



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Nare gedachten en lustvolle fantasieën

Kees Hoogduin*

Samenvatting

In dit artikel worden recente bevindingen met betrekking tot obsessies, intrusies en fantasieën besproken. Benadrukt wordt dat de diverse intrusies zeer kunnen verschillen, afhankelijk van de psychische stoornis waarbij ze voorkomen. Zo kunnen intrusies vrijwillig of onvrijwillig, gewenst of ongewenst, ego-syntoon of ego-dystoon zijn. Als voorbeelden worden de diverse intrusies weergegeven, zoals deze kunnen voorkomen bij patiënten met een angststoornis, een depressie, het syndroom van Gilles de la Tourette en een stoornis in de impulscontrole.

Inleiding

Onze dagelijkse stroom van gedachten is ons vertrouwd en kabbelt van onderwerp naar onderwerp. Zintuiglijke waarnemingen, actuele belevenissen, herinneringen en vooruitzicht op toekomstige activiteiten bepalen mede de inhoud van onze gedachten. Maar soms wordt de inhoud vrijwel geheel bepaald door één onderwerp, bijvoorbeeld een verlies of juist een plezierige ervaring, zoals het behalen van een examen. Niets bijzonders en een voor ieder herkenbaar onderdeel van het dagelijks bestaan. Bij sommige mensen gaat het anders. Bij hen wordt het denken dusdanig beheerst door een bepaald onderwerp dat andere bezigheden hen minder goed afgaan. Over deze belemmerende gedachten gaat dit artikel. Niet besproken worden gedachten die ons sterk bezighouden en niet per se onaangenaam zijn. Een hevige verliefdheid kan het dagelijks functioneren bijvoorbeeld danig ontregelen, maar hoe plezierig is dat niet?

Bij veel psychische stoornissen komen ontregelende gedachten voor. Deze gedachten kunnen per stoornis sterk verschillen. De gedachten kunnen als onvrijwillig worden beleefd, zoals bijvoorbeeld een obsessie bij een patiënt met een dwangneurose, of vrijwillig bij een patiënt met een verlangen zich te exhibitioneren. Onvrijwillig houdt in dat gedachten zich binnendringen en niet onder de persoonlijke controle vallen. Dit soort gedachten staat bekend als intrusies. Intrusies kunnen door patiënten opgevat worden als horend bij hun persoon (ego-syntoon of ik-eigen), soms echter als niet bij de persoon behorend (ego-dystoon, ik-vreemd). Bijvoorbeeld: godslasterlijke dwanggedachten bij een godsdienstig iemand. Ook komt het soms voor dat patiënten zich uren bezighouden met bepaalde fantasieën, maar zich daarna schuldig voelen of, omdat ze daardoor bepaalde activiteiten hebben nagelaten, deze fantasieën toch als ongewenst waarden. Zo ontstaat er een continuüm van gedachten die onvrijwillig zijn, ego-dystoon worden beleefd en ongewenst zijn, tot gedachten die vrijwillig opgeroepen worden, ego-syntoon en gewenst zijn. Aan de ene kant de nare, akelige obsessies en aan de andere kant de vreugdevolle, lustgevende fantasieën. Een aantal daarvan moet als pathologisch worden gekenmerkt.

* PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN is zenuwarts, als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen en lid van de directie van de HSK Groep. Hij is tevens redacteur van Dth.

Het volgende voorbeeld illustreert de verschillende vormen die pathologische gedachten kunnen aannemen. Afhankelijk van de stoornis kan een chauffeur door diverse akelige gedachten gekweld worden.

- Een patiënt met een dwangneurose kan de obsessieve gedachte krijgen: ‘Oh help, als ik maar niet de controle over mezelf verlies en plotseling mijn stuur omgooi en op de tegenligger inrijd.’
- De patiënt met een algemene angststoornis: ‘Oh, als ik maar geen ongeluk krijg; er gebeuren zo vaak ongelukken in het verkeer.’
- De patiënt met een paniekstoornis: ‘Oh, ik word licht in mijn hoofd; dadelijk word ik niet goed en verlies ik de macht over het stuur.’
- De patiënt lijdend aan het syndroom van Gilles de la Tourette: ‘Ik heb zin om mijn stuur om te gooien en expres op de tegenligger in te rijden.’

In het onderstaande wordt de fenomenologie van de pathologische cognities besproken en met gevalsbeschrijvingen geïllustreerd.

Onvrijwillig en ongewenst

Onder deze rubriek vallen die gedachten die door iemand als onvrijwillig binnendringend worden beleefd en ook niet gewenst zijn. De belangrijkste vertegenwoordiger uit deze groep is de obsessie. Obsessies zijn ongewenste, ego-dystone, spanninggevend intrusies (Wang & Clark, 2002). Het is het ego-dystone (ik-vreemde) karakter dat een sterke afkeer veroorzaakt bij mensen die er last van hebben. Dit omdat obsessies als inhoud juist die onderwerpen hebben die door de patiënt afgewezen of verafschuwd worden. Uit onderzoek is gebleken dat 80 tot 90% van de bevolking wel eens last heeft van obsessies (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Hoewel de gedachten qua *inhoud* niet verschillen, zijn er aanzienlijke verschillen in frequentie, intensiteit en consequenties tussen de obsessies van patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis en mensen uit de niet-klinische populatie.

Bij vrijwel alle patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis spelen obsessies een belangrijke rol. Dwanghandelingen worden meestal voorafgegaan door een obsessie. De intentioneel uitgevoerde dwanghandelingen hebben tot doel de angsten en spanningen die de obsessies begeleiden, te neutraliseren. Daarnaast zijn er patiënten die obsessies hebben zonder dat zij last hebben van dwanghandelingen. Bij deze patiënten worden de obsessies vaak door cognitieve rituelen geneutraliseerd (Hoogduin, 1986). Bij de analyse van deze patiënten is het van belang de kwellende obsessies en de neutraliserende cognitieve rituelen goed te onderscheiden. Dit laatste, omdat dit ook consequenties heeft voor de behandeling.

Een vrouw met ‘harming’-obsessies

Een 28-jarige vrouw krijgt tijdens de zwangerschap van haar tweede kind last van obsessies. Zij ontwikkelt gedachten dat ze plotseling haar kind met een schaar zal steken of haar kind expres op de grond zal laten vallen. De obsessies gaan gepaard met paniecreacties en wanhoop. Ze neutraliseert deze gevoelens met meer of minder succes door zich steeds voor te houden dat ze wel een goede moeder is en het kind nooit wat zal aandoen. Soms doet dit de angsten en spanningen verminderen of verdwijnen.

De vrouw op zoek naar antwoorden

Een 35-jarige vrouw is vastgelopen op haar werk en heeft een ernstig huwelijksprobleem, doordat ze dag en nacht in beslag wordt genomen door haar dwangklachten en haar man daar niet langer tegen kan. Ze vult haar dagen met het beantwoorden van vragen die ze zichzelf stelt en waar de antwoorden lastig op te verkrijgen zijn. De gedachte dat ze het antwoord niet weet, geeft haar grote spanning en paniekgevoelens. Ze beschrijft de zoektocht naar de antwoorden als 'gedwongen (...). Er is geen keuze, je kunt het niet loslaten en als je er niet mee bezig bent, gaat het in je hoofd door en dan kun je ook weer niet genieten van andere dingen.'

De obsessies kunnen haar plots overvallen: Ze rijdt bijvoorbeeld langs een fabriek die wordt gesloopt. Vervolgens bekruipt haar de angst dat er mogelijk asbest is vrijgekomen. Direct aansluitend ontstaat de obsessie: 'Help, er zit asbest in de lucht en ik heb dat ingeademd.' Dan begint haar zoektocht. Ze gaat via gemeente, GGD en bibliotheken proberen om erachter te komen of er inderdaad asbest in die fabriek aanwezig was en wat de risico's voor haar zouden kunnen zijn. Na een aantal dagen, soms weken zoeken, zonder dat ze een definitief antwoord vindt, verdwijnt de vraag weer. De vragen gaan niet alleen over gezondheid, maar ook over andere onderwerpen, bijvoorbeeld over de vraag of de overheid het recht heeft een bepaalde maatregel uit te vaardigen.

Cognitieve rituelen vervullen dezelfde functie als dwanghandelingen. Dwanghandelingen dienen om de angsten en spanningen die obsessies begeleiden, te neutraliseren. Zij zijn het (weliswaar op langere termijn niet adequate) instrument, waarmee de patiënt op korte termijn de spanning overwint. Zoals een patiënt na het huis te hebben verlaten keer op keer naar huis terugkeert om te kijken of de deur wel goed is afgesloten om de zekerheid te verwerven dat het in orde is, zo kunnen patiënten ook in gedachten herhaaldelijk controleren of zij de deur wel goed hebben afgesloten.

Bij de behandeling worden deze neutraliserende cognitieve rituelen op dezelfde manier aangepakt als de dwanghandelingen, namelijk met responspreventie (Hoogduin & Hoogduin, 1984; Hoogduin, De Haan, Schaap, & Arts, 1988; zie ook Wang & Clark, 2002).

Naast de obsessies en cognitieve rituelen kunnen negatieve self-statements bij patiënten een rol spelen. Een mevrouw met 'harming'-obsessies die de neiging heeft haar kind iets aan te doen, wordt behandeld met exposure en responspreventie. Zij krijgt tijdens de oefeningen, waarbij ze zich blootstelt aan de obsessies, orgastische gevoelens. Ze ontwikkelt de gedachte dat ze nu echt een verdorven moeder is, omdat ze tijdens die nare gedachten deze gevoelens krijgt. Deze opvatting over zichzelf leidt vervolgens tot een ernstige emotionele ontredning. Ook deze gedachten hebben een intrusief karakter, alleen worden deze wel als ego-syntoon beleefd.

De vrouw met de intrusie 'Je bent een psychiatrische patiënt'

Een jonge vrouw is met succes behandeld voor de obsessie een ernstige lichamelijke ziekte te hebben. Geleidelijk heeft ze met behulp van een cognitieve gedragstherapie deze klachten overwonnen. Uit de zelfregistratie blijkt dat ze nog slechts ongeveer drie tot zes minuten per

dag last heeft van deze klacht. De behandeling kan echter niet worden afgesloten, omdat ze vele uren per dag wordt gekweld door de gedachte dat ze iemand is met een psychische stoornis: een psychiatrische patiënt. Ze is er boos over en voelt zich minderwaardig. Iedere obsessie wordt gevolgd door dit negatieve self-statement. De behandeling wordt vervolgens aangepast. In plaats van exposure en responspreventie van de obsessie worden deze klachten behandeld met een zelfcontroleprocedure (vergelijk Hoogduin, Hagens, Van Minnen, & Keijsers, 2004). Nadat de procedure haar is uitgelegd, krijgt ze een registratieopdracht, waarbij ze de tijd die in beslag wordt genomen door de gedachte dat ze een psychiatrische patiënt is en de precieze inhoud ervan zal vastleggen. Op de volgende zitting is de klacht verdwenen. In de daaropvolgende vijf zittingen neemt ook de duur van de obsessies verder af tot minder dan twee minuten per dag (Hoogduin, Keijsers, Schraa, & Verbraak, in voorbereiding).

Ongewenste intrusies met een ego-dystoon karakter komen verder niet zo vaak voor. Meestal hebben intrusies bij andere aandoeningen een ego-syntoon karakter. Bij depressieve patiënten kunnen echter de intrusies zowel ego-syntoon als ego-dystoon worden beleefd. Bij depressies spelen de ego-syntone ruminaties een rol. Deze ruminaties hebben vaak het verloren gaan van mogelijkheden als onderwerp en zijn vaak gefocust op gedachten aan verlies en mislukkingen of gevoelens van misdeeld zijn (zie ook: Wang & Clark, 2002). Daarnaast is uit ouder onderzoek van Gittleson (1966a, b, c, d) gebleken dat 25% van de patiënten met een ernstig depressieve stoornis gedurende deze depressie voor de eerste maal last heeft van ego-dystone obsessies.

De vrouw met beelden van haar eigen begrafenis

Een 34-jarige vrouw, zwanger van haar derde kind, vertelt erg overstuur te zijn, doordat ze wordt geplaagd door mentale voorstellingen waarbij ze zichzelf in het graf ziet liggen. De gedachten worden begeleid door de gedachteflits: 'Was ik maar dood.' Op de vraag of ze naar de dood verlangt, zegt ze: 'Nee, dat niet echt, het is niet echt willen, maar als die beelden in mijn hoofd zijn... Terwijl ik dat zelf helemaal niet wil, nee.' Ze vertelt ook obsessies over haar kind te hebben, bijvoorbeeld gedachten dat het hoofdje eraf is: 'Zulke enge dingen. Ja, enge beelden. Dan weer zonder armen of benen.'

Onvrijwillige, ego-syntone gedachten die ook ongewenst zijn, komen voor bij veel psychische stoornissen. Zo kan de patiënt met de gegeneraliseerde angststoornis de gehele dag door morbide preoccupaties worden gekweld, dat wil zeggen door intrusies over de dagelijkse besomeringen, zoals financiën, relaties, werk en toekomst. Zij tobben over de problemen van het bestaan, zonder in staat te zijn zich van deze gedachten te bevrijden. De intrusies worden als handelend over de eigen levensproblemen en vanzelfsprekend als ik-eigen beleefd. Ook bij de hypochondrische patiënt worden de intrusies over ziekte en naderende ziekte als ik-eigen beleefd. Er is een verwantschap van het 'worrying' van de patiënt met de gegeneraliseerde angststoornis, maar hier is de (naderende) ziekte de omschreven focus.

De patiënt met een paniekstoornis wordt in tegenstelling tot de definitie in de DSM-IV – namelijk: 'iemand met terugkerende, onverwachte paniekaanvallen' – veelal door intrusies geplaagd die voorafgaan aan de paniekaanval. Deze intrusies vertonen grote overeenkomst met de angst- en spanninggevendende obsessies van de obsessief-compulsieve stoornis. Bij de paniekstoornis wordt de paniekaanval vaak getriggerd door gedachten als: 'Help, ik ga dood; ik krijg een hartaanval; of ik word

krankzinnig.' Vervolgens wordt door de daaropvolgende lichamelijke reactie de paniekaanval geluxeerd. Ook bij de sociale fobie speelt een dergelijk mechanisme een rol.

Een bijzondere positie bij de angststoornissen wordt ingenomen door de posttraumatische stressstoornis. Hierbij gaat het om ego-syntone, intrusieve herinneringen aan traumatische gebeurtenissen. Deze kunnen bestaan uit beelden, gedachten of gewaarwordingen gerelateerd aan die ervaring.

Ook schizofrene patiënten hebben soms last van intrusies die meestal ego-syntoon zijn, maar soms ook een ego-dystoon karakter kunnen hebben. Wanen hebben een ego-syntoon karakter en kunnen samengevat worden als een poging van de patiënt zijn psychotische ervaringen te ordenen. Zie het volgende voorbeeld:

Een jongen met angst voor naderend onheil

Het gaat om een 12-jarige jongen met gedachten aan naderend onheil en dwangmatig herhalen van bepaalde handelingen. Wat bleek: Gedachten dat verschrikkelijke dingen hem zouden overkomen, 'neutraliseerde' hij door 's nachts (ook in de winter) over straat te lopen en in portieken te overnachten. Hij kneedde met de rechterhand een bal feces, wat moest voorkomen dat zijn geest verloren zou gaan (Hoogduin, 1986).

Soms worden intrusies door schizofrenen als ego-dystoon beleefd. Zo had een schizofrene patiënt last van plotseling het woord *dwang* in haar gedachten. Iedere keer als haar dat overkwam, beleefde zij dit als dreigend en zeer beangstigend.

Een laatste categorie bestaat uit intrusies die optreden bij patiënten met hersenbeschadiging. Kenmerkend voor deze intrusies zijn het ontbreken van een zinnige inhoud en een stereotiep herhalen. Van belang is voorts de aanwezigheid van een voorgeschiedenis met een hersentrauma, infectie of vasculair incident (Rachman & Hodgson, 1980).

Vrijwillig, maar ongewenst

In deze rubriek worden die intrusies besproken die als gemeenschappelijk kenmerk een zekere mate van drangmatigheid vertonen. Het vrijwillige karakter houdt in dat de patiënt de gedachten zelf oproept, en zich er mee bezig wil houden naast het gegeven dat de gedachten zich soms ook kunnen opdringen. De context waarbinnen deze fenomenen vallen is echter niet gewenst, omdat de gedachten en de eventuele operationalisatie daarvan de patiënt uiteindelijk leed en ellende bezorgen. Het gaat hierbij om verlangens bepaalde activiteiten uit te voeren waarvan het verstandiger is deze na te laten. Bijvoorbeeld: een obese patiënte kan de gedachte aan lekker eten oproepen en zich voorstellen lekker te gaan eten. Zodra zij zich daarbij realiseert dat zij dit doet, zal dit laatste haar plezier daarbij zeker vergallen. De vrijwillige

(ego-syntone) maar uiteindelijk ongewenste intrusies spelen vooral een rol bij problemen in de impulscontrole in zeer ruime zin.

Bij verslavingen kan het verlangen naar het verslavende middel zeer sterk zijn. Over het middel wordt gefantaseerd, men wordt erdoor in beslag genomen. Vaak zijn er ook intrusies om het middel te willen gebruiken (craving). De patiënt herkent deze gedachten als ego-syntoon en niet anders dan toen hij het middel nog zonder problemen gebruikte. Bij boulimie en vraatzucht zien we een vergelijkbaar beeld.

Bij het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) is men tot en met de beschrijving in de DSM-III ervan uitgegaan dat de tics en vocale tics onvrijwillig waren. We weten sinds de publicatie van Bliss (1980) dat dit niet het geval is. Het is duidelijk geworden dat patiënten hun tics kunnen beheersen (Verdellen, Keijsers, Cath, & Hoogduin, 2004). Naast de motorische en vocale tics hebben deze patiënten ook mentale of cognitieve tics. Lange tijd zijn de cognitieve tics aangezien voor obsessies en is GTS lange tijd verwant of zelfs identiek geacht aan de obsessief-compulsieve stoornis (OCS).

GTS wordt sinds de beschrijving door Gilles de la Tourette geassocieerd met de obsessief-compulsieve stoornis. Bij nadere beschouwing is echter gebleken dat veel verschijnselen die als obsessies en compulsies worden opgevat, niet voldoen aan de criteria van DSM-IV. Met name het criterium dat de obsessies angst en spanning veroorzaken, onderscheidt de OCS van het GTS. Bij GTS komen ook intrusieve gedachten voor, bijvoorbeeld de gedachte zich met een sigaret te branden. Terwijl de OCS-patiënt de sigaret in paniek zal doven, zal de GTS-patiënt enigermate opgewonden de sigaret naar de huid kunnen bewegen en zich soms ook daadwerkelijk branden. Terwijl de OCS-patiënt zal proberen de obsessieve gedachte te neutraliseren, bijvoorbeeld met bepaalde controles waarbij wordt gecheckt of alle sigaretten en lucifers achter slot en grendel liggen, zal de GTS-patiënt dat zeker niet doen. Het gaat bij de GTS-patiënten meestal niet om obsessies en compulsies, maar om *impulsies* (cognitieve tics genoemd) en impulsief handelen, ego-syntoon en vaak met enige gretigheid uitgevoerd. Het handelen is drangmatig in tegenstelling tot het dwangmatig handelen van de OCS-patiënt.

Daarnaast is er een categorie patiënten die, behalve GTS, ook werkelijk OCS-klachten hebben. Waarschijnlijk gaat het slechts om een kleine groep patiënten (Cath et al., 2000).

Cognitieve tics kunnen opgevat worden als een gevolg van de grote gevoeligheid voor stimuli uit de omgeving. Het deuntje dat in het hoofd blijft hangen is een typisch voorbeeld van een dergelijke impulsie en mist de begeleidende angst en spanning van de obsessie. Veel GTS-patiënten blijken in gedachten te spelen (mental play) met bepaalde stimuli, bijvoorbeeld het bedenken van symmetrische patronen, tellen, of het maken van allerlei berekeningen met cijfers (Cath et al., 1992). Deze mentale bezigheden moeten onderscheiden worden van de eerder genoemde impulsies die uiteindelijk ongewenst zijn. De mentale bezigheden worden door de patiënt als vrijwillig en vaak ook als gewenst beleefd. Het volgende voorbeeld kan dit fenomeen verduidelijken:

Een man die van tellen houdt

Een 23-jarige man met GTS telt alle letters en woorden die hij op affiches ziet; tijdens het tv-kijken doet hij hetzelfde. Het tellen is ontstaan tijdens een typecursus op school. De patiënt beschouwt het tellen als een vorm van tijdverdrijf. Hij wordt niet angstig, wanneer hij ermee moet stoppen. Hij heeft het alleen moeilijk, wanneer hij zijn aandacht wil houden bij een gesprek; het 'telspelletje' leidt hem dan af. Hoewel hij er vaak mee bezig is, interfereert het tellen niet met zijn dagelijkse beslommingen (Cath et al., 1992).

Personen met parafilie worden gekarakteriseerd door terugkerende sterke seksuele verlangens of fantasieën, waarbij ongebruikelijke voorwerpen, activiteiten of situaties betrokken zijn. De aandoening leidt tot spanningen of beperkingen voor het sociale of beroepsmatige functioneren (APA, 2000). In deze definitie vinden we het kenmerkende probleem van de parafilie terug: Het gaat om seksuele fantasieën en verlangens, maar deze brengen ten slotte ook veel ellende mee. Bijvoorbeeld: de fantasieën van een exhibitionist worden vaak verstoord door de herinnering aan het pak slaag dat hij kreeg, nadat men hem te pakken had gekregen. Hierbij is dus opnieuw de situatie dat de fantasieën vrijwillig zijn, maar dat het 'exhibitionist zijn' met alles erop en eraan ongewenst is.

De man met de kijkverslaving aan vrouwen

Een 40-jarige man meldde zich aan met wat hij noemt een kijkverslaving aan vrouwen. Dit gedrag vertoont hij overal waar vrouwen kunnen zijn. Hij vertelt de omgeving af te scannen naar de aanwezigheid van een vrouw. Daarna probeert hij dicht in haar buurt te komen. Hij loopt haar zo recht mogelijk tegemoet, opdat zij hem vrijwel zeker zal aankijken. Daar gaat het hem om, hij wil de vrouw in de ogen kijken in de hoop dat zij hem het gevoel geeft dat het klikt. Jarenlang heeft deze eigenaardigheid zijn leven bepaald. Hij ging 's zomers, zodra het licht was, op smalle duinpaden wandelen om vrouwen te kunnen ontmoeten. Dit alles leverde echter weinig succes op. Slechts een enkele keer klikte het en dit gaf hem een extatisch gevoel. Zo leert hij ook zijn partner kennen. Hij keek haar aan en zij keek terug. Het klikte en ze werden een gelukkig paar. Ondanks de goede relatie heeft hij in de beginfase ervan grote spanningen gekend. Vooral op zaterdag en zondag bestond er een groot verlangen om naar de duinen te gaan om naar vrouwen te kijken. Hij heeft zijn partner van zijn eigenaardigheid verteld en zij heeft hem gesteund in zijn wens er niet meer aan toe te geven. Helaas, tijdens een gezamenlijk etentje kijkt hij naar de ogen van een serveerster. Deze kijkt terug en geeft hem het gevoel dat het klikt. Daarna is hij gedurende enige tientallen seconden afwezig. Zijn vrouw merkt het incident op en neemt hem dit zeer kwalijk. Zij dwingt hem om behandeling te zoeken.

Ook agressieve gedachten kunnen mensen intens in beslag nemen. Obsessies kunnen een agressieve inhoud hebben, de zogenaamde 'harming obsessions': 'Help, ik verlies mijn zelfcontrole en gooi mijn kind uit het raam; of dadelijk pak ik een mes en snijd mijn borst af.' Daarnaast kunnen er vaak agressieve gevoelens en gedachten ontstaan na een verlieservaring, traumatisering of aangedaan onrecht. De woede als motor van het denken levert weinig fraais op. Dit alles kan nog passen in adequaat omgaan met zulke ervaringen. Boosheid en gedachten zijn dan proportioneel en nemen af naarmate de tijd verstrijkt of, als dat mogelijk is, het recht zijn loop heeft gehad.

Er zijn echter patiënten bij wie agressieve gedachten een geheel andere rol spelen.

Een personeelschef met snijfantasieën

Een 50-jarig hoofd personeelszaken heeft veel last van spanningen. Hij is alleenstaand en gaat daaronder gebukt. Hij voelt zich minderwaardig en dit vooral in de aanwezigheid van vrouwen. Wanneer een vrouw aardig voor hem is, heeft hij daar last van. Hij vindt dat hij daar geen recht op heeft, omdat hij zo'n minderwaardig individu is. Wanneer hij na zo'n ervaring thuiskomt, gaat hij rechtstreeks naar zijn bed om, zoals hij zegt, 'in het schimmenrijk' terecht te komen. Hij gaat op zijn zij liggen in wat hij noemt de 'foetushouding'. Vervolgens roept hij fantasieën op, waarbij hij zichzelf met glasscherven en messen beschadigt. Bij dit alles is hij zichzelf niet meer, zegt hij, alsof hij niet meer van deze wereld is: totaal alleen en eenzaam. Deze actie beleeft hij als een straf. Na ongeveer een halfuur is het meestal genoeg en komt hij weer tot zichzelf.

Vrijwillig en gewenst

Ons denken kunnen we in het algemeen beschrijven als vrijwillig en gewenst. Toch kunnen hierbij ook afwijkende patronen optreden, hoewel deze meestal niet leiden tot een hulpvraag. Overmatig dagdromen is een dergelijk afwijkend denkpatroon. Kinderen doen dit met plezier en veelvuldig. Bij volwassenen komt het veel minder voor. Dagdromen wil zeggen: het opgaan in fantasieën bij een wat verlaagd bewustzijn (Hoogduin & Hoogduin, 1983).

De man met een heldenrol

Een 31-jarige econoom heeft altijd weinig vrienden gehad. Nadat hij afgestudeerd en gepromoveerd is, krijgt hij voor het eerst een baan en gaat hij zelfstandig wonen. De vertrouwde omgeving valt weg en hij voelt zich een eenling in de maatschappij. Dit alles heeft tot gevolg dat hij steeds meer gaat dagdromen. Het dagdromen is altijd een belangrijke 'vrijtijdsbesteding' voor hem geweest, maar het gaat hem nu hinderen in het uitoefenen van zijn werk. Een halfjaar na het aannemen van zijn baan doet hij het zoveel, dat hij niet meer aan werken toekomt en vrijwel de gehele tijd dagdroomt. Hij kan zich niet meer concentreren. Als hem gevraagd wordt waarover hij droomt, wordt hij emotioneel. Hij weigert echter er veel over te vertellen. Wel zegt hij dat hij op twee manieren dagdroomt: dromen waarin hij een heldenrol vervult en die het vaakst voorkomen, en wegdromen over politieke, of wetenschappelijke onderwerpen, wat hij 'intellectuele excursies' noemt.

Eerder werd al benadrukt dat na een frustratie soms fantasieën met een agressieve inhoud lange tijd het denken in beslag kunnen nemen. Bij sommige patiënten spelen agressieve gedachten wel een bijzondere rol. In het volgende voorbeeld roept een patiënt fantasieën op, waarin hij zijn gezin doodt. Het gaat hierbij eveneens om gewenste, vrijwillige gedachten die door hem zelf *niet* als ziek of afwijkend worden beleefd.

De man met moordfantasieën

Een 45-jarige onderwijzer is met spoed verwezen. Sinds enige jaren, zo vertelt hij, heeft hij gedachten om zijn gezin te doden. Hij is van mening dat de wereld zo slecht is dat het voor zijn gezin en voor hem het beste zou zijn als ze dood waren. Hij heeft drie schoolgaande kinderen. Hij beschrijft de relatie met zijn vrouw als goed en behalve een nare jeugd zijn er weinig bijzonderheden te vermelden. In zijn jeugd werd hij vaak mishandeld door zijn vader. Het moeizaam verlopen gesprek over zijn wens zijn vrouw en kinderen om te brengen, laat het volgende beeld zien. Iedere dag als hij in bed ligt, ontstaat bij hem de wens zijn kinderen en vrouw te doden en vervolgens zichzelf. Op dat moment, zegt hij, is hij zichzelf niet meer. Hij zegt niet wakker te zijn, maar ook niet te slapen. Vervolgens ziet hij dat hij zijn vrouw met een kussen probeert te wurgen. Zij slaagt erin hem van zich af te duwen en roept: 'Wat doe jij nu?!' Vervolgens komt hij weer tot zichzelf, opgelucht dat het niet echt is gebeurd. Hierna slaapt hij meestal direct in.

Het bijzondere is nogmaals dat hij deze gedachten als ego-syntoon en in alle rust beleeft en zich er in het geheel niet tegen verzet.

Deze laatste patiënten met vrijwillig uitgevoerde en ook in bepaalde opzichten gewenste ego-syntone gedachten vertonen enige overeenkomsten met de Tourette-patiënten die het 'mental play'-fenomeen vertonen. Ook bij hen gaat het om een vrijwillige, gewenste activiteit die als ik-eigen wordt beleefd. Deze activiteiten vertonen grote gelijkenis met andere, meer gebruikelijke mentale activiteiten, zoals het in gedachten naspelen van schaakpartijen, of het in gedachten bezig zijn met het oplossen van wetenschappelijke vraagstukken.

Slot

In het voorafgaande is de differentiële diagnose van de diverse pathologische gedachten besproken. Een zorgvuldige diagnostiek biedt de mogelijkheid adequaat te interveniëren.

Aan de hand van de patiënt met een obsessief-compulsieve stoornis kunnen de consequenties voor de behandeling geïllustreerd worden. Wanneer het gaat om ego-dystone obsessies, dient de behandeling zich te concentreren op exposure, al dan niet verrijnd met cognitieve interventies (Hoogduin et al., 1988; Wang & Clark, 2002). Gaat het om cognitieve rituelen, uitgevoerd om de angst en spanning die de obsessies begeleiden te neutraliseren, dan is responspreventie geïndiceerd. Als het ten slotte gaat om de negatieve self-statements die de patiënt als gevolg van de obsessies ervaart, kan een behandeling met behulp van een zelfcontroleprocedure effectief zijn.

Abstract

In this article we consider recent findings on obsessions, intrusions and fantasies. We stress the differences between various intrusions, depending on the psychological disorder they belong to. Are intrusions voluntary or involuntary, wanted or unwanted and ego-syntonic or ego-dystonic? We find these mental intrusions in many psychological disorders. To illustrate

these differences, case histories are given of anxiety disorders, depression, Tourette's syndrome and impulse control disorders.

Referenties

- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bliss, J. (1980). Sensory experiences of Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1343-1347.
- Cath, D.C. Spinhoven, Ph., Wetering, B.J.M. van de, Hoogduin, C.A.L., Landman, A.D., Woerkom, T.C.A.M. van, Roos, R.A.C., & Rooijmans, H.G.M. (2000). The relationship between types and severity of repetitive behaviors in Gilles de la Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 505-513.
- Cath, D.C., Wetering, B.J.M. van de, Woerkom, T.C.A.M. van, Hoogduin, C.A.L., Roos, R.A.C., & Rooijmans, H.G.M. (1992). Mental play in Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 542-545.
- Gittleson, N.L. (1966a). The effect of obsessions on depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 253-259.
- Gittleson, N.L. (1966b). The phenomenology of obsessions in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 261-264.
- Gittleson, N.L. (1966c). The fate of obsessions in depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 112, 705-708.
- Gittleson, N.L. (1996d). Depressive psychosis in the obsessional neurotic. *British Journal of Psychiatry*, 112, 883-887.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Schaap, C.P.D.R., & Arts, W. (1988). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 88, 640-653
- Hoogduin, C.A.L., Hagens, M.A., Minnen, A. van, & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten: zelfcontroleprocedures. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W.A. (1983). De behandeling van overmatig dagdromen bij een man met een contactstoornis. *Directieve Therapie*, 3, 177-182.
- Hoogduin, C.A.L., & Hoogduin, W.A. (1984). The out-patient treatment of patients with an obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 455-459.
- Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Schraa, K., & Verbraak, M.P.J.M. (in druk), Obsessies en intrusies.
- Rachman, S.J., & Silva, P. de (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions – A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-4.
- Verdellen, C., Keijsers, G.P.J., Cath, D.C., & Hoogduin, C.A.L. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 501-511.
- Wang, A., & Clark, D.A. (2002). Haunting thoughts: The problem of obsessive mental intrusions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 193-208.