

# Psychotherapeutische benadering van epilepsie-cliënten

*door Tanja Baart*

Tot dusver is het vrij ongebruikelijk mensen lijdend aan epilepsie psychotherapeutisch te behandelen: het organisch-cerebrale karakter van deze kwaal inspireert daar ook niet toe. Toch is het degene die aan de ziekte lijdt, en zijn omgeving, gewoonlijk wel bekend dat spanningen in zijn bestaan provocerend kunnen werken op zijn aanvallen. De traditioneel-medische aanpak is farmacotherapeutisch van aard, medicijnen werken snel (zeker in vergelijking met psychotherapie). Toediening ervan vindt zijn rechtvaardiging in het soms levensbedreigende karakter van de aanvallen en de kans op blijvend hersenletsel bij frequente grote aanvallen – met als gevolg stoornissen in de geestelijke en lichamelijke functies van het organisme.

De psychotherapeutische, in mijn geval dus psychodynamische aanpak, kan het evenmin zonder medicijnen stellen, maar tracht in overleg met arts en neuroloog, epileptoloog, deze tot een minimum te beperken. Zij tracht de innerlijke krachten in de mens zodanig te mobiliseren dat een emotioneel evenwicht ontstaat, wat hem opgewassen maakt tegen de normale eisen van het leven, hem vrijmaakt zich te ontplooiën en hem in staat stelt zijn ziekte, in dit geval dus epilepsie, naar de periferie van zijn menselijk bestaan te verschuiven.

Fenichel vergelijkt in 1946 de epileptische aanval met een affect-doorbraak (spell of affect). Een traumatische prikkel, of een normale prikkel die het organisme-in-afgesloten-toestand bereikt, versnelt de actie van een gepreformeed ontladingsyndroom, dat de normale beheersing van het ego over haar bewegingsapparaat doorbreekt. De epileptische toeval kan gezien worden als een soort speciale affect-aanval, die alleen voorkomt bij mensen die daar organisch toe gepredisponeerd zijn. Die predispositie bestaat dan in iemands geneigdheid op bepaalde prikkels te reageren, óf in zijn neiging te reageren op de druk die er van bepaalde ingeklemde

---

T. Baart is verbonden aan de Psychologische Dienst (hfd. dr. C. H. W. van Zijl) van het I.v.E. Zij is bij de Ned. vereniging voor Psychotherapie geregistreerd als psycholoog-psychotherapeut (analytische opl.) en als zodanig in het I.v.E. werkzaam.

spanningstoestanden in hemzelf uitgaat met het voortbrengen van dit archaisch syndroom van explosieve convulsieve ontladingen. Freud stelt in 1929 'dat het er op lijkt alsof dit ontladingsmechanisme klaar ligt om onder heel verschillende omstandigheden aangesproken te kunnen worden, zowel door stoornissen in de hersenactiviteit via ernstige histolytische en toxische aandoeningen, als in het geval van onvoldoende controle over psychische energie'.

Nu hebben we anno 1978 niet zoveel behoefte meer mentale gebeurtenissen te verklaren vanuit het driftenergiemodel. Er worden steeds duidelijker pogingen gedaan psychoanalytische theorieën te herformuleren in termen van 'omgaan met de eigen gevoelens en de mentale activiteiten die daar voor nodig zijn'. Maar wat van het bovengeschetste psychoanalytische beeld van epilepsie mijns inziens overeind blijft, is de observatie dat verschillende soorten stimuli tot epileptische aanvallen kunnen leiden, hetgeen een basis geeft aan de argumentatie, dat naast farmacotherapie psychotherapie erg nodig kan zijn.

We hebben alle reden om te veronderstellen dat een deel van de mensen, die ons Instituut bevolken, de een of andere vorm van psychotherapie nodig hebben om een kans te krijgen hun bestaan beter dan voorheen op te bouwen. Het nu volgende betreft een relatief kleine groep waar ik in mijn psychotherapeutische werk mee te maken heb. Dat is een geselecteerde groep mensen, ik praat nu over de normaal begaafden, die in aanzienlijke mate tot de psychisch zwakkeren behoren, een gegeven dat los staat van hun socio-economische status. Het zijn mensen die zich in hun eigen milieu maar moeizaam handhaven en ertoe neigen hun ziekte onbewust als een excuus te gebruiken om niet aan volwassen levenstaken toe te hoeven komen of om te kunnen falen. Typerende trekken zijn: grote emotionele afhankelijkheid, infantiliteit, lage frustratie-tolerantie, stemmingslabiliteit, narcisme, neiging tot over- en onderschatting van zichzelf, starheid en conventioneel denken. Anders gezegd: deze mensen zijn ik-zwak, bezitten een streng Ueber-Ich, weten met seksuele en agressieve spanningen slecht om te gaan, gebruiken hun fantasieën ter bescherming van zichzelf, niet om zich beter met de realiteit te kunnen verstaan, bezitten gebrekkige contactmogelijkheden, en lijden op een heel diffuse manier aan hun bestaan. Diffuus, omdat hun kwaal, waar ze sterk op gefixeerd zijn door eigen toedoen en dat van hun omgeving, de innerlijke problematiek pleegt te overdekken.

Eerste taak voor de psychotherapeut is ziekte en persoonlijkheid als het ware van elkaar los te weken, wat meteen op stevige weerstanden stuit: hoe naar het lijden aan epilepsie ook wordt gevonden, hoezeer men er bewust graag van verlost zou willen worden, onbewust ligt dat vaak wel anders. Men heeft geleerd de ziekte als een excuus te gebruiken, waar men zich innerlijk achter verschuilt; ze dient voor het in stand houden van de ontkenning van de realiteit, dat men het volwassen bestaan innerlijk niet aankan, ze dient om de patiëntrol in de samenleving te consolideren, voor een

patiënt gelden minder zware aanpassingseisen dan voor een gezonde in onze maatschappij. De ziekte staat dus in dienst van verdedigingsmechanismen als: verdringing, rationalisatie, projectie, verschuiving etc.

Deze eerste fase van confrontatie met zichzelf is vaak een erg taaie, langdurige, het meeste bij mensen die zich in hun eigen milieu koesteren in een beschuttende geborgenheid, het minste bij mensen, die zich duidelijk afgewezen en gedeclasseerd voelen en een sterke behoefte hebben zich alsnog te rehabiliteren, om erbij te kunnen gaan horen. Het idee dat aanvallen ook door innerlijke spanningen kunnen worden opgeroepen, gaat er nog wel in, maar de afhankelijkheidsbehoefte verzet zich tegen het aanvaarden van eigen verantwoordelijkheid, en zorgt ervoor dat het idee dat men er zelf iets aan kan doen wordt afgeweerd. Bovendien komen altijd wel aanvallen voor die zich moeilijk psychisch laten relateren, waarmee de voorzichtig geaccepteerde werkhypothese weer kan worden verworpen.

Daarna komt de fase van de innerlijke ontdekkingen, men krijgt inzicht in de eigen structuur. Het zwakke, narcistische ik, dat afhankelijkheid heeft verkozen in ruil voor eigen identiteit, de strenge gewetensnormen en ideaal-voorstellingen, die eigen onzekerheid en eigen keuzemogelijkheden smoren en nog sterk gekleurd worden door de ge- en verboden uit de vroege jeugd, de geïnternaliseerde primitieve ouderbeelden, en de onmacht met eigen seksuele gevoelens en de eigen agressie om te gaan.

De sterke Ueber-Ich-ontwikkeling blijkt hier zeer blokkerend te werken: seksuele spanningen, die kunnen leiden tot masturbatie, worden geacht aanvallen op te roepen (een fabel die het bij epilepsie-patiënten nog goed doet), angst voor orgastische ervaringen, maar vooral een verbod op het mogen genieten van volwassen intermenselijke relaties (gelukkig komt daar de laatste tijd maatschappelijk een kentering in).

Ook het ik-ideaal heeft het moeilijk, elke aanval maakt een deuk in het beeld van hoe men zou willen zijn in de ogen van zichzelf en de ouders, de omgeving: epilepsie-patiënten lijden aan grote sociale angst (iemand zei eens: ik kom liever onder de trein dan een aanval te krijgen waar andere mensen bij zijn). Anders gezegd: men gaat gebukt onder diepe schaamtegevoelens.

De omgang met de eigen agressie ontmoet eveneens allerlei innerlijke barrières: een woedebui kan overgaan in een aanval, dus kan tot zelfbeschadiging leiden. En de afhankelijkheidsbehoefte is niet gediend met het uiten van boosheid, irritatie, teleurstelling over de verzorging die men ontvangt, dus tracht men de eigen boosheid te ontkennen en te verdringen (ik kom nogal eens mensen tegen, die in hun kinderjaren driftig en ruziezoekerig waren, en dan in hun puberteit dit gedrag gingen afzweren; het kost dan veel moeite hen tijdens het psychotherapeutisch proces weer iets van de eigen boosheid te laten beleven). Constructief geuite agressie, dus voor jezelf opkomen, je capaciteiten ontplooien, betekent het loslaten van de afhankelijkheid, van de patiëntenrol, en kiezen voor een

eigen bestaan dat vaak door verminderde mentale vermogens (tempo, flexibiliteit) maatschappelijk minder kansen maakt.

Dan de derde fase: het doorwerken van de innerlijke problematiek, beter op de realiteit georiënteerde oplossingen vinden in plaats van neurotische onmachtconstructies vasthouden, die in het verleden zoveel winst hebben afgeworpen: consolideren van de patiëntenrol, zelfbeklag zonder verantwoordelijkheidsgevoel voor het eigen bestaan, etc. Dat betekent dus innerlijk afscheid nemen van oude, vertrouwde wijzen van omgaan met zichzelf en de omgeving, en nieuwe gevoelens en ervaringen toelaten, waarmee men nog moet leren omspringen. Ook in deze fase is het verzet vaak groot. Innerlijke veranderingen komen moeizaam en langzaam tot stand. Misschien zijn deze vertraagde veranderingsprocessen – in vergelijking met die bij lichamelijk gezonde, in de maatschappij levende psychotherapie-patiënten – mede traag, doordat het neurologische apparaat emotionele boodschappen moeilijker verwerkt; misschien is de weerstand toch sterk emotioneel bepaald, maar zit ze erg diep, doordat de ziekte al zolang bezit heeft genomen van de persoonlijkheidsstructuur.

Tot slot nog enkele aspecten, die mijns inziens in het bijzonder bij epilepsiepatiënten sterk naar voren komen:

(1) Het omgaan met de dood: de dood wordt ontkend, er is een massieve verdringing van de angst voor de dood, waar een sterke zelfbeschermingstendens achter schuil gaat om niet voortdurend aan het ongewisse van het eigen ziektebestaan te worden herinnerd. De dood van een medepatiënt wordt vaak uiterst laconiek ontvangen, of men raakt totaal uit zijn evenwicht.

(2) Narcisme: Stolorow geeft in 1975 een functionele definitie van dit begrip: 'mentale activiteit is narcistisch in de mate dat diens functie het is de structurele cohaesie, de tijdelijke stabiliteit en de positieve affectieve kleuring van de zelf-representatie te handhaven'. Anders gezegd: het is de neiging om zichzelf te beschermen tegen alles wat het beeld van zichzelf beschadigt. Juist doordat de realiteit een negatief beeld van zichzelf opdringt in vergelijking met anderen, lijkt er een extra neiging te bestaan vast te houden wat men innerlijk heeft, omdat men zich zo zwak en onmachtig voelt, de grootheidsfantasieën uit de vroege kindertijd worden geprefereerd boven de kale werkelijkheid, die ten nadele van het eigen zelfbeeld werkt.

(3) Het plotseling optreden van de aanvallen: men wordt door een aanval overvallen, ook al kondigt de aanval zich van tevoren aan. Psychisch zal dat betekenen dat er nooit een solide gevoel van veiligheid, van vertrouwen kunnen op het functioneren van het eigen lichaam aanwezig is. Een aanval roept dus onveiligheid en sociale angst op, zodat het ego op twee punten op de proef wordt gesteld.

(4) De geringe frustratie-tolerantie. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat de hypothese van een geringe frustratie-tolerantie alleen opgaat voor mensen die door een frustratie in hun narcistisch zelfbeeld worden gekwetst. Mensen, die innerlijk

sterker staan, 'slikken' hun frustraties en gaan weer verder.

(5) De afhankelijkheidsbehoefte, die vaak symbiotisch is gekleurd. De band met het primaire milieu, vooral met de moeder, is vaak zeer sterk, de afgrenzing tussen het eigen ik en het beeld van de moeder is zwak. Een therapeutische complicatie is dat men weinig behoefte heeft de innerlijke roerselen in woorden te uiten: stemmingen worden immers toch wel door de ander gevoeld, 'men kijkt door je heen', met alle gevaren van dien, zo min mogelijk van wat in je omgaat naar buiten brengen, lijkt te verkiezen.

(6) Relatie leggen: de keuze van een partner wordt gelukkig de laatste tijd minder afgeweerd, maar degene die men kiest dient meestal om het eigen ik op te schroeven. Waar dit wederzijds het geval is, ontbreekt vaak de ruimte om bij onderlinge spanningen elkaar eigen, autonome ontwikkeling toe te staan. Vele relaties tussen epilepsie-patiënten dragen een labiel en benauwend karakter. Slaagt men erin de narcistische, op identificatie gerichte partnerkeuze in te ruilen voor een echte object-keuze, dan stijgen de kansen op een bestendig, redelijk gelukkig samenleven. En voor wie geldt dat niet?