



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 nachtmerrie van dokter Wezel

Een casus over de behandeling van dissociatieve symptomen

*Dirk De Wachter**

Inleiding

Een oudere collega, een autoriteit op het gebied van de hypnotherapie, stelde mij de vraag of ik een patiënte wou zien met een moeilijke situatie. Deze patiënte, we zullen haar An noemen, was na een acute crisissituatie opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. In de kamer van haar vorige psychotherapeut was ze in een ernstig dissociatieve toestand geraakt, waarbij ze uiteindelijk volkomen 'katatoon en bewusteloos' door de ziekenwagen weggevoerd moest worden en enkele dagen op de intensive care verbleef in een onverklaarbaar coma. De somatische parameters waren alle normaal en de aanwezige psychiater diagnosticeerde een 'hysterische psychose met totale amnesie' en verwees haar voor verdere therapie naar een psychiatrische dienst.

An zelf kwam geleidelijk weer bij haar positieven en wist niets meer van het hele gebeuren. Mede door de niet-aflatende steun van haar echtgenoot Rik begon An een fanatieke kruistocht tegen haar therapeut, die ze beschuldigde van medische fouten en 'onopzettelijke doodslag'. Haar aanklacht werd behandeld door de Belgische Orde van Geneesheren en de rechtbank, en bezorgde de collega in kwestie een maandenlange nachtmerrie. We gaan hier niet verder in op de gevolgen voor deze jonge collega, we zullen haar dokter Wezel noemen, die uiteindelijk niet werd vervolgd voor de genoemde beschuldigingen, maar wel na een langdurige werkonbekwaamheid haar praktijk stopte. Ze werkt nu als bedrijfsarts voor een groot bedrijf en heeft de psychotherapie voorgoed verlaten.

Wat voorafging

Dokter Wezel had An leren kennen toen ze nog assistente in opleiding was. An was oorspronkelijk gekomen voor een probleem van angst en depressie, waarvoor een medicamenteuze behandeling met antidepressiva en een ondersteunende therapie werden ingesteld. De klachten van An verbeterden en het contact met haar jonge behandelaar was zo goed dat ze besloot zich verder door haar te laten begeleiden in haar privépraktijk als psychiater.

Toen An later Rik leerde kennen, met wie ze binnen de kortste keren samenwoonde, doken er opnieuw symptomen op. Ditmaal niet van depressie, maar eerder paniekerige aanvallen en rare, onvoorspelbare reacties. Gelukkig kon An terecht bij dokter Wezel, die deze keer geen verbetering boekte met farmacologische interventies, maar dag en nacht beschikbaar was voor An, omdat ze zich heel betrokken bij haar voelde. Toen

* DR. D. DE WACHTER is psychiater, Diensthoofd Systeemtherapie Universitair Centrum St.-Jozef, Kortenberg, België. Correspondentieadres: dr. Dirk De Wachter, U.C. St.-Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België. E-mail: dirk.de.wachter@uc-kortenberg.be.

dokter Wezel tijdens een bijscholing over trauma meer leerde over dissociatieve stoornissen, raakte ze daarin erg geïnteresseerd. Ze herkende de symptomen van An en zag een uitweg uit de vastgelopen hulpverlening. Vervolgens besloot ze om de intensieve cursus 'trauma, dissociatie en hypnose' te volgen, zodat ze de problematiek van An professioneel zou kunnen aanpakken.

Net zoals vroeger aan de universiteit bleek dokter Wezel ook nu weer een uitstekende studente. Ze was zeer gemotiveerd, zelfs gepassioneerd door de nieuwe inzichten, las alles wat ze kon over het onderwerp en bezocht studiedagen en congressen. Rond die tijd was het onderwerp een hype, dus er was veel over te vinden.

Voorzichtig, respectvol en onder continue supervisie bracht ze haar inzichten in praktijk bij An, die echter niet minder symptoomgedrag ging vertonen. Onder invloed van haar gemotiveerde en begripvolle dokter begon ook An te lezen over dissociatieve verschijnselen en over het verband met seksuele trauma's uit de kinderjaren. Omdat de symptomen verder leken toe te nemen (amnesie, depersonalisatie, derealisatie, fugues) en ook haar man Rik vond dat er iets moet gebeuren, vroeg ze dokter Wezel om een diepgaande exploratieve behandeling met hypnose. Ze wilde uitzoeken wat er vroeger gebeurd was en inzien waarom ze deze rare en onvoorspelbare klachten bleef hebben.

De dokter pakte het voorzichtig, maar gedreven aan. Regelmatig liet ze haar therapie superviseren bij een internationaal gerenommeerd collega. Met zijn charismatische persoonlijkheid, die ook de media niet was ontgaan, en zijn belangstelling voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers wist hij onmiddellijk het vertrouwen te winnen van de wat onzekere dokter Wezel. Ook An had op haar beurt alle vertrouwen en de afspraken liepen goed: zeer vlug leerde ze de techniek van de hypnotische trance en de leeftijdsregressie. De hele amnestische periode uit Ans leven bleek onder hypnose weer tot leven te komen. Eerst ging het om vage vermoedens en onrechtstreekse verwijzingen, daarna om hele flashbacks en totale herbelevingen.

Dokter Wezel was onzeker en twijfelde, maar werd door haar supervisor intensief gecoacht – ze nam alle therapeutische sessies op video op en ging door om via herbeleving de verwerking en heling van het traumatische verleden te vervolledigen. An was vol van de behandeling en stortte zich blind op de nieuw gevonden herinneringen, tot afkeer en ongenoegen van haar familie. Haar ouders en zussen geloofden de verhalen niet en protesteerden tegen de behandeling. Haar man Rik bleef haar echter onvoorwaardelijk steunen, ondanks de steeds toenemende symptomen en de relationele kloof die steeds groter werd. Uiteindelijk eindigde een sessie in de eerder beschreven comateuze toestand en crisisopname. Zoals beschreven keerde An zich volledig en fanatiek tegen haar therapeut.

Een bescheiden behandelmethode

Als ze later bij mij voor de eerste keer op consult komt, vertoont An een merkwaardige splitsing in haar denken: enerzijds hekelt ze de 'zware beroepsfouten' en de onbekwaamheid en onervarenheid van haar vorige behandelaar, anderzijds wenst ze een verdere diepe hypnose en regressietherapie om haar ontdekte trauma's te verwerken. Het is duidelijk dat ik hier terughoudend op reageer, overigens tot haar

verwondering en ongenoegen. Voor het tweede gesprek vraag ik of haar partner Rik wil meekomen, wat ze eigenaardig en nutteloos vindt. Gelukkig geniet ik voldoende vertrouwen door de lovende manier waarop ik was aangeprezen door haar verwijzer. Rik is een wat oudere man, die niet goed begrijpt waarvoor hij moet komen, maar wel vertelt hoe onvoorwaardelijk hij is in zijn steun aan An. Zijn vorige partner leed aan anorexia nervosa, maar liet zich nooit behandelen en pleegde uiteindelijk zelfmoord. Rik nam zich voor om voor An alles te doen.

Ik leg het koppel uit dat we anders gaan werken dan voorheen. Ik probeer het gedane werk van mijn collega niet te veroordelen, maar vertel dat ik andere ideeën heb over de aanpak van dit soort ernstige problemen. De onvoorspelbaarheid die ik dikwijls zie bij zogenaamde 'traumapatiënten' maken dat ik het anders wil doen. An gaat akkoord met de voorgestelde aanpak: geen hypnose en geen rechtstreekse aanpak van trauma en verleden, maar een 'hier-en-nu-benadering', waarin de relatie centraal staat.

Tot mijn eigen verbazing verdwijnen de dissociatieve verschijnselen geleidelijk in de volgende maanden. Beide mensen zijn zeer gemotiveerd door de therapie, zeker nadat de gerechtelijke procedures tegen mijn collega zijn uitgeput en afgesloten. Toch loopt het allemaal niet zo vlot.

An zakt weg in een lethargische chroniciteit, waarbij ze futloos en initiatiefloos thuis zit, terwijl Rik alles voor haar doet. Even dreigt het vertrouwen in aanpak mis te lopen, wanneer de diagnose 'chronische vermoeidheid' wordt geopperd en een bekend specialist wordt ingeschakeld. Zijn exuberante ereloon maakt dat dit spoor vlug weer wordt verlaten.

Rik blijkt een uitstekend co-therapeut. Geduldig en met kleine stapjes wordt een plan uitgewerkt om An weer op zinvolle activiteiten te laten oriënteren.

Vergeleken met de spanning en heroïek van de explorerende therapie lijkt mijn benadering bijzonder banaal. Hoewel het therapeutisch proces stilaan gunstig verloopt en alle partijen, ditmaal ook de familie, tevreden zijn, is het moeilijk om de concrete veranderingen te beschrijven. Het geheel is zo doodgewoon, 'gezond verstand'-achtig en alledaags dat het wat ondankbaar lijkt om te publiceren in een hoog gespecialiseerd vakblad.

Ik beschrijf enkele specifieke thema's.

Activering en dagstructuur

An ligt veel in bed en komt niet toe aan de meest basale taken. Met de hulp van Rik kan ze gemotiveerd worden om op te staan, zich te verzorgen, te eten en hier stilaan ook zelf voor te zorgen. In een tweede fase wordt ze ingeschakeld als vrijwilligster in een hondenasiel, wat voor haar de realisatie is van een jeugdroom. Ze doet dit werk tot op heden parttime en op vrijwillige basis, maar ze is nog steeds erg gemotiveerd en enthousiast. De stap naar betaald werk is vooralsnog echter niet gelukt. Deze sector heeft weinig betaalde krachten en het stigma van haar psychiatrische verleden maakt haar geen topkandidaat.

Genieten en vrije tijd

Misschien was het aanschaffen van een hond, met uitzondering van de steun van Rik, de meest positieve stimulans in het proces van de laatste jaren. Deze golden retriever, Paldo, motiveert An om buiten te komen, uit haar veilige cocon. Omdat het dier zich vooral aan haar heeft gehecht, voelt zij zich erg verantwoordelijk en zorgt ze beter voor hem dan voor zichzelf. Ondergetekende, een volslagen leek op het gebied van honden, weet intussen zowat alles over dit ras en zijn verwanten. De expertpositie van An in deze materie is een belangrijke katalysator in haar emancipatie van afhankelijk-slachtofferige patiënte naar autonoom individu.

Relatie en seksualiteit

De inzet en steun van Rik zijn de belangrijkste factoren in de onverhoopt gunstige evolutie bij An. Vanuit zijn voorgeschiedenis met zijn anorectische en overleden vroegere partner is een neiging tot overmatig zorgen en symbiotisch binden hem echter niet vreemd. De functie van co-therapeut en het (op een steunende en respectvolle manier) steeds weer uitleggen van de positie die hij in de relatie inneemt, maakt dat hij toch (een beetje) kan loskomen uit dit voor hem aantrekkelijke patroon. De relatie loopt goed. Op seksueel vlak blijft het echter gesukkel op een laag pitje. An vraagt naar knuffels en nabijheid, maar laat weinig seksualiteit toe. Rik begrijpt dit en respecteert het.

Familie en vrienden

De banden met de familie zijn geleidelijk weer aangehaald. De bejaarde ouders van An zijn gerustgesteld. Over de verhalen van vroeger – Trauma? Onbegrip? Miskenning? – wordt niet meer gesproken. In een gezinsgesprek waarin ik niet kan nalaten om hiernaar te peilen, word ik vriendelijk en kordaat terechtgewezen: ‘Dokter, wij spreken niet meer over dingen waar we niets over weten.’

Via haar buurtwerk wordt een kleine vriendenkring opgebouwd. De kennissenkring van An, die vooral bestond uit militante patiënten met slechte ervaringen in de psychiatrie, verwaterde intussen snel.

Nabeschouwing

Merkwaardig is hoe de zeer invaliderende dissociatieve symptomen bijna niet meer worden besproken in de consultaties. De klachten van An en Rik gaan over een gebrek aan energie, moeizaam tot iets komen, slecht kunnen organiseren, problemen met seksualiteit (zonder rare verschijnselen als reactie) en gevoelens van zinloosheid. De belangrijkste wens is het ‘normaal’ willen zijn: een leven met een partner en een huisje, tuintje, hondje, vrij letterlijk. Bij expliciet navragen ontkent An dat ze nog dissociatieve symptomen vertoont (‘flippen’, geheugendefecten, rare gevoelens, vervreemding). Of dit werkelijk zo is of dat ze dit voor haar behandelaar, haar partner en ook voor zichzelf wil verbergen, weet ik niet.

Deze behandeling heeft twee jaar in beslag genomen; initieel wekelijks, daarna geleidelijk met een dalende frequentie. Rik kwam altijd mee. Omdat An een ziektestatuut heeft en medicatie neemt, blijf ik haar verder volgen in een follow-up met tussenpozen van enkele maanden. Het lijkt een weinig intense, maar levenslange begeleiding te blijven.

Het 'succes' van deze behandeling is relatief. Het betreft een patiënt met behoorlijk wat beperkingen in het leven. Zij werkt parttime als vrijwilligster, leeft van een ziekte-uitkering, en blijft ondersteuning, aanmoediging en (een beetje) medicatie nodig hebben om in gang te blijven. De subjectieve tevredenheid van haar en haar omgeving is echter in dit opzicht een mooi en opmerkelijk gegeven.