

# Psychotherapie voor schizofrene patiënten; de ambulante praktijk

*door A.J.A. Kaasenbrood en A.E.J.G. Wiersma*

## Samenvatting

Tweederde van de chronisch schizofrene patiënten is niet in staat om een zelfstandig bestaan te voeren. Het merendeel van deze groep patiënten maakt steeds of regelmatig gebruik van ambulante geestelijke-gezondheidszorgvoorzieningen. Daar blijkt dat beperking van de hulpverlening tot specifiek op ziekteverschijnselen gerichte interventies leidt tot veronachtzaming van de problemen waar deze patiënten zich in het dagelijks leven voor geplaagd zien. In dit artikel wordt, aan de hand van vier casusbeschrijvingen, het belang van psychotherapeutische kennis en vaardigheden voor het oplossen van die 'dagelijkse problemen' geïllustreerd.

## Inleiding

Uit follow-up-studies blijkt dat tweederde van de patiënten met schizofrenie een leven met moeilijkheden leidt. Niet alleen zijn deze patiënten verhoogd kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychotische verschijnselen, het positieve-symptomencomplex, maar bovendien lijden ze aan psychische klachten zoals emotionele afvlakking, armoedige spraak, inertie en cognitieve stoornissen, het negatieve-symptomencomplex.

De zorgverplichting van de samenleving heeft hoofdzakelijk betrekking op deze tweederde van de patiënten die lijden aan schizofrenie; een groep die naar schatting bestaat uit 70.000 patiënten. Een kleine minderheid daarvan (circa 10.000 patiënten) is opgenomen in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) of een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). De rest verblijft thuis, bij familie, vrienden of kennissen, in opvanggelegenheden of op straat.

Zolang deze patiënten niet permanent opgenomen zijn, maken ze aanspraak op hulp van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Focus van die behandeling is niet alleen het beperken van positieve ziekte-tekens (wanen en hallucinaties), maar ook het dagelijks leven van de patiënt, zoals de schoolkeuze, een zinvolle dagbesteding, het toekomstperspectief enzovoort. Veel meer dan in de curatieve klinische sector

het geval is, staan ambulante behandelaars naast hun patiënten in het dagelijks leven.

Het is opmerkelijk hoe weinig wetenschappelijk onderzoek er naar deze, niet-curatieve aspecten van de behandeling van schizofrene patiënten is gedaan. In het tweede nummer van *Schizophrenia Bulletin* in 1989 (jaargang 15) worden die thema's onder de aanduiding 'Subjective Experiences ...' vanuit verschillende invalshoeken voor het voetlicht gehaald. Maar in 1994 klaagt Strauss nog steeds zijn nood over de overmaat aan wetenschappelijke aandacht voor de therapeutische beïnvloeding van de ziekteverschijnselen bij schizofrene patiënten en het gebrek aan aandacht voor bijvoorbeeld de psychologische functies die nodig zijn om een zo normaal mogelijk leven te kunnen leiden.

In dit artikel gaan we in op psychotherapeutische thema's die verbonden zijn met de ambulante behandeling van schizofrene patiënten. Het is niet zozeer de bedoeling om de contouren te schetsen van een op genezing gerichte psychotherapie, maar wel van een voorwaarden-scheppende psychotherapie. De psychotherapeutische interventies die in dit artikel beschreven zijn, hebben betrekking op verwerking van de stoornis, op het leren leven met de stoornis en op het inpassen van de patiënt in zijn omgeving.

Het artikel is opgebouwd rond praktijkvoorbeelden. Voor deze vorm is gekozen omdat er weinig systematisch verzamelde kennis over de toepassingsmogelijkheden van psychotherapie ter beschikking staan. De praktijkvoorbeelden zijn strategisch gekozen: de reikwijdte is groter dan de patiënt uit het voorbeeld alleen. Het gaat om casusbeschrijvingen die iedere ambulante behandelaar die deze groep patiënten begeleidt, zal herkennen.

### Casuïstiek

Het eerste voorbeeld heeft betrekking op een patiënt die zijn medicatie weigert.

A is een dertigjarige Turkse man. Gedurende de laatste zeven jaar heeft hij viermaal een schizofrene psychose doorgemaakt. Steeds gaat hij, nog voordat de wanen en hallucinaties verdwenen zijn, met ontslag uit het APZ en meldt hij zich daags erna bij zijn werkgever om weer aan de slag te gaan.

Na de vierde opname komt hij in zorg bij een vrouwelijke sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de RIAGG. Deze spreekt hem eenmaal per drie weken, geeft hem dan tevens zijn depot en regelt A's deelname aan een psycho-educatiegroep. Vier weken na de aanvang van de psycho-educatie weigert A zijn depotmedicatie. Kort na dien staakt hij ook de orale neuroleptica die hij als vervanging voor het depot kreeg. A zegt suf te worden van de medicatie, en bovendien zou die de vrijheid van zijn denken negatief beïnvloeden. Binnen een maand is hij weer psychotisch. Voordat er een half jaar verstreken is, wordt hij opnieuw met een inbewaringstelling opgenomen.

Als oudste zoon in een Turks gezin bekleedt A een belangrijke positie, en perio-

dieke verwardheid valt daar niet mee te rijmen. A kan niet accepteren dat hij een kwetsbaar mens is en volhardt in zijn cyclus. Daarom wordt besloten om A naar een mannelijke arts-assistent, verbonden aan een universitaire polikliniek psychiatrie, te verwijzen. De belangrijkste reden hiervoor is het medische karakter van deze setting.

A's nieuwe behandelaar houdt hem voor dat hij een duistere hersenziekte heeft, die qua aard en beloop te vergelijken is met diabetes mellitus of colitis ulcerosa. De oorzaak van de ziekte is onbekend, er is echter wel iets aan te doen: regelmatig leven en medicamenten. De arts voegt hieraan toe dat het alleen de hele sterken lukt om zich in dit regime te schikken.

A is onder de indruk: dat is manntaal. Hij heeft een mysterieuze hersenziekte – iets met de stofwisseling – met consequenties voor zijn leven en kan er alleen met uiterste krachtsinspanning iets tegen ondernemen. Hij besluit om zich teweer te stellen en het medisch regime uit te voeren. Na twee jaar is hij nog steeds psychosevrij.

In de eerste plaats komt de therapeut tegemoet aan A's krenkbaarheid. De gesprekken over zijn ziekte, met de daaruit voortvloeiende discussie over ambulante behandeling, zijn gestaakt. Ondanks herhaalde pogingen bleek het onmogelijk om bij A enig adequaat ziektebesef aan te wakkeren. Ook de keuze voor een mannelijke therapeut, voor een algemeen ziekenhuis en voor een benadering volgens het ziektemodel maakt deel uit van deze 'narcisme sparende' benadering.

Daarnaast krijgt A een centrale rol toebedeeld in de behandeling van zijn 'onbekende metabole ziekte'. Door zich te identificeren met de mannelijke therapeut en deze gelijktijdig als een hulpego te gebruiken, weet A de gedwongen en door hem slecht verdragen passieve positie, gekenmerkt door loochening van zijn ziekte, in te ruilen voor de 'actieve mastering-positie', gekenmerkt door een slechts gedeeltelijke erkenning van zijn kwetsbaarheid. Met deze interventie, door A aangeduid als manntaal, stelt de therapeut hem bovendien in de gelegenheid om zijn positie als oudste zoon van het gezin deels te herstellen en mede de leiding te nemen in de planning en uitvoering van zijn behandeling. Overigens is het nog maar de vraag of aan de loochening van zijn ziekte een ontwikkelingspsychologische genese in engere zin ten grondslag ligt. Selten (1995) draagt in zijn proefschrift argumenten aan voor een gedeeltelijk organische verankering van ontkenning van psychiatrische ziekte.

Indirect – via de omweg van compliance – heeft de interventie bij A wel degelijk invloed op de reductie van positieve symptomen. Bij B is dit niet het geval, maar speelt het herstel van actieve mastering, net als bij A, een belangrijke rol in het verbeteren van de kwaliteit van leven.

B is een eenenveertigjarige vrouw die sinds tien jaar aan paranoïde schizofrenie lijdt. Ze is, ondanks hoge doseringen antipsychotica, nooit helemaal psychosevrij. Zo hoort zij stemmen (auditieve hallucinaties) die haar aanzetten tot suicide. Dat heeft in het verleden geleid tot een sprong van tien meter hoog, tot pillen slikken en tot doorsnijden van haar polsen. Haar vriend, ook een schizofrene patiënt, kan de onzekerheid met B niet langer aan en dreigt de relatie met haar te verbreken.

De suïcidepogingen vinden voor de hulpverleners steeds als donderslag bij heldere hemel plaats. Na de tweede en derde poging belt B echter zelf 06-11 en vraagt om hulp. In alle drie de gevallen rapporteert ze nadien de poging te betreuren, maar machteloos tegenover de impuls te staan.

B's ambulante psychiater, X, besluit om B met responsepreventie te behandelen. Zij krijgt opdracht om een klein kladblokje en een pen bij zich te dragen. Wanneer ze weer een imperatieve hallucinatie heeft, moet ze, voordat ze er gehoor aan geeft, eerst noteren wat de opdracht is. Vervolgens moet ze de pro's en contra's van de suïcidepoging in twee kolommen inventariseren om vervolgens te beoordelen of ze weer een suïcidepoging moet ondernemen.

X neemt deze procedure enkele malen met B door. Na drie maanden wordt ze echter na een poging tot verdrinking opgenomen in een APZ. Op verzoek van B's ambulante psychiater voert men gedurende deze opname de procedure enkele malen stapsgewijs met haar uit, steeds in aansluiting op rapportage van B dat ze de betreffende boodschap weer 'doorkreeg'. Tot anderhalf jaar na het ontslag uit het APZ heeft B geen nieuwe suïcidepogingen ondernomen, ondanks hallucinaties die haar daar wel toe aanzetten.

Voor een goede werkzaamheid van responsepreventie is exposure een voorwaarde (Greist 1990). Gedurende de ambulante fase van B's behandeling is het echter in feite bij een instructie 'voor als ze de stemmen zou horen' gebeven. In de kliniek was het pas mogelijk om met B te oefenen na de betreffende bevelshallucinaties en dus de behandeling volgens de regels der kunst uit te voeren.

Mogelijk was in dit voorbeeld echter ook, geredeneerd althans vanuit de object-relatietheorie, de therapeut-patiënt objectrelatie aanvankelijk (in de ambulante praktijk) onvoldoende geïnternaliseerd om de therapeutische procedure in afwezigheid van de therapeut uit te voeren. In de ambulante begeleiding zou in die analyse van de werkzame elementen in de behandeling onvoldoende sprake zijn van een holding environment om het vertrouwen in de therapeutische procedure op te bouwen.

Hoe het ook zij, mede dankzij de bovenbeschreven interventies kunnen A en B althans voorlopig thuisblijven. De veiligheid is beter gewaarborgd dan voorheen en de belasting voor de huisgenoten, familie en/of vrienden is afgenomen. In het geval van C leidde inzicht in ontwikkelingspsychologische processen juist tot een psychiatrische opneming.

C is een dertigjarige schizofrene man van Scandinavische origine. Hij is sinds zijn drieëntwintigste levensjaar vijfmaal met een dwangmaatregel opgenomen; tweemaal langer dan een jaar. C's zes jaar oudere zus (hij heeft geen broer) overleed drie jaar geleden als gevolg van een overdosis heroïne. Ze raakte op haar vijftiende verslaafd en is door C's moeder twee jaar later vanwege overlast het huis uitgezet.

C is nu weer psychotisch. Hij meent dat hogere machten al zijn dagelijkse gangen controleren, dat het eten vergiftigd is door vijanden en hij hoort stemmen die hem op de hoogte stellen van verraderlijke complotten tegen hem. Dit leidt ertoe dat C zich verwaarloost en de deuren van zijn woning regelmatig barricadeert. Zijn woning raakt

steeds erger vervuild en hij vermagerd. Hij uit zich vijandig tegen zijn moeder en de sociaal psychiater Y, die hem probeert te behandelen.

Moeder van C ontkent echter dat er 'iets psychiatrisch' met hem aan de hand is, maar vindt wel dat Y iets tegen de vermagering en de verwaarlozing moet ondernemen. Ze brengt C dagelijks eten, en wanneer hij het onaangeroerd laat staan, voert ze hem. Ze laat Y sporadisch toe en verhaalt dan hoopvol over de vooruitgang die haar zoon sinds het vorige bezoek geboekt heeft.

Een dergelijke ziektegeschiedenis is binnen de sociale psychiatrie geen uitzondering. Meestal is het een gunstig teken wanneer er nog familie of vrienden door de patiënt in vertrouwen genomen worden. Voorwaarde is dan wel dat die de ernst van de situatie onderkennen en met de psychiater streven naar oplossing van de problemen.

Pogingen om met C in contact te komen mislukken, en na vier weken is zijn toestand nog hetzelfde. Gezien de betrokkenheid van moeder bij C's dagelijks leven en de ontkenning door moeder van C's psychiatrische stoornis, besluit Y te proberen moeder in een individueel contact de ziekte van C te laten accepteren.

De rationale hiervoor is dat er pas een therapeutische relatie met C mogelijk is, als moeder de noodzaak ervan inziet. De relatie tussen moeder en zoon is symbiotisch. De hypothese is dat de angst van moeder voor het verlies van de relatie met C haar zover brengt, dat zij zich schikt in zijn realiteitsbesef. En daarin past niet de overtuiging dat C ziek is.

De ervaringen met moeder in dit individuele contact bevestigen deze hypothese. Al snel blijkt dat ze zich eerst passief (verbaal erkennen dat C ziek is, maar intussen de relatie met C op dezelfde manier voortzetten) maar later ook actief (verbaal ontkennen dat C ziek is) tegen de inzichten uit de therapie verzet.

Besloten wordt om moeder in een begeleidingsgroep voor familieleden van schizofrene patiënten te plaatsen. Y hoopt dat moeder de troost en het begrip, dat te bedreigend was in een individuele therapie, wel weet te vinden bij lotgenoten. De aanvaarding van het lot en dus uiteindelijk het besef van onvermijdelijkheid van een opname van C zou dan 'natuurlijker' totstandkomen.

Moeder laat het na drie keer afweten. Ze vertelt aan Y dat ze in de groep weinig steun voor haar standpunt vindt. En dat standpunt is, dat haar zoon niet ziek is. Na alle verlatingen die haar ten deel zijn gevallen, rest haar nog slechts de relatie met C om haar gevoel van eigenwaarde te behouden. Als C nu opgenomen wordt, vreest ze hem nooit meer te zullen zien en achter te blijven met een gevoel van beangstigende leegte en onvolledigheid.

Naar aanleiding van deze uitingen van moeder is Y gealarmeerd. Moeder is door een eigen persoonlijkheidsproblematiek extreem kwetsbaar voor het verlies van de band met C. Haar somatopsychische integriteit lijkt op het spel te staan. Het valt dan ook te verwachten dat moeder gevaren van ondervoeding en verwaarlozing door C zal trotseren om

de toestand zoals deze is te handhaven.

Besloten wordt om voor C een Geneeskundige Verklaring ter verkrijging van een Voorlopige Machtiging op te maken en niet langer naar overeenstemming met moeder te streven. Als de rechter bij C thuis de aanvraag van een Voorlopige Machtiging honoreert, blijkt hoe juist de bovenstaande analyse van de relatie tussen C en zijn moeder was. Moeder biedt lijfelijk verzet wanneer ambulancebroeders C op een brancard fixeren om hem veilig naar het APZ te vervoeren. Zij herhaalt daarbij de door C geuite paranoïde gedachten over het complot dat de staat nu tegen hen ten uitvoer brengt. Opmerkelijk is dat moeder enkele dagen later tegenover een arts-assistent uit het APZ rapporteert dat ze er vrede mee heeft dat C nu opgenomen is. Ze blijft echter van mening dat hij niet ziek is.

In deze ziektegeschiedenis hebben voornamelijk ontwikkelingspsychologische overwegingen het handelen van de therapeuten gestuurd (zie hiervoor Mahler e.a. 1975). C heeft zich in de relatie met moeder niet weten te individueren en separeren, mede omdat moeder dat uit eigen behoeften niet heeft toegestaan. Moeders voormalige echtgenoot en haar dochter zijn overleden en C is de enige die haar nog een gevoel van psychische integriteit kan verschaffen.

Als C onder overmacht naar de ambulance wordt gebracht, is dit een tweeledige bedreiging voor moeder. In de eerste plaats dreigt hetzelfde lot voor haar, ze is immers één met C. Daarnaast wordt ze onder dwang gescheiden van C, en ondanks beweringen van omstanders die het tegendeel benadrukken, kan ze niet zien dat 'naar het ziekenhuis' niet hetzelfde is als 'uit haar leven'.

Opmerkelijk is dan ook moeders reactie enkele dagen na de opname van C. In feite is moeder opgelucht dat de relatie voortgang kan vinden. Dat C een ernstig zieke psychiatrische patiënt is, valt haar echter niet uit te leggen. Voor het toekomstig beleid betekent dit dat er voor moeder in de besluitvorming over de behandeling nauwelijks een rol van betekenis weggelegd kan zijn.

In de eerste drie voorbeelden zijn steeds ziektegeschiedenissen beschreven waarin de behandelaars voorwaarden schiepen voor een adequate behandeling van positieve symptomen of het voorkómen van ongewenste consequenties hiervan. De ambulante werkende psychiater heeft echter ook te maken met zingevingsvragen en discussies over 'het doel van het leven', zoals bij D.

D is 29 jaar oud als ze gedurende haar stage huisartsgeneeskunde psychotisch decompenseert. Kort nadien wordt de diagnose gedesorganiseerde schizofrenie gesteld. Naar aanleiding van deze eerste episode wordt D twee jaar klinisch behandeld.

Al deze therapeutische interventies ten spijt blijft D psychotisch. Naast paranoïde wanen en auditieve hallucinaties verloopt haar denken chaotisch, ze kan eigenlijk geen gedachtegang meer afmaken en is verhoogd associatief. Na vier jaar krijgt ze clozapine, waarop alleen de desorganisatie van het denken aanmerkelijk afneemt. Na deze eerste behandeling leeft D jaren, van ieder contact met de buitenwereld verstoken, in

een woning die ze ternauwernood schoon weet te houden. Incidenteel komt haar broer poolshoogte nemen.

Als D acht jaar na het begin van haar ziekte in een RIBW wordt opgenomen, wil ze meteen een gezin stichten met haar chronisch psychotische vriend. Samen redden ze het goed. De perspectieven voor de opvoeding van een kind onder deze omstandigheden zijn echter volgens de behandelend psychiater slecht. In overleg met D en haar vriend wordt besloten om de kinderwens nog twee jaar 'in de ijskast te zetten' en eerst een huisdier te nemen om te kijken of beiden in staat zijn om de reguliere zorg hiervoor op zich te nemen.

Na drie maanden blijken D en haar vriend de poes te verwaarlozen. In een gesprek waarin de psychiater hen met dit onvermogen confronteert en pogingen doet om de zorg voor de poes te verbeteren, zegt D plotseling dat ze de verantwoordelijkheid voor de poes eigenlijk niet kan dragen. Ze merkt dat ze genoeg heeft aan haar eigen spanningen en angstige herinneringen aan het gezin van herkomst. Ze vreest dat ze de zorg voor een kind nooit zal kunnen opbrengen.

Na een periode waarin D zich veel terugtrekt en zich somber uit, herstelt ze zich. Met haar vriend besluit ze om bij de huisarts adviezen voor een adequate anticonceptie in te winnen. Uiteindelijk besluiten ze dat D de prikpil gaat gebruiken. Daarmee blijft er een mogelijkheid om op hun besluit om van kinderen af te zien, terug te komen.

Twee jaar na de verhuizing naar de RIBW meldt D zich plotseling opnieuw aan voor de huisartsenopleiding. De psychiater tracht de drijfveren voor die inschrijving te achterhalen, maar D wil dat gesprek niet aangaan. Er rest de psychiater vervolgens geen andere optie dan D mede te delen dat hij zich tegen de inschrijving zal verzetten. Onder die druk trekt D de inschrijving in.

D komt vervolgens enkele malen niet op zijn afspraken. Als de psychiater haar na twee maanden thuis opzoekt, komt het contact aarzelend op gang. Ze besluiten samen een toekomstplan op te stellen waarin aan D's studie geneeskunde een plaats is toegewezen. Tevens besluiten ze een aantal trainingen af te spreken om met name D's sociale vaardigheden te verbeteren.

In de begeleiding van D zijn therapeutische elementen analoog aan de begrippen 'holding' en 'containment' te herkennen, die Gabbard en Wilkinson (1994) als kernbegrippen in de psychotherapeutische behandeling van borderlinepatiënten beschreven. Het holdingbegrip heeft betrekking op de veiligheid van de omgeving die de therapeut binnen en, voorzover dat binnen zijn bereik ligt, buiten de spreekkamer voor de patiënt dient te scheppen. Een sfeer waarin de patiënt de gelegenheid krijgt om zich, zonder gevaar voor afwijzing of mishandeling, te uiten, maar ook een omgeving waarin het voor de therapeut mogelijk is om grenzen te stellen waar die noodzakelijk zijn, zonder dat dit leidt tot het verbreken van de therapie.

Het containmentbegrip heeft betrekking op dat beheren en helpen doseren. Emoties van woede en angst of wensen ten aanzien van de toekomst zijn op het moment dat de patiënt die uit, nog moeilijk te hanteren of integreren in zijn bestaan. Op dat moment is het de taak van de therapeut om deze emoties als het ware 'voor later te bewaren'. Als de therapie verder gevorderd is en de patiënt zich bijvoorbeeld

door stabiliteit in zijn dagelijks leven evenwichtiger voelt, is hij beter in staat om aan deze extreme gevoelens of tijdelijk onuitvoerbare wensen een adequate plaats in zijn leven toe te kennen.

In het bovenstaande voorbeeld blijkt D niet bij machte om de boodschap dat ze lijdt aan schizofrenie te verwerken. De therapeut beschermt D tegen al te grote, desillusiebevorderende confrontaties door haar gefaseerd een leven op te laten bouwen: eerst ten aanzien van het krijgen van kinderen en later ten aanzien van haar toekomst als arts. De therapeut bevordert hiermee niet alleen dat D een realistisch beeld opbouwt van haar kwaliteiten en handicaps, maar tevens dat het slechte nieuws over de invaliderende ziekte haar gefaseerd onder ogen wordt gebracht.

In het eerste geval, het krijgen van kinderen, lukt het de therapeut om een tracé met D af te spreken: eerst een poes en later mogelijk kinderen. Daarmee stelt de therapeut D weliswaar grenzen, maar ontnemt hij haar niet meteen alle hoop voor de toekomst. Het tekortschieten in de zorg voor de poes is voor D een tegenslag die ze moet verwerken. Daarnaast rouwt D om haar beperkingen die aan het onvermogen om voor de poes te zorgen ten grondslag liggen. Overigens houdt ze de optie dat ze ooit kinderen zal krijgen open, waaruit toch nog enige ontkenning van haar actuele toestand blijkt.

Ten aanzien van de opleiding tot huisarts grijpt de therapeut in. Door het onvermogen van D om haar kwaliteiten als huisarts reëel in te schatten neemt de psychiater eenzijdig een beslissing. Dat legt op de psychiater echter wel de verantwoordelijkheid om met D mee te denken over hoe ze haar dag zinvol kan besteden. Containment bestaat in dit geval in het beheren van D's wens tot dagbesteding, en wel binnen de eigen interessesfeer.

Het is opvallend dat Hogarty e.a. (1995) in hun beschrijving van een psychotherapie voor schizofrene patiënten van deze analogie gebruikmaken. Zij komen, nadat pogingen om met inzichtgevende psychotherapie schizofrenie te genezen, tot een opzet waarin geleidelijkheid en dosering de structuur voor de therapie uitmaken. Het betreft hier een zich in drie fasen ontwikkelende therapie, waarin de aandacht voornamelijk gericht is op vroege herkenning van symptomen, het beheersen van emoties en systematische ondersteuning door de familie.

## Conclusie

Uit eerdere ervaringen met klinisch opgenomen schizofrene patiënten bleek een groot gedeelte van de problemen niet op te lossen met op positieve symptomen gerichte therapeutische interventies (Kaasenbrood en Van der Veen 1993). Ofschoon de ervaringen bij de RIAGG-populatie uit dit artikel eender zijn, worden de omvang en aard van die psychiatrische problemen hier beter zichtbaar. Zingevingsvraagstukken,



consequenties van de ziekte voor het dagelijks leven, de acceptatie van de ziekte en de wijze waarop de patiënt zijn ziekte in het dagelijks leven draagt, zijn hieruit slechts een greep.

Omdat het hier om moeilijk te conceptualiseren, en dus met kwantitatieve methoden moeilijk te onderzoeken problemen gaat, is het belang van de dagelijkse praktijk als leerschool groot. Ofschoon de meeste gezaghebbende psychiaters tegenwoordig hoofdzakelijk vertrouwen op uitkomsten van kwantitatief onderzoek, publiceert de Amerikaan John Strauss al decennialang vanuit een kwalitatieve beschrijvende traditie over zijn patiënten. Hij bereikt daarmee gebieden van ervaring die voor kwantitatieve methoden, althans zeker voorlopig, ontoegankelijk zijn. Voor behandelaars in de dagelijkse praktijk bevat Strauss' relaas echter een herkenbare en voor de behandeling van patiënten relevante stroom aan inzichten en aanwijzingen.

Met zijn casuïstische aanpak benadrukt Strauss steeds weer dat het in de dagelijkse psychiatrische praktijk om de behandeling van afzonderlijke patiënten gaat. Ofschoon dit een 'wagenwijd openstaande deur' lijkt te zijn, is deze boodschap in een tijd waarin de protocollaire geneeskunde zich in een sneltreinvaart ontwikkelt, als waarschuwing geen overbodige luxe. Bij A leidt bijvoorbeeld de 'protocollaire' toepassing van een interventie, die voor de meeste schizofrene patiënten therapeutische winst oplevert, tot averechtse effecten.

Een psychotherapeutisch en/of ontwikkelingspsychologisch referentiekader is een geschikt instrument om systematisch te reflecteren over de delen van de behandeling, waar specifieke interventies ontbreken of in effectiviteit tekortschieten. Voor het bevorderen van de compliance met medicatie (zoals bij A), voor de zoektocht naar strategieën om klachten te hanteren (zoals bij B), voor de jarenlange begeleiding van patiënten die in hun verwardheid zoeken naar een nieuw levensperspectief en troost bij teleurstellingen (zoals bij D) en voor het inzichtelijk maken van de redenen voor opname (zoals bij C) is een dergelijk referentiekader onmisbaar gebleken. Het heeft niet alleen geleid tot een beter begrip van de patiënten uit dit artikel, maar ook tot een adequaat therapeutisch beleid.

In dit perspectief is het dan ook jammer dat het zwaartepunt van de discussie over de behandeling van schizofrenie zo eenzijdig bij de, kwantitatief onderzochte, specifieke interventiestrategieën is komen te liggen. Juist binnen het psychotherapeutisch en ontwikkelingspsychologisch domein is het voeren van een gestructureerd debat over indicatiestelling en uitvoering van behandelingen voorwaarde om tot een geloofwaardige en reproduceerbare praktijk te komen. Dat die praktijk nodig is, staat, getuige de inhoud van dit artikel, buiten kijf.

## Literatuur

- Gabbard, G.O., en S.M. Wilkinson (1994), *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press, Washington.
- Greist, J.H. (1990), Treatment of obsessive compulsive disorder: psychotherapies, drugs and other somatic treatments. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 8 (supplement).
- Hogarty, G.E., S.J. Kornblith, D. Greenwald e.a. (1995), Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 3, 379-393.
- Kaasenbrood, A.J.A. (1995), *Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen* (academisch proefschrift). NcGv-reeks 95-20. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Kaasenbrood, A.J.A., en H. van der Veen (1993), Chronisch en psychotherapeutisch. Psychotherapeutische interventies bij chronisch psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 1, 15-27.
- Mahler, M.S., F. Pine en A. Bergman (1975), *The psychological birth of the human infant*. Basic Books, New York.
- Selten, J.P. (1995), *The subjective experience of negative symptoms* (dissertatie). Groningen.
- Strauss, J.S. (1994), Is biological therapy built on an adequate basis? Clinical realities and underlying processes in schizophrenic disorders. In: N.C. Andreassen (red.), *From mind to molecule*. American Psychiatric Press, Washington DC/Londen.

## Summary: Out-patient psychotherapy for schizophrenic patients

Seventy percent of the patients suffering from schizophrenia are seriously socially disabled. The majority of this group is permanently in need of psychiatric care. It is obvious that confining treatment to positive symptoms of the disease leads to neglecting the daily problems the patient has to cope with. In this article the importance of psychotherapy in addressing these daily problems is stressed and illustrated by four case vignets.

---

De auteurs zijn respectievelijk psychiater en opleider sociale psychiatrie (RIAGG's Amsterdam Oost en Zuid-Oost) en psychiater, psychoanalytisch psychotherapeut (RIAGG Amsterdam Oost). Correspondentieadres: RIAGG Zuid-Oost, Fizeastraat 2, 1097 SC Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-1996.