

Een onderzoek naar de samenhang tussen subcorticale laesies en veranderingen in persoonlijkheid en coping styles bij patiënten met multipale sclerose

door J.J. van Egmond, H.K. van Walbeek
en A. Goedhart

Inleiding

Van de zijde van de medische psychologie is er altijd een grote interesse geweest voor de verwevenheid van biologie en psychologie bij de problemen van patiënten met multipale sclerose (ms). De belangstelling voor deze verwevenheid blijkt uit vijf in de literatuur steeds weerkerende probleemstellingen. Deze vijf vraagstellingen zijn de volgende:

- Komt conversie, en daarmee samenhangend hysterie, bij patiënten met ms vaker voor dan bij patiënten met een vergelijkbare invaliderende ziekte?
- Is euforie het overheersende stemmingsbeeld bij de multipale sclerose?
- Bestaan er bij ms behorende typische persoonlijkheidskenmerken?
- Is er een bepaalde levensgeschiedenis en persoonlijkheid die tot het krijgen van ms predisponeert?
- Zo er bij ms typerende persoonlijkheidseigenschappen bestaan, zijn deze dan reactief ontstaan of hangen zij samen met opgetreden hemisfeerlaesies?

Met deze vragen als uitgangspunt zal nu een kort overzicht worden gegeven van de literatuur, welke aanleiding gaf tot ons onderzoek.

Conversie en hysterie – Het is een klinisch gegeven dat er bij het begin van de ziekte vaak diagnostische problemen ontstaan in die zin dat de beginfase van ms moeilijk te onderscheiden is van conversieverschijnselen. Is dit toeval? Zijn deze diagnostische problemen alleen het gevolg van een toevallige gelijkenis zonder verder verband? Vele clinici menen van niet en wijzen erop dat ook in verder gevorderde stadia nog vaak conversieverschijnselen of psychogene overdekking voorkomen

Schrijvers zijn respectievelijk verbonden: aan het Psychiatrisch Centrum Venray, als zenuwarts psycholoog; aan het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, als neuroloog en aan de Afdeling klinische psychologie, Vrije Universiteit te Amsterdam, als methodoloog.

naast fenomenen die berusten op echte laesies.

Wat zou dan het verband kunnen zijn tussen conversie en multiple sclerose? Langworthy (1948) meent dat conversieachtige verschijnselen een eerste uiting zouden kunnen zijn van demyelinisatie en conversie een soort voorstadium zou kunnen vormen van echte neurologische uitvalsverschijnselen berustend op de aanwezigheid van plaques. Caplan en Nadelsen (1980) daarentegen menen dat verhoogde neiging tot conversie geheel verklaarbaar is uit de grote suggestiviteit die van het grillig en onvoorspelbaar verloop van de ziekte uitgaat.

Een derde mogelijke verklaring is de eventuele grote suggestibiliteit van ms-patiënten. Brain (1930) is de eerste geweest die met nadruk heeft gewezen op de hoge frequentie van het voorkomen van hysterische verschijnselen onder ms-patiënten. Langworthy en Le Grand (1952) veronderstellen de aanwezigheid van een kleinere of grotere subgroep onder ms-patiënten die zich kenmerken door zowel conversie als hysterische persoonlijkheidsstructuur. Pratt (1951) daarentegen onderzocht een groep van 100 ms-patiënten en vond dat er slechts bij enkele patiënten sprake was van hysterische kenmerken. Deze kwamen onder ms-patiënten zelfs minder voor dan bij de controlegroep bestaande uit patiënten met andere neurologische aandoeningen. Peyser e.a. (1980) konden op grond van MMPI-onderzoek bij 52 ms-patiënten weliswaar een cluster van hysterische patiënten onderscheiden. Deze cluster bestond echter uit slechts drie patiënten.

Euforie of depressie? – Een klinische vuistregel luidt dat ms-patiënten zich van anderen onderscheiden door een eufore stemming. Deze regel wordt gewoonlijk, doch ten onrechte, toegeschreven aan Charcot, die de ms-patiënten de tot op heden gedoeerde steekwoorden van het 'puérilisme mental' meegaf. In werkelijkheid is de regel afkomstig van Wilson en Cottrell. Dezen beschreven in 1926 hun bevindingen bij een groep van 100 ms-patiënten in zeer verschillende stadia van de ziekte. Zij vonden bij een zeer hoog percentage patiënten een uitgesproken geestelijk en lichamelijk welbevinden, dat geheel in contrast stond met de feitelijke situatie en waarover ook de patiënt zelf zich meestal verwonderde.

Vele auteurs (Galineck en Kalinowsky 1958; Braceland en Giffin 1950; Surridge, 1969; Bottenberg e.a. 1975; Baretz en Stephenson 1981) hebben getracht deze regel te nuanceren. Met name is hun bevinding dat depressie minstens even vaak voorkomt als euforie.

De huidige algemene opvatting ten aanzien van euforie is dat deze niet reactief bepaald is en eerst optreedt wanneer er sprake is van intellectuele deterioratie. Het is daarbij echter niet zo dat eufore stemming daarmee een frequent verschijnsel is bij die vergevordere stadia van de ziekte waar sprake is van dementering.

Persoonlijkheidsfactoren – De idee dat een groot aantal ms-patiënten gekenmerkt worden door enkele min of meer typische trekken, die bij hen beduidend vaker voorkomen dan bij lijdens aan andere invalide-

rende ziekten, begint met Charcots beschrijving van het zogenaamde 'puérilisme mental'. Het laatste laat zich het best omschrijven als een kinderlijke opgewektheid, die sterk contrasteert met de ernst van de invaliditeit. Hierop voortbordurend zijn in de jaren vijftig – dat is de tijd dat een eenvoudige samenhang tussen persoonlijkheid en ziekte nog opgeld deed – een aantal onderzoeken gedaan waarbij verschillende onderzoekers schijnbaar of reëel tot nogal gelijklopende conclusies komen ten aanzien van persoonlijkheid van de ms-patiënt. Zo beschrijven Grinker e.a. (1950) op grond van psychiatrische interviews bij 27 ms-patiënten als gemeenschappelijke kenmerken: psychoseksuele onrijpheid; in het bezit van vele, meestal gemakkelijk gelegde contacten, die echter bij nadere beschouwing zeer oppervlakkig van aard zijn; grote behoefte aan affectie, die echter sterk wordt afgeweerd; weinig uitlaatmogelijkheden voor agressieve tendensen; sterke behoefte aan goedkeuring door anderen. Harrower en Kraus (1951) concluderen op grond van projectietests bij 140 ms-patiënten dat de laatsten in vergelijking met patiënten uit de controlegroep vier significante kenmerken bezitten: opvallende afwezigheid van angst, zorgen om en preoccupatie met de ziekte; zich gemakkelijk bij de gegevenheid van de ziekte neerlegend, zonder veel innerlijke beroering; emotionele afhankelijkheid; overdreven optimisme. Philippopoulos e.a. (1958) vonden op grond van psychiatrische interviews bij 40 ms-patiënten – in vergelijking met een even grote controlegroep – als typerende kenmerken: sterke afweer van agressie; afhankelijk en conformerend; niet in staat nauwe sociale banden aan te gaan; psychoseksuele onrijpheid. Baldwin (1952) onderzocht met behulp van interviews, waarin patiënten met conflictsituaties werden geconfronteerd, en MMPI 20 ms-patiënten en een gematchede controlegroep van 20 gezonden personen. Samenvattend vond zij als typerend voor de ms-patiënten: defensief; geringe response op stress of teleurstelling; 'good tempers'. Onder degenen die laag scoorden op de neurotische triade van de MMPI vond zij in de interviews een gemeenzame houding ten opzichte van conflicten: 'Easy going, pictured themselves as extraordinarily welladapted persons. They tended to give relatively smooth accounts of their lives, depicting strong feeling, even in the presence of quite traumatic or frustrating circumstances'. Day e.a. (1952) beschrijven op grond van analytische groepstherapeutische ervaringen met ms-patiënten als voor hen kenmerkend: ontkenning van haat en woede met betrekking tot de ziekte; het hechten van een overdreven belang aan het maken van een goede indruk op anderen; overdreven onderworpenheid en meegaandheid.

Samenvattend is er dus bij de onderscheiden onderzoekers een opvallende overeenkomst met betrekking tot een aantal min of meer te objectiveren karakteristieken: meegaand, coöperatief, eventueel zelfs serviel en onderworpen; gedrag is gericht op het verkrijgen van de goedkeuring van anderen; opgewekte stemming, optimistisch, in ieder

geval naar de buitenwereld toe; weinig emotionele beroering, met name weinig angst en zorgen met betrekking tot de ziekte, althans ontkenning van innerlijke spanning of conflict; gemakkelijk in het contact, maar niet in staat tot diepgang en daardoor gedepriveerd van nauwe persoonlijke banden.

Een mogelijke verklaring voor deze frappante overeenkomst tussen verschillende onderzoekers is het zogenaamde Barnum-effect. Het laatste houdt in dat de gekozen trekken zo ubiquitair zijn, dat men ze bij elke willekeurige groep mensen kan terugvinden. Hiertegen pleit echter dat klinische onderzoekers toch ook met andere groepen patiënten bekend zijn.

Een andere verklaring is dat de onderzoekers te veel op elkaars resultaten gelet hebben. Helaas is er sinds de jaren vijftig weinig onderzoek gedaan om deze waarnemingen te bevestigen of te falsificeren. Een uitzondering hierop vormt het onderzoek van Peyser e.a. (1980). Zij onderzochten 52 ms-patiënten in verschillende stadia van de ziekte met behulp van de MMPI. Zij vonden een hoge K-score, met name in de eerste stadia van de ziekte, duidend op een verhoogde defensieve houding, maar geen verhoogde score op schaal 3 (hysterie).

Psychosomatische genese? – In 1967 hebben Groen, Prick en Bastiaans in een monografie over multipele sclerose een psychosomatische genese bepleit. Zij vatten het puérilisme mental van Charcot niet op als begeleidingsverschijnsel van de ziekte, maar als premorbide aanwezige karakteristiek, dat wil zeggen als een specifieke dysharmonie in de persoonlijkheid die voor multipele sclerose vatbaar maakt. De gepredisponerde ms-patiënt is infantiel gebleven. Al vroeg in zijn affectieve behoeften gefrustreerd door een kille moeder- en een autoritaire vaderfiguur leert de toekomstige ms-patiënt zich naar buiten toe te presenteren als meegaand, serviel, altijd vriendelijk en coöperatief, maar innerlijk is hij vol verzet, gespannen, angstig en ambivalent met veel verdrongen agressie.

Langworthy en Le Grand (1952) beschrijven de ms-patiënt eveneens als psychoseksueel onrijp. Een gemeenschappelijke karakteristiek van de levensgeschiedenis achten zij de zich steeds herhalende strijd met een dominerende moederfiguur.

Meital e.a. (1970) beschrijven een uitgebreide casuïstiek waarmee zij trachten een meer psychodynamische verklaring voor het ontstaan van ms te geven. Alle door hen beschreven levensgeschiedenissen leiden uiteindelijk tot een situatie die zij karakteristiek achten voor het zogenaamde 'giving up-given up-complex', dat wil zeggen een overweldigend gevoel van hulpeloosheid, dat door sommige onderzoekers wel wordt gezien als voorwaarde voor het kunnen uitbreken van een psychosomatische ziekte (Engel 1968).

Afgezien van methodologische problemen – geen van de bovengenoemde onderzoekers maakte gebruik van een controlegroep – is de vraag onbeantwoord gebleven waarom van de velen met bovenbe-

schreven neurotische problematiek slechts enkelen door ms worden getroffen (Van Ewijk 1979). De stelling dat ms een psychosomatische ziekte is wordt dan ook in de huidige tijd nog maar door een enkeling verdedigd (Caliezi 1981). Zo is Bastiaans in 1978 op zijn eerder gekozen standpunt inzake een psychosomatische genese bij ms teruggekomen. Wel is het zijns inziens mogelijk dat een bepaalde levensgeschiedenis en de daardoor gevormde persoonlijkheid een factor is die een bijdrage levert bij het ontstaan en de ernst van het verloop van de ziekte. Verwant aan de vraagstelling van een psychosomatische ontstaanswijze is de vraag of stress van invloed is op het ontstaan van de ziekte en het optreden van rechutes. Brickner en Simmons (1950), die overigens ms niet als een psychogeen bepaalde ziekte beschouwen, beschreven een aantal casus, waarin emotionele en/of fysieke stress aan een nieuwe 'poussée' van de ziekte voorafging. Pratt (1951) vond echter geen significant verschil tussen een groep ms-patiënten en een controlegroep van patiënten, lijdend aan een andere organische ziekte van het centraal zenuwstelsel, voor wat betreft aan de ziekte voorafgaande stress.

Thygesen (1953) onderzocht 105 Schuebe van in totaal 61 patiënten en kwam tot de conclusie dat er slechts vijf vooraf werden gegaan door een periode van stress.

Al met al lijkt het dus weinig waarschijnlijk dat ms een psychogene oorzaak heeft. Zo het al waar is dat een belangrijk deel van de ms-patiënten gekenmerkt wordt door bepaalde trekken, dan nog ligt het voor de hand het verband in een andere richting te zoeken dan de psychosomatiëi.

Biologie of somatopsychologie? – Zo er al sprake is van typische karaktereigenschappen van ms-patiënten, dan is het nog de vraag of deze niet deels verklaarbaar zijn door demyelinisaties in de witte stof van de cerebrale cortex. Met name frontale subcorticale laesies zouden oorzaak kunnen zijn van kenmerken als afwezigheid van angst en spanning, gebrek aan affectieve diepgang en het ontbreken van agressieve impulsen.

Teneinde deze veronderstelling te toetsen werden in ons onderzoek patiënten met en zonder subcorticale laesies vergeleken op een aantal persoonlijkheidseigenschappen, waarvan verondersteld mag worden dat zij een meer direct biologische oorsprong hebben.

Ms is een ziekte die door zijn grillig verloop, zijn chronische duur en aanzienlijke mate van invalidering hoge en vaak te hoge eisen stelt aan de psychologische aanpassingsmogelijkheden van degene die de ziekte moet dragen. Door sommige auteurs (Galineck en Kalinowsky 1958; Caplan en Nadelson 1980) wordt een direct verband gelegd tussen sommige als typerend voor ms geduide trekken en bepaalde min of meer specifieke beloopkenmerken. Zo kan een verband worden gezien tussen verhoogde neiging tot conversie en de grilligheid van de ziekte, tussen 'de wereld door een roze bril willen zien' en het onvoorspelbaar verloop, tussen geremde agressie en voortdurende dreiging,

die er van de ziekte uitgaat. Deze visie wordt wel genoemd de somato-psychologische optiek (Wright 1960).

Op het punt van ms valt echter te verwachten dat somato-psychologische reacties vaak onontwarbaar verbonden zullen zijn met verminderde draagkracht als gevolg van subcorticale laesies. Onze klinische ervaring met ms-patiënten leert dat er, bij het voortschrijden van de ziekte, voor de toenemende moeilijkheden dikwijls minder mentale mogelijkheden zijn om aan deze problemen het hoofd te bieden. Jambor (1969) heeft een dergelijke neergang bij multiële sclerose treffend verwoord: 'It is perhaps the case that not only do they have to adapt to a progressive, but largely unpredictable, course of events as regards physical disability, but that they have to make this adaptation in spite of a progressively diminishing adaptive ability'. Teneinde deze klinische indruk van toenemende draaglast bij verminderde mentale draagkracht te toetsen werd door ons een onderzoek verricht waarin patiënten met mogelijk subcorticale laesies werden vergeleken met patiënten zonder aanwijzingen voor dergelijke laesies. Deze twee groepen werden vergeleken met betrekking tot verandering in hun coping styles ten aanzien van de ziekte. Hierbij werd verondersteld dat veranderingen in coping styles vooral te verwachten waren bij patiënten bij wie subcorticale laesies in de loop van de ziekte waren opgetreden.

Verwacht werd verder dat bij het exploratief onderzoek naar de aard van de veranderingen zou blijken dat deze bij patiënten met subcorticale laesies in de richting van het gebruik van minder effectieve coping styles zou zijn.

Methoden

Voor dit onderzoek werden dertig ms-patiënten onderzocht op neuropsychologische afwijkingen, temperamentskenmerken en coping styles met betrekking tot de ziekte. Deze dertig patiënten vormden vijftien paren, welke 'gematched' waren naar leeftijd, geslacht, huwelijks-status, opleidingsniveau, ziekteduur en ernst van de aandoening. Al deze dertig patiënten bevonden zich ten tijde van het onderzoek, naar het oordeel van de behandelend neuroloog, in een stadium van de ziekte waarin bij klinisch-neurologisch onderzoek en neurologisch hulponderzoek (EEG, CT-scan) nog geen sprake was van laesies in de subcorticale witte stof. Op grond van een onderzoek van Peyser e.a. (1980b) zou men desondanks mogen verwachten dat ongeveer de helft van deze patiënten op grond van neuropsychologisch onderzoek kleine hemisfeerlaesies zou blijken te hebben.

Voor het neuropsychologisch onderzoek werd gebruik gemaakt van een screenende, zogenaamde brede band test. Uit de literatuur over het neuropsychologische onderzoek bij ms-patiënten blijkt dat er vooral stoornissen in geheugenfunctie en motorische vaardigheden optreden (Jambor 1969; Reitan e.a. 1971; Goldstein en Shelly 1974; Beatty en

Gange 1977; Ivnik 1978). Aangezien stoornissen in de motorische vaardigheden niet hun oorzaak behoeven te vinden in hemisfeerlaesies werden in de voor dit onderzoek gekozen brede band test geen motorische taken opgenomen. De screenende testbatterij had de volgende samenstelling. Vooral de linker hemisfeer betreffende: 15 woorden-test, Stroop kleur woord test, GIT-fluency, GIT-cijferen, GIT-matrijzen en Object benoemen. Vooral de rechter hemisfeer betreffende: WAIS-block design, WAIS-pictures arrangement en GIT onvolledige figuren.

Voor het onderzoek naar het bestaan van specifieke persoonlijkheidseigenschappen met name bij subcorticale laesie werd de temperamentzelfbeoordelingslijst van Fey (1978) gebruikt. Bij het zoeken naar veranderingen, die mogelijk het gevolg zijn van corticale laesie, leek het zinvol die persoonlijkheidseigenschappen te onderzoeken, waarvan verondersteld wordt dat zij een meer directe biologische oorsprong hebben.

Gewoonlijk worden deze laatste wel aangeduid als temperament. De zelfbeoordelingslijst van Fey meet vier a priori gekozen temperamenten: extraversie, emotionaliteit, impulsiviteit en spanningsbehoefte. Voor het onderzoek naar coping styles met betrekking tot de ziekte werd patiënten in een interview gevraagd naar de feitelijke en emotionele reacties ten aanzien van de problemen waarvoor de patiënt zich op de verschillende levensterreinen door zijn ziekte gesteld zag. Met name werd hierbij geïnformeerd naar eventueel in de loop van de ziekte opgetreden veranderingen in opvattingen, houdingen, gewoonten en wijze van omgang met de ziekte. Voor de beoordeling van de interviews werd gebruik gemaakt van een door Lipowski (1970) ontwikkeld schema van coping styles met betrekking tot de ziekte (figuur 1). Lipowski

Figuur 1: Acht mogelijke coping styles met betrekking tot de ziekte (naar Lipowski 1970)

Opvattingen over de betekenis van de ziekte

actieve houding t.o.v. de ziekte

- | | |
|---|--|
| 1. ziekte als uitdaging ----- | streven naar een rationele oplossing van de problemen |
| 2. ziekte als straf ----- | aanvaarding of protest |
| 3. ziekte als vijand ----- | dwars tegen de opgelegde beperkingen ingaan |
| 4. ziekte als persoonlijke zwakte --- | dissimulatie en ontkenning |
| 5. ziekte als ontslag van verantwoordelijkheden ----- | conversie en aggraving |
| 6. ziekte als mogelijkheid tot manipulatie ----- | streven naar secundaire ziekte winst |
| 7. ziekte als onherstelbare schade --- | depressie en hulpeloosheid |
| 8. ziekte als positieve waarde ----- | streven naar een waardevoller en betekenisvoller bestaan |

onderscheidt een achttal mogelijke opvattingen over de ziekte op grond waarvan voor een bepaalde strategie of actieve houding ten opzichte van de ziekte wordt gekozen. Op grond van de interviews werd op een zevenpuntsschaal door een psychiater, een psycholoog en één van de onderzoekers beoordeeld in hoeverre elk van de acht coping styles in een vroegere fase van de ziekte en in de huidige fase van de ziekte door de betreffende patiënt werd geprefereerd.

Resultaten

Van de vijftien 'gematchede' paren bleken acht paren complementair, dat wil zeggen bij één van de gematchede partners van een paar werden bij het neuropsychologisch onderzoek stoornissen gevonden, die de aanwezigheid van corticale laesies waarschijnlijk maakten, terwijl het neuropsychologisch onderzoek bij de andere partner van hetzelfde paar geen duidelijke afwijkingen opleverde. De overige zeven paren waren supplementair. Bij twee paren werden bij beide partners stoornissen gevonden bij het neuropsychologisch onderzoek. Bij de andere vijf supplementaire paren werden geen afwijkingen in neuropsychologische zin vastgesteld. Voor het onderzoek naar veranderingen in persoonlijkheidskenmerken en coping styles in samenhang met het verschijnen van corticale laesies bleven dus over zestien patiënten. Bij de op deze wijze geselecteerde zestien patiënten bevonden zich twaalf vrouwen en vier mannen. De helft van de deelnemers bevond zich wat levensjaren betreft in het vierde decennium. Veertien van de zestien patiënten waren gehuwd en dezen hadden allen kinderen. Bij veertien patiënten bestond de ziekte langer dan acht jaar. De ernst van de invaliditeit werd beoordeeld aan de hand van de Kurtzke-schaal (1970). Geen van de zestien patiënten bleek zonder enige mate van invaliditeit (laagste score 2), daarentegen waren alle patiënten, al dan niet met behulp van een rolstoel, nog ambulant (hoogste score 7).

Met behulp van de vijf gebruikte subtests van de Groninger Intelligentie Test (GIT) werd voor elke patiënt een leeftijds-IQ berekend. Duidelijke afwijkingen ten opzichte van het berekende leeftijds-IQ werden alleen geconstateerd met betrekking tot het onderdeel Woord Opnoemen (fluency). Op deze subtest scoorden drie patiënten drie of meer standaarddeviaties lager dan op grond van het berekende leeftijds-IQ verwacht mocht worden. Twee van deze drie patiënten behoorden tot de complementaire paren. De scores op de drie gebruikte subtests van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) werden getransformeerd opdat zij konden worden vergeleken met scores op de vijf subtests van de GIT.

Op geen van de subtests van de WAIS werden ten opzichte van het berekende leeftijds-IQ belangrijke afwijkingen gevonden. Eén patiënt gaf duidelijk aan moeite te hebben met 'op bepaalde woorden' te komen. Het object benoemen als zodanig was bij deze patiënt echter

ongestoord evenals de subtests Woord Opnoemen van de GIT. Bij een naderhand bij deze patiënt afgenomen token-test werd een score bereikt juist beneden het bij leeftijd en IQ behorende cutting-point (normen ontleend aan Van Dongen e.a. 1974). Wat betreft de Stroop-kleurwoord-test toonden drie patiënten een interferentie-score die tweemaal zo hoog lag als op grond van IQ en niet-interfererende scores mocht worden verwacht (normen ontleend aan Boelens en Land 1976). Twee van deze drie patiënten behoorden tot de complementaire paren. Verreweg de meeste afwijkingen werden gevonden met betrekking tot de 15-woorden-test. Zeven patiënten behaalden een recall-score die sterk afweek van wat op grond van leeftijd, IQ en inprentingsscore mocht worden verwacht. Als norm werd, na omzetting in decielscores, gehanteerd een verschil van tenminste drie decielen ten opzichte van de verwachte score (normen ontleend aan Menting 1971). Vijf van deze laatstgenoemde zeven patiënten behoorden tot de complementaire paren. Een achtste patiënt toonde een afwijkende inprentingsscore, namelijk na omzetting in decielscores een verschil van drie decielen ten opzichte van op grond van leeftijd en IQ te verwachten score. Deze patiënt had eveneens een afwijkende recallscore, maar deze was in overeenstemming met de gestoorde inprentingsscore. In tabel 1 zijn voor de complementaire paren gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven van inprentings- en recallscores. Het verschil in recallscore tussen laesie- en non-laesiegroep is significant ($t(14) = 2,42$ $p > 0,05$).

Tabel 1: Gemiddelden en standaarddeviaties voor inprentings- en recall-score op de 15-woordentest voor laesie- en non-laesiegroep

	laesiegroep		non-laesiegroep	
	M	SD	M	SD
inprentingsscore	45.0	11.9	47.3	10.6
(vijf aanbiedingen)				
recallscore	5.4	1.74	7.7*	1.84

* $t(14) = 2,42$ $p > 0,05$

Tabel 2: Gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de vier temperamentsschalen volgens Fey voor laesie- en non-laesiegroep

	laesiegroep		non-laesiegroep	
	M	SD	M	Sd
Extraversie	34.1	16.4	29.8	16.5
Emotionaliteit	35.1	8.2	34.3	13.5
Impulsiviteit	19.9	4.7	20.9	9.9
Spanningsbehoefte	25.0	10.1	39.9*	9.7

* $t(14) = 2,65$ $p > 0,05$

PSYCHOFARMACA

In tabel 2 zijn de resultaten weergegeven zoals verkregen met de temperamentzelfbeoordelingslijst voor zover het complementaire paren betreft. Behalve een significant verschil in spanningsbehoefte ($t(14) = 2,65$ $p > 0,05$) is er opvallend weinig verschil tussen de laesie- en non-laesiegroep. Overigens wijken de hier gevonden waarden, met uitzondering van het resultaat op de spanningsbehoefteschaal voor wat betreft de laesiegroep, niet belangrijk af van overeenkomstige gegevens bij anderszins samengestelde groepen. Voor elke coping style afzonderlijk werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uitgedrukt in Ebel's Intraclass Correlation (Ebel 1951). De betrouwbaarheid van de gecombineerde scores van drie beoordelaars berekend per coping style was bevredigend hoog (niet kleiner dan 0,60).

Tabel 3: Gemiddelden en standaarddeviaties van de veranderingen in voorkeur voor elk van de acht coping styles, alsmede van het totaal van de absolute waarden der veranderingen voor alle coping styles te zamen. Weergegeven is hier de som van de drie beoordelingen betreffende verschuivingen op een zevenpunts preferentieschaal. De nummering van de coping styles komt overeen met degene die in de tekst wordt gebruikt

coping styles	laesiegroep-		non-laesiegroep		t-test of difference
	M	SD	M	SD	
totaal van de absolute waarden der veranderingen	31.875	18.287	6.750	11.913	3.26**
1	4.625	5.625	.500	1.690	1.98
2	7.875	7.357	.250	.756	3.01*
3	-1.875	4.016	.000	.535	-1.31
4	2.000	6.949	1.500	5.127	.16
5	-1.250	4.062	-.250	.707	-.69
6	-.500	5.099	.000	.000	-.28
7	-2.125	3.834	-1.500	5.099	-.28
8	-3.875	5.083	-.250	.535	-2.14*

* $p > 0,05$ t-toets met afzonderlijke variantieschattingen

** $p > 0,01$ t-toets met gezamenlijke variantieschatting

In tabel 3 zijn weergegeven de veranderingen in voorkeur van elk van de acht coping styles voor respectievelijk de subcorticale laesie- en non-laesiegroep. Voor de meeste coping styles is de gemiddelde verandering bij de laesiegroep groter dan bij de non-laesiegroep. Voor de coping styles 2 en 8 (ziekte als straf en ziekte als positieve levenswaarde) is dit verschil in verandering tussen laesie- en niet-laesiegroep significant. Het totaal van de absolute waarden der veranderingen toont een zeer significant verschil tussen laesie- en niet-laesiegroep.

Discussie

Dit onderzoek bevestigt waarnemingen van Peyser e.a. (1984b) dat middels neuropsychologisch onderzoek bij ongeveer de helft van de ms-patiënten aanwijzingen kunnen worden gevonden voor de aanwezigheid van subcorticale laesies. In ander en in dit onderzoek betroffen deze aanwijzingen vooral stoornissen in het verbaal geheugen. Voor ons onderzoek werd gebruik gemaakt van de 15-woordentest. In deze test wordt onderscheid gemaakt tussen inprentings- en recallscore. Op een enkele uitzondering na beperkten de gevonden geheugenstoornissen zich tot afwijkingen in de recallscore. Duidelijke afwijkingen in de recallscore konden bij ongeveer 1/3 van de onderzochte patiënten worden vastgesteld. Vergelijkbare resultaten wat betreft recall zijn bij ms-patiënten ook door anderen gevonden (Jambor 1969; Ivnik 1978). Naast geheugenstoornissen werden in dit onderzoek ook andere, zij het meer incidentele afwijkingen gevonden bij het neuropsychologisch onderzoek en wel lichte fatische stoornissen, verminderde fluency en een gestoorde interferentiescore op de Stroop-kleur-woord-test. Dergelijke afwijkingen zijn ook elders als incidenteel voorkomend beschreven (Jambor 1969; Baetty en Gange 1977). De hier onderzochte groep was te klein om iets over de eventuele omvang van andere dan geheugenstoornissen bij ms-patiënten te kunnen zeggen. Het doel van dit onderzoek was dan ook niet het inventariseren van de neuropsychologische stoornissen bij ms-patiënten. Het neuropsychologisch onderzoek was hier slechts bedoeld als middel om patiënten met en zonder aanwijzingen voor subcorticale laesies te scheiden teneinde beide groepen te kunnen vergelijken op een aantal psychologische variabelen.

Elders is de ms-patiënt vele malen beschreven als kinderlijk opgevoerd, als iemand die gemakkelijk contact legt, maar niet tot enige diepgang in staat is, als iemand die het bestaan van angst en spanning ontkent, maar ook niet in staat is om van zich af te bijten. Zo deze eigenschappen al kenmerkend zijn voor de ms-patiënt, dan weerspiegelen deze eigenschappen zich niet in de score van de in dit onderzoek gebruikte temperamentzelfbeoordelingslijst.

Gemiddelden en standaarddeviaties van de door ons onderzochte groep ms-patiënten op de vier temperamentsschalen extraversie, emotionaliteit, impulsiviteit en spanningsbehoefte verschillen slechts weinig van resultaten gevonden bij anderszins samengestelde groepen (Fey 1978). Ook kunnen deze 'typische' eigenschappen van de ms-patiënt niet duidelijk worden toegeschreven aan die subgroep van patiënten bij wie sprake is van subcorticale laesies. Van de acht complementaire paren werd de groep met aanwijzingen voor de aanwezigheid van subcorticale laesies vergeleken met de groep bij wie dergelijke aanwijzingen ontbraken. Er werd geen verschil gevonden voor wat betreft extraversie, emotionaliteit en impulsiviteit. Wel bestond er een

significant verschil in spanningsbehoefte. Deze laatste was bij laesiepatiënten lager dan bij de niet-laesiepatiënten. Het blijft natuurlijk mogelijk dat als gevolg van de speciale levensomstandigheden, die multipale sclerose met zich brengt, er toch in de loop van de ziekte veranderingen in de persoonlijkheid optreden welke tenderen naar de als typisch voor de ms-patiënt beschreven eigenschappen. Toetsing van een dergelijke veronderstelling zou echter een longitudinaal onderzoek vereisen. Hoe dit ook zij, het door ons verrichte temperamentsonderzoek ondersteunt in ieder geval niet de veronderstelling dat bij ms-patiënten in zijn algemeenheid de persoonlijkheid typische afwijkingen zou vertonen. Evenmin is er in ons onderzoek duidelijk steun te vinden voor de hypothese dat deze eigenschappen te vinden zouden zijn onder patiënten met subcorticale laesies. Uit ons onderzoek komt naar voren dat veranderingen in coping styles bij patiënten met subcorticale laesies wel vaker in de loop van de ziekte optreden dan bij patiënten die van dergelijke laesies gevrijwaard bleven. Het totaal van de absolute waarden van de veranderingen laat namelijk een significant verschil zien tussen subcorticale laesie- en niet-laesiepatiënten. Veranderingen in preferentie voor bepaalde coping styles, welke met name in de subcorticale laesiegroep optraden waren die met betrekking tot de opvattingen waarbij ziekte wordt gezien als straf en als positieve levenswaarde. De groep laesiepatiënten verschilde significant van de non-laesiepatiënten in die zin dat zij in de loop van de ziekte deze meer als straf en minder als positieve waarde waren gaan beleven.

Alhoewel het hier om een groepstrend gaat kon het verloop, waarbij patiënten hun ziekte steeds meer gaan ervaren als straf en steeds minder in staat zijn tot het zien van positieve kanten aan hun ziekte, bij vier individuele patiënten met neuropsychologische afwijkingen worden teruggevonden. Bij al deze vier patiënten bestond tijdens het interview een opvallende matheid en apathie. Zij spraken het gevoelen uit dat voor hen het leven had afgedaan, dat zij bleven leven omdat zij wisten wat zij voor hun partner en voor hun gezin betekenden, maar dat zij voor zich geen positieve zin meer in het leven wisten te vinden. Twee patiënten zeiden met zoveel woorden liever dood te zijn dan zo te blijven doorleven. Bij deze vier patiënten bestond merkwaardigerwijs een uitgesproken hoop op het medisch wonder. Dit veranderingspatroon werd niet gevonden bij patiënten zonder subcorticale laesies. Al is de hier onderzochte groep te klein om dit specifieke patroon te kunnen veralgemeniseren, toch is er bij patiënten met subcorticale laesies een duidelijke trend aanwezig in de richting van het gaan hanteren van ineffektieve coping styles. Problematische coping styles bij ms-patiënten zijn herhaaldelijk beschreven als reactief (Shontz 1956; Bolding 1960; Hartings e.a. 1976; Pavlou e.a. 1978). Ons onderzoek geeft evenwel aan dat ineffektieve coping bij het voortschrijden van de ziekte een samenspel kan zijn van toenemende draaglast bij afnemende mentale draagkracht.

Literatuur

- Baldwin, M.V. (1952), A clinico-experimental investigation into the psychological aspects of multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 229-342.
- Baretz, R.M., en G.R. Stephenson (1981), Emotional responses to multiple sclerosis. *Psychosomatics*, 22, 117-127.
- Bastiaans, J. (1978), *Psychosomatische Aspecten van Multipele Sclerose*. Intern verslag, Rijksuniversiteit Leiden.
- Beatty, P.A., en J.G. Gange (1977), Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 42-50.
- Boelens, W., H. Land en C.N. Tromp (1976), *De Stroop Kleurwoord-test: Enige Normeringsgegevens*. Intern verslag, Rijksuniversiteit Groningen.
- Bolding, H. (1960), Therapeutic aspects in the management of patients with multiple sclerosis. *Disease of the Nervous System*, 21, 24-26.
- Bottenberg, E.H., M. Lurati, J. Lützenkirchen en W. Grüniger (1975), Multipele Sklerose und Stimmungslage. *Archiven für Psychiatrische und Nervenkrankheiten*, 220, 27-36.
- Bouma, J.M., en J. Lindeboom (1981), *Klinische Neuropsychologische Assessment. Een Handleiding voor de Praktijk*. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Braceland, F.J., en M.E. Giffin (1950), The mental change associated with multiple sclerosis. *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 28, 450-453.
- Brain, W. Russel (1930), Critical review: disseminated sclerosis. *Quarterly Journal of Medicine*, 23, 343-349.
- Brickner, R.H., en D.J. Simmons (1950), Emotional stress in relation to attacks of multiple sclerosis. *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 28, 237-245.
- Caplan, L.R., en T. Nadelson (1980), Multiple sclerosis and hysteria. *Journal of the American Medical Association*, 243, 2418-2421.
- Caliezi, J.M. (1981), Multipele Sklerose – ein depressives Krankheitssyndrom? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 27, 168-179.
- Day, M., E. Day en R. Herrmann (1952), Grouptherapy of patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 67, 193-196.
- Dongen, H.R. van, F. van Harskamp, F.W. Verhey-Stol en F. Luteyn (1974), Afasie-onderzoek met de Tokentest, enige psychometrische kenmerken van een verkorte vorm. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 28, 633-647.
- Ebel, R.L. (1951), Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*, 16, 407-424.
- Engel, G.L. (1968), A life setting conducive to illness: The giving up - given up complex. *Annals of Internal Medicine*, 69, 293-296.
- Ewijk, W. van (1979), Multipele sclerose, de persoonlijkheidsstructuur, euphorie en de invloed van emotionele gebeurtenissen op het ontstaan en beloop van aandoeningen. *Multipele Sclerose Research Mededelingen*, 12, 368-376.
- Feij, J.A. (1978), *Temperament. Onderzoek naar de betekenis van Extraversie, Emotionaliteit, Impulsiviteit en Spanningsbehoefte*. Proefschrift. Academische Pers, Amsterdam.
- Galineck, A., en B. Kalinowsky (1958), Psychiatric aspects of multiple sclerosis.

- Diseases of the Nervous System*, 19, 77-80.
- Goldstein, G., en C.H. Shelly (1974), Neuropsychological diagnosis of multiple sclerosis in a neuropsychiatric setting. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 158, 280-290.
- Grinker, R.R., C.G. Ham en F.P. Robbins (1950), Some psychodynamic factors in multiple sclerosis. *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases*, 28, 456-463.
- Groen, J.J., J.J.G. Prick en J. Bastiaans (1967), *De Betekenis van Persoonlijkheid en Conflictsituaties voor het Ontstaan, het Beloop en de Behandeling van Multipole Sclerose*. De Erven Bohn, Haarlem.
- Harrower, M.R., en J. Kraus (1951), Psychological studies on patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 66, 44-57.
- Hartings, M., M. Pavlou en F.A. Davis (1976), Group counseling in a program of comprehensive care. *Journal of Chronic Diseases*, 29, 65-73.
- Ivnik, R.J. (1978), Neuropsychological stability in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 913-923.
- Jambor, K.L. (1969), Cognitive functioning in multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry*, 11, 765-775.
- Kurtzke, J.F. (1970), On the evaluation of disability in multiple sclerosis. *Diseases of the Nervous System*, 31, 161-169.
- Langworthy, O.R. (1948), Relation of personality problems to onset and progress of multiple sclerosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 59, 13-28.
- Langworthy, O.R., en D. Le Grand (1952), Personality structure and psychotherapy in multiple sclerosis. *American Journal of Medicine*, 3, 586-592.
- Lipowski, Z.J. (1970), Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatric Medicine*, 1, 91-102.
- Meital, V., S. Meyerowitz en G.L. Engel (1970), The role of psychological process in a somatic disorder: multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 32, 67-86.
- Menting-Lorencova, L. (1971), *Onderzoek naar Normering van Geheugentests*. Intern verslag, Rijksuniversiteit Groningen.
- Pavlou, M., M. Hartings en F.A. Davis (1978), Discussion groups for medical patients. A vehicle to improved coping. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30.
- Peyser, J.M., K.R. Edwards en C.M. Poser (1980a), Psychological profiles in patients with multiple sclerosis. A preliminary investigation. *Archives of Neurology*, 37, 437-440.
- Peyser, J.M., K.R. Edwards, C.M. Poser en S.B. Fliskov (1980b), Cognitive function in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 37, 577-579.
- Philippopoulos, G.S., E.D. Wittkower en M.A. Cousineau (1958), The etiologic significance of emotional factors in onset and exacerbations of multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 20, 458-479.
- Pratt, R.T.C. (1951), An investigation of the psychiatric aspects of disseminated sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 19, 326-335.
- Reitan, R.M., J.C. Reeden en M.L. Dyken (1971), Cognitive psychomotor and motor correlates of multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 218-224.
- Shontz, F.C. (1956), Some psychological problems of patients with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 37, 218-220.

- Surridge, D. (1969), An investigation into some psychiatric aspects of multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 749-764.
- Thygesen, P. (1953), *The Course of Disseminated Sclerosis (105 Attacks)*. Rosenkilde and Bagger, Copenhagen.
- Wilson, S.A.K., en S.S. Cottrell (1926), The affective symptomatology of disseminated sclerosis, *Journal of Neurology and Psychopathology*, 7, 1-30.
- Wright, B.A. (1960), *Physical Disability. A psychological Approach*. Harper and Row, New York.

Dankbetuiging

Met dank aan prof. dr. A.P. Cassee, drs. A. Bouma, drs. M. van Es, drs. Teeuw-Hubers, drs. W. van Ewijk.