



Schakels en zeppelins

Een verslag van twee zeer verschillende workshops op de Dag van de Psychotherapie van de NVP.

Door Monique Leferink op Reinink

De eerste workshop die ik bijwoonde had als titel *De agenda bij langdurig suïcidale cliënten: never confuse movement with action* en werd gegeven door **Roland Sinnaeve**, klinisch psycholoog, onderzoeker en gast-docent bij de KU Leuven en opleider bij DGT-opleidingsinstituut Dialexis.

Hij hield zich aan het congressthema. Wij kregen de eerste drie minuten van een filmpje te zien, een intakegesprek van Sinnaeve met een 46-jarige vrouw die hem vertelde dat zij kwetsbaar was omdat zij een BPS had. Zij zei als achtjarig kind al suïcidaal geweest te zijn omdat zij zich achtergelaten voelde. Sinnaeve stopte het filmpje en vroeg ons hoe nu verder te gaan, welke vraag zouden wij haar vervolgens willen stellen? Het onderzoeken van de reden van haar komst nu en een inschatting van de situatie bleken vooral belangrijk.

De film ging verder en de vrouw vertelde dat zij drie fantastische kinderen had, 23, 21 en 19 jaar, die nu nog thuis woonden, maar op niet al te lange termijn hun eigen leven zouden gaan leiden. Zij kon zich geen leven voorstellen zonder haar kinderen, vond een leven zonder hen doelloos en leeg. Ook bleek dat zij twee suïcidepogingen had gedaan, de eerste keer was ze 13 jaar, de tweede keer 45 jaar oud. Op moeilijke momenten zocht zij vaak haar toevlucht in de alcohol. Zij vertelde na dit gesprek ook direct naar het café te zullen gaan. Opnieuw stopt Sinnaeve de video. Met welke vraag of

opmerking zouden wij verder willen gaan?

Deze aanpak zorgde voor een directe betrokkenheid van de deelnemers.

Geleidelijk aan ontvouwde zich de DGT-aanpak: eerst mogelijke suïcidaliteit en therapie- interfererend gedrag uitvragen, dan zorgen voor een goede behandelrelatie en pas daarna andere zaken bespreken. Sinnaeve zei in de eerste vijf minuten van een gesprek te willen weten wat de levensdoelen van de patiënt zijn, in welk behandelstadium de patiënt zich bevindt en welk behandeldoel prioriteit heeft.

Sinnaeve ziet BPS als een aanhoudende emotieregulatiestoornis, met als oorzaak enerzijds biologische factoren (bijvoorbeeld schade door langdurige stress) en anderzijds een invaliderende omgeving waardoor vaardigheidstekorten zijn ontstaan en een diep geworteld wantrouwen naar zichzelf en anderen.

Fases in de behandeling zijn allereerst stabiliseren, vervolgens de fase van de 'stille wanhoop', waarin de patiënt net genoeg vaardigheden heeft verworven om zich te beheersen, maar zich innerlijk nog wanhopig voelt; een hierop volgende fase waarin de patiënt meer verbondenheid voelt maar zijn/haar leven nog een chaos is en ten slotte de fase waarin het gaat om zingeving van het eigen leven en zelfactualisatie.

Sinnaeve zei dat het effect van de DGT-methode vooral in de eerste fase iets beter blijkt dan andere behandelingen. Dit effect wordt vooral bereikt door het verminderen van levensbedreigend gedrag, het verminderen van therapie-interfererend gedrag en van gedrag dat de kwaliteit van leven sterk doet afnemen. Tegelijkertijd worden door de DGT-aanpak de emotieregulatievaardigheden en de frustratietolerantie vergroot en

aandacht, concentratie en zelfmanagement verbeterd.

In een volgend filmfragment zagen wij een jonge vrouw, net ontslagen uit een psychiatrisch centrum, op de dag van het huwelijk van haar zus worstelen met haar neiging tot automutilatie terwijl er bovendien sprake was van een zeer conflictueuze relatie tussen haar ouders. Uiteindelijk verloor zij haar innerlijk gevecht en zette zij een brandend strijkijzer op haar been. Het filmfragment

Sinnaeve stopte de video van het intakegesprek na drie minuten en vroeg ons hoe wij verder zouden gaan

gaf een goed inzicht in de spanning en innerlijke strijd die vooraf gaat aan zelfverwonding. Sinnaeve vroeg ons naar 'schakelmomenten'. Kun je de keten van gebeurtenissen héél precies in kaart brengen en welke momenten zijn dan de 'schakels', momenten waarop de patiënt andere keuzes kan leren maken? Precisiewerk, uiterst zinvol waar het gaat om het keren van het tij. Iedere schakel genereert immers hoop. Al vroeg ik me in dit geval wel af of de invaliderende omgeving (het geruzie tussen de ouders en de emotionele verwaarlozing) niet de belangrijkste trigger was en eerst of tegelijkertijd aangepakt moest worden.

Duidelijk werd in ieder geval dat DGT met zijn ketenanalyse een zeer pragmatische, concrete en stapsgewijze aanpak is van

complexe problematiek. Daarbij presenteerde de Sinnaeve zijn behandeling op een rustige, weloverwogen manier, uiterst deskundig en betrokken.

Oefenen in viertallen

Van heel andere aard was de workshop van **Joey Stam**, psychotherapeut en psychoanalyticus en werkend in eigen praktijk. Titel van zijn workshop was in het programma *Oog voor de volgende vijf minuten: veldtheorie en open interventies*. In de praktijk bleek de werktitel *Droom de sessie vijf minuten verder*. Stam vertelde dat hij, toen hij vastliep in een therapie, plotseling een zeppelin voor zich zag opdoemen. Hij besloot dit kenbaar te maken aan de patiënt die reageerde met 'weer zo'n project dat niet af is', en de therapie bleek vlot getrokken. Stam vroeg zich af hoe je van tijdens een gesprek opflitsende beelden zinvolle interventies kunt maken en liet zich daarbij onder meer inspireren door de Italiaanse psychoanalyticus Ferro. Stam sprak van 'het *containend* potentieel van dromen en beelden', waarbij deze dromen of beelden zouden ontstaan in een veld tussen de therapeut en de patiënt. Het is volgens hem daarbij moeilijk vast te stellen wat bij wie hoort en waar we ons bevinden in het veld.

Erg leuk was dat de deelnemers gevraagd werd in viertallen te oefenen: therapeut, patiënt, procesbewaker en dromer. Patiënt en therapeut startten een eerste gesprek, de dromer liet beelden ontstaan en concentreerde zich volledig op de stroom beelden, de procesbewaker hielp wanneer het gesprek dreigde te stranden. De patiënt kreeg instructies door middel van een geschreven opdracht. Er bleken uiteindelijk

twee casussen in de zaal te zijn verspreid, een van een volwassen man, een van een meisje.

Zelf had ik eerst de rol van patiënt, in de tweede ronde die van dromer. De patiënt voelde zich niet gewaardeerd, eigenlijk zijn leven lang al niet, terwijl hij er alles aan deed die waardering wel te krijgen. De dromer in mijn groepje zag hierbij een circustent voor zich, waar zoveel stof werd opgewaaid dat je degene die in de piste stond helemaal niet meer kon zien. Ik vond het een origineel en verrassend beeld dat zeker toegevoegde waarde had. Zelf kreeg ik later het beeld van een man die een zwart masker opzette en in het zand ging zitten. Alle beelden van de dromers werden opgeschreven en voorin op een muur geplakt bij de betreffende casus, zodat er bij beide casussen een veelzijdige reeks associatieve beelden ontstond. Nadat deelnemers kennis hadden kunnen nemen van deze opgeroepen beelden, werd ons gevraagd de tweede ronde in te gaan met dezelfde casus, waarbij wij andere rollen hadden.

De oefening gaf grote betrokkenheid en levendigheid. Ik kreeg de indruk dat er veel psychoanalytici in de zaal waren, wat het ook enigszins tot een incrowdgebeuren maakte.

En is het niet altijd al zo geweest dat dromen en beelden een belangrijke rol spelen in een psychoanalytische behandeling of psychoanalyse?

Het gebruik van een droombeeld als mogelijke container is wel een functie die misschien nog niet zo vaak is belicht.