



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## *recensie*

---

### **Over een psychoanalytische behandeling van een patiënt met hysterie**

M.B. Luymes (2008). Hysterie interpersoonlijk bekeken. Een behandelingsgeschiedenis gezien vanuit de hedendaagse theorievorming rond het begrip hysterie. In J. Dirks & W. Heuves (red.), *Hysterie. Psychoanalytische beschouwingen*, blz. 69-82. Amsterdam: Boom.

Recent verscheen een boek met psychoanalytische beschouwingen over hysterie (Dirks & Heuves, 2008a). In dit boek wordt onder andere gerapporteerd over een vijf jaar durende psychoanalytische behandeling van een vrouwelijke patiënt met een chronisch vermoeidheidssyndroom. Als uitgangspunt bij deze behandeling heeft de therapeut de hedendaagse theorievorming rond het begrip 'hysterie' genomen (Luymes, 2008). Deze opmerking maakte nieuwsgierig. Na lezing van het hoofdstuk rest verbijstering. Is de hier toegepaste handelswijze in deze tijd met de huidige beschikbare wetenschappelijke kennis nog wel acceptabel? Ik meen van niet, vandaar deze reactie.

Het hoofdstuk begint met de zin: 'Psychoanalytische diagnoses worden door psychoanalytici vaak op heel verschillende wijze verwoord'. Deze uitspraak kan als kenmerkend beschouwd worden voor de visie van de auteur.

Luymes vindt het blijkbaar aanvaardbaar dat in de psychoanalytische praktijk een bepaalde patiënt, met bepaalde klachten, door verschillende therapeuten verschillend gediagnosticeerd wordt. De vraag dringt zich op welke consequenties deze handelswijze heeft voor de behandeling. Wanneer bijvoorbeeld op een psychiatrische polikliniek met een semigestructureerd interview de diagnose obsessief-compulsieve stoornis wordt gesteld, moet dat in overeenstemming met de multidisciplinaire richtlijn leiden tot een stoornisspecifieke behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie met exposure en responspreventie, cognitieve therapie, of een farmacotherapie. Deze richtlijnen echter lijken niet te kunnen gelden voor patiënten die door psychoanalytici gediagnosticeerd zijn, omdat psychoanalytische diagnoses verschillend worden verwoord.

Luymes geeft als voorbeeld van de diagnostische vrijheid van de psychoanalytici een patiënt bij wie twee intakers verschillende diagnoses stelden. De eerste 'indicator' voor therapie stelde de diagnose

‘hysterische neurose’ bij een 39-jarige vrouw, die zich meldt in verband met relatieproblemen en vragen rond de kinderwens. De andere diagnosticeert haar aandoening als een stoornis in het zelfgevoel, problemen op het gebied van de autonomie en de vrouwelijke identiteit en tweede-generatieproblematiek. Ze mag niet weten, niet voelen en het vooral niet beter hebben dan de vader (einde diagnose). Wat opvalt is dat deze diagnoses geen van beide in het DSM-IV-classificatiesysteem zijn terug te vinden, maar dit terzijde.

Luymes vraagt zich af of deze uitspraken wel verschillen of dat in de diagnostische term hysterische neurose van de eerste indicator toch veel van het tweede besloten ligt? Ze verzuimt deze vraag helaas te beantwoorden. Diverse elementen uit deze diagnoses doen merkwaardig en wereldvreemd aan. Hoe kom je bijvoorbeeld tot de diagnose: ze mag niet weten, niet voelen en het vooral niet beter hebben dan de vader? Luymes vermeldt vervolgens de bruikbaarheid van het concept hysterische neurose te onderzoeken aan de hand van een casus met onder andere vermoeidheidsklachten. Uitgangspunt daarbij is, aldus Luymes, dat de hysterie niet langer opgevat moet worden als een persoonlijkheidsdiagnose, maar als dynamisch-hysterische verschijnselen (?) en die zouden zich bij uitstek voordoen in een relationele context, niet alleen in de wereld van de patiënt maar ook in de relatie van therapeut en patiënt.

#### De casus

De patiënte (20 jaar) meldt zich aan met faalangst, minderwaardigheidsgevoelens en veelvuldig geïrriteerd worden door haar moeder. Daarnaast komt ze tot niets meer ten gevolge van het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS), ontstaan na de ziekte van Pfeiffer enige jaren geleden (blz. 71).

Na een eerste kennismaking meent de therapeut al diverse elementen waar te nemen waardoor de psychoanalytische diagnose ‘hysterie’ overwogen kan worden. Dirkx & Heuves (2008b) spreken van hysterie wanneer patiënten last hebben van onbegrepen lichamelijke klachten, in de DSM gerubriceerd onder de term somatoforme stoornissen. De klachten zijn niet intentioneel en er is een temporele relatie met stress of ongunstige of traumatische omgevingsfactoren. Welnu, duidelijk is dat er raakvlakken zijn met de DSM-IV-criteria van de conversiestoornis in het bijzonder. Ik ga ervan uit dat ook mevrouw Luymes vanuit dit uitgangspunt vertrekt. Dit even los gezien van het feit dat de term hysterie in het classificatiesysteem van de DSM-IV niet is terug te vinden.

Na de eerste kennismaking is mevrouw Luymes al in staat de

diagnose hysterie te overwegen. Welke argumenten heeft zij daarvoor? Nee, ze heeft niet de diagnostische criteria van de DSM netjes afgevinkt. Ze noemt (op blz. 72):

1. '*Belle indifférence*' De argumentatie die zij daarvoor geeft, luidt: 'Omdat bij de patiënte weinig angst door het chronisch vermoeidheidssyndroom opgeroepen lijkt te worden'. Sommige patiënten proberen met hun ziekte om te gaan zonder hun omgeving al te veel lastig te vallen. Wij noemen dat beschaving. Niet onze deskundige, zij noemt dat een element van hysterie.
2. 'Ze presenteert zich verbaal met humor en levendigheid.' De onderzoeker 'voelt' weinig van de uitputting van de patiënt in het contact. Dit vraagt enige uitleg: zou de onderzoeker kunnen uitleggen welke diagnostische vaardigheden er nodig zijn om uitputting van een derde te 'voelen' en kan zij mogelijk ook uitleggen hoe zij deze welhaast bovennatuurlijke vaardigheid om de uitputting van een ander te voelen heeft verworven?
3. 'Ze geeft aan zich verre te houden van seksualiteit.' Er zijn dus geen seksuele interesses bij een vrouw die zich ten gevolge van vermoeidheid nauwelijks kan verplaatsen.
4. 'Voorts heeft ze iets kinderlijks en naïefs.' Dit zou komen doordat ze in een 'sterk religieuze gemeenschap' is opgegroeid. Zijn ouders met een streng religieus opvoedingspatroon een oorzakelijke factor voor het ontstaan van hysterie? Als dat het geval is dan moet er in dergelijke conservatief christelijke gemeenten veel hysterie voorkomen. Kan de auteur deze opvatting met onderzoeksgegevens ondersteunen? Ons is dergelijk onderzoek niet bekend.

Na deze vier elementen, waardoor onze psychologe, pedagoge en psychoanalytica de diagnose hysterie aan het overwegen is geslagen, vervolgt zij: 'Zelf begin ik deze behandeling ook onwetend'. Het staat er echt. Geen DSM-diagnose, geen behandelplan en een onwetende therapeut. We vrezen het ergste voor onze patiënte. De auteur vervolgt: '... er moet over allerlei ogenschijnlijk onbelangrijke dagelijkse voorvallen en details gepraat kunnen worden zonder een vast spoor te volgen'. En: 'Ik begin vanuit de gedachte dat een langdurige band nodig zal zijn'. Geen woord over het feit dat de patiënte, die gebukt gaat onder een chronischevermoeidheidssyndroom tegenwoordig met een succesvolle, relatief kortdurende behandelingsstrategie een grote kans op verbetering heeft (zie Prins, Van der Meer & Blijenberg, 2006). Onze stafmedewerker van het psychoanalytisch instituut valt ons niet lastig met argumenten waarom van deze effectieve behandeloptie wordt afgezien. Nee, zij begint onwetend een behandeling zonder vast spoor en weet dat 'een langdurige band nodig is'. Zeker even in de kristallen bol gekeken.

We volgen het behandelingsverslag. De hypothese na de intake dat de patiënte geen belangstelling heeft voor seksualiteit lijkt na enkele weken toch te moeten worden bijgesteld. Er blijkt zich een verliefdheid te hebben ontwikkeld. Zoals eerder vermeld cijfert ze zich graag weg voor anderen. Anders gezegd patiënte heeft een mooi karakter. Ze heeft graag iets over voor anderen. Dit wordt door onze pedagoge hard aangepakt: 'haar gedrag zich te willen opofferen en nergens invloed op te mogen hebben' maakt het voor de therapeut begrijpelijk waarom zij zich krachteloos voelt. Ons lijkt dit het kernsymptoom bij een patiënt met een chronischevermoeidheidssyndroom. De therapeute vervolgt: 'Actief zijn is dan toch heel gevaarlijk'. Deze kletsboek wordt door de therapeute een interventie genoemd, een interventie met als doel dat de patiënte haar klachten als een bescherming ziet in plaats van een falen. Ik moet bekennen dat het hier met mij even misging: vermoeidheid als bescherming, vermoeidheid als falen? Kan iemand mij dat uitleggen? Na één jaar therapie is er een voorlopige conclusie: 'Elk basaal en authentiek eigen gevoel moet veroordeeld en vernietigd worden door patiënte uit angst dat het verkeerd is'. Ik heb de zin driemaal overgelezen. Ik had het even moeilijk met me voor te stellen hoe ik mijn eigen authentieke gevoelens zou kunnen vernietigen. Een jonge vrouw die zich vol humor en levendigheid presenteert, aldus de auteur, maar die ondertussen aan het werk is om de eigen gevoelens te vernietigen. Ik probeer het te begrijpen, het lukt me niet. Maar ja, ik ben dan ook geen pedagoog of psychoanalyticus. Gelukkig krijgen we uitleg: het gaat om 'het gevecht tussen de seksen, dat verborgen wordt door de terugname in het lichaam' (blz. 74). Ik krijg het moeilijk, het zweet breekt me uit. Geen belangstelling voor seksualiteit door de chronische vermoeidheid, leek het, maar nu blijkt de vermoeidheid een terugname in het lichaam te zijn van de strijd der seksen. Ik voel mijn klomp breken. Zijn dit teksten van cursisten in een inburgeringscursus die zijn verdwaald in een wetenschappelijk boek over hystérie? Is de drukker de auteur gaan pesten door de woorden willekeurig over de diverse pagina's te verspreiden?

Gelukkig is onze psychoanalytica niet voor een kleintje vervaard. Als zij over seksualiteit praat met de patiënte: heeft ze '... waarschijnlijk meer angst dan ik in het gesprek te zien krijg.' Hoe onze psychoanalytica daar achter is gekomen vernemen we helaas niet. Iets weten over wat niet waarneembaar is, is wel een bijzonder psychotherapeutisch hoogstandje.

In het verslag ontbreken metingen, maar de therapeut vermeldt dat ze geïnteresseerd is in het zichtbaar worden van het proces in deze therapie: ze wacht al die jaren op een andere handdruk (de eerste was week en slap) als een teken dat de vitaliteit ook lichamelijk tot uitdrukking zou komen. Een nieuwe manier van vaststellen van de

effectiviteit van een behandeling wordt hier voorgesteld: iedere zitting even de graad van weekheid van de handdruk vaststellen.

In het vierde therapiejaar krijgt de patiënte een relatie en gaat uit huis. De seksualiteit schijnt in een klap te zijn genormaliseerd. Ook de relatie met haar vader, die zij zag als steun en toeverlaat, brokkelt tot genoegen van de therapeut af. Dat schijnt de bedoeling te zijn, en goed voor de behandeling. Dat de patiënte intussen al samenwoont zou natuurlijk ook het minder frequente contact tussen vader en dochter kunnen verklaren. Na vijf jaar therapie, vlak voor het einde van de behandeling, deelt onze therapeute mede dat chronische moeheid voor het eerst besproken wordt en dit noemt de therapeut een kans om 'het wat meer te integreren'. Lieve psychoanalytica, integreren waarin, waarmee, waaraan? Wordt het geen tijd de patiënte na vijf jaar eens netjes te verwijzen naar een deskundige voor een behandeling met een aangetoond effectieve strategie? Is het te veel gevraagd dat u eens goed naar uw patiënte kijkt? Dan ziet u mogelijk de radeloosheid van dat vriendelijke meisje dat jarenlang, omdat ze zich nu eenmaal gemakkelijk opoffert en wegcijfert, naar die onbegrijpelijke pseudowetenschappelijke prietpraat heeft moeten luisteren.

#### Slot

Wanneer een therapeut een behandeling uitvoert waarbij wordt afgeveken van de professionele standaard en geldende richtlijnen en protocollen moet deze dat kunnen verantwoorden (Ploem & Terwiel, 2010). Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt in het kader van een wetenschappelijk onderzoek, valt deze behandeling onder de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WOM) en moet het onderzoek voldoen aan de eisen van een medisch-ethische toetsingscommissie (METC) en een Informed Consent. Wanneer een dergelijke experimentele behandeling plaatsvindt, valt deze behandeling onder de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO). Wanneer we de hier beschreven behandeling bezien, is het duidelijk dat het hier niet gaat om een wetenschappelijk onderzoek. De behandeling valt dus onder de rubriek 'goed bedoeld pionieren in de zorg' of desgewenst een experimentele behandeling. In dat geval stelt de wet WGBO bijzondere eisen aan de informatieverstrekking aan de patiënt. Naast de algemene in de wet vastgelegde bepalingen over de rechten van de patiënt, zoals geïnformeerd zijn, toestemming verlenen, geheimhouding en inzagerecht dient de patiënt geïnformeerd te zijn over het feit dat er geen wetenschappelijke evidentie voor de behandeling bestaat en ook dat er onvoldoende informatie bestaat over de risico's van de behandeling. Ook moet de patiënt expliciet toestem-

ming geven voor een dergelijke experimentele behandeling (zie ook Ploem & Terwiel, 2010). Bovendien dient de arts (therapeut) alle andere bij de patiënt betrokken collegabehandelaars op de hoogte te stellen van het experimentele karakter van de voorgenomen behandeling

We hopen maar dat onze therapeute de verwijzer en huisarts van de patiënte voldoende heeft geïnformeerd. Zoiets als: 'Ik heb een patiënte met een CVS. Daar bestaat een evidence-based kortdurende behandeling voor, namelijk cognitieve gedragstherapie, die niet door mij wordt ingezet. Integendeel, ik ben voornemens een zeer langdurige behandeling in te stellen. Zoals de therapeut zelf zegt: 'Zelf ben ik in deze behandeling onwetend'.

Ploem en Terwiel (2010) waarschuwen hulpverleners die een dergelijke experimentele behandeling uit willen voeren. Een hulpverlener zal in het licht van beroeps-kwaliteitswetgeving en van rechtspraak extra zorgvuldig te werk moeten gaan. Dit laatste is van groot belang, ook voor onze therapeute. Mogelijk ziet zij in dat ze enig risico loopt in het geval de patiënt of haar familie besluit een klacht te deponeren. In het geval van Sylvia Millecam heeft dit geleid tot veel publiciteit in de media en ernstige tuchtmaatregelen tegen de behandelaars. Ook in de somatische geneeskunde heeft het jaren geduurd voordat charlatans en kwakzalvers werden aangepakt. Het zal niet lang meer duren voordat ook binnen de GGZ het voorbijgaan aan de wetenschappelijke evidentie onder het mom van een geïndividualiseerde aanpak niet langer straffeloos plaats kan vinden.

#### Naschrift

Bij het afronden van deze bijdrage viel mijn oog op een artikel in De Volkskrant (Bruinsma, 2010). De psychoanalyse is met onmiddellijke ingang geschrapt uit het verzekeringspakket. Volgens het College van Zorgverzekeraars (CVZ) is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat de psychoanalyse effect heeft.

Eindelijk, zou je denken. Maar het is nog niet gedaan. In hetzelfde artikel in De Volkskrant lezen we: 'De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten verwijten het college eenzijdigheid, omdat het college alleen heeft gekeken naar de wetenschappelijke bewijzen en niet naar de ervaringspraktijk'. Dames en heren het zweet breekt me uit. Geen wetenschappelijke evidentie maar ervaringspraktijk als pleidooi om door te gaan met wat ik maar weer vriendelijk zal noemen 'goed bedoeld pionieren in de zorg', terwijl voor de meest voorkomende psychische

stoornissen voldoende behandelingen bestaan met wetenschappelijk vastgestelde werkzaamheid.

Zoals uit de motivatie van het CVZ blijkt, bestaat er voor de meest typische vorm van psychoanalytisch behandelen geen wetenschappelijke evidentie. Deze benadering zult u dan ook tevergeefs zoeken in de richtlijnen die op wetenschappelijke evidentie zijn gebaseerd. Van een behandelingsstrategie waarvan in honderd jaar tijd de effectiviteit niet is aangetoond, is de houdbaarheidsdatum intussen verstreken, dunkt me. De vraag is ook hoeveel patiënten nog in behandeling willen wanneer de psychoanalyticus zijn patiënten informeert naar waarheid en overeenkomstig de eisen van de wet inzake de in het Burgerlijk Wetboek neergelegde bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Wanneer zij de behandeling beginnen met de zin: 'Mevrouw, de behandeling die u gaat krijgen zal heel lang duren. Of de behandeling tot verbetering van uw klachten zal leiden kan ik u helaas niet zeggen. Ook weet ik niet zeker hoe groot de kans is dat de behandeling ernstige nadelige gevolgen voor u zal hebben'.

KEES HOOGDUIN

#### *Referenties*

- Bruinsma, J. (2010). Met mevrouw Jansen op de bank bij de psychiater. *De Volkskrant*, 26 maart 2010.
- Dirkx, J. & Heuves, W. (red.) (2008). *Hysterie. Psychoanalytische beschouwingen*. Amsterdam: Boom.
- Dirkx, J. & Heuves, W. (2008). Hysterie. In J. Dirkx & W. Heuves (red.), *Hysterie. Psychoanalytische beschouwingen*. Amsterdam: Boom.
- Luymes, M. (2008). Hysterie interpersoonlijk bekeken. Een behandelingsgeschiedenis gezien vanuit de hedendaagse theorievorming rond het begrip hysterie. In J. Dirkx & W. Heuves (red.), *Hysterie. Psychoanalytische beschouwingen*. Amsterdam: Boom.
- Ploem, M.C. & Terwiel, J. (2010). Experimentele behandeling of medisch-wetenschappelijk onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, 140-142.