

MON 1968). Hierin werden hypnoses beschreven bij patiënten van verschillende nationaliteit. Hypnose werd wegens gebrek aan verdovingsmiddelen gebruikt voor anaesthesie bij operaties door collega WOODRUFF en bij tandextracties. Het meest werd echter van hypnose gebruik gemaakt bij de behandeling van neurotische stoornissen.

*Literatuur:* DRION, E. F. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1326. — SAMPIMON, R. L. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 1147. — STORK, J. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 784. — WOODRUFF, M. (1946) *Med. J. Aust.* 23 maart.

Utrecht, 8 september 1973

R. L. H. SAMPIMON

### *Behandeling van een patiënte met een ernstig dwangsyndroom met behulp van multifocale coagulatie in de witte stof van de frontale en cingulaire hersenschors*

Van medische zijde is de laatste tijd enkele malen de vrees geuit dat de medicus een kop van jut van de Nederlandse samenleving aan het worden is. Deze reactie is niet uniek. Ook andere groepen die een periode van kritische aandacht doormaken zoals politici, reclamemensen, tv-makers of ambtenaren voelen zich af en toe de enige zondebok van Nederland.

Toch mag zo'n groep niet vergeten zich af te vragen of de eigen gedragingen en houdingen een aanleiding tot die kritiek vormen. Het is een oude wijsheid dat wie zich verhoogt, forse kans loopt t.z.t. weer tot de werkelijkheid teruggebracht te worden, wat dan subjectief kan aandoen als een verlaging.

In het geval van de medische stand zou veel van de kritiek verklaard kunnen worden uit het imponeergedrag van de medici zelf. (Men denke aan het hanteren van een geheimtaal, verkleeding, paternalistisch gedrag en heteigenmachtig beslissen of de cliënt wel of niet mag beschikken over informatie die hij zelf aan de medicus heeft bezorgd.)

De klinische les van HAAYMAN e.a. (1973) brengt mij op de gedachte dat de tot nu toe geuite kritiek nog niet allereigen heeft geleid tot een herbezinning op eigen kunnen en eigen mogen. Twee zaken springen in het hierin gegeven behandelingsverslag naar voren: Een grote onduidelijkheid over wat men doet en wat voor conclusies men hieruit mag trekken en een opvallende afwezigheid van respect voor de integriteit van de persoon van de patiënte. Ik wil een en ander aan de hand van verwijzingen duidelijk maken:

Onder het hoofdje diagnose wordt op bl. 1265 gesteld dat „Psychasthene trekken ontbraken”. Desondanks wordt het succes van de behandeling afgemeten aan het feit dat patiënte voordat haar hersenen plaatselijk beschadigd werden „extreem hoog op de psychasthenieschaal” van de MMPI-test scoorde (bl. 1267) en daarna „binnen de norm scoorde” (bl. 1269).

Als de psychastheniciteit van de patiënte zich niet in haar gedrag openbaarde, is het de vraag of een verschuiving in een of andere testscore meer bewijst dan dat het formulier-involgedrag van patiënte veranderd is. En dan mag men zich toch afvragen of een ingreep als de beschrevene daar niet een te vergaand middel voor is.

Op verschillende punten blijkt immers dat de resultaten van de beschreven ingreep allerm minst voorspelbaar waren. De schrijvers geven toe dat de ingebrachte bundels elektroden niet zo nauwkeurig konden worden gericht als gewenst was (bl. 1267), maar, zo voegen zij er aan toe: „Het beoogde

therapeutische effect werd toch verkregen door het grote aantal van de ingebrachte elektroden.” Auteurs verwisselen hier kwaliteit met kwantiteit en therapeutisch effect met kans op therapeutisch effect. Een analoge redenering zou zijn: „De werking van de geneesmiddelen kon niet nauwkeurig genoeg worden vastgesteld doch dit werd goedge maakt door veel soorten geneesmiddelen toe te dienen.” Ook elders wordt toegegeven dat de proefnemingen die aan de behandeling voorafgingen „geen overtuigende aanwijzingen voor de lokalisatie” van de ingrepen opleverden. Er zat dus een duidelijk „trial and error” element in de behandeling.

Eén negatief effect wordt beschreven: „dat patiënte ontremd, motorisch hyperactief, inadequaat lacherig en snel dysfoor werd” (bl. 1268). Dit effect, vervolgt men, „hield ongeveer 10 dagen aan en verdween toen grotendeels”. Verzwegen wordt wat er overbleef. Het artikel vervolgt dan vrij „unverfroren”: „Dit incident illustreert één van de grote voordelen van deze methode, nl. dat men gedoseerd kan laederen, het effect kan volgen en dan besluiten kan in een bepaald gebied verder te coaguleren of dat juist te vermijden.”

Wat hier een voordeel wordt genoemd is dat men de schade beperkt kan houden als het onvoorspelbare effect van een ingreep negatief uitvalt. Ik vraag mij af of de ethische toelaatbaarheid van het veroorzaken van onomkeerbare effecten niet ten nauwste samenhangt met de voorspelbaarheid van die effecten!

Niettemin is het zo dat aan het eind van de beschreven behandeling patiënte duidelijk minder dwanggedrag vertoonde. Auteurs schrijven dit zeker voor een deel toe aan de neurochirurgische ingreep, en rechtvaardigen zo deze ingreep, die in elk geval tot één blijvende gedragsverandering in negatieve zin leidde zoals hierboven geconstateerd is.

Uit de inhoud van het artikel volgt echter geenszins dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de hersenbeschadigingen en de gedragsverandering. De schrijvers hebben zelf vastgesteld dat alleen maar gedragstherapeutische behandeling geen verbetering bracht. Bovendien ontlent zij aan de literatuur „dat het voor het effect van de behandeling van groot belang is, om niet alleen cerebrale laesies aan te brengen, maar tegelijk ook de patiënt pedagogisch aan te sporen zijn gedrag te herzien. Gebeurde dit laatste niet, dan bleef het dwanggedrag onveranderd”.

Alleen de combinatie is dus kennelijk effectief. Logisch gesproken kunnen hier twee oorzaken voor bestaan: (a) de neurofysiologische condities worden in belangrijke mate bepaald door de omstandigheid dat er gelijktijdig een gedrags therapie gegeven wordt, (b) het effect van een gedragstherapie wordt beïnvloed door het feit dat de therapeut tegelijkertijd bij machte is in de hersenstructuur van de cliënt in te grijpen. Er is geen enkel bewijs dat in het beschreven geval het eerste effect sterker gewerkt zou hebben dan het tweede.

Psychologisch lijkt me zelfs een vrij sterke redenering op te bouwen dat men zonder dit te beseffen een puur gedrags-therapeutisch experiment uitgevoerd heeft. De ingrepen waren immers cumulatief en werden gekoppeld aan het al dan niet vertonen van gewenst gedrag door de patiënte.

De auteurs lopen niet over van empathie in hun verslag. Er wordt gesproken van „moeilijk invoelbare logica”, „decorumverlies”, „een wat komische manier van foute antwoorden geven”, „schaapachtig lachje”, „niet invoelbaar lachen”, „inadequaat lacherig” etc. Misschien hebben zij ook niet beseft welke dreiging er moet uitgaan van draden die in je hersens lopen en verbonden worden met elektrische apparaten.

Patiëntes vader, zo wordt ons verteld, was een man die

op dominante wijze over de orde in zijn huis waakte. In het ziekenhuis is zij opnieuw geconfronteerd met oudere personen van het mannelijke geslacht die hun autoriteit ontlenu aan hun bekwaamheid de orde die gezondheid heet te bewaken of zelfs te herstellen. Autoriteiten ook daarom, omdat zij de symptomen wasdrang en besmettingsvrees ook bovennormaal vertonen maar die in plaats van hierdoor in een inrichting te komen juist deze inrichtingen beheersen. Mensen dus, die jouw afwijking volkomen beheersen. En die mensen stoppen dan een draadje in je hoofd en vragen dan wil je A of B, en je weet ook dat als je A zegt dat er dan binnen in je hoofd een klein littekentje ontstaat . . .

Wat er dus ernstig ontbreekt in het verhaal is het gegeven wat er gebeurd zou zijn als de behandeling alleen *gesuggereerd* zou zijn. Pas als dit géén, en de stroomtoediening wél effect heeft, kan men concluderen dat er een materieel effect in de beoogde zin heeft plaatsgevonden.

Andere omissies in deze klinische les zijn het ontbreken

van gegevens over de aard van de opname (vrijwillig of met machtiging), of patiënte zelf beslist heeft over de ingreep en in hoeverre zij op de hoogte was van de aard en de te verwachten resultaten van de behandeling. Ook ontbreekt mijns inziens een mededeling welke medische noodzaak er was (buiten het verzamelen van 'zoveel mogelijk neurofysiologische gegevens') om de elektroden na de behandeling nog aanwezig te laten.

*Literatuur:* HAAIJMAN, W. P., W. STORM VAN LEEUWEN EN C. W. M. VAN VEELEN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1264.

Amsterdam, september 1973

GERARD VAN BEUSEKOM-FRETZ,  
stafmedewerker aan het „Actielab”  
van het Nationaal Centrum voor  
Geestelijke Volksgezondheid

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### AFRIKA

*Grootscheepse campagne tegen „river blindness”.* De Wereldgezondheidsorganisatie heeft aan zeven landen in Afrika (Dahomey, Ghana, Ivoorkust, Mali, Niger, Togo en Boven-Volta) een gedetailleerd plan voorgelegd tot uitroeiing van onchocerciasis in het gebied van het bassin van de Volta-rivier. In wezen is het een plan met een economisch doel: voorbereiding van de economische ontwikkeling van een der armste streken ter wereld. Voor de uitvoering ervan zal gedurende een tijdvak van twintig jaren (1974-1993) een bedrag van bijna 120 miljoen dollar nodig zijn. Het te assaineren gebied meet ongeveer 700.000 km<sup>2</sup> en beslaat delen van de bovengenoemde landen. Momenteel wonen er ongeveer 10 miljoen mensen. Een op de tien hunner lijdt aan onchocerciasis, en op zijn minst 70.000 zijn geheel of bijna blind. De duur van het assaineringsprogramma hangt samen met de lange levensduur van het volwassen wijfje van *Onchocerca volvulus*; deze wormen worden 70 cm lang en blijven 15 jaar leven. De ziekteverschijnselen worden niet door de volwassen wormen teweeggebracht, maar door de embryo's; deze dringen binnen in de huid, de ogen en soms ook andere organen. De microfilariae van *Onchocerca* worden overgebracht door „black flies” (*Simulium damnosum*) die in zwermen in de vallei van de Volta-rivier leven. Daardoor komen juist langs de rivier de vele gevallen van blindheid voor, die tot de naam „river blindness” hebben geleid. De bevolking trekt van de rivier weg en vestigt zich in andere, minder vruchtbare streken, en overall langs de rivier ziet men verlaten dorpen. De blinde gezinsleden vormen een grote belasting voor de familie. De assainering zal bestaan uit de bestrijding van de zwarte vliegen, niet van de volwassen exemplaren, die een vliegbereik van 150 km hebben, maar van de larven in de broedplaatsen in de snel stromende delen van de rivier. Voor de verdelging zal geen DDT worden gebruikt, maar een insecticide dat in een paar weken wordt ontleed en dus vanzelf verdwijnt. (*Persbericht WHO*, 5 sept. 1973.)

#### DUITSLAND (B.R.)

*Afwijkingen bij een op de tien kinderen.* Volgens een bericht in het *Deutsches Ärzteblatt* (9 aug. bl. 2071) heeft men in 1971

in Hessen bij onderzoek van jonge schoolkinderen bij 10,2 pct afwijkingen vastgesteld, die kunnen leiden tot verminderde prestaties zowel op school als later in het beroepsleven. Bij het onderzoek zijn voorts bij 14,6 pct van de kinderen aanwijzingen gevonden omtrent gezichtsstoornissen en bij 5,8 pct aanwijzingen omtrent gehoorstoornissen. Bij deze laatste groep kinderen zijn in 75 pct van de gevallen bij nader onderzoek ook inderdaad afwijkingen geconstateerd aan de ogen c.q. oren.

#### GROOT-BRITANNIË

*Ongevallen bij paardesport.* Paard-rijden is een sport die voortdurend aan populariteit wint. Over de ongevallen die zich bij deze sport voordoen, heeft HUGH M. BARBER een artikel gepubliceerd in het *British Medical Journal* (8 aug. bl. 532). Gedurende 1971 en 1972 zijn in de Radcliffe Infirmary (Oxford) 154 patiënten opgenomen wegens een ongeval bij het paard-rijden. Een dergelijk cijfer betekent dat de frequentie ongeveer gelijk is aan die bij het motor-rijden. De door het ziekenhuis verzorgde streek telt ongeveer 450.000 inwoners; er worden 3000 à 4000 paarden gebruikt voor de sport. In de genoemde twee jaren zijn er in totaal 8.768 patiënten in de ongevallenafdeling opgenomen, onder wie de bovengenoemde 154 die bij het paard-rijden een ongeval hadden ondergaan. Aan deze 154 patiënten waren 614 verpleegdagen besteed. De meeste slachtoffers behoorden tot de tieners; negentig waren jonger dan 21 jaar; een-derde van de slachtoffers waren meisjes. In 36 gevallen betrof het ongeval iemand die voor zijn beroep bij de paardesport betrokken was (staljongens, jockey's, enz.). Volgens BARBER kan er heel wat gedaan worden om de ongevallen te voorkomen of de ernst ervan te verminderen. Belangrijk daarbij zijn goed beschermende hoeden (men denke aan de valhelmen voor motorrijders) en beenstukken. Vaak zijn deze, indien ze al gebruikt worden, inadequaat.

#### THAILAND

*Ambulante sterilisering van vrouwen.* In Bangkok wordt tubaire sterilisatie tegenwoordig als ambulante ingreep uitgevoerd. In een artikel van CHATURACHINDA (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, cit. *Ärztl. Prax.*, 21 aug. bl. 2914) worden de ervaringen bij 210 vrouwen beschreven. Nadat de vrouw haar blaas heeft geleedigd, wordt onder plaatselijke verdoving laparoscopie