



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De behandeling van een jonge vrouw met depressie, boulimie, kleptomanie en dyspareunie

Wil Meijer*

Samenvatting

In dit artikel wordt een behandeling beschreven van een jonge vrouw met ernstige eetproblemen die tevens leed aan depressie, kleptomanie en dyspareunie. Haar 'narrigheid' bemoeilijkt in eerste instantie een goede therapeutische relatie. Deze tot stand te brengen was dan ook het eerste doel van de behandeling. Daarna is gebruik gemaakt van verschillende directe truc's en technieken, waaronder 'judo', registratieopdrachten en een zelfcontrole-programma. Na behandeling met een anti-depressivum waarvan bekend is dat het ook vermindering van boulimie kan bewerkstelligen werd een behandeling van de andere klachten mogelijk.

Dat over de behandeling van boulimiepatiënten veel en uiteenlopende meningen bestaan blijkt uit de publikaties die in de loop van de tijd in dit tijdschrift en andere directief geïnspireerde literatuur over dit onderwerp is verschenen. Norré en Vandereycken (1989) noemen in een overzicht diverse 'conceptuele modellen' en de daarbij aansluitende behandelingsstrategieën. De lezer/therapeut kan aan de hand van dit overzicht per patiënt bekijken welk 'model' het meest van toepassing is en zijn behandeling hierop baseren. Jansen (1992) verklaart min of meer categorisch het 'verslavingsmodel' van toepassing op boulimie. Zij suggereert dat depressieve verschijnselen die zich bij patiënten met deze stoornis voordoen secundair aan de boulimie optreden. Over de mogelijke relatie van boulimie met identiteitsmoeilijkheden, persoonlijkheidskenmerken, psychotraumatische ervaringen en dergelijke laat zij zich niet uit, wat uit haar standpunt ook niet nodig is: met haar op het verslavingsmodel gebaseerde behandeling bereikt zij immers een succespercentage van honderd.

In dit artikel wordt de behandeling beschreven van een niet zo coöperatieve jonge vrouw met depressie, boulimie, kleptomanie en dyspareunie. Er is gebruik gemaakt van diverse directe en gedragstherapeutische technieken, zoals registratieopdrachten en zelfcontrole-programma's om tot vermindering van de klachten te komen. Veel aandacht is besteed aan het vinden van een manier om deze patiënte haar klachten zonder gezichtsverlies te doen opgeven. In de behandeling kunnen drie fasen onderscheiden worden. In de eerste fase werd een therapeutische relatie opgebouwd en vond de taxatie plaats. In de tweede fase werd de kleptomanie behandeld. In de derde fase werd aandacht besteed aan de relatieproblemen en de boulimie. Aardig is misschien dat de behandeling van de boulimie in dit geval nog eenvoudiger kon zijn dan de behandeling die Jansen (1992) aanbeveelt. De patiënte maakte na afloop van de behandeling een verslag van haar ervaringen. Hieruit wordt in de loop van deze beschrijving geciteerd.

* MW W. MEIJER-KOOKE is maatschappelijk werkster bij het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg RNO, afdeling psychiatrie, in Rotterdam. Correspondentieadres: Postbus 4450 3006 AL Rotterdam.

Factoren die deze beschrijving voor anderen dan de patiënte en haar therapeute mogelijk interessant maken zijn (a) de comorbiditeit en (b) de middelen die gebruikt werden om de therapie een vrolijk karakter te geven. De beschreven patiënte leed aan zoveel stoornissen dat het verleidelijk was aan te nemen dat er een meeromvattende stoornis, bijvoorbeeld een ontwikkelings- of persoonlijkheidsstoornis, aan ten grondslag lag. In de behandeling werd *niet* van deze veronderstelling uitgegaan.

Gevalsbeschrijving

Voorgeschiedenis en taxatie

Betty Jansen is een mooie, elegant geklede jonge vrouw van vijftientwintig jaar, die op haar eigen verzoek door haar huisarts naar de Riagg wordt verwezen. Betty draagt platte schoenen, zogenoemde 'flatjes'; dit lijkt een overbodig detail, maar in de behandeling blijkt dit schoeisel toch van belang te zijn. Zij is voor de zoveelste keer door de politie betrapt op winkeldiefstal en heeft van de reclassering het dringende advies gekregen hulp te zoeken. Drie eerdere behandelingen werden door Betty voortijdig afgebroken. Zij kampt al jaren met de volgende problemen:

- Minstens vier keer per week heeft zij last van vreetbuien, gevolgd door zelf opgewekt braken.
- Regelmatig heeft ze een onbedwingbare neiging tot stelen, niet alleen van voedsel, maar ook van allerlei andere zaken.
- Ze kan niet tegen alleen zijn, ze is angstig, somber gestemd, moe en lusteloos.
- Sinds enkele jaren heeft ze pijn bij seksueel contact. Dit heeft ertoe geleid dat ze geen zin meer heeft in vrijen. Moeilijkheden met haar vriend zijn het gevolg.

Betty lijdt aan boulimie, kleptomanie en dyspareunie. Ook heeft ze menig kenmerk van de in DSM-III R beschreven persoonlijkheidsstoornissen (cluster B), zij het dat niet vastgesteld kan worden of Betty deze kenmerken voldoende lang vertoont om de diagnose persoonlijkheidsstoornis te rechtvaardigen.

Een belangrijke vraag is natuurlijk of Betty aan een welomschreven stemmingsstoornis lijdt, en zo ja aan welke. In eerste instantie werd aangenomen dat haar somberheid het gevolg was van de overige moeilijkheden en dus zou verdwijnen wanneer deze zouden zijn opgelost.

Biografie

Betty komt uit een gezin met vier kinderen. Zij is opgegroeid in het Oosten van het land. Haar drie jaar jongere zus woont zelfstandig en werkt als ergotherapeute. Haar twee jongere broers studeren en wonen nog thuis. Met haar vader, ambtenaar, heeft zij een hechte band. Haar moeder omschrijft ze als een tobberige, moeilijk levende vrouw, die overigens lief en zorgzaam is.

Na de middelbare school begint Betty een studie aan de kunstacademie, die ze na drie jaar afbreekt omdat ze denkt de top niet te zullen halen. Ze gaat een informaticacursus volgen, vindt werk als computerdeskundige en maakt snel carrière. Ze moet regelmatig voor het bedrijf naar het buitenland.

Sinds twee jaar woont Betty samen met Jan, een student fysiotherapie, die, zoals ze zegt, veel van haar verdraagt. Ze kennen elkaar van de lagere school. Eenmaal is de relatie verbroken geweest. Betty was toen verliefd op een ander, die haar na drie maanden in de steek liet. Betty heeft de laatste jaren geen contact meer met vrienden; ze werkt of studeert en gaat vroeg naar bed. Vroeger zwom ze graag, maar ze doet allang niets meer aan sport. De weekends brengt ze met Jan bij haar ouders door.

De behandeling

Fase 1: depressie

De eerste contacten verlopen moeizaam. Betty wil niet over haar vreetbuien praten; ze vindt dat ze geen hulp nodig heeft voor de pijn tijdens seksueel contact. Haar vriend Jan bestudeert dit probleem reeds en zij wil niet dat hij bij de behandeling betrokken wordt. Haar houding en toon zijn vijandig. Schaamte over het stelen zorgt ervoor dat ook dit probleem nauwelijks bespreekbaar is. Alleen de dreiging van justitiële vervolging maakt dat ze het contact met de therapeute niet gemakkelijk verbreekt. Betty schrijft later: *'Toen zat ik daar dus bij jou op aanraden van de politie, afkerig van alles, wat met psychologen, psychiaters en dergelijke te maken had. (...) Ik moet onhandelbaar geweest zijn.'* Na moeizaam onderhandelen wordt overeenstemming bereikt over het eerste doel van de behandeling. Betty wil haar drang tot stelen de baas worden. De therapeute geeft Betty in eerste instantie een registratieopdracht. Gezien Betty's ongemakkelijke houding spreekt de therapeute er haar twijfels over uit of Betty in staat zal zijn deze opdracht uit te voeren. Zij zegt dat de kans groot is dat de therapie mislukt.

Aan de registratie-opdracht in combinatie met het pessimisme over de kans van slagen zat, naar de indruk van de therapeute, een aardige paradoxale kant. Immers: Als Betty de opdracht zou uitvoeren dan zou ze het goed doen; voerde ze de opdracht niet uit dan zou ze het ook goed doen, want ze zou dan beantwoorden aan de verwachtingen van de therapeute. Betty vat de opdracht overigens helemaal niet paradoxaal op. Zij doet het gewoon *niet* en geeft als enig argument dat zij nu eenmaal een verzetshouding aanneemt zodra iemand op haar let of haar iets voorschrijft. De therapeute zegt dat zij niet verbaasd is dat er ook moeilijkheden tussen haar en Jan zijn als Betty zich ook zo tegenover haar vriend gedraagt. Betty zwijgt. De therapeute beëindigt de zitting met de opmerking dat Betty volgens haar nog niet toe is aan behandeling; bovendien heeft ze een vriend die haar helpt, zodat ze voorlopig nog niets zelfstandig hoeft te ondernemen.

Bij de volgende zitting vertelt Betty dat ze zich ergert aan de pretenties van Jan als hulpverlener. Zijn gedrag nodigt uit tot treiteren, wat menigmaal tot ruzie leidt. Als de therapeute opmerkt dat ze waarschijnlijk veel plezier beleeft aan dit treiterspel en weinig gevaar loopt met deze man (hij verdraagt haar kuren tenslotte al acht jaar) kondigt ze geïrriteerd aan Jan de volgende keer mee te nemen.

Jan komt mee. Hij blijkt een intelligente man, die zich erg verdiept in de problemen van zijn vriendin. Hij heeft tal van publikaties over dyspareunie en kleptomanie gelezen en is tot de slotsom gekomen dat de oorzaak van de problemen in Betty's opvoeding ligt. Verder geeft hij aan dat hij onder Betty's gedrag lijdt: er komt zelden iemand op bezoek, ze gaan nooit samen uit en Betty's depressieve en agressieve buien brengen

hem tot wanhoop. Jan legt in zijn beschrijving van de problemen de nadruk op depressieve verschijnselen zoals moeheid, lusteloosheid, dagschommeling en angst voor contacten. De therapeute oppert dat er sprake zou kunnen zijn van een depressie. Spontaan vertelt Betty dan dat haar moeder, zuster, grootmoeder en tante van moederszijde allen aan depressies hebben geleden of nog lijden. Met het voorstel van de therapeute een psychiater te consulteren gaat Betty akkoord. Deze concludeert tot een depressie IEZ met vitale kenmerken. Op zijn advies en na overleg met Betty's huisarts krijgt zij een proefkuur aangeboden met een antidepressivum (Fevarin) voor de duur van zes weken (de eerste week honderd milligram, daarna honderdvijftig). Een van de redenen om Fevarin te kiezen is dat dit middel ook geschikt is om vreetbuien te verminderen, althans gedurende enige tijd. Betty is bereid mee te werken aan de kuur, mits er ook iets aan haar kleptomanie gedaan wordt. De therapeute zegt dit toe. Na zes weken is Betty's stemming merkbaar verbeterd, zij vraagt nu zelf om voortzetting van de medicamenteuze behandeling en is bereid te registreren.

Fase 2: stelen

Uit de registratie blijkt dat Betty vooral steelt tijdens lunchpauzes, in het weekend, als zij zonder Jan boodschappen moet doen, en tijdens haar verblijf in het buitenland. De therapeute stelt Betty de volgende maatregelen voor:

- Betty zal een paar schoenen met heel hoge haken kopen, waarop zij moeilijk kan lopen. Mocht zij in de lunchpauze de drang tot stelen voelen opkomen, dan zal ze eerst een collega vragen met haar mee te gaan. Als dit niet lukt zal ze de *struikelschoenen* aantrekken, ter herinnering aan haar voornemen iets aan het stelen te deon.
- In het weekend, wanneer zij alleen boodschappen doet, zal ze een opvallende jas (een zg. Pipojas) met bijpassende handschoenen dragen. De jas kan niet opvallend genoeg zijn, zodat in elke winkel alle ogen op haar gericht zullen zijn. ('Een mooie vrouw mag gezien worden' zegt de therapeute.) Betty: *'Tegen het stelen verzon je toen iets nieuws: koop iets opzichtigts waarin je goed opvalt! Dat had dan ook effect, want nu werd het inderdaad riskant. Ook de hoge hakken, die ik bijna nooit aangehad heb, waren een goed idee.'*
- Als het enigszins kan, zal ze de eerstkomende tijd buitenlandse reizen vermijden.
- Mochten deze maatregelen onvoldoende blijken en voelt ze een onbedwingbare neiging tot stelen, dan belt ze direct de therapeute of komt naar het bureau van de RIAGG.

Betty moet lachen en belooft zich aan de opdracht te houden. De lunchpauzes brengt ze meestal met een collega door. Slechts eenmaal belt ze de therapeute in paniek op. Om te voorkomen dat ze toegeeft aan haar neiging tot stelen, blijkt het voldoende de gemaakte afspraken te herhalen. Een keer gaat ze over de schreef. Als ze zich realiseert dat ze in haar Pipojas een groot risico loopt om gepakt te worden gaat ze op eigen initiatief terug naar de winkel, biecht haar vergrijp op en betaalt alsnog. De winkelier, die reeds aangifte had gedaan, trekt deze in.

Fase 3: dyspareunie en boulimie

Ze is drie maanden 'steelvrij' als Betty zelf om hulp vraagt voor haar seksuele klachten. De therapeutische relatie is inmiddels sterk verbeterd. Ze is er nog steeds op tegen om Jan bij de behandeling te betrekken. Jan is inmiddels een groot deskundige op het gebied van seksuele moeilijkheden geworden. De therapeute besluit de hulp in te roepen van een nog grotere deskundige. Een begrijpende gynaecoloog, gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van seksuele functiestoornissen, wordt geconsulteerd. Hij schrijft eenvoudige oefeningen voor, waarop de klachten verminderen.

Betty is nu bereid haar eetproblemen aan de orde te stellen. Zij bekent de therapeute dat haar vriend noch haar ouders op de hoogte zijn van de ernst hiervan. Zij wil dit ook zo houden en op eigen kracht haar eetproblemen oplossen. De vreetbuien zijn gedurende het gebruik van de medicatie, met het gebruik waarvan ze inmiddels na overleg gestopt was, niet verminderd. De therapeute vraagt haar de vreetaanvallen in een dagboek te registreren; ook wordt Betty gevraagd haar gevoelens aan het papier toe te vertrouwen. De therapeute voorspelt dat het lang zal duren voor Betty deze 'hardnekkige gewoonte' zal durven opgeven.

Uit de registratiegegevens blijkt dat de vreetbuien en het braken voorkomen wanneer ze alleen is en wanneer er spanningen zijn op het werk of in de relatie met Jan. In de volgende gesprekken wordt uitgebreid ingegaan op alle situaties waarin spanningen optreden. Samen met de therapeute wordt gezocht naar alternatieven om aan de spanningen het hoofd te bieden. Het gezelschap van een kat blijkt een geschikt middel om het gevoel van eenzaamheid te verminderen. Als de therapeute suggereert dat voor de behandeling van de relatieproblemen Jan toch op zijn minst aanwezig moet zijn, gaat ze akkoord.

Na een vijftal zittingen, waarvan het belangrijkste doel is Jan van zijn rol als hulpverlener te bevrijden, geeft Betty weer de voorkeur aan individuele gesprekken. Hierin blijkt dat ze al geruime tijd geen vreet/braakbuien meer heeft.

Follow-up

Een jaar na de behandeling gaat het nog steeds goed met Betty: de Fevarin-medicatie is inmiddels allang beëindigd. Ze doet aan aerobic dansen, ze ontvangt vrienden, er zijn geen vreetbuien meer en ze steelt evenmin. Twee jaar na de behandeling krijgt de therapeute een uitnodiging voor het huwelijksfeest van Jan en Betty. Inmiddels is het vier jaar verder en Betty verwacht haar tweede kind. Het gaat onverminderd naar wens.

Discussie

Alvorens iets aan de klachten van Betty te kunnen doen, was het nodig een band met haar op te bouwen. Om dit te kunnen bewerkstelligen leek een judohouding (Lange, 1997) van de therapeute nodig. De opdracht om het stelen te registreren had geen effect, Betty deed het eenvoudig niet. Deze opdracht zal ongetwijfeld te vroeg gekomen zijn. De therapeute wilde graag informatie van Betty's partner krijgen. Zij verwachtte dat Betty zich hiertegen zou verzetten. De therapeute gebruikte dit verzet door Jan

als hulpverlener te definiëren. De informatie van Jan, die veel meer de nadruk legde op Betty's depressieve buien, was voor de therapeute een reden om te denken dat Betty inderdaad aan een depressie zou kunnen lijden. Toen Betty zeer geïnteresseerd bleek in deze veronderstelling besloot de therapeute haar voor te stellen een psychiater te raadplegen. Deze schreef toen medicatie voor, waarvan bekend is dat deze ook tegen boulimie enig effect heeft.

De diagnose depressie IEZ met vitale kenmerken was bij de intake gemist. Betty's vijandigheid werd aanvankelijk meer als een persoonlijkheidskenmerk gezien dan als teken van biologische ontregeling. De 'judohouding', de als paradoxaal bedoelde interventies en de negatieve profetieën hadden mogelijk achterwege gelaten kunnen worden wanneer eerder met de Fevarin was gestart. Het is immers opmerkelijk dat na het 'opklaren' van de stemmingsstoornis de therapeutische relatie prettiger en inspirerender werd. Misschien komt het vaker voor dat 'narrigheid' niet onderkend wordt als symptoom van depressie en is het de moeite waard hier extra op te letten. Betty: *'Zo gingen we een aantal vrouwen in de familie eens na. Kon het misschien niet iets biologisch zijn. Dat vond ik een prettig idee.'* De kleptomanie werd behandeld met zelfcontrolemaatregelen (zie bijv. Terluin, 1989). De opdracht tot het dragen van de *struikelschoenen* en/of de *Pipojas* alsook het contact opnemen met de therapeute wanneer deze maatregelen onvoldoende mochten zijn, kunnen als stimulus-respons-interventies beschouwd worden. Het voorlopig voorkomen van buitenlandse reizen kan een stimulus-controle maatregel genoemd worden.

Voor Betty bleef belangrijk, dat ze de regie in handen mocht houden. Omdat Jan van de dyspareunie een studie had gemaakt betekende dit voor Betty, naar inschatting van de therapeute, dat het opgeven van deze klacht onderwerping inhield aan Jans autoriteit, wat voor haar onverteerbaar was. Daarom moest een hogere autoriteit gevonden worden. Dit werd een voor beiden aanvaardbare medisch specialist. (Inmiddels was al duidelijk dat het inschakelen van artsen het voor Betty gemakkelijk maakte een klacht op te geven.)

Als laatste werden de vreet/braakbuien behandeld. Betty hield een dagboek bij over haar gevoelens, maar wilde niet dat de therapeute daar inzage in kreeg. Betty: *'Mijn gevoelens waren een mengelmoes van kwaadheid, angst, ontevredenheid, zelfmedelijden en ga zo maar door.'*

Deze wens werd gerespecteerd. De registratieopdracht wilde ze wel uitvoeren. De voorspelling dat het lang zou duren voor Betty haar 'hardnekkige gewoonte' zou opgeven, werd door Betty als een 'uitdaging' opgevat. Aangeven dat je wat aan een moeilijkheid wilt doen en tegelijk weigeren om het voorkomen van deze moeilijkheden te registreren gaat moeilijk samen. Het spontaan ophouden van boulimie lijkt vooral een gelukkig toeval, waarop therapeuten niet moeten rekenen.

Abstract

A description of a succesful directive treatment of a young woman, suffering from severe depression, eating disorders, kleptomania and dyspareunia is presented. It was important to create a good therapeutic relation before treatment of the various problems was possible.

Therefore the therapist's attitude towards her was important. Anti-depressant medication, self control and humor were used to help the patient to achieve the goals of treatment.

Referenties

- Jansen, A. (1992). Bulimia nervosa en de beking van cue-exposure. *Directieve therapie*, 12, 127-149.
- Lange, A. (1977). Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. In: K. van der Velden (red.) *Directieve therapie*, 1, 88-108. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Terluin, B. (1989). De behandeling van een vrouw met kleptomanie met behulp van zelfcontroleprocedures. In: K. van der Velden, (red.) *Directieve therapie*, 3, Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Norré, J. & Vandereycken, W. (1989). Beschrijving en behandeling van bulimia nervosa. In: K. van der Velden (red.). *Directieve therapie*, 3, Deventer: Van Loghum Slaterus.