

Het aanmeldingsgesprek voor klinische psychotherapie

door Dr. R. E. Abraham en G. A. Vandermolen

Patient A, 23 jaar, opgenomen onder de diagnose 'angstaanvallen', was een jongen met 'twaalf ambachten en dertien ongelukken'. Na een rustige periode van enkele weken veroorzaakte hij ook in de kliniek het ene conflict na het andere. Toen deze niet tot zijn verwijdering leidden, de consequentie die hij naar zijn zeggen zo vreesde, deed hij een ernstige zelfmoordpoging.

Patiënte B. was een 16 jarig meisje dat telkens van huis wegliep en dan met Jan en Alleman naar bed ging. Twee weken na opname liep ook zij uit de kliniek weg. Eerder had zij in een psychotherapiegroep uitgeroepen genoeg van deze 'kostschoolgevangenis' te hebben.

Patient C. een 61 jarige man, werd in onze kliniek opgenomen omdat hij thuis de gehele dag in zijn bed lag of in zijn stoel zat. Hij wilde zich niet wassen en zelfs geen schone pyjama aantrekken en werd agressief als zijn vrouw hierop aandrong. In de kliniek gaf hij zijn verzet geleidelijk op. Tot onze verbazing nam zijn vrouw hem tegen ons advies mee, toen hij net wat actiever aan het leven in de kliniek ging deelnemen.

Tot voor enkele jaren werden patienten in onze kliniek opgenomen n.a.v. het verzoek hiertoe van huisarts, psychiater, G.G.D. of S.P.D. Soms bleek dan tijdens de opname dat wij de patient niet de behandeling konden bieden die hij nodig had of dat de behandeling evengoed poliklinisch had kunnen gebeuren. Vaak hadden wij dit kunnen voorzien als wij bij voorbaat over voldoende informatie hadden beschikt. De gegevens die ons door de verwijzer waren verstrekt bleken dan onvolledig en een enkele keer zelfs apert onjuist te zijn. De verwijzer van patient A had b.v. in zijn brief niets geschreven over de sociale aanpassingsstoornissen van deze man. Zelfs het feit dat hij nog onder toezicht van de reclassering stond had hij niet vermeld!

Bij andere patienten mislukte een behandeling die een goede kans

leek te hebben doordat achteraf en vaak pas na enkele weken bleek, dat de patient zich tegen zijn wil had laten opnemen of dat zijn verwachtingen over de te bereiken resultaten of over de aard van de behandeling niet in overeenstemming waren met hetgeen wij hem te bieden hadden. Patiente B b.v. bleek de opname te beleven als een straf voor haar 'ongehoorzaamheid'.

Soms was het niet de patient maar iemand die een belangrijke rol in zijn leven speelde (een z.g. sleutelfiguur), die de behandeling torpedeerde. De echtgenote van patient C was, naar ons later bleek, altijd een liefdevol dominerende vrouw geweest. Nadat de kinderen het huis hadden verlaten verstikte zij haar man met haar 'aandacht'. Zij had hem bij opname als een defect stuk speelgoed bij de kliniek afgeleverd en eiste hem terug zodra hij zijn passief verzet had opgegeven en weer 'hanteerbaar' was geworden.

Op grond van dergelijke ervaringen nodigen wij tegenwoordig patienten die voor opname worden aangemeld uit voor een z.g. aanmeldingsgesprek. Als het maar enigszins mogelijk is houden wij een dergelijk gesprek ook met psychotische patienten en hun sleutelfiguren. De opname kan dan evt. aansluitend plaatsvinden. Wij hebben lang gezocht naar een gespreksvorm die zowel de patient, zijn sleutelfiguur als ons, de gelegenheid bood in een relatief korte tijd de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor het nemen van een verantwoorde beslissing over de opname. Het aanmeldingsgesprek is ook het begin van de evt. hierop volgende therapeutische relatie. Door het maken van werkafspraken (b.v. bedrust, medicatie, individuele- en groepsactiviteiten) maar vooral ook door de wijze waarop het overleg wordt gevoerd moet duidelijk worden hoe patient, zijn sleutelfiguren en wij, met elkaar om zullen gaan. Onze ervaring is, dat het aanmeldingsgesprek niet langer moet duren dan drie kwartier tot een uur. Verlenging van de gespreksduur bracht zelden meer duidelijkheid.

Het aanmeldingsgesprek zoals we dit op het ogenblik voeren verloopt volgens een min of meer vast patroon.

De patient uit zijn klachten.

De therapeut gaat na wat de patient op de verschillende levensgebieden heeft bereikt.

De patient geeft aan:

- waarom hij opgenomen wil worden;
- hoe hij zich de behandeling voorstelt;
- welke resultaten hij hiervan verwacht.

De sleutelfiguur geeft zijn mening over:

- de bestaande situatie;
- het nut van een opname.

De therapeut geeft zijn mening over:

- het nut van een opname;
- de aard van een evt. behandeling.

Het gesprek wordt afgerond met het maken van concrete afspraken.

De patient uit zijn klachten. Om de beschikbare tijd zo efficiënt mogelijk te gebruiken hebben wij verschillende variaties in het gespreksverloop beproefd. Met name hebben wij geprobeerd, om de vaak wijdlopende beschrijving van de klachten, van hun ontstaan en van ervaringen in voorafgaande behandelingscontacten, sterk te bekorten of evt. zelfs over te slaan. Maar als we dit deden dan vlotte het gesprek niet meer. In het eerste contact staan klachten centraal in het beleven van de patient. Daar komt hij voor! Bodem wij hem onvoldoende de gelegenheid zich hierover te uiten dan voelde hij zich onbegrepen, niet gerespecteerd in zijn behoeften en onveilig.

Want het praten over klachten heeft ook een veiligheidsaspect. De patient die voor het eerst bij een dokter komt verwacht dat naar zijn klachten zal worden gevraagd. Hij heeft zich daarop voorbereid en is dan als het ware op bekend terrein. Wordt deze 'zet' overgeslagen dan heeft hij niet meer de gelegenheid om vanuit deze verwachte en daardoor vertrouwde stelling, de situatie te verkennen. We beginnen het gesprek dan ook door de patient te vragen wat er met hem aan de hand is. Als de aard van de klachten duidelijk is dan vragen wij de patient meestal een willekeurige dag uit zijn leven te beschrijven. Dit sluit aan bij zijn beleven hier en nu en geeft ons een beeld van de mate waarin de klachten zijn leven beïnvloeden en vaak ook van de rol die deze spelen in zijn contacten. Bovendien is deze opgave begrensd en daardoor beperkt van duur. Wij streven er naar dit deel van het gesprek tot een kwartier te beperken.

De meeste patienten zijn dan bereid om van onderwerp te wisselen. Degenen die erg gepreoccupeerd zijn met hun klachten en eigenlijk over niets anders willen praten leggen we uit dat zij ons een beeld hebben gegeven van waar ze mee zitten en dat het er nu om gaat te kijken wat er aan gedaan kan worden. Over het algemeen zijn zij na een dergelijke uitleg hiertoe bereid.

De therapeut gaat na wat de patient op de verschillende levensgebieden heeft bereikt. In het volgende deel van het gesprek, dat ook niet langer dan tien tot vijftien minuten moet duren, stellen wij gerichte vragen naar het functioneren van de patient op de drie belangrijkste levensgebieden:

- persoonlijke contacten (vrienden, partner, kinderen en andere familieleden);
- studie en werk;
- religieuze- of politieke activiteiten en liefhebberijen.

Een dergelijke inventarisatie van de 'eilandjes van gezondheid' d.w.z. van het vermogen tot conflictvrij functioneren, geeft ons een beeld van de aard en vooral ook van de intensiteit van de problemen waar de patient mee worstelt.

Het is ons gebleken dat het zo mogelijk is om in korte tijd een indruk te krijgen over de vermogens waarover iemand beschikt om een keuze te doen, zich in te zetten voor de verwezenlijking hier-

van, tegenslagen te verdragen en het doel dat hij zich gesteld heeft te bereiken. We zien b.v. nogal eens jonge mensen met relatie- of werkstoornissen die een actieve en intelligente indruk maken, maar volkomen vastlopen bij een non-directieve behandeling. Bij het doornemen van hun levensgeschiedenis blijkt het beloop van de behandeling overeen te komen met het beloop van hun leven. Op geen van de drie levensgebieden zijn zij in staat geweest gebruik te maken van hun capaciteiten en van de mogelijkheden die hun omgeving hen bood. Bij dergelijke mensen heeft een non-directieve therapie, in welke vorm dan ook, geen kans van slagen. De behandeling moet gestructureerd zijn, gericht op de verandering van een beperkt aantal wel omschreven gedragspatronen.

Daarentegen zijn er patienten van middelbare leeftijd die hopeloos lijken te zijn vastgelopen. De neiging bestaat de behandeling te beperken tot een beperkt steunend contact en medicatie. Opname op een chronische afdeling lijkt soms onontkoombaar. Als echter uit hun levensloop blijkt dat zij in het verleden in staat zijn geweest om iets voor zichzelf op te bouwen, dan lukt het hun vaak toch om ook in de behandeling succes te boeken.

De patient geeft aan waarom hij opgenomen wil worden – hoe hij zich de behandeling voorstelt – en welke resultaten hij hiervan verwacht. Patienten uiten zich zelden spontaan over hetgeen zij van de behandeling verwachten. Desgevraagd geven zij meestal aan 'beter te willen worden'. Vaak voegen zij hieraan toe te beseffen dat zij het 'natuurlijk zelf moeten doen'. Maar hoe, dat weten ze niet. 'Ik ben tenslotte geen dokter'.

Toch laten we deze vragen nooit achterwege omdat we de ervaring hebben dat de antwoorden soms belangrijke en onverwachte informatie kunnen opleveren. Zo vertelde een patient dat als hij nu opgenomen zou worden, de ambtenaar van sociale zaken eindelijk zou inzien dat hij echt ziek was en hem de auto zou geven die hij had aangevraagd. Dergelijke 'zakelijke' motieven voor opname scheppen een verwarrende situatie. De patient wil graag beter worden maar is tegelijkertijd bang hierdoor zijn belangen te schaden. Niet zelden probeert hij dan de therapeut te chanteren door het verkrijgen van b.v. een uitkering als voorwaarde te stellen voor zijn 'genezing'.

Patienten die door een opname echtscheiding, ontslag of strafvervolgning willen voorkomen of hierdoor hun aanspraken op een uitkering, woonruimte of andere materiële voorzieningen willen bevorderen maken we duidelijk, dat een opname voor behandeling deze problemen niet zal oplossen. Bij een geschil over b.v. de mate van invaliditeit of de oorzaak hiervan, wijzen wij hen op de mogelijkheid een onderzoek hiernaar aan te vragen.

Een geheel andere vorm van ziekte winst streven patienten na die tot opname besluiten, niet omdat zij daar zelf behoefte aan hebben, maar omdat hun omgeving met sancties dreigt als zij niet 'meewerken'. Zo antwoordde een man die voor opname was aangemeld we-

gens alcoholmisbruik, op mijn vraag wat hij van de behandeling verwachtte, met een kort en bondig; 'niets'. Maar waarom bent U dan gekomen, vroeg ik hem. Toen bleek dat zijn huisarts gezegd had dat 'het zo niet langer ging' en dat zijn vrouw bedreigd had bij hem weg te gaan, als hij zich niet liet behandelen. Hij beleefde de opname als een vrijheidsberoving waaraan hij zich moest onderwerpen om erger te voorkomen. Ik heb toen gesteld, dat ook ik van mening was dat opname nodig was. Dat ik het gevoel had dat zijn leven een wending had genomen waar ook hij weinig gelukkig mee was, maar dat een behandeling alleen kans op succes had als hij daar zelf achter stond en niet als hij hier kwam om zijn straf uit te zitten. Toen de patient er bij bleef dat het 'van hem niet hoefde' zei ik dat ik een opname zo niet zag zitten, maar dat hij mij kon belten als hij zelf behandeling wilde.

Het lijkt in eerste instantie misschien weinig humaan om iemand die in een noodsituatie verkeert weer te laten vertrekken, als hij niet voor behandeling gemotiveerd blijkt te zijn. De verleiding is dan ook groot om een dergelijke patient een opname 'aan te praten'. Maar onze ervaring is dat het resultaat hiervan, met name bij verslavingen, gering is. Dan is er niets gewonnen, maar heeft de patient voor de zoveelste keer de ervaring opgedaan dat de behandeling een vrijblijvende en daardoor een bij voorbaat tot mislukking gedoemde onderneming is. Een gedesintegreerde patient die, zij het met moeite, bereid is om op de opnameafdeling te verblijven en medicatie in te nemen, beschouwen wij daarentegen als voldoende gemotiveerd. Wij verwachten niet meer motivatie dan de patient op kan brengen, maar ook niet minder dan nodig is om de behandeling een redelijke kans te geven.

Een andere groep van feitelijk niet gemotiveerde patienten zijn diegenen die irrealistische verwachtingen koesteren over de methode van de behandeling of het resultaat hiervan. Dit zijn b.v. mensen die menen dat, als ze maar hun 'best' doen, er een soort wonder zal geschieden waardoor zij van al hun problemen verlost zullen worden. Uiteraard leidt een dergelijke verwachting tot een zekere teleurstelling. Vaak duurt het echter een hele tijd voor dat dergelijke magische fantasieën duidelijk worden. Aanvankelijk lijkt alles goed te gaan. Deze patienten zijn actief, brengen een overvloed van materiaal, volgen de gegeven adviezen naar de letter op. Alleen zij veranderen niet! Soms zijn er geringe tekenen van irritatie, maar pas na enkele weken of zelfs maanden komt het verwijt 'dat er nog niets aan ze is gedaan'. Dan blijkt dat zij zich bedrogen voelen. 'Net als iemand die vele muntjes in de automaat heeft gegooid en er steeds maar niets voor terugkrijgt'. Als hun dan duidelijk wordt gemaakt dat zij wel meewerken maar toch buitenstaander bij hun behandeling willen blijven en op een wonder wachten, dan zijn zij teleurgesteld en verbreken zij vaak het contact.

De sleutelfiguur geeft zijn mening over de bestaande toestand en over het nut van een opname. Bij de ontmoeting in de wachtkamer

vragen wij de patient of hij eerst alleen met ons wil praten of zijn partner of ouders direct in het gesprek wil betrekken.

Als hij eerst afzonderlijk met ons wil praten dan stellen wij als de voorafgaande onderwerpen aan de orde zijn geweest – dat is ongeveer halverwege het gesprek – voor om de anderen er bij te vragen. Dan kan opeens blijken dat de patient zijn klachten of problemen voor zijn omgeving heeft verzwegen of dat hij in het gesprek met ons, bewust of onbewust, belangrijke gegevens niet heeft vermeld. De starre, wat overmatig vriendelijke man met therapie resistente maagklachten, blijkt dan een excessief drinker te zijn. De echtgenoot van een depressieve patiente die zelf geen oorzaak of aanleiding voor haar klachten wist, vertelt spontaan dat deze begonnen zijn in aansluiting aan een baarmoederoperatie waarbij zij, zonder overleg vooraf, gesteriliseerd werd.

Ook het informeren naar de mening van de sleutelfiguur over het nut van een opname kan verrassende resultaten opleveren. 'Hij houdt het hier geen week uit', was het schampere antwoord van de echtgenote van een patient met een geagiteerd depressief syndroom. Waarom wilde ze niet zeggen. Maar ze zorgde er wel voor dat haar voorspelling uitkwam. De dag van zijn opname ging ze bij een vriendin logeren, kwam niet op bezoek en weigerde aan de telefoon te komen als hij belde. Na een week hield hij het inderdaad niet meer uit en verliet de kliniek.

Omgekeerd kan de positieve instelling m.b.t. de opname voortkomen uit de wens de patient te bestraffen of af te stoten. Het eerste is nogal eens het geval bij de ouders van adolescenten die hun kinderen 'inleveren' met de verwachting dat de kliniek als 'verbeterings-instituut' zal slagen, waar hun ouderlijke macht tekort schoot. Het tweede zien we bij ernstige huwelijksconflicten als de zwakste partij door een opname de definitieve breuk wil voorkomen. Maar soms gaat de partner juist dan stappen tot echtscheiding ondernemen omdat hij zich van zijn verantwoordelijkheid voor de patient ontheven voelt. Niet zelden maakt hij gebruik van de afwezigheid van de patient b.v. door hem de verdere toegang tot zijn huis te ontzeggen of financiële manipulaties uit te voeren.

Daarom vragen we in een dergelijke situatie altijd expliciet aan de partner of hij het voornemen heeft om tijdens de opname van de patient een echtscheidingsprocedure aanhangig te maken.

De gezamenlijke aanwezigheid van patient en sleutelfiguur geeft ons ook de gelegenheid de manier waarop zij met elkaar omgaan te observeren. Soms neemt een partner of een ouder direct de leiding. Met een: 'ik wil U eerst alleen spreken', proberen zij een coalitie aan te gaan die de patient uitsluit. Of zij brengen hem in een double-bind positie door hem het eerste initiatief toe te staan: 'laat hem maar eerst met de dokter praten'. Omgekeerd kan de patient zich kinderlijk afhankelijk aan zijn partner vastklampen of deze vijandig terzijde schuiven.

Tijdens het gesprek kunnen we het interactiepatroon tussen de patient en zijn sleutelfiguur en tussen hen beiden en ons, verder gade-

slaan. Zo kennen wij b.v. de partner 'die er voor vecht dat de patient de hulp krijgt die hij nodig heeft' en hem daardoor dwingt en de gelegenheid biedt om passief terzijde te staan. Of de patient 'die het zo verschrikkelijk vindt wat hij door zijn ziekte zijn partner aandoet' en zijn woorden in praktijk brengt door deze te vergasten op een gedetailleerde beschrijving van al deze frustraties. De partner die tegen de patient fulmineert en evt. zelfs met verlaten dreigt, maar elke poging tot verandering bij voorbaat torpedeert door de situatie als 'hopeloos' d.w.z. als onveranderlijk te karakteriseren of door de gebrekkige motivatie van de patient voor de behandeling 'berustend' te aanvaarden. Of de partner die zich als co-therapeut opstelt en begeleiding wenst 'bij zijn behandeling van dit geval', dat zich meestal door een extreme passiviteit aan zijn invloed heeft onttrokken.

Wij vertellen altijd dat in de behandeling een stuk gemeenschappelijk werk zal moeten worden verzet. 'Het is een situatie waar je samen mee zit en waar je ook samen in zit'. Als de relatieproblematiek centraal staat dan geven wij in het eerste gesprek al aan dat deze het belangrijkste doel van de behandeling zal zijn en niet de individuele problematiek van de partner die daar 'toevallig' het minst tegen kon. Ook stellen wij nogal eens de vraag of het wel juist is dat hij wordt opgenomen.

Bij een echtpaar dat elkaar 'niet meer kan zien', waarbij de man de situatie niet meer kon verdragen en depressief was geworden, stelde de echtgenote n.a.v. deze vraag dat zij er eigenlijk best voor voelde om een paar weken met vakantie te gaan. Patient wilde graag alleen thuis blijven. Dit lukte. Hij had er zelfs plezier in om boodschapjes te doen, eten te koken en het huis schoon te houden. Dit stemde zijn vrouw, toen zij elkaar weer ontmoetten, veel milder en zo ontstond een situatie waarin zij bereid waren om in een ambulante partner-relatie therapie hun conflicten uit te werken.

De therapeut geeft zijn mening over het nut van een opname en over de aard van de evt. behandeling in de kliniek. Klinische behandeling achten wij zinvol als:

- de patient in een desintegratietoestand verkeert en hiervoor thuis niet kan worden behandeld;
- de patient in zijn relaties, zijn werk of zijn liefhebberijen niet meer kan functioneren en te gefixeerd is in zijn habituele gedragspatroon of in pathogene interacties met zijn omgeving om ambulante geholpen te kunnen worden.

Opname in onze kliniek achten wij niet zinvol als:

- ambulante behandeling alsnog mogelijk lijkt;
- behandeling in onze kliniek geen redelijke kans van slagen heeft;
- de patient o.i. niet gemotiveerd is.

Soms berust de aanvraag voor een acute opname op een incidenteel gebeuren, een agressieve daad of een zelfmoordpoging, waardoor het contact tussen de patient en zijn omgeving definitief verbroken lijkt te zijn. Door crisisinterventie, het weer op gang bren-

gen van het contact en het aanbieden van een ambulante behandel-situatie waarin de problemen verder kunnen worden uitgewerkt, kan dan een opname worden voorkomen.

Hoewel hun aantal afneemt worden toch regelmatig patiënten voor opname naar onze kliniek verwezen die niet, onvoldoende of eenzijdig zijn behandeld. Het niet of onvoldoende behandeld zijn berust meestal op het gebrek aan behandelingsmogelijkheden binnen de eigen regio. De eenzijdigheid op het individueel behandelen van klachten die duidelijk verband houden met de huwelijks- of gezinssituatie. In overleg met de verwijzer kan dan vaak alsnog een voor de patient geschikte ambulante behandeling worden georganiseerd.

Soms is klinische behandeling geïndiceerd, maar kunnen wij deze niet of niet optimaal bieden. Dit betreft patiënten die in een gesloten afdeling moeten worden opgenomen, die een langdurige verpleging behoeven of patiënten die beter in een kliniek met een homogene bevolking kunnen worden behandeld zoals b.v. bepaalde groepen adolescenten of mensen met een langdurige verslaving aan alcohol of drugs.

Als niet gemotiveerd beschouwen wij patiënten die zich tegen hun zin laten opnemen, irreële verwachtingen koesteren over de aard of het resultaat van de behandeling of voornamelijk ziekte winst nastreven.

Een enkele keer ontraden wij opname omdat deze de patient ernstige sociale- of economische schade berokkent. Zo kan iemand door opname een promotie missen waar hij jaren lang zijn best voor heeft gedaan of zijn klantenkring en daarmee de bron van zijn inkomen kwijt raken. Door een intensieve ambulante behandeling kan dit soms worden voorkomen.

Als we opname zinvol achten dan vertellen wij de patient wat hij hiervan kan verwachten. In onze kliniek is dat eerst een periode van rust op de opname-afdeling. Dan deelname aan de activiteiten van een z.g. leefgroep met o.a. groeps-psychotherapie, deelname aan enkele van de projecten van de activiteitentherapieën en z.g. sociobijskomsten waarin met de medewerkers over de dagelijkse gang van zaken wordt gesproken. Daarnaast kan met enkele van de medewerkers gewerkt worden aan een individueel programma gericht op het verminderen van klachten, het ontwikkelen van vaardigheden of het verbeteren van het contact met de partner of andere sleutelfiguren.

Aan patiënten die zichzelf in de behandeling nauwelijks een kans geven door meteen een machtsstrijd met de therapeut aan te gaan of door vast te houden aan 'oplossingen' die in het verleden bij herhaling zinloos zijn gebleken, proberen wij van meet af aan een situatie te bieden waarin zij niet op hun habituele wijze kunnen reageren.

Patiënten die doldraaien 'omdat zij het niet meer zien zitten', vaak mensen die zichzelf te strenge eisen opleggen, maken we duidelijk, dat het eerste deel van de behandeling gericht zal zijn op het her-

Het aanmeldingsgesprek voor klinische psychotherapie

stel van hun geestelijk evenwicht. Zij krijgen de 'opdracht' af te zien van taakgerichte activiteiten en rust te nemen. 'De accu's moeten eerst weer worden bijgeladen'.

Patienten die verslaafd zijn aan een overmatig gebruik van geneesmiddelen leggen wij uit, dat de klachten die zij krijgen als de medicatie wordt verminderd in belangrijke mate ontstaan op grond van hun verwachting dat dit zal gaan gebeuren. Wij stellen dan voor om de medicijnen in een ouwel te verpakken en de dosering aan ons toe te vertrouwen. Meestal veranderen wij de eerste week niets. Krijgt de patient klachten dan kunnen wij hem laten zien dat deze geen verband houden met zijn medicatie. Krijgt hij geen klachten dan durft hij kennelijk de voor hem onduidelijke situatie aan en kan met de daadwerkelijke vermindering van de medicatie worden begonnen.

Bij anorectische of hyper-orectische patienten vragen wij meestal aan onze internist om het deel van de behandeling, gericht op herstel van het normale gewicht, op zich te nemen. Meestal wordt hij dan beleefd als de strenge, eisende autoriteit en de psychotherapeut als de meer ingrijpende, steunende 'goede' dokter. Op deze manier kan worden voorkomen dat de machtsstrijd over het eten, het ontstaan van een vertrouwensrelatie blokkeert.

Het gesprek wordt afgerond met het maken van concrete afspraken. Tot slot vatten wij de conclusies van het overleg samen. Wel opname. Geen opname, maar ambulante behandeling of opname elders. Twijfel. In het laatste geval spreken wij meestal een bedenktijd af. Soms bieden wij een opname aan voor een proefperiode van een of twee weken.

Het aanmeldingsgesprek moet aan drie voorwaarden voldoen:

- beperkt van duur zijn;
- feitelijke duidelijkheid geven;
- relationele duidelijkheid geven.

De beperkte duur — Beperking bij voorbaat van de duur van het aanmeldingsgesprek is noodzakelijk wil de therapeut zijn tijd efficiënt kunnen benutten. Vanzelfsprekend is een dergelijke beperking niet rigide, is er ook normaliter een zekere marge en zal er in uitzonderlijke situaties naar omstandigheden worden gehandeld. De optimale duur van het aanmeldingsgesprek is naar onze ervaring, drie kwartier tot een uur. Langer praten komt de besluitvorming zelden te goede. Het besprokene is dan niet meer te overzien. Therapeut en patient raken vermoeid.

Als een aanmeldingsgesprek erg lang uitloopt dan komt dat meestal doordat de therapeut het doel van het gesprek — beslissing over de noodzaak van een opname — uit het oog heeft verloren en door het gedetailleerde uitwerken van klachten of van oorzakelijke verbanden, al aan de behandeling is begonnen. Als de patient niet tot een beslissing komt dan kan in de gegeven tijd worden uitgewerkt

wat hem hiervan weerhoudt, waar zijn keuze ligt. Het aanmeldingsgesprek moet duidelijkheid geven, maar hoeft niet noodzakelijkerwijs tot een beslissing te voeren.

Feitelijke duidelijkheid – Om ons oordeel te kunnen vormen over de zin van een opname en de aard van de evt. behandeling willen wij weten:

- hoe en in welke mate de patient door zijn klachten in zijn relaties, werk of liefhebberijen belemmerd wordt en of hij hierbij 'ziektewinst' boekt;
- over welke vermogens de patient beschikt;
- of hij voor de behandeling gemotiveerd is;
- of de sleutelfiguur(en) de bestaande situatie mede veroorzaken of in stand houden en/of hun bereidheid aanwezig is om aan de behandeling deel te nemen en evt. zelf ook te veranderen.

Op onze beurt informeren wij de patient over:

- onze mening over het nut van een opname, en de algemene gang van zaken in onze kliniek;
- evt. de aard van de behandeling die speciaal gericht is op zijn klachten of problemen.

Relationele duidelijkheid – In het aanmeldingsgesprek maken wij (impliciet) duidelijk dat:

- opname niet het 'automatische' gevolg is van een verwijzing, maar het begin van een gezamenlijke onderneming;
- wij ons mede-verantwoordelijk achten voor deze belangrijke ingreep in zijn leven en ons daarom ook een eigen mening willen vormen over de zin hiervan;
- de behandeling plaats vindt op grond van de behoefte of bereidheid hiertoe van de patient, waarbij wij geen grotere inzet vragen dan waartoe hij redelijkerwijs in staat is;
- de problemen waar de patient mee worstelt in mindere of meerdere mate ook een betekenis hebben in de relatie tussen hem en zijn sleutelfigu(u)r(en) en dat daarom ook de laatsten aan de behandeling moeten deelnemen;
- het behandelingsgebeuren het product zal zijn van een samenspraak tussen de patient, de sleutelfigu(u)r(en) en ons;
- wy het als onze taak zien een effectieve werksituatie te scheppen ook in dit eerste contact.

Wij menen in het beschreven interactiepatroon een gespreks situatie te hebben gevonden waarin alle betrokkenen in een relatief korte tijd de informatie kunnen verzamelen nodig voor het nemen van een verantwoorde beslissing voor hun deelname aan de behandeling; een interactiepatroon dat tevens als uitgangspunt kan dienen voor de samenwerking hierbij.