

VERSLAG VAN EEN
PSYCHOTHERAPEUTISCH VIERGESPREK
MET EEN ECHTPAAR, WAARVAN DE VROUW
HERSTELLEND WAS VAN EEN PSYCHOTISCHE TOESTAND

EEN POGING TOT HET VASTLEGGEN EN EVALUEREN VAN
HET RESULTAAT

*Dr. F. H. L. BEYAERT, zenuwarts en drs. E. RAVEN, psychologe
(Projectleider Rümke Kliniek: Dr. A. A. FISCHER, zenuwarts)*

Uit de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek (hoofd Prof. Dr. J. H. Plokker), Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek deel uitmakend van het Willem Arntsz Huis te Utrecht (geneesheer-directeur: H. Loois).

Medewerkers PUK-groep o.l.v. Dr. A. A. Fischer:
Dr. F. H. L. Beyaert, Prof. Dr. J. H. Dijkhuis,
Mej. A. van Hilten, G. G. F. Pareau Dumont,
Mej. E. Raven, W. G. Vogelaar, E. Werlemann,
Mevr. A. C. Zwanikken—Delfos.

In dit verslag zullen achtereenvolgens aan de orde komen:

- 1 een korte ziektegeschiedenis van het echtpaar;
- 2 overwegingen, die geleid hebben tot het beginnen van de korte, van tevoren door de tijd gelimiteerde, psychotherapeutische behandeling van het echtpaar;
- 3 overwegingen, die geleid hebben tot de specifieke vorm van behandeling en het doel, dat de therapeuten daarbij voor ogen stond;
- 4 overwegingen, die geleid hebben tot de keuze van bepaalde onderzoeksmethoden om de gewenste en mogelijk optredende veranderingen, als gevolg van de psychotherapie, te evalueren;
- 5 een bespreking van de vormen, die de therapeuten kozen tijdens deze behandeling. Een poging tot inventarisatie van de therapeutische ingrepen;
- 6 bespreking van de gegevens uit de onderzoeken vóór en na de behandeling.

De 30-jarige mevrouw Ter Weert¹ werd op verzoek van een sociaal-psychiatrische dienst in juni 1966 in onze kliniek opgenomen, omdat zij, terwijl men elders de diagnose schizofrenie al enkele malen gesteld had², thans wederom niet in staat bleek om zich te handha-

¹ Het probleem van de discretie en het persoonlijk geheim hebben wij getracht op te lossen door niet alleen namen, data en andere personalia te fingeren, maar door tevens de inhoud van de psychotherapeutische gesprekken slechts summier en in abstractie te noemen.

² Patiënte viel binnen de groep, die door de criteria van de Rümke Kliniek omschreven wordt. Deze criteria benaderen min of meer datgene wat in diverse psychiatrische scholen en klinieken onder 'schizofrenie' wordt verstaan. Door de uitvoerigheid en ondubbelzinnigheid van de criteria echter, die overigens niet a

ven in haar milieu. Hoewel in het kinderloze huwelijk weinig eisen aan haar werden gesteld, kon zij toch niet op de been blijven. Gebrek aan interesse en initiatief hadden geleid tot een situatie, waarin patiënte vrijwel steeds in bed bleef, terwijl haar man en diverse familieleden, met name de beide moeders, zorg droegen voor patiënte en voor de weinige dingen, die ze eigenlijk had moeten doen. Nadat patiënte 2 maanden in onze kliniek was opgenomen, werd in overleg met de afdelingspsychiater, psycholoog, sociaal werker en supervisoren van de diverse paratherapeutische gebieden getracht een therapeutisch plan de campagne op te bouwen, waarmee de familie Ter Weert het meest gediend zou zijn.

Ad 1 — Uit de voorgeschiedenis leek relevant, dat patiënte de oudste dochter was uit een middenstandsgezin in een Fries dorp, waarin vader en moeder afwisselend, maar dan ook duidelijk afwisselend in de strijd om de macht, de toon aangaven. De familie was verder gekenmerkt door orthodoxie.

Sexualiteit was een van de vele taboe's, maar belangrijker leek de algehele sfeer van verbod en gebod zonder spel en plezierruimte, waarvan de continuïteit leek te zijn gewaarborgd door de met wisselende uitslag gevoerde machtsstrijd van de ouders.

Patiënte's eerste 'inzinking' vond plaats nadat zij enige tijd als kinderverzorgster tot tevredenheid van haar superieuren had gewerkt. Voordien was zij een stil, weinig opvallend en vooral braaf meisje geweest op de lagere school en op de ULO.

Patiënte had bij de eerste decompensatieverschijnselen stoornissen in de realiteitszin (hallucinaties, wanen) en daarbij een opmerkelijke afkeer van voedsel, gecombineerd met een sterke gewichtsdaling. Nadat zij opnieuw aan de slag was gekomen kreeg zij wederom een 'inzinking' met soortgelijke verschijnselen.

Patiënte trouwde in 1962, één jaar na de tweede decompensatie, met de toen 27-jarige heer Ter Weert, die werkzaam was op een efficiency-bureau. De heer Ter Weert was de eerste zoon uit een kinderrijk Brabants middenstandsgezin, waarin de moeder uitgesproken de toon aangaf en waarin de vader zich ternauwernood met de kinderen bemoeide.

Nadat het jonge gezin zich gevestigd had in de buurt van het werkmilieu van de man en nadat de eerste periode van huis zoeken en huis inrichten voorbij was, ontstond in aansluiting op een abortus een crisis, die aanvankelijk door de sociaal-psychiatrische dienst kon worden opgevangen. Daarbij werd tevens een advies gegeven met betrekking tot anti-conceptie, wat door het echtpaar werd opgevat als een onverbidde diët t.b.v. de psychische gezondheid van de

priori het begrip schizofrenie geheel hoeven te dekken, werd bereikt, dat research in de Rümke Kliniek elders herhaald kan worden met elke populatie, die voldoet aan de genoemde criteria. (A. A. Fischer) (1).

vrouw. Hierna begon het gezin af te glijden naar de situatie waardoor de opname van de vrouw in een kliniek noodzakelijk werd. Patiënte was steeds minder gaan doen en lag steeds langer in bed. Aanvankelijk als een soort rustkuur, later omdat zij eenvoudig niet meer het bed uit kon komen. Haar man nam haar hoe langer hoe meer dingen uit handen en vroeg steeds minder van haar in verband met haar labiele geestelijke gezondheid. De enkele agressieve uitbarstingen van patiënte beantwoordde hij door de scherven op te rapen. Patiënte leek als het ware in dit gezinnetje te zijn gaan lijden aan een hospitalisatiesyndroom.

Ad 2 — Toen patiënte bij ons was opgenomen, realiseerden wij ons dat een volledig hospitalisatiesyndroom zich snel zou kunnen ontwikkelen ondanks de anti-psychotische medicatie, de activerende paratherapeutische bemoeienissen en onze intensieve pogingen om het klimaat op de afdeling zo te vormen, dat een hospitalisatiesyndroom bij patiënten voorkomen of bestreden wordt. Besloten werd daarom om patiënte slechts overdag in de kliniek te houden. Echtgenoot kwam haar halen en brengen. Ze ontbeten samen en gebruikten thuis het avondeten. Ook het week-end was patiënte thuis. In deze situatie deed zich echter de vraag voor op welke manier wij patiënte en haar man toch nog therapeutisch konden benaderen. Het was duidelijk, dat verheldering en bewerking van de gefixeerde interactiepatronen van het echtpaar het meest wenselijk waren, maar tegelijk leek het de meest hachelijke onderneming. Daarbij kwam nog, dat de psychotherapeuten door omstandigheden, die geheel buiten deze problematiek stonden, zich slechts zeer korte tijd, te weten drie maanden, konden inzetten voor deze therapie. Het dilemma werd opgelost omdat er voorlopig geen andere therapeutische mogelijkheden waren, die van toepassing konden zijn op de gegeven situatie. Het was een heel klein beetje of niets, terwijl in het laatste geval de prognose zeker ongunstiger leek. Tenslotte hebben wij geprobeerd om van de nood een deugd te maken door onze twijfel over de juistheid van de indicatie om te zetten in een onderzoek, dat de bedoeling had om het effect van deze therapie met dit gezin in deze situatie te meten, teneinde daaruit aanwijzingen te verkrijgen voor verdere behandeling.

Ad 3 — In verband met alle beperkingen van de psychotherapeutische mogelijkheden was het zaak om vooraf de vorm waarin de therapie zou plaats vinden, alsmede de noodzakelijkerwijs slechts beperkte doelstelling, nader te omschrijven. Wij kozen voor de volgende situatie: een zitting van 1 $\frac{1}{4}$ uur éénmaal per week. Tijdens de zitting werd koffie geserveerd. Het echtpaar en de therapeuten waren gezeten rond een tafeltje in het gebruikelijk soort stoelen, waarbij het echtpaar tegenover elkaar zat. Verder kozen wij,

niet alleen omdat wij dat in de gemengde groepstherapie ook gewend zijn te doen, voor de combinatie van een vrouwelijke en mannelijke therapeut. Wij meenden in de eerste plaats, dat een enkele therapeut al heel gauw in een twee-tegen-een-positie terecht zou komen in deze therapie, gegeven de man-vrouw relatie zoals deze bestond en gegeven het feit, dat het juist de bedoeling was om deze relatie te verhelderen en te wijzigen. Bovendien waren wij van mening, dat de begeleiding bij het vinden van de eigen identiteit hier het best kon geschieden via identificatiefiguren van de eigen sexe. Tenslotte lijkt ons in dergelijke therapieën de mogelijkheid van „complementaire rollen” van belang en wel om twee redenen: tijdens de gesprekken kunnen de therapeuten complementair zijn in zoverre zij de representanten zijn van de eigen sexe, maar in de tweede plaats kunnen de therapeuten ambivalente gevoelens of belevingsaspecten, zoals zij deze in het gesprek bij één patiënt opmerken, verhelderen door a.h.w. tegelijkertijd én afzonderlijk hierop in te gaan. Zo kan de ene therapeut de boosheid, de andere het verdriet van een gemengd gevoel herkennen en expliciteren. Een psychotherapeutische vorm, die ons van belang lijkt in elke behandeling, die niet bepaald is door de dialoog tussen slechts twee personen. (Hiermee wordt dus niet bedoeld de vorm waarbij twee therapeuten één patiënt behandelen).

Wij kozen voor een actief geleide therapie, waarbij duidingen naar het verleden van de patiënten niet wenselijk zouden zijn, omdat ons de tijd ontbrak om dit in perspectief te krijgen. Overdrachtsduidingen t.o.v. de therapeuten leken evenmin wenselijk, al meenden wij wel, dat verwachtingen, wensen en gevoelens t.o.v. de therapeuten tijdens de zittingen als zodanig geëxpliciteerd konden worden, zoals ook de interactiepatronen van het echtpaar. Daarbij stond ons het volgende voor ogen:

a exploratie en verheldering van de agressie, respectievelijk jaloezieproblematiek,

b exploratie van de bestaande man-vrouw verhouding en explicitering van infantiele relatiepatronen daarin,

c ik-versterking van de man en de vrouw afzonderlijk in de zin van duidelijk maken van de polariteiten en ondersteuning daarvan,

d 'wij-versterking' van het huwelijk in de zin van bevordering van de onderlinge dialoog.

Ad 4 — Om van de nood een deugd te maken maar ook in overeenstemming met de traditie van de kliniek, verbonden wij aan de tentatieve behandeling een onderzoek ter beoordeling van de mate waarin het gestelde therapeutische doel bereikt kon worden of benaderd wanneer deze therapie werd toegepast. Gezocht moest dus worden naar onderzoeksmethoden, die voor en na de behandeling konden worden gebruikt, waarbij het tweede onderzoek zo gering mo-

gelijk zou worden beïnvloed door het feit, dat de tests reeds drie maanden tevoren werden afgenomen. De tests moesten bovendien een relevante afspiegeling zijn van het door de therapeuten beoogde doel van deze therapie.³ Het onderzoek had derhalve ten doel na te gaan of er verschillen te constateren waren wat betreft de attitudes, die de man en de vrouw ten opzichte van zichzelf en elkaar hadden.

Wij kozen:

1 de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (A.B.V.),
2 de semantische differentiaal van Schouten (2), zoals deze later in zijn proefschrift werd gepubliceerd, met betrekking tot 4 concepten n.l.

- I hoe ik zelf ben,
- II hoe ik mijn partner vind,
- III hoe ik zelf zou willen zijn,
- IV hoe ik zou willen dat mijn partner was.

Ad 5 — Inventarisatie van de therapeutische ingrepen.

Direct na de zitting hadden de therapeuten een nagesprek waarin zij hun eigen inbreng en die van de co-therapeut opnieuw bezagen. De bevindingen van dit nagesprek werden 'in de band gepraat'. Deze later uitgetypte en verzamelde verslagen dienden als basis-materiaal voor het inventariseren van de therapeutische ingrepen. De uit dit materiaal door beide therapeuten afzonderlijk verzamelde therapeutische ingrepen waren nagenoeg dezelfde en beide therapeuten vonden eenzelfde aantal ingrepen. Een en ander is in deze paragraaf weergegeven, waarbij tevens een poging werd gedaan tot rubricering.

(a) Programmering — De therapeuten spraken van tevoren een onderwerp af, waarop zij bij de eerstvolgende zitting het accent wilden laten vallen. Dit onderwerp werd door de mannelijke therapeut op de eerstvolgende zitting geopperd. Ook de eerste zitting werd met een inleiding en het opperen van een gespreksonderwerp geopend. Begonnen werd met concrete problemen, waarbij een opvattingsverschil te verwachten was. Later centreerden de onderwerpen zich meer rond de 'grondthematata' van jaloezie en agressie. Voorafgaand aan de vier laatste zittingen besloten de therapeuten om de koers enigszins te wijzigen in die zin, dat zij zich iets meer terugtrokken en iets meer afwachtten wat er door het echtpaar werd ingebracht, terwijl ze dit ook aan het echtpaar mededeelden. Dit was in overeenstemming met de inleiding van de therapie, waarbij tegen het echtpaar was gezegd, dat de bedoeling van de gesprekken was: verheldering van de onderlinge problematiek en op gang brengen van de dialoog tussen de partners. Het echtpaar wist uiteraard, dat

³ Dit onderzoek werd verricht en bewerkt door J. M. G. Eckhardt.

de wekelijkse zittingen slechts drie maanden zouden duren. Door het korte tijdsbestek was het nodig en dank zij de programmering was het mogelijk om in hoog tempo allerlei inhouden aan de orde te laten komen, waarbij mogelijke verbanden en oorzaken werden geopperd. In de laatste twee zittingen werd door het echtpaar een aantal concrete problemen naar voren gebracht. Dit werd door de therapeuten deels als relatieprobleem tussen hen beiden besproken, maar ook de praktische aspecten kwamen meer en meer aan de orde, omdat het wenselijk leek tegen het eind van de therapie niet te veel dieperliggende problematiek op te rakelen.

(b) Interpretatie — De therapeuten trachtten in die zin te interpreteren, dat indien het gesprek over relaties buiten de therapie ging, zoveel mogelijk gewezen werd op de samenhang daarvan met de interacties binnen de therapie en binnen de actuele situatie, waarin het echtpaar zich bevond.

Een enkele maal werd door de therapeuten een soort imaginaire situatie aangeboden in de trant van: 'hoe zou het nu zijn als...?' Hiermee werd beoogd een soort imaginaire exploratiemogelijkheid van gevoelens en verhoudingen te bieden, waardoor bepaalde aspecten duidelijk konden worden. Ook werden wel Fremdschilderingen gebruikt in de zin van verhalende beschrijvingen over soortgelijke situaties binnen een huwelijk, waarmee de verhoudingen tussen de partners werden gekarakteriseerd. Zo kon bijv. worden aangegeven, dat in bepaalde situaties of bij een bepaald gebeuren de verhouding tussen de beide partners meer had van een ouder-kind relatie dan van een volwassen gelijkwaardigheid.

In dit kader paste ook het doen van realiteitsuitspraken in de vorm van: 'eigenlijk is het toch zo, dat...', 'niemand zou het gek vinden als...'.

De therapeuten lieten ook hun waardering merken wanneer de door hen gewenste verandering uit het gedrag bleek. Bijvoorbeeld wanneer duidelijk werd, dat de echtgenoot zijn vrouw minder 'uit handen nam'. Daarbij werd echter aan de andere kant vermeden, dat het echtpaar van de therapeuten afhankelijk werd, bijv. door geen concrete oplossingen te bieden voor bepaalde problemen. Door de bestaande situatie in de kliniek kon het echtpaar hiervoor terecht bij de behandelende geneesheer.

(c) Weerstanden — Voor zover er tijdens de therapie 'weerstanden' door de therapeuten werden opgemerkt, kozen zij de volgende oplossingen: indien bijv. de ziekte van de vrouw door één van de partners of door beiden werd aangevoerd als een argument, werd dit in eerste instantie door de therapeuten geaccepteerd, doch er werd steeds getracht de psychodynamische achtergronden ervan te verhelderen en de interactie-aspecten, dus ook het aandeel van de 'niet-zieke' echtgenoot in de gebeurtenissen, in het gesprek te betrekken. Persoonlijke weerstanden werden in het algemeen wel be-

sproken in de zin van: 'U wilt er verder liever niet meer over praten...'

Gezamenlijke andere weerstanden werden soms niet, soms wel als zodanig door de therapeuten besproken, waarbij de algemene intentie gold, dat de therapeuten vraagtekens plaatsten wanneer het echtpaar de onvermijdelijkheid van bepaalde 'oorzaak en gevolg'-gebeurtenissen naar voren bracht, terwijl een positief gerichte poging om de therapeuten buiten de intimiteit van het huwelijk te houden zonder vraagtekens geaccepteerd werd. Met andere woorden: 'wij zijn nu eenmaal zo zwak' werd betwijfeld, terwijl het 'wij zijn samen sterk' ondersteund werd. Zo mogelijk werden echter steeds de loyaliteit tegenover elkaar en/of de houdingen t.o.v. de therapeuten, als ook de partijvormingen gedurende de gesprekken, door de therapeuten geëxpliciteerd.

(d) Houding van de therapeuten t.o.v. het echtpaar — Ten opzichte van het echtpaar kozen de therapeuten bewust wisselend partij om te voorkomen, dat één van de partners te veel in het zonnetje kwam, waarbij de voorkeur gegeven werd aan de situatie waarin de vrouw gesteund werd door de vrouwelijke therapeut en de man door de mannelijke therapeut. Daarnaast werden de complementaire rollen door de therapeuten ingenomen t.o.v. bijv. één van de partners om ambivalenties te expliciteren maar ook om de dualiteit binnen het echtpaar als man/vrouw polariteit te verduidelijken. Er werd beoogd een sfeer te scheppen waarin het echtpaar kon gaan praten met elkaar. De therapeuten uitten bijv. vaak kritische verbazing over het feit, dat de ene partner in een bepaald opzicht weinig van of over de ander wist en dat men tegelijkertijd geen opheldering aan elkaar gaf of vroeg. Bovendien werd door de therapeuten ook expliciet gesteld, dat het goed zou zijn wanneer de partners hun gevoelens t.o.v. elkaar wat meer zouden uiten. Ook tijdens de therapie werd een rechtstreeks tegen elkaar praten van de partners in die zin gestimuleerd, dat uitspraken van de partners over elkaar werden uitgelokt en dat de therapeuten a.h.w. terugtraden wanneer er een gesprek tussen het echtpaar ontstond. Emoties werden wel uitgelokt maar slechts in zoverre deze functioneel geacht werden tijdens het gesprek, terwijl door de nadruk op het concrete en alledaagse een al te ijle sfeer werd vermeden.

Als het om verheldering van de man/vrouw verhouding ging, zoals deze binnen het huwelijk lag, werd wederom zo mogelijk uitgegaan van concrete dagelijkse voorvallen. Daarbij kozen de therapeuten die voorvallen tot onderwerp van gesprek, waarover verwacht kon worden dat de partners zich nooit hadden uitgesproken, vanwege het taboe of het 'tere' van het onderwerp. Het niet kunnen autorijden van de vrouw bijv. kon op deze manier van verschillende zijden belicht worden. (Voor haar: een gewenste afhankelijkheid maar ook 'dat moet hij maar voor me over hebben'; voor hem: een plezierig

gevoel van sterk te zijn en nodig te zijn, maar tevens het gevoel van gedwongen te worden om altijd maar klaar te staan). Een aantal misverstanden betreffende dit soort dagelijkse gebeurtenissen kon langs deze weg worden opgehelderd. De discrepanties in de verwachtingen van de één t.o.v. de ander kwamen aan het licht, veelal tot wederzijdse verbazing van de partners, een verbazing, die soms tot een correctie kon leiden. Indien het echter de hier achter liggende problematiek betrof, waarbij alleen de wetenschap van de verschillen niet tot correctie kon leiden, werd door de therapeuten de vorm gekozen waarin het eigene en het anders-zijn van de partners benadrukt werd, met name als het om de seksuele identiteit ging.

(c) De relatie van de therapeuten onderling — De therapeuten waren geen eensgezind blok en vermeden tijdens de therapie ook geen onderlinge meningsverschillen. De opvatting van het echtpaar alsof eensgezind hetzelfde zou zijn als goed samen zijn, werd daarmee impliciet bestreden. Vaak ook vroegen de therapeuten tijdens de zitting aan elkaar hoe de ander tegenover een bepaalde kwestie stond. Dit was met name het geval wanneer het om een mannelijk of vrouwelijk positie-kiezen ging. Ook bij het innemen van de complementaire rollen t.o.v. een gemengd gevoel van één van de partners kwam deze man/vrouw-polariteit vanzelfsprekend aan de orde. Impliciet was voor het echtpaar tegelijkertijd gegeven de loyaliteit van de therapeuten t.o.v. elkaar in het gezamenlijk doel van de therapie.

Ad 5 — (1) De A.B.V. percentiel-scores van de vrouw en de man respectievelijk vóór en na de therapie met betrekking tot:

- a N — neurotische labiliteit zoals gemanifesteerd in het hebben van zgn. psychoneurotische klachten,
 - b NS — neurotische labiliteit, zoals gemanifesteerd in het hebben van functionele (lichamelijke) klachten,
 - c E — sociale extraversie,
 - d T — testattitude, d.w.z. zelf-defensieve versus zelfkritische instelling bij de invulling van de questionnaire,
- zijn in onderstaande tabel weergegeven:

		N	NS	E	T
vrouw	vóór	93	92	1	67
	na	45	12	5	95
man	vóór	31	29	5	79
	na	29	29	8	68

Gedemonstreerd wordt, dat na de therapie de neurotische labiliteit — zich uitend in het hebben van psycho-neurotische en lichamelijke klachten — bij de vrouw aanzienlijk is afgenomen.

Om na te gaan of deze score-verschillen niet op toeval berusten werd aan de hand van de gebruikelijke scoringsmethode van elk van de 4 categoriën (N., NS., E. en T.) apart bepaald of de beantwoording van de items niet bij toeval was veranderd. We vonden voor de 4 categorieën bij de vrouw en de man de volgende scoreveranderingen:

		hogere score	lagere score	gelijke score
vrouw	N	3	17	10
	NS	0	8	9
	E	5	2	14
	T	9	4	10
man	N	5	5	20
	NS	1	1	15
	E	4	1	16
	T	2	3	18

Alleen bij de vrouw was de score zodanig veranderd dat het zeer onwaarschijnlijk is (kans < 0,01) dat dit alles als 'test-hertest fout' gezien moet worden.

(2) De gemiddelde score op de semantische differentiaal van Schouten (6-punts schaal) van de vrouw en de man, resp. vóór en na de therapieperiode, is voor de 4 concepten als volgt:

		I	II	III	IV
vrouw	vóór	3.60	4.17	5.00	5.07
	na	4.56	5.07	5.17	5.33
man	vóór	4.27	3.83	5.27	5.13
	na	4.27	4.27	5.10	5.00

Vergelijking van de afzonderlijke items per concept liet voor de vrouw en de man de volgende verandering wat betreft hogere of lagere score zien.

		hogere score	lagere score	gelijke score
vrouw	I	21	6	3
	II	17	5	8
	III	12	5	13
	IV	11	4	15
man	I	11	4	15
	II	14	4	12
	III	5	9	16
	IV	4	6	20

Het bovenstaande toont dat het zelf-concept van de vrouw is veranderd. Met behulp van de tekentoets werd nagegaan of de scoreverschuivingen significant waren. Alleen wat betreft het zelf-concept

van de vrouw (I) werd gevonden dat deze verandering significant is op 1 procent niveau.

Het idee dat de beide partners van elkaar hadden (II) toont een verandering die significant is op 5 procent niveau. Beschouwing van de afzonderlijke items van I en II geeft aanwijzingen, dat gesproken mag worden van veranderingen in gunstige richting⁴.

Uit de psychologische onderzoeken bleek dus, dat gedurende deze drie maanden:

1 de psycho-neurotische en lichamelijke klachten van de vrouw aanzienlijk waren afgenomen;

2 het zelf-concept van de vrouw significant was gewijzigd;

3 het beeld dat de huwelijkspartners van elkaar hadden eveneens aanmerkelijk was gewijzigd.

NABESPREKING

Direct na de kortdurende behandeling ging het met patiënte en haar man uitstekend. Het echtpaar maakte een gelukkige tijd door. De therapeuten hadden eveneens tijdens de behandeling, maar ook uit de man-vrouw verhouding na de therapie het gevoel, dat er iets bereikt was. De later binnengekomen gegevens uit het onderzoek bevestigden deze, door de therapeuten natuurlijk gewenste, resultaten voor een belangrijk deel.

Wat betreft de indrukken tijdens de therapie kunnen de volgende onmeetbare (?) verschillen illustratief zijn: Tijdens het eerste gesprek werd door ons opgetekend, dat de partners buitengewoon zachtprattend en omzichtig met elkaar omgingen. Wij vroegen ons af of deze 'egeltjes manier van doen' zich tijdens de behandeling zou wijzigen en wij hoopten dat. De gewenste verandering zagen wij gedurende de therapie ontstaan en dat werd door ons ook ondersteund.

Op dezelfde wijze waren we verheugd — en wij lieten dat ook merken — toen patiënte zich conform de mode, kleuriger en korter gekrokt ging kleden, terwijl het feit dat haar man begon te protesteren omdat hij steeds broodjes moest knabbelen in een lunchroom, eveneens als een wijziging in positieve richting door ons werd gewaardeerd.

In een poging om achteraf onder woorden te brengen wat nu eigenlijk het effect was van deze therapie, kan nog het volgende wor-

⁴ Alle patiënten van de Rümkekliniek worden maandelijks door de verplegenden beoordeeld met behulp van de PUK gedragsbeoordelingsschalen. Deze schalen werden geconstrueerd met het oogmerk de interactiepatronen in het leefmilieu (tussen beoordelaar—beoordeelde en andere patiënten) vast te leggen (3). Met betrekking tot patiënte waren deze gegevens dus eveneens beschikbaar. Hoewel de gegevens, verkregen met de PUK-schalen, niet de therapeutische bedoeling van de gespreksbehandeling dekken, kunnen de Totaalscores hier toch worden vermeld. Tijdens de gespreksbehandeling steeg de T.S., die met betrekking tot patiënte werd genoteerd, van 85 naar 107 (maximum T.S. 110).

den vermeld: Voor zover het patiënte betrof hadden wij het gevoel, dat ze actiever was, dat ze meer uit haar isolement was gekomen. We kregen bijv. het verslag van de arbeidstherapeute, dat patiënte haar ging betrekken bij het doen van huishoudelijke inkopen. Wij hadden ook het gevoel, dat patiënte meer geloofde in haar eigen manier van zijn, zodat ze minder jaloers hoefde te zijn op alle bezigheden en activiteiten van haar man. We meenden dat zij na de therapie meer zichzelf kon zijn in zoverre, dat ze haar mogelijkheden en wensen, als meer eigen en ook meer gerechtvaardigd kon zien. Wij hadden bijv. de indruk, dat zij zich minder 'schuldig' voelde omdat ze graag een kind wilde hebben en ook, dat patiënte zich minder 'thuis' voelde in de passieve rol waarin anderen, en met name haar man, haar gaarne brachten. Het onderzoek bevestigde deze klinische indrukken voor een belangrijk deel.

Voor zover het de man betrof, hadden wij tijdens de gespreksbehandeling de indruk, dat ook hij gaandeweg meer eigen gezicht kreeg. Met name ging hij de 'ziekte' van zijn vrouw minder als excuus gebruiken om niet te hoeven zeggen wat hij zelf zou willen en wensen. Hij leek echter gedurende de behandeling minder veranderd dan zijn vrouw. Wij meenden niettemin, dat hij niet meer zo de neiging had om zich ten opzichte van zijn vrouw te verontschuldigen voor zijn 'gezond' zijn. Wij hadden de indruk, dat hij daarom ook minder geneigd was om zijn vrouw van alles 'uit handen' te nemen. Wat dit betreft werden de overwegingen en wensen van de therapeuten nauwelijks door het onderzoek bevestigd. De echtgenoot veranderde wel zijn visie op zijn vrouw, maar niet of nauwelijks in zijn zelfbeoordeling.

De relatie tussen de partners leek ons in zoverre verbeterd, dat er meer gesprek tussen hen mogelijk leek. Het werd ons tijdens de behandeling al duidelijk, dat het besprokene ook na het behandelingsuur tussen de partners nog meerdere malen aan de orde kwam. Bovendien gingen zij verworven inzichten als het ware aan elkaar uitproberen wat ons alleen al door de verkregen openheid gunstig leek.

Ongeveer 1½ maand na de behandeling decompenseerde de vrouw opnieuw. Wij hebben niet de indruk, dat dit het gevolg was van het noodzakelijke einde van de behandeling of althans niet dat dit de enige oorzaak zou zijn voor de decompensatie. Tal van andere factoren waren hiervoor medebepalend.

Uit de gegevens van het onderzoek menen wij in ieder geval te mogen besluiten, dat deze vorm van behandeling voor dit echtpaar het gewenste resultaat kon benaderen, al was dit resultaat dan door de korte duur van de behandeling waarschijnlijk onvoldoende geconsolideerd. Wij verkregen derhalve een richtsnoer voor ons therapeutisch handelen.

SUMMARY

The psychotherapeutic sessions of two therapists with a married couple, of whom the wife was recovering from a psychosis, were held with two points in mind: 1 Is therapy of this kind indicated for this married couple and how can the possible results be evaluated.

2 Can therapy of this kind in general be included in the therapeutic arsenal when one partner of the couple involved is being treated in a psychiatric clinic. If so, under which circumstances and to what extent is there anything to be said as to the form which the therapists can give to a therapeutic situation of this kind.

The provisional indication which led to the tentative short-term treatment was discussed and also the way the results, which were favourable in the view of the therapists, were recorded by means of objective methods.

The therapists compiled from the dictaphone the 'interventions' and their personal and joint attitudes with which they developed the therapy during the sessions.

These data were classified and reported as fully as possible.

LITERATUUR

- 1 Fischer, Dr. A. A. — 'Enkele problemen bij het samenstellen van proefgroepen voor wetenschappelijk onderzoek in het psychiatrisch ziekenhuis.'
Publikatie van de P.U.K.-groep. *Voordrachtenreeks* Ned. Ver. Psychiat. in Dienstverband, Jrg. 8 no. 29 (1966) 220—239.
- 2 Schouten, Dr. J. A. M. — *Persoonlijkheidsfactoren en geneigdheid tot delinquentie in de puberteit.*
Diss. Utrecht 1967. Den Haag, Staatsdrukkerij, 1967.
- 3 Beyaert, Dr. F. H. L. — *Gedragsbeoordeling in het psychiatrisch ziekenhuis.*
De P.U.K.-schalen voor gedragsbeoordeling.
Diss. Utrecht 1966. Leiden, Stenfert Kroese 1966.

VERSLAG VAN EEN PSYCHIATRISCHE STUDIEREIS NAAR DE VERENIGDE STATEN, MEI 1967.

door Dr. N. W. DE SMIT, hoofd afd. sociale psychiatrie, Universiteitskliniek van Amsterdam

Het programma van de studiereis omvatte — behalve het bezoek en de deelneming aan het 123ste Jaarlijkse Congres van de Amerikaanse Psychiatersvereniging te Detroit — bezoeken aan de Universiteit van Massachusetts te Boston, de Universiteit van Michigan te Ann Arbor, de Universiteit van Washington in Seattle en de Universiteit van Californië te San Francisco en Berkeley. Eigenlijk was het reisprogramma te overladen, daar in elke universiteitsstad slechts enkele dagen kon worden verbleven.

De onmiddellijke aanleiding tot de reis was een lezing, die door ondergetekende op het congres in Detroit werd gehouden over: 'The Epidemiological Aspects of Maladjustment in Young People — the Amsterdam 'Provo' Problem'. Deze lezing werd — te zamen met een andere lezing, de organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland betreffende — ook gehouden in de centra hiervan genoemd.