

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
21e jaargang nr. 6, november-december 2005
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

en het

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE**

Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)
Dr. Chris Bervoets, psychiater
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg
Marc Simoens, diensthoofd sociale dienst
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw
Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzjb.be
www.pzolv.be
tel. 050-30 18 00
fax 050-30 18 01



PTC Rustenburg
Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzjb.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050-31 81 65
fax 050-31 08 99

ONTMOETINGEN BINNEN EN BUITEN

HET PSYCHOANALYTISCHE KADER

Trui Missinne

psychologe-psychoanalytica

P.T.C. RUSTENBURG

□ 'Ik zou willen weten of het klopt dat een mens de werkelijk belangrijke ontmoetingen en de beslissende momenten in zijn leven altijd als zodanig herkent op het moment dat ze zich voordoen. Ik zou willen weten of het werkelijk waar is dat je al bij de eerste ontmoeting met de vrouw die in je leven een belangrijke rol zal gaan spelen, onmiddellijk denkt: Aha, daar is ze, daar heb je de ware geliefde!', zo laat Sandor Marai in zijn roman 'Kentering van een huwelijk' het hoofdpersonage Peter zich afvragen, wanneer deze terugdenkt aan het moment waarop hij als jongeling het nieuwe dienstmeisje Judit Aldoza, die veel later zijn tweede echtgenote zal worden, voor het eerst in zijn ouderlijk huis ontmoette.

Is het inderdaad niet een herkenbare ervaring dat sommige eerste ontmoetingen prent kunnen slaan, in het geheugen een onuitwisbare impressie nalaten, alsof in dat ene moment al voorvoeld kon worden wat allemaal met die persoon in de toekomst te gebeuren zou staan? Of is dit alleen maar een romantische illusie, een achteraf bijkleuren van herinneringen?

Wat gebeurt er als moeder en baby elkaar voor het eerst echt in de ogen kijken? Wat zou bij een baby van die eerste ontmoeting met de wereld in zijn onbewuste blijven hangen? Hoe kleuren de allervroegste ontmoetingen binnen het gezin, zijn opgroeien en zijn al dan niet met vertrouwen in het leven staan? En wat gebeurt er als analyticus en analysant elkaar voor het eerst ontmoeten? Wat in zijn geschiedenis maakt dat een analysant voor deze analyticus kiest en niet voor een andere? Wat hebben analyticus en analysant op die eerste afspraak, van elkaars innerlijke wereld weten te registreren? Worden op zo'n moment reeds de kiemen gelegd van een bijzondere, door resonantie gestuurde, intieme communicatie?

Bion schrijft over (eerste?) ontmoetingen: 'When two personalities meet, an emotional storm is created. If they make sufficient contact to be aware of each other, or even to be *unaware* of each other, an emotional state is produced

by the conjunction of these two individuals, and the resulting disturbance is hardly likely to be regarded as necessarily an improvement on the state of affairs had they never met at all. But since they *have* met, and since this emotional storm has occurred, the two parties to this storm may decide to 'make the best of a bad job'.

□ Ik ben in ieder geval geneigd veel belang te hechten aan de allereerste ontmoeting met een 'nieuwe' patiënt. Wat roept het eerste telefonische contact, de kleur van de stem aan de andere kant van de lijn, de eerste verschijning aan de deur van mijn therapiekamer, in mijn innerlijke wereld op? 'Een nieuw gezicht ontdekken is altijd heel spannend maar het kan maar één keer gebeuren.', schrijft Kristien Hemmerechts. Ik wil graag geloven dat ik, in dat allereerste, nooit meer terugkerende moment waarop de patiënt met woorden en met zijn hele wezen zijn levensverhaal en zijn lijden komt vertellen, een uitzonderlijke toegang tot diens ziel krijg. Ik wil graag geloven dat op zo'n moment van emotionele storm waarop onze twee onbewusten tegen elkaar botsen, mijn denken en mijn weten nog geen afwerend scherm kon vormen dat het beeld van onze ontmoeting zou vertroebelen, en dat –ook de analysant- zijn gebruikelijke defensiemechanismen nog niet in werking heeft kunnen stellen.

□ Wat er ook van zij, bij de verdere ontvouwing van een analytisch proces zullen er -tenminste als dat eerste contact niet té sterk of net te weinig destabiliserend is geweest- andere momenten van ontmoeting volgen, meer of minder verrijkend voor analyticus en analysant.

□ Dat analytici zich –samen met Bion?- naar aanleiding van sommige ontmoetingen binnen de therapiekamer kunnen vinden in Freuds uitspraak dat psychoanalyticus zijn, evenals ouder zijn, tot de onmogelijke beroepen behoort, wekt wellicht weinig verbazing. Aan psychotherapie doen betekent immers bereid zijn, zich dag in dag uit, te confronteren met een meer dan gemiddelde dosis lijden. Patiënten brengen ons onvermijdelijk in het bijzonder met de tragische dimensie van het leven en de donkere kanten van ons mens zijn in aanraking. Ferro gaf ooit op een studieweekend van de BVP. in Brussel de raad om als psychoanalyticus voldoende vakantie te nemen ten einde te kunnen ontgiften na een overmatige blootstelling aan bèta-stralingen. Aan psychotherapie doen vraagt veel angst, agressie, verwarring, ambivalentie, vreemdheid en niet-weten verdragen. Het houdt ook in dat we niet verzaken aan onze overtuiging dat het leven de moeite waard is geleefd te worden, ook

al is het vaak, en dat al van bij het allerprilste begin, lastig. Daar komt nog bij dat we als psychotherapeut moeten accepteren dat keer op keer personen uit ons leven verdwijnen, waarmee we –soms voor enkele maanden nav. een opname in Rustenburg bijvoorbeeld, of niet zelden gedurende vele jaren tijdens een psychoanalytisch proces- een weliswaar ongewone maar tegelijkertijd intieme band zijn aangegaan. Dit kan soms –ook voor de analyticus- een rouwen meebrengen.

□Maar de kans om telkens weer nieuwe figuren met onvermoede, vaak bont gekleurde innerlijke werelden en met de meest aparte levensverhalen tegen te komen, is dan weer een erg aantrekkelijke en verrijkende dimensie van dit vak. Patiënten dagen ons voortdurend uit om niet te verstarren, om authentiek, fris, creatief, aanstekelijk en levendig te blijven. Zich niet defensief afsluiten voor hun wereld versterkt het besef dat er niet één maar veel waarheden omtrent het leven bestaan en dat vele andere levenskeuzes dan de onze een optie kunnen zijn. Het zich voldoende veilig weten om mee op verkenning te gaan in al die onderwerelden, kan ons soms verrassen met ongekende, vreemde, niet vermoede kanten van onszelf die zo alsnog tot leven kunnen komen.

□En wat met de patiënt? Bion's uitspraak zou je kunnen laten vermoeden dat het, ook voor de analysant, lang niet zeker is dat de ontmoeting met de analyticus een verbetering van zijn emotionele huishouding garandeert. Kunnen er toch 'verzachtende omstandigheden' ingeroepen worden die pleiten voor het aanbieden van een dergelijke ontmoeting? Wat kan het 'botsen tegen' een analyticus tot een andersoortige ontmoeting maken dan alle andere uit het leven van de analysant en tot een verrijkende, constructieve ervaring? Ik raak slechts even enkele elementen aan.

Dat de analyticus zich vreemd gedraagt, anders dan alle andere mensen uit het gewone, dagelijkse leven van de analysant, staat buiten kijf en is, hoewel soms sterk bekritiseerd door de analysant (en zijn achterban) een goede zaak. Het schijnbaar asociaal gedrag van de analyticus wekt verwarring en vervreemding. Er is de paradox van de intieme afstandelijkheid. De analyticus geeft de analysant een hand en verdwijnt vervolgens uit het zicht, om daar drie kwartier later weer voor korte tijd in terug te komen. Op vragen van de analysant antwoordt hij meestal niet. Hij zegt nauwelijks iets over zichzelf en 'luistert alleen maar' eenzijdig naar wat de analysant te vertellen heeft. Vanuit de patiënt maar ook vanuit het binnenste van de analyticus is er dan ook een

voortdurende druk om zich ‘gewoner’ te gedragen, spontaner, geruststellender, minder gereserveerd, niet zo raar (Ladan, 2005).

Maar juist het weerstaan aan die druk om normaler en minder abtinent te doen, biedt de patiënt de kans iets nieuws te ervaren. Het maakt mogelijk dat de voor hem onbewust gebleven patronen van omgaan met zichzelf, de anderen en de wereld aan het licht worden gebracht. Ladan schrijft dat de patiënt uiteindelijk zal gaan beseffen dat een belangrijk stuk rouwarbeid er voor hem in zal bestaan, te gaan realiseren hoezeer deze ongewone relatie iets biedt dat hij voor de analyse onvoldoende gehad heeft en na de analyse vermoedelijk nooit meer zal krijgen.

□ Wat een patiënt tot patiënt maakt, zo stelt Verhaeghe (2005) in dezelfde lijn, is precies het gegeven dat hij er wonderwel in slaagt, bij anderen steeds dezelfde reacties op te roepen. Ook in de relatie met de analyticus zal hij ongewild zijn pathologie proberen te herhalen. De analyticus zal voor een heilzame ontmoeting kunnen zorgen in de mate dat hij erin slaagt de hem toegeschreven rol, niet zonder meer en niet zonder er zich bewust van te zijn, op te nemen. Zoniet zorgt hij voor een zoveelste herhaling, voor een kopie van de vroegere ontmoetingen uit het leven van de patiënt. De abtinentieregel houdt precies in níet samen te vallen met die rol, niet mee te gaan in wat de patiënt van hem verwacht, niet de hem vertrouwde en dus bevrediging schenkende reacties te geven (afwijzend en geprikkeld reageren, troosten...). Juist vanuit dit niet zomaar meespelen, vanuit het zich niet zomaar laten opleggen van de keuzes die de patiënt ooit maakte, kan de bestaande, tot verstarring leidende structuur duidelijk worden en beweegbaar.

Voorwaarde hiertoe is wel dat de analyticus - dankzij heilzame ontmoetingen met zijn leeraanlyticus? -, voldoende in het reine is gekomen met zijn eigen kwetsuren en gevoeligheden en in voeling weet te blijven met zijn eigen onbewuste. Daardoor vermijdt hij dat zijn eigen geschiedenis ongeweten blijft nabranden en blind en storend interfereert met die van de analysant.

□ Maar misschien zijn dit vooral speculaties en wishful dreaming over de ontmoeting van de analysant met zijn analyticus, bekeken door de ogen van deze laatste. Wat vertellen analysanten zelf over hun ervaringen in de therapiekamer? Blijkt dat zij na een geslaagde psychoanalyse op de vraag wat ze geloven dat hen veranderd heeft, geneigd zijn vooral twee kerngebeurtenissen te herinneren: enerzijds de sleutelinterpretatie(s) die hun intrapsychisch landschap herschikte(n) en anderzijds de speciale momenten van echt contact met hun psychotherapeut die de relatie tussen beiden wezenlijk veranderden

en daardoor ook het zelfgevoel van de analysant. De reacties suggereren verder dat veel therapieën mislukten of voorbarig stopten, niet omwille van onjuiste of niet geaccepteerde interpretaties, maar wel omwille van gemiste kansen tot authentieke ontmoeting.

□ Vanuit deze niet te miskennen feedback is er een stroom binnen de psychoanalyse ontstaan, die de kracht tot groei en verandering die deze ‘moments of meeting’ klaarblijkelijk in zich dragen, van binnenuit wilde begrijpen.

Zo zijn Stern et alii (1998) vanuit recente studies over de moeder-baby interactie en vanuit theorieën over de werking van de hersenen, tot de overtuiging gekomen dat interpretaties eerder therapeutische verandering teweeg brengen in het domein van de expliciete, verbale, declaratieve kennis. ‘Moments of meeting’ daarentegen zouden volgens hen het relationele, impliciete, niet-gedachte weten over de wijzen van zijn met anderen herorganiseren. Deze door Stern en zijn collega’s voorgestelde dichotomie is allicht voor enige discussie vatbaar. Maar het neemt niet weg dat hun benadering heel wat waardevolle en boeiende gedachtegangen bevat.

Baby’s blijken sprongetjes in hun ontwikkeling te maken naar aanleiding van specifieke ‘ontmoetingen’ met hun verzorger. Deze bijzondere momenten van afgestemd zijn op elkaar ondersteunen bij het kleine kind zijn toenemend vertrouwen in de wereld en zijn groeiende capaciteit om in interactie met anderen te treden (bijvoorbeeld wanneer de nog net te verdragen spanning, opgebouwd vanuit een wild, alsmar meer exciterend spel tussen moeder en peuter uitmondt in een ontlading, doordat beiden tegelijkertijd en spontaan uitbarsten in een schaterlach). Op dezelfde manier zullen volgens Stern et alii de bij de analysant impliciet opgeslagen, niet voor het bewustzijn toegankelijke patronen en schema’s van zich verhouden tot anderen (bijvoorbeeld welke affectieve opstelling leidde vroeger tot toenadering van de verzorger en welke tot verwerping en afwijzing) door bijzondere momenten van resonantie met de analyticus, overhoop gehaald worden en in een nieuw ontstane context herschikt. Zo’n interactief moment dat de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie overstijgt, vangt dan als het ware de subjectieve ervaring van een plotselinge verschuiving in het onbewuste relationele weten bij analyticus en analysant, tenminste als het door beiden erkend werd. Het behoort tot het meesterschap van de analyticus om dergelijke unieke kansen tot micro-omwentelingen op te merken en vast te grijpen. Nu-momenten, die momenten van ontmoetingen aankondigen, zijn op voorhand niet in vorm noch in tijd te voorspellen. Ze zijn affectief ‘heet’ en hoogzwanger van een onbekende toe-

komst. Door in deze onwennige en onverwachte intersubjectieve ruimte in resonantie met elkaar authentiek, persoonlijk en -niet gepland- anders dan op de gebruikelijke manier te reageren, kunnen analyticus en analysant deze nu-momenten laten worden tot momenten van ontmoeting en reorganisatie van de psyche.

Uiteraard hoeven interpretatie en ontmoeting als kansen tot groei niet met elkaar in concurrentie te treden. Ze zijn complementair en kunnen elkaars heilzame werking versterken. Een begenadigd analyticus beseft heel goed dat een steriele interpretatie, hoe knap ook vanuit theoretisch en technisch oogpunt, veel minder kracht tot herschikking van de innerlijke wereld van de analysant in zich draagt, dan wanneer hij erin lukt dat 'iets meer' in zijn duiding te leggen. Misschien kan een interpretatie dan een moment van ontmoeting worden of kan aan zo'n moment van ontmoeting een vruchtbare interpretatie toegevoegd worden.

□ Recent ben ik aan patiënten op de drempel van hun afscheid uit Rustenburg gaan vragen, of zij op papier zouden willen zetten wat ze vermoeden dat hen 'later' van hun verblijf in ons centrum zal bijgebleven zijn. Benieuwd of en welke ontmoetingen hierbij zullen oplichten...



Literatuur

Bion, W. R. (1979). Making the best of a bad job. In *Clinical Seminars and Four Papers*. Abingdon, England: Fleetwood Press, 247-257.

Ladan, A. (2005). Over vreemde liefde en liefde voor het vreemde. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 1, 50-61.

Stern, D. et alii (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. *Int. J. Psychoanalysis*, 79, 903-921.

Verhaeghe, P. (2005). De essentie van de psychotherapie vanuit een psychoanalytisch perspectief. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2, 109-118.

HOE NIEUW ZIJN ANTI-EPILEPTICA ALS STEMMINGSTABILISATOREN BIJ PSYCHOSEN ?

Redgy Termote
psychiater

PZ ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE

□ Pas halfweg de jaren '90 werd in de internationale literatuur gewag gemaakt van stoffen die lithium konden vervangen in de behandeling van bipolaire stoornissen. Eerst valproaat (Depakine) en daarna ook carbamazepine (Tegretol). Toevallig of niet betreft het anti-epileptica, die van dan af ook stemmingsstabilisatoren werden genoemd.

□ Vooral valproaat wordt nog steeds naar voor geschoven omwille van de goede tolerantie in monotherapie. Volgens sommige auteurs nog altijd beter verdragen en even effectief als de hedendaagse atypische neuroleptica op het gebied van stabiliseren van bipolaire stoornissen. Eveneens wordt bij valproaat gewezen op een breder spectrum van responders in vergelijking met lithium. En op dezelfde doeltreffendheid als lithium in acute manische toestanden. Al zal hier nog het best gecombineerd worden met neuroleptica.

□ Dertig jaar geleden, zeg maar tussen 1975 en 1982, werden echter aan de Gentse universiteitskliniek vele tientallen mensen met manisch – depressieve stoornissen of met schizoforme beelden succesvol behandeld met valproaat en carbamazepine.

□ De toenmalige hoogleraar Ernst Verbeek kwam tot de vaststelling dat hij een psychosengroep kon omschrijven, die beter reageerde op deze middelen dan op neuroleptica. Middelen die tenslotte degelijke anti-epileptica waren, waardoor hij jammer genoeg deze psychosengroep “epileptische psychosen” noemde. En daardoor zowat alle neurologen van Vlaanderen tegen zich in het harnas joeg (in Nederland kreeg hij wel wat bijval uit de hoek van enkele neurologen).

Volgens Verbeek hoefde het EEG-onderzoek overigens niet gestoord te zijn. Maar cruciaal werd het psychologisch testonderzoek, dat uitgevoerd na de acute toestand, zowel tekenen vertoonde van een adhesieve pool als van lichtere cognitieve stoornissen. Adhesief (kleverigheid, omslactigheid) en cognitief (in de zin van persevereren, traagheid, concentratiestoornissen) werd in verband gebracht met een toen nog opgang makend epileptisch karakter. Als voorwaarde voor een juiste diagnose werd steeds gesteld dat de anti-epileptica (de tegenwoordige stemmingsstabilisatoren) binnen de 7 tot 10 dagen moesten “aanslaan”. Met nadien eventueel nog verfijning van de dosering en alleszins nog minimum 2 jaar inname.

Ter illustratie geef ik hier een drietal casussen weer uit een artikel van mijn hand en daterend van februari 1979 (n.a.v. een huisartsencolloquium in 1978). Na de specialisatie was ik in die periode nog 7 jaar als psychiater en supervisor verbonden aan de universiteitskliniek te Gent.

De eerste casus klasseerde ik in het artikel onder “schizoforme beelden”, met volgende omschrijving. “Significante verschillen met de schizofrenie komen pas bij meer nauwkeurig psychiatrisch onderzoek aan het licht. De epilepticus blijft toegankelijker, vriendelijker en coöperatiever. Het affectief contact is warmer en de onderzoeker krijgt nooit een echt praecoxgevoel.

De voor het stellen van de diagnose van schizofrenie zo belangrijke, door Kurt Schneider beschreven symptomen van eerste rang (de hele reeks van buitenaf komende, opgedrongen, ik-vreemde belevingen) ontbreken nagenoeg steeds. De wanen, ook al zijn ze bedreigend, treffen de patiënt niet zo overweldigend. En van het creëren van een eigen wereld, zoals bij de schizofrenielijder, is hier evenmin sprake”.

Patiënt C:

36-jarige, gehuwde man met één dochter. Sterke belasting met epilepsie in de familiale anamnese.

Sinds de leeftijd van 19 jaar één melancholische en vier maniforme opstoten met opnamen in een psychiatrische instelling. Eenmaal een schemertoe-stand met drie dagen durende fugue en partiële retrograde amnesie. Maart 1977 lichte commotio cerebri. Begin juni 1977 grand mal aanval.

Opname op 09/06/1977 met een schiziform beeld. Het paranoïde uit zich in de vorm van vervolgings- en vergiftigingswanen. Naar omstandigheden redelijk affectief contact. Geen afwijkingen bij EEG-onderzoek en bij andere investigaties naar organiciteit. Onmiskenbare epileptische stoornissen vastgesteld door psychologisch testonderzoek. Na behandeling met Tegretol 4 x ½ tabl. dd., Rivotril 2 x 1 mg dd. en Luminal 100 mg 's avonds, verdwijnt het psychotisch beeld na enkele weken en blijft een psychopathisering met typische epileptische persoonlijkheidskenmerken bestaan.

□ De tweede casus hoorde thuis onder de “maniforme syndromen”. Waarbij ik als verduidelijking schreef: “de manische patiënt met zijn eufore stemming, zijn talrijke ontremmingen en grootheidsideeën, zijn zelfingenomenheid, zijn bemoeizucht, verhoogde afleidbaarheid en inproductiviteit, kan uiteindelijk een epileptielijder blijken te zijn. Vooral wanneer hij meer dysfoor dan geprikkeld naar voor komt. En nagenoeg zeker wanneer daarenboven door breedsprakerigheid en kleverigheid zijn gedachtenvlucht, met het typische van de hak op de tak springen, afgeremd wordt en zijn afleidbaarheid minder opvallend wordt.”

Patiënt E:

42-jarige gehuwde man met één kind. Opname op 10/02/1977 nadat het gedrag van patiënt de voorafgaande dagen dermate uit de hand was gelopen dat de werkgever zomaar vrijaf had gegeven. Ondertussen reed patiënt opgewonden met zijn auto rond, onderwijl voortdurend met de lichten signalen gevend en met de radio op volle sterkte. Vooral religieuze ideeën van uitverkorenheid en cosmische geluksbelevingen kleurden het beeld. Patiënt was overactief, maar inproductief, en sliep of at nagenoeg niet meer.

Bij opname helder bewustzijn en normale oriëntatie. Hoegenaamd niet de humoristische indruk van een echte manielijder, ook weinig wendbaar, eerder persevererend en vooral irriterend.

Persoonlijke en familiale anamnese zonder belangrijke gegevens. EEG-onderzoek binnen de normale grenzen. Onder Depakine enteric 3 dd en Tegretol 4 x ½ tabl. dd., volledige stabilisatie na enkele weken. Op psychologisch testonderzoek aanwijzingen voor epileptische stoornissen.

□ Een derde casus tenslotte werd geklasseerd onder de atypische psychosen, in dit geval een extatische psychose.

Patiënt F:

37-jarige ongehuwde man. In de voorgeschiedenis twee psychotische opstoten (december 1975 en juli 1976) vrijwel overeenkomstig de huidige psychotische toestand. Een broer is op 22-jarige leeftijd overleden aan een status epilepticus.

Opname op 10/4/1977. Helder bewustzijn. Hij ziet de paus en de aartsbisschop omgeven door fel wit en rood licht verschijnen. Hij hoort van hen de opdracht om een nieuwe kloosterorde te stichten en om duivels uit te drijven. Hij neemt zwavelgeur waar en loopt blootsvoets rond in de kliniek. Op zijn kamer zit hij lange tijd op zijn knieën te bidden, onderwijl gehallucineerde personen en objecten zegenend.

Op EEG-onderzoek komen enkele epileptische grafo-elementen voor. Het psychologisch testonderzoek bevestigt de diagnose epilepsie. Het acute beeld verdwijnt volledig na behandeling met Depakine 3 dd en Tegretol 4 x ½ tabl dd. Ontslag uit de kliniek op 11/05/1977.

Besluit

Mogelijk klinkt de vermelding “typische epileptische persoonlijkheidskenmerken op psychologisch testonderzoek” dertig jaar later als een vloek. Maar herstel onder valproaat (Depakine) en carbamazepine (Tegretol) was toen al een feit. Opvallend is overigens hoe men nu eerder valproaat in monotherapie en in hogere dosissen zou vooropstellen. Terwijl er toen meestal gecombineerd werd met voornamelijk Depakine en Tegretol (in tabletten van respectievelijk 300 mg en 200 mg).

Mijn oorspronkelijk artikel uit 1979 bevat nog andere casussen. De drie gekozen voorbeelden voor dit artikel zijn echter niet toevallig. De link met bipolaire stoornissen is hier zeker in de eerste twee gevallen aanwezig. Waarvoor vaak de voorbije tien jaar wereldwijd nagenoeg dezelfde geneesmiddelen werden aangewend als dertig jaar terug te Gent.

Literatuur

Termote R.: De epileptische psychosen.
Tijdschrift voor Geneeskunde, 35, 229. 1979.

VERBEEK, E.: Epilepsie, vroeger en nu.
Tijdschrift voor Geneeskunde, 35, 223. 1997.