



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 dame met de rode riem

Else de Haan*

Samenvatting

Een patiënte met rouwproblemen vertelt haar verhaal zo aangrijpend dat de therapeut, evenals eerdere hulpverleners, in eerste instantie niet in staat is professionele distantie te bewaren. Dit dramatisch vermogen heeft de patiënte waarschijnlijk lange tijd van verwerking van het gebeurde afgehouden. In de behandeling is gebruik gemaakt van exposure in vitro. Omdat dit onder hypnose gebeurt, is het vertellen van het verhaal voor het eerst geen emotionele gebeurtenis tussen haar en haar gesprekspartner en kan zij zich op haar eigen verwerkingsproces richten.

Inleiding

De hele dag hoor ik als psychotherapeut de ene ellendige geschiedenis na de andere aan. Natuurlijk vind ik het akelig wat ik hoor, maar ik wordt er zelf niet verdrietig van. Ik heb me vaak afgevraagd of het misschien niet harteloos is om gewoon lekker te slapen, hoe treurig de verhalen van de patiënten ook waren. Mogelijk is dat zo en misschien komt dat doordat ik naar een verhaal van een patiënt luister zoals een automonteur luistert naar het relaas van een chauffeur wiens auto niet meer wil gehoorzamen. Waar zit de fout, waar moet ik zoeken, waaraan kunnen we iets verbeteren? Hoe verdrietig het verhaal ook is, het is een puzzel die ik zo goed mogelijk moet oplossen.

Een enkele keer is het moeilijk die houding te handhaven. Dan is het verhaal te aangrijpend of doet de patiënt een te groot persoonlijk appel. Over één van die keren gaat het volgende verhaal.

De behandeling van mevrouw A.

Eerste zitting

Huisarts B. verwijst een patiënte naar mij omdat hij, naar hij zegt, teveel persoonlijk verwickeld is geraakt in haar problemen. Het gaat om een vrouw van 34 jaar die een jaar geleden haar man verloren heeft. Deze man is een halfjaar nadat bij hem de diagnose leukemie was gesteld aan deze ziekte overleden. De beenmergtransplantatie die hij had ondergaan was mislukt. De huisarts was bij dit hele proces nauw betrokken geweest. Hij heeft ongeveer dezelfde leeftijd als zijn patiënte. Zij is hem zo vertrouwd en sympathiek geworden dat hij zich niet bij machte acht haar bij de verwerking van de dood van haar man terzijde te staan.

* ELSE DE HAAN, psycholoog, is hoofd jeugdafdeling bij het RIAGG RNW te Vlaarding. Tot voor kort was zij werkzaam op de psychiatrische polikliniek van het Reinier de Graafgasthuis te Delft. Correspondentieadres: RIAGG RNW, Westhavenkade 85, 3133 AV Vlaarding.

Ik nodig haar uit. Tijdens het eerste gesprek meen ik goed te begrijpen wat de huisarts is overkomen. Ze vertelt globaal wat er gebeurd is: de ziekte en de dood van haar man, de reacties van haar twee dochtertjes en de betekenis van zijn dood voor haarzelf. Ze is niet emotioneel, ze huilt niet en ze is ook niet gespannen. Ze zit in de stoel tegenover me, met bruine armen in een mooi, enigszins opengewerkt katoenen bloesje, met een spijkerbroek met een rode riem. Ze heeft prachtig woest, donker krullend, halflang haar en een aardig gezicht. Ze vertelt met een zachte zuidelijke stem hoeveel haar man voor haar betekende, hoe trots hij altijd op haar was en hoeveel hij van de kinderen hield, die welbewust al tijdens hun studententijd waren gekomen. Anderhalf jaar geleden werd hij ziek. Na een paar weken van onderzoek, waarbij de klachten in eerste instantie als psychisch werden geduid, werd bekend dat hij leukemie had. Hij werd opgenomen en kreeg een beenmergtransplantatie. Hiervoor moest hij negen weken volledig geïsoleerd in een soort tent liggen, een zogenaamde 'flow'. Alleen via een raampje was contact mogelijk. Eenmaal thuis bleek al na een paar dagen dat het mis zou gaan. Binnen een week na zijn thuiskomst is hij gestorven.

Het kost me grote moeite mijn professionele houding te handhaven. Ik voel hoe ik meegezogen word in haar verdriet en dat ik er niet over wil nadenken wat er in de therapie moet gebeuren en welke technieken ik kan gebruiken om het verdriet te verminderen. Dit verdriet lijkt teveel en ook te groot voor zoiets burgerlijks als therapie. Ik voel me gehypnotiseerd door haar verhaal en tegelijkertijd realiseer ik me dat dit mogelijk ook de huisarts is overkomen en de andere mensen die probeerden haar te helpen.

Ik schuif mijn stoel een eindje naar achteren en probeer haar en haar verhaal te zien als een technisch probleem dat moet worden opgelost. Dit heeft niet meteen succes, maar ik houd me tenminste staande. Ik realiseer me dat haar vermogen andere mensen voor zich in te nemen en zich in haar omstandigheden te laten verplaatsen, haar tot nu toe weinig voordeel heeft gebracht. Wanneer ze vertelt wat haar is overkomen, is iedere aangesprokene te aangedaan om haar verder nog van hulp te kunnen zijn.

Haar dochters, de oudste veertien, de tweede tien jaar, willen nooit over hun vader praten. Dit maakt dat ze zich nog eenzamer voelt. Hoewel ze het leven redelijk aankan – ze studeert sinds kort, heeft vrienden en zelfs een vriend, terwijl het huishouden geen problemen oplevert – heeft ze er geen plezier in. Ze heeft voortdurend het gevoel dat ze niet meer hier op aarde hoort en eigenlijk naar haar man moet. In haar dromen strekt hij zijn armen naar haar uit. Vaak heeft ze het gevoel dat het leven hier verraad aan hem betekent. Ze denkt vaak aan zelfmoord, hoewel ze aanneemt dat de kans na haar dood met hem herenigd te zullen worden niet groot is. Haar verantwoordelijkheid voor de kinderen heeft haar daar tot nu toe van af gehouden. Het is nog maar de vraag of dit argument doorslaggevend zal blijven. In haar beleving is er een scheiding tussen de kinderen en haar man. Zij zelf hoort meer aan de kant van haar man, haar kinderen horen bij het gewone leven.

Ze is iemand uit de hogere sociale klassen. Van alle mensen om haar heen – vrienden, de huisarts – heeft ze allang, in de mooiste bewoordingen, gehoord dat haar man zou willen dat ze verder zou leven en dat hij het goed zou vinden als ze weer gelukkig werd. Ze haalt haar schouders erover op.

Bij vlagen kan ze de eisen van het dagelijks leven niet meer aan. Dan gaat ze, zodra de kinderen naar school zijn, naar bed en slaapt of suft. Soms krijgt ze 's avonds een aanval van wanhoop en paniek die ze niet meer in de hand kan houden. Haar vriend of haar huisarts moeten dan komen om haar te kalmeren.

Mannen die ook maar enigszins op haar man lijken kan ze niet zien of horen, en ze kan niet naar echtparen kijken, zeker niet als het gelukkige paren zijn.

Haar belangrijkste probleem is het volgende: hoe goed ze ook haar best doet zich de positieve ervaringen met haar man te herinneren, het enige wat ze steeds maar weer ziet en meemaakt

zijn de akelige ervaringen van het laatste halfjaar van zijn leven. Zijn verblijf in de 'flow'-tent, toen ze alleen op een afstand contact met hem had, staat haar het duidelijkst voor de geest.

Verdere behandeling: hypnose

Een paar zittingen lang zoek ik naar aanknopingspunten. Waar moeten we mee beginnen? Moeten we het vooral zoeken in de problemen in haar leven nu, of hebben haar moeilijkheden alleen te maken met het verwerken van de dood van haar man? Dit laatste speelt ongetwijfeld een rol. Maar wat kan er nog meer aan gedaan worden dan er al gedaan is? Alles rond zijn dood en begrafenis is met de meeste zorgvuldigheid bedacht, besproken en uitgevoerd. Ze heeft er met haar man over gepraat, ze was erbij toen hij stierf, ze heeft met goede vrienden gepraat. Wat kan ik daar nog aan toevoegen? Aan het verstrijken van de tijd alleen hebben we niet genoeg. Heeft ze een 'gestoord rouwproces'? En waarin zit de storing dan? Het is moeilijk haar reacties in de rubriek 'gestoord' onder te brengen. Alsof het niet volstrekt logisch en begrijpelijk zou zijn om zo te reageren. Maar ik heb een taak. Ik mag niet alleen maar begrijpen en zeggen het is logisch dat ze zo reageert. Dat heeft iedereen al gezegd en kennelijk kan zij daar niet goed mee verder.

Hoe kom ik tot het besluit hypnose te gaan doen? Het is meer een afstrepen van de mogelijkheden dan een positieve beslissing. De gewone dagelijkse dingen lijken het probleem niet; eenzaamheid is evenmin een punt. Praten heeft ze al met iedereen gedaan, aan logica en mooie woorden heeft ze ongetwijfeld genoeg gehad. Omdat ze nog steeds meer bij haar man leeft dan bij de levenden, moeten we daar misschien iets mee doen. 'Afscheid nemen' zegt de psychotherapie-literatuur, en schrijft bijvoorbeeld rituelen voor als het verbranden van kleren of het wegdoen van spullen. Zo, dat hebben we weer gehad. Ik krijg dergelijke voorstellen niet over mijn lippen. Waarom zou ze afscheid nemen van die man? Wat is er tegen om met de herinnering te blijven leven en zich met hem verbonden te voelen? Geen afscheidsrituelen dus, ook al omdat de manier waarop de begrafenis was georganiseerd een prachtig afscheidsritueel was. Het zou een belediging zijn. Ik bedenk dat een herbeleving van de periode van de ziekte en het sterven haar de mogelijkheid kan geven juist geen afscheid te nemen, maar langer te kunnen toeven bij hem en alles wat haar het laatste jaar had beziggehouden. Ik kies voor de ziekteperiode, omdat die tijd nog zo voor haar leeft. En ik kies voor hypnose, omdat ze op die manier minder met de reacties van haar toehoorder te maken zal hebben. Ze zal me niet aankijken, ik zal niet hoeven reageren.

Ze accepteert mijn voorstel. We maken een aantal afspraken voor na de zomervakantie. Ik maak voor iedere afspraak tweeënehalf uur vrij in mijn agenda.

Twee maanden later is het zover. Ze wil niet in de stoel blijven zitten, maar op de bank liggen. Ik doe een hypnose-inductie. Ze is ontspannen, maar niet veel meer dan dat. Ik zit naast haar, ze kan me niet aankijken. Ik vraag haar te beginnen met het eerste wat ze zich herinnert over de ziekte van haar man, en ze begint. Ze praat langzaam en gedetailleerd. De ene herinnering roept de volgende op: haar angst en bezorgdheid, maar ook de grapjes die ze maakten, de aardige reacties van andere mensen, de gesprekken met haar man, de aandacht en liefde die hij nog steeds voor haar had. Na ruim anderhalf uur, als ze bij de herinneringen aan de opname in het ziekenhuis is gekomen, vraag ik haar te stoppen. Omdat ik bang ben dat de opgeroepen herinneringen

haar te veel zullen beheersen, vraag ik haar ze in een gedeelte van haar hoofd op te bergen, ze als het ware in een doosje weg te stoppen. Zo kan ze deze bij zich houden en toch ook de gewone dagelijkse dingen doen, zeg ik haar.

Van tevoren hadden we besproken dat ze ervoor zou zorgen dat ze de rest van die dag niet veel bijzonders te doen zou hebben. Ze gaat rustig naar huis en wil een paar uur alleen zijn.

Een paar dagen later komt ze weer. Ik vertel haar waar ze de vorige keer geëindigd was, en ze vat de draad weer op. Net als de vorige keer praat ze langzaam en gedetailleerd. Ik hoef alleen maar te luisteren. In twee lange zittingen vertelt ze hoe haar man naar het ziekenhuis ging, negen weken in de tent verbleef, weer thuis kwam, en stierf. Ze blijft rustig en is niet geëmotioneerd. Na afloop van de zittingen vraag ik haar net als de vorige keer de ervaringen in een gedeelte van haar hoofd op te bergen. Ze drinkt dan een glaasje water en gaat zonder veel te zeggen naar huis.

Een paar dagen later komt ze weer. Ze vertelt dat ze voorlopig weer alleen verder kan en wil. Door de hypnosezittingen herinnert ze zich weer dat de tijd van haar mans ziekte niet alleen maar akelig en treurig is geweest. Ze was verrast bij het ontdekken van zoveel prettige en dierbare gebeurtenissen.

Ruim zes jaar later ontmoet ik haar toevallig. Het is goed gegaan met haar. Ze heeft haar studie afgemaakt en geeft les op een middelbare school.

Discussie

Horowitz et al. (1993) ontwikkelden een theorie over de manier waarop mensen het verlies van een geliefd persoon verwerken. Een rouwproces kan volgens deze auteurs omschreven worden als het moeizaam en pijnlijk aanpassen van oude schema's aan de nieuwe werkelijkheid. Het woord schema staat hier voor de manier waarop iemand in het leven staat: zijn verwachtingen, zijn relaties tot andere mensen, enzovoort. Bij het verlies van een geliefd persoon worden de bestaande schema's ruw verstoord. Zij gelden niet meer en zullen moeten worden vervangen. Als het rouwproces stagneert betekent dit dat nieuwe schema's, waarin de dood van de geliefde persoon een plaats heeft verkregen, niet worden gevormd. De betrokkene heeft nog niet leren leven met de nieuwe werkelijkheid.

Ramsay (1979) beschreef de overeenkomsten tussen pathologische rouwreacties en fobieën. In beide gevallen worden stimuli vermeden die heftige emoties kunnen oproepen. Praten over de overledene, het zien van foto's en het bezoeken van plaatsen die herinneren aan de gestorvene zijn voorbeelden hiervan.

Op dit gegeven is de behandeling van pathologische rouw gebaseerd. De cliënt wordt blootgesteld aan stimuli die met de overledene en het verlies te maken hebben. Voorbeelden van zo'n exposure zijn het nogmaals doormaken van de geschiedenis van het overlijden van de geliefde persoon, kijken naar foto's en praten over de overledene.

Was er bij mevrouw A. nu sprake van een stagnatie in het rouwproces? In eerste instantie leek dat niet zo te zijn. Zij vermeed niets en leek ook alle stappen te hebben

ondernomen om haar schema's volgens Horowitz et al. aan de nieuwe werkelijkheid aan te passen. Er was afscheid genomen, aan de begrafenis was uitvoerig aandacht besteed en zij had over wat er gebeurd was gepraat. Er leek geen sprake van vermijding van belangrijke stimuli die met het overlijden van haar man te maken hadden. Toch is het bij nader inzien de vraag of dit waar is. Het is heel goed mogelijk dat mevrouw A. ondanks al het praten en de mooie afscheidsrituelen niet toegekomen was aan de echte confrontatie met het gebeurde. Het vertellen van het verhaal is een belangrijke strategie in de exposure-behandeling. Dat het vertellen van het verhaal niet altijd automatisch exposure inhoudt blijkt uit de geschiedenis van mevrouw A. Haar vermogen anderen te hypnotiseren met haar verhaal heeft er niet alleen voor gezorgd dat die anderen haar, meegenomen door haar verdriet, niet verder konden helpen, maar heeft ook de echte confrontatie met wat er gebeurd was onmogelijk gemaakt. Er vond geen exposure plaats tijdens die gesprekken, er gebeurde iets anders. Het praten over wat er gebeurd was, het vertellen van haar verhaal was iedere keer een belangrijke emotionele gebeurtenis die ze deelde met haar gesprekspartner. Dit gaf haar de warmte, troost en intimiteit die ze, zeker in het begin, hard nodig had. Op het laatst was zij er echter in gevangen. Pas toen ze de reactie van de ander niet meer kon zien en ze geen partij meer was in die steeds optredende belangrijke emotionele gebeurtenis, kon ze aan haar eigen verwerking beginnen.

Abstract

A patient with problems after the death of her husband is affecting the therapist so much that the latter cannot keep a professional distance. This dramatic power probably has kept the patient from dealing with the loss for a long time. In treatment exposure in vitro is used. By using hypnosis the therapist manages to prevent the usual emotional event between the patient and the person she is speaking to. Now the patient can direct her attention to her own proces of dealing with the loss.

Referenties

- Horowitz, M.J., Bonanno, G.A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Ramsay, R.W. (1979). Rouwtherapie, De gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen. *Handboek Gedragstherapie*, 5.