

DEPRESSIE EN WAARDEVERLIES VIKTOR FRANKL EN STEMMINGSSTOORNISSEN

I
Pieter Hoekstra

Het navolgende wil niet pretenderen een uitputtend of concordant overzicht te zijn van Viktor Frankl's denken over stemmingsstoornissen of zelfs depressie in een engere zin; het is hooguit een dwarsdoorsnede van zijn werk op het trefwoord 'depressie'. Daarin mag het representatief geacht worden. Hier en daar heeft deze bijdrage het karakter van een bundeling van aforismen, geordend op thema. Het sluitstuk van dit paper zal daarom bestaan uit een compacte concluderende samenvatting op deze caleidoscoop van brokstukjes uit zestig productieve jaren. Het eerste deel van deze doorsnede wordt in het volgende nummer van het Bulletin besloten met een paragraaf 'Logotherapeutische benadering bij Depressie', de genoemde conclusie en een literatuurlijst. Naast Frankl zijn er ook anderen binnen de existentieel analytische school die gepubliceerd hebben over depressie. In het bijzonder noemen we hier de poging tot systematisering van Frankl's werk door dr.E. Lukas in haar 'Lehrbuch'.¹

¹ Lukas, Elisabeth: Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden, 1998.

Daarnaast:

Kompodium der Logotherapie und Existenzanalyse: Bewährte Grundlagen, neue Perspektiven. Hrsg. v. Wolfram Kurz u. Franz Sedlak. 1995. ISBN: 3-9803664-1-3

Enkele titels in de Logotherapeutische literatuur betreffende 'depressie':

-Claudio Garcia Pintos (1993). What is behind depression among the elderly? Logotherapy and the treatment of geriatric depression. In Journal des Viktor Frankl Instituts, Vol. 1, No. 2, fall, pp. 27-37.

- James E. Lantz (1985). Reduction of depression in relatives of schizophrenic clients. The International Forum for Logotherapy, Vol. 8, No.2, Fall/Winter pp. 94-96.

- Manoochehr Khatami (1989). From depression to self-esteem. Pursuit of meaning. The road to self-esteem and social conscience. The Proceedings of the Seventh World Congress of Logotherapy. Institute of Logotherapy Press, Berkeley, CA.

- An additional article on despair was written by Marian Wolicki on despair in the Forum for Logotherapy in 1987.

Zoals in het voorgaande al gesteld, gebruikt Viktor Frankl in zijn oeuvre dat in de tijd ruim zes decennia omvat, vaak niet de termen uit de vigerende classificaties, zoals wij die kennen vanuit de DSM-IV(-TR) en de ICD-10. Soms ontstaat dan het beeld dat bij Frankl en in de Existentieel Analytische psychotherapie bepaalde psychopathologische aandoeningen niet naar voren komen of onvoldoende belicht worden. Inderdaad komt niet elke aandoening in dezelfde mate in beeld. Het feit dat - ideologisch - het ook nimmer om de aandoening, maar altijd om de mens of 'der geistige Person' gaat mag niet als serieus argument gebruikt worden om eventuele lacunes te verbloemen. De vraag die wij ons gesteld hebben is hoe en waar Frankl wel spreekt over de stemmingsstoornissen, waarbij we ons beperken tot de depressieve stoornissen. De bipolaire stoornissen, stemmingsstoornissen door een somatische aandoening en stemmingsstoornissen door een middel laten wij vooralsnog grotendeels buiten beschouwing.

Depressieve stoornissen zijn door de tijd zeer verschillend benoemd en beoordeeld. Alleen al in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw zijn er duidelijke verschuivingen waarneembaar sinds de eerste uitgaven van de *International Classification of Diseases* - ICD-* (v.a.1948) en de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-* (v.a.1952). De dominantie van het begrip 'neurose' in de diagnostiek van de eerste helft van de 20^{ste} eeuw is nog prangender. Viktor Frankl heeft beide tijdvakken als psychiater / neuroloog / psychotherapeut meegemaakt; ergo: ervaren en mede bepaald.

Het is daarmee geen sinecure adequaat in kaart te brengen hoe en waar Viktor Frankl in ruim zestig jaren spreekt over depressieve stoornissen, volgens DSM-IV geclassificeerd als 296.2x Depressieve stoornis, eenmalige episode; 296.3x recidiverend; 300.4 Dysthyme stoornis; 311 - NAO. Daar komt bij dat Viktor Frankl de vraag naar de 'zin' of 'betekenis' in het bestaan als een fundamentele notie in zijn benadering naar voren brengt. De naam die hij geeft aan zijn eigen vorm van psychotherapie kenmerkt deze keuze: Logotherapie. Deze moeilijke term, door velen filosofisch, theologisch en psychologisch verkeerd verstaan, betekent volgens Frankl zelf: 'betekenis', waarbij de Logotherapie zich richt op de betekenis van het menselijk bestaan als het streven van de mens naar een dergelijke betekenis. Volgens de Logotherapie is dit streven naar de zin van z'n leven 'de primaire motivatiekracht waarover de mens beschikt.' (*De Zin van het Bestaan*, p.123). Andere betekenisconnotaties die het Griekse woord logos oproept zijn: 'meetellen', 'rekenschap afleggen', 'rekening houden met', 'motivering', 'motief' enz. Elk van deze connotaties mogen wij in onze overwegingen meenemen

om het logos-begrip nader in te vullen. In afgeleide zin kan men er nog de filosofische en theologische begrippen aan toevoegen; ook daartoe biedt Frankl de ruimte. Het begint evenwel bij de vraag naar betekenis van de ene mens. Wanneer de betekenis in het bestaan voor deze enkele mens zoek is, dan functioneren de interpersoonlijke relaties en metafysische concepten verminderd coherent. Deze uitweiding mag aannemelijk maken dat de psychopathologische (sub)kenmerken welke Frankl uitwerkt de, op zich waarde vrije classificatiesystemen van de ICD-* en DSM-* overstijgen of daaraan 'nevenschikkend' zijn, omdat deze opgeroepen of gecreëerd worden vanuit zijn antropologische vooronderstellingen, maar niet los staan van een gefundeerde diagnostiek, zoals deze tegenwoordig overeengekomen is in de genoemde classificatiesystemen.

LOGOTHEORIE - DIMENSIONELE ONTOLOGIE - EXISTENTIEEL ANALYTISCHE ANTROPOLOGIE

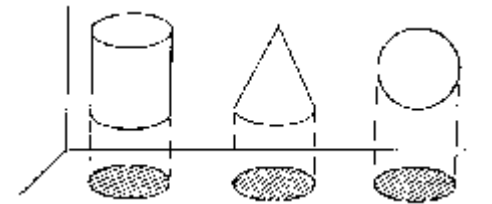
We ontkomen er niet aan in een omvattend verhaal betreffende Frankl's benadering van depressie de achterliggende filosofie of voorliggende 'prolegomena' te benoemen.

Een eerste vraag of de Logotherapie, als de 'Derde Weense school', de eerdere Weense scholen en andere stromingen binnen de psychotherapie vervangt of uitsluit, is door Frankl telkenmale ontkennend beantwoord. De eigenheid van de Logotherapie is primair gelegen in de antropologische filosofie en onontkoombaar vloeien daar nadrukken en zelfs technieken in de behandeling uit voort. De paradoxale intentie en de dereflectie zijn daarvan de bekendste.

Fundamenteel is evenwel dat elke therapie zich hoort te baseren op een diagnose en wel op een differentiaaldiagnose. De mens is een wezen dat deel heeft aan drie dimensies. Dit beeld wordt door Frankl ontleend aan de fenomenologische methode. De eerste dimensie is een lichamelijke, het somatische, het organische; vervolgens is er de psychische en -het in het Nederlands moeilijk te vertalen- 'seelische', dit laatste dan in de engere betekenis van het woord. De derde dimensie omvat het 'geistige' - ook dit woord is in het Nederlands moeilijk te vertalen, omdat ten onzent woorden als 'ziel' en 'geestelijk' onlosmakelijk met het religieuze of metafysische te maken hebben.² In de Duitse

² Vanuit de Joodse achtergrond valt e.e.a. misschien beter te verklaren. De ziel is in de Joodse theologie/filosofie namelijk

wereld geldt dit in veel mindere mate. Wij gebruiken daarom bij voorkeur de term 'authentieke persoon'. Frankl acht de 'geistige' dimensie overigens de specifiek humane dimensie - de menselijke dimensie in strikte zin. (*Im Anfang war der Sinn*, S.7)



Afbeelding 1

Frankl probeert de dimensionele ontologie aan de hand van de bovenstaande afbeelding uit te leggen. Of, zoals hij in zijn lezingen vaak deed, hij verklaart dit model van het 'zijn' aan de hand van het drinkglas, dat op elk spreekgestoelte hoort te staan. Als we het licht van boven op het glas laten vallen, is de schaduw een cirkel; van opzij blijkt het een rechthoek te zijn. Op het moment dat we deze vormen als projecties van het glas herkennen zijn ze compatible. Wij zullen niet op het idee komen dat een glas samengesteld is uit een rechthoek en een cirkel; zo moeten

verbonden aan het bloed. Bloedvergieten is dan de ziel van een levend wezen nemen (mens én dier). Het is hier dus de levenskracht en vitaliteit van - in dit geval - de mens. Mens en dier hebben in deze lijn dus beide een ziel. Wat de mens onderscheidt van het dier is het hebben van een geest - bij Frankl de derde dimensie. In de Grieks-christelijke traditie is er het onderscheid tussen psyche en soma - in het christendom vertaald met ziel en lichaam, waarbij de ziel de plaats van het onsterfelijke heeft toegewezen gekregen. De drieslag voor een helder debat moet dan ook zijn: geest - ziel - lichaam. Waar bij Frankl niet geldt dat hij de 'geistige Person' ondubbelzinnig eeuwigheidswaarde toekent. Ook dat zou niet passen binnen het Joodse gedachtegoed, volgens de Rabbijnse traditie is elke geest (of ziel) geschapen en derhalve niet eeuwig in de strikte zin van het woord. Viktor Frankl bedrijft geen theologie, maar psychologie/psychotherapie. Daarom mag op die manier geen metafysica van hem worden verwacht; wél metapsychologie; deze is onmiskenbaar filosofisch naar haar aard - waarbij de vak-filosofie zich telkens de vraag stelt naar haar eigen metafysisch karakter. Daarom zijn de verschillende menswetenschappen nooit zuiver te scheiden of zelfs te onderscheiden.

we ook niet van de foute redenering uitgaan dat de mens een samenstelsel is van lichaam, ziel en geest. Omgekeerd: in het lichamelijke, psychische en geestelijke gaat het om dimensies van mens-zijn. Het 'geestige' mag dan niet de enige dimensie zijn - maar het is dus wel de eigenlijk menselijke dimensie. En hierin komt juist het geheel-menselijke in beeld, namelijk de lichamelijk-psychisch-geestelijke eenheid en heelheid.³

De persoon is een individu en ondeelbaar; deze laat zich niet verder onderscheiden of opdelen, juist omdat ze eenheid is. De persoon is echter niet alleen individu, ze is ook insummabel; dat betekent dat de persoon niet alleen ondeelbaar, maar ook niet versmelgbaar is. En wel daarom niet, omdat ze niet alleen eenheid, maar ook heelheid is. Het psychische en het fysieke - en vergelijkbaar daarmee het somatische - gaan in de mens een innige eenheid aan; wat op geen enkele wijze betekent dat eenheid aan eigenheid gelijk is. Het betekent alleen dat het psychische en somatische één en hetzelfde zijn. De psychologie laat - boven het fysieke, het fysiologische of biologische en het psychologische - geen verder bereik gelden. De psychologie - en waar deze in zijn ogen tekortschiet spreekt Frankl over een 'Psychologismus' - richt zich vaak slechts op de somatisch-psychische eenheid van de mens en mist dan het 'Geistige' - volgens Frankl het 'tertium datur'. Ook een zeer innige psychosomatische eenheid van de mens betekent nog niet zijn heelheid. Tot het laatste behoort veeleer het noëtische, het 'Geistige' "insofern wesentlich hinzu, als der Mensch ein zwar nicht nur, aber im Wesen geistiges Wesen darstellt und die geistige Dimension für ihn insofern konstitutiv ist, als sie (zwar nicht die einzige, aber dafür) die eigentliche Dimension seiner Existenz repräsentiert, mag man nun dieses Geistige im Menschen phänomenologisch als seine Persönlichkeit oder anthropologisch als seine Existentialität umreißen." (*Logotherapie und Existenzanalyse* S. 63-64)

Bij de endogene depressie hebben we te maken met een psychofysieke gemoedstoestand; want het psychische en fysieke zijn gelijkgeschakeld. Hand in hand met de psychische depressie gaan de somatische anomalieën van menstruatie, afscheiding van maagsappen e.d. De mens

³ Wij kiezen bewust voor het enigszins archaïsche woord 'heelheid', omdat daar het woord 'geheel' en 'helen', in de zin van genezen beide in voorkomen. Het is een omvattender begrip dan compleetheid o.i.d. Een dergelijk begrip doet tekort aan het door Frankl bedoelde: de persoon is geen optelsom van de drie delen of dimensies, maar juist een levend geheel.

is voor Frankl melancholisch met de maag, huid en haren, met lijf en ziel, maar niet met zijn geest. Het is meer het psychofysieke organisme dat geprikkeld wordt, niet de 'geestige Person', die op die wijze niet aangetast kan worden. Derhalve: dat de ene mens zich van z'n endogene depressie distantieert, terwijl de ander zich er in laat vallen, ligt oorzakelijk niet aan de depressie, maar aan de 'geestige', of authentieke persoon. Dit kenmerkende zich optillen boven de situatie van de persoon noemen we in de existentiële analyse de 'Trotzmacht des Geistes', ofwel, vrij in het Nederlands vertaald: de trots, de fierheid van de mens; soms zelfs zijn koppigheid. Zo staat tegenover het psychofysieke parallelisme een psychonoëtisch antagonisme. (*Logotherapie und Existenzanalyse* S.62)

Het Griekse woord logos, waaraan de Logotherapie haar naam ontleent, betekent niet alleen 'de zin' of 'de betekenis', maar verwijst ook naar het 'Geistige' - als in Frankl's 'geestige Person'. In het 'Geistige' tracht de Logotherapie de mens -daarom ook de zieke mens- te volgen. Als we gekomen zijn tot de fenomenologische driedeling van de menselijke dimensionomie, moeten we ook onderscheid maken tussen de '-geneses' van de pathologie. We onderscheiden dan een somatogenese, een psychogenese en een noögenese. De depressie is nu bij uitstek het voorbeeld om deze dimensionele ontologie inzichtelijk te maken. De endogene depressie is volgens Frankl een mooi voorbeeld van het dimensionele onderscheid tussen somato- en noögenese, waaraan de existentiële schuld letterlijk ten grondslag ligt. Er is een verschil tussen de *zieke* mens ernstig te nemen en de *ziekte* letterlijk te nemen: dat de endogeen-depressieve patiënt existentieel en altijd schuldig meent te zijn, is pathognomonisch, maar niet pathogeen; het is iets dat behoort tot de symptomatologie van de depressie, maar niet tot de etiologie. Sterker: Het is belangrijk dat de therapeut verder gaat en een pathogenese van de existentiële schuld ontkent. Zo moet de therapeut niet bereid zijn de endogeen-depressieve patiënt existentieel schuldig te verklaren, wanneer deze hem de vermeende oorzaak van zijn ziekte voorhoudt. Het is immers typerend voor de depressieve patiënt om de meest absurde zelfverwijten over zich heen te roepen. Na een voorbeeld van verblinding bij gebruik van een pupil-verwijdend middel (bijv. belladonna en cocaïne) komt Frankl tot de volgende conclusie: 'Nicht anders aber liegen die Verhältnisse im Fall der im Gefolge endogen depressiver Erkrankung nur krasser zutage tretenden, an sich jedoch allem Dasein als solchem bereits innewohnenden Existenzschuld: sie ist nicht die Ursache endogen depressiver Erkrankung; sondern die

Kraßheit ihres Zutagetretens - die Absurdität der Selbstvorwürfe - die Lautstärke der Gewissensstimme: bei alledem haben wir es immer schon mit Wirkungen zu tun", und zwar mit den Wirkungen einer *Hyperakusis des Gewissens*.' (Der leidende Mensch, S.24-25) Deze mens lijdt aan een super-gehoor of overgevoeligheid van het geweten. In die lijn horen we de woorden van Frankl waar hij bij deze patiënten spreekt over een 'begrijpelijke en schijnbaar gerechtvaardigde vertwijfeling' vanuit de depressie. Uiteindelijk, stelt hij, is elke vertwijfeling afgoderij (vergötzung), omdat het de verabsolutering van één enkele waarde is, ook al is het nu in het negatieve en komt zo niet overeen met onze moderne gedachten over idolatrie, waar wij spreken over idolen. De verabsolutering werkt trouwens ook van de andere kant, namelijk in de 'bewijslast': we kunnen stellen dat iemand die vertwijfeld is, daarmee al verraad dat hij iets 'verafgoot' heeft. Hiermee wordt verraden dat hij ergens iets dat slechts relatief waardevol is, tot een absolute waarde verabsoluteert. Door de vertwijfeling verraad de 'verafgoding' zich niet alleen, maar wrekt zich tegelijk. Frankl nuanceert dit ogenschijnlijk causale verband, want met het voorgaande is nog niet gezegd, dat elke verabsolutering van een relatieve waarde oorzakelijk moet leiden tot een neurose; of dat elke neurose terug te voeren is op één relatieve waarde. Niet elke vertwijfeling is pathogeen en niet iedere neurose is noögeen. (Logotherapie und Existenzanalyse S.124-125)

Deels zijn bovengenoemde gedachten rechtstreeks terug te leiden tot het zogenaamde 'psychiatrisch credo' van Viktor Frankl. De term is van de auteur zelf. "Ich sagte, wenn es nicht so wäre, daß die geistige Person auch noch hinter der Verbarrikadierung durch die Psychose vorhanden wäre, wenn auch noch so sehr zu expressiver und instrumentaler Ohnmacht verurteilt, wenn es also nicht so wäre, daß die geistige Person vom Psychophysischen her wohl störrisch ist aber nicht zerstörbar, dann stünde es nicht dafür, Psychiater zu sein. Denn wenn die geistige Person nicht ausgespart bliebe von all dem psychophysischen Verfall, wenn sie vielmehr selber dasjenige wäre, was da affiziert ist, für wen sollten wir denn dann noch Arzt sein? Seelenarzt zu sein, kann uns nur dann dafürstehen, solange wir es sein dürfen nicht für den psychophysischen Organismus, sondern für die geistige Person, die gleichsam darauf wartet, daß sie vom psychophysischen Handikap durch uns befreit werde. Nun aber muß ich noch mein zweites Credo sprechen: Gäbe es nicht den fakultativen psychonoetischen Antagonismus, gäbe es somit nicht eine Möglichkeit, die geistige Person der Psychose als psychophysischer Krankheit gegenüberzutreten zu

lassen, so wären wir niemals imstande, eine Psychotherapie bei Psychosen durchzuführen,' denn nur soweit wir mit jenem fakultativen Antagonismus rechnen dürfen, nur soweit können wir auch auf Erfolg rechnen. Mit anderen Worten: überhaupt nur dann, wenn das erste Credo auf Wahrheit beruht, steht es dafür, Seelenarzt zu sein, und überhaupt nur dann, wenn das zweite Credo Gültigkeit besitzt, bin ich imstande, Seelenarzt zu sein. Die geistige Person befindet sich wesentlich jenseits aller psychophysischen Morbidität und Mortalität; wäre dem nicht so, so möchte ich nicht Psychiater sein: es wäre sinnlos. Und die geistige Person ist wesentlich dasjenige, was sich aller psychophysischen Morbidität entgegen zustimmen vermag, und wäre dem nicht so, so könnte ich nicht Psychiater sein: es wäre nutzlos." (Der leidende Mensch S.152-153)

De authentieke persoon is voor Frankl dus onaantastbaar voor de psychopathologische aandoeningen. Zou dat niet het geval zijn, dan zou er in de persoon geen aansluitingspunt zijn om tot genezing te komen.

De verleiding voor mede- en tegenstanders is groot om de antropologie van Frankl te trekken in de richting van een (pseudo)metafysica of godsdienstig systeem. Want is de vraag naar 'zin' of 'betekenis' een wetenschappelijke of uiteindelijk een metafysisch/religieuze vraag? Frankl maakt evenwel duidelijk onderscheid tussen theologie en psychologie; of pastoraat en psychotherapie. Hij onderscheidt 'Seelenheil' en 'seelische Heilung'.⁴ Frankl antwoordt dat godsdienst een psychotherapeutische werking kan hebben, maar geen psychotherapeutische doelstelling. Omgekeerd kan en mag de psychotherapie geen religieuze doelstelling hebben. Onder bepaalde omstandigheden kan de psychotherapie echter wel een religieuze verandering⁵ of verdieping ten gevolge hebben. Feit is volgens Frankl dat we steeds weer zien dat mensen in de loop van het therapeutisch proces religieuze wortels of bronnen terugvinden in zichzelf, dit ondanks het feit dat de therapie niets met godsdienst te maken heeft en er over religieuze

⁴ Consequent doorgevoerd zouden we moeten stellen dat bij 'seelische Heilung' niet zozeer de 'ziel', zoals in het eerder genoemde 'zielenheil' geheeld moet worden. De 'geistige Person' wordt in het genezingsproces aangesproken en betrokken om op psychisch (de ziel) en somatisch niveau genezing te bewerkstelligen - voor zover dat mogelijk is.

⁵ Frankl gebruikt hier het woord 'Wandlung', wat tevens 'consecratie' of 'transsubstantiatie' betekent.

vragen überhaupt niet gediscussieerd wordt. De doelstellingen binnen de theologie en de psychologie zijn immers verschillend van aard.

In de 60^{er} jaren stelt Frankl nogal scherp, zoals hierboven genoemd, dat de godsdienst uit is op 'zielenheil' (Seelenheil); de psychotherapie (dus ook de Logotherapie) daarentegen wil geestelijke gezondheid (seelische Heilung). In zijn latere werken vinden we deze stelling sterker genuanceerd. Frankl zoekt de 'godsdienst' meer in de persoon die zichzelf daaraan verbindt; voor hem is het niet in de eerste plaats in de kerkelijke organisatie. Godsdienst ontstaat voor hem op grond van existentiële ervaring, emotionele ontwikkeling etc. en natuurlijk niet in een luchtledige, maar verbonden aan onze achtergrond. In z'n scherpte heeft het bovengenoemde aforisme zijn eigen schoonheid en betekenis.⁶ De godsdienst komt met betrekking tot de zin-vraag bij de neurosen-therapie in beeld. Als we afzien van de -afgerond- 80% fobieën en dwangneurosen die uit onderzoeken blijken, en we ons richten op de overige 20%, dan praten we over vertwijfeling en depressie, aldus Frankl. Deze 20% worden door hem noëgene neurosen genoemd. Dat zijn door zin-frustratie beheerste neurosen, die niet voortkomen uit conflicten tussen 'Ich', 'Es' en Über-Ich (Freud), of uit de minderwaardigheidsgevoelens (Adler). Hier betreft het: uit een gevoel van zinloosheid resulterende neurosen. Voor Frankl is wel duidelijk dat de gelovige mens eerder - of beter: gemakkelijker een 'zin' of 'betekenis' in het bestaan kan ontdekken dan de mens die deze religieuze bagage niet heeft. Hierbij moet worden aangetekend dat uiteindelijk iedereen in staat is de zin in en voor het eigen bestaan te ontdekken. Als kanttekening bij deze, voor de godsdienst, positieve noties wijst Frankl nog wel op Hans Küng, die aangeeft dat in bepaalde omstandigheden de

⁶ De scherpte van de tegenstelling tussen 'Seelenheil' en 'Seelische heilung' dient verstaan te worden vanuit de zwaar beklemtoonde Rooms-katholieke structuren in het Oostenrijk van die jaren. In de Rooms-katholieke traditie heeft de kerk de heilsmiddelen (sacramenten) ter beschikking om gelovigen absolutie te verlenen en het zielenheil te bevorderen. Recentelijk heeft de Rooms-katholieke kerk haar posities overigens nog weer onderstreept. In de Nederlandse situatie geldt deze strenge scheiding in mindere mate, omdat de overwegend protestantse cultuur, waarbij ook de Rooms-katholieke kerk protestantse trekken ontwikkeld heeft en zelfs wel eens gesproken wordt van 'calvinistisch Jodendom', de kerken veel minder pretenties hebben met betrekking tot een onderwerp als 'zielenheil'.

kerk soms meer bijgedragen heeft aan 'zins-crisen', dan zij kan genezen. (*Im Anfang war Sinn* S.37-38)

Fundamenteel is voor Frankl, zoals eerder gezegd, dat elke therapie zich baseert op een diagnose en wel op een differentiaaldiagnose. Dat geldt daarom ook voor de Logotherapie. In de aanloop naar de ontwikkeling van de logotherapie en existentiële analyse - als grondslagen voor Logotherapie en Existentieel Analytische psychotherapie - is Frankl zelf begonnen in de biologische psychologie, aldus prof.dr.G. Guttman, hoogleraar experimentele psychologie aan de Universiteit van Wenen, in het voorwoord op 'Logotherapie und Existenzanalyse - Texte aus Sechs Jahrzehnte'. De experimentele psychologie boeide Frankl in die mate, dat hij in 1949 te Wenen hierin promoveerde. Het feit dat, naast het noëtisch en het psychologisch niveau, het biologische terrein niet vergeten mag worden, is voor Guttman in Frankl's eigen ontwikkeling daarom al duidelijk. Het feit dat hij al in 1939 zijn werk 'Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen' publiceerde versterkt dit alleen nog maar. In het 'Kompodium der Psychopharmakotherapie' van Pöldinger wordt Frankl als een van de eersten aangehaald, die gunstige behandelingsresultaten bij angstig/gespannen depressiviteit met glycerine behaalde. In dat naslagwerk wordt Frankl als een van de pioniers van het kalmeringsmiddelen-onderzoek neergezet. Verderop zullen we nog zien van hoe groot belang Frankl het biologisch model en de farmacotherapie acht. Hiervoor geen oog hebben in het diagnostisch en therapeutisch proces is een kunstfout van de behandelaar.

DEPRESSIE ALS PATHOLOGIE

De term 'endogeen' die we bij Frankl tegenkomen is verouderd (*W. Vandereycken: Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, Houten 1997, p.176*) want, los van een toegenomen kennis van de rol van neurotransmitters bij stemmingsstoornissen, is duidelijk dat ook psychische en sociale factoren altijd een rol spelen in de etiologie. De mogelijkheid dat een depressie echt volledig 'endogeen' kan zijn wordt tegenwoordig praktisch uitgesloten. Cullberg spreekt nu over een vitale depressie (*Johan Cullberg: Moderne psychiatrie. Baarn, 1995, p.377 + 389*), als een depressief beeld waarbij het biologische/lichamelijke aspect overheersend is. De DSM-IV kent bij de diagnose depressieve stoornis de specificatie 'Met melancholische (vitale) kenmerken', hierbij wordt verder niet ingegaan op de oorsprong van de genoemde kenmerken. (*DSM-IV, American Psychiatric Association: Beknopte*

handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV. Lisse 1995, p.238/239). Dit gesteld hebbende zullen we voor de coherentie het door Frankl gebruikte begrip blijven gebruiken, met de aantekening dat de eigenheid van Frankl's benadering op een ander vlak -of fraaier: in een andere dimensie- steekt.

Om de terminologie van Frankl te begrijpen moeten we nader ingaan op het gebruik van dit gecompliceerde woord 'endogeen' in zijn werken. Dan ontdekken we dat *Endogeen* bij Frankl staat tegenover *exogeen*. De endogene neurose/depressie wordt onderscheiden van de *collectieve neurose* en van de *kunstfout* van de behandelaar welke door de patiënt als zeer belangrijk wordt ervaren. In het laatste geval spreken we van een iatrogene neurose.

Zoals hierboven aangegeven gaat het bij Frankl, net als bij Freud, in de nomenclatuur veel meer over de neurose als verzamelgebied, waarin wij op basis van de huidige diagnostische criteria een belangrijk deel van de depressies herkennen. Dit geldt in ieder geval voor de niet-endogene depressie, waarbij Frankl al heel vroeg uitgaat van gemengde depressievormen, in die zin dat vanuit de endogene of somatogene depressie als opzetstuk ook nog een psychogene depressie groeit.

Als definitie van 'endogene depressie' geeft Frankl in een verklarende woordenlijst de volgende omschrijving: 'endogene depressie, een in de psychiatrie onderscheiden type depressie van aangeboren c.q. psychotische aard, dit in tegenstelling tot het reactieve c.q. neurotische type depressie, welke milder van aard, meer fluctuerend, meer situatiegebonden zijn. Over de classificatie van depressie bestaat (nog) weinig overeenstemming.' (*De Vergeefse roep om een zinvol bestaan [The unheard Cry for Meaning], p.156*) Met deze laatste opmerking geeft Frankl onze probleemvraag betreffende de nomenclatuur duidelijk weer.

Een endogene depressie is somatogeen, deze komt als het ware van binnen uit en wordt dus bepaald door erfelijke en biologische factoren. Depressie kan dus heel goed een organische oorzaak hebben. Of deze nu biochemisch is, of dat de erfelijkheid een rol speelt is minder relevant. In zo'n geval moet de therapie zich in ieder geval ook richten op het lichamelijke, somatische en het biochemische. Farmacotherapie is daarom noodzakelijk en het is een kunstfout de patiënt die in een endogeen-depressieve fase zichtbaar leidt, de zegeningen van de moderne farmacotherapie te onthouden, aldus Frankl. (*Im Anfang war der Sinn, S.7*)

Vooruitgrijpend op de paragraaf 'zelfmoord bij depressiviteit' kunnen we in het kader van de definities de volgende omschrijving uit 1949 weergeven. Frankl geeft daar de volgende -niet-encyclopedische-

beschrijving van *endogene depressie*. 'Het is bekend dat deze stoornis dikwijls een erfelijke ondergrond heeft en dus: de endogene depressie 'groeit' als het ware vanuit een specifieke psychofysieke aanleg. Deze aanleg is erfelijk - maar ook niet meer dan dat. Want wat niet erfelijk is, is de manier waarop iemand met zo'n aanleg in het reine komt.' In het laatste deel van deze omschrijving zit het eigene van Frankl: wat de bagage van een mens dan mag zijn, zelf maakt deze mens de keuzes hoe dit zijn/haar leven bepaalt. Vervolgens haalt hij, zonder bronvermelding, een onderzoek aan van Kallmann. Laatstgenoemde vond onder 2.500 tweelingen elf (acht twee-eiige en drie een-eiige) gevallen waarin een van de twee zichzelf gemiddeld zeventien jaar geleden had omgebracht. In geen enkel geval begingen beiden zelfmoord. De schrijver stelt vast dat suïcide door beide tweelingen zelfs niet bij die tweelingen voorkomt die in hetzelfde milieu opgegroeid zijn en die overeenkomstige karakters en psychosen laten zien.

Frankl spreekt als aangehangen opmerking bij de tweede druk van de 'Metaklinische Vorlesungen' (1949¹, 1984²) expliciet over het onderscheid tussen endogene en neurotische depressie: 'Als we aannemen dat paranoia soms samengaat met een *overdosis aan betekenis*, dan vormt zo'n overdosis niet de oorzaak van de psychose maar is veeleer een symptoom. Zo wordt ook een andere vorm van psychose, de aangeboren -endogene depressie- soms in verband gebracht met een *tekort aan betekenis*. De blindheid van de patiënt voor betekenis wordt echter niet veroorzaakt door zijn depressie, maar is er een symptoom van. Natuurlijk geldt deze stelling slechts voor dit speciale type van (endogene) depressie die op de keper beschouwd net zozeer een organische oorzaak heeft als de paranoia, zij het op een ander aangrijpingspunt. Eenvoudiger uitgedrukt: de patiënt die lijdt aan een *endogene* depressie wordt door zijn psychose verhinderd om enige zin te ontdekken in het leven, terwijl een patiënt die lijdt aan een *neurotische* depressie misschien depressief is geworden omdat hij geen zin in het leven kon ontdekken. Het feit blijft dat het allereerste begin van een psychose op één of andere manier van biochemische aard is.' (*De onvoorwaardelijke mens; Metaklinische Colleges, p.102*).

Frankl onderscheidt hier 'oorzaak' en 'gevolg' bij de verschillende vormen van depressie. Aan de ene kant de vorm(en) van depressiviteit die verbonden zijn aan fysiek aanwijsbare oorzaken - door Frankl nog als 'endogeen' benoemd - en aan de andere kant depressiviteit welke voortkomt uit een psycho-sociale constitutie, hier wordt de term 'neurotisch' door Frankl gebruikt. De Logotherapie in enge zin zal zich

juist met het laatste aspect in het bijzonder bezighouden, daar het hier gaat om het door Frankl benoemde 'tekort aan betekenis'. Tegelijk benadrukt Frankl de andere kant van het gelijk door het diagnostisch evenwicht te bewaren tussen de verschillende oorzaken van depressiviteit. Toch blijft juist de betekenis-vraag, ofwel de logos, voor Frankl het door de psychotherapie stiefmoederlijk behartigde thema.

In het voorgaande spreekt Frankl resp. over de overdosis en het tekort aan betekenis en over oorzaak en gevolg. In zijn meest bekende boek, 'De zin van het Bestaan', spreekt hij op vergelijkbare en vergelijkende wijze over de oorzaken en gevolgen. Het beeld van de zandbank blijft bij velen hangen. Als de oorzaken van 'neurosen' ('De zin van het bestaan' is immers al in 1946 geschreven) worden gewoonlijk beschouwd: complexen, conflicten, trauma's enz. Dikwijls zijn dit evenwel niet meer dan neurotische symptomen. Na deze stelling grijpt Frankl naar de genoemde vergelijking: een zandbank die bij eb zichtbaar wordt, is bepaald niet de oorzaak van het lage getij, maar het lage getij is de oorzaak van het feit dat de zandbank zichtbaar wordt. En, concludeert Frankl retorisch, wat zou melancholie anders zijn dan een emotioneel laag getij? Evenzo zijn schuldgevoelens die zo duidelijk op de voorgrond treden bij 'endogene depressies' (niet te verwarren met neurotische depressies), niet de oorzaak van dergelijke depressies. Het tegendeel is waar, omdat dit emotioneel lage getij dergelijke schuldgevoelens slechts aan de oppervlakte van het bewustzijn doet verschijnen, of deze slechts naar voren brengt. Afgezien van constitutionele factoren, hetzij van somatische, hetzij van psychische aard, schijnen terugkoppelingsmechanismen zoals anticiperende angst tot de belangrijkste pathogene factoren te behoren die neurosen kunnen veroorzaken. Naar aanleiding van een bepaald symptoom ontstaat een fobie, de fobie activeert het symptoom en het symptoom versterkt op zijn beurt de fobie. (*De Zin van het bestaan*, p.156)

Frankl wil zover gaan dat hij kan spreken van een 'totaal ziek zijn van het psychofysicum', maar constateert 'dat het steeds ook om een zekere stellingname van de persoon van de zieke gaat'. (*De Onvoorwaardelijke mens, Metaklinische Colleges* p.92/93./*Der leidende Mensch*,² S.148) De authentieke persoon - of de onbepaalde mens (unbedingte Mensch) is hierin dus niet begrepen. Het is de geestelijke of authentieke persoon van de zieke die in gesprek gaat met het psychofysieke proces, en deze stelt zich teweer tegen depressie. Hij re-ageert op de ziekte. Dat is dus reactief; niet pro-actief en niet creatief. Deze laatste twee fundamentele noties worden in de ziekte opgegeven. Die manier van omgaan met depressiviteit heeft weinig tot niets te maken met aanleg, laat staan iets

met het psychofysicum, maar is uiteindelijk gefundeerd in de vrijheid en daarmee dus in de verantwoordelijkheid van de geestelijke persoon: die persoon kun je het aanrekenen. Als er iets is dat op de geestelijke persoon lijkt en vanuit die geestelijke persoon volgt, dan is dat wel de concrete persoonlijke manier waarop iemand in het reine komt met de endogeen depressieve aanleg; bovendien is dat dan ook een persoonlijke verdienste. (*De onvoorwaardelijke mens, Metaklinische colleges*, p.96/*Der leidende Mensch* S.152).

WAT IS DEPRESSIE?

We hoorden dat Frankl nog spreekt over endogene depressies. Zoals we in de vorige paragraaf aangaven staat *endogeen* bij Frankl tegenover *exogeen*. Endogeen betekent, volgens hem, in die samenhang somatogeen. Zulke depressies mogen psychogeen ervaren worden, maar zijn biochemisch bepaald en zelfs erfelijk aangelegd. Tot het ziektebeeld van de endogene depressie hoort, dat de patiënt zichzelf voor waardeloos en het leven voor zinloos houdt. Tegenover een endogeen-depressieve 'Sinnfindungsstörung', welke wij vrij vertalen met een stoornis in het vinden van betekenis in het bestaan, zal een zin-gecentreerde psychotherapie als de Logotherapie in zichzelf geen vooruitgang brengen. Voor zulke gevallen bestaat er een speciale Logotherapie, zoals Frankl die beschrijft in zijn 'Theorie und Therapie der Neurosen' en in 'Psychologie in der Praxis'. Deze Logotherapie werkt niet toe naar het repareren van de zin-oriëntering van de patiënt, maar is medisch in de strikte zin van het woord. In geval van endogene depressie kunnen we namelijk niet buiten een farmacotherapeutische benadering. Dit na te laten is medisch/therapeutische immers een kunstfout. Zoals boven al vermeld, wordt vanzelfsprekend verondersteld dat de arts de differentiaal-diagnostische criteria kent en een endogene depressie kan onderscheiden van een psychogene of noögene depressie. Hetzelfde geldt voor psychosomatische aandoeningen, waarvan een groot deel zich blijkt te uiten als gemaskeerde endogene depressie. Bijna tegen de verwachtingen van sommige aanhangers van Frankl's Logotherapie stelt Frankl, onder aanhaling van de Amerikaanse psychiater Fritz A. Freyhan, dat er een vergaande biologisch-fysiologische etiologie van de endogene depressie bewezen is. Ten aanzien van psychosomatische aandoeningen evenwel meent hij, dat ook de onderzoeken van het verband tussen levenservaringen en het doorbreken van ziekten tot nu toe geen bewijs voor overwegend psychogenese opleveren. Deze constatering lijkt Frankl bij te stellen met de opmerking dat uit de onderzoeken blijkt dat er eerder van een *geringe* invloed van live-events

en leefomstandigheden uitgegaan moet worden. (*Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, S.25-26)

Viktor Frankl is in de eerste plaats bekend geworden als de psychiater die naast een farmacotherapeutische aanpak, juist de psychotherapeutische benadering beklemtoonde en wel in het bijzonder de zin-georiënteerde Logotherapie. Een kenmerkend voorbeeld van deze gecombineerde aanpak vinden we terug in zijn dissertatie uit 1949 - in concept al tien jaar eerder gereed; in de tweede wereldoorlog verloren gegaan; in het kamp opnieuw geschreven en na de oorlog uitgewerkt. Frankl schrijft: Een patiënte, - een zeer intelligente lerares, - was wegens een recidiverende endogene depressie in de kliniek opgenomen. Door het organische karakter van haar ziekte werd een opiumkuur geïndiceerd, zodat de eerste therapie somatisch gericht was. Op een dag trof haar behandelend arts haar in een buitengewoon huilerige toestand aan. Na een kort gesprek bleek dat de depressie van dat moment helemaal niet endogeen, maar psychogeen was, dus als geheel een psychogene component had. De patiënte huilde er namelijk om dat ze zo huilerig was. De depressie had zichzelf als het ware voortgeplant. Toevallige psychogene componenten hadden zich bij de endogene factoren gevoegd. De actuele depressie had endogene factoren als object en was er dus een reactie op. Omdat deze ontstemming reactief was, bleek nu een aanvullende therapie de aangewezen weg, namelijk een psychotherapie gericht op de psychogene componenten. Men gaf de patiënte de raad haar depressieve stemmingen zoveel mogelijk te negeren en vooral gepieker vanuit- en over de depressie te vermijden, omdat haar gepeins zwartgallig zou uitvallen. Zij kreeg het advies de depressie voorbij te laten trekken - als een wolk die voor de zon schuift en hem aan onze blikken onttrekt. Echter, evenals de zon blijft bestaan. Dat geldt ook als we de zon op een bepaald moment niet zien. Ook dan blijven ook de waarden bestaan, wanneer een door zijn depressie waarde-blind geworden mens de zon op een bepaald ogenblik niet ziet. Toen echter de patiënte psychotherapeutisch tot een gesprek gebracht was kwam haar geestelijke nood naar buiten. Zij onthulde zelf de vermeende armoede en vermoede zinloosheid van haar bestaan - het bestaan van een mens die zich door het lot, in dit geval de recidiverende depressies, gehandicapt voelt. Nu werd de indicatie om van de psychotherapie in de meer beperkte zin van het woord over te schakelen op de Logotherapie, omdat de patiënte moest leren inzien hoezeer juist het bestaan van dergelijk noodlottige terugkerende ontstemmingstoestanden geschikt is om de mens, die vrij is om geestelijk positie te kiezen tegenover psychische processen, tot de enige juiste

houding te komen, namelijk: een verantwoordelijke levenshouding, ondanks innerlijke moeilijkheden. Met andere woorden, zij moet komen tot de verwerkelijking van 'instellingswaarden'. Na verloop van tijd leerde de patiënte niet alleen *ondanks* haar ontstemmingstoestanden de persoonlijke opgaven van haar leven te onderkennen, maar ook in deze toestanden een opgave te zien er innerlijk mee klaar te komen en erboven te staan. Na deze existentieanalyse - want iets anders was het tenslotte niet - kon zij, ondanks haar endogeen-depressieve fasen, een leven leiden dat verantwoordelijkheidsbewuster en zinvoller was dan voor de behandeling - en waarschijnlijk een zinvoller leven dan wanneer ze niet ziek was geworden en geen behandeling nodig had gehad. (*Medische zielzorg*, p.73-74)

In zijn boek over de Neurosenleer bespreekt Viktor Frankl de 'psychische pathogenese' en de daaraan verbonden 'psychische pathoplastiek'. Psychogeen zijn de inhouden van bijvoorbeeld een waanidee. Frankl spreekt over verschillende vormen van pathoplastiek, waarin hij de individuele en de collectieve psychoplastiek onderscheidt. Naast een persoonlijke pathoplastiek is er voor Frankl tevens een personale pathoplastiek. Zoals vaker tracht Frankl, in het onderscheid tussen psychose en depressie, beide te verhelderen. Boven al het individuele en persoonlijke uit, zegt Frankl in het kader van de personale pathoplastiek, kan worden aangetoond, dat de psychose meer is, dan een louter ziektebeeld; psychose is boven alles een manier en een mogelijkheid om mens te zijn. In eigen woorden kunnen we dus zeggen dat Frankl de psychose als een overlevingsstrategie ziet - al is het een vorm van provisorisch leven, een term die we bij Frankl ook tegenkomen. Wat betreft de endogene depressie leert de daartoe ontworpen existentiële analyse dat deze depressie op zichzelf, als morbus, niet meer of minder voorstelt dan een vitale baisse, meent Frankl ons met een woordspeling te kunnen verduidelijken. De daar aan lijdende mens echter: wat is hij - als wát heeft juist de existentiële analyse hem voorgesteld? vraagt Frankl zich af. De mens is een wezen dat voor z'n 'zijn' en 'moeten' verantwoordelijk is. Eerder hebben wij geleerd dat de existentiële spanning door de endogeen-depressieve mens op een specifieke wijze in verhoogde mate beleefd en ervaren wordt. De vitale baisse op zichzelf zou niets anders oproepen dan een vaag gevoel van tekort schieten. Dat de betreffende mens zich echter niet alleen maar verstoort als een aangeschoten dier, maar dat hij ook nog zijn insufficiëntie beleeft als schuld tegenover zijn omgeving; tegenover zijn geweten en zelfs ten opzichte van God, ligt al niet langer aan de morbus van de endogene

depressie. Dat vormt de eigen 'bijdrage' van die mens aan zijn ziektebeeld. Deze houding beantwoordt aan en ontspringt uit een gesprek tussen het menselijke in de zieke en het zieke in de mens. Het overstijgt de vitale baisse en de psychosomatose. Waarmee wij dan te maken hebben is veeleer een persoonlijke toevoeging, iets 'persoonlijks en als zodanig dus iets dat transmore is. De persoon is immers geestelijk (geestige Person), en als zodanig voorbij ziek en gezond. (*Theorie und Therapie der Neurosen* S.57-58)

In de endogene depressie wordt de mens-eigene spanning tussen 'Sein' en 'Sollen', ofwel tussen 'zijn' en 'moeten' in versterkte mate beleefd en ervaren. Wat de patiënt in z'n 'zijn' z'n 'móeten' schuldig blijft, neemt hij onder de vergrotende en beeld-verwringende loop van zijn endogene depressie. De afstand tussen 'zijn' en 'moeten' wordt beleefd en ervaren alsof er een onoverbrugbare kloof tussen zit. In zichzelf is deze spanning tussen 'zijn' en 'moeten' - de existentiële spanning (Daseinsspannung) - onoplosbaar en niet op te heffen, zolang de mens bij bewustzijn is, blijft z'n 'zijn' z'n 'moeten' schuldig. Het is echter niet zo dat de verhoogde existentiële spanning, deze tot een afgrond verdiepte zijns-afstand de endogene depressie laat ontstaan (in de zin van pathogenese); veeleer laat de endogene depressie de afgrond zien (in de zin van pathognomie). Niet de existentiële spanning maakt de mens ziek; de ziekte -de endogene depressie- laat de patiënt deze spanning vertekend en vergroot gewaarworden. En wat is de endogene depressie 'an sich'? Ondanks alles, meent Frankl, blijft zij iets somatogeens - een somatose. Het meest treffend laat zij zich typeren als een vitale baisse. We zouden kunnen spreken over een 'eb van de biotonus' (Ewald). (*Theorie und Therapie der Neurosen*, S.51)

Vanzelfsprekend moet -juist in het geval van climacterisch opgewekte, of zoals wij vaak zeggen: getriggerde, endogeen-depressieve toestanden- óók gevraagd worden naar een mogelijk gelijktijdige oorzaak vanuit het psychische. Te denken valt aan 'paniekstoornissen' en aan de *existentiële balans*, dus aan het antwoord op de vraag wat iemand het leven - of aan het leven schuldig is gebleven ('was einem das Leben und was einer dem Leben schuldig geblieben ist'). Dus: wat staat deze mens nog te doen; voor wie meent de patiënt eigenlijk te *leven*. Als deze balans ogenschijnlijk of subjectief negatief uitvalt, gaat het inderdaad minder om de psychische trigger van een endogeen-depressieve psychose, dan om de combinatie van een endogene, psychotische met een psychogene, neurotische depressie.

Als wij nu tenslotte vragen wat het verschil is tussen 'oorzaak' en 'trigger', dan is in zekere zin ook de trigger een oorzaak, evenwel niet de

hoofdoorzaak, eerder een nevenoorzaak. Een trigger is dan niet slechts de neven-oorzaak, maar tegelijk ook de voorwaarde. Een voorwaarde 'scheppen' betekent echter niet per definitie dat iets ook wordt bewerkstelligd of veroorzaakt. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen zogenaamde noodzakelijke en toereikende voorwaarden. Terwijl we de 'hoofdoorzaak' kunnen opvatten als toereikende voorwaarde, is daar tegenover de trigger - in zoverre deze zich laat beschrijven als opwekker en 'neven-oorzaak'- in zichzelf niet alleen geen toereikende, maar ook niet een zelfs noodzakelijke voorwaarde. Het is dus een (louter) mogelijke voorwaarde. (*Theorie und Therapie der Neurosen* S.53-54) De mens is zelf immers ook nog in het spel.

ANGST EN DWANG

Deel van het depressiviteitsprobleem is de angst in samenhang met dwang. Als we het fenomenologisch terrein van de psychogene neurosen elliptisch omgrensd uittekenen, dan zijn 'angst' en 'dwang' de beide brandpunten in de ellips. Het zijn de twee eigenlijke klinische oerfenomenen omdat angst en dwang beantwoorden aan de beide grondmogelijkheden van het mens-zijn, te weten 'angst' en 'schuld'. Het schuldgevoel speelt in de psychologie van de dwangneurose een grote rol. De ontologische voorwaarden voor deze twee mogelijkheden - datgene waaruit angst en schuld voortkomen - zijn de 'vrijheid' en 'verantwoordelijkheid' van de mens. Alleen een wezen dat vrij is kan angst hebben, of zoals Kierkegaard het uitdrukt: 'Die Angst ist der Schwindel der Freiheit'. En alleen een wezen dat verantwoordelijk is, kan schuldig worden. Daaruit vloeit de conclusie voort, dat een wezen dat gezegend is met de mogelijkheid tot vrijheid en verantwoordelijkheid - of vrij-zijn en verantwoordelijk-zijn - veroordeeld is tot angstig (kunnen) worden en schuldig blijven. 'Schuld hatte ein Geschlecht, das nicht tat, was es sollte; Angst hat ein Geschlecht, das nicht *weiß*, was es soll.' (*Der Mensch vor dem Frage nach dem Sinn* S.222)

Onder de reactieformaties is er de 'angst voor de angst'. Daar gaat het om een angstige verwachting van de terugkeer van een angstaanval die deze mens ooit ervaren heeft. Zo is het vergelijkbaar met het reactieve moment tegenover de endogene depressie. Het gaat daar dan niet als reactie op een exogene component - ofwel een trigger - maar om een reactie op de depressie als een endogene. Het ongefundeerde verdriet van de betreffende patiënt geeft hem of haar grond voor een aanvullend verdriet. (*Theorie und Therapie der Neurosen* S.98) De ongefundeerde angst geeft zo grond voor een aanvullende angst, de zogenaamde 'piggyback-depression'.

ARBEIDSGERELATEERDE DEPRESSIVITEIT

Al in 1933 begint Viktor Frankl met vraagstukken rondom arbeidsgerelateerde neurosen. In die crisisjaren werkt hij met werkloze jongeren. Hij ziet de gevoelens van zinloosheid en tracht vanuit die constatering werkprojecten op te zetten voor deze jongeren. Wat hij ziet is op een dubbele 'mislukkings-identificatie' terug te voeren: de werkloze neigt er toe te zeggen 'ik ben werkloos, daarom ben ik nutteloos en daarom is mijn leven zinloos.' Het werk dat Frankl voor hen organiseerde was onbetaald -hun maag werd er niet door gevuld- maar het leverde wel voldoening op en de 'werkloosheid-neurose' met de gevoelens van depressiviteit verdwenen. (*Der leidende Mensch* S.54) Het is overigens niet zo dat deze arbeids-gerelateerde depressiviteit alleen bij werklozen door Frankl vastgesteld wordt. Wat wij nu burn-out noemen is al veel langer geconstateerd. Of in ergere mate: mensen hebben goede banen, constateert Frankl, zijn succesvol en toch willen ze zichzelf van het leven beroven - omdat ze hun leven zinloos vinden. Daar zit ook hier de kern van de existentiële zin-vraag: of de mens het leven voor zinvol houdt of niet. Hier is geen sprake van een lege maag, maar van een innerlijke leegte - en deze kan bestaan zonder arbeid en ook met arbeid, daarom ondanks arbeid en soms zelfs door arbeid. Uiteindelijk gaat het hier om het existentiële vacuüm. (*Logotherapie en Existenzanalyse* S.260) Elders spreekt Frankl over de 'manager's disease'. (*De Mensch auf der Suche nach Sinn* S.68) Ook na een arbeidzaam leven kan dit toeslaan. Frankl spreekt dan van een 'pensioen-crisis'. In zekere zin is het in dat geval een permanente werkloosheids-neurose.

Iets heel anders, maar vanuit dezelfde existentiële levensvraag is de 'zondagsneurose', dat is wel een zeer vluchtige werkloosheidsneurose, maar komt veel voor. Wij kunnen linken leggen naar de grote vlucht die de koopzondagen in Nederland genomen (lijken te) hebben. Op zondag worden velen zich bewust hoe inhoudsloos zij hun leven ervaren. Door de week worden deze gevoelens door de drukte in het dagelijks bestaan verdrongen, maar op de rustdag slaan ze toe. Naast de toegenomen kooplust op zondag zijn er ook andere ontwikkelingen, waarbij een opmerkelijke de entree van de 'zorg-yup' lijkt te zijn. Jonge carrièremakers vinden hun goede baan en supersalaris niet meer bevredigend en melden zich belangenloos aan voor werk in een verpleeghuis of afkickcentrum, of zoals de kop in de krant roept 'De zorg vult het lege bestaan'. (Informatie via www.freeflex.nl)

Gewoonlijk is de existentiële frustratie weliswaar geen manifeste, maar een latente. Het existentiële vacuüm kan ook gemaskeerd blijven. Er zijn

verschillende van dergelijke maskers aan te wijzen waarachter het existentiële vacuüm zich verbergt. Bij de eerder genoemde manager verbergt het vacuüm zich achter de arbeidswoede en bedrijvigheid, waarbij 'der Wille zur Macht' (Nietzsche) in z'n meest primitieve en banale uitdrukking voorkomt, namelijk als 'der Wille zum Geld', die 'der Wille zum Sinn' (Frankl) verdringt. (*Der Mensch auf der Suche nach Sinn* S.67-68)

Er blijft een spanning - primair in het vaststellen van de diagnose - over wat de aard is van de depressie. Natuurlijk dient een endogene depressie onder meer farmacotherapeutisch behandeld te worden. Er is hier sprake van psychopathologie - er is sprake van een mens met een aandoening. Toch is niet elke vorm van depressiviteit pathologisch. Er zijn socio-economische omstandigheden die depressiviteit ten gevolge kunnen hebben. Er zijn onderliggende psychodynamische oorzaken mogelijk. En zeker als we spreken over het zinloosheids-gevoel ligt het anders. Daar is namelijk geen sprake van ziekte. Dit lijden aan een als zinloos ervaren leven is in zichzelf geen psychische aandoening, maar een uiting van geestelijke mondigheid, waar bij 'geestelijk' aan 'Frankl's 'geistige Person', ofwel de derde dimensie in de humaniteit gedacht moet worden. In de postmoderne tijd is het niet alleen de vraag naar de zin, maar ook de zin die 'in Frage' gesteld wordt. Dat kan leiden tot die existentiële frustratie en een frustratie van 'der Wille zum Sinn'. (*Der leidende Mensch* S.55)

ZELFMOORD BIJ DEPRESSIVITEIT

Frankl vraagt zijn hoorder/lezer of deze de film *Moulin Rouge* kent. De Franse impressionist Toulouse-Lautrec wil zich in die film van het leven beroven. We horen de gaslamp al sissen en het gas er uitlopen. Dan ontdekt de schilder nog een fout op het schilderij op de ezel. Hij trekt zichzelf op, struikelt er heen en brengt met een enkele penseelstreek de boel op orde en draait vervolgens de gaskraan dicht. Frankl constateert dat Toulouse-Lautrec de depressie en de zelfmoordimpuls alleen kon overwinnen op grond van- en dankzij de overgave (Hingabe) aan een opgave (Aufgabe). Of, met H. Cushing: 'De enige mogelijkheid om het leven te verdragen, bestaat daarin altijd een opgave voor zich te hebben.' (*Im Anfang war der Sinn* S.73)

Vaak wordt gevraagd wat de oorzaak is geweest dat iemand zelfmoord gepleegd heeft. Deze vraag kan zinvoller en anders gesteld worden, namelijk: wat is de oorzaak geweest dat iemand *niet* zelfmoord gepleegd heeft? Met andere woorden, het gaat in die vraagstelling om de hulpbronnen die gemobiliseerd kunnen worden. Dat geldt zowel het

overleven in grenssituaties, zoals krijgsgevangenschap als in situaties van zware depressie met zelfmoordneigingen.

Het heeft ook niet zoveel nut de intensiteit van de zelfmoord-impulsen te meten. Veel belangrijker is te bekijken in hoeverre en voor wie of voor welke opgave de patiënt in staat is de suïcide-impulsen te weerstaan vanuit een perspectief op levens-zin en op een zin van het overleven. Een voorbeeld van een gesprek in deze lijn is te vinden in 'Ärztliche Seelsorge S.43'.⁷

Zelfmoord is het belangrijkste gevaar in het verloop van de (endogene) depressie. Frankl komt daar in verschillende boeken op terug. Het meest

⁷ 'Ook op psychologisch terrein blijkt de levensinstelling (nl. een 'vrolijke', blijmoedige levensopvatting, PH) zo'n belangrijke rol te spelen, dat deze steeds 'in de gaten' loopt, zodat b.v. melancholici hun negatieve instelling die ze pogen te verbergen niet volkomen kunnen dissimuleren. Wanneer een adequate psychiatrische exploratiemethode wordt toegepast, kan men een verborgen levensafkeer zonder meer ontdekken. Wanneer wij een melancholicus ervan verdedenken dat hij slechts veinst geen zelfmoordplannen meer te hebben, dan is de volgende ondervragingsmethode het meest geëigend. Eerst vragen wij de patiënt naar zelfmoordgedachten, respectievelijk wij stellen de vraag of hij vroeger geuite zelfmoord ideeën nog steeds heeft. Deze vraag zal hij in ieder geval ontkennend beantwoorden, wanneer hij dissimuleert nog des te sterker. Dan stellen wij hem nog een vraag, die ons in staat stelt een differentiaaldiagnose te stellen tussen het werkelijke vrij-zijn van taedium vitae enerzijds, en anderzijds de geveinsde vrijheid van deze gedachten. Wij vragen hem, - hoe cru deze vraag ook mag klinken - 'waarom' hij geen zelfmoordgedachten (meer) heeft. Nu zal le van deze ideeën vrije respectievelijk reeds genezen melancholicus prompt antwoorden, dat hij toch moet denken aan b.v. zijn familie of zijn werk etcetera De dissimulerende melancholicus geraakt echter door onze vraag in een typische verlegenheid, omdat hij geen antwoord weet op de vraag naar argumenten voor zijn (gesimuleerde) levensaanvaarding. Zulke dissimulerende patiënten plegen dan op een karakteristieke manier het gesprek op iets anders te brengen, en vragen bijvoorbeeld wanneer zij uit de inrichting ontslagen worden. Zo blijkt de dissimulant psychologisch niet in staat te zijn argumenten voor zijn levensaanvaarding, zijn verder-leven, en argumenten tegen zijn zelfmoordgedachten te kunnen fingeren. Als er werkelijk argumenten aanwezig waren en in zijn hoofd klaar lagen, dan zou hij eo ipso niet meer door zelfmoordneigingen beheerst worden, en hoefde hij niets te fingeren.'

pijnlijke, traumatische punt voor betrokkenen en hulpverleners van depressieve patiënten is de zelfmoord van patiënt. Op dat moment eindigen immers alle mogelijkheden om terug te keren naar een leefbaar leven. Frankl spreekt in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw regelmatig over de tragische trias, te weten: 'depressie - agressie - verslaving'. Zelfmoord is volgens deze trias over het algemeen terug te voeren op een depressie en daaraan kan heel goed een zinloosheidsgevoel ten grondslag liggen. Frankl wil niet beweren dat elke zelfmoord uit een zinloosheidsgevoel voortkomt. Wel is hij er van overtuigd dat het vaak niet zover gekomen zou zijn als de betreffende mens ergens weet zou hebben gehad van een resterende, nog verborgen betekenis en zin in het leven. Weet hebben van een levens-betekenis is niet enkel specifiek therapeutisch relevant, maar ook in algemene zin preventief. (*Der leidende Mensch*, S.55)

Ooit heeft Frankl als tegenreactie c.q. aanvulling op het begrip 'der Wille zur Macht' van Nietzsche 'der Wille zum Sinn' naar voren gebracht. Als fundamentele notie -misschien zelfs 'drift'- zien we 'der Wille zum Sinn' in Frankl's oeuvre terugkeren. Bekend is welke grote rol 'der Wille zur Macht' in Hitler's propaganda gepeeld heeft. Onder de druk van het overleven in de Nazi-vernietigingskampen heeft Viktor Frankl zijn 'Wille zum Sinn' ontwikkeld en gevalideerd. Hij vindt dat de wetenschap 'der Wille zum Sinn' negeert. Daarmee is echter ook haar frustratie genegeerd, concludeert hij, want zonder erkenning van het eerste kan het tekort ervan ook niet herkend worden. Hoe kunnen we, aldus Frankl, die 60 studenten met depressieve zelfmoordneigingen aan de Idaho-university nu therapeutisch behandelen op basis van de klassieke theorie over de psychodynamiek van de zelfmoord-act die het volgende stelt, op basis van een citaat van H. Henseler (*Psyche* 29, 191, 1975): 'Op een object-verlies wordt met haat gereageerd. Deze haat moet echter direct afgeweerd worden. De afweer geschiedt door regressie op orale belevingswijzen met de fantasie, zich het verloren object te incorporeren. De haat richt zich tegen de eigen persoon.' Of Freud aanhalend: 'Geen neuroticus voelt zelfmoordplannen, die dergelijke plannen niet van een moordimpuls tegen anderen op zichzelf terug laat slaan.' (GW, Bd.X, S.438). Ook ziet Frankl geen enkel heil van de leertheoretisch gefundeerde gedragstherapie die er van uitgaat dat afleiding als telefoneren, de afwas doen en gras maaien lof mogen oogsten en beloond worden door de therapeut zoals hij het las in het gerenommeerde *American Journal of Psychotherapy* (25, 362, 1971). Daarmee krijg je, volgens Frankl, 'nog geen hond bij de kachel, laat staan

dat je 60 studenten helpt afhouden van een zelfmoordpoging.' (*Die Sinnfrage* S.47-48)

Frankl maakt zich zeer bezorgd over het psychologische gevaar, wanneer de jonge generatie zichzelf beschouwd en betiteld als 'no future generation' - een generatie zonder zin en zonder toekomst. Daarin dreigt steeds de massaneurotische trias te woekeren: depressie, verslaving en agressie. In de praktijk betekent het zelfmoord in de strikte zin van het woord; of chronische zelfmoord in het geval van drugs-afhankelijkheid; en vooral geweld tegen anderen. (*Logotherapie und Existenzanalyse* S.262-263) Het geweld tegen de ander is in Nederland de laatste periode actueel met de publieke aandacht voor het zogenaamde zinloos geweld. Voor de doordenking van de door deze tragische trias opgeworpen thematieken is de link naar de filosoof Emmanuel Levinas van groot belang. Daarbij komen dan zowel de zgn. collectieve neurosen en depressiviteit in beeld, maar ook ethiek en de zin-vraag komen zo aan bod.

Hoe gaat Frankl praktisch om met de risico's van zelfdoding bij ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis? Enerzijds probeert Frankl als arts een inschatting te maken in een concrete situatie wat het risico is bij een ontslag of verlof van de patiënt - anderzijds probeert hij logotherapeutisch de zin-vragen bij de mens -die in dit geval patiënt is- op te roepen: '(...) im Gegensatz zu den Selbstmordgedanken implizieren die Selbstmordabsichten auch schon die jeweilige Stellungnahme des Patienten zu den Selbstmordgedanken (...) worauf es uns ankommen muß , ist vielmehr eine Antwort auf die Frage, welche Konsequenzen der Patient aus den Selbstmordgedanken zieht, die sich in ihm regen, ob er sich mit ihnen identifiziert oder aber, umgekehrt, sich von ihnen distanziert.' (*Die Psychotherapie in der Praxis* p.234)

Dat een dergelijk afstand nemen - als wijze en mogelijkheid van een persoonlijke stellingname tot de organische ziektegeschiedenis - tenminste 'facultatief' mogelijk is en, daarenboven, tot een 'faktum' kan worden, blijkt als zij zich therapeutisch laat actualiseren. Het blijkt dat onder identieke psychofysieke omstandigheden de 'geestelijke' houding per situatie het verschil maakt. Dus: dat geestelijke moet het onbepaalde zijn. We kunnen niet anders dan vaststellen dat het in elk geval niet 'totaal bepaald' is door de omstandigheid. Daarbij is het geestelijke veeleer zelf een kracht die iets bepaalt; de geestelijke werkelijkheid is zelf werkzaam. Er werd al gesteld dat overeenkomstige psychofysieke (beter: somatogene + fenopsychische) ziektebeeld dat wij als 'endogene depressie' kennen, op zichzelf de meest uiteenlopende geestelijke stellingnames oplevert. Dat betekent: de geestelijke persoon, als drager

van dit door het ziektebeeld aangetaste psychofysieke organisme, de vrijheid heeft om verschillende houdingen te kiezen, in zoverre het organisme hem daartoe de speelruimte nog biedt. Overal komt die speelruimte naar voren; dat kleine beetje ruimte dat gespaard blijft voor de aanval van het bepalende lot. In die ruimte komt de mens zélf naar voren als een principieel onbepaald wezen; binnen die kleine hoeveelheid vrije ruimte kan hij geestelijk stelling nemen - de mens kan het minstens in theorie, als mogelijkheid. *De mens is dus factisch bepaald, maar facultatief onbepaald.*

Het is niet de ziekte op zich en zodanig die psychotherapeutisch beïnvloed zou moeten worden, maar de instelling van de zieke tegenover zijn ziekte. Deze houdings- of instellingsverandering is eigenlijk alleen preventief en wel een preventieve ingreep tegen een secundaire, bijkomende depressie. Net als boven in het voorbeeld de leraar. Zij hield zo, omdat zij moest huilen. Als de depressieve patiënt niet zo erg vertwijfeld was en (psychisch) niet zo gedeprimeerd was over z'n (endogene) depressie. (*Die Psychotherapie in der Praxis* p.235)