

VRAAGSTELLINGEN BIJ PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK IN DE TWEEDE PSYCHIATRISCHE UNIVERSITEITS-KLINIEK *)

door Dra. E. RAVEN

Met het nog steeds toenemende aanzien van exacte meetmethoden in de psychologie komt het ouderwetse testonderzoek meer en meer in discrediet. De klinisch psycholoog van het oude stempel zoekt naarstig naar een heroriëntatie, omdat de hem zo dierbare en vertrouwde Rohrschach tot koffiedik is gereduceerd. Exacte lieden met tassen vol simpele proefjes en in de rug gedekt door onnipotente computers bestormen de psychiatrische ziekenhuizen. De „glamour” van het woord „research” ontsluit de meest gesloten afdeling en vol moed gaat men aan het werk. Maar dan komen de communicatieproblemen. Men blijkt elkaar toch niet geheel te verstaan. Een psycholoog die nastreeft zo rationeel mogelijk te werken, ondervindt allerlei weerstanden in zijn omgeving. Bijvoorbeeld lijkt men niet voldoende doordrongen van het belang van een optimale opzet van zijn onderzoek, waardoor hij niet de gewenste medewerking krijgt. Ook is er vaak een grote discrepantie tussen de juichende beoordelingen van de resultaten van zijn onderzoek en de mate waarin men rekening houdt met de adviezen, die voortkomen uit deze zelfde onderzoekresultaten. Men kan zich afvragen waar de fout zit. Ik zou er wel een paar opmerkingen over willen maken.

In de eerste plaats zou ik willen stellen, dat een rationele inbreng in een organisatie alleen dan optimaal geïntegreerd kan worden, wanneer de organisatie als geheel gemotiveerd is voor rationalisatie; dat wil zeggen dat de individuen, die tot de organisatie behoren, allen min of meer het belang inzien van meer produktieve, meer efficiënte, meer rendabele wijzen van werken. Van buitenstaanders hoort men dat de ziekenhuizen qua organisatiestructuur verre ten achter zijn bij de bedrijven. Hierbij denkt men dan juist aan de rationele aspecten van taakverdeling, beslissingsstructuur, communicatielijnen en werkmethoden. Deze onwelwillende buitenstaanders zijn natuurlijk stuurlui die aan wal staan. Het is niet moeilijk allerlei oorzaken aan te wijzen, waarom de rationalisatie zo moeilijk door te voeren is in ziekenhuizen. Ik wil me hier niet in oorzaken gaan verdiepen, maar wel in één bepaald speci-

*) Mevrouw Drs. A. C. Zwanikken-Delfos en Mevrouw Drs. M. C. A. Oudhof-Boone hebben door hun stimulerende medewerking bij het psychologisch onderzoek in de 2e P.U.K. een groot aandeel gehad in de ontwikkeling van de opvattingen, die hier besproken worden.

fiek gevolg: namelijk de moeilijke inpasbaarheid in het psychiatrisch ziekenhuis van psychologen die rationeel werken.

Men kan de fout gaan zoeken bij de psycholoog zelf, in die zin, dat hij door zijn wijze van werken of door de resultaten van zijn onderzoeken het ziekenhuis teveel confronteert met de zwakke plekken, met de gebreken in de organisatie. Een dergelijke confrontatie is pijnlijk en wekt dus weerstanden. De weerstand zal des te groter zijn naarmate de research minder leidt tot een positieve verandering. Men kan ook de fout bij de organisatie zoeken. Immers, deze vraagt om een inbreng, die nog niet verwerkt kan worden. De psycholoog van de subtiële rapportjes, die rustig in zijn eentje in een kamertje zit te testen, is zoveel minder bedreigend voor de anderen. Hij bemoeit zich alleen met de patiënt. Of het resultaat van zijn bemoeienis de patiënt ook bereikt, is voor hem zelf moeilijk na te gaan. Zijn bemoeienis houdt op bij de muren van dat kamertje, en wat hij aan informatie terug krijgt over het effect van zijn inbreng is geheel afhankelijk van de welwillendheid van iemand, die toevallig over dergelijke informatie beschikt.

Ik zou hier nog een opmerking willen maken, die niet zozeer geldt voor alle research die psychologen in psychiatrische ziekenhuizen ondernemen, maar wel voor die vormen van onderzoek, die plaats vinden in het zojuist genoemde kamertje of anders gezegd: in een zogenaamde laboratoriumsituatie. De psycholoog onderwerpt een patiënt of een groep patiënten aan een bepaalde onderzoeksituatie en abstraheert daarmee het gedrag van de patiënt van al die situaties, waarin de patiënt zich gewoonlijk bevindt. De informatie, die men in de laboratoriumsituatie verkrijgt, wijkt dikwijls aanzienlijk af van informatie uit het dagelijks leven van de patiënt. Het is mogelijk, dat de inbreng van de psycholoog, die voor een deel berust op gevalideerde methoden, doorslaggevend zal zijn bij een beslissing, die men gaat nemen met betrekking tot de patiënt, zonder dat men rekening houdt met het ongewone van de laboratoriumsituatie. Een andere mogelijkheid is, dat informatie uit het dagelijks leven van de patiënt de doorslag geeft bij de beslissing. In beide gevallen is niet duidelijk welk gewicht men aan de diverse informatiebronnen moet toekennen. Om dit aan een voorbeeld toe te lichten: de psycholoog beweert op grond van zijn onderzoek, dat de patiënt niet kan rekenen. De verpleging toont zich hierover zeer verbaasd. In winkelt blijkt de patiënt zich heel goed te kunnen redden met geld. Men kan hierover diepzinnig gaan doen om deze tegenstelling te verklaren, maar wanneer de vraag is: kan deze patiënt straks in een huisje wonen en zelf een huishouden bestieren, dan is niet duidelijk aan wiens informatie men de meeste waarde moet hechten. Hoewel de vraag naar wat

de meest relevante informatie is, voorlopig onopgelost blijft, zou ik persoonlijk uit dit voorbeeld toch de conclusie willen trekken dat het wel wenselijk lijkt, dat de psycholoog voeling houdt met andere informatiebronnen omtrent de patiënt. En dat betekent weer, dat hij gelijke tred houdt met het ziekenhuis als totaliteit in de aard van de vragen, die hij zich stelt en in de aard van informatie, die hij probeert te verkrijgen. Pas door systematisch het effect van zijn eigen inbreng te vergelijken met dat van de andere informatiebronnen, zal hij meer inzicht krijgen in de relatieve bruikbaarheid van zijn bevindingen.

Op grond van deze overwegingen zou ik een grotere openheid in de relatie psycholoog—ziekenhuis willen bepleiten. De psycholoog moet zich m.i. niet in een onderzoekkamertje laten opsluiten en evenmin moet hij er zich als in een ivoren toren in terugtrekken. Het andere uiterste zou zijn, als hij probeerde om van alles wat er gaande was in het ziekenhuis op de hoogte zijn. Ook dit lijkt mij niet wenselijk. Het zou een hoogst inefficiënte versnippering van zijn tijd betekenen, terwijl het bovendien voor de anderen niet duidelijk zou zijn waarom de psycholoog overal bij moet zijn.

Het is dus van belang, dat de taak en de rol van de klinisch psycholoog duidelijk gestructureerd is in het geheel van de taakverdelingen van het ziekenhuis; van belang voor hemzelf, omdat hij dan pas kan bepalen, welke informatie hij nodig heeft en tot waar zijn bemoeienis zich uitstrekt; van belang voor het ziekenhuis, omdat men dan pas kan begrijpen met welk doel de psycholoog bepaalde vragen stelt, bepaalde besprekingen bijwoont en ook omdat men dan pas weet, hoe men zijn inbreng moet waarderen of kan gebruiken. Welke plaats de klinisch psycholoog in het ziekenhuis krijgt is niet zo maar een gegeven, dat voor alle psychologen hetzelfde is, maar is afhankelijk van de organisatiestructuur van het ziekenhuis en van de specifieke kwaliteiten van de betreffende psycholoog.

De rolonzekerheid van de psycholoog wordt echter niet alleen van buiten af bepaald (namelijk door zijn onduidelijke plaats in het geheel), maar ook van binnenuit, tengevolge van de discussie binnen de klinische psychologie over taak en functie van de klinisch psycholoog in het psychiatrisch ziekenhuis. PAYNE noemt het kernprobleem van de klinische psychologie het nagenoeg ontbreken van de wetenschappelijke kennis op basis waarvan de psycholoog de vragen van de medicus zou moeten kunnen beantwoorden. Er is zeer veel onderzoek gaande op het gebied van de patho-psychologie, maar een algemene wetenschappelijk getoetste theorie over oorzaken en behandeling van psychologische afwijkingen bestaat er nog niet. PAYNE noemt een aantal escape-

mogelijkheden uit het dilemma: de psychologie als kunst (de kunst van het duiden); of de psychologie die aansluit bij de terminologie en de klinische evidentie van de psychiatrische theorieën (die echter grotendeels ongetoetste theorieën zijn); of afzien van praktisch werk en zich beperken tot het verrichten van fundamentele research in de patho-psychologie. Hij schetst echter ook nog een andere uitweg. De wetenschap heeft twee aspecten: enerzijds is er de wetenschappelijke kennis, bestaande uit getoetste theorieën en feiten, anderzijds is er de wetenschappelijke methode om vragen te beantwoorden. Wanneer de klinisch psycholoog de wetenschappelijke kennis mist, dan nog kan hij de wetenschappelijke methoden hanteren bij het beantwoorden van vragen. U zult uit het voorgaande begrijpen, dat ik het algemene punt hierin: namelijk, dat men zoekt naar een vorm, waarin het onderzoek van individuen zo controleerbaar mogelijk verloopt, bijzonder onderschrijf. Naast deze bezinning op de methode is men zich in de discussie over taak en functie van de klinisch psycholoog in het psychiatrisch ziekenhuis meer en meer bewust geworden van het feit, dat de relevantie en de beantwoordbaarheid van de vragen, die men aan de psycholoog stelt, aan een kritische beschouwing onderworpen moeten worden. DIJKHUIS wijst er in zijn rede op dat veel vragen, die aan een klinisch psycholoog gesteld worden, niet zonder meer te beantwoorden zijn in een onderzoek. Door middel van een gesprek met de psychiater en op grond van een aftastend vooronderzoek met de patiënt probeert de psycholoog tot adequate onderzoeksvragen te komen. De psycholoog moet er achter zien te komen wat met bepaalde vragen bedoeld wordt; hij moet relevante vragen zien te krijgen voor de patiënt en voor de hulp aan hem; en hij moet aansluitend aan de aldus verkregen vraag die hypothesen vormen, die met beschikbare methoden onderzocht kunnen worden.

Tot hiertoe heb ik u willen wijzen op een aantal onduidelijkheden in de rol en de taak van de psycholoog in het psychiatrisch ziekenhuis en op het belang van grotere duidelijkheid, omdat dan pas een klimaat kan groeien, waarin op verantwoorde en controleerbare wijze gewerkt kan worden en waarin een aldus verkregen resultaat door het ziekenhuis verwerkt kan worden.

In het volgende wil ik u aan de hand van een rubricering van vraagstellingen, zoals die zich hier voordoen, de vorm laten zien waarin het testonderzoek in de P.U.K. functioneert. Daarbij wil ik dan voorop stellen, dat ik in zekere zin ook als stuurman aan wal gesproken heb, omdat in onze kliniek — ik zou haast zeggen „statutair” — het klimaat gunstig is voor wetenschappelijk onderzoek en omdat door de invoering van de plangroep in alle richtingen de communicatiemogelijkheden aanzienlijk zijn vergroot.

De waarde van de plangroep voor het psychologisch onderzoek is vooral gelegen in het feit dat de specifieke problemen, waarvoor men zich bij de individuele patiënt geplaats ziet, geformuleerd worden. Hierdoor wordt de taak van het opstellen van de relevante vraagstelling voor psychologisch onderzoek aanzienlijk vergemakkelijkt.

Behalve het voordeel van deze formulering van informatie en van vragen met betrekking tot een bepaalde patiënt, heeft de plangroep het voordeel, dat men op breed terrein kennis kan nemen van de beleidsproblemen. De aard van de beleidsproblemen is een afspiegeling van de aard van de interactieproblemen van de patiënt, waardoor hem het leven in de maatschappij onmogelijk werd. Bijvoorbeeld: de noodzaak van overleg tussen therapeuten is het meest klemmend bij patiënten, die mensen tegen elkaar uitspelen; de vraag naar georganiseerde vrijetijdsbesteding speelt vooral bij initiatiefloze patiënten; de noodzaak van het afwegen van vrijheden en restricties vooral bij stuurloze patiënten; de vraag naar effectieve manieren van belonen en straffen vooral bij slecht gemotiveerde patiënten. Pas op basis van de kennis van beleidsproblemen is de psycholoog in staat de relevantie te beoordelen van de vragen, die hem gesteld worden.

Een derde voordeel van de plangroep voor het psychologisch onderzoek is de feed-back, waardoor men meer inzicht kan krijgen in de relativiteit van de bevindingen van het testonderzoek.

Voordat ik u iets over de vraagstellingen zelf vertel, wil ik u eerst vertellen op welke wijze de vraagstellingen voor het psychologisch onderzoek hier meestal ontstaan. Dikwijls komen de vragen op in de plangroepbesprekingen. Ook stellen deelnemers aan de plangroep tussentijds vragen met het oog op de volgende bespreking. Bijvoorbeeld: de sociale dienst stelt vragen naar resocialisatiemogelijkheden van de patiënt; de zaalarts stelt vragen in zijn functie van coördinator van alle bemoeienis, die er met de patiënt is. Meestal kan de psycholoog zelf zijn vragen opstellen op grond van de laatste plangroepconclusie, op grond van recente informatie uit de diverse sectoren van bemoeienis met de patiënt en/of op grond van vorig eigen onderzoek. Uitgangspunt bij het opstellen van de vragen door de psycholoog zelf is: „wat zou in dit stadium van de behandeling en resocialisatie van de patiënt belangrijk zijn om te weten en in hoeverre kunnen we hierover met de beschikbare methoden informatie krijgen?” De twee psychologen overleggen wat relevante vragen kunnen zijn en op welke wijze geformuleerd zij het beste onderzoekbaar zijn en ook overleggen zij over de meest geëigende onderzoeksmethoden. Er wordt over het algemeen naar gestreefd om de vragen niet teveel omvattend te maken, omdat het niet rendeert om, wanneer iedere patiënt eens

per half jaar aan de beurt komt, telkens een uitgebreid onderzoek te doen. Behalve bij nieuwe patiënten zijn de vragen dus meestal betrekkelijk specifiek.

Over een periode van drie maanden werden alle vragen verzameld, teneinde tot een voorlopige rubricering te kunnen komen van de vraagstellingen. De vragen zijn nogal uiteenlopend. Vooral verschillen zij in de mate van specificiteit en in de mate van duidelijkheid van de formulering. Zij werden ondergebracht in algemenere gezichtspunten, van waaruit men vragen over patiënten en hun behandeling kan stellen. In de indeling is getracht de stadia van begeleiding van de patiënt door het ziekenhuis als totaliteit te verwerken. De reden hiervan heb ik u al genoemd: namelijk de wenselijkheid dat de psycholoog in zijn onderzoek gelijke tred houdt met de anderen, die bemoeienis hebben met de patiënt. Uitdrukkelijk wil ik stellen, dat de indeling nauw samenhangt met de wijze waarop functies, rollen en werkzaamheden in onze kliniek verdeeld en gecoördineerd zijn. PAREAU DUMONT heeft u daar al over gesproken. In de tweede plaats zal zeker ook een rol spelen, dat onze patiënten-populatie homogener is dan de gemiddelde gestichtsbevolking en dat uitgegaan wordt van een langdurig verblijf in het ziekenhuis.

Onder drie gezichtspunten heb ik de vragen gegroepeerd:

1. Vragen betreffende plaatsingsmogelijkheid;
2. Vragen betreffende de wijze en de mate van gestoord-zijn;
3. Vragen betreffende functionele relaties.

Stuk voor stuk zal ik nu deze soorten vragen bespreken.

Ad. 1. (*plaatsingsmogelijkheid*).

Het gaat hierbij om drie mogelijkheden van plaatsing: plaatsing in de P.U.K., plaatsing binnen de P.U.K. op een of meer therapeutische afdelingen, of plaatsing buiten de P.U.K. in een bepaalde woon- of werkomgeving. Vragen, die bij de plaatsing aan de orde kunnen komen zijn bijvoorbeeld:

- is de patiënt in staat om, wanneer hij zelf een vorm moet geven aan de situatie, de grenzen van de realiteit in het oog te houden?
- in hoeverre is hij in staat tot samenwerken?
- hoe sterk interfereert de lichamelijk beleefde pathologie bij een doelgericht bezig-zijn?
- hoe nauwkeurig en hoe snel kan hij eenvoudige handelingen verrichten?
- chaotiseert hij in een stress-situatie of legt hij alleen maar snel het bijltje erbij neer?

Het onderzoek naar de klinische diagnose heeft meestal al plaats gehad voordat de patiënt bij ons wordt opgenomen. Het specifiek eigene van het schizofrene gedrag is ook in het psychologisch

onderzoek moeilijk objectiveerbaar. De diagnostische vraag bij een nieuwe opname wordt door ons meestal ruimer genomen in die zin, dat we de vraag aldus herformuleren: past deze patiënt in onze proefgroep? De patiënt moet aan een aantal criteria voldoen om in onze proefgroep te passen. FISCHER zal hier nog uitvoerig over spreken.

Wat betreft de plaatsbaarheid binnen en buiten het ziekenhuis doen zich voor het psychologisch onderzoek een aantal principiële moeilijkheden voor. Gevalideerd onderzoek naar indicatiestelling is onmogelijk; bij de plaatsing binnen het ziekenhuis is het struikelblok de voortdurende wisseling: van therapeuten, van omstandigheden, van werkwijzen; bij de plaatsing buiten het ziekenhuis is de grote diversiteit van mogelijkheden een bezwaar, maar meer nog het feit, dat juist dat ene, hoogst gespecialiseerde schaap met vijf poten gezocht moet worden. En het zijn steeds weer vijf andere poten die men nodig heeft.

Het heeft geen zin om bij het formuleren en beantwoorden van vragen naar plaatsbaarheid binnen het ziekenhuis direct al te streven naar grote specificiteit, omdat men in dat stadium van kennisverwerving omtrent de patiënt nog niet zou weten in welke richting men zinvol zou kunnen specificeren. Globale gegevens kunnen in eerste instantie het beste globaal geordend worden. Pas wanneer men op grond van een globale ordening meer gerichte informatie heeft gekregen is men in staat de vragen nauwkeuriger en specifieker te formuleren. Deze toespitsing van vragen op grond van informatie en van informatie op grond van vragen is niet de taak van de psycholoog alleen, maar de taak van het ziekenhuis als geheel. Een juiste invoeging van de patiënt in de totale organisatie van het ziekenhuis maakt een meer gerichte observatie mogelijk.

Om ditzelfde nog eens concreter te zeggen: wanneer men een patiënt binnen krijgt waarvan men alleen nog maar weet, dat hij waarschijnlijk lijdt aan schizofrenie (wat dat dan ook moge zijn), dat hij bepaalde pathologische symptomen vertoont en/of zich niet langer kan handhaven in de maatschappij, dan is het allereerst van belang te weten op welke wijze men het leven van deze patiënt binnen het ziekenhuis zo zinvol mogelijk organiseert. Zo zinvol mogelijk wil dan zeggen, dat men hem plaatst op die therapeutische afdelingen, waarvan men voor deze patiënt het meeste therapeutische rendement verwacht. In dat stadium zijn vragen als: is hij nog in een behandelingsfase of is hij al weer toe aan een resocialisatie en, als hij nog in een behandelingsfase is, welke behandelingen lijken dan het meest geïndiceerd, van meer belang dan vragen naar de wijze, waarop men zijn tempo kan opvoeren, of hoe hij reageert op falen. Pas wanneer de patiënt,

eenmaal op een bepaalde afdeling geplaatst, niet verder blijkt te komen, omdat zijn tempo zo laag is of omdat hij steeds wegloopt, zijn de specifieke vragen relevant geworden.

Vragen naar plaatsingsmogelijkheden op de therapeutische afdelingen zijn vooralsnog vragen om een beoordeling. Wanneer de psycholoog bij deze vragen zichzelf en anderen te vroegtijdig dwingt naar het niveau van operationalisering en specifieke probleemstelling (bijv. door de vragen te vroegtijdig te herformuleren in operationele termen of op te splitsen in verifieerbare hypothesen) dan vervreemdt hij daarmee zichzelf — en eventueel die arts, die hij meekrijgt in zijn streven naar meetbaarheid — van de realiteit van de patiënt en van die van de therapeuten, die met de patiënt moeten gaan werken. Immers: misschien zal de stoornis, die de psycholoog na geduldig experimenteren in zijn onderzoek vindt en waarvoor hij na nog meer geduldig experimenteren de remedie vindt, niet relevant blijken te zijn voor de wijze, waarop deze patiënt zich niet kan handhaven in de maatschappij. Om iets te weten te komen over de laatstgenoemde wijze van gestoord-zijn, die dikwijls weinig objectief en meetbaar is, is andere informatie nodig dan die, welke de psycholoog middels experimenteren krijgt. Daar komt bij, dat de therapeuten bij hun eerste oriëntatie ten aanzien van de mogelijkheden van de patiënt alleen niets kunnen doen met beoordelingscategorieën. Pas wanneer ze in de loop van deze oriëntatie stuiten op de meer omschreven wijzen van gestoord-zijn van de patiënt, die ik onder punt 3 zal bespreken, komen ze zelf met vragen, die vaak zonder meer in verifieerbare hypothesen om te zetten zijn en pas dan zullen zij iets kunnen doen met de antwoorden op deze vragen.

Ad. 2. (de aard en de mate van gestoordheid van de patiënt).

Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:

- in hoeverre verbergt de patiënt een reële handicap met quasi onwillig gedrag?
- in hoeverre hangt de beleving van „toveren” samen met bepaalde angsten, met bepaalde concentratiestoornissen of met bepaalde waarnemingsstoornissen?
- hangen patiënt's agressieve hallucinaties samen met een niet-kunnen-uiten van agressie in reële situaties?
- gaat de opvallende asymmetrie in zijn motoriek gepaard met een verschillende beleving van rechter en linker lichaamshelft en van rechter en linker ruimte?

In het zoeken naar een oriëntatie in de specifieke wijze, waarop deze patiënt gestoord is, speelt vooral bij medici, maar ook bij paramedische therapeuten het denken over de aard van de stoornis een voorname rol. Prognose en behandeling sluiten meestal bij

deze „beeldvorming” aan. Een deel van de vragen betreffen dit denken over de aard van de stoornis. Door sommige psychologen worden dit soort vragen als frustrerend beleefd, omdat zij niet duidelijk kunnen zien tot welke resultaten de te verschaffen informatie kan leiden. Het gaat hier meestal om het vaststellen van samenhangen tussen bepaalde aspecten van het gedrag of om het vergelijken ervan. Persoonlijk ben ik van mening, dat deze vragen even relevant zijn als de vragen van de eerste categorie en dit vooral op grond van de ervaring, hoe in de plangroep bij de patiënten, waarbij het niet lukt tot een conceptvorming te komen van de aard van de stoornis, men überhaupt met de handen in het haar zit, omdat ieder plan, dat men bedenkt, een volkomen willekeurig plan lijkt te zijn, met het gevolg dat niemand zich er voor inzet.

Het gaat bij deze vragen niet om een verheldering van psychiatrische systemen en theorieën. Zoals men in een psychologisch rapport meestal termen aantreft, die verwijzen naar zeer uiteenlopende theoretische modellen, zo hanteert de psychiater in zijn denken over de individuele patiënt meestal ook verschillende theoretische systemen naast elkaar. Men zou kunnen zeggen: de psychiater ontwikkelt een visie op de aard van de stoornis van deze patiënt en deze is gebaseerd op zijn kennis van de verschillende theoretische gezichtspunten en op zijn ervaringen met individuele gevallen. De stap van theorie naar concreet ervaringsgegeven en omgekeerd van ervaring naar generalisatie houdt altijd een element van persoonlijke keuze in en dus van subjectiviteit, van willekeur. In dat stadium gekomen voelt de psychiater behoefte iemand uit een andere vakdiscipline en met een andere onderzoekstechniek te consulteren. Dit dwingt hem om de veelheid van zijn overwegingen te verdichten tot een vraag. Het hangt van de creativiteit van de psychiater af of het hem lukt tot een dergelijke concentratie van zijn probleem te komen, dat de vraag aan de psycholoog een aantal duidelijke alternatieven bevat. Pas in dát geval is er een kans, dat de psycholoog zijn onderzoek zo kan inrichten, dat hij tot een beslissend antwoord kan komen, namelijk „één van de alternatieven is waarschijnlijk dan de andere”.

Meestal zal het echter niet lukken tot een dergelijke scherpe formulering te komen en tot een dergelijke ideale taakverdeling tussen psychiater en psycholoog. De verdichting van een grote hoeveelheid overwegingen tot een scherp omschreven vraag is, zoals ik u al zei, een hoogst creatieve bezigheid. Het kan zijn dat een gesprek over de vraagstelling tussen psychiater en psycholoog dit creatieve proces kan vergemakkelijken. Het gesprek mislukt wanneer beiden beter alleen kunnen denken dan in commissie. Het

gesprek mislukt ook wanneer beiden niet over voldoende informatie beschikken, maar daarover heb ik u al gesproken.

Ad. 3. (*functionele relaties*)

Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:

- onder welke invloed verbetert patiënt's prestatie: zakelijke informatie over zijn vorderingen, bemoedigend contact, aansporingen, alleen gelaten worden met een taak?
- is er iets te zeggen over het moment waarop hij wegzakt in hallucinaties: bijvoorbeeld bij een vrije taak, bij een moeilijke taak, bij falen, bij een continue taak, bij vermoeidheid, onder emotionele omstandigheden, bij kontaktnaam?
- werkt een rivaliteitssituatie activerend of remmend bij deze patiënt?
- gaat hij meer over zijn wanen praten wanneer er meer druk op hem wordt uitgeoefend?

Het onderzoek, dat bij deze vraagstellingen aansluit zou ik willen aanduiden als „konditioneel onderzoek”. Beide termen „konditioneel” en „funktioneel” verwijzen naar een model van redeneren, dat weergegeven kan worden in formules met de structuur: „indien a, dan bij”. Konditioneel onderzoek is dan dus onderzoek, waarin systematisch met bepaalde invloeden wordt geëxperimenteerd. Nu zijn de invloeden, die men in een experiment kan invoeren, oneindig. Op welke wijze kan men de vraag nu zo formuleren, dat men het onderzoek kan richten op gestoorde reactiepatronen van de patiënt? Ik kan u dit proces van formulering van de vraag alleen laten zien door aan het andere eind te beginnen: niet aan het eind van de theoretische eisen, maar aan het eind van de praktische problemen.

Patiënte A. vertoont een zeer regressief reactiepatroon: hoewel zij de middelbare leeftijd bereikt heeft, noemt zij iedereen „papa” en „mama” en heeft ze de rondvlinderende charme van een klein meisje van twee jaar, dat geen moment op haar stoeltje wil blijven zitten en dat overal met de handjes aanzit. Als een klein meisje vertedert zij haar omgeving, zodat haast niemand er aan ontkomt haar als een klein kind te behandelen. Bovendien kan men alleen iets van haar gedaan krijgen, wanneer men het spel met haar meespeelt. Iedereen weet dat hij er eigenlijk niet op in zou moeten gaan, maar het appèl is zo sterk, dat vrijwel iedereen haar blijft infantiliseren. Men kan zeggen dat patiënte A. met haar omgeving in een vicieuze cirkel terecht gekomen is. Zij doet een specifiek appèl en dit lokt een specifieke reactie van de omgeving uit. Deze reactie van de omgeving versterkt de reacties en het relatiepatroon van patiënte en deze versterkt weer het appèl, dat ze doet. Bij veel van onze patiënten vindt men dergelijke spiralen in een

of andere vorm. De man, die in alles wat hij doet het persoonlijke weet te vermijden. Niemand kent hem. Hij wordt vergeten. Niemand komt meer op het idee om hem naar zijn mening te vragen. De vrouw, die iedereen tegen zich in het harnas jaagt. Men vindt haar onsympathiek. Men wijst haar af. Dit versterkt haar sarcasme. Behalve de „spiraal” is er ook de „drempel”, die niet te hoog „is” maar te hoog „lijkt”. Omdat hij te hoog lijkt, blijft men erover struikelen, en daarom blijft hij te hoog lijken. Het „indien a, dan b” lijkt hier wel duidelijk en de relevante vraag is in dit geval juist: „hoe ontkomen we aan deze wetmatigheid, waar is een opening te vinden in de cirkel?”

Ik ben dus aan het andere eind begonnen, maar daarmee is ongemerkt de structuur omgedraaid. Beogen wij een onderzoek in de trant van: „indien *onderzoeker* dit doet, dan doet patiënt dat”, dan zien we in deze voorbeelden juist het omgekeerde, nl.: „indien *patiënt* dit doet, dan gebeurt er dat of dan doet zijn omgeving dat”. De vicieuze cirkel waarin het gedrag is geraakt, is alleen te doorbreken, wanneer wij gaan zoeken naar alternatieve antwoorden van de omgeving. Maar allereerst moet men weten of het juist is, dat patiënt met zijn gestoorde gedrag juist dié antwoorden van de omgeving oproept, die dit gestoorde gedrag versterken. Om dit te weten te komen moet men de formule weer omdraaien: „indien onderzoeker dit doet (wat iedereen altijd automatisch tegenover patiënt doet), dan doet patiënt dat (namelijk zijn gestoorde reactiepatroon)”, en wanneer dit bevestigd wordt in het onderzoek, kan men de volgende stap doen, nl.: „indien onderzoeker nu eens *niét* dit doet, maar een of andere alternatieve invloed uitoefent, in hoeverre en in welk opzicht verandert dan de reactie van de patiënt?

Ook dit is nog steeds een exploratief onderzoek, maar wanneer men op deze wijze invloeden vindt die effect hebben op het gestoorde gedrag, die een verandering teweeg brengen, kan men een hypothese opstellen over de omstandigheden, waaronder het gestoorde gedrag optreedt. Konditioneel onderzoek is dus een poging om gestoorde gedragspatronen onder experimentele controle te krijgen. Het is bovendien een onderzoek dat gericht is op de gestoorde reacties in engere zin en op de mogelijke omgevingsinvloeden op deze reacties. Bij dit onderzoek maken wij gebruik van de informatie die wij uit andere situaties met de patiënt verkrijgen. Niet alleen aanduidingen van de „spiraal” en de „drempel”, maar ook suggesties over mogelijke wijzen van doorbreken van gestoorde gedragspatronen worden soms door anderen gedaan: deze kunnen dan vaak zonder meer in een laboratorium-situatie worden uitgetoetst.

Het zal u opgevallen zijn dat ik steeds gesproken heb over hypo-

thesevorming en niet over het toetsingsonderzoek. Mijn onderwerp betreft echter het probleem van de vraagstellingen en niet het onderzoek van de vraagstellingen. Ik zou daarom willen volstaan met te verwijzen naar de publikaties van SHAPIRO en PAYNE. Ik zou tenslotte nog even een vierde categorie van vragen willen vermelden: de vragen naar een ontwikkeling in de tijd van het gedrag van de patiënten. Deze vragen komen hier frequent voor. Dat ik ze hier niet verder bespreek, is wegens tijdgebrek. Over longitudinaal onderzoek is namelijk veel te zeggen: het stelt de onderzoeker voor ingewikkelde problemen van timing, uitsluiting van leereffect, beperkte herhaalbaarheid van de meeste onderzoeksmethoden, keuze van te onderzoeken variabelen etc.

SAMENVATTING

In het voorgaande heb ik een aantal standpunten naar voren willen brengen die ik hier nog eens kort wil samenvatten. In de eerste plaats heb ik willen wijzen op de voordelen van het gelijk opwerken van de psycholoog met het ziekenhuis als geheel: op deze wijze kan de psycholoog de informatie van andere medewerkers, bijv. een informatie uit meer alledaagse situaties, verwerken in zijn exploratieve onderzoek. Dit komt de praktische relevantie van zijn onderzoek ten goede.

In de tweede plaats heb ik aan de hand van een rubricering van vraagstellingen beschreven hoe op die manier geleidelijk toegevoerd kan worden naar konditioneel onderzoek en via konditioneel onderzoek naar predictief experimenteel onderzoek.

De rubrieken die besproken werden zijn:

- a. vragen betreffende plaatsingsmogelijkheid,
- b. vragen betreffende de wijze en mate van gestoord-zijn,
- c. vragen betreffende functionele relaties (van het type „indien a, dan b”).

Het onderzoek dat toewerkt naar een formulering van hypothesen over functionele relaties werd konditioneel onderzoek genoemd. Model voor een dergelijke relatie stond de „spiraal”, die ontstond wanneer op een specifiek en ongewoon appèl, dat van de patiënt uitgaat, de omgeving een eveneens specifiek en ongewoon antwoord geeft, waardoor het appèl weer versterkt wordt.

Pas in het stadium van hypothesevorming is men toe aan wetenschappelijke relevantie. Het meedenken over en meewerken aan de eerste twee categorieën van vraagstellingen is een poging om in de derde categorie de voorwaarden te scheppen voor een onderzoek, dat in twee opzichten relevant is: relevant voor het praktische belang van de patiënt en dus bruikbaar voor het ziekenhuis en relevant als gerichte en controleerbare wijze van onderzoek.

SUMMARY

Firstly the advantages are mentioned of the intensive co-operation between the psychologist and the hospital as a whole from the time of admission of the patient.

In this way the psychologist can assimilate the information from other co-workers, e.g. information from more common situations, in his explorative investigation. This can be of benefit for the significance of his investigation.

Secondly is described, in view of a classification of questions, how in this way can be strived gradually for conditional investigation and via conditional investigation for predictive experimental investigation.

The classifications discussed are:

- a) Questions concerning the possibility of placing the patient.
- b) Questions concerning the way in which the patient is disturbed and to what extent.
- c) Questions concerning functional relations (of the type "should A, then B".) The investigation that strives for a formulation of hypotheses about functional relations was called a conditional investigation. Model for such a relation was the spiral that originates when, on a specific and unusual appeal starting from the patient, the surroundings answer likewise specific and unusual, which reinforces the appeal.

Not until the stage of the formation of hypotheses does one reach the scientific significance. The jointly thinking over and co-operation on the first two categories of questions is an attempt to create in the third category the conditions for an investigation that is significant in two aspects: significant for the practical interest of the patient and thus useful for the hospital and significant as a directed and controllable method of investigation.

With this attempt at integration of practical and scientific interest and of integration of the thinking and deciding jointly, a picture is given of the place of the clinical psychological investigation in the Second Psychiatric Clinic of the Utrecht University.

LITERATUURLIJST

- Dijkhuis, Dr. J. H. (1965): Klinische benadering en klinische psychologie.
Payne, R. W. (1953): The role of the clinical psychologist at the institute of psychiatry.
Revue de psychologie appliqué, 3, 150-160.
- Payne, R. W. (1957): The experimental method in clinical psychological practice.
J. Ment. Sci., 103, 189-196.
- Shapiro, M. B. (1951): An experimental approach to psychological diagnostic testing.
J. Ment. Sci., 97, 748-764.
- Shapiro, M. B. (1963): A clinical approach to fundamental research with special reference to the study of the single patient.
In: Sainsbury, P. en Kreitman, N. Methods of psychiatric research.
Oxford University Press, London, p. 123-150.