

Reactie op 'Myocarditis en cardiomyopathie;
ernstige complicaties van clozapinetherapie'

Terecht vestigen Kamphuis e.a. (2010) de aandacht op myocarditis als mogelijke bijwerking van clozapinetherapie. Het artikel behoeft op enkele punten enige aanvulling.

De eerste aanvulling betreft de mortaliteit. Ten tijde van de melding van 116 Australische gevallen (1993-2003) waren 60 patiënten (51,8%) hersteld, 17 (14,7%) nog ziek, 12 (10,3%) overleden en van 27 (23,3%) was de uitkomst onbekend (Haas e.a. 2007). In de groep met bekende uitkomst was de mortaliteit 13,5%. In het overzicht van 3 series van casusbeschrijvingen bedraagt de mortaliteit 51% (Merrill e.a. 2005). Bij fabrikant Novartis (2002) zijn 213 gevallen gemeld, 23,5% van deze patiënten is overleden. De mortaliteit lag met 321 per miljoen patiëntjaren vele malen hoger dan de 4 per miljoen persoonsjaren in de algemene bevolking (La Grenade e.a. 2001). De enige uitzondering vormt het onderzoek van Walker e.a. (1997): bij 67.072 patiënten en 85.399 persoonsjaren (1991-1993) vonden zij geen sterfte aan myocarditis. Samenvattend: hoewel de mortaliteit van myocarditis sterk uiteenloopt, is - ongeacht de oorzaak hiervan - deze zorgelijk hoog.

De tweede aanvulling betreft de incidentie. Twee bronnen rapporteren een lage incidentie: 0,007%, te weten 213 gevallen op 3.000.000 geschatte patiëntjaren (Novartis 2002), respectievelijk 0,007%, namelijk 231 gevallen in dezelfde periode in de WHO-database (Coulter e.a. 2001). Daar staan de hoge Australische incidenties tegenover: 1,3-3,4% in Brisbane in 1999-2002 (Reinders e.a. 2004) en 0,7-1,2% voor heel Australië in dezelfde periode (Haas e.a. 2007). Kortom: zelfs bij het laagste cijfer (0,7%) is de Australische incidentie het honderdvoudige van de andere incidenties.

Onze derde aanvulling betreft de (on)betrouwbaarheid van de diagnostiek. In het Australische onderzoek was van de 116 patiënten met myocarditis bij 10 tevens de diagnose cardiomyopathie

gesteld; in tegenstelling tot myocarditis, is cardiomyopathie geen acute, maar een chronische aandoening. Bij 4 van deze 10 werd ontstaan binnen 3 weken na start met clozapine gemeld (Haas e.a. 2007). Omgekeerd werden in de periode januari 1993-december 2003 bij met clozapine behandelde patiënten in totaal 90 gevallen van cardiomyopathie gemeld. De vraag bij hoeveel patiënten een onjuiste diagnose van cardiomyopathie of myocarditis werd gesteld, valt helaas niet te beantwoorden (Haas e.a. 2007).

Ter verklaring worden een beter functionerend Australisch farmacovigilantie- en rapportagesysteem (Haas e.a. 2007) en betere diagnostiek (Reinders e.a. 2004) aangevoerd, terwijl verschillende genetische kwetsbaarheid onwaarschijnlijk wordt geacht (Kilian e.a. 1999).

Door de extreem uiteenlopende uitkomsten valt de incidentie van myocarditis bij clozapinegebruik in het algemeen niet vast te stellen. Onduidelijk blijft of, en zo ja in hoeverre, landelijke of continentale verschillen een rol spelen. Ter beantwoording van deze vraag is prospectief onderzoek nodig. Daarbij dient men minimaal 796 personen te includeren: (a) bij een te verwachten incidentie van 0,5% (tussen 0,01 en 1%) met (b) de hoogste en de laagste incidentie (0,01 en 1%) net buiten het 95%-betrouwbaarheidsinterval en (c) een foutmarge van 0,49% ($0,5\% - 0,49\% = 0,01\%$ en $0,5\% + 0,49\% = 0,99\%$). Dit onderzoek zou niet moeten plaatsvinden in het land of continent met de hoogste prevalentie (Australië), maar bij voorkeur in (één van) de landen met de laagste, nagenoeg identieke prevalentie rond 0,03%. Daarbij denken we aan Duitsland en Zwitserland met een prevalentie van 0,029% (Degner e.a. 2000) of de VS met een prevalentie van 0,0321% (La Grenade e.a. 2001).

Totdat de resultaten van een dergelijk onderzoek bekend zijn, is geen wetenschappelijk onderbouwde uitspraak mogelijk over de incidentie van myocarditis bij clozapinegebruik. Op dezelfde grond kan men geen algemeen standpunt formuleren over de vraag of screening voor myocarditis gedurende de periode van het grootste risico, te weten de eerste twee maanden van de behande-

ling, een zinvolle medische handeling vormt of niet. Daarover zal de behandelend psychiater in elk afzonderlijk geval een individuele afweging dienen te maken.

LITERATUUR

- Coulter, D.M., Bate, A., Meyboom, R.H.B., e.a. (2001). Antipsychotic drugs and heart muscle disorder in international pharmacovigilance: data mining study. *BMJ*, 332, 1207-1209.
- Degner, D., Bleich, S., Grohmann, R., e.a. (2000). Myocarditis associated with clozapine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 880.
- Haas, S.J., Hill, R., Krum, H., e.a. (2007). Clozapine-associated myocarditis: a review of 116 cases of suspected myocarditis associated with clozapine in Australia during 1993-2003. *Drug Safety*, 30, 47-57.
- Kamphuis, H., Arends, J., Timmerman, L., e.a. (2010). Myocarditis en cardiomyopathie; ernstige complicaties van clozapinetherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 223-233.
- Kilian, J.G., Kerr, K., Lawrence, C., e.a. (1999). Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine. *Lancet*, 354, 1841-1845.
- La Grenade, L., Graham, D., & Trintell, A. (2001). Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine use in the United States. *New England Journal of Medicine*, 345, 224-225.
- Merrill, D.B., Dec, G.W., & Goff, D.C. (2005). Adverse cardiac effects associated with clozapine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 32-41.
- Novartis Pharmaceuticals Canada (2002). Association of clozaril (clozapine) with cardiovascular toxicity. <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/—2002/clozaril—hpc-cps-eng.php>
- Reinders, J., Parsonage, W., Lange, D., e.a. (2004). Clozapine-related myocarditis and cardiomyopathy in an Australian metropolitan psychiatric service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 915-922.
- Walker, A.M., Lanza, L.L., Arellano, F., e.a. (1997). Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology*, 8, 671-677.

AUTEUR

D. COHEN¹ is als psychiater werkzaam bij de vakgroep Klinische Epidemiologie, Universitair Medisch Centrum Groningen en de divisie Langdurende Zorg, GGZ-NHN, Heerhugowaard.

Correspondentieadres: dr. D. Cohen, Hectorlaan 19, 1702 CL Heerhugowaard.

E-mail: d.cohen@ggz-nhn.nl.

NOOT

1 Namens de ClozapinePlusWerkgroep, een landelijke werkgroep van in de psychiatrie werkzame artsen met de doelstelling: kennisverwerving en consultatie met betrekking tot clozapine en behandeling van patiënten met een therapieresistente psychotische stoornis. Het bestuur bestaat uit de psychiaters D. van Dijk (voorzitter), dr. D. Cohen (secretaris), J. Bogers (penningmeester), dr. P.F.J. Schulte (algemeen bestuurslid); B. Bakker (internist) is adviseur.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Myocarditis and cardiomyopathy underestimated complications resulting from clozapine therapy'

ANTWOORD aan Cohen en de ClozapinePlusWerkgroep

Wij danken collega Cohen en de leden van de ClozapinePlusWerkgroep (2010) voor hun zorgvuldig onderbouwde commentaar. Met ons stellen Cohen e.a. dat er veel meldingen zijn in de literatuur die een relatie leggen tussen clozapinegebruik en het ontstaan van myocarditis en cardiomyopathie. Ook is onomstreden dat de mortaliteit van deze bijwerkingen hoog is. Voorts blijkt uit de literatuur dat de incidentie van cardiale bijwerkingen in de diverse studies sterk uiteenloopt. Hoe dit te wegen, is een vraag waar ook wij mee geworsteld hebben.

Cohen e.a. stellen dat er wetenschappelijk niets te weten valt totdat een goed prospectief onderzoek zou zijn uitgevoerd. Uiteraard zouden wij zo'n studie toejuichen, maar dat een dergelijke studie het definitieve antwoord zal geven, lijkt ons onwaarschijnlijk. Kentheoretisch vinden we dit ook een boude uitspraak. Voorts achten we de kans niet groot dat een dergelijke studie ooit zal worden uitgevoerd. Bovendien is het behoorlijk lastig beleid te maken op de

uitkomsten van gewenst toekomstig onderzoek.

Impliciet gaat achter de reactie van Cohen e.a. een aantal andere vragen schuil, zoals: wanneer is iets wetenschappelijk onderbouwd, welk risico verdragen we en bij welk risico besluiten we tot monitoring? Maar ook: als we uiteenlopende uitkomsten van studies hebben (wat in de wetenschap geen zeldzaamheid is), kiezen we dan voor het gemiddelde of voor het slechtste scenario? Deze vragen zijn belangrijk en het is absoluut belangrijk om ze te bediscussiëren.

Belangrijk is op te merken dat wetenschappelijke onderbouwing voor een nieuwe behandeling meestal wezenlijk anders verloopt dan die voor het monitoren van bijwerkingen. Dit geldt zeker voor medicijnen die al lang geregistreerd zijn. Kwalitatief minder goede, maar wel degelijk wetenschappelijke informatie zullen we zo goed mogelijk moeten wegen, omdat betere wetenschappelijke data waarschijnlijk niet voor handen komen.

Naarmate een bijwerking ernstiger is, zal een kleinere incidentie toch leiden tot het besluit om te monitoren. Als het risico op die bijwerking zich in een scherp omschreven periode van de behandeling voordoet, waarin toch al een stringente monitoring om andere redenen is vereist en er dus nauwelijks meer overlast voor de patiënt zal ontstaan, zal dat het besluit tot monitoring ook vergemakkelijken. Ook biedt de monitoring van myocarditis de mogelijkheid om risicopatiënten te detecteren, bij wie zich op termijn een cardiomyopathie kan ontwikkelen. Talloze malen is in de geneeskunde aangetoond dat een betere monitoring leidt tot een snellere herkenning en een snellere interventie.

Cohen e.a. maken zelf een weging als zij stellen dat de incidentie van myocarditis op grond van de huidige wetenschappelijke informatie mogelijk ligt tussen de 1 en de 0,1%, met een waarschijnlijke incidentie van 0,5% van alle behandelingen. Dit leidt tot een mortaliteitsrisico van 0,05-0,25% van alle behandelingen. Om dit in perspectief te zetten, rekenen we dit om tot het risico per behandelaar. In de eerste maand van de behandeling

met clozapine ontstaat waarschijnlijk meer dan 50% van de myocarditiden. De incidentie per behandeljaar in de eerste maand bedraagt dan 12 maal 0,1-1%, gedeeld door twee. De uitkomst hiervan is 0,6-6% per behandeljaar. De mortaliteit in de eerste maand zou dan 0,01-3% per behandeljaar bedragen. Voor deze risico's worden soms voorstellen voor langjarige monitoring gedaan. Wij stellen geen langjarige bewaking voor, maar monitoring in het begin van de behandeling, in een periode waarin stringente controle toch al is vereist.

Een stringenter monitoring stelt wel hogere eisen aan de kwaliteit van de praktijkvoering van de psychiater. Hierdoor zou de drempel voor de psychiater mogelijk verhoogd worden om clozapine als medicijn in te zetten. Dit zou betreurenswaardig zijn; immers, een grote minderheid van patiënten met schizofrenie kan alleen met dit middel een veel betere kwaliteit van leven bereiken. Mogelijk hebben deze overwegingen bij Cohen e.a. ook een rol gespeeld om de monitoring af te wijzen. Wij zijn echter van mening dat deze overwegingen geen rol mogen spelen. Immers, psychiaters zouden in Nederland door hun instellingen voldoende moeten kunnen worden toegerust om goede geneeskunde te bedrijven. Het maken van een ecg of het afnemen van een extra buisje bloed zou in de huidige stand van de geneeskunde geen belemmering horen te zijn.

Mogelijk kan de reactie van Cohen e.a. een aanzet geven tot een publiek debat over wezenlijke vragen voor de kwaliteit van de praktijk van de farmacotherapie in de psychiatrie.

AUTEURS

J. ARENDS is psychiater en hoofd behandelbeleid psychosencircuit, plv. opleider GGZ Drenthe, Assen.

L. TIMMERMAN is psychiater en opleider psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen.

H. KAMPHUIS is psychiater en hoofd behandelbeleid dubbeldiagnose, GGZ Drenthe, Assen.

Correspondentieadres: J. Arends, Postbus 30.009, 9400 RA Assen.

E-mail: johan.arends@GGZdrenthe.nl.

Reactie op 'Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz'

In het meinummer van dit tijdschrift zoeken Hoenders e.a. (2010) erkenning voor complementaire en alternatieve behandelingen (CAG) zoals die worden uitgevoerd in en vanuit het Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP) in Groningen.

Allereerst een begripsanalyse: de term 'integraal' is een containerbegrip waarin iedereen de eigen semantische invulling kan onderbrengen. De Vereniging tegen de Kwakzalverij wijst erop dat de term, evenals de termen 'alternatief' en 'complementair', nogal eens gebruikt wordt als eufemisme voor niet werkzame behandelwijzen; kortheidshalve verwijzen we naar de site www.kwakzalverij.nl.

Nog voordat het artikel van Hoenders e.a. op 16-11-2009 door de redactie van het Tijdschrift voor Psychiatrie werd geaccepteerd, had Hoenders al in een interview in Medisch Contact van 24-9-2009 aangekondigd dat er een 'protocol voor alternatief genezen in de psychiatrie' op komst was en dat het was aangeboden aan een wetenschappelijk tijdschrift (Visscher 2009). Het is ongebruikelijk dat onderzoekers zich op deze wijze in de markt zetten met een nog niet geaccepteerd artikel. Doorgaans wordt dit soort marketing door redacties van wetenschappelijke tijdschriften beschouwd als contra-indicatie voor plaatsing.

Wij gaan niet uitgebreid in op de in het artikel aangevoerde weerleggingen van vermeende vooroordelen tegen CAG. Slechts hun stelling dat niet laagopgeleide goedgelovigen, maar vooral vrouwen, hoog opgeleiden, mensen met een hoger inkomen en chronisch zieken CAG gebruiken, verdient enige aandacht. Dit is een argument dat moet dienen om aan te tonen dat juist gevoelige mensen ('vooral vrouwen') en slimmeriken van CAG gebruikmaken. Het kan echter niemand ontgaan dat mensen met een hogere opleiding en een hoger inkomen vaak het geld hebben om 'maar eens wat anders te proberen'. Zij kunnen bovendien beter een aanvullend verzekeringspakket

betalen waarbij verzekeraars naast nuttige extra's helaas ook vaak kwakzalverij vergoeden.

Voorts is 'hoger opgeleid' een relatief begrip. Talrijke hoger opgeleiden, onder wie vrouwen, hebben na het basisonderwijs niet of ternauwernood onderwijs in biologie, scheikunde en natuurkunde genoten. Men kan hun vaak van alles wijsmaken over het menselijk lichaam en de vermeende werking van onwerkzame behandelwijzen. En voor chronisch zieken die het onmogelijke willen proberen om van hun kwalen af te komen kan iedereen begrip opbrengen; die zijn met het alternatieve circuit echter niet beter af dan met een lege artis gevoerd slechtnieuwsgesprek over de grenzen van de mogelijkheid tot reguliere genezing of verbetering.

Hoewel bij het gebruik van de term 'CAG' de termen 'complementair' en 'alternatief' doorgaans op één hoop worden gegooid, maakt het CIP daar juist onderscheid tussen. Op het CIP worden namelijk geen alternatieve behandelingen, maar slechts complementaire behandelingen toegepast, want die zouden volgens de schrijvers een goede wetenschappelijke onderbouwing hebben, in tegenstelling tot alternatieve werkwijzen. Het valt nog te bezien wat de voordelen zijn van in het CIP gehanteerde behandelwijzen boven reguliere therapievormen en hoe wetenschappelijk de onderbouwing ervan is. De schrijvers noemen kruidenmedicatie, relaxatie, *mindfulness*, massage, hartcoherentie en additie van vitamines en supplementen.

Hoenders e.a. gaan er in hun artikel aan voorbij dat de term 'protocol' in de geneeskunde wordt gebruikt voor een in de betreffende beroepsgroep algemeen erkende *best practice*-behandeling (Van den Berg & Van Dam 2009). Hun artikel gaat niet over een protocol, maar over een scenario.

Dat scenario leidt bovendien zeker niet tot *best practice*. Vrijwel verstoep, onder in figuur 1, blijkt namelijk, dat psychiatrische patiënten kenmerkend door het CIP voor alternatieve behandelwijzen worden doorgestuurd naar een 'extern netwerk'. Dergelijke verwijzingen zijn verbaazingwekkend omdat de schrijvers tevoren alter-

natieve behandelwijzen (zoals reiki, healing en homeopathie) kenschetsen als ‘onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd’ en ‘gebruik makend van andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid’. Indien zijzelf menen dat alternatieve behandelwijzen onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe bepalen zij dan de kwaliteit van hun externe alternatieve therapeuten? Maar daarover gaat het artikel niet. En evenmin over het healing environment, dat ze noemen als een van hun uitgangspunten. Ze noemen wel het belang van de therapeutische relatie. Dat laatste is echter niet alternatief of complementair, maar valt gewoon onder reguliere geneeskunde. In die geneeskunde is er plaats voor het aangeven van onmogelijkheden en grenzen van het haalbare met behoud van de therapeutische relatie. Een scenario dat een legitimering inhoudt voor verwijzingen naar een onduidelijke groep alternatieve ‘externen’ hoort daarin niet thuis.

LITERATUUR

- Dam, F.S.A.M. van, & van den Berg, G.R. (2009). Alternatief genezen in de psychiatrie (2). *Medisch Contact*, 64, 1839.
- Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T., van den Brink, H., e.a. (2010). Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 343-348.
- Visscher, A. (2009). Nieuw protocol legt CAG en reguliere behandelingen langs één meetlat. *Alternatief genezen in de psychiatrie. Medisch Contact*, 64, 1612-1615.

AUTEURS

G.R. VAN DEN BERG is psychiater en bestuurslid van de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

M.W. HENGEVELD is emeritus hoogleraar-afdelingshoofd Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: G.R. van den Berg.

E-mail: humefvdb@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Protocol for complementary and alternative medicine within the Dutch mental health services’

ANTWOORD aan Van den Berg en Hengeveld

Wij danken collega’s Van den Berg en Hengeveld voor hun reactie op ons artikel. Wat betreft de keuze voor het woord ‘protocol’. Wanneer wij hun definitie hanteren (‘een in de betreffende beroepsgroep algemeen erkende best practice-behandeling’), dan zouden we in ons artikel inderdaad niet van protocol moeten spreken. Immers, de voorgestelde methode is nog niet algemeen erkend door de beroepsgroep. Onze publicatie was een eerste stap daartoe. Er lijkt echter geen eenduidigheid te bestaan over de vraag wanneer de term ‘protocol’, ‘richtlijn’ of ‘beslisboom’ geïndiceerd is; deze termen worden op zeer uiteenlopende wijzen gebruikt. Het ging ons erom duidelijk te maken dat er zeer zorgvuldig moet worden gehandeld op basis van wetgeving en bewijsvoering en dat het dus geen willekeurige stappen zijn.

Wat betreft de verwijzing naar het externe netwerk van alternatief therapeuten. Hiernaar wordt slechts onder strikte voorwaarden verwezen. Ten eerste mag zo’n behandeling alleen worden toegepast tegelijk met (dus niet in plaats van) een bewezen effectieve reguliere of complementaire behandeling. Immers, deze bewezen effectieve behandelingen mogen de patiënt niet onthouden worden. Ten tweede zijn de volgende criteria gesteld aan verwijzing:

- De arts/therapeut is aangesloten bij de beroepsvereniging van de therapeutische discipline die hij of zij vertegenwoordigt.
- De beroepsvereniging dient een klacht- en tuchtrechtprocedure formeel te hebben vastgelegd.
- De arts/therapeut handelt naar de gedragscode en het professioneel statuut van zijn of haar beroepsvereniging.
- De arts/therapeut conformeert zich aan wettelijke eisen betreffende dossiervoering.

- De praktijkruimte dient te voldoen aan de eisen op het gebied van privacy en hygiëne zoals onder BIG-geregistreerde therapeuten gebruikelijk.
- De arts/therapeut dient een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.
- Er is regelmatig (minstens maandelijks) laagdrempelig contact tussen betrokken behandelaren van reguliere behandeling en CAG.
- Wanneer de reguliere behandeling of bewezen effectieve complementaire behandeling binnen het CIP is afgerond, blijft het CIP verantwoordelijk voor minstens 1 vervolcontact ter (eind) evaluatie.
- De arts/therapeut neemt deel aan wetenschappelijke effectevaluatie van zijn of haar behandeling zoals opgezet en uitgevoerd door Lentis en stemt in met publicatie van de resultaten van het onderzoek ongeacht de uitkomst.

Beide voorwaarden staan ook vermeld in ons artikel, zij het dat de criteria op verzoek van de redactie ingekort zijn. De uitgebreide versie met ook referenties naar wetenschappelijk onderzoek van de genoemde complementaire behandelingen die in het CIP toegepast worden, is beschikbaar op onze website, zoals ook vermeld in het artikel.

AUTEURS

H.J.R. HOENDERS is psychiater en als onderzoeker en manager inhoudelijke zaken verbonden aan Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP), Welnis, Lentis, Groningen.

M.T. APPELO is gz-psycholoog en was ten tijde van het schrijven van dit artikel senior onderzoeker CIP, Welnis, Lentis, Groningen.

H. VAN DEN BRINK is psychiater CIP, Groningen.

B.M.A. HARTOGS is gz-psycholoog CIP, Groningen.

C.J.J. BERGER is directeur algemene zaken Welnis, Lentis, Groningen.

H.H. TAMSMA is psychiater en directeur inhoudelijke zaken, Welnis, Lentis, Groningen.

Correspondentieadres: H.J.R. Hoenders, CIP, Welnis, Lentis, Postbus 86, 9700 AB Groningen.

E-mail: hjr.hoenders@lentis.nl.

Reactie op 'De ontwikkeling van het geweten; stand van zaken van onderzoek en theorievorming'

De ontwikkeling van het geweten of morele ontwikkeling is een boeiend onderwerp dat bovendien maatschappelijk relevant is. Een literatuuroverzicht is dan ook welkom. Stapert (2010) geeft hiertoe een aanzet. Helaas is zijn overzicht selectief. Vooral het behaviorisme wordt stiefmoederlijk behandeld, met slechts twee bronnen, waarvan de recentste dateert van 1957. Het behaviorisme heeft sindsdien echt niet stilgestaan.

Deze reactie is niet de plaats om inhoudelijk in te gaan op de behavioristische visie op de morele ontwikkeling; wel verwijs ik naar enkele interessante en relevante publicaties. Meteen wil ik ook verduidelijken dat 'de' behavioristische visie niet bestaat: er zijn binnen het behaviorisme verschillende strekkingen en onderzoeksgroepen die soms verschillende visies ontwikkelen. Alle publicaties waarnaar ik verwijs, zijn te plaatsen binnen het radicale behaviorisme (of de gedragsanalyse).

Waar behavioristen er in 1957 niet in slaagden 'het proces van internalisatie van normen en waarden in conditioneringsschema's te operationaliseren' (Stapert 2010, p. 434), is dat momenteel geen enkel probleem meer. Intussen werd dan ook het onderscheid tussen contingentie-geleid gedrag en regelgeleid gedrag (*rule-governed behavior*) verder uitgewerkt. Moreel denken en handelen zijn bij dit laatste te plaatsen. Recenter nog werd de *relational frame theory* ontwikkeld, onderbouwd met veel onderzoek. Deze behavioristische theorie bestrijkt het hele gamma van taal, denken en voelen.

Hayes en Hayes (1994) deden een eerste verkenning van het thema morele ontwikkeling vanuit de recentere gedragsanalytische visie over regelgeleid gedrag. Nadien werd deze nog bevestigd door Hayes e.a. (1998) en Barnes-Holmes e.a. (2001). Peláez (2001) gaf eveneens aanzetten tot een visie.

Minder fundamenteel wat betreft de morele ontwikkeling in zijn geheel, maar toch relevant zijn de gedragsanalytische theorieën en studies over het ontstaan van antisociaal gedrag en coverte gedragsproblemen (Patterson 2002; Snyder e.a. 2006).

Recent werden gedragsanalytische theorie en onderzoek beschreven naar perspectiefname (iets vanuit de positie van iemand anders kunnen bekijken) en empathie (McHugh e.a. 2004; Vilardaga 2009). Ook naar aanpak en training ervan is belangrijk onderzoek verricht.

Persoonlijke waarden krijgen in de recente gedragsanalyse, vooral binnen de *acceptance and commitment therapy* (ACT), een prominente plaats (A-Tjak & De Groot 2008; Plumb e.a. 2009). Recent werden ook de eerste positieve resultaten gevonden met het werken hiermee bij jongeren met antisociale problemen (Luciano e.a. 2009).

De gedragsanalyse of het behaviorisme (eigenlijk verwijst de term ‘behaviorisme’ naar de onderliggende filosofie) heeft dus zowel qua visie als qua toepassingsmogelijkheden meer te bieden op het domein van de gewetensontwikkeling dan het overzicht van Stapert doet vermoeden.

LITERATUUR

- A-Tjak, J., & De Groot, F. (2008). Waarden. In J. A-Tjak, & F. De Groot (Red.) *Acceptance & commitment therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*, (pp. 49-55). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Roche, B., e.a. (2001). Psychological development. In S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Red.) *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*, (pp. 157-180). New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S.C., Gifford, E.V., & Hayes, G.J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C., & Hayes, G.J. (1994). Stages of moral development as stages of rule-governance. In L.J. Hayes, G.J. Hayes, S.C. Moore, & P.M. Ghezzi (Red.) *Ethical issues in developmental disabilities*, (pp. 45-65). Reno: Context Press.

- Luciano, M.C., Valdivia Salas, S., Gutiérrez Martínez, O., e.a. (2009). Brief acceptance-based protocols applied to the work with adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 237-257.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: a developmental profile. *The Psychological Record*, 54, 115-144.
- Patterson, G.R. (2002). Etiology and treatment of child and adolescent antisocial behavior. *The Behavior Analyst Today*, 3, 133-144.
- Peláez, M. (2001). Morality as a system of rule-governed behavior and empathy. *Behavioral Development Bulletin*, 1, 8-14.
- Plumb, J.C., Stewart, I., Dahl, J., e.a. (2009). In search of meaning: values in modern clinical behaviour analysis. *The Behavior Analyst*, 32, 85-103.
- Snyder, J., McEachern, A., Schrepferman, L., e.a. (2006). Rule-governance, correspondence training, and discrimination learning: a developmental analysis of covert conduct problems. *The Journal of Speech – Language Pathology and Applied Behavior Analysis*, 1, 43-55.
- Stapert, W. (2010). De ontwikkeling van het geweten; stand van zaken van onderzoek en theorievorming. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 433-443.
- Vilardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 178-184.

AUTEUR

F. DE GROOT is psycholoog en adjunct-directeur patiëntenzorg Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout.
Correspondentieadres: F. De Groot, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.
E-mail: francis.de.groot@fracarita.org.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Conscience development: a review of theory and research’

ANTWOORD aan De Groot

De Groot is van mening dat ik in mijn artikel te weinig aandacht heb besteed aan het behaviorisme. Wanneer hij daarmee zou doelen op de beknoptheid waarmee de theorieën zijn beschreven, dan zou ik het nog wel met hem eens kunnen zijn. De beperkte omvang van een overzichtsartikel dwingt zo'n beknoptheid bij een bespreking van negen theorieën, afkomstig uit heel uiteenlopende referentiekaders, nu eenmaal af. Ik zou daarom bij die instemming wel de kanttekening maken dat ik ook van alle andere theorieën slechts de hoofdlijnen kon schetsen.

Zijn kritiek betreft echter niet zozeer de beknoptheid, als wel het ontbreken van de bijdrage die een nieuwe stroming, het 'radicale behaviorisme', in de laatste jaren aan de theorievorming van de gewetensontwikkeling zou hebben geleverd. Hij verwijst daartoe naar publicaties waarin 'een eerste verkenning van het thema morele ontwikkeling' en 'aanzetten tot een visie' worden gegeven. Dat klinkt ernaar dat de ideeën nog niet het stadium van een uitgewerkte theorie hebben bereikt, terwijl dat wel nodig is om in een rijtje van bestaande theorieën te worden opgenomen; immers, daarop was mijn zoektocht gericht.

De publicaties die De Groot noemt, zijn, behalve die van Patterson en Snyder, niet in handboeken of overzichtsartikelen over theorieën voor de gewetensontwikkeling terug te vinden. Ook worden ze niet in voldoende mate door auteurs, buiten de eigen kring, die zich met dat onderwerp bezighouden, aangehaald. Een dergelijke internationale weerklank was een belangrijk criterium om te beoordelen of een theorie in het overzicht kon worden opgenomen (daaraan voldeed bijvoorbeeld Stilwell niet, zie p. 437 van mijn artikel).

Voor de twee uitzonderingen, vooral voor het belangrijke werk van Patterson, geldt dat dit in een aanverwant onderzoeksveld, namelijk dat van de socialisatie (zie Grusec & Hastings 2007), ruime bekendheid heeft gekregen, maar, zoals De Groot ook al aangeeft, dat houdt zich niet met theorieën over de gewetensontwikkeling bezig.

Het is jammer dat De Groot de ruimte die hem voor zijn reactie ter beschikking stond niet gebruikt om zijn pleidooi meer inhoudelijk toe te lichten; bijvoorbeeld door de essentie van de nieuwe ideeën over de gewetensontwikkeling weer te geven. Daardoor blijft nu onduidelijk hoe het radicale behaviorisme het oude streven van de Yale-groep om op basis van leertheoretische principes een adequate theorie te ontwikkelen weer wil oppakken en of er een kans bestaat dat bij een toekomstige inventarisatie van bestaande theorieën over de gewetensontwikkeling het radicale behaviorisme, als nieuwe loot aan die stam, een plaats zou kunnen krijgen in zo'n verzameling. Op dit moment is dat, volgens de in het artikel beschreven zoek- en selectiecriteria, niet het geval.

LITERATUUR

Grusec, J.E., & Hastings, P.D. (2007). *Handbook of socialization: theory and research*. New York: Guilford Press.

AUTEUR

W. STAPERT is psychoanalyticus en heeft als kinder- en jeugdpsychiater gewerkt in academische Kinder- en Jeugdpsychiatriecentra te Groningen, Amsterdam en Nijmegen.

Correspondentieadres: W. Stapert, Lunteren.

E-mail: w.stapert@ru.nl.