

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
22e jaargang nr.4, juli-augustus 2006  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268



**tijdschrift van het**

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS  
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

**en het**

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM  
RUSTENBURG BRUGGE**

## Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)  
Dr. Chris Bervoets, psychiater  
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut  
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg  
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg  
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Vormgeving en druk

Geert Daelman

### Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Ontwerp omslag

Ludo Goderis

### Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Correspondentie



**PZ Onze-Lieve-Vrouw**  
Koning Albert I-laan 8  
8200 Brugge  
info@olv.gzjbj.be  
www.pzol.v.be  
tel. 050-30 18 00  
fax 050-30 18 01



**PTC Rustenburg**  
Oude Oostendesteenweg 43  
8000 Brugge  
rustenburg@rb.gzjbj.be  
www.ptcrustenburg.be  
tel. 050-31 81 65  
fax 050-31 08 99

# 500 RUSTENBURGPATIËNTEN VOLGENS MILLON (MCMI)

*Jan Dumery*  
*Psycholoog-psychotherapeut*  
*PTC RUSTENBURG*

— Bij opname wordt bij alle patiënten in het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg de MCMI van Millon afgenomen. De Millon Clinical Multiaxial Inventory (1982) is een vragenlijst die gebaseerd is op zelfrapportage en die bestaat uit 175 items die aangepast zijn aan de DSM-III (Millon, 1981). De testafname duurt 20 à 30 minuten. Deze zelfbeoordelvragenlijst bestrijkt de persoonlijkheidsstoornissen en bevat eveneens negen psychiatrische symptoomschalen en antwoordattitude- en validiteitsschalen. Er zijn 21 schalen geoperationaliseerd in de genoemde 175 vragen. Onderzoek op de validiteit en betrouwbaarheid van de MCMI door Reich (1987) wijst er op dat de MCMI over goede psychometrische kwaliteiten beschikt.

In tegenstelling tot de DSM hanteert Millon een dimensionele opvatting over persoonlijkheidspathologie: de patiënt vertoont persoonlijkheidskenmerken in meerdere of

mindere mate. De DSM-III gaat uit van een categoriale benadering: de patiënt heeft wel of geen persoonlijkheidsstoornis.

Louter om pragmatische redenen wordt in het PTC Rustenburg gebruik gemaakt van de MCMI (eigen computerversie) en niet van de MCMI-II, een revisie in 1987, noch van de MCMI-III, een aanpassing door Millon in 1994. We zijn er ons van bewust heel wat ontwikkelingen en studies omtrent de MCMI, voornamelijk gestuurd vanuit de V.U.B. achterna te lopen. Anderzijds biedt het materiaal, naast de gegevens over de patiënten, eveneens een herinnering aan een “oude” vragenlijst.

## — 1. Gemiddelde score (n=500)

De systematische afname van de MCMI in het PTC Rustenburg is gestart in augustus 2003. In maart 2006 registreerden we de 500<sup>ste</sup> afname. De gemiddelde samenvatten-

de notatie voor deze 500 afnamen is:

<b>328'17465</b>	<b>C'SP</b>	<b>AD''H'BTN</b>	<b>CCSSPP</b>	<b>(26'41'')</b>
------------------	-------------	------------------	---------------	------------------

Bij de persoonlijkheidsstoornissen krijgen we gemiddeld een samenvattende notatie van **328'17465**. Dit betekent dat de **ontwijkende stijl (schaal 2 =83)**, de **afhankelijke stijl (schaal 3 =83)** en de **passief-agressieve stijl (schaal 8 =80)** gemiddeld over de 500 patiënten significant hoog scoren (boven score 75). De gemiddelde afnametijd bedraagt 26 minuten. In tabel 1 wordt een summier beschrijving van deze persoonlijkheidsstijlen gegeven.

De niet significante schalen van de persoonlijkheidsstijlen zijn schizoid (schaal 1 =69), compulsief (schaal 7 =55), histrionisch (schaal 4 =42), gevolgd door antisociaal (schaal 6 =40) en narcistisch (schaal 5 =39).

Voor de bijkomende schalen (schizotypale, borderline en paranoïde schaal) is het alleen de **borderlineschaal** die significant scoort (C=79): **C'SP**. Borderline wordt (summier) omschreven als het hebben van intense inwendige

stemmingen (neerslachtigheid en apathie afgewisseld met kwaadheid, angst en euforie); een zelfveroordelend geweten (automutilatie en suïcidedgedachten); afhankelijkheids- en scheidingsangst; cognitief-affectieve ambivalentie (gelijktijdig ervaren van liefde, razernij en schuld).

Bij de klinische syndromen scoren **angst (A=100)** en **dysthymie (D=96)** zeer hoog (**AD''**), gevolgd door de **somatoforme stoornissen (H=81)** die hoog scoort (**H'**). De schalen hypomanie (N=43), alcohol (B=73) en drugabuses (T=51) scoren niet significant.

Bij de ernstige psychotische afwijkingen is geen enkele van de schalen (**CCSSPP**) verhoogd: psychotisch denken (SS=68), psychotische depressie (CC=69) en psychotische delusies of wanen (PP=61). We krijgen een bevestiging van het neurotisch profiel van de doelgroep van het PTC Rustenburg.

Ontwijkend (schaal 2): actieve afzijdigheid van het sociaal contact; te veel wantrouwen van de anderen; overgevoelig zijn voor verwerping en afkeuring; ze hebben een lage zelfwaardering en niettegenstaande het actief ontwijkinggedrag lijden ze onder hun eenzaamheid en isolatie; ze twifelen aan zichzelf om zich competitief op te stellen en door hun zelfdepreciatie komen ze niet tot autonoom handelen.

Afhankelijk (schaal 3): gebrek aan zelfvertrouwen, doen zich liever niet gelden en zijn coöperatief en berustend; ze vermijden de aandacht op zich te vestigen en hebben eerder een afschuw van grote sociale groepen; in stresssituaties klampen ze zich vast aan anderen; via zelfdepreciatie wordt sympathie bekomen; ze leggen hun lot in de handen van anderen en verbergen daarmee hun eigen individualiteit. Onder het uiterlijk gedwee gedrag gaan gevoelens schuil van leegte en de vrees alleen gelaten te worden.

Passief-agressief (schaal 8): conflict tussen onderdanigheid en zelfstandigheidsdrang wat merkbaar is in een zeer wisselvallig en onvoorspelbaar gedrag; ze hebben een ontevreden zelfbeeld, zijn vlug geprikkeld en kwaad; ze zijn soms radeloos of weerspannig en haatdragend naar anderen toe; het conflict tussen coöperatie met anderen of verzet ten aanzien van anderen wordt openlijk uitgeleefd.

*Tabel 1: summere beschrijving van schaal 2, 3 en 8.*

## — 2. Gemiddelde scores mannen – vrouwen

De samenvattende notatie is voor mannen en vrouwen omzeggens gelijk (Tabel 2). Bij de mannen is de passief agressieve schaal (schaal 8 =82), de ontwijkende schaal (schaal 2 =82) en de afhankelijke schaal (schaal 3 =80) significant. Bij de vrouwen is het de afhankelijke (schaal 3 =84), de ontwijkende (schaal 2 =83) en de passief agressieve schaal (schaal 8 =78).

Er is wel een verschil bij de bijkomende schalen: **bij de mannen scoort de borderlineschaal net niet significant (C=74), bij de vrouwen**

**wel (C=82)**. De notatie voor de schalen die wijzen naar de klinische syndromen is gemiddeld gelijk: bij mannen en vrouwen scoren dysthymie en angst gemiddeld zeer significant (scores boven 85), gevolgd door de somatoforme stoornissen (score vanaf 75). Wel zijn de scores bij de vrouwen gemiddeld hoger. Bij de mannen scoren significant: angst (A=97), dysthymie (D=92) en somatoforme stoornissen (H=75). Bij de vrouwen: angst (A=102), dysthymie (D=98) en somatoform (H=84).

Mannen	823'17465	CSP	AD'H'BTN	CCSSPP	n=192
Vrouwen	328'17654	C'SP	AD'H'BTN	CCSSPP	n=308

Tabel 2: samenvattende notatie voor mannen en vrouwen (08.2003-03.2006)



## — 3. Gemiddelde scores per paviljoen

In het PTC Rustenburg zijn er vier teams verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënten: aan elk team is “een paviljoen” toegewezen. Deze ruimtelijke indeling gaat terug op de vroegere paviljoenen, heden geïntegreerd in een nieuw complex. Voor volwassen patiënten zijn er paviljoen 1 met ondersteunende individuele psychotherapie en paviljoen 2 met (psychodynamische)

groepspsychotherapie. Voor de jongvolwassenen zijn er twee paviljoenen met (psychoanalytische) groepspsychotherapie: paviljoen 3.1. en paviljoen 3.2.

Een eerste bevinding is dat bij de MCMi van Millon de **samenvattende notatie voor paviljoenen 1 en 2 omzeggens gelijk is: 328'176..** (Tabel 3). Het betreft de afhankelijke,

de ontwijkende en de passief-agressieve schaal. Daarenboven is de notatie voor de drie bijkomende schalen gelijk: voor beide paviljoenen de notatie C'SP (Borderline (C), schizotypaal (S) en paranoïd (P), waarbij de borderlineschaal significant scoort). Tevens is er een gelijke notatie voor de klinische syndromen. De scores voor de ernstige psychotische afwijkingen is niet significant (SSCCPP;CCSSPP).

De **samenvattende notatie voor de paviljoenen voor jongvolwassenen (3.1. en 3.2) wijst (gemiddeld) op een aantal schalen die meer pathologisch zijn dan bij de paviljoenen 1 en 2.** Bij paviljoenen 1 en 2 zijn er geen scores op de persoonlijkheidsstijlen die hoger scoren dan 85. Bij paviljoen 3.1. is er de ontwijkende (schaal 2 =88) en de passief-agressieve persoonlijkheidsstijl (schaal 8 =85) die significant scoren. Voor paviljoen 3.2. is er de passief-agressieve schaal (schaal 8 =86).

Paviljoen 1	= 328'17654	C'SP	AD''H'BTN SSCCPP	n=185
Paviljoen 2	= 328'17645	C'SP	AD''H'BTN CCSSPP	n=148
Paviljoen 3.1.	= <b>28''3'</b> 17465	C'SP	AD''H'BTN CCSSPP	n=82
Paviljoen 3.2.	= <b>8''32'</b> 14756	C'SP	AD''HB'TN CCSSPP	n=85

Tabel 3: gemiddelde samenvattende notatie per paviljoen (08.2003-03.2006)



#### \_\_\_ 4. Vroeger en nu: bijna 1000 Rustenburgpatiënten volgens Millon

Voor 08.2003 vonden er **458 afnamen** plaats tussen 1993 en 2003. De gemiddelde samenvattende notatie verschilt niet significant:

**1993-2003: 238'17645 C'SP AD''H'BTN SSCCPP (458 afnames)**  
**2003-2006: 328'17465 C'SP AD''H'BTN CCSSPP (500 afnames)**

De samenvattende notatie voor paviljoen 1 kan niet echt vergeleken worden aangezien het gemiddelde van voor 2003 slechts op 14 protocollen berust.

Voor paviljoen 2 scoort de passief-agressieve schaal heden wel significant en “vroeger” niet. Paviljoen 3.1. scoort gemiddeld hoger (dan vroeger) voor de schalen ontwijkend en passief-agressief (voorheen was de gemiddelde score niet boven 85). Bij paviljoen 3.2. scoren de passief-

agressieve schaal (voorheen geen score boven 85) én de borderlineschaal gemiddeld hoger dan vroeger. Opnieuw de bevinding omtrent **een evolutie naar meer pathologie bij de paviljoenen voor de jongvolwassenen.**

1993-2003	Paviljoen 2	=32'817654	C'SP	AD'H'BTN	SSCCPP	n=115
2003-2006	Paviljoen 2	=328'17645	C'SP	AD'H'BTN	CCSSPP	n=148
1993-2003	Paviljoen 3.1.	=283'17465	C'SP	AD'H'BTN	CCSSPP	n=220
2003-2006	Paviljoen 3.1.	= <b>28</b> '3'17465	C'SP	AD'H'BTN	CCSSPP	n=82
1993-2003	Paviljoen 3.2.	=238'17465	CSP	AD'H'BTN	SSCCPP	n=109
2003-2006	Paviljoen 3.2.	= <b>8</b> '32'14756	<b>C'SP</b>	AD'HB'TN	CCSSPP	n=85

Tabel 4: gemiddelde samenvattende notatie per paviljoen voor de periodes 1993-2003 en 2003-2006



## — 5. Besluit

De analyse van de resultaten van de MCMI van Millon geeft aan dat de populatie van het PTC Rustenburg van 2003-2006 (n=500) gemiddeld hoog scoort op de persoonlijkheidsstijlen: **ontwijkende, afhankelijke, passief-agressieve stijl en de borderline-persoonlijkheidskenmerken.** Bij een vergelijking met de periode van 1993-2003 (n=458) en 2003- 2006 is er gemiddeld beschouwd geen verandering in de patiëntenpopulatie. Wel is de passief-agressieve schaal heden gemiddeld

significant hoog in het paviljoen met psychoanalytische groepspsychotherapie voor volwassenen, wat “voorheen” niet het geval was. Bij de klinische syndromen scoren **angst en dysthymie** zeer hoog, en is er een hoge score voor de **somatoforme stoornissen.** In de doelgroep van 2003-2006 zijn er weinig verschillen in persoonlijkheidsstijl bij vrouwelijke en mannelijke patiëntensteekproef. Bij de vrouwen scoort de borderlineschaal significant hoog, bij de mannen niet.

**De samenvattende notatie voor de paviljoenen voor jongvolwassenen wijst (gemiddeld) op twee schalen die meer pathologisch zijn dan bij de paviljoenen voor volwassenen:** de ontwijkende (paviljoen 3.1.) en de passief-agressieve persoonlijkheids-

stijl (paviljoen 3.1. en 3.2.) scoren zeer hoog. Ook een vergelijking in de tijd binnen de steekproef jongvolwassenen geeft **een evolutie naar meer pathologie bij de jongvolwassenen.**



## 6. Bibliografie

Millon, T. (1981). Disorders of Personality: DSM-III axis II.

Millon, T. (1982). Millon Clinical Mutiaxial Inventory (MCMI).

Ouwersloot, G., Van Den Brink W. & Diekstra R.F.W (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen: een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. Tijdschrift voor Psychiatrie, 8, C.A.L. Hoogduin.

Reich, J.H. (1987). Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R Personality Disorders. Journal of Personality Disorders 1.

<http://psychologie.srs.be/studiemateriaal/tweede%20licentie/@eerste%20semester/capita%20selecta/2002-2003/Normaalversusgestoord2.doc>.



# DE PUNAISE VAN CLAPARÈDE

*Jacques Dutrie*  
*Klinisch Psycholoog*  
*PTC RUSTENBURG*

—In ieder overzichtsartikel over het “impliciet geheugen” mag de proef van de Zwitserse psychiater Eduard Claparède (1911) niet ontbreken. Hij werkte in een kliniek waar veel patiënten met geheugenverlies werden verpleegd. Hij was gewoon iedere ochtend zijn ronde over de zalen te maken en zijn patiënten een hand te geven. Bij een Korsakoff patiënte verborg hij, voor het handenschudden, een punaise in zijn handpalm. De vrouw prikte zich en trok geschrokken haar hand terug. De volgende ochtend stak Claparède opnieuw zijn hand uit, maar nu weigerde de vrouw hem een hand te geven. Ze kon niet aangeven waarom ze dat niet wilde, ze herkende Claparède zelfs niet, toch was de herinnering aan de prik kennelijk opgeslagen. Verder merkte Claparède op dat dezelfde patiënte zich de indeling van de inrichting, waar ze al zes jaar verbleef, niet bewust kon herinneren. Als haar werd gevraagd hoe je naar het toilet of de eetzaal moest, kon ze dat niet zeggen. Maar als ze naar één van die plekken toe wilde, liep ze er direct naar toe zonder te verdwalen.

Beide verschijnselen werden echter als een curiosum gezien, een soort anomalie die niet strookte met de wetenschappelijke opvattingen over tot wat amnesiepatiënten in staat waren. Nochtans was er een theoretische onderbouw mogelijk geweest voor bovengenoemde vaststellingen. In 1896 maakte de bekende Franse filosoof Henri Bergson in zijn boek “Matière et mémoire” een onderscheid tussen twee geheugensystemen. Enerzijds de bewuste herinnering aan het verleden (la mémoire souvenir) en anderzijds de aangeleerde gewoonten die ons gedrag onbewust beïnvloeden (la

mémoire habitude). Maar veel experimenteel psychologen wilden het idee van één enkel geheugensysteem niet verlaten.

Veel onderzoeksgegevens echter noopten ertoe verschillende geheugensystemen te veronderstellen. Eerst werd het korte-termijn-geheugen (tegenwoordig “werkgeheugen” genoemd) onderscheiden van het lange-termijn-geheugen. Vervolgens werd door Tulving (1972) het lange-termijn-geheugen onderverdeeld in twee subsystemen, te weten het semantisch geheugen (geheugen voor feiten, algemene kennis) en het

episodisch geheugen (het geheugen voor gebeurtenissen). En vooral experimenten met amnesiepatiënten gaven aanleiding om binnen het lange-termijn-geheugen een nieuwe onderverdeling te maken. Daniël Schacter stelde in 1987 voor een onderscheid te maken tussen een expliciet LTG (bewust toegankelijke kennis) en een impliciet LTG (niet-bewust toegankelijke kennis en vaardigheden). Bij het impliciet geheugen gaat het om vaardigheden die je kunt of kennis die je hebt, maar waarvan je moeilijk kunt uitleggen hoe je het precies doet of waarom je het weet.

Impliciet geheugen is tegenwoordig een overkoepelende term die meerdere vormen van leren en geheugen omvat.

*Gazzaniga (2002) onderscheidt vier vormen van impliciet geheugen:*

**1). Procedurele geheugen:** heeft betrekking op het aanleren van motorische vaardigheden als leren fietsen, schrijven, typen, puzzels oplossen en cognitieve vaardigheden als leren lezen. Je moet ervan gebruik maken om “te weten hoe” je die dingen moet doen. Vertel maar eens aan iemand hoe je fietst of hoe je iets leest. Het procedurele geheugen bevat dus informatie dat alleen via taakverrichting tot uiting komt en niet bewust kan worden. Dit geheugen verklaart waarom de

patiënte van Claparède de weg kon vinden in de inrichting waar ze jarenlang verbleef. Ook de meest beroemde en geteste amnesiepatiënt H.M. maakte zich na een tijdje de routes in de kliniek eigen. Zo is het ook niet verwonderlijk dat Alzheimerpatiënten met een aangetast episodisch geheugen wel nog in staat zijn tot fietsen, muziek spelen en zelfs kaarten (de spelregels zijn impliciet aanwezig). Parkinson- en Huntington dementen daarentegen presteren op procedurele geheugentaken ver onder het normale niveau, terwijl hun episodisch geheugen nagenoeg intact is. Dit is begrijpelijk als men weet dat vooral de basale ganglia belangrijk zijn voor procedureel leren.

**2.) Klassieke conditionering:** (associatief leren) : het prototype hiervan is natuurlijk de hond van Pavlov die leerde kwijlen (CR, geconditioneerde reactie) bij het horen van een bel (CS, geconditioneerde stimulus). De hond leerde dat een CS het optreden van de OS (onconditioneerde stimulus) (voedsel) voorspelt en daardoor reeds op de CS reageert met een respons (kwijlen) die aanvankelijk voor de OS bedoeld was. De hond heeft onbewust een associatie gelegd tussen de OS en de CS. Daarom noemt men dit ook associatief leren. Een Pavloviaanse angstconditionering komt tot stand doordat er een koppeling plaats vindt

tussen een aversieve ongeconditioneerde stimulus (zoals een elektrische schok) en een tweede neutrale stimulus (meestal een toon). De punaise van Claparède vindt hier zijn verklaring. De punaise is de aversieve stimulus (zoals de schok) en de uitgestrekte hand van Claparède is de neutrale stimulus (zoals de toon). Le Doux toonde aan dat bij angstconditionering de amygdala een centrale rol speelt en ook het cerebellum zou erbij betrokken zijn. En zou de veel voorkomende tandartsfobie ook hier niet zijn oorsprong vinden? Ook het zien van de witte jas van de dokter of verpleegkundige kan door een aversieve conditioning een vreesreactie uitlokken bij de patiënt.

### **3). Habituatie en sensitisatie (niet-associatief leren):**

dit zijn elementaire vormen van leren die niet gebaseerd zijn op een associatie tussen stimuli; hier zijn er geen twee maar is slechts één stimulus in het spel.

**Habituatie:** is een elementaire vorm van leren waarbij tengevolge van herhaalde aanbieding van een stimulus de respons erop wordt verzwakt. Wie bijvoorbeeld verhuist in de nabijheid van een station zal in het begin 's nachts uit zijn slaap worden gehouden door de geluiden van de langskomende treinen, maar zal er na een tijd geen last meer van hebben.

In New-York werd er een spoorwegbrug afgebroken en vanaf dat moment schrikken veel bewoners 's nachts op gezette tijden wakker. Waarom? Omdat ze het geluid van de voorbijrazende trein missen. Thuis sla je ook geen acht op het geluid van de staande klok, totdat ze stil valt.

**Sensitisatie (sensibilisatie):** is een elementaire vorm van leren waarbij ten gevolge van aanbidding van een zeer intense stimulus (zoals een harde toon of elektrische schok) de respons op een milde prikkel juist wordt versterkt. Als men de zeeslak *aplysia* (een simpel weekdier met een eenvoudig zenuwstelsel) een pijnlijke prik toedient, trekt hij zich terug. Een aantal keren pijnlijk stimuleren leidt er uiteindelijk toe dat de *aplysia* zich bij heel geringe stimulatie al terugtrekt. Toen Eric Kandel in 1962 met dergelijke proeven met de *aplysia* begon om het geheugen te ontrafelen, werd hij weggehoond. Maar zijn zeeslakkenonderzoek leverde hem wel in 2000 de Nobelprijs geneeskunde op. Hij toonde aan dat het leervermogen bij verschillende organismen uiteindelijk gebaseerd is op plastische veranderingen ter hoogte van de synaptische contacten.

**4). Priming:** houdt de verbetering van prestatie in met betrekking tot informatie die iemand eerder verwerkt heeft zonder

naar deze eerdere informatie-  
verwerking te hoeven verwijzen. Er  
wordt dus bepaalde informatie in het  
geheugen geactiveerd zonder dat men  
zich daar van bewust is. Een klassieke  
proef hierbij is de woordstam-  
aanvullingstaak. In deze taak krijgen  
proefpersonen een lijst woorden te  
horen (zoals MOTEL) (prime-stimuli  
genoemd) in een context waarbij ze  
niet de instructie krijgen die woorden  
te onthouden. De opdracht daarbij luidt  
bijvoorbeeld om na te gaan of men  
deze woorden positief of negatief  
ervaart. Vervolgens wordt na enige tijd  
het eerste gedeelte van een woord  
(zoals de stam MOT) getoond als  
testwoord. De helft van de teststimuli  
correspondeert met de eerder  
aangeboden lijst, de andere helft niet.  
De opdracht is nu om het eerste  
woord dat in hen opkomt te zeggen  
voor elke woordstam. Proefpersonen  
blijken hierbij vaker woorden te kiezen  
die deel uitmaken van de tevoren  
gepresenteerde lijst, dan andere  
woorden. Die effecten zijn zelfs na  
weken nog vaststelbaar. Zelfs bij  
amnesiepatiënten trad er na een week  
evenveel priming op als na een uur.  
Het is dus niet de bewuste herinnering  
aan de woorden die verantwoordelijk  
is voor de priming bij de woord-  
stamaanvullingstest. Bij deze en  
gelijkaardige proeven speelt een  
perceptueel representatiesysteem  
(PRS) een sleutelrol.

Naast een perceptueel priming-  
effect dat van de PRS afhankelijk is,  
bestaat er ook een conceptueel  
priming-effect dat van het semantisch  
geheugen afhankelijk is. Een proef met  
amnesiepatiënten illustreert het  
laatstgenoemde. Als men  
amnesiepatiënten vraagt wat de  
betekenis is van de zin “De hooiberg  
was belangrijk omdat het doek  
scheurde” zijn ze het antwoord  
schuldig. Als men hen de oplossing  
“parachute” geeft, wordt die vreemde  
zin plotseling begrijpelijk. Als men hen  
dezelfde zin uren of zelfs dagen later  
voorlegde, kwamen ze moeiteloos zelf  
op de oplossing. Toch zeiden velen dat  
ze noch de zin noch de oplossing ooit  
eerder hadden gehoord, maar dat de  
zin domweg gemakkelijk te begrijpen  
was. Dit effect kan alleen optreden als  
ze begrijpen wat het verband is tussen  
het kritieke woord en de hele zin, het  
is dus een conceptueel priming-effect.

De priming-techniek is een  
geliefkoosd onderzoeksdomein  
geworden bij de sociaal-psychologen.  
Het is een gangbare manier om de  
hersenen van de proefpersonen als het  
ware “in de grondverf” te zetten om  
een enigszins voorspelbare reactie uit  
te lokken. Het is een kwestie van  
onbewuste associaties tussen gevoel,  
gedachte en gedrag. De Amerikaanse  
psycholoog John Bargh toonde  
bijvoorbeeld aan hoe taalgebruik  
(prime-stimulus) ons gedrag kan

beïnvloeden. Hij activeerde het stereotiepe beeld van “bejaarde” door proefpersonen zinnen te laten maken met woorden als bloemetjesjurk, rollator en vergeetachtig. Andere proefpersonen kregen dezelfde opdracht maar met woorden die niet naar bejaard verwezen (jurk, auto, vergissing). Na afloop van de test werd gemeten hoeveel tijd de proefpersonen nodig hadden om van het proeflokaal naar de lift te lopen. De “rollatorgroep” liep beduidend langzamer. Kennelijk was bij hen met succes informatie in het hoofd geactiveerd die “oud” in verband brengt met langzaam lopen, zonder dat ze zich daar van bewust zijn.

Wat alle vormen van impliciet geheugen gemeen hebben, is dat zij beroep doen op subcorticale gebieden, alleen conceptuele priming vindt in de cortex plaats. Dit verklaart het automatische en onbewuste karakter van het impliciet geheugen. Vermits die neuronale structuren intact zijn bij amnesiepatiënten, in tegenstelling tot de mediotemporale gebieden die nodig zijn voor het expliciet geheugen, beschikken ze dus nog steeds over een bepaald leervermogen, in casu impliciet leren.

Het meeste onderzoek over het impliciet geheugen gebeurt nog binnen een experimenteel kader. Toch komen er steeds meer klinische toepassingen.

Zo is er reeds impliciet geheugen-onderzoek bij de vroegdiagnostiek van dementie. Schacter ontwikkelde voor amnesiepatiënten de methode van de verdwijnende cues om nieuwe woorden aan te leren (afgeleid van het priming-effect bij de woordstam-aanvullingstest). Die methode is door Wilson en Baddeley verder verfijnd en verbeterd tot de foutloze trainingstechniek, die tegenwoordig tot het basispakket van neuropsychologische revalidatie bij hersengestoorde patiënten behoort. Eerdergenoemde Eric Kandel (een Weense jood die uit Oostenrijk werd verdreven in 1938 zoals zijn lotgenoot Freud) heeft meerdere publicaties gewijd aan de wenselijkheid dat de psychoanalyse contact zoekt met de neurobiologie en de cognitieve wetenschappen. Het is de taak van de psychoanalyse om de door de biologie aangedragen bevindingen zo dynamisch mogelijk te conceptualiseren. In het Nederlandstalige gebied is het vooral Antonie Ladani die hiermee een aanvang heeft gemaakt. Hij heeft het impliciet geheugen op een creatieve manier een plaats gegeven binnen de psychoanalyse. Hechtingsgedrag brengt hij in verband met een impliciet levensscenario.

Als men beschuldigd wordt van plagiaat kan men zich verschuilen achter cryptomnesie (onopzettelijk plagiaat), wat een soort priming is;

voor alle veiligheid zal ik toch maar mijn geraadpleegde bronnen vermelden.

Een mooi voorbeeld van cryptomnesie overkwam Freud. Toen hij zijn vriend Wilhelm Fliess een belangrijk nieuw inzicht onthulde, namelijk dat elke mens in wezen biseksueel is, verwachtte hij dat Fliess verstoeld zou staan. In plaats daarvan herinnerde Fliess Freud eraan dat hijzelf twee jaar eerder precies hetzelfde had ontdekt en dat hij Freud

er alles over had verteld, waarop Freud het idee verworpen had. Tenslotte herinnerde Freud zich het incident van twee jaar eerder en merkte hij op dat “het pijnlijk is om je originaliteit op deze manier ondergraven te zien”. Zo zie je tot wat priming in het dagelijks leven in staat is.

En hopelijk heeft het lezen van de laatste tekst met biseksueel als prime-stimulus niet een gedragseffect zoals bij de rollatorgroep.

## **Bibliografie:**

- Andreasen, N., Schitterend nieuw brein. Uitgeverij Nieuwerzijds, 2002  
Johnson, S., Op reis door je brein. Roularta Books, 2004  
Kandel, E., Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. Am. J. Psychiatry, 156, 505-524, april 1999  
Kok, A., Het hiërarchisch brein. Van Gorcum, 2004  
Ladan, A., Het wandelend hoofd. Boom, 2000  
Ladan, A., Enkele opmerkingen over het geheugen. Tijdschrift voor Psychoanalyse, 12 (2006), 2.  
Linden, M. van den, Hersenen en gedrag. Boom, 2006  
Schacter, D.L., De kunst van het geheugen. Anthos, 1996  
Spaan, P., Vroegdiagnostiek van dementie. Neuropraxis, 7 (2003), 4  
Wilson, T., Vreemden voor onszelf. Uitgeverij Contact, 2002

