijving van de behandeling hebben wij (de cliënt en ik) gekozen voor een vrij ongebruikelijke vorm. Eerst komt de cliënt aan het woord. Hij beschrijft (volledig in zijn eigen woorden en stijl) hoe de behandeling volgens hem is verlopen, wat hij daarbij heeft ervaren en wat de belangrijke elementen waren. Daarna volgt in de vorm van een aantal 'noten' en ten slotte in een nabeschuiving het commentaar van de therapeut (AL).

In de tekst van de cliënt (die zichzelf voor deze gelegenheid Han Tisser heeft genoemd) is door middel van cijfers aangegeven op welke onderdelen van de tekst mijn commentaren betrekking hebben.

### **De behandeling beschreven door de cliënt**

Een jaar na de oorlog, op 28-jarige leeftijd, ging ik met een vriend naar Denemarken, waar we in een stadje bij Deense vrienden zouden logeren. De eerste dag bij aankomst in Kopenhagen vonden we onderdak bij ons onbekende mensen. Toen ik 's avonds voor het slapen gaan een plas wilde doen, lukte dat niet. Ik vermoed nu dat dit een fysieke oorzaak had, maar ik onderging dat niet als zodanig. Ik was zeer ontdaan. 's Nachts heb ik verschillende keren geprobeerd of het alsnog lukte, maar dat was vergeefs. Dit was de inleiding tot een zeer moeilijke periode.

We zwierven vier maanden door Denemarken en Noorwegen. Mijn vriend bracht ik niet op de hoogte van mijn situatie; ik durfde er niet over te spreken. Alleen als de aandrang zeer sterk was kon ik al die tijd slechts plassen als ik ongemerkt op een WC kon belanden. Ik heb wel enige weken alleen op een appartement gezeten. Daar speelde het probleem mij dan geen parten.

Bij terugkeer in Nederland verwachtte ik dat alles zich weer zou herstellen als ik in mijn eigen kamer zou zijn. Dat viel tegen. Ik woonde in een groot huis, samen met anderen. In het huis was maar één WC. Urineren deed ik meestal in de wasbak op mijn kamer.

Op 30-jarige leeftijd ben ik getrouwd. Mijn vrouw was toen de enige die van mijn handicap op de hoogte was. Wel ben ik een keer met de klacht naar mijn huisarts gegaan. Die heeft mij kalmeringspilletjes gegeven. Langzamerhand vond ik in de veiligheid van het gezin en ons huis een modus om met mijn probleem te leven, alhoewel dat met veel vermijdingen gepaard ging. Ik logeerde nooit bij andere mensen en ik vermeed situaties waarin ik zólang in een huis of andere lokatie zou moeten verblijven dat het moment van 'moeten-plassen' onvermijdelijk zou worden. Het plassen stond altijd onder controle. Als ik op een dag een wat langdurige activiteit buitenshuis moest verrichten, werd door mij berekend dat het zo zou uitpakken dat ik juist vóór vertrek van huis zou kunnen plassen. Dat hield in dat soms een plas werd opgehouden tot het moment van vertrek.

Ik heb mij nogal wat dingen ontzegd en allerlei sociale contacten op een afstand gehouden, wat niet strookte met mijn behoefte daaraan. Toch zou er op deze wijze te leven zijn geweest, ware het niet dat ik af en toe een inzinking kreeg. Dat gebeurde met tussenpozen van een paar jaar en soms frequenter. Waarschijnlijk sloeg dan de angst en fixatie op het plassen toe in periodes dat ik labiel was door ontmoedigingen in het leven of door teleurstellingen. Hier kan van alles ingevuld worden. De fixatie hield in dat ik



voortdurend angst had voor iedere volgende keer dat ik aandrang zou voelen om te moeten plassen. Dit liep dan uit op een dieptepunt waarin ik op mijn eigen WC in mijn eigen veilige huis niet kon plassen, hoe sterk de aandrang ook was. Op het cruciale moment verkrampte de autonome spier. Ik stond dan trillend voor de pot, in diepe wanhoop vrezend dat ik nooit meer zou kunnen plassen. Ik vond mijzelf op zo'n moment een abnormaal iemand. Hierop volgden meestal enige dagen van onafgebroken doormalen.

Toch herstelde ik mij altijd. Ondanks mijzelf kwam het leven weer terug tot normale proporties. Ik had de ervaring dat ik noch de neergang noch het weer terugkomen in normale toestand in de hand had. Maar daar deed ik niets mee. Ik had ook kunnen leren dat het angstig doemdenken tot niets leidde. Ik schreef voor mezelf op hoe de ergste gevreesde situaties nooit uitkwamen. Ik beschreef die met verwijzingen naar dag en uur en waar, om er een volgende keer iets aan te hebben. Maar als het dan weer zover was werd de rede door de emoties weggespoeld.<sup>1</sup>

Op ± 40-jarige leeftijd ben ik in psychoanalyse gegaan. Ik was ongeveer de eerste patiënt van een beginnend psychiater. Hij was zeer orthodox in de leer. Het hinderde mij dat er geen ruimte was voor enig persoonlijk contact. Wat mijn klacht betreft heeft de behandeling geen effect gehad.

Ik was 49 jaar toen ik bij professor Barendregt in gedragstherapie kwam. Na onze eerste sessie wilde hij eerst een gesprek met mijn vrouw hebben. Bij de tweede zitting uitte hij zijn verbazing dat haar verhaal met het mijne klopte. Allereerst leerde een assistente me om goed te ontspannen. Het lukt mij zelfs om enigszins in zelfhypnose te komen. Ik moest een hiërarchie van de voor mij gemakkelijkste tot de moeilijkste plassituatie opstellen. De therapie bestond eruit om in ontspannen toestand een imaginaire situatie van één der punten uit de hiërarchie te beleven. De volgende keren zouden dan de punten met oplopende moeilijkheidsgraad onder handen genomen worden.

Een aardige gebeurtenis bij één van de sessies was het volgende: Ik zou dus, in gedachten, vanuit een kamer in mijn huis de deur openen naar een gang waar de WC was. Toen ik de deur opende en naar de gang wilde gaan, bleef mijn ene been achter de deur steken. Wij moesten daar erg om lachen. Toen ik het nog eens probeerde gebeurde hetzelfde.

Deze therapie was bevredigender dan de psychoanalyse, omdat er nu rechtstreeks aan het symptoom werd gewerkt. Toch heeft het niet tot het gehoopte resultaat van beterschap geleid.

In 1993, op 75-jarige leeftijd, bleek professor Lange bereid mij in gedragstherapeutische behandeling te willen nemen. Bij de kennismaking was ik verbaasd dat Lange het best mogelijk achtte de therapie te laten slagen, ondanks dat ik al ruim vijfenveertig jaar met



de plas-ellende kampte. Ik was hier zelf nogal sceptisch over. Voorwaarde was wel dat ik onvoorwaardelijk zou doen wat van mij verlangd werd.<sup>2</sup>

Lange stond erop dat mijn vrouw bij de sessies aanwezig zou zijn.<sup>3</sup> Ik begreep dat hij met haar verhaal over mijn gedrag en haar inzicht over mijn situatie een betere kijk zou kunnen krijgen op het probleem. Hoewel ik daar eigenlijk niet zoveel voor voelde, stemde ik er toch mee in.

De aanleiding tot psychische hulp was niet in de eerste plaats mijn plasprobleem in het algemeen, maar meer de acute nood waarin ik verkeerde door een weergekeerde inzinking. Mijn leven werd weer beheerst door een dwangmatige permanente fixatie, gericht op het plasje dat straks gedaan moest worden. Deze situatie heb ik hiervoor al beschreven. Bij mijn uitleg aan de therapeut gebruikte ik vooral het woord 'malen'. Hij maakte bezwaar tegen deze uitdrukking en stelde voor om deze te vervangen door 'automatisch denken'.

Bij het begin van de therapie werd mij al duidelijk gemaakt dat de oorzaak bij mijn verkeerd aangewende plasp gewoontes lag. Daar werd dan ook de aandacht op gericht en niet op mijn acute nood. Ik voelde me dan ook aanvankelijk wat tekort gedaan, hoewel ik begreep dat ik moest vertrouwen op de kennis en ervaring van Lange.

En nu de therapie. Ik kreeg enkele opdrachten zoals:

Het maken van een hiërarchie van de eenvoudigste plassituatie tot de moeilijkste.

Het bijhouden van een grafiek die de score moest aangeven van de plasprestatie per dag, in cijfers van 0 tot 10.<sup>4</sup>

Thuis, of waar ik ook was, moest ik met tussenpozen van drie uur naar de WC gaan, alle handelingen plegen die voor en na het plassen verricht worden, maar ik mocht niet plassen, al moest ik nog zo nodig. Tussendoor kon gewoon geplast worden. Het doel was, neem ik aan, mijn gevoel van veiligheid op de WC te versterken.<sup>5</sup> Deze opdrachten waren nog even verwijderd van de gevaarszone. Ik voerde ze dan ook rustig uit. De score op de grafiek was bevredigend. Dat werd op de volgende sessie meegedeeld.<sup>6</sup>

Maar ook werden de bevindingen van mijn vrouw naar voren gebracht. Daarbij kwam tot uiting dat mijn situatie voor haar een zware last was. Ik verwachtte van haar steeds maar bemoedigingen en geruststellingen, die toch geen effect sorteerden. Ik pleegde behoorlijk roofofbouw op haar. Lange legde uit dat het erom ging dat ik *mijzelf* ervan moest overtuigen dat herstel zeker zou komen, net als vroeger. Dat ik de rol van geruststeller aan mijn vrouw opdrong. Daarom werd afgesproken dat ik één kwartier per week met mijn vrouw over het probleem mocht praten. Alleen evenwel over mijn bevindingen met de therapie, en geen geklaag. Ik voelde me even aan mijn lot overgelaten en ik moest nu alleen over de gammele plank over de sloot.

Afgesproken werd ook dat ik een tekst zou maken, die ik iedere keer als ik op de WC was moest opzeggen. Een suggestie van Lange was in de trant van: "Ik ben niet minderwaardig aan andere mensen omdat ik een plasprobleem heb."

Nog een opdracht was: Bij bezoek aan vrienden en bekenden moest ik ook mijn oefening doen op de WC. Ik moest dan meedelen dat ik naar de WC zou gaan, dat het even kon duren, en uitleggen waarom.

Het werd nu ernst. De dag na deze sessie begon angstig, zelfs zodanig dat ik op het punt stond het avontuur op te geven. Het werd even een crisis. Toen zette ik mijn tanden op elkaar en ik vatte moed in de ware zin van het woord. Zoveel dingen die ik jarenlang niet gedurfd had, moesten nu gebeuren. Mijn besluit stond nu vast.

Het opzeggen van de tekst werkte niet echt, de inhoud sprak me niet aan.<sup>7</sup> Ondertussen werden de punten van de hiërarchie geleidelijk afgewerkt. Iedere nieuwe stap was wel beangstigend, maar zeker bemoedigend als je bemerkte dat je in allerlei situaties, die voordien steeds vermeden werden, toch kon plassen. De oefening van naar de WC gaan maar niet plassen werd losgelaten. Nu gold dat, waar ik ook was en hoe bang ook, ik bij aandrang naar de WC zou gaan. Vermijdingen waren streng verboden zowel als de planning van de tijden dat ik wilde plassen en ook het uitstellen daarvan tot voor mij gunstiger momenten.

De neiging de hand te lichten met de uitvoering van de opdrachten was vaak groot. Er werd veel van mijn doorzettingsvermogen en moed gevraagd om net als een alcoholist niet toch even stiekem een slokje te nemen. Ik zondigde een enkele keer; erkende dit wel bij de sessies.

Ik ben ondertussen bij een uroloog op bezoek geweest om eventuele fysieke oorzaken van plasmoeilikheden te laten onderzoeken. Deze werden niet gevonden. Een geringe vergroting van de prostaat kan wel een enkele keer enige vertraging in het plassen veroorzaken, maar dat zal incidenteel zijn. Toch goed om dit te weten, opdat bij eventueel moeilijker plassen hieraan gedacht kan worden en paniek voorkomen kan worden.

Lange was geregeld uiterst tevreden over het verloop van de therapie. Dat verbaasde mij eigenlijk. In mijn hart verdacht ik hem van te groot enthousiasme. De twijfel zal wel inherent zijn aan mijn kwaal. Maar zijn onwankelbaar vertrouwen in de werking van de therapie werkte bij mij zodanig door dat ook bij mij steeds meer geloof postvatte dat het weleens goed kon komen. Bovendien was het heel belangrijk dat het tussen ons klikte.

Een nieuwe tekst werd door mij opgesteld. Deze luidde:

Niet plassen is geen ramp.

Die plas komt later toch!!!

Zenuwachtig zijn is verspilde energie; dat blijkt steeds weer.

Wees trots op je prestaties.

Probeer de oefensituatie als nieuwsgierige toeschouwer mee te maken.

Als de plas soms moeilijk komt heeft het meestal een fysieke oorzaak (uroloog).<sup>8</sup>

Dat wat ik vrees komt nooit opdagen.

Deze tekst moest niet alleen bij WC-bezoeken opgezegd worden, maar vooral ook bij twijfel en angstige momenten. Het is opvallend dat het blaadje waarop het geschreven stond een belangrijke steun werd. Het gaf me een veilig gevoel het bij me te hebben. Ook nu nog is het een soort steuntje in de rug.<sup>9</sup>

Na niet al teveel sessies, zes à acht, kwamen we overeen de therapie te beëindigen. De therapeut was uiterst tevreden en ik ook. Toch is er nog enige twijfel wat de toekomst betreft. De tijd moet nog leren of het positieve gedrag standhoudt.

Het automatisme van mijn gedrag van meer dan vijfenveertig jaar is nog niet verdwenen. Dat kan ook haast niet. Ik moet dus zeer alert blijven en de nu geleerde techniek blijven gebruiken zonder te verslappen. Wat ik nu geleerd heb moet iets natuurlijks worden. Of dit na zoveel jaar nog mogelijk is moet nog blijken. Uit de therapie is wel gebleken dat mijn fobie in wezen niet anders is dan andere fobieën, waardoor ik mijn situatie wat meer kan relativeren.

Ik wil nog toevoegen dat ik grote waardering heb voor de sympathieke en vakkundige wijze waarop professor Lange mij heeft behandeld. Het was ongetwijfeld streng, maar tegelijkertijd menselijk en met humor. Hoewel het af en toe leek of er voorbijgegaan werd aan mijn behoefte aan aandacht voor mijn acute emoties, bleek toch dat de gerichte, zakelijke aanpak de juiste methode was.

Als ik ooit nog eens in paniek mocht geraken, hoop ik dat ik dan van angst in mijn broek zal plesen.

Han Tisser

### Commentaar

<sup>1</sup> Hier beschrijft Han Tisser (verder HT genoemd) hoe hij zichzelf avant-la-lettre zelf met cognitieve therapie behandelde. Hij daagt zijn irreële cognities uit, toetst ze aan de werkelijkheid, maar het helpt hem niet.

**2** Behandelingen als deze staan en vallen met de mate waarin de therapeut de cliënt weet te motiveren om de moeilijke programma's uit te voeren. De combinatie van accepteren, aanpassen, etaleren van expertise en autoriteit, hoop geven, en het benadrukken van medeverantwoordelijkheid voor het slagen van de behandeling, is hierbij een belangrijke factor (Lange, 1994, par. 3.7). Dit is van extra belang als de klacht al zo lang bestaat als hier het geval was.

**3** Hier maakt HT een klein foutje, dat voor hem niet essentieel is, maar voor mij wel. Lange stond er niet op dat zijn vrouw bij de sessies aanwezig zou zijn. Lange drong er wel op aan dat zijn vrouw bij het eerste gesprek mee zou komen. Tijdens dat gesprek liet het zich aanzien dat zij en de onderlinge verhouding geen rol van betekenis speelden in de klacht (die HT immers al had voordat hij zijn vrouw kende). Er was ook geen aanleiding om te veronderstellen dat spanningen in het huwelijk de klachten versterkten. Integendeel, alles wees er op dat zij een onderlinge verstandhouding hadden waarop menig therapeut jaloers kon zijn. Zij scoorden dan ook beiden zeer hoog op de IPOV (Lange, 1983): HT in deciel 9, zijn vrouw in deciel 10. Niettemin vroeg de therapeut (hij drong er niet op aan) of mevrouw, indien mogelijk, kon blijven meekomen. Het was immers niet ondenkbaar dat zij door het geven van informatie de behandeling sterker kon maken. Zij hadden er beiden geen bezwaar tegen, al was het duidelijk dat HT ook wel graag alleen wilde komen. Dat gebeurde dan ook een paar keer.

**4, 5, 6** HT vermengt hier twee delen van de behandeling die (zoals we direct zullen zien) ver uit elkaar liggen. Hij zou weliswaar registreren hoe gemakkelijk het plassen elke dag ging en dit in een grafiek weergeven, maar dit speelde niet in het begin van de behandeling, zoals hij suggereert. Hij krijgt deze opdracht pas in de twaalfde zitting. Ook het om de drie uur naar de WC gaan, speelde niet in het eerste gedeelte van de behandeling. Het niet mogen plassen klopt hier wel.

De behandeling stond in het begin volledig in het teken van de paradoxale benadering. Bovenaan HT's angsthiërarchie stonden situaties waarin hij in gezelschap was van vreemden of kennissen. Die situaties moest hij nu opzoeken zonder vlak van te voren 'uit te plassen'. Hij zou dan naar het toilet gaan en alles doen behalve plassen. Dat was nu verboden. Deze interventie had redelijk goed gewerkt. Het viel HT steeds gemakkelijker om dit te doen, zodat na vijf zittingen het paradoxale gedeelte van de opdracht werd weggenomen. Hij moest wel de moeilijke situaties blijven opzoeken en naar het toilet gaan, maar hij mocht daar nu wel plassen. Dit ging alleszins bevredigend. Het bleef weliswaar een punt waar hij bij moest nadenken, maar hij was veel minder bang en gespannen, en zijn actieradius was aanmerkelijk toegenomen.

Na zeven zittingen werd derhalve begonnen met de afbouw van de behandeling: geen precieze opdrachten meer en langere tussenpozen tussen de zittingen. Tot de negende zitting leek alles goed te gaan. Er werd een eerste follow-up periode van vier maanden afgesproken. Halverwege deze periode belde HT de therapeut. Hij was volledig teruggevallen. Hij zat diep in de put. Hij had een spanningsvolle reis achter de rug, hij had griep gehad en hij voelde zich fysiek slecht. Hij had pijn in zijn buik gehad en was zich weer zorgen gaan maken over het plassen. Hij zat weer in dezelfde vicieuze cirkel als vroeger. Er was nu echter iets nieuws aan het licht gekomen: zijn angst speelde zich niet (zoals hij voorheen steeds had gerapporteerd) voornamelijk af rond sociale situaties. Zelfs als hij alleen (of met zijn vrouw) in huis was maakte hij zich vreselijk zorgen dat hij niet zou kunnen plassen, en piekerde hij erover wat voor ongunstigs dit allemaal wel niet betekende.

Het paradoxale element van de behandeling werd nu verlaten ten gunste van een breedspectrum congruente behandeling waarin exposure, etaleren (Lange, 1980) en positieve zelfverbalisatie (Lange & Kiestra, 1991) centraal stonden. In dit deel van de behandeling bleek het nut van het routinematig betrekken van de partner tijdens de behandeling (Lange, 1994). Nu kwam naar voren dat mevrouw last had van het feit dat haar man nogal wat aandacht vroeg voor zijn klacht. Zij meende dat zij hem die niet mocht onthouden. De afspraak die onder invloed van de therapeut werd afgedwongen (dat HT nog maar een kwartier per week over zijn klacht mocht praten) sneed derhalve aan twee kanten. Enerzijds was het plezierig voor mevrouw T, anderzijds verdween de bekrachtiging die uitging van het praten over de klacht. Zoals hij eerlijk schrijft, vond HT deze verandering in zijn leven aanvankelijk niet plezierig, maar hij legde zich er ruitelijk bij neer en zag later ook in dat het zo beter was.

**7. 9** HT beschrijft dat het opzeggen van de zelfverbalisatietekst de eerste keer niet goed had gewerkt. Hij vermeldt niet wat hiervan de oorzaak was. Die was simpel. De therapeut had een elementaire fout gemaakt. Hoewel dit ingaat tegen een door hem zelf in een publikatie vermelde vuistregel (Lange & Kiestra, 1991), had de therapeut om tijdwinst te boeken zelf een tekst voor HT's zelfverbalisatie bedacht. Het bleek dat HT dit in het geheel geen plezierige tekst vond, waardoor de opdracht hem alleen maar zenuwachtig maakte en de rest van het huiswerk (het oefenen) ook in het water viel. In de zitting daarop (we waren inmiddels in de 13e zitting beland) bood de therapeut excuses aan voor deze fout. HT kreeg nu de gelegenheid om zelf de tekst te maken voor een zelfverbalisatiekaartje, waarvan hij het resultaat hierboven heeft beschreven. Vanaf dit moment komt de therapie in de stroomversnelling, die hij hierboven heeft geschetst. Het om de drie uur naar de WC gaan (wáár dan ook, mèt of zónder plassen) begint zijn vruchten af te werpen. De registraties - van het gemak waarmee hij plast - lopen binnen

enkele weken naar scores van 95 (op een schaal van 100), en blijven op dat niveau gehandhaafd. Opvallend is ook dat hij verderop (zie <sup>9</sup>) schrijft dat het kaartje nog steeds een steun in de rug is. Dit bevestigt de bevindingen van Lange en Kiestra (1991) en ook die van Lange, Gest en De Vries (in voorbereiding).

Laatstgenoemden onderzochten het effect van het manipuleren van zelfverbalisaties sec (zonder contaminatie met andere technieken). Van driehonderd psychologie-studenten was vooraf vastgesteld hoe hoog hun scores waren op een aantal metingen van hun zelfbeeld. De zestig studenten met het laagste zelfbeeld werden uitgenodigd om aan het onderzoek mee te werken. De proefpersonen werden at random in twee groepen verdeeld. De ene helft schreef een opstel over positieve eigenschappen van zichzelf. Dit opstel werd gecomprimeerd tot een korte tekst die op een kaartje werd gezet. Gedurende twee weken spraken deze proefpersonen de tekst van dit kaartje een paar maal per dag thuis hardop uit. In de controle-conditie kregen de proefpersonen een 'irrelevante' maar vergelijkbare taak uit te voeren. Van te voren en na afloop van het experiment werd aan de hand van vragenlijsten gemeten hoe de proefpersonen over zichzelf dachten. Ondanks het feit dat de interventie slechts twee weken had geduurd en was uitgevoerd bij een niet-klinische groep, waren de verschillen tussen de controlegroep en de experimentele groep significant. De laatstgenoemden waren op praktisch alle metingen sterk vooruitgegaan, terwijl dit bij de controlegroep nauwelijks het geval was.

<sup>8</sup> De uroloog speelde een interessante rol. Hoewel HT steeds vertelde dat de huisarts niets had gevonden raadde de therapeut hem in de twaalfde zitting (toen de klachten weer heviger waren geworden) aan om naar een uroloog te gaan. Eventuele fysieke oorzaken dienden door een specialist uitgesloten te worden. De uroloog deed meer dan dat. Hij verklaarde HT kerngezond, maar stelde ook vast dat een geringe vergroting aan de prostaat een enkele keer enige vertraging in het plassen kon veroorzaken. Hij verschaftte hem hiermee een prachtige attributie voor elke sensatie die hem vroeger tot vertwijfeling bracht. Het is niet voor niets dat HT deze reattributie in zijn zelfverbalisatiekaartje opnam. (Een dergelijke medisch specialist verdient een plaats in elke multidisciplinair psychologisch behandelingsteam).

### **Nabeschouwing**

De grootste veranderingen speelden zich af tussen de 13e en 14e zitting, nadat het programma van registratie, exposure en zelfverbalisatie gestalte had gekregen. Sinds die tijd is nu ongeveer 3/4 jaar verlopen. Terugval heeft niet plaatsgevonden. Er is dus reden voor optimisme; vooral omdat HT nu ook het gereedschap lijkt te hebben om 'incidenten' te bestrijden. De zittingen 14 t/m 16 vonden met grote tussenpozen plaats. Tijdens de

laatste zitting rapporteerde HT dat de gefixeerdheid op plassen was verdwenen. Het anticiperen (uit voorzorg plassen voordat hij de deur uit ging) was voor 95% verdwenen, evenals het vermijden van bepaalde situaties. Hij had nu zoveel vertrouwen dat hij altijd zou kunnen plassen, dat hij zelfs niet meer bang was om naar een ziekenhuis te gaan. Deze positieve resultaten werden weerspiegeld in zijn scores op de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986). De angstscore was verminderd van 17 (hoog voor een niet-psychiatrische populatie) naar 10 (onder gemiddeld). De depressiescore was gedaald van 30 (hoog) naar 19 (gemiddeld).

Met betrekking tot Ascher's (1979) paradoxale benadering is het interessant dat deze aanpak aanvankelijk wel enige verbetering bracht, maar dat de doorbraak pas kwam bij toepassing van een 'gewoon' exposure-oefenprogramma. Het verhaal van HT ondersteunt de stellingname van Van den Hout en Merckelbach (1993), dat de effecten van exposure niet zozeer te danken zijn aan het rechtstreeks uitdoven van angst alswel aan de geruststelling die bereikt wordt als steeds weer wordt geconstateerd dat de angstige voorspellingen niet uitkomen.

De in deze vorm gegoten achterafrapportage van HT laat zien dat onze interpretaties, over wat er wel en niet werkt, niet altijd kloppen. De therapeut had bijvoorbeeld zelf niet geconstateerd dat de zelfverbalisatie zo belangrijk was als HT nu beschrijft.

HT zal het zeker niet met mij eens zijn, als ik schrijf dat het jammer is dat er geen grotere aantallen mensen zijn met het soort klachten als waarvoor hij in behandeling kwam. Ik kan zelf natuurlijk ook niet achter deze wens staan, maar bij een grotere prevalentie van deze klacht zou het wel mogelijk zijn om vergelijkende groepsstudies te doen, waarbij exposure met of zonder paradoxale opdracht wordt vergeleken, terwijl dan ook het al of niet toepassen van zelfverbalisatie in het design kan worden opgenomen. Nu zullen we het vooral van (multipel) gevalsstudies moeten hebben.

HT heeft op het eind van zijn relaas enkele vriendelijke woorden voor mij ('streng, maar menselijk en met humor'). Ik hecht eraan hier tot slot te vermelden, dat hij het soort cliënt was waarvan elke therapeut er wel meer zou willen.

## Literatuur

- Anderson, L.T. (1977). Desensitization *in vivo* for men unable to urinate in a public facility. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 8, 105-106.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.



- Ascher, L.M. (1979). Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behavior Research & Therapy*, 17, 267-270.
- Barnard, G.W., Flesher, C.K., & Steinbook, R.M. (1966). The treatment of urinary retention by aversive stimulus cessation and assertive training. *Behaviour Research & Therapy*, 4 (3), 232-236.
- Cooper, A.J. (1965). Conditioning therapy in hysterical retention of urine. *British Journal of Psychiatry*, 111, 575-577.
- Elliot, R. (1967). A case of inhibition of micturition: Unsystematic desensitization. *The Psychological Record*, 17, 525-530.
- Frankl, V.E. (1960). 'Paradoxal intention': A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Hout, M. van den, & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, 13 (3), 192-203.
- Lamontagne, Y., & Marks, I.M. (1973). Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy*, 4, 581-585.
- Lange, A. (1980). De behandeling van een vrouw met trillende handen. In: K. van der Velden, e.a. (red.), *Directieve therapie, Deel 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem-Oplossings Vragenlijst (IPOV)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen. (Zesde compleet herziene druk)*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Gest, A., & Vries, M. de (in voorbereiding). *De invloed van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld*.
- Lange, A., & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfindoctrinatie. *Directieve Therapie*, 11 (4), 291-315.

**HELD OF SLACHTOFFER: OVER HET NUT VAN HERETIKETTEREN.**

**Kees Hoogduin,  
Willem Hoogduin.  
Kees van der Velden**

Dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar Psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Drs. W.A. Hoogduin is als psycholoog verbonden aan de polikliniek Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.

K. van der Velden is als psychotherapeut verbonden aan het Riagg R.N.O. te Rotterdam

**Correspondentie-adres:**

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

### Held of slachtoffer: over het nut van het heretiketteren.

Kees Hoogduin, Willem Hoogduin, Kees van der Velden.

---

Directieve therapie is niet alleen een kunde of een ambacht, soms is het ook kunst. Soms ontstaat gedurende een zitting een moment waarop patiënt en therapeut weten dat het er nu op aankomt, dat er nu misschien een belangrijke stap gezet gaat worden die kan leiden tot veranderingen. Zo beschrijft Kromhout (1992) de behandeling van een 24-jarige vrouw met een dwangstoornis. Zij was door haar moeder als kind getreiterd en gekleineerd en zelfs tot seksuele handeling met "stiefvaders" gedwongen geweest. Ze liep als 16-jarige weg uit huis. Enige maanden later begonnen haar klachten. Aan het einde van de eerste zitting geeft de therapeut een mogelijk verklaring voor haar dwangneurose. Deze interpretatie luidde ongeveer als volgt: "..... Door bij moeder weg te lopen is de band ogenschijnlijk wel verbroken, maar moeders diabolische invloed op uw leven is even krachtig werkzaam gebleven. Iedere keer als u toegeeft aan de wasdwang, geeft u toe aan uw moeder....." In aansluiting aan dit gesprek blijkt ze niet meer aan haar dwang te hebben toegegeven en aldus moeder uit haar leven gehouden te hebben. Ook bij follow-up na ongeveer een jaar heeft ze geen last meer gehad van haar klachten. Een prachtig resultaat van een heretikettering in het kader van een cognitieve herstructurering. Of het betrekken van moeder in dit geval het belangrijkste was, is onduidelijk.

Een ander voorbeeld van een dergelijke benadering is het volgende. Een jonge vrouw met een huishouddwang reageerde niet op een self-controlled exposure en ook niet op de in die tijd opgang makende hyperdramatisering van de klacht. Een procedure waarbij de reinheidsrituelen tot in het absurde besproken werden met de bedoeling dat daarna de door Viktor Frankl zo fraai beschreven, bevrijdende lach zou optreden. De klachten waren begonnen toen ze met haar partner was gaan samenwonen en het ouderlijk huis had verlaten. Ook hier leidde de veronderstelling dat ze zo aan het poetsen was om haar moeder te laten zien dat ze echt zelfstandig kon wonen tot een onmiddellijk stoppen van haar poetsgedrag.

Een derde voorbeeld van deze benadering leidde er zelfs toe dat een huisarts-verwijzer plotseling een tiental patiënten instuurde, nadat een patiënt in één zitting van haar hoog frequente migraine was afgeholpen. Ook bij haar ging het om een heretikettering die nogal voor de hand lag. Haar echtgenoot had haar vijf jaar eerder verlaten en sindsdien had ze last van een continue woede ten opzichte van haar ex-man en migraine-aanvallen. Ze was zo kwaad op haar ex-man,

omdat hij haar nadat zij hem vele jaren uit een soort medelijden had geduld en zich allerlei seksuele handelingen had laten welgevallen, plotseling voor een ander in de steek liet. De heretikettering ging ongeveer als volgt: het lijkt erop dat de ergernis en irritatie die uw man u bezorgde voordat hij u verliet, nog steeds door hem bij u wordt afgeleverd. Het is toch merkwaardig hoe hij er na al die jaren nog steeds in slaagt u kwaad te maken en u migraine-aanvallen te bezorgen. Hij irriteert u nog steeds met mogelijk het ontstaan van de migraine. Aansluitend was zij gedurende zes maanden vrij van aanvallen. Helaas kwamen de aanvallen, weliswaar in een lagere frequentie, terug.

Recent maakten wij ook een dergelijk kunststuk mee: genezing in één zitting. Een veertigjarige, getatoeëerde man meldde zich aan voor behandeling van claustrofobie. Eerder behandelingen in polikliniek van een ziekenhuis hadden hem niet geholpen. Hij had zich er eigenlijk bij neergelegd dat hij niet beter zou worden. Helaas verhuisden zijn ex-vrouw en zoontje uit dit huwelijk waardoor hij om hen te bereiken door een tunnel moest gaan. Tunnels, liften en afgesloten ruimten waren plaatsen waar hij paniekaanvallen kreeg en die hij vermeed. De klachten waren een tiental jaren geleden begonnen in aansluiting aan een afgaande brandalarm in een flatgebouw terwijl hij opgesloten zat in een lift. Achteraf bleek er geen brand te zijn geweest. Hij was echter zo in paniek geraakt dat hij de lift ernstig had beschadigd.

Na de intake bezocht de patiënt de therapeut. Hij vertelde de therapeut een wonderlijk verhaal. Wat bleek, na tien jaar klachten was hij nu zonder behandeling beter geworden. Op de vraag hoe hem dat was gelukt vertelde hij dat hij al een paar keer de trein in was gestapt en door de tunnel was gereisd. "Zonder therapie" zei hij triomfantelijk. "Des te beter" mompelde de therapeut nog. Waarop de man vertelde dat een opmerking uit het intakegesprek hem was bijgebleven. De intaker had hem gevraagd of hij een held of een slachtoffer was. Dit had hem niet meer losgelaten en de volgende dag had hij besloten dat hij toch geen slachtoffer was. Hij was naar het station gegaan in de trein gestapt en er direct weer uitgestapt. Nog op het station waren de woorden held of slachtoffer opnieuw in hem opgekomen. Aansluitend was hij weer ingestapt en volbracht hij zijn eerste tunnelreis succesvol.

Interessant is de vraag waarom aan een dergelijke uitspraak door deze man zo veel waarde werd toegekend. De volgende overwegingen lijken van belang:

- De patiënt was een 'pseudo-viriele', wat kinderlijke man met tatoeages. Deze tatoeages moesten duidelijk maken wat nog niet zo duidelijk was, namelijk dat hij een echte man was en geen slapjanus (vergl. Hoogduin z.j.).

- Het hebben van angsten en fobische klachten leverden bij hem naast het leed van de angst en de vermijding ook steeds ervaringen op die in strijd waren met zijn zelfbeeld. Een stoere 'echte' man impliceert immers een man zonder angsten.
- De symptomen beleefde hij niet alleen als lastig maar ook als verwerpelijk. In zijn dialogue interieur verwijt hij zichzelf zijn klachten.
- De uitspraak: bent u held of slachtoffer, heeft een positieve connotatie voor de door hem als slap en zwak gekwalificeerde klachten. Het is een gevolg van een kleine ramp, passend bij een slachtoffer, iemand die pech heeft gehad. Anderzijds biedt de uitspraak hem de mogelijkheid aan om te kiezen voor de rol die hij altijd had willen spelen: de heldenrol. Het zal immers duidelijk worden dat hij geen slachtoffer - weerloos en meelijwekkend - is, wanneer hij de trein ingaat, sterker nog zich eindelijk consistent aan zijn zelfbeeld gaat gedragen. Vol trots was hij dat hij gedrag vertoonde waarvan de therapeut impliciet aan de orde had gesteld dat hij daarmee geen slachtoffer maar een held was.
- Zijn woede en ergernis over zijn slapheid verdwenen mogelijk. Hiervoor in de plaats was er een gevoel van triomf door te anticiperen op de overwinning. Door nu in deze gemoedstoestand de fobische situatie in te gaan was hij in staat de angst als minder erg te ervaren. De trots en het gevoel iemand te zijn was incompatibel met de rol van angstig slachtoffer (vergl. Van der Hart, 1977; Hoogduin, 1980).

Het interessante bij deze patiënt is dat met de vraag bent u held of slachtoffer zowel de diagnostiek op As I, als As II aan de orde komt. Wanneer de fobische klacht voor zou komen bij een patiënt die op As II een diagnose in het C-cluster zou hebben, bijvoorbeeld afhankelijk persoonlijkheidsstoornis, zou een dergelijk vraag geen enkel effect hebben. De patiënt zou zich een slachtoffer vinden en dat ook meedelen. Patiënten met een persoonlijkheid die verwantschap heeft met narcistische, theatrale of antisociale persoonlijkheidsstoornis, vinden dat de klacht niet bij hen past. Met de vraag held of slachtoffer wordt aangesloten bij de tegenstelling, die de patiënt zelf ook beleeft. De keuze held of slachtoffer is dan geen keuze, de patiënt is natuurlijk held. Eenmaal daartoe besloten moeten angsten minder serieus genomen worden, bange helden bestaan immers niet.

Slot:

Moeten we nu Talmon (1990) navolgen, die een heel boek vol schreef om te propageren dat behandelingen veelal in één zitting kunnen worden afgerond? Nee, toch maar niet. Wel is het mogelijk om steeds attent te zijn op de mogelijkheden met heretikettering patiënten anders naar hun klachten te laten kijken. Dat dit

9

vaak zal leiden tot zulke indrukwekkende resultaten, zoals hier is beschreven, is onwaarschijnlijk. Vaker zal het effect niet spectaculair zijn, maar soms een bijdrage kunnen leveren om patiënten meer te motiveren zich in te zetten bij de uitvoering van hun behandelprogramma.

### **Literatuur**

Hart, O. van der (1977). Ongewone hulpmiddelen ter bevordering van assertiviteit bij therapeut en cliënt. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie, 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.*

Hoogduin, C.A.L. (z.j.). Over de betekenis van de snor bij de beoordeling van de drager. In K. van der Velden & C.A.L. Hoogduin. *Anna Karenina en de plastic zak.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Hoogduin, C.A.L. (1980). Hypnotherapie bij een vrouw met angst voor eten in gezelschap. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie, 2.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Kromhout, J. (1992). Heretiketteren bij een patiënte met een wasdwang. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie, 4.* Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Talmon, M. (1990). *Single-session therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

## GELOOF EN ONGELOOF ONDER DE PSYCHIATERS E.D.

Dick N. Oudshoorn

Een gerenommeerde jeugdpsychiater in het zuiden des lands legde de ouders van een veertienjarig meisje met dwangklachten onlangs uit dat hij haar met Prozac wilde behandelen. De moeder, zelf gezinstherapeute, vroeg voorzichtig of er geen gedragstherapeutische mogelijkheden waren. Nee hoor, legde de dokter haar resoluut uit: daar zijn we in Nederland helemaal van teruggekomen, dat helpt absoluut niet; het enige dat helpt dat is Prozac. Moeder was niet overtuigd en nam contact op met een iets noordelijker gelegen jeugdpsychiatrisch instituut.

Dit is een banaal, alledaags voorval, het geloof in de pillen is in zijn opmars niet te stuiten terwijl het geloof in psychotherapeutische behandelvormen afbrokkelt.

Is het allemaal op mijn leeftijd, dus op *faseproblematiek* van de schrijver terug te voeren dat ik me afvraag wanneer ik dat eerder heb meegemaakt? Ja, ik weet het weer, Doctor Stotijn, directeur van Endegeest natuurlijk, die ironisch uitlegde dat hij ooit in psychogenese en psychotherapie had geloofd maar dat het bij nader inzien pure onzin was - psychische stoornissen waren allemaal endogeen of organisch en alleen pillen konden enige uitkomst bieden. Hij zocht geen uitbreiding van zijn staf met bekwame psychiaters en psychologen, maar wist de Leidse gemeenteraad te overtuigen van de noodzaak een *electronenmicroscop* aan te schaffen... Tot heil van zijn patiënten! Deze Doctor, een persoon van niveau, dat echt wel, heeft dus ooit een reuzezwaai gemaakt van geloof in psychogenese en *ergo* psychotherapie naar organisch-erfelijk determinisme en 'antipsychotherapie'.



Dit legde hij me halverwege de zestiger jaren vriendelijk uit. Zoals bekend volgde korte tijd later de zondvloed van de anti-psychiatrie die in extremo in psychogenese en sociogenese van alle psychiatrische ziektebeelden geloofde en dus ook grote nadruk legde op psychotherapie en systeemtherapie. Ironisch genoeg was het dezelfde Doctor Stotijn die hieraan, althans in Nederland, volstrekt onbedoeld uiteraard, een krachtige impuls heeft gegeven. Jan Foudraine was namelijk een tijdlang zijn assistent die in "Wie is van hout" deze zelfde directeur-geneesheer van Endegeest zeer herkenbaar (maar niet vrij van demagogie) heeft beschreven. Mijn eigen ervaringen waren, enige jaren later, van gelijke strekking, zoals Kees van der Velden zich ongetwijfeld nog weet te herinneren.

Het heeft niet veel gescheeld of de psychiatrie was toen definitief om zeep gebracht. Maar de geschiedenis is anders gelopen. Twee redenen liggen voor het grijpen: 1) de gebleken effectiviteit van toevallig uitgevonden middelen als Librium, Valium, Tofranil, Tryptizol, Trilafon en Haloperidol die aanleiding gaf tot interessante research naar de processen in de synapsen; 2) de gebleken absurditeit van enkele psycho/sociogenetische theorieën zoals die van de schizofrenogene moeder respectievelijk dito gezinsinteracties.

Bij nader inzien denk ik dat er nog een derde belangrijke factor bijkomt, willen we deze (in elke andere tak van wetenschap ondenkbare) epistemologische reuzezwaai kunnen begrijpen. Dat is de maatschappelijke context: de opzienbarende culturele veranderingen die we in deze eeuw in onze westerse maatschappijen te verwerken hebben gekregen. Ik vind het erg aannemelijk verband te zoeken tussen de radicaal nieuwe stromingen binnen ons vakgebied van psychiatrie en psychotherapie enerzijds en die in de maatschappij waar die vakbeoefenaars deel van uitmaakten anderzijds. Denk maar aan de invloed van

hippies, provo's, de anti-autoriaire beweging enz. op zo ongeveer iedereen, in de politiek, aan de universiteiten en in de huiskamers. Om het puntig te formuleren: psychiatrie (in de ruimste zin) volgt de maatschappelijke mode inclusief de heersende ideologie, in oost en west.

Momenteel beleven we op het maatschappelijke en politieke vlak een wijdverbreide skepsis ten opzichte van welk beginsel of welke ideologie dan ook. We naderen het moment dat we van *anomie* of beginselloosheid moeten spreken, maar God verhoede dat! De maatschappij blijkt niet maakbaar te zijn, elementaire humanitaire principes worden te duur, groepsegoïsme viert hoogtij en iedereen trekt zich op zijn eigen bastion terug. We zien crisis-symptomen op elk niveau, internationaal, nationaal, stedelijk, in de eigen buurt, in het eigen gezin, in de eigen persoon. Waar is het hemelbestormende elan van de zestiger en zeventiger jaren op kapot gelopen? Joost mag het weten. Maar we weten wel dat alles wat we vroeger 'links' noemden zo goed als dood is en dat 'rechts' nu weer de norm is, dus niet rechts, als u begrijpt wat ik bedoel.

Willen we de link van deze sociale aardverschuivingen met de trendbreuken binnen ons eigen vakgebied nauwkeuriger beschrijven dan kan de term 'mensbeeld' ons een beetje van dienst zijn. Ik heb er geen behoefte aan te herhalen wat door menigeen al uit den treure is uiteengezet - een verhaal dat altijd bij *Descartes* begint. Ik beperk me tot de voornaamste conclusie uit die verhalen: we kunnen ons de mens, dus onszelf, wetenschappelijk beschouwd eigenlijk niet anders meer voorstellen dan als een biochemische machine. We kunnen de hersenen alleen maar met een computer (of voor mijn part een conglomeraat van computers) vergelijken. Er zit geen *geest* in de machine, alleen maar *informatie*, dus databankjes plus softwareprogramma's.

Hoera! Prachtig toch wat dertig of veertig eeuwen, dus minstens honderdvijftig generaties cultuurmensen tot stand hebben gebracht! Hebben we de essentie van het menselijk bestaan nu te pakken? Ja hoor, en gooi (voor wat betreft de psychiatrie) alles maar overboord behalve pillen om de hardware bij te regelen en -vooruit- NLP om de hersenen beter te programmeren! "Dokter, ik twijfel zo aan de zin van mijn bestaan..." "Geen nood, mevrouw, u heeft een depressie, daardoor komt dat, en ik zal u Prozac voorschrijven!"

De pendel is weer terug bij de neuropsychiatrie en dus bij de antipsychotherapie. Niets nieuws onder de zon...

Nu werpt u me voor de voeten dat bijvoorbeeld onze DT-boeken en ons geliefde Dth toch nog steeds goed verkocht worden. Ach natuurlijk, maar een trendbreuk wordt ook niet *onmiddellijk* en voor de volle *honderd procent* door *iedereen* gevolgd! Bovendien zijn wij directievelingen zelf bij uitstek trendgevoelig en hebben we onze koers op tijd bijgesteld; "aansluiten bij" is immers ons uitgangspunt. Met onze nieuwe, pragmatische zakelijkheid zijn we nog immer 'salonfähig'.

Laten we desondanks onze beginselen en werkwijze van de tijd van de Jelgersmapolikliniek onder de bezielende leiding van Richard, respectievelijk de goede oude tijd dat Onno nog bij Freddy hoorde, eens goed vergelijken met hoe we nu denken en leren en werken. Valt dan niet op dat wij, of in ieder geval een aantal onder ons, in ieder geval voor een niet onbelangrijk deel, op sommige niet onbelangrijke punten van ons geloof af zijn gevallen? Ik druk me expres maar zo voorzichtig mogelijk uit omdat ik u geen identiteitscrisis wil aanpraten.

Maar wie weet voor hoeveel van onze lezers onze oude vertrouwde boeken balsem zijn voor een onbehaaglijk, vaag schuldgevoel en een beetje terugverlangen, een spoortje *hoop*...., dat trouwens niet alleen maar bij onze lezers leeft?

Dat spoortje hoop bij onze medemensen en -mensjes is voor mij al voldoende reden om door te gaan.

Doorgaan waarmee, wilt u weten? Bijvoorbeeld doorgaan met te geloven dat ons lijf, onze hersenen niets minder maar ook niets *meer* dan een onontbeerlijk *werktuig* zijn om zinvol te kunnen leven. Dat werktuig, soms te vergelijken met een computer, dan weer met een piano of een orkest, moet in goede staat worden gehouden, zo nodig geolied, gestemd, gerepareerd worden. Het bevat nog veel geheimen voor ons maar niet HET geheim. Want dat schuilt niet in het apparaat zelf maar in het *doel* waarvoor het is bestemd en dat doel is op zijn zachtst gezegd *meta-individueel*. Als ik het wat mooier, wat *poëtischer* mag zeggen dan schuilt het geheim van een zinvol bestaan in *verbondenheid* met anderen en dat is natuurlijk nog lang niet alles, maar wel het voornaamste, geloof ik. Voor zover de mensheid aan psychiatrie en psychotherapie een hoodschap heeft ~~dan~~ is dat omdat wij een brugfunctie vervullen tussen twee oevers. Aan de ene kant staat de brug stevig in de biologie en de geneeskunde gegrondvest, aan de overkant in alles wat met onze maatschappij en cultuur te maken heeft, inclusief religie in ruimste zin. Een mens raakt niet alleen maar psychisch gestoord als er iets met zijn biologie aan de hand is, maar daar komt zoveel bij dat met een biologisch model niet te verduidelijken valt. Misschien is het op de keper beschouwd wel zo dat een psychische stoornis hetzelfde is als een onbegaanbare brug waardoor de 'overkant' van een zinvol bestaan temidden van andere geliefden en bekenden onbereikbaar is geworden, door een tijdelijke stremming of een blijvende. Daar kunnen biologische maar evenzogoed ook

factoren van de andere oever aan debet zijn. Ach het is maar beeldspraak, maar zo denk ik nou eenmaal... Laat ons vak toch alsjeblieft weer wat *poëtischer* mogen worden. Laten we toch doorgaan met inspirerende psychotherapie enzo, uiteraard zonder de pillen -voor zover noodzakelijk- te versmaden!!!

\*

Een raadsel  
Dick N. Oudshoorn

Marcel is een twaalfjarige jongeman. Omstreeks Sinterklaas krijgt hij griep en een kaakholteontsteking. Hij knapt niet op. Na de Kerstvakantie kan hij niet terug naar school. Hij klaagt over hoofdpijn, duizeligheid en dubbelzien en gaat slechter lopen. Van een uitermate levendig ventje is hij in een dooie pier veranderd die nergens meer plezier in heeft. De verlammingen nemen toe en na opname in het plaatselijke ziekenhuis kan hij zijn benen en zijn armen helemaal niet meer bewegen; ook geeft hij gevoelloosheid in de benen aan. Hij is als een slappe pop. Uitvoerig neurologisch onderzoek sluit organische oorzaken uit.

Anderzijds geeft zijn gedrag en de gezinssituatie aanleiding aan een psychogene oorzaak te denken. Omdat hypnotherapie door een Riagg-psycholoog wordt geïndiceerd wordt Marcel in april naar ons jeugdpsychiatrische centrum overgeplaatst.

Hij heeft inmiddels al weer de beschikking over zijn armen en is een expert in het keihard met zijn rolstoel door de gangen racen. Ook geniet hij ervan als medelijdende groepsgenoten zijn rolstoel duwen, als hij naar fysiotherapie moet of naar school. Er was in het eerste ziekenhuis al het nodige kinderpsychiatrische en psychologische onderzoek gedaan maar daaruit kwamen geen duidelijke feiten als mogelijke oorzaak naar voren, wèl een zestal zeer uiteenlopende, maar allemaal nogal vage clues.

Ik noem ze maar: wat ongezonde, klassiek-oedipale driehoek waarbij hij bang is voor vaders kritiek en zich groot houdt tegenover zijn (kennelijk zeer gevoelige) moeder. Een tweede factor: zijn pianoleraar in een rolstoel; ook een oom in een rolstoel en met dubbelzien (t.g.v. multipale sclerose...); op tweejarige leeftijd hersenvliesontsteking waaraan hij bijna was bezwe-

ken. Hij zou toen vaak te horen hebben gekregen dat hij *doodstil* moest liggen. Tenslotte noem ik de ziekenhuisopname van zijn geliefde grootouders, overigens met buikklachten. Psycho-traumatische ervaringen werden niet aangegeven en redenen om aan incest of mishandeling te denken waren er beslist niet.

Enfin, ik kan er geen kaas van maken.

En wat je ziet is een intelligent en *verschrikkelijk* opgewekt jongetje, dat steeds molliger wordt door het vele eten en snoepen, dat zijn gebrek vrolijk draagt maar in huilen uitbarst als iemand daar iets van zegt. In werkelijkheid lijdt hij er ongetwijfeld toch erg onder, en naarmate de maanden verstrijken en het herstel maar langzaam vordert is hij bij tijden wanhopig.

Zijn onderlichaam is vanaf de liezen volstrekt gedissocieerd; diverse malen maakt hij een tekening van zichzelf en dan als een jongen zonder benen.

We voeren in zulke gevallen een tweesporenbeleid: enerzijds een sterk accent op de somatische kant, in zijn geval door frequente fysiotherapie. Onze fysiotherapeuten zijn vanwege het conversieproject zeer vertrouwd met dit type stoornissen, dus dat maakt een gecoördineerde behandeling een stuk makkelijker. Op de afdeling wordt het gebruik van de rolstoel zo onaantrekkelijk mogelijk gemaakt door alle mogelijke ziekte winst uit te schakelen. We spreken niet van 'rolstoel' maar van 'rotstoel' en hij moet bv. zonder hulp aan tafel op een gewone stoel gaan zitten, en mag niet geduwd worden.

Nu wat meer over de toepassing van hypnose. Hoewel hij enthousiast zegt te zijn over hypnotherapie en bij afname van de Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children hoog scoort, toont hij buitengewoon veel weerstand als het op daadwerkelijke therapeutische toepassing aankomt.

Hoewel, eigenlijk maar op één van de twee fronten waarop we,



volgens het overeengekomen behandelplan, met hypnose zouden werken.

Hypnose heeft bij zulke klachten namelijk in principe twee aangrijpingspunten: enerzijds een cognitief-suggestief aspect, anderzijds een exploratieve functie.

Nu, u raadt het vast wel: het laatste levert veel weerstand op, maar het eerste lukt uitstekend. Ik laat hem in hypnose zijn zenuwbanen van en naar zijn benen visualiseren en suggereer dat er zich op drie punten, nl. bij binnenkomst in het ruggemerg, in de hersenstam en in de hersenschors stoplichten bevinden die in beide richtingen op rood staan. Hij kan zich dat uitstekend voorstellen en het lukt hem dan ook om de onderste en de middelste stoplichten successievelijk op groen te zetten. In hypnose heeft hij al snel weer enig gevoel in zijn benen en kan hij ook meer met zijn benen doen dan buiten hypnose. Maar denkt u nu niet dat hij plotseling als een kievit kan lopen; dat gebeurt alleen in films en romans. Aan zijn groepsgenoten vertelt hij stralend hoever het er al mee staat. Het grappige van pubers is dat ze daar helemaal geen moeite mee hebben.

Anderzijds blijf ik hameren op de noodzaak de dieperliggende oorzaak te vinden en daar is hij het op zichzelf wel mee eens. Toch volgt een kat-en-muisspel. Daarom heb ik altijd het gevoel behouden dat het een en ander verborgen is gebleven. Wat in geleide fantasieën wèl herhaaldelijk naar voren komt zijn angstige achtervolgingsfantasieën, waarbij hij door volwassen mannen achterna wordt gezeten. Zulke verhalen worden dan abrupt afgebroken of er wordt een zeer onwaarschijnlijke punt aan gedraaid.

Daarom wéét ik het werkelijk niet, maar het zou een aanwijzing kunnen zijn dat hij ooit eens is aangerand en dat dit nog steeds sterk wordt afgeweerd. Het kan ook zijn dat hij als kind, op grond van waarschuwingen van de kant van zijn ouders en

onderwijzer en sensationele verhalen van leeftijdgenoten, last had van zulke angstige fantasieën - want het is een uiterst suggestibel ventje!

Het laatste is niet onwaarschijnlijk, gelet op het vervolg. Na vijf maanden kan hij volledig genezen en heel opgewekt en levendig de kliniek verlaten en weer naar zijn eigen school terug. De behandeling wordt poliklinisch voortgezet. Hij wordt weer een fanatieke basketballer en voetballer. Hij gaat weer naar school (brugklas) waar hij redelijk kan meekomen.

Dan treedt er een opmerkelijke symptoomverschuiving op: nu vertoont hij een ernstige en hardnekkige angststoornis. Hij verzekert me dat hij die altijd al gehad heeft, maar noch uit de eerdere onderzoeken noch uit navragen bij zijn ouders blijkt daar ook maar iets van. Hij zegt er zelf van dat hij er nooit voor heeft durven uitkomen omdat zijn vader het niet zou hebben geloofd en zijn moeder er niet tegen had gekund.

Wat behelst de angst die met regelrechte paniekaanvallen gepaard gaat? Dat er op straat op hem wordt geschoten, uit revolvers, geweren of mitrailleurs. Overigens leidt dit nauwelijks tot vermijdingsgedrag! Ook rapporteert hij af en toe angstige dromen waarin monsters op hem afkomen waar hij kinderlijk-primitieve tekeningetjes van maakt. Hypnotische procedures voor de angsten hadden weinig effect, zodat ik ben overgegaan op een andere aanpak die nu resultaat begint op te leveren. Waar komt die op neer? Enerzijds moet hij veel oefenen met over straat te gaan, met vriendjes maar ook alleen. Dat doet hij trouw omdat hij me vertrouwt als ik uitleg dat dit in het belang van zijn therapie is, maar af en toe is het een ware hel voor hem, zegt hij. Hij houdt er een dagboekje voor bij.

Verder maak ik gebruik van zijn suggestibiliteit. Voorbeeld: Hij is bang op zijn eigen kamer. Ik opper: "Stel dat er een inbreker

is binnengeslopen en jou opwacht. Doe dan net als James Bond - die is ook niet gek. Die controleert zijn hotelkamer ook bliksemsnel en systematisch en laat zich niet verrassen."

Hij is enthousiast en voert het zo uit. Het gaat acht weken lang goed. Dan bedenkt hij dat de inbreker ook binnen kan sluipen *terwijl* hij aan zijn huiswerk zit. Dat kan hetzij door de deur, waar Marcel met zijn rug naar toe zit, of door een luchtkanaal dat van de keuken (beneden hem) door zijn kamer naar het dak loopt. Enfin, dan is mijn advies om een elektrische verklikker onder de deurmat aan de buitenkant van zijn kamerdeur te monteren en om een inspectie op het dak te verrichten naar de wijde van de schoorsteen. Als daar iemand doorheen zou kunnen krijgt hij van mij twee rolletjes snoep en anders krijg ik ze.

Voor het overige neemt hij gedurende zijn veertiendaagse poliklinische bezoeken mijn computer in bezit en stopt hij daar -slordig en gehaast- telkens meer programma's en spelletjes in, zonder daar ooit feitelijk mee te spelen. Hij lijkt te genieten van mijn volstrekte onnozelheid in deze software materie.

Hoe serieus moet ik zijn angsten nu nemen? De ene keer bagatelliseert hij ze en de andere keer dramatiseert hij ze door er met betraande ogen over te praten.

\*

## Seksueel Misbruik

door A. Lange

Er is de laatste jaren flink wat te doen geweest over seksueel misbruik. Het is goed dat hieraan meer aandacht wordt besteed dan decennia geleden. Ik laat me daarin ook niet geheel onbetuigd, zoals blijkt uit de ontwikkeling van vragenlijsten met behulp waarvan men in een vroegtijdig stadium bij patiënten seksueel misbruik, dat in het verleden heeft plaatsgevonden, op kan sporen. Een fraaie publicatie, die door een onzer redacteuren (hooggeleerde CAL) kritisch is beoordeeld, komt waarschijnlijk in het tweede nummer van Dth.

De Eper-zaak heeft ons natuurlijk allen beziggehouden. Ik weet niet hoe het met u is, maar vanaf het moment, dat ik Yolanda bij Sonja op de TV zag, heb ik haar niet geloofd. De feiten op grond waarvan Wagenaar argumenteert dat Yolanda, al of niet opzettelijk, vele leugens heeft gedebiteerd, lijken bovendien zeer steekhoudend. (Overigens zal er wel iets waar zijn van wat zij zegt, al is ook dat niet helemaal zeker).

Naar ik begrepen heb, kent onze redacteur Van der Velden van nabij enkele patiënten, die op megalomane wijze verslag doen van seksueel misbruik dat op onmogelijke wijze kan hebben plaatsgevonden. Ik zou van hem daar graag wat meer over horen. Om de discussie te entameren heb ik bijgaand artikel uit de Newsweek van 14 maart 1994 voor u gekopieerd. Het gaat hier om een hooggeplaatst iemand (een kardinaal) die van pedofiel misbruik beschuldigd is geweest. Pas jaren later blijkt dat er nul komma nul van waar was. De 'herinneringen' bij het 'slachtoffer' waren door enthousiaste hulpverleners geïmplantéerd.

## BACK OF THE BOOK

# Was It Real or Memories?

**Mind:** The collapse of charges against a cardinal raises questions about 'assisted' claims of sexual abuse

**H**E HAS BEEN A PRIEST FOR MORE than 40 years, a bishop for nearly 30 and a cardinal since 1983. But nothing in the life of Chicago's Cardinal Joseph Bernardin compares to the public humiliation that began three months ago when he was accused of sexually molesting an adolescent boy 17 years earlier. Coming as it did after a wave of pedophile-priest stories, the allegations suggested that even the most respected member of the American Catholic hierarchy was a secret sexual predator. Last week lawyers for plaintiff Steven Cook of Philadelphia dropped Bernardin from their sensational \$10 million civil suit. The "evidence" against the cardinal, it turned out, did not hold up and the accusations were false memories suggested, perhaps, by other people. For Bernardin, the news brought an early Easter deliverance, but the humiliation inflicted by the highly publicized accusations remains. "My life," he told NEWSWEEK, "will never be the same because of this."

The cardinal's ordeal is not unique—nor is it limited to clergy. In recent years, at least 7,000 families have been torn apart by charges of sexual abuse, according to the False Memory Syndrome Foundation in Philadelphia. In most cases, the accusations are brought by adult daughters against fathers long after the alleged incest. Fully one quarter of the charges involve both parents. And in one recent survey nearly 20 percent of alleged victims claim abuse through satanic rituals. The charges are always shocking, but not always true. The memory foundation, which has led the charge against the so-called assisted-memory movement, contends that hypnosis and other psychotherapeutic techniques are being misused in order to "recover" memories of early-childhood sex abuse. Many psychiatrists and other mental-health practition-

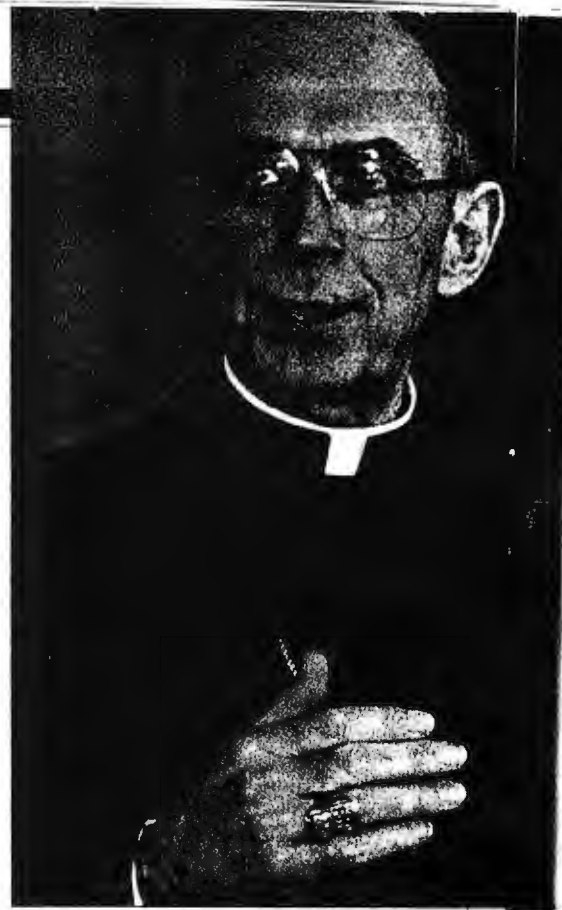


MARK LYONS—AP

**Last week he stopped recalling an event that had never happened**

ers believe that these memories are actually induced—innocently or by design—by the therapists themselves. And experts are alarmed by the ill-founded lawsuits and damaging publicity in the media that often follow. "Many of us believe we have another Salem-type witch-hunt situation," says Dr. Paul McHugh, head of psychiatry at the Johns Hopkins School of Medicine. "The Bernardin case demonstrates that false charges are being generated out of invalid means."

The case against Bernardin wobbled from the start. Cook, who has AIDS, initially accused another priest, Father Ellis Harsham, of sexually seducing him in the mid-'70s, when Cook was 17 and considering entering the priesthood in Cincinnati. (Harsham denies the charges; his civil trial opens in May.) Sometime later, Cook claimed to remember that Bernardin,



**Charges dropped:** Cardinal Bernardin in Chicago and Steven Cook in Philadelphia address the press

who was then archbishop of Cincinnati, also seduced him. Exactly when or how these memories surfaced—or who prompted them—is still buried in sealed depositions. But in a letter two months before the lawsuit, attorney Stephen Rubino of Ventnor, New Jersey, a flamboyant veteran in pressing pedophilia charges against the clergy, acknowledged that he was "gravely concerned about Cook's inability to remember the specifics of his visit when he was a junior in high school to the private quarters of Cardinal Bernardin," where the alleged seduction took place.

In October, Cook went to Michele Moul, a Philadelphia therapist, for help relating to the stress of his AIDS infection. During hypnosis administered by Moul, Cook reportedly recalled being seduced by Bernardin. Rubino then allowed his client to air his accusations in an exclusive interview with CNN. The tape was held until the morning of Nov. 12, when Rubino filed his civil suit, then aired repeatedly as part of a promotion for a CNN special on priests and pedophilia. Bernardin immediately denied all charges.

Cook's case depended heavily on memories "recovered" under hypnotism. But by last month, it was clear that Moul had none of the training or the credentials necessary for producing credible court evidence. Her master's degree is in applied psychology earned on weekends from a school found-



CHARLES CHERNEY—CHICAGO TRIBUNE

ed by a New Age guru, John-Roger, who claims to be the embodiment of a divine spirit. At the time she treated Cook, she had completed only three of the 20 hours required in a course on hypnotism. Apparently, she also had no idea that her session with Cook would be used as evidence in a lawsuit. During pretrial procedures, Cook was sent to a specialist in hypnotism, Cincinnati clinical psychologist William Wester II, who had treated Cook many years earlier, for a second opinion. That meeting persuaded Cook to drop the case.

Psychiatrists have long debated whether memories of infantile sexual abuse are real or, as Freud came to believe, normal fantasies to be outgrown. In the past decade, new attention to abuse was fueled by some feminists who worked hard to demonstrate that incest is more prevalent than previously supposed and that assisted memory recall is an essential tool in exposing perpetrators. Harvard University psychiatrist Judith Herman believes that society is going through a "messy" transition from denying incest and disbelieving victims to recognizing and punishing molesters. Until that social transition is complete, Herman expects a lot more "confusion" in both the therapeutic and the legal communities over reliable evidence. "Children are being abused at an alarming rate," insists Lenore Terr, a San

Francisco psychiatrist and author of a recent book on how children retrieve memories. "We can't minimize that because we have a few adults saying they are being fed bad memories." But feminists are now divided over the validity of assisted memory. "The polarization that has taken place within the women's movement over this issue is disastrous," says social psychologist Carol Tavris. Most worrisome, she says, is the extreme position she hears voiced by some partisans: "All that matters is your belief that you were molested as

**For the sitcom star—and her estranged parents—incest is no joke**

**His name is cleared, but the trauma of a false accusation lingers on**

The culture of abuse: Roseanne Arnold  
ANDREA RENAU—GLOBE



a young person. Don't look for corroborating evidence. The accusation is enough."

Critics do not deny that child abuse is a problem. What concerns them is the proliferation of unsubstantiated pseudomemories of childhood molestation. On the basis of a recent survey of more than 1,000 therapists, San Diego clinical psychologist Michael Yapko says he "became acutely aware of the degree to which they were misapplying hypnosis to recover memory, unaware that they were creating the very problem that they would then have to treat." As a result, the patient finds himself in a double bind: if he doesn't accept the diagnosis, he is in denial; if he does, he's an abuse victim.

"We have a large number of poorly trained, inept therapists who are propagating a cottage industry of discovering child abuse in their patients," warns New York psychiatrist Herbert Spiegel. A careless therapist, or one with an agenda, can actually lead his tranced clients wherever he wants them to go, he believes. "And a good hypnotic subject will vomit up just what the therapist wants to hear."

The American Psychological Association has created a task force to investigate the validity of recovered memories. The central problem is not hypnosis,

which few therapists use. Rather, it is the use of suggestion in any form to implant false memories. Moreover, mental-health experts are passionately divided between those who think that repeated sexual abuse in children can never be fully repressed—producing nightmares, perhaps, but not amnesia—and those who think that repression is the only way that very young children can survive such abuse.

But there is little that any organization can do to stem the popular belief—fed by recovery groups, victimization books and talk shows—that many people have abusive memories in need of recovery. TV comedienne Roseanne Arnold is a walking billboard for the current culture of abuse, charging in her new autobiography, "My Lives," that she, her sister and her daughter were sexually molested by her father—an accusation that her parents heatedly deny. "Therapists don't even have to suggest child abuse to clients now," says psychologist Ulrich Neisser of Emory University in Atlanta. "Patients come in the door saying, 'I'm sure I was abused but I can't remember. Can you help me?'" In such an atmosphere, the burden of proof, it almost seems, is on those who believe they have no bad memories to recover.

KENNETH L. WOODWARD with PETER ANNIN  
in Chicago. ALDEN COHEN in New York  
and bureau reports

### Over beslissen en heretiketteren, afl. 3

Alfred Lange

In een ver verleden (1984) heb ik verslag gedaan van een vijftigjarige man (dhr. O.) met een zg. beslisprobleem. Hij was gelukkig getrouwd maar hij had ook een vriendin (Maria). Die wilde nu meer. Zij was zwanger van hem en vond dat hij maar met haar moest gaan samenwonen. In ieder geval moest hij kiezen tussen haar en zijn vrouw. Hij wist niet goed wat te doen.

De befaamde Hoogduin-procedure werd toegepast, maar hielp hem niet. Logisch, want hij had eigenlijk geen beslissingsprobleem. Hij wilde met beide vrouwen doorgaan. Hij hield immers van zijn vrouw en van zijn vriendin. De therapeut complimenteerde hem met dit inzicht en stimuleerde hem om beide vrouwen een brief te schrijven waarin hij dit meedeelde. Degene die het er niet mee eens was moest dan maar consequenties trekken. Die kwamen er niet op korte termijn. De status quo bleef gehandhaafd, al dreigde de vriendin dat ze hem nog maar een half jaar gaf. Als hij dan nog niet 'met haar' zou zijn, zou ze elk contact met hem verbreken. Na enkele zittingen werd 'de therapie' afgesloten.

Follow-ups van rond de tien jaar komen niet zo vaak voor. In dit geval echter wel. Enkele maanden geleden werd ik namelijk opgebeld door de vriendin. Zij had goede herinneringen aan de paar gesprekken die we indertijd hadden gevoerd en wilde mij opnieuw consulteren, ditmaal over relatieproblemen met haar echtgenoot. Deze heette O. Het was haar toch gelukt om meneer O. tot een huwelijk te bewegen.

Te uwer informatie (en omdat ik indertijd had aangekondigd dat de publicatie waarschijnlijk vervolgd zou worden), laat ik hier weten hoe dit in zijn werk is gegaan. Meneer O. bleef in 1984 bij zijn vrouw, en Maria kreeg een dochter van hem. Zowel het huwelijk als de verhouding met Maria bleven in stand. Maar wat wil het 'toeval'? Twee jaar na de therapie valt mevrouw O. van de trap en overlijdt (op 47-jarige leeftijd). Wie nu denkt dat meneer O. daarna onmiddellijk bij zijn vriendin introk, heeft het mis. Dat doet hij pas acht jaar later. Pas dan ruimt hij de spullen van zijn vrouw op. Dat kon hij niet eerder over zijn hart verkrijgen. Waarschijnlijk heeft hij echt van zijn vrouw gehouden. Of zou dit allemaal toneelspel zijn om iets te verhullen?

#### Referenties

- Lange, A. (1984a). Over beslissen en heretiketteren. *TDT*, 10 (4).  
 Lange, A. (1984b). Over beslissen en heretiketteren 2. *TDT*, 10 (5).



# De opname in het APZ

*of te wel*

## *Niemand bemint het onvermijdelijke*

### **Inleiding**

In deze bijdrage wordt af en toe de ik en wij-vorm gebruikt. De reden is de leesbaarheid. Hoewel de auteur volledig achter de beweringen van de ikfiguur staat, is hij overigens niet van mening dat zijn persoonlijke ervaringen uniek of het optekenen in het bijzonder waard zijn, maar juist dat ze exemplarisch zijn voor velen van zijn generatie.

Tijdens mijn opleidingstijd in de zestiger en zeventigerjaren sprak een van mijn collega's woorden waaraan hij thans liever niet herinnerd wordt: "Het is gedaan met die boys!". Wij namen nog een slok, en knikten allen ernstig. We waren het geheel met de spreker eens dat het APZ binnen enkele jaren tot het verleden zou behoren, en dat geneesheer-directeuren van dat soort instellingen op zijn best beschouwd moesten worden als goed bedoelende, doch helaas mislukte collega's, en op zijn slechtst als psychopatische geldwolven, met een droevig gebrek aan eigenschappen die wij in overvloedige mate dachten te bezitten, nl. die zeldzame combinatie van intelligentie en een warm kloppend hart, waarvan een geringe dosis de mensen, van schizofreen tot dwangneuroticus, zo snel en volledig doet opknappen.

Voor ons was de gemiddelde APZ-bewoner een slachtoffer van slechte hulpverlening. Het werd tijd dat wij die obsoleete instituten, firm but gentle, binnen de korste keren zouden transformeren tot kwieke behandelinstellingen, waar het bed, dat gehate symbool van de onderdrukking van de emotioneel anders begaafde medemens, natuurlijk uitgebannen zou worden. Ik herinner me uit die tijd dat we serieus plannen maakten om een of ander ouderwets instituut over te nemen, wanneer wij aan de beurt zouden komen om het goed te doen.

We waren verder wel Hollander genoeg om Foudraine weinig serieus te nemen. "Eenzaam liep ik door het woud, hier was iedereen van hout", spotte Richard van Dyck goedmoedig. We hadden snel uitgerekend wat een dagje in Chestnut Lodge ongeveer zou moeten kosten, waren op de hoogte van het totale budget van de GGZ in Amerika, en de slechte manier waarop dit verdeeld was. We gunden iedereen zijn droom, maar wensten zelf in de realiteit te leven, de benaming die we aan onze eigen droom meegaven, concludeerden snel dat Jan in een verkeerde droom leefde, en dat het in Nederland zo gek nog niet was.

Ook in die tijd hadden APZ-en moeite om aan psychiaters te komen. Afgezien van persoonlijkheidskenmerken was onze arrogantie ook enigszins verklaarbaar door de regelmatige en verslavend-prettige voeding ervan. We hadden allemaal aanbiedingen op zak van instituten, die ons beleefd verzochten onze taakfunctieomschrijving en salaris zelf te komen dicteren. Het was kortom slechts een kwestie van tijd voor wij de nederlandse psychiatrie zouden kunnen overnemen. Jongens waren we, en ik durf toch zeggen dat we wel aardige jongens waren. We hadden allemaal ervaring in APZ-en, ook als verpleeghulp. We waren allemaal toegewijde, veelbelovende, bijna fanatieke dokters, overigens met meer dan een wolkje narcisme in de heldere koffie van onze onbeproefdheid.

Thans zijn we allemaal professor of directeur. We zijn niet meer voor of tegen het APZ. We zijn voor meer, en tegen minder van alles wat min of meer nodig is voor mensen met psychische en emotionele problemen. We geloven nog steeds meer in resultaten en de tevredenheid van de klanten dan in de grote verhalen, maar dat is dan ook zo ongeveer het enige waarin we geloven. We zijn opgegroeid als volwassen professionals in de beschermende schaduw van hetgeen we dachten te moeten bevechten. We erkennen dat, en we zijn dus min of meer succesvol vijftig geworden.

In het navolgende zal ingegaan worden op enkele aspecten van het proces van opname op de rekeneenheid bed door de ogen van een vijftiger.

### **Illusies en werkelijkheid**

Ik herinner me uit het begin van de medische studie dat ik wat onthutst was toen me, gelukkig vrij snel, duidelijk werd dat goede geneeskunde neer komt op het zo goed mogelijk aansluiten bij de zelfhelende vermogens van een organisme. Ik realiseerde me enigszins beschaamd dat ik diep in mijn hartje gedacht had dat het slechts een kwestie van tijd was voor de geneeskunde de hinderlijke foutjes in het ontwerp van de mens, die leiden tot veroudering, slechte weerstand tegen de microorganismen die de planeet met ons delen, of wildgroei van cellen, op het spoor zou komen. Daarna zou natuurlijk definitieve correctie volgen, zodat we allemaal in goede gezondheid minstens driehonderd konden worden. In reparatieve geneeskunde was ik, tot mijn schande, destijds minder geïnteresseerd. Ik was, zoals een vriendin mij vertederd mededeelde, een romanticus met negentiende-eeuwse, triomfalistische verwachtingen van de zegeningen die we konden verwachten van de (natuur)wetenschappen.

In de zeventiger jaren kreeg dat soort idealisme een revitaliserende, eigentijdse injectie binnen de psychiatrie. Naast de revolutie die de toepassing van moderne neuroleptica, antidepressiva, en last but not least, lithium teweeg brachten, werd veel verwacht van beloftevolle ontwikkelingen in de psycho- en milieutherapie.

In de zg. "directieve club", -waarvan de leden allemaal tot de eerderegenoemde "aardige jongens" behoorden,- waren we zeer geïmponeerd door de

gedragstherapie, maar in dat eerste uur waren onze echte helden de vertegenwoordigers van de communicatie- en systeemtheorie: o.a. Bateson, Watzlawick, Haly, Selvini Palazzoli, en, natuurlijk, Milton Erickson, de man die buiten en boven alles stond, en die als goeroe Freud moest opvolgen. Er gloorde de mogelijkheid van een niet mechanistische, niet medicamenteuze, holistische, humane, en causale aanpak van de grote psychiatrie. Zelfs de opname in een APZ kon binnen deze voortvarendheid geplaatst worden als een tijdelijke oplossing in noodgevallen, die, na onze moderne en adaequate aanpak, steeds minder nodig zou worden. Grootmoedig bedachten wij dat de slachtoffers van onze minder begaafde voorgangers natuurlijk recht op asyl hielden, omdat ze wellicht te zeer gehospitaliseerd waren om nog te kunnen profiteren van de nieuwe heilsleer. Voor de nieuwe gevallen moesten we evenwel streng zijn: Langsley had immers overtuigend aangetoond dat ambulante behandeling minstens even effectief was als opname? Weer een nieuwe Held!

We waren kortom hard op weg om een mooie nieuwe secte te worden. Wat ons uiteindelijk van het isolement, "et le ridicule qui tue", heeft gered, althans voorlopig, is een empirische en pragmatische instelling, wanneer we er tenminste voor zorgen dat dat geen nieuw geloof wordt. Allen zijn wij gelukkig lange tijd in leertherapie geweest op dat inspirerende, strenge, maar altijd toegankelijke kwaliteitsinstituut, De Praktijk. Een echt centre of excellence, omdat het er, in schrille tegenstelling tot de gang van zaken bij "echte leertherapie", niet voornamelijk gaat over het zieltje van de analysand, maar uitsluitend over de impact van diens handelen op de relevante omgeving.

## **De opname toen en nu.**

### *Toen*

Mijn eerste contact met de echte psychiatrie vond plaats in 1972 tijdens mijn stage inrichtingspsychiatrie. Een ding was hetzelfde als nu: we namen patiënten op, als anderen dat nodig vonden. Misschien gold dat toen nog wel meer dan nu. Er werd nog nauwelijks via de polikliniek van het instituut opgenomen, om de eenvoudige reden dat die polikliniek nog vrijwel niet bestond.

De opnames konden plaats vinden op alle afdelingen, met uitzondering van de afdelingen voor lang verblijf, en de afdelingen voor mensen van boven de vijftenzestig. Het resultaat van dit beleid, of gebrek aan beleid, was dat op vele afdelingen zich mensen met zeer uiteenlopende toestands- en ziektebeelden bevonden, in zeer uiteenlopende fasen van behandeling of wat daar voor door moest gaan. De sfeer op de afdelingen leek op die van een, zeker niet onvriendelijke, zeer paternalistische, en volstrekt autocratisch geleide jeugdherberg met zeer slechte tot matige materiele voorzieningen. De "vaders en moeders" van de herbergen woonden in ruime getale op de bovenste verdieping, en er werd verwacht dat ze in geval van nood beschikbaar waren. De bewoners

van de jeugdherberg werden beschouwd als een soort marsbewoners. Ze leken zoveel op de mensen aan de goede kant van het bureau dat ze in het algemeen tamelijk goed verzorgd werden. Hun mededelingen konden echter zelden op meer dan welwillende onverschilligheid rekenen. Het was de tijd van het totaal-instituut om bestwil. Als twee bewoners werden "betrapt" op een relatie, was dat een punt van overleg tussen de leidinggevenden, en er werden maatregelen getroffen, om het gedrag minimaal aan banden te leggen, en liefst onmogelijk te maken, want je wist maar nooit wat voor narigheid ervan kon komen. Zwakbegaafde vrouwen kregen routinematig een spiraal, of een prikpil. Het werd als slechte "geneeskundige" zorg beschouwd, wanneer een arts dit soort maatregelen niet trof.

Vele patiënten waren bekend van eerdere opnames. Het was nog voor de algemene toepassing van lithium als profylactisch middel bij affectieve stoornissen en depotneuroleptica bij psychosen. Mensen die vaak terugkwamen, en moeilijk behandelbaar waren, kregen soms een opiumkuurtje, of een sluimerkuur. De mensen die ik daarover sprak, vonden dat nogal aangenaam, en ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat sommigen het uitsluipen van de behandeling met tinctura opii crocata zo lang mogelijk rekten. Elke vrijdagmiddag werden een groot aantal patiënten geshocked, in het merendeel van de gevallen op basis van een indicatie die ook in 1993 te verdedigen zou zijn. Er werden echter ook, overigens bij hoge uitzondering, -het was echt niet vergelijkbaar met "One flew over the cuckoo's nest",- zogenaamde "strafshockjes" gegeven bij hardnekkige gedragsstoornissen. Wat mij met terugwerkende kracht schokt in 1993 is het destijds volstrekt geïnstitutionaliseerde gebrek aan belangstelling voor de mogelijkheid om gedrag als een wellicht vervelende, maar toch normale reactie op de omgeving te zien. Elke uiting trachten wij te verklaren binnen de vage diagnostische beschrijvingen die we hanteerden. Mensen die, soms wanhopig, probeerden om de bewoners als gewone mensen te zien, werden op z'n best beschouwd als jeugdige idealisten, die nog wel verder door de praktijk gevormd zouden worden, en op zijn slechtst als nieuwlichters, die in hun narcisme niet begrepen dat ze met ernstig zieke, en afhankelijke mensen van doen hadden, kortom als professionals die hun primaire plicht verzaakten. Ook in 1993 trouwens zijn psychiaters nog niet dol op de V71.09, de DSM-3 vertaling van het zinnetje dat ik als neuroloog honderden malen gebruikt heb: "Op mijn terrein geen afwijkingen".

Op de afdelingen voor langdurig verblijf waren de meeste mensen met een machtiging opgenomen, die, vrijwel zonder controle, routinematig periodiek verlengd werd. De meeste mensen die er al langer waren hadden overigens geen flauw idee van hun juridische status. In de praktijk waren er ook weinig consequenties, het werd beschouwd als een voor het bestwil ingebouwde zekerheid, die de dokter verondersteld werd zonder ophef te regelen. Wanneer

een verlof niet goed verliep konden de patiënten zonder veel administratieve rompslomp heropgenomen worden.

Justitiepatiënten waren er ook wel eens. Het betrof merendeels nogal ongevaarlijke mensen. Ik herinner me een exhibitionist, die regelmatig werd opgenomen, omdat "het" weer eens gebeurd was. De behandeling bestond uit restricties in de bewegingsvrijheid, veel goede raad en pogingen tot chemische castratie met hormonen of incisieve neuroleptica. Ik herinner me ook een droeve achtenzeventig-jarige, die na een geheel onopvallend leven, in een opwelling van razende woede zijn vrouw min of meer per ongeluk had doodgeslagen. Gekweld door schuldgevoelens maakte hij, geheel ongevaarlijk, zijn jaar in het APZ vol. Een week voor zijn ontslag pleegde hij zelfmoord, en liet een brief achter vol verontschuldigen voor de last die hij veroorzaakt had.

### *Nu*

In datzelfde APZ is in 1993, grofweg, het aantal bedden met twintig procent verminderd, en van die bedden is bijna twintig procent geen bed meer, maar een stoel. Het aantal academisch gevormden dat zich met met de directe patiëntenzorg bezig houdt is vertienvoudigd, en het totale personeelsbestand drie tot vier maal zo groot. Het aantal opnames is, op de verminderde capaciteit, gestegen van ongeveer tweehonderdvijftig tot vijftienhonderd. Het aantal poliklinische consulten is gestegen van enkele honderden tot tweehonderd per jaar. Er zijn aparte categorale afdelingen voor verslavingszorg, jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie, SGA, biologische psychiatrie en psychogeriatric, alles binnen die verminderde totale capaciteit.

De PVP is in de praktijk een zeer gewaardeerde medewerker geworden, alleen mogen we dat natuurlijk niet zo noemen. Met zijn allen proberen we het soms onoplosbare op humane wijze hanteerbaar te houden. Juristen van diverse pluimage zijn kind aan huis en vervullen hun soms louter rituele, en soms zeer noodzakelijke rol, zo ongeveer als hulpverleners dus. Er bestaat een zeer groot respect voor de rechten van de medeburger die tegen zijn zin opgenomen, of anderszins aan dwang of drang onderworpen moet worden. Geleidelijk is het besef doorgedrongen dat een systeem dat optimale duidelijkheid en garanties ten aanzien van de rechtsbescherming en een zorgvuldige procesgang biedt, ook een gunstige invloed zou kunnen uitoefenen op de ontvankelijkheid van de hulpbehoevenden voor de richtlijnen van hun helpers.

Met de voorzitter van de patiëntenraad stem ik regelmatig zorgvuldig af hoe we, met de zeer uitstekende relatie die we hebben, de geloofwaardigheid naar de achterbannen kunnen bewaren. De mensen die langdurig verblijven zijn blij met de verbeterde huisvesting en de plannen om de zelfstandigheid in het wonen nog verder te bevorderen. Er gaan wel stemmen op onder de patiënten die de vrees vertolken dat de kwaliteit van de verzorging zal verminderen. Ze zijn bang dat ze

naar de stad moeten, ze komen op landelijke vergaderingen lotgenoten tegen die verhalen van de gevolgen van te snelle en te rigoureuze gedwongen zogenaamde emancipatie van kwetsbare mensen.

Veel meer dan vroeger realiseert men zich dat samenwerking en netwerkvorming een sine qua non zijn voor een volwassen taakvervulling in de GGZ. Dit geldt in het bijzonder voor de meest kwetsbare en de meest problematische bewoners en patiënten. Exemplarisch in dit verband is de forensische psychiatrie, en de rol van de districtopsychiater als onmisbare vertegenwoordiger van justitie in de psychiatrie. Dit blijkt duidelijk uit de nog jonge praktijk van onze FPA-afdeling. Er zitten niet alleen maar ongevaarlijke mensen. Er zitten mensen waar het eigenlijk nergens prima mee gegaan is, en die een kans krijgen om via het FPA-bruggetje in een gewone GGZvoorziening terecht te komen, en met uitzondering en ondersteund door veel ambuante begeleiding, in de samenleving. Samenwerking en openheid over voorwaarden waaronder behandeling of begeleiding kan plaats vinden vormen essentiële voorwaarden voor het tot stand komen van een enigszins effectieve aanpak. Hier geldt dat vorm even belangrijk is als inhoud. Een citaat van klinisch psycholoog Pierre Stalman, de behandelcoördinator van onze Forensisch Psychiatrische Afdeling: "Ons is gebleken dat een duidelijke en complete beschrijving van de voorwaarden waaronder een plaatsing geschiedt, besproken met alle betrokken instanties, met consensus aangaande maatregelen en sancties, en verantwoordelijkheden, de voorwaarde is voor het slagen van een plaatsing. Onenigheid in deze leidt heel snel tot bevestiging van vooroordelen tegenover elkaar en obstakels in grensverkeer. Een goede kadering van de plaatsing is beter gegarandeerd bij een structureel overleg tussen instanties, c.q. bekendheid tussen betrokken personen". ..... "Het milieu waarin de patiënt geplaatst wordt zal de eigenschappen moeten hebben die nodig zijn voor de behandeling. Duidelijke randvoorwaarden waarbinnen de behandeling vorm krijgt zijn dus als water voor de vis".

Dat noem ik dus volwassen.

### **Tot slot**

In een modern APZ is een opname slechts een van de vele dingen die nodig kunnen zijn voor mensen met psychische of emotionele problemen en handicaps, en het APZ is slechts een van de ondernemingen die diensten aanbieden binnen de GGZ. Het valse triomfalisme is goeddeels verdwenen. Met de komst van de BOPZ lijkt de rechtsbescherming van kwetsbare medeburgers optimaal gegarandeerd te worden, en de onvermijdelijke bureaucratisering nemen we even op de koop toe.

Het "bed" is anno 1993 voornamelijk een rekeneenheid op basis waarvan budget binnengehaald wordt.

Het lijkt allemaal aardig geregeld te zijn. Je zou bang worden om te bekennen dat je ongelukkig bent. Ik hoop dat we de romantische overdekking en ontkenning van het feit dat we nog niet zoveel echt begrijpen van mensen met psychische problemen, het triomfalistische geschetter van de zestiger jaren, niet inruilen voor het ernstiger afweermechanisme van een doodse, postmoderne nieuwe zakelijkheid. Wij moeten enige sympathie houden voor de kleine hulpverlener in ons, die Ischa Meijer neerzet in het volgende sonnet:

*Soms loop ik 's nachts naar het Victorieplein  
Als kind heb ik daar namelijk gewoond.  
Aan vaders hand zijn zoon te zijn  
Op moeders schoot te zijn beloond*

*Om niet. Om niet is het dat ik hier ga  
De vrieskou in mijn jas laat dringen  
Alsof de tijd zich ooit zou laten dwingen,  
Terwijl ik roerloos in de deurpost sta*

*Om terug te keren. En zo moeilijk is de gang  
Om tot dit simpel inzicht te geraken  
Dat ik geen kind meer ben, dat ik verlang*

*Naar iemand die nooit kon bestaan.  
Een jongetje die alles goed zou maken  
De tijd die stil stond en hem liet begaan.*

We moeten er wat poëzie en kwetsbaarheid inhouden. Dat vindt in ieder geval,

Leen Joele, zenuwarts. Algemeen directeur APZ Bloemendaal.

**HULP BIJ ZELFDODING**

Kees Hoogduin.

---

Na bijna tien jaar is de zaak afgesloten. Het is niet te geloven: niet omdat de verdachte netjes werd ontslagen van rechtsvervolging, zodat de door twee ministers gewenste jurisprudentie was ontwikkeld, maar gewoon omdat een officier van justitie zijn beroep in cassatie te laat heeft ingediend. Een soort nachtkaars dus; een negeneneenhalf jaar durende rechtsgang en f. 120 000,00 (u leest het goed) advocaatkosten.



15 maart 1994

Strafkamer

nr. 96.482

SM

# Hoge Raad der Nederlanden

## Arrest

op het beroep in cassatie  
tegen een arrest van het  
Gerechtshof te 's-Gravenhage  
van 25 mei 1993 alsmede tegen  
alle op de terechtzitting van  
dit Hof gegeven beslissingen  
in de strafzaak tegen:

Cornelis Antonius Leo Hoogduin, geboren te Leiden op  
18 november 1942, wonende te Leiden.

### 1. De bestreden einduitspraak

Het Hof heeft in hoger beroep - met vernietiging van  
een vonnis van de Arrondissementsrechtbank te Rotterdam  
van 23 juni 1992 - de verdachte ter zake van "medeplegen  
van het opzettelijk een ander de middelen tot zelfmoord  
verschaffen, terwijl de zelfmoord volgt" niet strafbaar  
- verklaard en ontslagen van alle rechtsvervolging.

## 2. Het cassatieberoep

2.1. Het beroep is ingesteld door de Procureur-Generaal bij het Hof. Deze heeft een middel van cassatie voorgesteld.

2.2. Mr. E.Ph.R. Sutorius, advocaat te Arnhem, heeft namens de verdachte het beroep tegengesproken.

## 3. De conclusie van het Openbaar Ministerie

De Advocaat-Generaal Meijers heeft geconcludeerd tot niet-ontvankelijkverklaring van de Procureur-Generaal in zijn beroep.

## 4. Beoordeling van de ontvankelijkheid van het cassatieberoep

4.1. Ingevolge art. 433, eerste lid, Sv, zoals die bepaling luidde tot de inwerkingtreding op 1 mei 1992 van de Wet van 27 november 1991, Stb. 663, is het Openbaar Ministerie op straffe van niet-ontvankelijkheid verplicht tegelijk met of binnen de tien dagen volgende op het instellen van het cassatieberoep een schriftuur in te dienen, houdende zijn middelen van cassatie.

4.2. Bij genoemde wet is die termijn gesteld op een maand, doch ingevolge art. VII van deze wet heeft die wijziging geen gevolg voor strafzaken die vóór het

tijdstip van inwerkingtreding van deze wet reeds ter terechtzitting in eerste aanleg aanhangig zijn gemaakt.

4.3. De onderhavige zaak is ter terechtzitting in eerste aanleg aanhangig gemaakt door het doen uitgaan van een inleidende dagvaarding welke blijkens de akte van uitreiking is betekend op 4 maart 1992, zodat in deze zaak voor het Openbaar Ministerie nog de termijn van tien dagen voor het indienen van de schriftuur geldt.

4.4. De Procureur-Generaal heeft blijkens de daarvan opgemaakte akte cassatie ingesteld op 4 juni 1993, terwijl de schriftuur op 23 juni 1993 ter griffie van het Hof is ingekomen.

4.5. Uit het vorenoverwogene volgt dat de schriftuur niet tijdig is ingediend, zodat de Procureur-Generaal in diens cassatieberoep niet kan worden ontvangen.

## 5. Beslissing

De Hoge Raad verklaart de Procureur-Generaal niet ontvankelijk in diens beroep.

Dit arrest is gewezen door de vice-president Haak als voorzitter, en de raadsheren Mout en

Van Erp Taalman Kip-Nieuwenkamp, in bijzijn van de  
waarnemend-griffier Geeve, en uitgesproken op  
15 maart 1994.

Coll. II-ER

## Dissociatieve stoornissen als een diagnostische categorie

Richard van Dyck

### inleiding

Volgens Ellenberger (1970, p.127), de historicus van de hypnose en de dynamische psychiatrie, dateert de eerste uitvoerige beschrijving van een geval van multipele persoonlijkheid (MPS) uit 1791 en is van de hand van de Duitse magnetiseur Gmelin. Van nog eerdere datum, onder andere van Paracelsus, zijn enkele minder uitgebreide vermeldingen gedocumenteerd die als verwante beelden geïnterpreteerd zouden kunnen worden. Overigens werden tot aan de Verlichting in Europa regelmatig gevallen van bezetenheid vermeld; verondersteld wordt dat bezetenheid voor de westerse cultuur als de historische voorloper van de multipele persoonlijkheid opgevat mag worden. De verschillende vormen van bezetenheid die in de transculturele psychiatrie nog steeds gangbaar zijn, worden in elk geval bij de dissociatieve stoornissen ondergebracht. Dissociatieve stoornissen zijn dus niet nieuw en niet beperkt tot onze maatschappij. De casus van Gmelin betrof een jonge Duitse vrouw die soms in haar gedrag en taal zich als een Française presenteerde. Op die momenten sprak zij vloeiend Frans en kon alleen met een zwaar Frans accent Duits spreken. Ze herinnerde zich ook niets meer over haar Duitse leven. Omgekeerd, was zij tijdens haar Duitse bestaan niet op de hoogte van haar Franse identiteit. Gmelin was in staat om met een beweging van zijn hand de overgang van Frans naar Duits te bewerkstelligen, en vice versa. Helaas voor Gmelin is dit beeld niet de medische literatuur ingegaan als het

syndroom van Gmelin. Met een meer neutrale naam zou deze stoornis misschien minder aanleiding gegeven hebben tot controversen dan later met de term multipele persoonlijkheid het geval is geworden. Dit beeld, en de hele categorie van de dissociatieve stoornissen, is de laatste jaren sterk in de belangstelling, zoals dat ook aan het begin van de eeuw het geval is geweest.

In deze bijdrage wordt ingegaan op enkele aspecten van deze controverse. Om te beginnen bespreken we enkele resultaten uit het onderzoek met betrekking tot het fenomeen dissociatie. We besteden verder vooral aandacht aan "het vlaggeschip" van de dissociatieve stoornissen, de Multipele Persoonlijkheidsstoornis, recent in de DSM-IV herdoopt als "Dissociatieve Identiteitsstoornis" (DIS). Aan de orde komt in hoeverre multipele persoonlijkheid als een artefact of als een genuïne stoornis gezien moet worden. Verder gaan we in op de vraag of de categorie dissociatieve stoornissen recht van bestaan heeft. Tot slot wordt commentaar gegeven op de huidige diagnostische criteria van het MPS syndroom.

Behalve naar de literatuur over dissociatieve stoornissen, wordt verwezen naar het onderzoek over hypnose: beide fenomenen zijn onderhevig aan gelijklopende conjunctuurschommelingen in de wetenschappelijke belangstelling en ook de controverses over beide onderwerpen vertonen inhoudelijke overeenkomsten.

Niet alleen onderzoekers op het terrein van de hypnose, vooral klinici (Boon & van der Hart, 1988; van der Kolk & van der Hart, 1989) hebben de laatste decennieën een hernieuwde belangstelling ontwikkeld voor het dissociatieconcept. De grotere aandacht voor posttraumatische stress stoornis die ook in de Amerikaanse psychiatrie sinds de Vietnamoorlog is ontstaan heeft daarbij een grote rol gespeeld. Een andere belangrijke factor die heeft geleid tot nieuwe aandacht voor dissociatieve verschijnselen was de "herontdekking" van kindermishandeling en incest en de laattijdige gevolgen daarvan op de geestelijke gezondheid (vgl Draijer, 1990; Ensink, 1992). Zoals we verder zullen zien is er een uitgesproken verband tussen dissociatieve symptomen en vroegere mishandeling of traumatisering.

Onderzoek naar het fenomeen dissociatie

Dissociatie is een concept dat door de Franse filosoof en psychiater Pierre Janet (1859-1947) werd ingevoerd. Hij ontwikkelde het begrip uit de klinische praktijk met hysterische patiënten. De essentie van het dissociatieconcept is dat de integratie van psychische functies zoals emoties, herinneringen, identiteitsbesef en cognities, niet vanzelfsprekend is, maar onder tal van omstandigheden verstoord kan raken. Met name een ernstig trauma kan aanleiding geven tot dissociatie van de herinnering aan dat trauma, met andere woorden, leiden tot amnesie. In het begin van deze eeuw was de belangstelling voor dit concept en voor de patiënten die deze vorm van pathologie vertoonden aanzienlijk, om daarna geleidelijk nagenoeg te verdwijnen. Een van de redenen die als verklaring hiervan wordt genoemd is de opkomst van het rivaliserende concept van verdringing zoals dat door Freud werd beschreven. Aangezien de Freudiaanse school veel meer invloed verkreeg op de psychopathologie, raakte het dissociatieconcept in onbruik. Er is een overeenkomst tussen beide begrippen: dissociatie en verdringing geven beide aan dat bepaalde psychische inhoud buiten het bewustzijn worden gehouden. Er is ook een verschil: Freud bedoelde met verdringing vooral een proces waarbij vanuit de persoon zelf afkomstige agressieve of libidineuse impulsen worden afgeweerd. Janet beschreef dissociatie daarentegen als een proces waarbij van buiten de persoon komende bedreigende of traumatiserende invloeden buiten de normale integratie van herinneringen bleven, maar als afgesplitste bewustzijnskernen toch nog konden voortbestaan. Deze afgesplitste bewustzijnskernen konden zich manifesteren via symptomen zoals psychogene verlammingen. Janet gebruikte hypnose om de herinnering aan de traumatische gebeurtenissen te reactiveren en alsnog een integratie te bereiken.

Het moderne onderzoek naar hypnose heeft sterk bijgedragen tot de herleving van het dissociatieconcept. Een vooraanstaand onderzoeker op dit gebied was Ernest Hilgard (1965, 1977), die o.a. schalen ontwierp waarmee de mate van hypnotiseerbaarheid gemeten kan worden en die veel onderzoek verrichtte naar verschillen tussen hoog en laag hypnotiseerbare personen. Ter verklaring van bepaalde hypnotische fenomenen ontwikkelde hij de "neo-dissociatietheorie", die voortbouwde op de opvattingen van Janet. Hilgard bracht de gedachtengang van Janet meer in overeenstemming met tegenwoordige inzichten uit de cognitieve psychologie. Hij beschreef het cognitieve functioneren als een reeks van parallele processen, waarbij sprake is van een hiërarchie van controlesystemen. Dissociatie houdt een verstoring van de normale hiërarchie in, waarbij cognitieve subsystemen tot op zekere hoogte onafhankelijk gaan functioneren. Hilgard stelde dat dissociatie niet alleen optreedt bij pathologische toestanden zoals psychogene amnesie, maar ook een onderdeel is van meer alledaagse ervaringen. Een voorbeeld dat voor velen herkenbaar zal zijn is dat van de bestuurder van een auto die in een boeiend gesprek is gewikkeld en pas bij aankomst merkt dat hij ter plaatse is. De bewuste aandacht was geheel op de conversatie gericht en het autorijden werd kennelijk aan de "automatische piloot" overgedragen. Ook hypnose is volgens Hilgard te beschouwen als een dissociatief fenomeen: bijvoorbeeld bij suggesties tot ongevoeligheid voor pijn vindt dissociatie plaats van de pijnervaringen: deze dringen niet meer door tot het bewustzijn, terwijl het lichaam ze overigens wel registreert.

Recent zijn vragenlijsten ontwikkeld waarmee de neiging tot dissociatie gemeten kan worden. Met deze instrumenten, de Dissociative Experiences Scale (DES) (ref) en de Dissociation Questionnaire (DIS-Q) (ref), is onderzoek verricht bij de Canadese, respectievelijk Nederlandse en Vlaamse bevolking en onder diverse patiëntengroepen. De bevindingen die hieruit volgen steunen de opvatting van o.a. Hilgard: een geringe mate van dissociatieve ervaringen is geen zeldzaamheid onder normale personen. De meer uitgesproken, pathologisch te noemen vormen



van dissociatie, zoals amnesie, treffen we vooral aan bij de personen die lijden aan dissociatieve stoornissen zoals MPS. Ook bij patiënten met boulimie wordt een relatief hoge mate van dissociatie gevonden, evenals bij patiënten met een posttraumatische stress stoornis. Uit deze en uit tal van andere studies volgt eveneens steun voor de opvatting van Janet dat (pathologische) dissociatie vooral voorkomt bij personen met een traumatische voorgeschiedenis (refs).

Al met al is het onderzoek rond het dissociatieconcept nog zeer beperkt. Voor een belangrijk deel vond het plaats bij de bestudering van hypnotische fenomenen. Voor verschijnselen die in hypnose- experimenten gezien worden als een manifestatie van dissociatie, moet echter steeds met een alternatieve verklaring rekening gehouden worden: goed hypnotiseerbare proefpersonen zijn per defintie zeer suggestibel en zijn geneigd om de gewilde of ongewilde aanwijzingen die de proefleider geeft over de te verwachten resultaten ook op te volgen. Met andere woorden: de proefpersonen geven het soort reacties dat de onderzoeker hoopt te verkrijgen. Dit staat in de onderzoeksliteratuur bekend als "compliance" van de kant van de proefpersoon; de ongewilde aanwijzingen die in de proefopstelling verborgen zijn heten de "demand characteristics" (refs). Beide fenomenen zijn ook van belang bij de studie van dissociatieve stoornissen, omdat, zoals we zullen zien, deze patiënten zeer hypnotiseerbaar en suggestibele personen zijn.

Hilgard (1977) ontwikkelde in de loop van zijn onderzoek het naar hypnotische fenomenen het concept van de "hidden observer". Dit was het gevolg van een toevallige observatie in de loop van experimenten over pijnreductie ten gevolge van hypnotische analgesie. Een gehypnotiseerde proefpersoon die onder hypnose een pijnlijke proef onderging en daarbij aangaf weinig of geen pijn te ervaren, had tegelijkertijd de opdracht tot automatisch schrijven. Daarbij schreef hij op dat hij "verdomde pijn" had, maar achteraf meldde hij dat hij zich die pijn niet bewust was geweest en niet wist wat hij geschreven had. Hilgard concludeerde hieruit dat er mogelijk een coverte of verborgen pijngewaarwording blijft bestaan, die echter niet meer tot het

bewustzijn doordringt. Hij besloot dit meer systematisch te onderzoeken en kwam zo tot zijn hidden observer experimenten. De proefopstelling die hij daarbij gebruikte is als volgt: de proefpersoon, van wie vooraf vastgesteld is dat zij of hij hoog hypnotiseerbaar is, krijgt suggesties voor hypnotische analgesie en wordt gevraagd de hand in een bak met circulerend ijswater onder te dompelen. Normaal leidt dit binnen de minuut tot onverdraaglijke pijn, hetgeen ook blijkt uit de controleconditie, waarbij dezelfde proefpersoon gevraagd wordt zonder hypnotische suggestie de hand in het ijswater onder te dompelen. De pijnbeleving wordt elke tien seconden gerapporteerd door automatische signalen. Om het fenomeen van de "hidden observer" te activeren gebruikte Hilgard ongeveer de volgende instructies: "u neemt op het ogenblik geen pijn waar, maar misschien is er een verborgen deel in u dat de pijn toch waarneemt, zonder dat dit tot uw bewustzijn doordringt. Als ik mijn hand op uw schouder leg, zal ik in staat zijn met dat deel te communiceren."

Het resultaat van deze experimenten was dat buiten hypnose een snel oplopende pijngewaarwording werd geregistreerd; tijdens hypnotische analgesie wordt nauwelijks pijn gerapporteerd. Bij ongeveer 40 tot 50% van de goed hypnotiseerbare proefpersonen lukte het ook om een hidden observer te activeren. Met enige consistentie bleek dat de hidden observer wel een pijnsensatie registreerde, maar die was minder sterk dan bij bewuste, alerte waarneming. Voor Hilgard betekende dit een belangrijke steun voor zijn opvatting dat tijdens hypnose sprake is van een vorm van dissociatie, waarbij informatie zoals pijnsensaties wel wordt verwerkt, maar buiten de bewuste aandacht blijft.

Deze interpretatie werd door Spanos en Hewitt (1980) aangevochten. Volgens hen was er slechts sprake van artefacten tengevolge van de instructies die gegeven worden: de proefpersonen kregen namelijk te horen dat een deel van hen misschien toch een zekere mate van pijngewaarwording zou kennen. Zij toetsten hun hypothese in een tweetal experimenten: het eerste hield in dat de helft van de hoog hypnotiseerbare proefpersonen dezelfde instructies kregen als bij Hilgard. Dit

leverde ook dezelfde bevindingen op. De andere helft kreeg de instructie dat de hidden observer nog minder pijn zou voelen dan in de analgesieconditie werd gevoeld. Dit was inderdaad wat deze proefpersonen rapporteerden. In een tweede experiment slaagden Spanos en Hewitt er in om met hun instructies de hidden observer zowel een lagere, een hogere als een identieke pijngewaarwording te laten rapporteren in vergelijking tot de overte ervaring van de proefpersoon.

Dit betekent een ernstige aanslag op het hidden observer concept. Kennelijk gaat het hier wel degelijk om artefacten en instructie-effecten. Overigens is het neo-dissociatiemodel hiermee niet van de baan. Opmerkelijk is overigens dat dit artefact vrij consistent bij slechts 40 tot 50 % van de hoog hypnotiseerbaren optreedt.

Twee belangrijke experimenten uit het hypnose-onderzoek bieden verheldering over het dissociatieproces. Het eerste experiment (Knox et al, 1975) leerde dat het weliswaar mogelijk is om de uitvoering van twee taken door middel van hypnose te dissociëren, maar dat dit ten koste gaat van het rendement. Met andere woorden: goed hypnotiseerbare proefpersonen zijn in staat om twee taken uit te voeren, waarvan één met behulp van hypnose is gedissocieerd, maar de uitvoering van die taken is toch minder goed dan wanneer ze afzonderlijk mogen verricht worden.

Kennelijk leidt dissociatie tot een zeker verlies in effectiviteit bij de uitvoering van cognitieve taken. Bovendien blijkt dat de compartimentering die met dissociatie verkregen wordt niet compleet is: er zijn aanwijzingen dat de gedissocieerde kennis en ervaringen toch nog invloed uitoefenen op het verdere functioneren (Kihlstrom, 1984). In een tweede experiment is de beschermende functie van dissociatie aangetoond: proefpersonen die een woordherkennungstaak kregen terwijl hun pijnprikkels werden toegediend, slaagden beter in de herkennungstaak als ze met behulp van hypnose de pijn konden dissociëren dan wanneer ze moesten trachten door afleiding en andere bewuste strategieën de pijn te onderdrukken. Die bewuste strategieën waren overigens wel werkzaam als methode om de pijn te verminderen, maar ze interfereerden sterk met de

herkennungstaak (Bowers, 1991).

Een voorlopige conclusie kan dus luiden dat het dissociatiefenomeen wel degelijk toegankelijk is voor empirisch onderzoek. Totnogtoe is dit het meest uitvoerig verricht in de context van experimentele hypnose. Een les om in gedachten te houden is dat de resultaten van dergelijk onderzoek gemakkelijk door demand characteristics en compliance kunnen gecorrumpeerd worden, zoals bij de hidden observer is gebleken. Maar het experimenteel hypnose onderzoek verleent steun aan de opvatting dat dissociatie een beschermende functie tegen negatieve stimuli kan bieden, zij het met een zeker verlies aan effectiviteit bij de uitvoering van taken.

Er dient nog een kanttekening te worden gemaakt: soms worden dissociatie en hypnose gemakshalve als identieke fenomenen behandeld. Dit is wellicht ten onrechte. Gebleken is dat metingen naar hypnotiseerbaarheid en naar de dispositie tot dissociatie slechts zeer zwak gecorreleerd zijn, zowel bij normalen als bij patiëntengroepen (Frischolz et al, Vanderlinden, et al) Maar bij patiënten met ernstige dissociatieve stoornissen wordt zowel een hoge hypnotiseerbaarheid als een hoge mate van dissociatieve dispositie gevonden, evenals een hoog psychoneuroticisme.

### **Is multipele persoonlijkheid een artefact?**

In de wereldliteratuur waren tot 1990 28 gevallen van MPS bekend en tot 1970 in totaal 79 (Aldridge-Morris, 1989). Tot 1980 was er een bescheiden toename tot ongeveer 110 gevallen. Daarna valt er een explosieve groei van het aantal gepubliceerde gevallen tot meerdere honderden te constateren, vooral in Noord-Amerika. Een beperkt aantal Noord-amerikaanse auteurs zoals Kluft, Braun en Bliss beschreef elk meer dan honderd gevallen, terwijl Britse psychiaters nauwelijks met het beeld bekend bleken (Fahy, 1988). Bij de eerste publicaties was het aantal alters twee of drie. Inmiddels is het gemiddelde

opgelopen tot 13 met een modus van 6 (ref). Zelfs 60 en meer alters zijn beschreven; ongetwijfeld zijn de logistieke problemen voor patiënt en therapeut bij deze behandeling indrukwekkend. Deze explosie van de aantallen heeft aanleiding gegeven tot veel scepsis. Zo zijn de auteurs van het boek "The three faces of Eve", dat een van de vroege beschrijvingen van MPS biedt, van mening dat tegenwoordig van een onverantwoorde overdiagnose sprake is; naar hun ervaring blijft het authentieke beeld een grote zeldzaamheid (Thigpen en Checkley, 1984).

Sommige auteurs zijn nog veel radicaler in hun kritiek op het concept. Volgens Spanos (1986) moeten de typische elementen van het multipele persoonlijkheidssyndroom niet worden opgevat als uitingen van dissociatie, maar als een strategische roluitvoering. De kenmerkende uitingen van MPS, zoals daar zijn: manifestatie van een deel dat te onderscheiden is van de oorspronkelijke persoon; een deel of "alter" die praat in de derde persoon over de primaire persoon; de primaire persoonlijkheid die amnesie heeft voor de alter, zijn volgens Spanos toe te schrijven aan de volgende factoren: de situatie waarin de betrokkene zich bevindt, de impliciete instructies die hij van de interviewer of therapeut ontvangt, en de voorafgaande kennis over het spectaculaire fenomeen van multipele persoonlijkheid.

Spanos ondersteunde zijn interpretatie met een experiment waarbij hij proefpersonen vroeg om te reageren op de vragen die een getuige-deskundige in de werkelijkheid had gebruikt om tot de diagnose van multipele persoonlijkheid vast te stellen bij een man die verdacht werd van moord. Deze casus is in de literatuur bekend geworden als de "Bianchi murder case" en heeft een belangrijke rol gespeeld bij het besluit dat in vele staten in de USA hypnose niet meer mag gebruikt worden in rechtszaken.

De simulerende proefpersonen werd gevraagd zich in te leven in de rol van de verdachte in de moordzaak en ze werden geïnterviewd met behulp van de letterlijke tekst die de echte getuige-deskundige had gebruikt in de Bianchi moordzaak. Dit hield o.a. in dat ze werden geïnformeerd dat er mogelijk een

ander deel in hen was en dat de interviewer wilde communiceren met dat deel. De interviewer richtte zich ook tot dat deel met de vraag: "Deel, ben je hetzelfde als persoon A, of ben je op de een of andere manier verschillend?" Aan een controlegroep werden minder expliciete vragen voorgelegd. Het resultaat was dat in de controleconditie een derde van de simulerende proefpersonen zodanig antwoordde dat er sprake leek te zijn van een "alter" met amnesie van de primaire persoon. In de experimentele conditie, waarin de meer expliciete vraagtechniek werd gebruikt, impliceerde het antwoordpatroon van de grote meerderheid van de proefpersonen zowel amnesie als een alter. Hiermee is volgens Spanos aangetoond dat de alters en de amnesie het beste kunnen worden opgevat als artefacten en resultanten zijn van zogenaamde demand characteristics: de eisen van de situatie en de vragen van de interviewer leiden ertoe dat het subject deze rol aaneemt.

Merskey (1992) neemt een vergelijkbare stelling in: hij onderzocht de oorspronkelijke beschrijvingen van de vroege gevallen van MPS. Naar zijn oordeel moet in veel gevallen met een alternatieve diagnose rekening gehouden worden, waaronder organische stoornissen en snelle stemmingswisselingen. Verder meent hij dat in geen van de beschreven casussen uitgesloten kan worden dat er van een iatrogene sturing sprake is en is sommige gevallen spreekt hij van een "training" in het tot ontwikkeling brengen van alters. Hij merkt overigens op dat de vroege MPS gevallen veel minder geëlaboreerd waren dan de tegenwoordige. Merskey eindigt met de conclusie dat de diagnose MPS nadelig kan zijn voor de betrokken patient omdat dit fenomeen de aandacht afleidt van andere pathologie.

Is de kritiek van Spanos en Merskey voldoende reden om aan te nemen dat iatrogenese de beste verklaring, of op zijn minst een belangrijke alternatieve verklaring vormt voor het fenomeen MPS? Uit de studie van Merskey kunnen we alleen concluderen dat hij van oordeel is dat in de historische gevallen van MPS iatrogene invloeden van belang zijn geweest, niet meer en niet minder; verdere conclusies kan men uit deze tekstinterpretaties ten enen male niet afleiden. Als men zou nagaan met behulp van welke

vragen bij historische en tegenwoordige gevallen van depressie deze diagnose bereikt werd, dan zal men ongetwijfeld moeten vaststellen dat in de psychiatrische routine tal van de vragen naar de ernst en aanwezigheid van depressie "cues" bevatten waaruit de patiënt kan afleiden welke klachten en verschijnselen de psychiater verwacht aan te treffen. Hetzelfde geldt voor hartinsufficiëntie. Hier zal niemand uit afleiden dat depressie en hartinsufficiëntie iatrogene aandoeningen zijn die het gevolg zijn van de interviewtechniek van de artsen.

Uit de studie van Spanos blijkt dat bepaalde gedragingen die met MPS overeenkomen onder bepaalde omstandigheden gesimuleerd zullen worden en dat de wijze waarop een interview wordt geformuleerd van invloed is op de frekwentie waarmee dit simuleren zich voordoet. Er is niet gedemonstreerd dat de langdurige en consistente voortzetting van amnesie en altermanifestaties buiten de laboratoriumsituatie, zoals dat bij MPS patiënten wordt gezien, op deze manier verklaard kan worden. Wel is gedemonstreerd dat het diagnostische interview dat in de Bianchi moordzaak bij een van de experts aanleiding gaf tot de diagnose van MPS, bijzonder suggestief was en iemand die behoefte heeft aan een bruikbaar excuus voor zijn handelingen op deze manier op het idee van alters en amnesie gebracht kan worden. Deze expert mag zeker naïviteit verweten worden.

Het is ook anderen dan Spanos gelukt om tijdelijke verschijnselen gelijkend op die van MPS door hypnose te suggereren. Maar net zoals alle andere hypnotische suggesties hadden deze suggesties een beperkte levensduur, en dan hield het effect op. Vooralsnog mogen we er van uit gaan dat iatrogenese van MPS niet is aangetoond, en dat de stelling van Spanos niet door feiten is ondersteund.

Mogen we dus concluderen dat iatrogenese geen rol speelt bij dit beeld? Die uitspraak zou ik evenmin willen onderschrijven. We hebben te maken met een groep patiënten van wie bekend is dat ze zeer goed hypnotiseerbaar en zeer suggestibel zijn, de erfgenamen van de 19de eeuwse hysterische patiënten. Charcot beschreef bij deze groep tal van verschijnselen, waarvan achteraf is gebleken dat ze het gevolg waren van zijn min of

meer expliciete instructies. Men kan dat verhaal nalezen bij Ellenberger (1970) of in de amusante beschouwing die Kees van der Velden (1987) publiceerde onder de titel "de les van Charcot." Dat demand characteristics of onbedoelde suggesties zich bij MPS wel degelijk doen gelden blijkt naar mijn mening onder meer uit de explosieve groei van het aantal alters dat wordt gerapporteerd.

In de wereld van de MPS- behandelaars, de International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation begint men zich dit ook steeds meer te realiseren. In 1988 organiseerde deze vereniging een congres dat speciaal was gewijd aan het vraagstuk van de iatrogenese. Aan dit congres is een themanummer gewijd van het tijdschrift Dissociation (vol II, no2). Hierin beschrijft Fine (1989) hoe bij patiënten die met MPS bekend waren, door ongelukkige therapeutische interventies het aantal alters sterk opliep, bijvoorbeeld vanuit de behoefte om de goedkeuring van de behandelaar te verwerven. Een voorbeeld van onbedoelde alterproductie dat zij noemt is dat van een behandelaar die haar patiënte opdraagt om meer nieuwe vrienden en kennissen te verwerven om haar sociale actieterrein te vergroten. De originele oplossing die deze patiënte voor deze opdracht bedacht was het produceren van 10 nieuwe alters! Ook Torem (1989) bespreekt valkuilen voor behandelaars en noemt daarbij onder andere de nieuwvorming van alters door suggesties van de behandelaar. Hij vermeldt de volgende casus: een vrouw die reeds bekend staat met 12 alters toont zich in de loop van een sessie bedroefd en tegen het huilen aan. De therapeut die dit observeert reageert door te vragen: "wie ben je... je kijkt zo droevig.... wat is je naam?... Ik denk niet dat ik al eerder met je gesproken heb." Torem stelt terecht dat deze vragen ingebedde suggesties voor de patiënte inhielden. Wat de therapeut in feite doet is suggereren dat ze verondersteld wordt iemand anders te zijn met een andere naam.

**heeft een aparte categorie dissociatieve stoornissen zin?**



Onder de rubriek "dissociatieve stoornissen" is in de DSM-III een reeks aandoeningen beschreven die eerder als onderdeel van het in onbruik geraakte concept hysterie werden beschouwd. Andere beelden die met de term hysterie werden aangeduid zijn niet bij de dissociatieve stoornissen ondergebracht: theatrale persoonlijkheid hoort tot de persoonlijkheidsstoornissen en conversie en somatisatiestoornis zijn bij de somatoforme stoornissen geplaatst. In de volgende edities van de DSM, de DSM-III-R en de DSM-IV is deze indeling voortgezet. In het andere veelgebruikte classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen, de International Classification of Diseases- 10de versie (ICD-10) is conversie wel bij de dissociatieve stoornissen gegroepeerd en heeft multipele persoonlijkheid een bescheiden plaats gekregen naast het Ganser syndroom als een van de "overige dissociatieve stoornissen". Dit illustreert dat verschillen van opinie over de beste indeling zeer wel mogelijk zijn. Dit hangt samen met het feit dat de gronden waarop de diagnostische categorieën in de psychiatrie worden onderscheiden in belangrijke mate arbitrair zijn en het product van commissies die naar een voorlopige consensus streven. Nog steeds geldt de uitspraak van Kendell (1975) dat er vooralsnog geen diagnostische entiteiten in de psychiatrie zijn waarvan gesteld kan worden dat ze helder en ondubbelzinnig afgrensbaar zijn. De kennis over de aandoeningen die tot de dissociatieve stoornissen worden gerekend is nog beperkt: fundamentele gegevens zoals de epidemiologie, pathogenese en gecontroleerd effectonderzoek zijn zeer onvolledig. Er zijn nog discussies aan de gang over de conceptualisering van deze stoornissen.

Een bezwaar dat tegen het onderscheiden van een categorie van dissociatieve stoornissen zou kunnen ingebracht worden is dat dissociatie een rol speelt in stoornissen die niet in deze categorie opgenomen zijn zoals conversie, posttraumatische stress stoornis en boulimie. Er wordt zelfs verondersteld dat dissociatie een algemeen psychologisch proces is, dat niet noodzakelijkerwijze pathologisch is. Maar angst is evenmin exclusief voor angststoornissen en depressiviteit is dat niet voor affectieve stoornissen, en deze beide fenomenen kennen

naast pathologische ook normale varianten.

Dat fundamentele discussies nog voortduren geldt overigens ook voor tal van andere psychiatrische categorieën: het wetenschappelijke debat of angst en depressie twee verschillende stoornissen zijn, dan wel verschillende uitingen van één aandoening is nog niet afgerond. Er is alle reden om diagnostische classificaties te beschouwen als voorlopige werkstukken, die aan verdere verandering onderhevig zullen zijn. Dit blijkt maar al te duidelijk uit de snelle opeenvolging van de verschillende edities van de DSM.

### **De diagnose Dissociatieve Identiteitsstoornis**

Het stellen van de diagnose DIS of MPS is niet eenvoudig, wat geïllustreerd wordt door het feit dat meestal na jaren van contact met hulpverleners, en nadat meerdere andere diagnoses zijn gesteld, deze stoornis wordt onderkend. Toch zijn de laatste jaren gegevens gepubliceerd waaruit een aanzienlijke consistentie blijkt. De overtuigingskracht van deze recente bevindingen is hoog dank zij het gebruik van gestructureerde diagnostische interviews zoals de SCID-D, waarvan de betrouwbaarheid en validiteit ook voor Nederland onderzocht is (Boon & Draijer, 1993). Patiënten die de diagnose MPS hebben gekregen bleken bijna zonder uitzondering een voorgeschiedenis van ernstige traumatisering of incest te hebben. Tevens is er sprake van een omvangrijke comorbiditeit, wat begrijpelijk maakt dat eerder uiteenlopende diagnoses zijn gesteld. Bij meer dan twee derde van de patiënten vindt men depressie, posttraumatische stress stoornis, somatoforme stoornissen, waaronder conversieverschijnselen en pijn, slaapstoornissen, waaronder nachtmerries. Een tot twee derde vertoont suicidepogingen, automutilatie, pseudo- epileptische aanvallen, eetstoornissen, misbruik van psychoactieve middelen, angststoornissen, waaronder paniekaanvallen en obsessief-compulsieve symptomen. Aan de criteria voor Borderline persoonlijkheidsstoornis voldoet 70%. Het gaat dus om een bijzonder complex beeld met een multipiele pathologie, dat

bovendien aanzienlijke overlap vertoont met andere beelden. Dit is voor sommige auteurs reden om vooralsnog te veronderstellen dat in een aantal gevallen een andere diagnose meer op zijn plaats zou zijn. Zo stelt Fahy (1989) dat MPS eerder de status van een nonspecifiek symptoom verdient, dat bij diverse andere beelden kan voorkomen, zoals Borderline persoonlijkheidsstoornis en Somatisatiestoornis. Er is ook de opvatting dat dissociatieve symptomen niet meer zijn dan de extreme vorm van psychoneuroticisme. Tegen deze interpretatie pleit de recente bevinding (Vanderlinden et al, ter perse) dat psychoneurotische en dissociatieve klachten bij factoranalyse op verschillende factoren laden. North et al (1993) zijn van mening dat op dit moment de nodige gegevens ontbreken om te beslissen of MPS als een ondergeschikte of bovengeschikte diagnose beschouwd moet worden. Met hun pleidooi voor verder systematisch onderzoek naar exclusie criteria, follow-up studies naar natuurlijk beloop en effect-onderzoek kan men het moeilijk oneens zijn.

Door de DSM-III-R wordt geen recht gedaan aan de complexe comorbiditeit van MPS. De diagnose werd nog geheel opgehangen aan de aanwezigheid van alters. In feite is dit maar één van de symptomen van deze ernstige stoornis. In de wijzigingsvoorstellen voor DSM-IV is tenminste amnesie weer als een essentieel criterium ingevoerd, nadat dit element in de DSM-III-R was verdwenen. Er is veel voor te zeggen om voor DIS of MPS, of zo men wil, het syndroom van Gmelin, diagnostische criteria te gebruiken die beter de complexiteit van het beeld weergeven en waarin recente onderzoeksresultaten beter verdisconteerd zijn. Daarbij zou een benadering kunnen toepassen die ook bij andere complexe beelden zoals posttraumatische stress stoornis en somatisatiestoornis is aangewend. Dit zou kunnen resulteren in de navolgende diagnostische criteria, die voor discussie open staan:

—  
 hier tabel a

Een dergelijke aanpak heeft bovendien het voordeel dat het moeilijk grijpbare fenomeen van de alters niet het bijna

exclusieve kenmerk van de diagnose blijft.

### Conclusie

Op grond van de besproken literatuurgegevens kunnen de volgende antwoorden gegeven worden op de hierboven gestelde vragen:

1. Dissociatie is een onderzoekbaar fenomeen. De dispositie tot dissociatie komt in milde vorm onder de normale bevolking voor en pathologische of extreme vormen van dissociatie worden bij bepaalde patiëntengroepen gevonden. Onderzoek uit de experimentele hypnose biedt steun voor de klinische opvatting dat dissociatie een beschermende functie kan hebben.
2. Multipele Persoonlijkeidstoornis of Dissociatieve Identiteitsstoornis dient niet als een diagnostisch artefact beschouwd te worden. Er is wel alle reden om rekening te houden met de grote suggestibiliteit en de mogelijkheid van demand characteristics bij deze patiënten.
3. De diagnostische categorie van de dissociatieve stoornissen is, zeker gezien het voorlopige karakter van de psychiatrische classificaties, een verdedigbare keuze.
4. De diagnose van MPS of DIS kan op een betrouwbare manier gesteld worden met behulp van gestructureerde interviews. Een hoge mate van comorbiditeit is een consistente bevinding. Zoals voor meerdere diagnostische categorieën geldt, dient uit verder onderzoek nog te blijken of DIS het beste als een ondergeschikte of een dominerende diagnose gehanteerd kan worden. Het zou in elk geval aan te bevelen zijn om de complexiteit van het beeld in de diagnostische criteria tot zijn recht te laten komen.

**voorstel onderzoekscriteria voor dissociatieve  
identiteitsstoornis  
tweede versie**

**1. een anamnese van langdurige mishandeling of incest  
tijdens de jeugd.**

**2. multipele psychopathologie waaronder (tenminste 4):**

- automutilatie
- alcoholisme
- depressie
- suicidepogingen
- eetstoornissen
- fobieën, paniekstoornis of OCD
- somatisatiestoornis
- hoofdpijn
- slaapstoornissen

**3. dissociatieve verschijnselen (tenminste 4):**

- depersonalisatie
- amnesie
- fugues
- conversieverschijnselen
- alter fenomeen

**4. afwijkende persoonlijkheidskenmerken:**

- theatrale
- antisociale
- borderline

**5. bijkomende criteria**

- hoge hypnotiseerbaarheid
- hoge dispositie tot dissociatie

tabel a

**Referenties**

Boon, S. & Draijer, N. (1991) Diagnosing Dissociative Disorders in the Netherlands: a Pilot Study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. The American Journal of Psychiatry, 148, 458- 463.

Ellenberger, H. F. (1970). The Discovery of the Unconscious. History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York : Basic Books

Fine, C. G. (1989) Treatment Errors and Iatrogenesis across Therapeutic Modalities in MPD and allied dissociative Disorders. Dissociation, 2, 77-82.

Hilgard, E. R. (1977) Divided Consciousness. Multiple Controls in Human Thought and Action. New York: John Wiley and sons.

Kluft, R. P. (1991) Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 14, 605-630.

Merskey, H. (1992) The Manufacture of Personalities: the Production of Multiple Personality Disorder. British Journal of Psychiatry, 160, 327-340.

Spanos, N. E. (1986) Hypnosis, nonvolitional responding, and multiple personality: a social psychological perspective. Progress in Experimental Personality Research, 14, 1-62.

Spanos, N. P. & Hewitt, E. G. (1980). The hidden Observer in hypnotic Analgesia: Discovery or experimental Creation. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1162 -1172

Torem, M. (1989) Iatrogenic Factors in the Perpetuation of Splitting and Multiplicity. Dissociation, 2, 92- 98.

Velden, K. van der (1987) De Les van Charcot. Dth. Directieve therapie, Gedragstherapie, Relatie- & Gezinstherapie, Hypnose. 7, 5-21.

## Alfred Lange

### Opdrachten die zelfcontrole bevorderen

#### Inleiding.

Ik heb inmiddels bijna vijftien maanden gewerkt aan de revisie van *Gedragsverandering in Gezinnen*. Het is veel en zwaar geweest, maar niet voor niets. Gisteren hebben de uitgever en de bureauredacteur het manuscript van het Hoofdboek (er komt nog een *Casebook* bij) opgehaald. Overladen met adviezen van mij, hoe ze met het manuscript dienen om te gaan, zijn zij vertrokken. Ik ben tevreden. Het wordt, geloof ik, een prachtig boek. De TDT redacteurs zullen er veel in herkennen. Voor hen zal het niet allemaal nieuw zijn. Voor de wat minder ingewijden staat er wel veel nieuws in. Het is weer een echt leerboek geworden.

Hier volgt een voorproefje. Het betreft een paragraaf (par. 9.3) uit het hoofdstuk over congruente opdrachten. In de vorige editie had ik aan het hier behandelde onderwerp slechts een halve bladzijde besteed. Nu veel meer, zoals u zult zien.

#### 9.3 Opdrachten die zelfcontrole bevorderen

In par. 3.4 hebben we gezien dat het doen toenemen van zelfcontrole als een basisstrategie beschouwd kan worden die als een rode draad door veel behandelingen loopt. In hoofdstuk 7 hebben we vervolgens gezien hoe de therapeut, met behulp van specifieke registratieopdrachten en voorschriften over de manier van praten, cliënten kan helpen om de tekortkomingen in hun verhouding te signaleren en op constructieve wijze te bespreken. Met dergelijke procedures wordt de eerste stap gezet in het vergroten van de controle over wat men meent niet onder controle te hebben. In deze paragraaf zullen we bespreken hoe dit proces met behulp van gerichte opdrachten verder gestuurd kan worden.

Het vergroten van zelfcontrole berust op het principe dat de cliënt maatregelen neemt die hem meer bewust maken van het gedrag dat hij niet onder controle heeft. Daaraan worden maatregelen gekoppeld die voorkomen, dat hij het gedragspatroon waaraan hij is gewend (en dat min of meer automatisch bij hem voorkomt) toch uitvoert. Teneinde de principes duidelijk te illustreren zullen we beginnen met een paar gedetailleerde voorbeelden van 'individuele' zelfcontroleprogramma's en daarna de toepassing bij interactionele problemen schetsen.

*a. Zelfcontrole bij bulimia nervosa.* Katja Nederveld was een alleenwonende, rap pratende, opgewonden studente aan het conservatorium toen zij zich aanmeldde met een langdurige geschiedenis van eetstoornissen. Tussen haar veertiende en achttiende jaar was zij anorectisch, daarna boulimisch. Zij had ongeveer vijf vreetaanvallen in de week, die zij compenseerde met laxeremiddelen: ongeveer 40 tabletten per dag. Zij was enkele jaren geleden zonder succes hiervoor behandeld. Haar gewicht was iets boven normaal. Naast de eetstoornis waren er nogal wat depressieve kenmerken, zoals gebrek aan vitaliteit en activiteit. Zij lag bijvoorbeeld dagen achtereen op bed. De scores op de ingevulde depressieschalen waren dan ook hoog. Er werd een behandelingscontract afgesloten voor tien zittingen. De behandeling is beschreven door Lange en Kiestra (1991). Hier is vooral



het gedeelte van belang dat betrekking heeft op het vergroten van haar zelfcontrole. Dit omvatte de volgende elementen:

1. Zij *registreerde* nauwkeurig het aantal calorieën van door haar ingenomen voedsel en drank.
2. Wekelijks maakte zij een *grafiek* van het aantal calorieën en het aantal vreetbuien.
3. Zij stelde *vaste menu's* op voor het ontbijt, de lunch en het avondeten. Elke dag, ook al had zij een vreetbui gehad, koos zij een menu uit voor elk der maaltijden, bereidde dit en at het op.
4. Zij zorgde voor *afgepaste hoeveelheden* voedsel in de ijskast.
5. Zij stelde vast wat het toegestane aantal calorieën per dag diende te zijn.
6. Wanneer zij de neiging had om buiten de maaltijden om te eten, voerde zij een aantal achtereenvolgende maatregelen uit om de *impuls te blokkeren*: lezen van een vooraf opgestelde positieve tekst---> indien nodig, een afleidende activiteit uitvoeren ---> indien dit niet genoeg was, het opbellen van vertrouwenspersonen, onder wie evt. de therapeut.
7. Wanneer zij toch zou eten zou zij zichzelf 'bestrafen' door een nuttige maar onaangename activiteit (schoonmaken) uit te voeren. De duur hiervan werd gerelateerd aan de hoeveelheid calorieën die zij teveel tot zich had genomen. In de 'bestraffende' sfeer lag ook de afspraak dat zij onder geen beding meer zou braken of laxepillen zou gebruiken (dit werd in overleg met haar huisarts afgesproken). Dit impliceerde dat zij na een vreetaanval haar gewicht niet meer mocht corrigeren, zodat het vreten een extra onaangename dimensie kreeg.
8. Door minder te eten hield zij geld over om zichzelf te belonen. Hiermee kon zij dingen doen die zij zichzelf tot nog toe niet had toegestaan (bijv. een abonnement nemen op een ochtendkrant, om bij het ontbijt prettig te kunnen lezen).

We zien hier de kernpunten van het vergroten van zelfcontrole vertegenwoordigd. Het registreren en het maken van een grafiek dienen voor de vergroting van de bewustwording en het verminderen van de automatismen. Het maken van vaste menu's is ter doorbreking van de vicieuze cirkel van vreetaanvallen en gestoord hongergevoel, waarin bulimia patiënten zich bevinden (Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989). De afgepaste hoeveelheid voedsel is een vorm van stimuluscontrole (de kans op het 'in de fout gaan' verkleinen door zich niet in de gevaarlijke situatie te begeven): In latere stadia van de behandeling is het aan te bevelen om de zelfcontrole juist te oefenen in een 'stimulusrijke' omgeving, zodat de impulsen volledig kunnen uitdoven (Jansen, Merckelbach & Van den Hout, 1992). Stimuluscontrole werd in zekere zin ook bevorderd door het aanpakken van de depressieve verschijnselen, o.a. door met haar een activiteitenplan af te spreken. Elke avond stelde zij een lijst op van dingen die zij de volgende dag zou doen (niet alleen studie, maar ook plezierige activiteiten als lezen, bezoek aan musea, bioscoop of vrienden).

De procedure voor het doorbreken van de keten van stimulus en respons (punt 6, de zg. respons-preventie) bestond uit een serie maatregelen, die een barrière moesten vormen tussen de impuls en het uitvoeren van het gedrag. Op de eerste maatregel (de zelfverbalisatie) komen we in par. 9.5 apart terug. Het zelfcontrolegedeelte eindigde ermee dat zij zichzelf beloofde voor haar inspanningen. Dit laatste is niet eens altijd nodig aangezien in situaties als deze de intrinsieke beloning groot is, maar het is toch verstandig de mogelijkheid in ieder geval aan de orde te stellen.

De zelfstraf wanneer zij in de fout was gegaan, kennen we niet alleen uit de gedragstherapie maar ook uit de strategische gezinstherapie, waar Haley (1973) het introduceerde als de 'benevolent ordeal'. Het lijkt in de hier beschreven keten niet de belangrijkste schakel, aangezien net als de beloning ook de straf vooral intrinsiek is. Maar het vestigt wel extra de aandacht op datgene waar men mee bezig is, en wanneer men daarbij een nuttige taak uitkiest heeft dit in ieder geval positieve gevolgen.

Essentieel voor het welslagen van een dergelijk programma is het motiveren van de cliënten. Daarom is het van belang dat zij meedenken bij het opstellen ervan. De therapeut legt de principes uit, doet eventueel voorstellen, maar de cliënten beslissen over de precieze invulling. Het is hun programma. Verder moet het hen duidelijk zijn, dat het programma niet gemakkelijk is, dat het veel inzet vraagt, en ze altijd beducht moeten blijven voor terugval. Katja had daarvoor als waarschuwing een 'poster' gemaakt die ze thuis aan de muur had gehangen. Daarop stond dat ze bij terugval niet hoefde te wanhopen en dat ze het programma dan weer zou oppakken.

Op het resultaat van de behandeling hoeven we hier niet uitvoerig in te gaan. Opvallend was wel, dat de vreetaanvallen na zes zittingen (verspreid over negen weken) niet meer optraden. Tijdens de follow-up gesprekken, die over een jaar verspreid waren, bleek dat er geen substantiële terugval was geweest (ook niet met betrekking tot de depressie). Drie andere boulimiepatiënten ondergingen een gelijksoortig zelfcontroleprogramma. De resultaten waren eveneens positief.

Ik heb met opzet een voorbeeld van een individueel zelfcontroleprogramma uitgekozen als eerste illustratie. Het heeft ons de gelegenheid geboden de kernpunten op een rij te zetten, voordat we gaan bespreken hoe men het principe van zelfcontrole kan toepassen wanneer het gaat om problemen die een meer interactionele context hebben. Dit onderstreept de visie dat gezinstherapeuten ook individuele interventies moeten kunnen uitvoeren. Bij bijvoorbeeld eetstoornissen zijn interactionele interventies meestal niet voldoende, zelfs al leven de cliënten in gezinsverband. De oorzaak is immers (zoals blijkt uit onderzoek) lang niet altijd terug te voeren op het gezinsfunctioneren (Norré & Vandereycken, 1993). Het is dan nodig de relationele behandeling en de op het individu gerichte interventies op elkaar af te stemmen (par. 3.6).

De noodzaak om aan een relatietherapie een individueel zelfcontroleprogramma te verbinden treffen we ook aan in paragraaf 14.4 bij het echtpaar Goeskens. Relatietherapie werd bij dit echtpaar mogelijk, doordat het de therapeut was gelukt meneer beheersing te laten krijgen over zijn neiging tot seksueel exhibitionisme.

*b. Zelfcontrole bij sociale angst en depressie.* Meneer Van Loon (28 jaar oud) was bouwkundig tekenaar, maar vertoefde al enige tijd in de ziektewet. Hij had meerdere malen per dag een paniekaanval. Hij was dan gespannen, zweterig, benauwd, voelde zich zweverig, en had pijn op de borst. Lichamelijke oorzaken waren er niet. Hij was bang voor verantwoordelijkheden, bang om zijn werk niet goed te kunnen doen, maar ook bang om alleen te reizen of naar een kapper of tandarts te gaan. Ook in privé-situaties voelde hij zich vaak niet op zijn gemak. Hij vond anderen dan veel interessanter en intelligenter dan zichzelf en was bang verkeerde dingen te zeggen. Angst voor de angst en voor de paniekaanvallen speelde bij hem een rol. De paniekaanvallen gingen niet gepaard met hyperventileren.

Het was niet zo, dat hij de situaties waarvoor hij angstig was vermeed. Wanneer hij dat ging doen zou hij 'verloren' zijn (vond hij zelf), dus had hij besloten te 'vechten'. Ook wanneer hij geen aanval had, voelde hij zich vaak gespannen en somber en piekerde hij veel. Hij was getrouwd met een lieve, begripvolle vrouw (een pluspunt in zijn leven) die met veel geduld op zijn getob inging, maar daar nu wel een beetje genoeg van kreeg. Hij was eerder in een 'inzichtgevende' behandeling geweest, waarin vooral zijn jeugd aan bod was gekomen. Dit had niet veel opgeleverd.

De nieuwe behandeling was vooral gericht op het doorbreken van de keten van zijn automatische negatieve gedachten en het veranderen van de bekrachtigende reacties van zijn vrouw. De eerste stap was dat hij een maand lang elk uur van de dag noteerde hoe hoog zijn spanning was (de zg. 'spanningsmeter'). Wanneer de spanning boven een bepaald punt was, dan staakte hij onmiddellijk al zijn activiteiten en begon hij met een serie zelfcontrole-maatregelen. De behandeling bevatte de volgende elementen:

1. Van de cijfers, die de spanningsmeter opleverde, maakte hij wekelijks een grafiek, zodat hij goed in de gaten kon houden hoe het ging met zijn spanning.
2. Hij maakte een lijst van nuttige en positieve activiteiten.
3. Hij maakte een opstel over positieve eigenschappen van zichzelf. Deze werden uiteindelijk samengevat in enkele kernzinnen die hij op een kaartje schreef dat hij altijd bij zich ging dragen.
4. Bij een cijfer boven de 5 op de spanningsmeter (schaal van 1-10) trok hij zich tien minuten terug en schreef op wat het precies was dat hem gespannen maakte, en wat er allemaal 'mis' was met hem. Hij ging dit zelfs overdrijven, zodat hij ervoer hoe onterecht zijn negatieve gedachten waren.
5. Na de tien minuten piekeren pakte hij zijn positieve kaartje en las de tekst hardop.
6. Daarna voerde hij minimaal een half uur één van de nuttige, positieve activiteiten uit van de eerder opgestelde lijst.
7. Elke avond had hij een vast 'piekerkwartier'. Hoe de dag ook was verlopen, 's avonds ging hij zich een kwartier concentreren op al zijn zorgen en negatieve gedachten. De bedoeling was dat hij hiervan de rest van de dag 'vrij' zou zijn.
8. Eenmaal in de week vertelde hij gedurende een half uur aan zijn vrouw hoe het met hem ging en waarover hij allemaal had gepiekerd. Verder was dit onderwerp als gespreksstof tussen hen verboden, aangezien hij de neiging had eindeloos over zichzelf en zijn zorgen met haar te praten. Dit was niet alleen slecht voor de onderlinge verhouding, maar ook voor hemzelf, aangezien het zijn negatieve gevoelens en gedachten alleen maar versterkte.
9. In situaties met andere mensen voerde hij observatie-oefeningen uit. De bedoeling was dat hij afgeleid zou worden van zijn angst om iets verkeerd te doen en minder krampachtig bezig zou zijn om het allemaal 'goed te doen' (Lange & Van der Velden, 1980).
10. Aangezien dit pakket veel energie van hem eiste, werden enkele beloningen bedacht, zoals een lekkere maaltijd, iets kopen voor zijn knutselhobby, e.d. Wekelijks zou hij zichzelf één van deze beloningen gunnen.

Het opzetten en uitvoeren van dit programma nam elf gesprekken in beslag, die over acht maanden waren verspreid en waarbij mevrouw steeds aanwezig was. Na afloop hiervan had meneer Van Loon geen paniekaanvallen meer. Hij voelde zich niet meer zo angstig, gespannen en somber, en was weer aan het werk. Zijn vrouw was verbaasd over de

veranderingen. Een follow-up, ruim een jaar later, bracht evenwel enige terugval aan het licht, waarop besloten werd tot het reactiveren van het zelfcontroleprogramma maar nu in combinatie met psychofarmaca (anti-depressiva). Hij reageerde hier goed op.

*c. Zelfcontrole bij relatieproblemen.* Mevrouw De Winter was gek op haar man en hij was vaak vertederd door haar. Toch hadden ze voortdurend problemen. Belangrijkste oorzaak: mevrouw had het gevoel dat haar man haar niet serieus nam terwijl hij volgens haar zelf niet tegen kritiek kon. Meneer vond dat zijn vrouw overmatig zeurde en hem bovendien 'te kakken zette' wanneer er vrienden bij waren. Dit gebeurde inderdaad, zo gaf mevrouw ruiterslijk toe, omdat dit de enige manier voor haar was om te zorgen dat hij luisterde.

Nadat de therapeut mevrouw had gevraagd tijdens de zitting een bepaald heet hangijzer met haar man te bespreken, werd duidelijk dat het niet gemakkelijk was haar serieus te nemen. Zij ging maar door met praten, associeerde het ene onderwerp met het andere en wond zich gaandeweg meer op. Meneer kreeg al die tijd geen gelegenheid iets te zeggen. Toen haar na geruime tijd door de therapeut werd geadviseerd om haar man eens te laten reageren, bleek deze al helemaal murw te zijn en alleen nog maar een paar cynische opmerkingen in huis te hebben.

De therapeut toonde zich begaan met mevrouw's situatie maar wees erop dat haar eigen manier van doen ervoor zorgde dat ze niet kreeg wat ze nodig had (een voorbeeld van 'onmiddellijke feedback' en van 'confrontatie ingebed in steun', par. 8.2 en 8.6). Hij gaf haar het advies te proberen minder breedsprakig te zijn en liet haar in de zitting meteen oefenen. Het advies had weinig effect. Wanneer er iets mis was, wond zij zich dermate op dat zij toch weer in een maalstroom van woorden terechtkwam.

Het werd voor mevrouw De Winter zaak om iets te doen aan zelfbeheersing. De therapeut vroeg haar om, zodra er iets was dat ze haar man op de een of andere manier kwalijk nam, een notitie te maken in plaats van het te zeggen (doorbreken van de gebruikelijke respons). 's Avonds zou zij het dan op een precies afgesproken manier aan haar man vertellen (par. 7.7.1). Ook dit hielp niet. Het gestructureerde vertellen bevredigde haar niet, ze wilde dat hij reageerde. Maar wanneer hij dat deed, ontstond er weer een discussie met alle gevolgen van dien.

De afspraak werd opnieuw bijgesteld. Het maken van de notitie bleef, maar in plaats van de inhoud aan haar man te vertellen ging ze hem nu over het betreffende onderwerp een brief schrijven; een brief die recht deed aan haar gevoelens maar die niet polariserend was. Haar man had de verplichting de brief te lezen en zo positief mogelijk 'te verwerken'. Hij hoefde er echter niet inhoudelijk op te reageren.

Dit werkte wel goed. Mevrouw wist nu dat de 'boodschap' bij haar man terechtkwam. Doordat hij niet hoefde te reageren leed hij geen gezichtsverlies. Mede hierdoor werd het voor hem mogelijk in zijn houding te laten merken wel degelijk begrepen te hebben wat zijn vrouw bedoelde.

Dit voorbeeld illustreert duidelijk de mogelijkheden voor zelfcontrole bij partners met escalerende conflicten. Bij het echtpaar De Winter lag het startpunt bij één partner. Vaak is de toename van zelfcontrole en het voorkomen van de 'escalerende respons' echter bij beiden het onderwerp van interventie. We zagen in hoofdstuk 7 hoe diverse manieren van registreren en gestructureerd meedelen van wat er geregistreerd is hiervoor gebruikt kunnen worden. Het voorbeeld hier maakt verder duidelijk, dat een zelfcontroleprogramma in het geval van interactionele conflicten minder complex is dan

bij individuele stoornissen, zoals bij de patiënte met bulimia nervosa. Daar was zelfcontrole het hoofdbestanddeel van de behandeling. In relatietherapie is dit meestal niet het geval. Het voorbeeld van het echtpaar De Winter laat ten slotte nog zien, dat de beste manier voor het doen toenemen van zelfcontrole niet altijd in één keer wordt gevonden. Bijstellen van het programma op grond van de opgedane ervaringen is meestal noodzakelijk.

Een punt dat vaak wordt vergeten is dat escalerende conflicten tussen partners goed gedijen in alcohol. Het innemen van enkele alcoholische drankjes wil een 'moeilijk' gesprek weleens promoveren tot een gigantisch conflict. Daarvoor hoeft geen van beiden alcoholist te zijn. Het verdient dan ook aanbeveling goed na te vragen hoe het is gesteld met het consumeren van alcohol en zo nodig te stimuleren hiermee (al is het maar tijdelijk) te minderen. Soms wordt hiervoor op zich gebruik gemaakt van een zelfcontroleprogramma.

Voor de goede orde wil ik er hier nog de nadruk op leggen, dat zelfs simpele adviezen voor zelfcontrole door lang niet alle ruziemakende paren worden opgevolgd; zelfs niet wanneer de therapeut al het mogelijke heeft gedaan hen daartoe te motiveren (par. 3.7). Soms is de machtsstrijd zo groot dat één van de twee of beiden het 'niet kunnen opbrengen'. Soms vindt men het hebben van conflicten minder erg dan al de moeite die men moet doen om ze te voorkomen. Dit geldt vooral wanneer de conflicten in het bestaande systeem een functie hebben. Een paradoxale benadering is dan misschien meer op zijn plaats (hoofdstuk 10).

*d. Zelfcontrole met hulp van de partner.* In paragraaf 8.6 hebben we het echtpaar Riebeek geïntroduceerd met hun patroon van dominantie (meneer) en submissie (mevrouw). We zagen daar dat het voor mevrouw dermate moeilijk was om op te boksen tegen het verbale geweld van haar echtgenoot dat zij alleen nog tot passief verzet in staat was. We zagen ook dat haar man Mark bereid was om er iets aan te doen. Hij wilde zich gaan beheersen. Maar hoe? Er waren twee interventies die hen hierbij hielpen:

1. Wanneer mevrouw (Miriam) ook maar enigszins het gevoel had dat Mark 'dramde' (de term die zij daarvoor had gereserveerd) dan zou zij twee vingers opsteken en zeggen: 'Mark je doet het weer' (het 'verborgen signaal').
2. Eenmaal in de week hadden ze een gesprek van maximaal een uur over wat er die week aan belangrijks was voorgevallen of nog besproken diende te worden. Dit gesprek namen zij op video op. Mark ging dit achteraf in zijn eentje observeren, om te zien op welke momenten hij er 'teveel bovenop zat'.

Deze behandeling bevatte natuurlijk veel meer elementen die aan het behandelingsresultaat bijdroegen. In het *Casebook* wordt daarvan verslag gedaan. Voor ons is hier van belang te zien hoe simpele maatregelen ter vergroting van zelfcontrole, en het doorbreken van een ongewenste keten van gedragingen, kunnen bijdragen aan het succes van een gezins- of relatietherapie.

*e. Zelfcontrole van een ouder.* Hoe ouders door de toename van zelfcontrole soms effectiever worden in hun opvoedkundige taken is te zien in de videodemonstratie met het gezin Van Rijn (Lange, Wierenga, Van Loon & IJzerman, 1990). Mevrouw Van Rijn kon haar zoon Rudi (12 jaar) niet aan. Hij tiranniseerde het vaderloze gezin door overal tegenin te gaan, en nooit te doen wat zijn moeder hem vroeg. Haar reacties waren niet bepaald effectief en

consequent. Vaak gaf ze hem zijn zin, op andere momenten ontstak ze echter in woede, schold hem uit, sloot hem op, etc. Ze vertelde bijvoorbeeld in een zitting dat ze de afgelopen week zo kwaad was geworden dat ze hem had opgepakt en met kleren en al in de badkuip met een lopende kraan had gestopt; een interventie waar zijzelf achteraf allesbehalve tevreden over was.

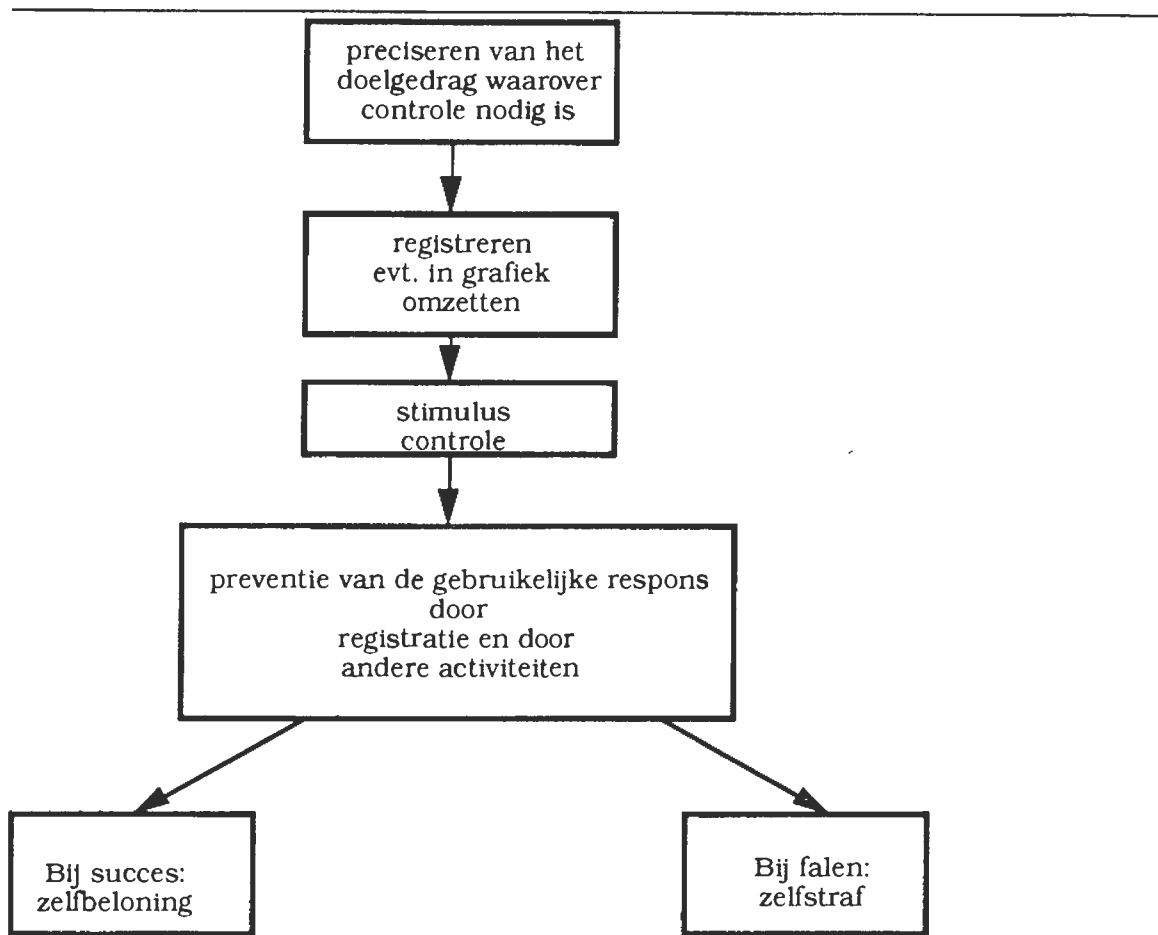
De therapeut was van mening dat vooral zij diende te veranderen. Het was van belang dat zij gezag zou leren uitoefenen; dat de hiërarchie in het gezin hersteld zou worden (par. 1.5; Haley, 1980). Zij moest niet afhankelijk zijn van Rudi's goede gedrag maar moest leren effectief gezag te kunnen uitoefenen wanneer dat nodig was. Zichzelf onder controle krijgen was een eerste vereiste. De behandeling bevatte hiervoor de volgende elementen:

1. Mevrouw registreerde op welke momenten Rudi ongehoorzaam was en waarop dit betrekking had. Andere reacties liet zij in deze periode achterwege.
2. 's Avonds dacht ze na over de geregistreerde momenten en besloot welke van de punten zo belangrijk waren, dat er iets aan moest worden gedaan.
3. Voor die punten bedacht zij op welke manier zij ervoor kon zorgen dat het Rudi's probleem zou worden eraan te gehoorzamen, in plaats van het hare. In verband hiermee stelde zij een lijst op van mogelijke beloningen (voor wanneer Rudi zou gehoorzamen) en van gemakkelijk uitvoerbare straffen (voor wanneer Rudi niet zou gehoorzamen).
4. Rudi werd bij de 'onderhandelingen' over dit systeem van belonen en straffen betrokken.

Ook deze behandeling was natuurlijk complexer. Voor ons is hier van belang, dat moeder door deze maatregelen de controle over zichzelf hervond. Zij barstte niet meer uit in 'machteloos' getier, maar leerde Rudi door middel van effectieve gesprekken en sancties tot een positieve opstelling te brengen. In hoofdstuk 13 gaan we verder in op de behandeling van opvoedingsproblemen.

Het zou te ver voeren indien we hier alle gebieden zouden bespreken, waarin procedures voor zelfcontrole zinvol zijn. Het is ook niet zinnig om alle mogelijke varianten waarop dit kan gebeuren aan bod te laten komen. De gegeven voorbeelden illustreren echter de kernprincipes die we hieronder in figuur 9.1 schematisch weergeven. Voor een verdieping met betrekking tot dit onderwerp zij verwezen naar *Facilitating treatment adherence* van Meichenbaum en Turk (1987) en naar *Behavior Modification* van Martin en Pear (1992).





Figuur 9.1 Schema van zelfcontrole

**Referenties:** zie Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in Gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff. (in druk)

**Wonden, trauma's en context.**

Kees Hoogduin

**Inleiding**

Al enige jaren verbaas ik me over de grote rust die slachtoffers van Aids uitdragen, wanneer ze bijvoorbeeld tijdens televisie-interviews over hun vreselijke ziekte en naderende dood spreken. Vergelijk dat eens met kankerpatiënten, die vaak de grootste moeite hebben hun tranen te beheersen wanneer zij over hun ziekte spreken; zo veel klachten, zo veel pech. De houding van de patiënten ten opzichte van Aids heeft enige gelijkenis met de bijzondere houding van invalide oud-militairen of andere oorlogsslachtoffers, die tijdens herdenkingen soms een trots kunnen uitstralen wanneer zij zich met hun handicap vertonen. Een dergelijk fenomeen is soms ook terug te vinden op sportvelden. De bebloede kop van een rugby-speler lijkt hem niet te deren, integendeel, nonchalant veegt hij het bloed af aan zijn shirt, spuwt in de handen en daar gaat hij al weer ertegenaan. Pijn, verwondingen, ongemak, het lijkt hen niet te deren.

Buddingh (1969) heeft deze bijzondere houding van sporters eens fraai verwoord in "Leve het bruine monster" (pag. 9):

"Het was misschien wel de meest typische figuur die ik ooit op een voetbalveld heb gezien, of het moest een oude linksbuiten van ODS, Glimmerveen zijn geweest, wiens knie de hebbelijkheid had zo af en toe uit de kom te schieten. Dan lag hij even langs de kant, pakte het bewuste been beet, drukte de onwillige knie weer in de kom en dribbelde vrolijk verder alsof er niets was gebeurd."

Buddingh had al oog voor die speciale toestand van gemoed voor de beleving van klachten <sup>2a</sup> dat hij dit beeld zelf later gebruikte in moeilijke omstandigheden:

"Nu na zoveel jaren zeg ik als ik eens somber gestemd ben of als het niet wil zoals ik wil "Vooruit Kees, even de knie in de kom" en dan gaat het weer."

**De patiënt met het verbrande gezicht.**

*psychisch*

Kort geleden werd ik gevraagd een onderzoek te verrichten bij een man die na een ernstig bedrijfsongeval terug wilde keren naar zijn oude baan. Men was van



mening dat het ongeval en de gevolgen ervan hem mogelijk ongeschikt hadden gemaakt voor zijn oude functie.

Toen patiënt mij bezocht was ik niet in staat hem aan te kijken. In een flits zag zo'n typisch verlittekend gezicht, zoals oud-Beverwijk-patiënten ~~eruit kunnen zien~~ <sup>zoms kunnen hebben</sup>. Bovendien droeg hij een semidoorschijnende plastic kap die de onderhelft van zijn gezicht bedekte. Er was een gleuf in uitgespaard ter hoogte van de mond. Door de druk die deze kap blijkbaar op het weefsel uitoefende werd een rode misvormde mond een beetje door die opening geperst. Geleidelijk dorst ik wat langer naar hem te kijken en was ik in staat die vreemde, rare negatieve gevoelens in maag en buik te beheersen. Toen ik mijn ~~leedwens~~ <sup>medeleven</sup> uitsprak over zijn verbrandingen zei hij: "Ach, het gaat wel weer, we zijn twee jaar verder". Zijn toon was opgewekt. Desgevraagd vertelde hij over het ongeluk. Hij was werkzaam als hoogspanningsmonteur, toen pijnlijk bleek dat een collega was vergeten de spanning uit te schakelen. Hij kreeg de hoogspanning vooral door zijn rechterarm. Er ontstond een felle steekvlam, die zijn gezicht verbrandde. Een collega liep lichte brandwonden op. Hijzelf raakte even buiten kennis. Hij was al weer bij toen zijn collega's hem uit het huisje sleepten en in een sloot legden om hem te koelen. Hij vertelt op een rustige manier over zijn belevenissen tijdens de calamiteit: "Ik zag de steekvlam en ik dacht het is gedaan. Vrijwel in alle gevallen sterven de monteurs na een dergelijke blootstelling." Toen hij eruit gesleept werd, <sup>Wat een geluk</sup> dacht hij "Ik leef nog." Hij keek naar zijn rechterarm, die hij niet voelde, maar die geheel zwart was. Na enige minuten besloten ze naar een nabij gelegen huis te gaan. Hij liep met zijn collega's naar het huis. en ze vroegen of hij in bad mocht liggen en of er een ziekenwagen gebeld kon worden. In de badkamer zag hij zijn gezicht. De huid zag eruit, vertelt hij, alsof je door pakpapier een schot hagel schiet, met bruine flarden en kraters. Hij wist al dat zijn ogen gespaard waren, hij droeg een leesbrilletje tijdens het gebeuren. Toen al had hij het gevoel "Wat een geluk, ik leef. Wat een geluk, mijn ogen zijn gespaard." Hij is vervolgens naar het brandwondencentrum in Beverwijk vervoerd. Hij was een modelpatiënt; hij voelde geen pijn, gebruikte geen pijnstillers, wisselde zelf de verbanden van zijn arm. Hij merkte na enige dagen dat hij gevoel en beweging terugkreeg in zijn vingers: "Wat een geluk, ik kan mijn hand nog gebruiken." Hij kende een man, die ooit een dergelijk ongeluk overleefde, met een volledig misvormd klauwhandje. Zo vorderde zijn herstel, genezing van wonden, veel correctieve chirurgische ingrepen, huidtransplantaties. "Wel", zei hij "werkelijk, ik heb zo'n geluk gehad. Doordat mijn arm steunde op de tafel is de stroom door mijn arm direct via de tafel

afgevoeid. Daarom leef ik nog."

Hij deed zijn masker af en toen zag ik een bijna normaal gezicht met die typische parse, witte en normale huidgedeelten. Rond de mond was het littekenweefsel gezwollen, zijn mond was verkleind en door de littekens nauwelijks te gebruiken. De motorische functie van de rechterhand en arm waren weer hersteld.

Een man die al zijn klachten en pijn als pech beleefde in een context van sterke, positief gekleurde gevoelens. "Wat een geluk, dat ik leef, dat ik zie, dat ik mijn hand nog kan gebruiken, dat ik eerdaags ook weer een genezen huid heb, en eerdaags weer werk." Nauwelijks pijn, nauwelijks verdriet dus. Hetero-anamnestic was hij altijd al een aardige, opgewekte en zorgzame echtgenoot geweest. Toen zijn werkgevers, die hem en zijn gezin in alles ondersteund hadden, hem een bureaufunctie wilden geven, had hij geprotesteerd. Nee, hij wilde gewoon weer aan het werk als hoogspanningsmonteur, waarbij hij de restrictie maakte, dat als hij het niet aan zou durven, hij onmiddellijk ander werk zou accepteren.

We hebben positief geadviseerd: ga maar terug naar het werk, maar doe het geleidelijk. Eerst eens kijken, dan wat meelopen, dan weer wat doen, etc.

**Discussie**

Dit klinische voorbeeld illustreert het grote belang van de context waarin de patiënt zijn klachten plaatst. Zijn wonden, pijn en ongemak waren onlosmakelijk gekoppeld aan belevingen van geluk gehad hebben, van de zekerheid op herstel, van vreugde dat het zo afgelopen was. Dat maakte het hem mogelijk de pijnen, pech en ongemakken zo gemakkelijk te verdragen. Vanuit de beginjaren van de directieve therapie kennen wij ook, de interventies die zin gaven aan de symptomen. Zo werden bijvoorbeeld bepaalde klachten van een gezinslid van een zingeving voorzien uoor te stellen dat het lijden ervoor zorgde dat het gezin bijeen bleef, of ervoor zorgde dat er niet langer ruzie tussen de ouders plaatsvond (Van der Velden, Van der Hart & Van Dyck, 1977). Nu was het de bedoeling dat van dit positief etiketteren de patiënten beter worden, maar gelet op het voorgaande zou het ook kunnen zijn dat ze minder last <sup>reukten</sup> hebben van hun klachten (terwijl de klachten zelf - bijv. hoofdpijn - in aantal uren per dag niet verminderen), als gevolg van deze verandering in de context van de klachten.

De mogelijkheid om met behulp van verandering in de context van bijvoorbeeld chronische lichamelijke klachten ook een klachtenreductie te bewerkstelligen, lijkt interessant. Patiënten kunnen op het spoor gezet worden van dit mechanisme door hen te vragen aan welke littekens zij het meeste gehecht zijn. De dag na de patiënt met de brandwonden had ik een gesprek met een patiënt met ernstige rugpijnklachten. Ik legde haar het model van perceptie en context uit. Ik vroeg haar welk litteken haar het liefst was. Zonder aarzelen zei ze "Mijn keizersnee-operaties." De lelijke littekens die achterbleven na drie sectio's waren haar zo lief omdat ze zo haar kinderen had gekregen. "Welnu", zei ik "die lelijke littekens, die sommige vrouwen zouden verfoeien, hebben bij u een bijzondere plek. Zo zou het ook kunnen zijn dat uw beleving van de reële rugpijnklachten ~~niet langer gebouwen als tot nu toe~~ zal kunnen veranderen. Laten we een(zien of we die ook een andere plaats in uw werkelijkheid kunnen geven."

**Tot slot**

Sommige patiënten gaan veel te ver met de verandering in hun beleving. Sommigen negeren hun klachten dusdanig om bepaalde doelen te bereiken, dat er dient te worden ingegrepen. Gaarne geef ik hier een voorbeeld van, ontleend aan Bomans (1957) uit "Engeland - Nederland":

"Ietwat ernstiger zijn de gevolgen op het veld. Het been waarmee Rothagen dit historische doelpunt gemaakt heeft, is uit de kom geschoten en ligt achter de doellijn in het gras. De dappere kerel wil doorspelen doch moet medisch advies van verdere deelneming afzien."

**Literatuur**

Bomans, G. (1957). *Buitelingen*. Amsterdam: Elsevier.  
 Buddingh, C. (1967). *Leve het bruine monster*. Amsterdam: De Bezige Bij.  
 Velden, K. van der, Hart, O. van der, & Dyck, R. van (1977). *Positief etiketteren*. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

# Het gedoe rond de dissociatieve stoornissen (1)

Kees van der Velden

In Intermediair van deze week staat een stuk van Anita Jansen en Harald Merckelbach over dissociatieve stoornissen en degenen die zich geroepen voelen patiënten met deze stoornissen te behandelen. In de slotalinea's van dit artikel wordt aan de weg timmerende behandelaars van deze patiënten (met name: Boon, Ellenhuis, Van der Hart) verweten hun patiënten 'valse' (sic!) herinneringen aan te praten, onder meer op grond van gemakzucht en het verlangen naar geldelijk gewin. De lezer van Intermediair wordt getroost met de mededeling dat er gelukkig serieuze psychologen bestaan die bij machte zijn ernstige stoornissen op een nette wijze weg te werken zonder dat zij hun patiënten 'valse' (sic!) herinneringen aanpraten.

Wanneer die serieuze psychologen een dagje met de zuster van de SPD hebben meegereden zullen ze zich toch afvragen wat zij nu toch eigenlijk kunnen bijdragen aan het verminderen van waargenomen misère. 't Antwoord is: Niet veel. De suggestie dat het behandelaars van dissociatieve stoornissen om hun gemak en geld gaat getuigt van te veel onwetendheid. Wie het gemakkelijk wil hebben moet patiënten met dissociatieve stoornissen mijden en wie veel geld wil verdienen moet hetzelfde doen. (Over de financiële mogelijkheden van de gemiddelde patiënt met een dissociatieve identiteitsstoornis is mij niets bekend, maar dat men vele jaren aan zo een patiënt 'vastzit', en dat er ook buiten de zg. kantooruren vele contacten met en over zo een patiënt zijn waar geen enkele vergoeding tegenover staat is wel zeker. De behandelaars van deze patiënten zien er trouwens zelden of nooit goed uit. Soms lijkt het of al hun patiënten zich tegelijk willen suïcideren. Lange vakanties zou men deze therapeuten toewensen, en ook heel veel geld, bijvoorbeeld om dure kleren te kopen of om naar concerten te gaan of om uit de band te springen met een schoonheid die zo door de wol geverfd is dat zij deze ontmoeting onmogelijk als 'traumatisch' of 'traumatiserend' ervaren kan.)

In het gesodejanus over dissociatieve stoornissen speelt het *geheugen* een

belangrijke rol. Van het *geheugen* weet ik hoegenaamd niets: ik zou dit niet zo ongegeneerd meedelen wanneer ik er niet zeker van was wanneer ditzelfde voor u geldt. 't Geheugen is net zo'n begrip als het heelal. 't Is te groot, we kunnen het niet begrijpen. Toen mijn schoonzusje Francine, kort na een hersenbloeding mijn broer Ben naast haar ziekbed aantrof stelde ze hem vaak de vraag hoe het met Ben ging. "Goed," zei Ben, "ik zit naast je." "Ja, dat begrijp ik", zei Francine dan, "maar ik bedoel de èchte Ben." Mijn broer wist niet beter of hij was zelf de 'echte Ben'.

Ook mijn geheugen blijkt keer op keer de ter beschikking staande gegevens onjuist (niet 'vals' dus) te hebben opgeslagen, terwijl ik toch niet getroffen ben door een ramp verwant aan die die Francine trof, en voor u<sup>w</sup>/en mijn patiënten geldt hetzelfde. Zo zou ik onlangs, na een geslaagde voordracht, hebben kunnen nagenieten van een tot aubade, ja tot algeheel gejuich *aanzwellend* applaus - vgl. Kuipers *Ver heen*, hoofdstuk 1-, wanneer een voor mij niet te bevatten factor ervoor gezorgd had dat ik mij van dit geklap nul komma niets kon herinneren. Ik herinner mij alleen mijn voordracht en de vragen die ik die daarna moest beantwoorden.

Wanneer ik 'normaal' genoemd mag worden meen ik mij een eerste vaststelling te kunnen veroorloven: Het is niet ongewoon zich gebeurtenissen verkeerd te herinneren.

Een voorbeeld uit de kliniek maakt duidelijk dat ook patiënten met dissociatieve stoornissen in dit opzicht niet onfeilbaar zijn. Mevrouw B., 47 jaar, herinnert zich de seksuele toenadering van haar grootvader zeer precies - zij was drie toen hij begon en dertien toen hij, wegens overlijden, moest stoppen: dat dit is gebeurd is door twee onafhankelijke bronnen bevestigd - en met te grote regelmaat 'ziet' ze hem opnieuw, 'spreekt' ze hem opnieuw (hij: "Je wilde het zelf. het is jouw schuld, je wilde het zelf"), wordt ze wederom door hem 'genomen' (complicerende factor: opa was de liefste persoon die ze kende toen ze klein was) en wil ze zich wegens haar bijdrage aan deze ongewone omgang suïcidieren. Totnutoe heeft dit allemaal nog een zekere logica, zeker wanneer we er rekening mee houden dat haar bewustzijn, zeker bij de meest ingrijpende herinneringen, verlaagd is; zij is dan ook gedesorienteerd in tijd en plaats. Maar wat niet logisch en rationeel is, is

dat opa vergezeld wordt door 'beesten', ietwat gelijkend op Barbapappa en Barbamma, die in goed Nederlands op haar schelden: "Je bent een hoer!", "Je bent een kutwijf!" enzovoorts. Des morgens vindt onze patiënte briefjes, in primitief handschrift, met mededelingen van gelijke aard. Ze is ervan overtuigd dat deze briefjes door de 'beesten' geschreven zijn en gelooft mij niet wanneer ik opper dat zij ze zelf mogelijk geschreven heeft.

Vaak ben ik in Blijdorp geweest, en ook in Artis, maar beesten die Nederlands spraken en schreven heb ik nimmer gezien. Zouden wij op grond van deze evident onjuiste waarnemingen tot de slotsom moeten komen dat mevrouw B.'s herinneringen aan haar grootvader en diens seksuele voorkeuren ook wel onjuist zullen zijn? Nee - maar waarom eigenlijk niet? Overigens is het nooit bij mevrouw B. opgekomen haar grootvader de schuld te geven - zij wilde *het* immers zelf? - , laat staan dat zij op het idee is gekomen 'aangifte' te doen - sowieso al moeilijk bij een overleden 'dader' -, ook niet van het seksueel misbruik dat haar na opa's dood ten deel viel.

Ik kom hierop nog terug.

Om onze hooggeleerde vriend Fred te helpen vermeld ik nog dat volgens mijn ervaring de ernst van dissociatieve stoornissen kan toenemen bij disharmonie in de verhouding met de wederhelft, en dat deze factor ten onrechte wordt overgeslagen in de literatuur over dissociatieve stoornissen. Een aardig voorbeeld is de heer T., die de beste maatjes is met de 'kindalters' van mevrouw T. - te weten 'Warhoofkje' (sic.) en 'Niksxie' (sic.) -, maar die de eisen van de 'echte' mevrouw T. niet goed kan beantwoorden, mogelijk mede omdat hij als kind reeds een "dwerg" werd genoemd en zij, de patiënte, een stuk intelligenter is dan hij.

Wij komen hierop terug!

## De specifieke persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV

U kent misschien de definitie van een kameel: een kameel is een paard, getekend door een commissie. De 'draft' van de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV heeft alle kenmerken van een door een commissie getekend paard: het Engels is vaak houterig, soms onbegrijpelijk en plotseling worden ~~inzens~~ de meest onlogische kenmerken ingevoerd (bijvoorbeeld: als kenmerk van de theatrale persoonlijkheid wordt genoemd dat deze theatraal is). Het zou natuurlijk mogelijk zijn geweest om dit Engels in houterig en onbegrijpelijk Nederlands te vertalen, maar het voordeel hiervan - in het Engels en het Nederlands dezelfde tekst - woog onzes inziens niet op tegen de nadelen.

Vandaar dat wij ons tot doel gesteld hebben de oorspronkelijke tekst in enigszins leesbaar Nederlands te vertalen. (Dat dit niet altijd gelukt is zal de lezer merken.)

Wie de verschillen tussen de beschrijving van de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III-R en DSM-IV bestudeert, komt tot de slotsom dat soms voor een andere formulering is gekozen (bijvoorbeeld "zoekt haastig een nieuwe relatie wanneer een intieme verhouding beëindigd is" [DSM-IV] in plaats van "voelt zich ellendig wanneer een intieme verhouding beëindigd is" [DSM-III-R]), dat de criteria in een heel andere volgorde zijn gezet (waarom wordt niet duidelijk), dat soms een criterium is weggelaten of toegevoegd (voorbeeld van een weglating: bij de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis is in DSM-IV geschrappt: "is niet bij machte langer dan twaalf maanden een monogame relatie in stand te houden" - tja), dat de 'passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis' het veld heeft moeten ruimen en dat de patiënt soms aan een criterium meer, dan aan een criterium minder moet voldoen - maar dat er in grote lijnen weinig verschil is.

Wij beschrijven en bespreken nu de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV. Bij bijna iedere stoornis zal een min of meer prototypisch voorbeeld worden gegeven. De lezer moet zich voor ogen houden dat de verschillende criteria per stoornis meer dan tweehonderd combinaties mogelijk maken - zie elders in dit hoofdstuk - en dat het voor de meest ervaren klinicus onmogelijk is van al deze combinaties een voorbeeld te geven (dit zouden er namelijk ten minste 2.200 moeten zijn); bij deze berekening is er nog aan voorbijgegaan dat de meeste patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis wordt vastgesteld niet slechts aan de criteria van één, maar aan die van drie of meer persoonlijkheidsstoornissen voldoen.

### Cluster A: Door excentriciteit gekenmerkte persoonlijkheidsstoornissen

#### 1. *De paranoïde persoonlijkheidsstoornis*

Ondanks oplettendheid en ruime klinische ervaring gelukte het ons slechts met veel moeite iemand te vinden die aan de criteria voor deze stoornis voldeed. Zij - de stoornis - komt dan

ook niet veel voor en de mensen die ermee behept zijn hebben geen reden de psychiater (of de psycholoog of de maatschappelijk werker of de sociaal-psychiatisch verpleegkundige of de huisarts) te bezoeken, tenzij zich een stoomis op As I voordoet, bijvoorbeeld een schizofrene psychose of een waanstoornis. Bij het begrip paranoïde persoonlijkheidsstoornis moet men aan een onaangenaam, rancuneus, wantrouwig en eenzaam mens denken.

De stoornis zou zich reeds in de vroege volwassenheid manifesteren. De patiënt moet aan ten minste vier van de volgende criteria voldoen: hij verdenkt anderen van onheuse bedoelingen, bijvoorbeeld dat ze hem misbruiken of bedriegen; hij weigert anderen vertrouwen te geven omdat zij dit zouden kunnen misbruiken; ook achter vriendelijk bedoelde opmerkingen zoekt hij iets kwaadaardigs; vergevingsgezind is hij niet; ten slotte kan hij de wederhelft er zonder reden van verdenken hem ontrouw te zijn. (Wij kennen inderdaad - mannelijke en vrouwelijke - patiënten met pathologische jaloezie wier karakter door deze trekken gekenmerkt wordt.)

De heer De Groot, 42 jaar, wetenschappelijk medewerker, wordt door de bedrijfsarts verwezen vanwege de moeilijkheden die zijn collega's en bazen met hem hebben (en hij met hen). Hij is er verbitterd over dat anderen zijn wetenschappelijke vondsten stelen - zo meent hij althans - en deze publiceren voor hij de kans heeft gehad dit zelf te doen. Om deze reden mijdt hij het uitwisselen van gegevens met collega's. Laboratoriumassistenten verdenkt hij ervan de resultaten van zijn experimenten door te spelen naar rivalen. Het feit dat hij geen hoogleraar is geworden wijt hij aan een conspiratie van minder getalenteerde collega's. De hoogleraren van zijn vakgroep hebben deze positie bereikt door 'vriendjespolitiek'. Wanneer in de lunchpauze een collega aan zijn tafeltje komt zitten om een boterham te eten vraagt hij zich af wat deze van hem wil.

De heer A. functioneert weer aardig wanneer hij ontheven wordt van de verplichting met zijn collega's samen te werken. In de bibliotheek vindt hij de literatuur die hij nodig heeft. Hij publiceert weer, maar alleen met vakgenoten in het buitenland, die hij via correspondentie maar niet uit persoonlijke ontmoetingen kent.

## 2. *De schizoïde persoonlijkheidsstoornis*

De patiënt met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis wordt van het begin van zijn volwassenheid af aan gekenmerkt door zijn geringe behoefte aan omgang met de medemens en zijn beperkte vermogens om in de nabijheid van anderen uiting te geven aan zijn gevoelens (voor zover die er zijn). De DSM-IV-omschrijving bevat de volgende criteria: de patiënt verlangt niet naar intieme relaties en geniet er ook niet van (hij beschouwt het evenmin als een genoegen om tot een gezin te behoren); zijn voorkeur gaat uit naar bezigheden die hij in zijn eentje kan uitvoeren; hij heeft nauwelijks of geen behoefte aan seksueel contact (dit wil natuurlijk niet zeggen dat hij geen seksuele verlangens heeft); weinig of geen bezigheden geven hem genoegen; vriendschappen kent hij niet, vertrouwelingen evenmin, met uitzondering van zijn eventuele broers, zusters of ouders; lof en kritiek laten hem onverschillig; hij onderscheidt zich verder door gevoelsarmoede en kilheid.



Er zal wel bijna niemand bestaan die de vreugdeloosheid zover weet door te voeren. Om voor de diagnose in aanmerking te komen moeten bij de patiënt ten minste vier van de genoemde zeven kenmerken aangetroffen worden.

De beschreven eigenschappen worden wel gevonden bij patiënten bij wie zich later een schizofrene stoornis ontwikkelt. Het beeld lijkt op dat van een patiënt met een schizofrene stoornis bij wie zich vooral ‘negatieve symptomen’ voordoen. Wanneer zich bij de patiënt met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis geen storende klachten op As I ontwikkelen zal hij geen behandeling zoeken.

### 3. De schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis zien we wél in de spreekkamer, vooral omdat zij vaak *klachten* hebben, wat bij de vertegenwoordigers van de twee vorige persoonlijkheidsstoornissen lang niet altijd het geval hoeft te zijn. De DSM-IV-omschrijving van deze stoornis bevat zoveel symptomen, dat gemakkelijk te begrijpen is waarom deze stoornis in de ICD-10 niet als een persoonlijkheidsstoornis maar als een psychotisch syndroom beschouwd wordt.

De stoornis manifesteert zich in tekorten in het sociale gedrag en in intieme relaties, in cognitieve tekorten en eigenaardigheden in de waarneming en in excentriek gedrag. Aan vijf van de volgende criteria moet zijn voldaan voor men de diagnose kan stellen: betrekkingsideeën (‘t moeten “ideeën” blijven; wanen horen er dus niet bij); wonderlijke overtuigingen of vormen van magisch denken die van invloed zijn op het gedrag en die niet passen bij de omgeving waartoe de patiënt behoort (bijv. bijgelovigheid; het geloof helderziend te zijn, over telepathische gaven of het ‘zesde zintuig’ te beschikken; bij kinderen en adolescenten zouden bizarre fantasieën en dito preoccupaties op de ontwikkeling van een schizotypische persoonlijkheidsstoornis wijzen); ongebruikelijke waarnemingen en ervaringen (die ook het betrekking kunnen hebben op het manier waarop de patiënt zijn lichaam ziet en beleeft); een wonderlijke manier van denken en dito taalgebruik (vaag, wijldloos, in de vorm van beeldspraak, overgedetailleerd of stereotiep); achterdocht of de vorming van waanachtige ideeën; niet bij de situatie passende of ingeperkte gevoelens; een manier van gedragen of optreden die als vreemd of excentriek wordt ervaren; het ontbreken van goede vrienden (buiten de gezinsleden), en ten slotte buitensporige sociale angst, die niet afneemt wanneer de vertrouwdheid zou moeten toenemen, maar die meer met paranoïde angsten samenhangt dan met een ongunstig oordeel van de patiënt over zichzelf.

Hannah, 32 jaar oud, schrijfster en dichteres, is van huis uit timide en teruggetrokken. Haar vader was ooit opgenomen wegens een schizofrene psychose, waarvan hij herstelde zonder negatieve symptomatologie. Zij heeft geen partner. Haar literaire produktiviteit neemt af, zij gaat zich verwaarlozen, trekt zich terug, en uit zich tegenover degenen die haar liefhebben en zich zorgen over haar maken in moeilijk of niet te

volgen taal; zij raakt ervan overtuigd dat zij in contact staat met een beroemde, maar overigens degelijk gehuwde popzanger, die haar langs voor buitenstaanders onnaspeurlijke weg heeft laten weten dat hij hoopt dat Hannah ooit de zijne zal zijn. Langs dezelfde weg laat zij hem weten zich beschikbaar te houden. Wanneer Hannah's grootvader, van wie zij altijd veel hield, ziek wordt en na enkele maanden overlijdt reageert zij met een mysterieus lachen. Wanneer zij ten slotte ook haar huis en geliefde huisdieren verwaarloost wordt zij opgenomen. Zij wordt op een lage dosering Orap ingesteld. Hannah herstelt voorspoedig en doet het beste met de adviezen die haar gegeven worden. Vier jaar na de opname gebruikt zij nog steeds Orap. Zij heeft inmiddels een vriend - niet de popzanger - en schrijft weer net zo goed als vroeger. Zij voldoet zeker niet meer aan de criteria voor een schizotypische persoonlijkheidsstoornis, al blijft ze - gelukkig - wel een beetje ongewoon. "Ik was volkomen in de war", is haar oordeel over de droevige episode in haar leven.

Hannah voldeed in geen enkel stadium van haar decompensatie aan de criteria voor een schizofreniforme stoornis of voor schizofrenie, noch aan de criteria voor enige andere officiële stoornis op As I. Toch kan men zich, gezien het beloop, voorstellen dat Hannah's symptomen eerder op As I thuishoren dan op As II.

## Cluster B. Persoonlijkheidsstoornissen met dramatische en emotionele kenmerken

### 4. *De antisociale persoonlijkheidsstoornis*

Dit is een nare aandoening. De antisociale persoonlijkheid is de 'psychopaath' van vroeger, degen die zelf niet lijdt maar anderen doet lijden, zoals in oude leerboeken staat. Ter verontschuldiging van de mens met een antisociale persoonlijkheidsstoornis kan vermeld worden dat deze als klein kind zelf vaak het slachtoffer van verwaarlozing en misbruik was. Ook wordt wel de mogelijkheid geopperd dat sommigen met deze stoornis aan een dissociatieve stoornis zouden lijden - een aandoening die ook het gevolg van 'traumatisering' is (**Referentie volgt**). Voorts lijken genetische factoren tot het ontstaan van deze stoornis bij te dragen. Hoe naar de oorzaken van de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis ook zijn, de gevolgen zijn eveneens niet mis. Hier volgen de kenmerken van deze stoornis volgens DSM-IV.

't Begint ermee dat de patiënt - vrijwel altijd een man - al voor z'n vijftiende zoveel op z'n kerfstok had dat hij toen voor de diagnose Gedragsstoornis (zie hoofdstuk...) in aanmerking kwam.

De persoon die met deze aandoening opgescheept is heeft geen enkel respect voor de rechten van anderen, wat moet blijken uit ten minste drie van de volgende gegevens:

hij slaagt er niet in zich aan maatschappelijke normen te houden, speciaal niet aan de eisen die de wet stelt, wat blijkt uit het feit hij zich om de haverklap met zaken bezighoudt die een reden

voor gevangenisstraf vormen (N.B. Er staat dus niet dat hij daadwerkelijk opgesloten geweest moet zijn, want of dat wel of niet lukt hangt meer met 'pakkans' en slimheid samen); hij wordt gekenmerkt door lichtgeraaktheid en agressie, wat wel blijkt uit de vechtpartijen waarbij hij, vaak op eigen initiatief, betrokken is; de patiënt gedraagt zich consequent onverantwoordelijk, hij weet zich niet in een nette baan te handhaven en zijn financiële verplichtingen komt hij niet na; hij is impulsief en het lukt hem niet een mooi plan voor de toekomst te maken; hij bedriegt de medemens, bijvoorbeeld door regelmatig te liegen, zich onder een andere naam te presenteren of anderen te misbruiken voor eigen voordeel en pret; hij veronachtzaamt de veiligheid van zichzelf en anderen; van wroeging of spijt heeft hij in het geheel geen last, wat wel mag blijken uit het feit dat het hem niet kan schelen of hij anderen gekwetst heeft, mishandeld of bestolen.

Hierna zal nog worden uitgelegd dat deze stoornis in Amerika vaker wordt vastgesteld dan elders, wat niet betekent dat zij elders minder voorkomt.

Uit zichzelf zal de patiënt met de antisociale persoonlijkheidsstoornis niet om uw hulp vragen, tenzij hij de pech heeft door een stoornis op As I getroffen te worden. In de forensische psychiatrie is hij een goede bekende. Van zijn onverschrokken optreden blijft soms weinig over wanneer hij het voorwerp van indringende psychiatrische observatie is geworden. Met het klimmen der jaren besluit het merendeel van de patiënten met deze stoornis het rustiger aan te doen.

Hoogduin en Schaap (1990) geven het voorbeeld van de heer Van der Voort, die woedend is op de gehele wereld. Hij had zijn huisarts geslagen omdat deze weigerde de gemeente te bellen teneinde de heer Van der Voort en zijn gezin aan een andere woning te helpen. Ook zijn vrouw en kinderen worden tijdens zijn 'buien' mishandeld. (Zijn 'buien' worden volgens hem veroorzaakt door de wrevel die het te kleine huis bij hem zou oproepen.) De heer Van der Voort heeft wegens agressief gedrag in de gevangenis gezeten. Hij drinkt ruime hoeveelheden jenever. Hij wordt gekweld door sadistische fantasieën, waardoor hij zijn zelfbeheersing dreigt te verliezen. Ook worstelt hij met de drang kinderen seksueel te misbruiken. Hij heeft een bijstandsuitkering die hij aanvult met via klussen verworven zwart geld. Zijn vader en een broer kwamen door suïcide om het leven. De heer Van der Voort was wel bereid enige tijd medicatie te gebruiken tegen zijn angsten, spanning en woede, maar na enkele bijeenkomsten beëindigde hij de behandeling.

### *5. De borderline persoonlijkheidsstoornis*

Ook de beschrijving van de borderline persoonlijkheidsstoornis bevat elementen die strikt genomen op As I thuishoren, zoals de stoornissen in de impulscontrole. De suïcidaliteit en de gevoelens van leegte die de patiënt kenmerken suggereren een verwantschap met de stemmingsstoornissen op As I. Patiënten met dissociatieve stoornissen voldoen vaak tevens aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. De diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis kan meestal gecombineerd worden met een andere As-II-diagnose,

zoals de schizotypische of de theatrale persoonlijkheidsstoornis. De diagnose wordt veel vaker bij vrouwen gesteld dan bij mannen.

Instabiliteit in de verhouding tot anderen, instabiliteit in het beeld dat de patiënt van zichzelf heeft, instabiliteit in de stemming en het tekortschieten van de zelfbeheersing kenmerken de patiënt met deze stoornis sinds het begin van de volwassenheid. DSM-IV geeft negen criteria; om de diagnose te kunnen stellen moet de patiënt aan vijf van deze criteria voldoen. De criteria zijn: de patiënt probeert uit alle macht te voorkomen dat zij in de steek gelaten wordt (of hier nu feitelijk aanleiding voor bestaat is niet belangrijk; 't kan ook zijn dat de verlating slechts in de verbeelding van de patiënt dreigt); onevenwichtige en intense relaties, waarin de ander nu eens geïdealiseerd en dan weer als waardeloos beschouwd wordt; een identiteitsstoornis, waarbij het beeld dat de patiënt van zichzelf heeft en de manier waarop hij over zichzelf oordeelt opvallend gestoord, vervormd of onevenwichtig is; een tekort aan zelfbeheersing waardoor de patiënt zichzelf schade berokkent (dit tekort moet zich op ten minste twee gebieden manifesteren; voorbeelden: geld verkwisten, risico's nemen met seks, drugsmisbruik, roekeloos autorijden, vreetbuien); terugkerend suïcidaal gedrag, terugkerende suïcidale gestes en dreigen met zelfdoding, of automutilatie; een onevenwichtige stemming, die toegeschreven kan worden aan de neiging te emotioneel te reageren (bijvoorbeeld perioden van diepe ontstemming, geïrriteerdheid of angst, die meestal een paar uur en zelden langer dan een paar dagen duren); zich chronisch 'leeg' voelen; misplaatste, hevige woede of het onvermogen gevoelens van boosheid te beheersen (bijvoorbeeld regelmatig terugkerende driftbuien, constante woede, vechtpartijen); en ten slotte: de voorbijgaande, met stress samenhangende vorming van waanachtige ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.

Dat de aanwezigheid van deze stoornis talent en geestigheid niet in de weg hoeft te staan bewees de overigens hartbrekend-ongelukkige filmster Marilyn Monroe.

Er zijn aanwijzingen dat carbamazepine en MAO-remmers kunnen helpen de instabiliteit van de patiënten met deze stoornis te verminderen en hun stemming te verbeteren. Zoals elders in dit hoofdstuk wordt opgemerkt wordt de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis vrijwel nooit gesteld bij patiënten boven de veertig.

Uit eigen waarneming weten wij dat enkele oudere 'ex-borderline'-patiënten depressies in engere zin ontwikkelden, die zich goed medicamenteus lieten behandelen.

#### 6. De theatrale persoonlijkheidsstoornis

De beschrijving van de theatrale persoonlijkheidsstoornis is de karikatuur van een zelfingenomen 'dom blondje', ook wanneer degenen die aan deze eigenaardige aandoening lijdt slechts aan het vereiste minimum van vijf van de acht criteria voldoet. Hoewel de stoornis geacht wordt vaak voor te komen - veel vaker bij vrouwen dan bij mannen - herinneren wij ons niet zo iemand in de spreekkamer aangetroffen te hebben, wel op verjaardagen en tijdens

vergaderingen, maar wij hadden toen niet de gelegenheid te vragen of dit beschamende gedrag een “pervasive pattern” vormde.

De theatrale persoonlijkheid wordt gekenmerkt door overdreven emotionaliteit en aandacht vragen. Dit gebeurt op de volgende wijzen: de patiënt voelt zich ongemakkelijk wanneer zij (of hij) niet in het centrum van de belanstelling staat; zij (of hij) wijdt zich aan seksuele verleiding wanneer dat niet gepast is, of zij (of hij) gedraagt zich uitdagend in de omgang met medemensen; de patiënt toont snel wisselende en oppervlakkige gevoelens; de patiënt gebruikt voortdurend haar (of zijn) fysieke verschijning om de aandacht op zich te vestigen; de spreektrant is buitengewoon schetsmatig en wordt gekenmerkt door het ontbreken van nuance en detail; de patiënt maakt zichzelf tot middelpunt van een drama, is theatraal (sic!) en geeft op overdreven wijze uiting aan gevoelens; de patiënt is suggestibel; de verhoudingen met anderen worden door haar (of hem) als meer intiem beleefd dan deze verhoudingen werkelijk zijn.

Degeen die aan al deze criteria voldoet staat in feite voortdurend voor schut.

Het tekort aan frustratietolerantie, dat in DSM-III-R nog als criterium werd gebruikt, is nu verdwenen, evenals de onzekerheid - wie weet welke diepgaande studies aan deze beslissingen vooraf zijn gegaan! -; de suggestibiliteit is er om ons onbekende redenen bij gekomen. Tekenen van ziekte of ongeluk hebben wij in deze opsomming niet kunnen vinden. Het is ons wel opgevallen dat patiënten die hun depressieve klachten op een melodramatische wijze presenteren (“O dokter, dit is ondragelijk!”) door hun behandelaars als minder ernstig depressief beschouwd worden dan patiënten die ingetogen over hun leed vertellen. Dit komt de behandeling van de mensen die zich kleurrijk uiten niet ten goede.

### *7. De narcistische persoonlijkheidsstoornis*

De patiënt met deze stoornis is steeds bezig met zijn eigen grootheid (in fantasie of gedrag) en wordt gedreven door zijn behoefte aan bewondering; in empathisch opzicht schiet hij ernstig tekort. Deze bijzonderheden moeten in ten minste vijf van de onderstaande criteria tot uitdrukking komen: de patiënt vindt zichzelf fantastisch en enorm belangrijk (hij overdrijft zijn prestaties en talenten, verwacht dat men hem erkent als een superieur persoon zonder dat zijn prestaties hier aanleiding toe geven); hij is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkt succes, macht, brille, schoonheid, of de ideale liefde (wat die ideale liefde hier doet begrijpen wij niet, maar zo staat het nu eenmaal in DSM-IV, vdB/vdV); patiënten met deze aandoening geloven dat zij ‘speciaal’ zijn en uniek en dat zij slechts begrepen kunnen worden door andere speciale mensen, bij voorkeur met een hoge status, van wier kring zij eigenlijk ook deel zouden moeten uitmaken; de patiënt eist excessieve bewondering; hij meent over speciale voorrechten te beschikken (heeft bijvoorbeeld de onredelijke verwachting dat hem een voorkeursbehandeling toekomt of dat men vanzelfsprekend rekening houdt met zijn verwachtingen); hij gebruikt de medemens om zijn eigen doelen te bereiken; het ontbreekt hem

aan invoelend vermogen: hij wil de gevoelens en behoeften van anderen niet erkennen en het is hem niet goed mogelijk zich de behoeften van anderen voor te stellen; hij is vaak jaloers op anderen of gelooft dat anderen jaloers zijn op hem; en ten slotte heeft hij een hooghartige houding en gedraagt hij zich dienovereenkomstig.

Wie wij hier geportretteerd zien is niet het prototype van een narcistisch mens alswel het prototype van een *totaal van zelfkritiek gespeend* mens. Wat in de beschrijving opvalt is niet de liefde die het personage voor zichzelf voelt, maar diens onvermogen om onderscheid te maken tussen wat belangrijk schijnt en wat belangrijk is. Wanneer de hier beschreven persoon ook nog over antisociale trekken beschikt en macht - maak dan maar dat je uit de buurt komt.

In de spreekkamer worden dergelijke types niet vaak gezien (wijzelf zagen nooit zo iemand, om precies te zijn), maar een auteur als Derksen (1993) ziet ze blijkbaar aan de lopende band.

Freeman (1983) brengt zijn scepsis over het begrip narcistische persoonlijkheidsstoornis keurig onder woorden: "De schrijver meent dat het begrip zelden van toepassing is op Engelse psychiatrische patiënten, maar in je "professional life" (de schrijver is psychiater, vdB/vdV) kom je dikwijls mensen tegen die de beschreven kenmerken bezitten."

Overigens hoeft ijdelheid niet altijd een bezwaar bij de behandeling van stoornissen op As I. De ijdele patiënt beschikt over de ambitie te bewijzen dat hij uitblinkt, dus is het nuttig hem de gelegenheid te geven te tonen dat hij ook uitblinkt in zijn medewerking aan zijn herstel.

Cluster C: Persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt door zorg en angst

8. *De vermijdende persoonlijkheidsstoornis*

De vermijdende persoonlijkheidsstoornis doet zich voor bij mensen die als het ware zitten te wachten op een assertiviteitstraining of op een behandeling van sociale fobie. Zij worden gekenmerkt door geremdheid in sociale contacten, door minderwaardigheidsgevoelens en door een overgevoeligheid voor negatieve beoordeling. Zij moeten aan vier van de volgende criteria voldoen: zij vermijden werkzaamheden die direct persoonlijk contact met zich meebrengen, omdat zij bang zijn voor kritiek, afkeuring of afwijzing; zij vinden het niet prettig met anderen om te gaan, tenzij ze er zeker van kunnen zijn dat dezen hen aardig zullen vinden; zij gaan intieme relaties uit de weg, bang als ze zijn om voor schut gezet of uitgelachen te worden; zij zijn gepreoccupeerd met de vraag of ze in gezelschap bekritiseerd of afgewezen zullen worden; in nieuwe situaties voelen zij zich geremd omdat zij zich voelen tekortschieten; zij menen tekort te schieten in hun sociale vaardigheden, denken onaantrekkelijk te zijn voor anderen, of minder waard dan anderen; zij voelen ongewoon veel schroom bij het nemen van risico's die hun gezichtsverlies zouden kunnen opleveren of bij het deelnemen aan nieuwe bezigheden waardoor zij in verlegenheid gebracht zouden kunnen worden.

De in DSM-III-R nog vigerende criteria dat patiënten met deze stoornis snel gekrenkt zouden

zijn zijn en dat het hun aan intieme vrienden zou ontbreken, zijn geschrappt. 't Is duidelijk dat de patiënt met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis zich wel zou willen manifesteren, maar er niet aan moet denken dat hij afgaat. Hierin verschilt hij onder meer van de patiënt met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis. De behandeling van deze mensen is niet anders dan de behandeling van patiënten met een sociale fobie. De term vermijdende persoonlijkheidsstoornis betekent niet veel anders dan "sociale fobie met een lange geschiedenis". De vermijding mag ego-syntoon zijn, de angst om voor gek te staan in omstandigheden waarin anderen onbekommerd hun gang gaan is dat geenszins.

### 9. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

De verschijnselen die kenmerkend zijn voor de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis - de behoefte verzorgd te worden, die tot ondergeschikt en aanklampend gedrag leidt - kan heel goed het gevolg zijn van een stoornis op As I; denk bijvoorbeeld aan de paniekstoornis, waarbij de patiënt zich aan wederhelft of ouders vastklampt in de hoop dat de gevreesde catastrofe aan hem voorbij zal gaan. Wij zagen nogal wat patiënten die voldeden aan de criteria van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis die over opmerkelijk onafhankelijke trekken bleken te beschikken nadat hun As-I-stoornis goed behandeld was. Ook patiënten die een psychose achter de rug hebben kunnen het beeld van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis te zien geven.

Aan welke criteria moet de patiënt voldoen wil hij in aanmerking komen voor het predikaat afhankelijke persoonlijkheidsstoornis? In DSM-IV worden er acht genoemd; wanneer de patiënt aan vijf criteria voldoet is de diagnose rond. Hier volgen ze: de patiënt is niet in staat alledaagse beslissingen te nemen zonder uitgebreid advies en ruime geruststelling van anderen; de patiënt heeft anderen nodig die de verantwoordelijkheid voor zijn leven, althans voor een belangrijk deel daarvan, van hem overnemen; de patiënt vindt het moeilijk om aan te geven dat hij met anderen oneens is, omdat hij vreest door hen verlaten te worden of hun steun en waardering te moeten missen; het kost hem moeite zelf iets aan te pakken, wat meer aan een gebrek aan zelfvertrouwen te wijten is dan aan een tekort aan gemotiveerdheid of energie; hij gaat er erg lang mee door om verzorging en steun van anderen te krijgen en is bereid ter wille van dit doel onplezierige taken op zich te nemen; de patiënt voelt zich ongemakkelijk of hulpeloos wanneer hij alleen is, vooral vanwege de vrees dat hij niet in staat zal zijn zich in zijn eentje te redden; wanneer een intieme relatie ongelukkigerwijs tot een einde komt haast de patiënt zich een nieuwe partner als bron van zorg en ondersteuning te vinden; ten slotte is de patiënt gepreoccupeerd met de objectief niet voor de hand liggende gedachte dat hij aan zijn lot overgelaten zal worden.

Een voorbeeld van een patiënt met deze stoornis zou de onzekere 46-jarige mevrouw De Groot kunnen zijn, die zich menige onprettige bejegening door haar echtgenoot moest laten welgevalen: zij durfde toch

niet bij hem weg te gaan. Nadat haar man plotseling was overleden werd zij afhankelijk van haar dochter, die haar financieel uitkleedde. Zij stond erop om zowat dagelijks door de haar begeleidende sociaal-psychiatrisch verpleegkundige gezien te worden nadat haar - met vele antisociale trekken behepte - schoonzoon haar eruit gegooid had en zij huisgenoot was geworden van een lieve, maar vanwege zijn afhankelijkheid van drugs veelal afwezige, zoon. Er was twee jaar geharrewar met de sociaal-psychiatrische dienst - de ene helft van het 'team' vond dat zij zichzelf nu maar eens moest leren redden, de andere dat zij steun nodig had, in het bijzonder bij de rouwverwerking - voor zij in een herstellingsoord werd opgenomen. Hier ontmoette zij een zwierige ex-alcoholist, met wie zij binnen zes weken trouwde. Na deze gebeurtenis, waarvan zij haar hulpverlener door middel van een vrolijke kaart kond deed, deed zij geen beroep meer op de geestelijke-gezondheidszorg.

#### 10. *De dwangmatige persoonlijkheidsstoornis*

De patiënt is gepreoccupeerd met orde en perfectie, de beheersing van zijn gedachten en gevoelens en de beheersing van wat hem in het contact met anderen kan overkomen - dit ten koste van flexibiliteit, openheid en doelmatigheid. DSM-IV noemt acht criteria; aan vier van deze criteria moet de patiënt voldoen om voor de diagnose aanmerking te komen. De criteria zijn: een preoccupatie met kleinigheden, regels, lijsten, orde, organisatie of schema's, die zover gaat dat het doel van deze zorgvuldigheid uit het oog verloren wordt; een zodanig perfectionisme dat een taak slechts met grote moeite of in het geheel niet voltooid kan worden; een uitzonderlijke toewijding aan werk en produktiviteit, zodanig dat er voor hobby's of vriendschappen geen tijd overblijft; overdreven gewetensvol en scrupuleus, en rigide inzake waarden en normen; niet in staat om versleten of waardeloze voorwerpen weg te doen, ook als deze geen enkele sentimentele waarde hebben; niet in staat om taken te delegeren of met anderen samen te werken, tenzij dezen bereid zijn zich geheel in het regiem van de patiënt te voegen; de patiënt is gierig tegenover zichzelf en anderen en ziet geld vooral als een middel om toekomstige rampen het hoofd te bieden; ten slotte kan hij gekenmerkt worden door rigiditeit en koppigheid.

De criteria "een beperkt vermogen om gevoelens te uiten" en "besluiteloosheid", die nog in DSM-III-R genoemd werden, zijn in DSM-IV weggelaten. Door deze maatregel lijkt de dwangmatige persoonlijkheid nog maar weinig op de sympathieke, aldoor weifelende "psychasthene" persoonlijkheid (vgl. Hoogduin, 1987). In de huidige omschrijving staat vooral de eigenwijsheid centraal.

Voorbeeld 1 is de heer Groen, een 37-jarige, intelligente boekhouder die verwezen wordt wegens aanhoudende moeilijkheden met collega's en chefs, die kennelijk weigeren de inzichten van de heer Groen inzake de boekhouding en het leven als geheel te onderschrijven. Om overzicht te krijgen over zijn administratie heeft de heer Groen veertien girorekeningen. Het vraagt natuurlijk veel gevoel voor ordening om deze rekeningen precies te gebruiken voor het doel waarvoor ze bedacht werden, en om die reden heeft de heer Groen een aanzienlijke administratieve achterstand opgelopen. Ook kost het hem veel moeite kranten op te ruimen: hij kan niet goed beslissen welke artikelen het verdienen uitgeknipt te worden, laat



staan in welke map zij, wanneer zij geschikt bevonden zijn om bewaard te worden, opgeborgen dienen te worden. Wanneer de heer Groen erin slaagt een vriendin te vinden, schrijft hij een zo gedetailleerd protocol uit over de wederzijdse rechten en verplichtingen dat de vriendin besluit de verhouding te beëindigen. Opgemerkt moet worden dat de heer Groen geenszins gebukt gaat onder ego-dystone dwangverschijnselen op As I; integendeel, hij beschouwt zich als een toonbeeld van correctheid, waar anderen een voorbeeld aan zouden kunnen nemen.

Voorbeeld 2 is mevrouw Klaassen, alleenstaand en inmiddels 56 jaar oud. Ooit was zij een gewaardeerd medewerkster van de zedenpolitie, maar nadat zij jaren geleden opgenomen moest worden vanwege een bipolaire stoornis - zij werd tijdens de opname ingesteld op lithium - werd zij afgekeurd, en sindsdien slijt zij haar dagen met het 'plannen' van haar schaarse bezigheden. Diverse hulpen in de huishouding moesten het veld ruimen omdat zij er niet in slaagden de door mevrouw Klaassen geprefereerde precisie aan te houden en evenmin lukte het hun de werkzaamheden uit te voeren in de volgorde waaraan mevrouw Klaassen de voorkeur gaf. Mevrouw Klaassen meent dat zij zich per dag ten hoogste één activiteit buitenshuis kan veroorloven - bijvoorbeeld: een bezoek aan de slager, of een wandeling langs de botanische tuin, of een bezoek aan de huisarts -; doet zij meer dan raakt ze oververmoeid en kan niet slapen. Hetzelfde gebeurt wanneer zij minder dan één activiteit onderneemt. De door haar als van essentieel belang beleefde bezoeken aan haar behandelaar worden besteed aan het voorlezen van zorgvuldig gedocumenteerde afwijkingen in de routine van haar bestaan.

### 11. *De persoonlijkheidsstoornis die niet elders gespecificeerd is*

Binnen deze ietwat armoedige categorie moeten de persoonlijkheidsstoornissen worden ondergebracht waarvoor elders geen plaats gevonden kon worden. De patiënten hebben wel een trekje van deze persoonlijkheidsstoornis alsook een trekje van gene, maar zij slagen er niet in om aan de criteria van een van de genoemde persoonlijkheidsstoornissen te voldoen. Deze categorie is ook geschikt om patiënten onder te brengen wier persoonlijkheidsstoornis, al of niet per abuis, in de DSM-IV-classificatie werd overgeslagen. Voorbeelden: de Passief-agressief persoonlijkheidsstoornis, de Depressieve persoonlijkheidsstoornis, de Masochistische persoonlijkheidsstoornis, en mogelijk ook de Belachelijke persoonlijkheidsstoornis (vgl. Van der Velden, 1992 a).

### Referenties

Derksen, J.J.L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Freeman, C.P. (1983). Personality Disorder. In: Kendall, R.E. & Zeally, A.K. *Companion to Psychiatric Studies, Third Edition*. Edinburgh: Chuchill Livingstone.

Hoogduin, C.A.L. (1987). Enige opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van

beslissingen. *Directieve therapie* 7, 63-69.

Hoogduin, C.A.L. en Schaap, C.P.D.R. (1990). Persoonlijkheidsstoornissen: klinische beelden.  
In: Staak, C.P.F. en Hoogduin, C.A.L. (red.). *Diagnostiek en behandeling van de  
persoonlijkheidsstoornis*. Nijmegen: Bêta-boeken.

# Schwachpunkt Gedächtnis



## OptoVit®-E Vitamin-E-Kapseln



OptoVit-E, sinnvoll dosiertes Vitamin E

- schützt aktiv die Zellen, verlangsamt ihren Alterungsprozeß und hebt so die Gedächtnisleistung
- verbessert die Fließeigenschaften des Blutes und fördert dadurch die Durchblutung
- erhöht spürbar Leistung und Ausdauer

Wichtig für den Erfolg ist die kontinuierliche Einnahme über einen längeren Zeitraum.

OptoVit-E-Kapseln nur in Apotheken. Auch in Belgien und der Schweiz.

OptoVit-E 100 mg/100, OptoVit-E forte (200 mg) bei Vitamin-E-Mangel und dessen Folgen sowie vorbeugend bei Vitamin-E-abhängigen Funktionsstörungen. HERMES ARZNEIMITTEL GMBH, 8023 Großhesselohe/München

HERMES  
Arzneimittel

**BALI IMPANDERN**

**SO GUT WIE SCHWIMMEN**

- BALI hält Sie schlank und fit für wenig Geld
- 2 Minuten BALI-IMPANDERN entsprechen 1/2 Stunde üblicher Gymnastik
- BALI belebt Herz, Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel
- BALI bewirkt Korrektur von Haltung, Brustkorb und Schulterstellung
- BALI ist klein und handlich und kann von jedem überall angewendet werden

Informationsmaterial kostenlos durch  
BALI OLYMPIC GmbH, 8972 Sonthofen 74

**Ohne Pulver, ohne Haftcreme**

**haftet Ihr Gebiß bis zu 3 Wochen!**

SMIG Haftkissen löst das Problem wackelnder Zahnprothesen. Das weiche, anschmiegsame SMIG Haftkissen saugt Ihr Gebiß fest. Tag für Tag bis zu 3 Wochen! Kein Pulver, keine Haftcreme nötig. Keine schmerzenden Druckstellen mehr. Zur Reinigung einfach herauszunehmen.

In Apotheken und Drogerien

**SMIG®**  
Haftkissen

# ARTHROSE

(Chron. Gelenkverschleißerscheinungen - Verschleißschutz)  
Spezialkur mit Komplexextrakt, direkte Behandlung in die Gelenke (2-3 Tage).



**REGENERATIONSKUR (14-21 Tage)**

**Gali-Klinik**

Klosterstr. 179, 6732 Edenkoben  
Tel. 06323/802-0

Fordern Sie Informationsmaterial an.

**BRUCH SLIP**

NEU! Nach modernster Erkenntnis.  
Sehr leicht - ohne Feder und harte Druckkissen - hygienisch - voll waschbar

VERGESSEN SIE IHREN BRUCH-7 TAGE KOSTENLOS ZUR PROBE!

Einfach Prospekte anfordern. Neutrale Zusendung.

MICHEL MEDIZINAL VERTRIEB GMBH A11  
1000 Berlin 49 Kraatzweg 4. 030 1 42 80 46

**GLATZE? Haarprobleme?**

Auch Sie sollten sich nicht mit Ihrer Glatze abfinden!

- Eigenes, natürlich wachsendes Haar
- Schmerzlose Behandlung (1 Tag)
- Kurze Behandlungszeit (1 Tag)
- Amert./deutsch. Hoher Standard
- Fachärztliche Leitung u. Aufsicht

Kontakt. Info **EURO-CLINIC Ltd.**

Deutschl. Büro 8500 Nürnberg 83 Postf. 7145  
Te. 0911 45 90 72 Montag-Freitag