

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Redactioneel

Aan de hand van een casus

Daar waar ik werk – in RIAGG-verband en in eigen praktijk – is er een consensus aan het ontstaan waarvan ik ongemerkt deel ben gaan uitmaken. Er wordt een continuüm geconstrueerd met aan de ene kant de analyse als behandelinstrument en aan de andere kant het toedienen van medicatie, met een kort, steunend contact. Daartussen zijn¹ dan vis-à-visbehandelingen, ook weer openlegendend en meer steunend structurerend, die tweemaal per week, eenmaal per week of eenmaal per veertien dagen plaatsvinden. De duur verschilt ook zeer, waarbij de AWBZ-beperking van negentig maal een rol speelt maar ook het beleid van RIAGG-directies om psychotherapie ‘kort’ te laten duren. De laatste tien jaar is daar – mede omdat de bijwerkingen veel beter in de hand te houden zijn – een toegenomen gebruik van medicatie bijgekomen. Pillen en praten is het fundament aan het worden voor veel van het praktisch therapeutisch handelen. Het is het psychiatrische fundament, dat ook binnen de psychotherapie geaccepteerd aan het raken is. De twee uiterste punten op de lijn van de indicatiestelling worden slechts bij wijze van uitzondering betreden. Een psychoanalyse sensu stricto wordt zelden geïndiceerd en dan nog alleen na een zeer grondig onderzoek. Oosterhuis (1997) neemt hier stelling tegen in een artikel waarvan de radicale aard pas blijkt bij grondige herlezing. In hoeverre de praktijk van ‘slechts medicatie’ wordt toegepast onttrekt zich aan mijn waarneming. Deze vanzelfsprekendheid van pillen en praten begint voor mij te wankelen door een aantal gevallen waarvan ik het psychotherapeutische spoor niet meer goed kon volgen en waarin de patiënt verknoopt raakte in de macht van de pil. Over één volgt hier een beknopt bericht.

Mr. De Vries

Mag ik u voorstellen: Mr. G. de Vries, advocaat, sinds vier jaar vennoot van Lamberts, De Vries & Van der Meer, advocaten, gevestigd in de Randstad. Ik ken hem nu tien jaar. In 1988 kwam hij – hij was toen tweeëndertig jaar oud – bij mij met angst- en panieklachten. Destijds zat hij ziek thuis ‘met een boekje in de hand op de bank, zodat de wereld de huiskamer niet kon binnendringen.’ Af en toe ging hij fietsen. Soms kwamen er huilbuien op die zonder oorzaak leken en niet te stoppen waren. Aanleiding was dat hij direct getuige geweest was van een ongeluk, waarbij een zevenjarig meisje om het leven kwam. Hij was een half jaar daarvoor opnieuw vader geworden en zijn oudere kinderen waren in het stadium dat ze op de stoep aan het spelen waren. Zelf heeft hij toen hij tien was zijn eenjarige zusje verloren door stuipen. De gevolgen daarvan zijn ingrijpend geweest. De

ouders, maar vooral moeder, zijn nooit over het verlies van het kind heen-gekomen. Moeder wordt door hem dooiig genoemd – overbezorgd. Buiten spelen was er na de dood van zusje niet meer bij. Het meest frequente familieuitje was een bezoek aan de begraafplaats. Patiënt heeft met zijn ouders tot op tweeënhalfjarige leeftijd bij oma gewoond. Hij noemde haar oma-ma. Oma had vlak voor zijn geboorte haar man verloren. Zowel voor oma als moeder was hij heel lang het enige lichtstraaltje in een sombere wereld. Toen zijn ouders zelfstandig gingen wonen is de separatie van grootmoeder noch voorbereid noch besproken. In die tijd heeft patiënt zich teruggetrokken en nauwelijks meer gepraat.

Mr. De Vries beschrijft zichzelf als ongelukkig in zijn werk, maar behoorlijk succesvol. Hij krijgt belangrijker klanten dan hij eigenlijk aandurft, maar het blijkt hem te lukken. Zijn beschrijvingen zijn narcistisch gekleurd. Over zijn werk zegt hij bijvoorbeeld: ‘Het is belangrijk, je kunt je klanten maken en breken.’ Hij is getrouwd en zijn vrouw wordt door hem gezien als een koele schoonheid, streng, perfectionistisch, het huwelijk als een zoete gevangenis. Hij is bang ooit uit het goedlopende bedrijf dat het gezin is uitgesloten te worden.

We besloten tot een vis-à-vis therapie, eenmaal per week. De doelstellingen waren niet precies gedefinieerd, maar zijn achteraf goed te reconstrueren. Ten eerste had patiënt hulp nodig om weer de moed te vinden om aan het werk te gaan en ten tweede wilde hij zich minder beroerd en eenzaam voelen. Hij beseftte dat het isolement waarin hij leefde door hemzelf gekozen was op grond van onbewuste motieven. Dit isolement stemde hem somber en uit die constellatie wilde hij ontsnappen. De eerste twee jaren was hij zeer therapietrouw, maar ontevreden. Hij voelde zich wel begrepen, maar had het idee dat de therapie hem niet hielp om aan zijn somberheid te ontsnappen. Hij wilde meer inzicht en meer verandering. Daarop besloten we dat hij onderzocht zou worden met het oog op een eventuele psychoanalyse-indicatie. Bij de psychologische test, toen afgenomen, was een van de conclusies: ‘Sterke ongecontroleerde agressie, met name op oraal niveau: verslinden, kapotmaken, kapotgemaakt worden, bijten. In die zin lopen dreigen en bedreigd worden volledig door elkaar.’ Wegens het gevaar dat patiënt overspoeld zou raken door deze impulsen wordt een psychoanalyse gecontraïndiceerd geacht. Over de therapeut zegt de patiënt dat hij soms de neiging heeft deze te sparen teneinde hem niet te verliezen.

Ik heb patiënt daarna nog zes jaar gezien in een frequentie van eenmaal per week. Veel thema's zijn aan bod geweest, waaronder vooral vijandigheid en angst voor intimiteit. In de overdracht bleek deze door het innemen van een plagerige, ietwat honende, afhankelijkheid. Als patiënt van medewerker op een groot kantoor verandert tot compagnon in een eigen maatschap, krijg ik zijn uitstekende inkomen regelmatig en zorgvuldig gemeld. Patiënt wordt zelfstandiger, maakt zich los van moeder en herontdekt vader in de therapie. De paniekaanvallen verdwijnen en wat overblijft is een

eiland van ingekapselde angst, die blijkt uit keihard werken en een zeer grote gereserveerdheid, zowel tegenover anderen als tegenover de therapeut. Het is alsof verlies van affectie bij voortduring dreigt. De samenwerkingsrelatie blijft goed, maar altijd dreigt het gevaar dat de therapeut als de agressor gezien wordt, die het narcistisch pantser van patiënt kan doorboren.

In augustus '96 loopt de therapie naar het einde. Oude thema's worden nogmaals doorgewerkt, maar ook steken beroerde symptomen de kop op: slapeloosheid, libidoverlies en anhedonie. De beroemde depressieve klacht: 'Ich bin happy aber glücklich bin ich nicht' wordt door patiënt als mopje verteld. De vermoeidheid die door de slapeloosheid komt, die zelf weer slapeloosheid veroorzaakt, dreigt niet alleen de therapie uit te hollen, maar ook de arbeid van patiënt. Een duiding dat de aanstaande separatie van mij daarbij een rol speelt wordt gehoord maar niet in volle breedte aanvaard. Op aandringen van patiënt besluit ik een bevriend psychiater te raadplegen. Deze constateert angst- en depressieve klachten van zodanige aard dat antidepressiva niet zeer geïndiceerd zijn. Twee maanden later verergeren de klachten, met name de angst-/panieklachten, waardoor hij elke nacht wakker schrikt, maar ook overdag toenemend angstig is. Patiënt begint ook af te vallen. Bij een hernieuwd bezoek aan de psychiater wordt een 'depressieve stoornis, recidiverend met een angststoornis NAO' gediagnosticeerd. De psychiater schrijft mijn patiënt het antidepressivum Seroxat voor, in een dosering van 20 mg per dag. Het effect van de medicatie is opmerkelijk. Patiënt beschrijft zich na enkele weken als zorgelozer, lichter. Hij voelt zich veel stabiel, gelijkmatiger, heeft geen angsten meer en slaapt daardoor weer goed. De bijverschijnselen, een wat afgevlakt gevoelsleven en een ejaculatio tarda, neemt hij op de koop toe. De motoriek, die altijd enigszins geremd was, wordt vrijer. Het thema vrouwen, dat – voor zover het niet moeder, grootmoeder of echtgenote betrof – altijd vermeden was, gaat een hoofdrol spelen. Hij verzeilt in een affaire die hem het gevoel geeft vrij te zijn, jeugdig. Patiënt drijft de therapie uit zonder haar werkelijk af te sluiten. Het effect van de therapie wordt gekleineerd door het succes van de medicatie te benadrukken. Hij heeft nu andere zaken aan het hoofd. Een briefje van mij – na een aantal afzeggingen – waarin ik vraag naar de stand van zaken, blijft onbeantwoord. In oktober '96 sluit ik de behandeling met een onbevredigd gevoel af. Ik had wel het idee dat er door ons veel werk verzet was, maar door het missen van de afsluiting ben ik met te veel losse draden blijven zitten. Een afscheid met een handdruk had patiënt zorgvuldig vermeden.

Zes maanden later word ik opgebeld door Mr. De Vries. Hij heeft geen tijd gehad om weer contact met me op te nemen, maar zou nog eens met me willen praten. Dat kan en ik krijg bij me dezelfde man, maar sterk veranderd. Hij is opgehouden met de medicatie, want zijn stemming was definitief verbeterd. Via de huisarts heeft hij bewerkstelligd dat – het beviel

immers zo goed – zijn vrouw dezelfde medicatie voorgeschreven kreeg, in dezelfde dosis als hij. Deze heeft op haar manier wraak genomen. Had patiënt slechts een vluchtige affaire gehad, die allang in een infrequente vriendschap was omgezet, zijn vrouw had het anders aangepakt. Zij had een goede vriend van de familie geholpen bij zijn scheiding. Met deze vriend wilde ze nu ‘een nieuw leven opbouwen’. Pleidooien van patiënt, met name dat hij zonder het te weten naar de manische kant was doorgeschoten toen hij Seroxat gebruikte, werden door haar niet gehoord. Patiënt beschrijft hoe hij nu – alleen op zijn flat, met zijn huwelijk voorgoed of voor lange tijd ontwricht – ‘van een droom in een nachtmerrie terecht is gekomen’. De therapie is weer opgepakt, vooralsnog met een veranderd doel: helpen bij het vinden van de weg in de nieuwe situatie.

Vragen

Ik blijf zitten met een aantal vragen die ik ook de lezer wil voorleggen. Ten eerste natuurlijk of de therapie goed is aangepakt. Daar zijn vragen over te stellen en dat zult u zeker doen. Is de vijandigheid tegenover mij voldoende bewerkt, was die te bewerken? Heb ik me in slaap laten sussen door de lange duur van het contact? Is de rol van vrouwen en de vijandigheid tegenover hen voldoende aan de orde geweest? Waarschijnlijk niet, maar we waren nog niet klaar. Had in verband met deze patiënt niet alleen moeten worden gedacht over een indicatie voor psychoanalyse? Had die ook daadwerkelijk moeten worden uitgevoerd? Missen patiënten niet heel veel als de behandeling aan de voorzichtige kant blijft? Het betoog van Oosterhuis kan ook gezien worden als een pleidooi voor het nemen van meer risico's bij de indicatiestelling. Minstens zo belangrijk zijn de volgende vragen: wat doet de medicatie? Is het het hulpmiddel dat zo langzamerhand zo algemeen aanvaard is dat bij een goede behandeling altijd medicatie moet worden overwogen, of is het toedienen ervan een raadselachtige ingreep met bijwerkingen die niet op de bijsluiter kunnen staan en die vooral liggen in de sfeer van overdracht en tegenoverdracht?

Hans Reijzer

Noot

1. In het kader van deze korte beschouwing laat ik de beschrijving unidimensioneel door het weglaten van andere therapievormen, zoals onder andere groepspsychotherapie en partner-relatietherapie.

Literatuur

Oosterhuis, E. (1997), Indicatie voor psychoanalyse: wie bepaalt de grenzen? *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 3 (4), p. 206-219.