

## NEURO-PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ EEN PATIENTE MET SYSTEMISCHE LUPUS ERYTHEMATODES

door J. A. F. M. LUIJTEN, zenuwarts  
(uit de Universiteits Kliniek voor Psychiatrie,  
Hoofd: Prof. Dr. J. H. Plokker)

Het onderwerp van deze publikatie vormt de ziektegeschiedenis van een patiënte, lijdende aan systemische lupus erythematodes met neurologische en psychiatrische symptomen.

De symptomatologie van het ziektebeeld en het therapeutisch effect van de verschillende medicamenten, die in de loop der jaren werden toegediend, worden beschreven.

Mevrouw van S., geboren in 1928 (P 6130, Utrecht), kreeg in 1946 een erythemato-papulo-squameuze dermatose op de neus, waarop de diagnose chronisch discoïde lupus erythematodes werd gesteld. In 1950 maakte zij een enige weken durende, waarschijnlijk exogene depressie door, gepaard gaande met huilbuien; deze depressie was niet zo ernstig dat een klinische behandeling noodzakelijk was.

De huidafwijking bleef rustig tot 1957, waarna geleidelijk aan een vlindervormig erytheem in het gelaat ontstond en tevens een Raynaud-syndroom aan de handen. Op 22-4-1959 werd een behandeling met het antimalariamiddel resochine begonnen. Omdat de patiënte hierop reageerde met braken en diarrhoe, werd deze therapie gestaakt. Zij werd op 9-5-1959 opgenomen in een ziekenhuis elders, waar toen de diagnose systemische lupus erythematodes werd gesteld. Het bij deze ziekte passende Raynaud-syndroom had inmiddels geleid tot dusdanige necrotische verschijnselen aan de linker pink, dat deze moest worden geamputeerd. Andere symptomen van een systematisering van het ziekteproces werden niet gevonden. De BSE, die bij opening 29 mm na een uur bedroeg, daalde na enige weken tot 15 mm. De L.E. cel-factor kon in het serum niet worden aangetoond.

Nadat een behandeling met prednison (40 mg daags) was ingesteld, verbeterde de huidafwijking. Na ontslag op 9-7-1959 werd de prednison-dosering geleidelijk verlaagd tot 10 mg daags. In aansluiting aan deze verlaging werd patiënte geleidelijk psychotisch: zij begon zich radeloos te voelen, werd bij vlagen angstig en depressief, maakte zichzelf verwijten, voelde zich insufficiënt en zij uitte soms vage suicidegedachten; na enige tijd ontstonden acustische hallucinaties, waarbij patiënte familieleden hoorde huilen. In de ziektegeschiedenis staat niet vermeld of dit hallucinaties in de derde persoon waren (zie onder). Patiënte werd op 15-9-1959 weer opgenomen in hetzelfde ziekenhuis; hier deed zij de eerste nacht een raptaal tentamen suïcidii: zij sprong

uit het raam, waarbij een rechtszijdige subcapitale humerus- en olecranonfractuur ontstond.

In aansluiting hieraan werd patiënte op 17-9-1959 overgeplaatst naar de Psychiatrische Universiteitskliniek te Utrecht. Bij opneming toonde patiënte het volgende beeld: het bewustzijn was verlaagd, patiënte was gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon; er bestonden acustische hallucinaties, geen visuele; haar lichaam beleefde zij als 'door elkaar zittend' en als van zich vervreemd. Het denken was paranoid getint, niet verward. De grondstemming was depressief, met daarnaast een oppervlakkige euforie en in vlagen opkomende angst. Als diagnose werd gesteld: exogene psychose (delier) t.g.v. cortison-medicatie (c.q. dalen van cortison-medicatie). Patiënte werd behandeld met largactil (3 d.d. 50 mg). Enige dagen later kreeg zij koorts, een linkszijdige pleuritis en een icterus van het stuwingstype. Patiënte werd op 25-9-1959 overgeplaatst naar de Interne Kliniek. Zij werd behandeld met antibiotica (penicilline-streptomycine); de largactil-medicatie werd beëindigd, de corticosteroiden-medicatie werd geleidelijk gestaakt onder ACTH-toediening; de pleuritis verdween in 2 dagen, de icterus in de loop van enige weken. De BSE bedroeg 125 mm, de L.E. cel-faktor in het serum kon wederom niet worden aangetoond. De geconsulteerde dermatoloog stelde de waarschijnlijkheidsdiagnose systemische lupus erythematodes, met huidafwijkingen van het chronische discoïde type. Er werd een behandeling met het antimalariamiddel camoquine ingesteld in een dosering van 2 d.d. 200 mg en patiënte werd teruggeplaatst naar de Psychiatrische Kliniek op 28-10-1959.

Het psychiatrische beeld was inmiddels van coloriet veranderd: patiënte vertoonde nu een amentieel beeld, met daarnaast toegenomen stoornissen van het lichaamsschema: ze zei 'mijn lichaam is doormidden gesneden, mijn hele lichaam is kleiner geworden, mijn armen, benen en hoofd zitten los'; tenslotte dacht ze nog slechts een paar stukjes arm en been over te hebben. Optische correctie was niet geheel mogelijk en leidde tot compromissen: wanneer zij geconfronteerd werd met haar benen herkende ze deze wel maar tegelijkertijd vond ze deze benen los zitten, haar vingers werden optisch herkend als 'die vingers waren van mij'.

Haar (gespalkte) rechter arm beleefde patiënte bij betasting als niet van zichzelf, ze dacht dat deze arm een stok was. De grondstemming was ook nu depressief met een oppervlakkige, soms clownesk aan-doende euforie.

In de loop van enige weken klaarde deze amentieële toestand, via een depressieve periode, op. Als medicatie kreeg patiënte slechts camoquine 2 d.d. 200 mg.

Intern en neurologisch onderzoek bracht geen duidelijke afwijkingen meer aan het licht. De BSE daalde geleidelijk, het liquoronderzoek toonde geen afwijkingen, behoudens een positieve VDRL-reactie. De luesreacties (Kollmer, VDRL en Treponema pallidum immobilisatie-

proef) in het bloed waren negatief. De positieve VDRL-reactie in de liquor past in het beeld van de systemische lupus erythematoses.

Op 27-2-1960 kon patiënte in goede conditie met een onderhoudsdosering van 2 d.d. 200 mg camoquine worden ontslagen.

Bij poliklinische controle bleef patiënte steeds in goede conditie; in verband met het optreden van een camoquine-pigmentatie werd de medicatie op 30-6-1960 gewijzigd in plaquenil 3 d.d. 200 mg, na 3 maanden 2 d.d. 200 mg. Begin maart 1961 nam de huidafwijking echter weer toe in intensiteit; geleidelijk aan ontstond nu in de loop van enige weken een neurologisch syndroom in de vorm van een linkszijdige hemichorea, die zich later uitbreidde over de rechter lichaamshelft, met toenemende dysartrie; naast deze extrapyramidale stoornissen waren ook lichte pyramidale stoornissen aanwezig in de vorm van een beiderzijds positieve reflex volgens Babinski. Aangezien gedacht werd aan een cerebrale arteriitis bij systemische lupus erythematoses als oorzaak van dit syndroom, werd de plaquenil-medicatie verhoogd, echter zonder resultaat. Op 16-4-1961 werd patiënte opgenomen in de Neurologische Kliniek te Utrecht. Op 19-4-1961 werd de plaquenil-medicatie gestaakt. Post aut propter nam nadien het choreatische beeld steeds meer in intensiteit toe, waarbij de linker lichaamshelft sterker aangedaan bleef dan de rechter. In mei 1961 had het extrapyramidale syndroom het karakter gekregen van een biballismus. De huidafwijkingen hadden zich inmiddels ook over de armen uitgebreid; de L.E. cel-faktor in het serum kon driemaal niet worden aangetoond, eenmaal was het preparaat verdacht; de anti-streptolysin-titer bleef constant en lager dan 480 ASE/ml; de R.A. (Latex-globuline-fixatie)-test was negatief.

Patiënte was in deze tijd niet psychotisch. Op 23-5-1966 werd begonnen met de volgende medicatie: plaquenil 3 d.d. 200 mg, prednison 3 d.d. 5 mg, largactil 3 d.d. 25 mg en reserpine 3 d.d. 1 mg. De largactil-medicatie werd na enige dagen weer gestaakt. In enkele weken tijds verdween het biballismus geheel om plaats te maken voor een lichte hypokinesie t.g.v. de reserpine-medicatie.<sup>1</sup> Patiënte bleef in goede conditie en kon op 6-7-1961 worden ontslagen.

Zij werd nadien regelmatig poliklinisch teruggezien; de reserpine-medicatie werd gestaakt in september 1961, de prednison-medicatie in juni 1962. Patiënte hield een onderhoudsdosis plaquenil van 2 d.d. 200 mg.

In verband met een geringe schildkliervergroting werd in oktober 1962 een onderzoek verricht naar het voorkomen van thyreoglobuline-antilichamen, welke echter niet aangetoond konden worden.

De huidafwijkingen bleven gering, zodat op 11-11-1964 de plaquenil-medicatie werd gestaakt. Post aut propter werd patiënte in maart

---

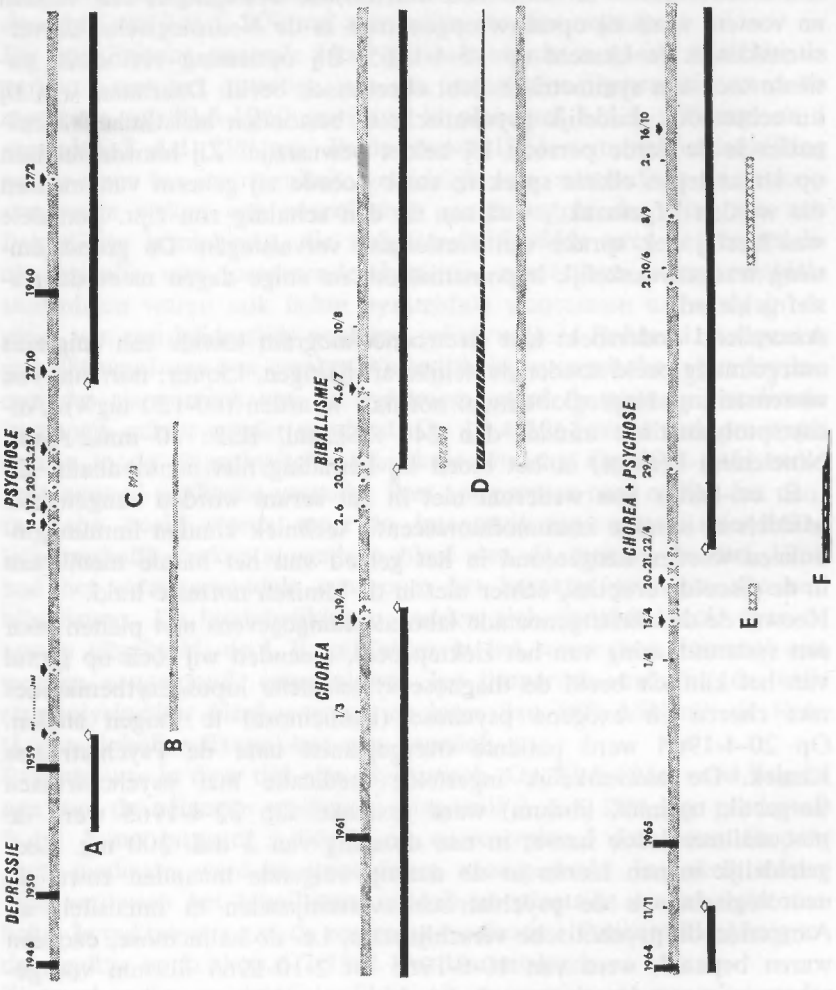
<sup>1</sup> Het neurologische beeld van patiënte is uitvoerig in zijn verloop gedocumenteerd in een film (foto-afdeling van de Neurologische Kliniek, reg. nr. 48).

1965 geleidelijk psychisch meer labiel; de spraak werd licht dysartrisch en er ontstonden sliklachten. In verband met het optreden van lichte choreatische en soms ook athetotische bewegingen aan handen en voeten, werd zij opnieuw opgenomen in de Neurologische Universiteitskliniek te Utrecht op 15-4-1965. Bij opneming vertoonde patiënte toen een symmetrisch licht choreatisch beeld. Daarnaast was zij nu echter ook duidelijk psychotisch: er bestonden acustische hallucinaties in de derde persoon bij helder bewustzijn. Zij hoorde mensen op straat tegen elkaar spreken; soms hoorde zij gekerm van mensen die werden 'afgemaakt', waaraan zij dan schuldig zou zijn. Ten dele was hierbij ook sprake van illusionaire vervalsingen. De grondstemming was aanvankelijk hypomaniakaal, na enige dagen meer depressief gekleurd.

Aanvullend onderzoek: Het electroencefalogram toonde een enigszins onregelmatig beeld zonder duidelijke afwijkingen. Liquor: normaal van samenstelling. Haptoglobulinen: normale waarden (60-120 mg%). Antistreptolysinätiter: minder dan 240 ASE/ml, BSE: 10 mm, A(anti) N(ucleaire) F(aktor) in het bloed bij herhaling niet aantoonbaar. De L.E. cel-faktor kon wederom niet in het serum worden aangetoond. Middels de direkte immunofluorescentie techniek konden immunoglobulinen worden aangetoond in het gebied van het basale membraan in de discoïde erupties, echter niet in de klinisch normale huid.

Hoewel de drie laatstgenoemde laboratoriumgegevens niet pleiten voor een systematisering van het ziekteproces, meenden wij toch op grond van het klinisch beeld de diagnose systemische lupus erythematoses met chorea en exogene psychose (hallucinoze) te mogen stellen. Op 20-4-1965 werd patiënte overgeplaatst naar de Psychiatrische Kliniek. De aanvankelijk ingestelde medicatie met psychofarmaca (largactil, nozinan, librium) werd gestaakt. Op 22-4-1965 werd de plaquenil-medicatie hervat in een dosering van 3 d.d. 200 mg. Zeer geleidelijk namen hierna in de daarop volgende maanden zowel de neurologische als de psychiatrische verschijnselen in intensiteit af. Aangezien de psychotische verschijnselen, i.c. de hallucinoze, exogeen waren bepaald, werd van 10-6-1965 tot 2-10-1965 librium voorgeschreven in een dosering van 3 d.d. 25 mg, in de verwachting dat hierdoor de psychose sneller zou verdwijnen. Dit vooral bij delirante beelden snelle en fraaie resultaten gevende psychopharmacoon leek echter bij deze hallucinoze geen invloed op het verloop te hebben. In september 1965 waren de hallucinatoire verschijnselen verdwenen; patiënte was nog licht depressief en meende schuldig te zijn aan het feit dat haar medepatiënten zo weinig bezoek kregen.

Op 16-10-1965 kon zij worden ontslagen. De psychose was toen opgeklaard; van het neurologische syndroom waren nog slechts af en toe optredende lichte athetotisch aandoende bewegingen van handen en voeten aanwezig. De medicatie bestond bij ontslag uit 3 d.d. 200 mg plaquenil. Bij poliklinische controle bleef het beeld ongewijzigd.



- A: antimalariamiddelen
- B: corticosteroiden
- C: lergactil
- D: reserpine
- E: librium
- F: nozinan

Terwijl het ziekteproces in elk opzicht inactief was, werd op 25-10-1965 voor het eerst ANF in het bloed aangetoond; ook in de klinisch gezonde huid bleken nu immunoglobulinen in het gebied van het basale membraan aantoonbaar te zijn, een bevinding die pleit voor de diagnose systemische lupus erythematoses. Het onderzoek naar antilichamen tegen glad spierweefsel viel negatief uit, evenals dat naar schildklierantilichamen (antistoffen tegen thyreoglobulinen en antistoffen tegen de microsomale fractie van het cytoplasma van het schildklier-epitheel).

## BESCHOUWINGEN

Overzien wij het *beloop van het ziektebeeld* bij patiënte (zie schema) dan blijkt de gestelde diagnose systemische lupus erythematoses pas na een ziekteduur van 20 jaar bevestigd door het aantoonbaar worden zowel van anti-nucleaire factor in het bloed als van immunoglobulinen in het gebied van het basale membraan van de klinisch gezonde huid. Daar voordien immunoglobulinen slechts werden aangetoond in het gebied van het basale membraan in de discoïde erupties was van dermatologisch gezichtspunt alleen de diagnose: chronisch discoïde lupus erythematoses met zekerheid te stellen. De L.E. cel-factor kon bij herhaling in het serum niet worden aangetoond, alhoewel in 1961 een preparaat verdacht was. Het klinische beeld had de diagnose: systemische lupus erythematoses echter reeds waarschijnlijk gemaakt op grond van het neurologische beeld (extrapyramidale stoornissen), de kortdurende pleuritis tijdens een exacerbatie van het ziekteproces, en het Raynaud-syndroom.

De depressie in 1950 is waarschijnlijk een exogene depressie geweest bij een systemische lupus erythematoses. De psychose in 1959 werd destijds gediagnostiseerd als cortisonpsychose, zowel vanwege het delirante, later amentieële beeld met lichaamsschemastoorningen, als vanwege het feit dat de psychose uitbrak bij dalen van de cortison-medicatie; in de literatuur is meermalen het uitbreken van een dergelijke psychose vermeld juist bij het dalen van de cortison-medicatie, hetgeen echter aannemelijk maakt dat de psychose veroorzaakt wordt door het dan weer verergerende oorspronkelijke ziekteproces en niet door de cortison-medicatie. Achteraf bezien lijkt het nu waarschijnlijker dat hier sprake was van een exogene psychose bij systemische lupus erythematoses, eventueel losgewoeld door cortison-medicatie. Mogelijk is deze psychose destijds ook begonnen met een hallucinose, al staat in de ziektegeschiedenis niet vermeld of de aanvankelijk opgetreden acustische hallucinaties in de derde persoon waren.

Ten tijde van de opneming in 1965 bestond het klassieke beeld van de hallucinose, zoals beschreven bij lues cerebri en chronisch alcoholisme. In de literatuur zijn geen specifieke exogene psychosen bij syste-

mische lupus erythematodes vermeld. Vaak zijn schizofreniforme syndromen beschreven; mogelijk gaan hier echter hallucinosebeelden onder schuil. Vaak lijkt in de literatuur het psychiatrische beeld niet uitputtend geëvalueerd. Ook het neurologisch beeld kan variëren met de lokalisatie van de aandoening. Extrapiramidale syndromen en epileptische verschijnselen blijken echter vrij frequent voor te komen.

De icterus, die kort na de toediening van largactil optrad, was van het stuwingsstype en derhalve waarschijnlijk medicamenteus van origine, alhoewel een lupoïde hepatitis als mede-oorzaak, gezien de activiteit van het ziekteproces, tot uiting komende in de pleuritis en de hoge BSE, niet is uitgesloten. Overzien wij de *invloed van de diverse medicaties*, dan lijken antimalariamiddelen bij deze patiënte duidelijk therapeutisch werkzaam, ook vanwege het feit dat het staken van deze medicatie in 1961 mogelijk geleid heeft tot toename van de neurologische verschijnselen en in 1964 na enige maanden tot het optreden van neurologische en psychiatrische stoornissen. Dit lange interval vindt mogelijk zijn verklaring, enerzijds in het feit dat het in de lever gestapelde plaquenil nog gedurende maanden in de circulatie komt, anderzijds in de tijd die benodigd is voor het heropleven van de lupuze cerebrale arteriitis, welke zowel aan de neurologische als aan de psychiatrische afwijkingen ten grondslag ligt.

Het snelle verdwijnen van het biballismus in 1961 moet waarschijnlijk worden toegeschreven aan het neuroleptisch effect van reserpine; de corticosteroiden-medicatie heeft toen mogelijk de cerebrale arteriitis in korte tijd doen verdwijnen. Het tijdens deze cortison-medicatie niet recidiveren van de vroegere psychose is geen argument tegen het aannemen van een cortison-invloed op het ontstaan van de eerste psychotische fase. Gezien de reeds bestaande psychose tijdens de opneming in 1965 hebben wij toen afgezien van cortisontoediening; het extrapyramidale syndroom was in deze fase ook niet zo uitgesproken dat reserpine-medicatie noodzakelijk was, welke gezien de waarschijnlijk exogene depressie in 1950 nu gecontraïndiceerd leek vanwege zijn soms depressie-veroorzakende eigenschappen.

#### SAMENVATTING

Beschreven werd een patiënte bij wie de diagnose systemische lupus erythematodes werd gesteld. In een tijdsverloop van 20 jaar traden bij haar afwisselend en eenmaal gelijktijdig neurologische en psychiatrische syndromen op. De neurologische stoornissen bestonden uit een extrapyridaiaal syndroom (chorea en biballismus), de psychiatrische uit exogene psychosen (depressie, delier, amentia, hallucinose). Gewezen werd op het mogelijk frequenter voorkomen van een hallucinose bij dit ziektebeeld. In therapeutisch opzicht leken bij patiënte antimalariamiddelen een specifieke werking te ontvouwen.

## SUMMARY

A description was given of a female patient with whom systemic lupus erythematosus was diagnosed. Within a process of time of twenty years neurological and psychiatric syndromes appeared with her, alternately and at one time simultaneously.

The neurological disorders consisted of an extrapyramidal syndrome (chorea and ballism), the psychiatric of symptomatic psychoses (depression, delirium, amentia, hallucinosis).

Attention was paid to the possibly more frequent appearance of a hallucinosis with this clinical picture. In a therapeutic respect antimalaria drugs seemed to display a specific effect with the patient.

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Cares, R. M.,  
F. Weinberg: — 'The influence of Cortisone on Psychosis associated with Lupus erythematosus'. *Psychiat. Quart.* 32 (1958), 94-107.
- Cormane, R. H.: — 'Aan de membraan van de huid gebonden globuline bij lupus erythematoses'. *Ned. T. Geneesk.* 108 (1964), 2247.
- Fulton, W. H.,  
P. R. Dyken: — 'Neurological syndroms of systemic lupus erythematosus'. *Neurology* 14 (1964), 317-323.
- Garcin, R.: — 'Aspects neurologiques du lupus érythémateux disséminé'. *Rev. neurol.* 92 (1955), 511-518.
- O'Connor, J. F.: — 'Psychoses associated with systemic lupus erythematosus'. *Ann. Intern. Med.* 51 (1959), 526-536.
- Roszner, R., H. Orthner: — 'Die Neuropathologie des viszeralen Lupus erythematoses'. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 34 (1966), 1-38.

Naar aanleiding van

## 'THE USE OF FILMING IN GROUP THERAPY' \*

door drs. R. T. SCHNEEMANN

(uit de Kinderpsychiatrische Kliniek van de Universiteit van Utrecht, hoogleraar-directeur: Prof. dr. L. N. J. Kamp)

Deze film is ontstaan in een activiteiten-discussiegroep van een achttal pubers uit een residentieel behandelingsinstituut. Zij kwamen wekelijks op een vaste avond gedurende 2 uur bij elkaar in het kader van een groepstherapie, die geleid werd door 2 therapeuten. Deze groepstherapie duurde 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jaar.

\* Geproduceerd door de Stichting Film en Wetenschap, Universitaire Film, Utrecht, Nederland, 1966; wetenschappelijke leiding: S. Hirsch en R. T. Schneemann; productie: E. G. Bresser.



De film is volledig door de jongens zelf opgenomen.

Er zijn 4 delen te onderscheiden:

- eerst komen een aantal filmfragmenten, die de jongens hebben opgenomen in de tijd, dat zij zich overwegend met andere activiteiten (dammen, schaken, groepsspelen etc.) bezig hielden. Gefilmd werd er in deze periode slechts af en toe en door enkelen, grotendeels om zich te oefenen in het gebruik van de camera en de andere apparatuur.
- daarna volgen enkele korte speelfilms, die door de jongens zelf geconcepieerd, gespeeld, opgenomen en geknipt zijn.
- enkele opnamen van groepsavonden na de periode van de speelfilms besluiten de film.
- hierna volgt een herhaling van een aantal fragmenten waarbij enige toelichting wordt gegeven ten aanzien van het verloop van de groepstherapie.

De film is illustratief voor 3 aspecten van deze groepstherapie:

1. het verloop van de groepstherapie in de opeenvolgende fasen;
2. de verandering gedurende de therapie-periode in het gedrag van één van de groepsleden, een schizoïde puber;
3. de relatieproblematiek, zoals deze beleefd wordt door de jongens in de groep en gestalte krijgt in de speelfilms, die zij produceerden.

Deze filmfragmenten zijn echter niet met deze bedoeling opgenomen. Het is slechts 'bij toeval', dat ze enigszins voor dit doel te gebruiken zijn.

Het gaat immers om filmfragmenten, die het product zijn van het filmen, dat als één van de activiteiten, één van de therapeutische media, door de groepstherapeuten werd gebruikt. Voor de groepstherapeuten was het filmen dus een therapeutisch medium en voor hen was de kwaliteit van het resultaat van ondergeschikt belang.

De bewuste bedoeling van de jongens tijdens het filmen was weer anders en veranderde ook in de loop van de tijd. Experimenteren met de camera en de lampen, vastleggen van bepaalde momenten, een film maken voor een filmfestival, een film maken voor zichzelf etc.

#### WAAROM DEZE VORM VAN GROEPSTHERAPIE?

Het is niet gemakkelijk om voor emotioneel gestoorde pubers, opgenomen in een residentieel behandelingsinstituut, een bevredigende behandelingsvorm te vinden (1, 2, 3). Zowel in individuele als in analytische groepstherapie stuit men op ernstige moeilijkheden. Dit heeft Hirsch (4) — evenals verschillende anderen (5, 6) — ertoe gebracht te zoeken naar andere en nieuwe therapeutische technieken en media. Het zijn jongens, wier emotionele ontwikkeling ernstig gestoord en geblokkeerd is als gevolg van vroege emotionele verwaarlozing, van ernstige traumatische ervaringen of van een extreem neurotiserend milieu. Relatiestoornissen met volwassenen of met leeftijdsgenoten zijn hier het gevolg van. Hun stoornissen uiten zich o.a. in een gebrek aan frustratietolerantie, in impulsief gedrag, in een egocentrische levenshouding en in een labiel gevoel van eigenwaarde. Om over de depressie-, insufficiëntie- en angstgevoelens, die hen innerlijk gevangen

houden heen te komen, reageren zij met acting-out gedrag. De puberteit, die bij ieder kind tot een verhoging van het conflictniveau leidt, (1) versterkt nog hun pathologie. Hun gestoorde emotionele ontwikkeling en hun relatiestoornissen blokkeren of remmen ook hun creativiteit en productiviteit, op school en op hun werk (7). Hun introspectie, hun verbalisatievermogen en hun reflexie zijn hierdoor veelal slechts in geringe mate ontwikkeld, hetgeen een ernstige handicap betekent voor therapievormen, die zich op introspectie, verbalisatie en reflexie baseren. Op grond van hun leeftijd en op grond van de normen, die in hun leeftijdsgroep gelden, wensen de meesten zich los te maken uit de afhankelijkheid van de volwassenen. Het moeilijk te vermijden autoritaire moment in de structuur van een behandelingstehuis accentueert en actualiseert hun anti-afhankelijkheid. Weerstand en wantrouwen ten aanzien van verticale relaties (relaties met volwassenen) zijn hier het gevolg van, hetgeen een ernstige belemmering kan betekenen voor behandelingsvormen, die op een verticale relatie gebaseerd zijn. Ook de regel en de normen, die een inrichting nodig heeft, blokkeren vaak de bereidheid tot en de ontwikkeling van het vermogen om zich te uiten. Door de stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling hebben deze jongens bovendien een — wat Redl (8) noemt — strategische verdedigingsgordel opgebouwd tegen beïnvloeding door de volwassenen en door de maatschappij. Hierdoor zijn zij moeilijk te motiveren voor situaties, die gericht zijn op een verandering van hun levensinstelling (therapie). In vormen van therapie, die vooral met interpretatie werken, is het acting-out gedrag, dat voor velen van hen een onmisbaar afweermechanisme is, moeilijk te hanteren.

Deze moeilijkheden hebben Hirsch ertoe gebracht te zoeken naar een therapeutische aanpak,

- die minder een appèl doet op introspectie en verbalisatie, maar — vooral in het begin — de realiteit van de communicatie op een zo'n concreet mogelijke manier benadrukt: door activiteiten, door spel- en werkmateriaal, door leefsituaties zoals het gezamenlijk drinken van koffie;
- een aanpak, die hun — vooral in het begin — toestaat, dat zij met rollen experimenteren, waarin hun pathologische behoeften en afweermechanismen als het ware gelegaliseerd worden (b.v. een film over een delinquent thema);
- een aanpak, die hun de gelegenheid biedt om te kiezen tussen contact met de therapeut, contact met de andere jongens of een bezig zijn met spel- of werkmateriaal;
- een aanpak, die rekening houdt met de motivering en de belangstelling van hun leeftijd;
- een aanpak, waarin zij wel gestimuleerd worden om de conflicten, die in de groep ontstaan, te bespreken, doch waarin lange tijd elke interpretatie door de therapeuten vermeden wordt, totdat zij een

voldoende vertrouwensrelatie met de therapeuten en met elkaar hebben ontwikkeld.

Om dit alles in een groepsbehandeling te realiseren, moet men maximaal kunnen individualiseren: de aanwezigheid van 2 therapeuten en de aanwezigheid van spelmateriaal zijn hierbij behulpzaam.

Men dient de groep als een karavaan (9) te behandelen, men dient met andere woorden te voorkomen, dat er een groepspressie ontstaat die gericht is op een ontwikkeling-en-bloc. Eén van de activiteiten, waarin zowel individualisering als het principe van de karavaan bijzonder goede mogelijkheden krijgen, is het maken van films.

#### HET VERLOOP VAN DE GROEPSTHERAPIE (10)

De ontwikkeling in de groep laat in de eerste plaats de volgende 2 hoofdfasen zien:

- de fase waarin de groepstherapeuten als autoriteitsfiguur centraal staan
- de fase waarin de interpersoonlijke relaties op horizontaal niveau centraal staan.

In het begin vragen de jongens zich af, hoe zij een relatie kunnen opbouwen met de permissieve volwassenen, de groepstherapeuten. Deze permissiviteit brengt hen in de war en maakt hen angstig. De spanning, die hier het gevolg van is, trachten zij af te doen vloeien in acting-out gedrag of andere motorische of verbale vormen van regressie. Het spel- en werkmateriaal en de introductie van bepaalde activiteiten maken het hun mogelijk om een deel van deze spanningen onder controle te houden; materiaal en activiteiten vormen een bescherming voor hun interacties; zij staan hun toe om afstand te nemen van de ander, als de intimiteit te bedreigend voor hen wordt. Dit klimaat, dat hun afweermecanisme en hun habituele oplossing van conflicten legaliseert, brengt hen geleidelijk — via periodes van onzekerheid — tot een meer emotionele relatie met de therapeuten. Er ontstaat dan een honeymoon stemming. Deze vormt de springplank voor de 2e fase. Op dit moment wordt in het algemeen de filmactiviteit geïntroduceerd. Deze activiteit stelt hen in de gelegenheid om meer contact op te nemen met de andere jongens, om zich zelf te meten en verschillende functies en rollen te exploreren. In de filmthema's, die zij brengen, projecteren zij de agressiviteits- en intimiteitsfantasieën, die in deze fase bij hen worden opgeroepen. Er ontstaat een intensieve interactie gedurende de filmrealisatie. De discussie rond de filmthema's verruimt zich geleidelijk in de richting van individuele problemen en emotionele groepssituaties.

#### WAAROM FILMEN ALS THERAPEUTISCHE ACTIVITEIT?

(1) Het maken van een film bestaat uit een groot aantal activiteiten: discussie over de thema's, zoeken naar de mogelijkheden om het thema te verfilmen, werken met de camera, met de lampen en de belichtingsmeter, spelen van de verschillende rollen, projecteren, knippen etc. De grote variatie stelt de jongens in de gelegenheid om die activiteiten te kiezen die het beste beantwoorden aan hun capaciteiten op dat moment. Als de spanning in een bepaalde rol te groot wordt, kunnen zij van activiteit veranderen zonder dat zij hun plaats in de groep

verliezen: een filmoperateur kan b.v. filmspeler worden.

(2) De film beantwoordt aan de belangstelling, behoeftes en normen van hun leeftijd: de film is representatief voor de wereld van de volwassenen, van het succes, van de romantiek en van het avontuur. Het maken van een film beantwoordt ook aan de behoefte van de puber om creatief bezig te zijn.

(3) Het realiseren van een film versterkt tijdelijk de communicatie tussen de jongens. Sluimerende onderlinge conflicten komen dan aan de oppervlakte. Tevens beleven zij een situatie, waarin zij wederkerig van elkaar afhankelijk zijn.

(4) Het maken van een film kan hen helpen meer afstand te krijgen van hun houding, hun rol en hun fantasieën. Dit geschiedt o.a. bij de projectie van de film in de groep en bij de montage.

Zij worden dan geconfronteerd met de filmrol die zij gekozen hebben en de wijze waarop zij deze gespeeld hebben.

De aard van hun commentaar bij het projecteren van de film verandert: eerst beoordelen zij de kwaliteit van het beeld, vervolgens geven zij een oordeel over hoe zij hun rol gespeeld hebben, daarna geven zij hun mening over de gevoelens die hen ertoe hebben gebracht om deze rol zo te spelen. Zij worden bij de projectie ook opnieuw geconfronteerd met de gevoelens die ten grondslag hebben gelegen aan het filmthema. De film maakt het hun mogelijk om als toeschouwers hun eigen projecties te bekijken. De projectie van de film kan tevens een middel zijn om zich aan de realiteit te toetsen. Als er geruime tijd is verlopen tussen het opnemen van de film en de projectie ervan in de groep, kunnen zij uit zichzelf of aan het oordeel van anderen constateren, dat zij veranderd zijn.

## SUMMARY

*Treatment of emotionally-disturbed adolescents is met with many problems, as well in individual as in group therapy. Therefore, Hirsch and others have searched for other therapeutic media and techniques, one of them being the activity discussion group in which, among other activities as playing draughts, chess, community games, music, pantomime, physical games, also filming is included. This approach seems promising for the following reasons:*

*1) Motivation for therapy and for changing attitudes in general being rather poor, activities are sought that are familiar, attractive and according to the interests of the adolescent age.*

*2) Alternatives for vertical relations (with the group therapists) are desirable, because this age wants loosening of contact with adults, especially where relations with parents or representatives of parents have been disappointing. The alternatives are horizontal relations (with other boys) and handling tools among which filming apparatus.*

*3) Because of poor introspection and verbalization, very concrete forms of communication are to be applied, in tangible activities related to the adolescent's actual situation.*

*4) These activities can legalize certain defense mechanisms and forms of acting-out that seem necessary for these boys' inner balance, and permit a constructive use of them.*

5) *Filming offers special therapeutic perspectives: a) The great variety of filming activities implies ample opportunity for each individual's possibilities and for activity change in cases of stress. b) A wide range of fantasy roles can be tried out. c) The players can look on their own performances as spectators. There is a confrontation with their own masks, their own wishes and fears, a confrontation between fantasy and reality. The presentation of the film is followed by comment from the side of the other members of the group, which means a shift from activities towards discussion. d) The difficulties to overcome, and the mutual dependency of the producers in producing the film tend to strengthen feelings of togetherness. The knowledge to have made something that is approved of by others often increases the producers' self-esteem.*

## LITERATUUR

1. Kamp, L. N. J. — *Mogelijkheden en grenzen der psychiatrische behandeling van jeugdigen in inrichtingen. Nieuwe vormen van behandeling van de jeugdmisdadigheid* (1960), bij studiecentrum voor jeugdmisdadigheid-V.Z.W.O. Ook in de jaarboeken: *A criança Portuguesa* 1960 en 1961/1962.
2. Kamp, L. N. J. — Problems of organisation and administration in residential treatment institutions for children. *Int. Child Welfare Review*, 1960, 24.
3. Kamp, L. N. J. — *Beleid en samenwerking in de kinderpsychiatrische residentiële behandeling*. Inaugurele rede, H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1964.
4. Hirsch, S. — Therapeutisch groepswork met emotioneel gestoorde pubers en adolescenten, *Maandblad v. d. Geestelijke Volksgezondheid*, 1963, 18.
5. Epstein, N. en Slavson, S. R. — Further observations on group psycho-therapy with adolescent delinquent boys in residential treatment I. *Int. J. of Grouppsychotherapy* XII, 1962, 199-210.
6. Schulman, I. — Modifications in Group Psychotherapy with anti-social adolescents. *Int. J. of Grouppsychotherapy* VII, 1957, 310-317.
7. Schouten, J. A. M. — *Persoonlijkheidsfactoren en geneigdheid tot delinquentie in de puberteit*. Staatsdrukkerij ('s-Gravenhage) 1967.
8. Redl, F., en Wineman, D. — *Children who hate*. Free Press, Glencoe Ill. 1952 Nederlandse vertaling bij Bijleveld 1963.
9. Hirsch, S. en R. T. Schneemann — *Verslag van de onderzoekingen betreffende de groepstherapie van adolescenten van Zandwijk*, 1965. In opdracht van de Ned. Fed. voor de kinderbescherming (ongepubliceerd) pag. 44 t/m 49.
10. Hirsch, S. — *Verslag van het therapeutisch groepswork van adolescenten van Zandwijk*, 1963 in opdracht van de Ned. Fed. voor de kinderbescherming (ongepubliceerd).