

On/Of course

B. G. C. SABBE

Wie van u ooit heeft deelgenomen aan een van de jaarlijkse congressen van de *American Psychiatric Association (APA)*, kent de excellente faam en kwaliteit van de aldaar georganiseerde bijscholingscursussen oftewel de *Continuing Medical Education Courses*. Er zijn er steeds een honderdtal, van een halve dan wel een hele dag, en ze bestrijken het hele vakgebied, van elektroconvulsieve therapie tot het gebruik van de handcomputer in de dagelijkse psychiatrische praktijk. Teken des tijds: de psychotherapiecursussen beslaan nog slechts een vijftien procent van het totale aanbod, en ze betreffen vooral de cognitieve therapie en de gedragstherapie.

Toch is er een *family therapy course* die sinds meer dan tien jaren standhoudt en die ook dit jaar op de *157th APA Annual Meeting* begin mei in New York aangeboden werd: *Families coping with medical illness: an integrative treatment approach*. Deze cursus wordt gegeven door de aan de *University of Chicago* en de *Yale University School of Medicine* werkzame psychiater-systeempsychotherapeut John S. Rolland, auteur van *Families, illness and health* (1994). Hij beschrijft zowel in cursus als in boek zijn ontwerp van een integratief medisch-psychologisch behandelingsmodel voor patiënten en hun gezinnen/families, geconfronteerd met chronische ziekte, waarbij hij geen onderscheid maakt tussen somatische en psychiatrische aandoeningen. Het model bevat drie assen: de psychosociale typologie van de ziekte, het tijdsverloop van de stoornis en het functioneren van het natuurlijke zorgsysteem, doorgaans het gezin en/of de familie.

Het psychosociale type van ziekte kan worden bepaald aan de hand van een aantal criteria, zoals: de wijze van begin van de ziekte (vergeleijk een acute massale psychotische doorbraak met een trage en geleidelijke toename van enkele psychotische symptomen); het verloop (progressief, constant of met periodieke recidieven); de uitkomst (fataal of niet-fataal); en de graad en de aard van de functionele beperkingen.

De tweede as behelst het tijdsverloop en de verschillende fasen van het ziekteproces. Rolland onderscheidt eerst een crisisfase, bestaande uit een symptoomfase zonder diagnose – zoals bekend kan deze bij psychiatrische ziektes (te) lang aanslepen, een diagnostische fase en een initiële aanpassingsperiode aan de diagnose. Daarop volgt een langdurige chronische stabilisatiefase met min of meer frequente symptoomexacerbaties. Bij een fatale afloop volgen ook nog een preterminale en een terminale fase, met daarna de rouw van de nabestaanden.

Op een derde as plaatst de auteur een hele reeks componenten uit partnerrelatie- en gezinsfunctioneren. Ik beschik in dit redactioneel niet over de ruimte voor een volledig overzicht, maar ik noem er drie: (1) de transgenerationale ervaring met ziekte en dood; (2) de wijze waarop de ziekte wordt ingeschreven in de levenscyclus van het gezin; en

(3) de ziekteovertuigingen van de gezinsleden.

Wat is de transgenerationale ervaring met ziekte en dood? De kernvraag is hier: hoe heeft deze familie zichzelf als systeem door de generaties heen ge(her)organiseerd wanneer zich crisis, ziekte en verlies voordeden? Wat hebben ze van deze ervaringen geleerd? Er kan een gevoel van competentie ('depressie, dat kennen wij en daar kunnen wij mee omgaan') dan wel van mislukking ('depressie is voor ons onoverkomelijk') zijn gegroeid. Er kunnen mythes, taboes of catastrofale verwachtingen zijn ontstaan. Fundamentele visies, bijvoorbeeld op leven en dood, kunnen hierdoor veranderd zijn.

Op welke manier wordt de ziekte ingeschreven in de levenscyclus van het gezin? Naargelang de levensfase staat het gezin bijvoorbeeld meer onder invloed van centripetale krachten (jonge kinderen) dan wel van centrifugale krachten (adolescenten). Een langdurige ziekte kan een sterke centripetale kracht uitoefenen: zo valt te verwachten dat de depressie van moeder een andere dynamiek teweegbrengt in een gezin met een jonge zuigeling dan in een gezin met nestverlatende adolescenten.

In de loop van de begeleiding van de chronisch zieke en zijn gezin is het voor de arts van groot belang om meer zicht te krijgen op de visies en overtuigingen van het gezin betreffende de ziekte: het *belief systems assessment*. Hiertoe behoren ten eerste basisovertuigingen over: normaliteit/gezondheid, de lichaam-geestrelatie en de mogelijkheden om zelf invloed/controle uit te oefenen op het ziekteproces; en verder ook de visies op oorzaken, verloop en veranderingen die optreden gedurende het ziekteproces, en op communicatie over de ziekte. Ten tweede moet nagegaan worden welke culturele, etnische en/of religieuze betekenissen gegeven worden aan symptomen, en ten slotte moet worden onderzocht wat de invloed is van de ziekte op gezinsrituelen, en in welke mate er overeenkomst bestaat tussen de opvattingen van de verschillende gezinsleden en de professionele hulpverleners (*fit of beliefs*).

Wat is het belang van een dergelijk model voor de medisch specialist die de psychiater is? Ten eerste maakt het model geen onderscheid tussen psychiatrische, lichamelijke of comorbide ziektes. In alle gevallen richt het zich op de ziektebeleving en de *coping* met de chronische ziekte, en wat daar de implicaties van zijn voor de arts-patiënt/systeemrelatie.

Ten tweede biedt het vanuit drie groepen van kenmerken van een chronisch verlopend ziekteproces handvatten voor de opbouw van een steunende arts-patiëntrelatie, zoals recent in een essay in dit tijdschrift zo mooi beschreven door Hebbrecht (2004). Waar Hebbrecht echter zijn inspiratie zocht bij onder meer Winnicott en Kohut, gebruikt Rolland een meer systeemtheoretisch model, dat aansluiting vindt bij de medisch-psychologische theorieën over chroni-

LITERATUUR

- Hebbrecht, M. (2004). De psychiater als steunfiguur. Een psychoanalytische visie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 157-166.
- Rolland, J.S. (1994). *Families, Illness and Disability. An Integrative Treatment Model*. New York: BasicBooks.

sche ziekte en bij het denken van transgenerationale systeempsychotherapeuten zoals Boszormenyi-Nagy. De finaliteit is echter analoog: hoe met de ziektebeleving van de patiënt en zijn systeem binnen de therapeutische relatie zo om te gaan dat effectieve en efficiënte steungeving gerealiseerd wordt.

Le contraire d'écouter, c'est d'entendre is een uiterst poignant vers van de Franse dichter René Char: het omgekeerde (!) van luisteren is horen. Om werkelijk iemand te horen moet men als arts openstaan voor de complexe belevingswereld van de chronisch zieke in al zijn multipale en gelaagde betekenissen. Deze belevingswereld ontplooit zich in de arts-patiëntrelatie in de opeenvolgende tijdsfasen van het ziektebeloop vanuit samenlopende betekenisvelden: de verschillende contexten en relationele netwerken van de patiënt, de transgenerationale geschiedenis van gezondheid, ziekte en dood, en de individuele verwerking en coping. 'Horen' is de (bereidheid tot) overgave aan deze complexiteit van betekenissen. Het model van Rolland doet hierbij recht – en dat is een derde verdienste – aan de rijke en in de huidige psychiatrie miskende erfenis van de systeempsychotherapie: de theorie en de praktijk van de structureel-strategische, de cybernetische, de multigenerationele en de narratieve gezinstherapie. De klemtoon ligt hier minder op neurale netwerken dan op relationele, en minder op de overdracht van genen van de ene generatie naar de volgende dan op transgenerationale overdrachten van betekenissen, legaten en mandaten. *Of course!*