

# **‘Werken aan contact’ als leidmotief van de wekelijkse afdelingsvergadering in residentiële psychosenzorg**

*door D. van Werde*

**Gepubliceerd in 1994, no. 8**

## **Samenvatting**

**De rode draad van een patiëntenvergadering in residentiële psychosenzorg is het tot stand brengen en verstevigen van affectief contact, communicatief contact en van elementair contact met de realiteit: met personen, plaatsen, dingen en gebeurtenissen.**

Deze basisidee en praktijk ontstonden uit een vertaling van dr. G.F. Prouty's Pre- Therapie, een psychotherapeutische benadering ontwikkeld voor toepassing bij ernstig gestoorde mensen. De auteur meent dat, net zoals deze individuele therapie breed toepasbaar is, de kernidee van deze vergadering model kan staan voor patiëntenvergaderingen met andere doelgroepen en in andere settingen.

## **Inleiding**

In vele residentiële settingen is er wekelijks een vergadering van patiënten en afdelingsstaf. Zelden echter zijn het kader en de doelstellingen duidelijk geëxpliciteerd. Het werkterrein beperkt zich dan bijvoorbeeld tot het signaleren van lampen die aan vervanging toe zijn en tot het commentaar geven op de kwaliteit van het eten. De vergadering verwordt zo dikwijls tot een noodzakelijk kwaad.

Onze afdelingsvergadering beleven we anders. In de loop van de voorbije vier jaar werden onze doelstellingen duidelijker, en werd de grens tussen wat wèl en wat niet aan bod kan komen scherper en de aanpak meer verfijnd. Dit geeft houvast aan de begeleiders en veiligheid aan de patiënten. Ook zagen we dat in zo'n vergadering alle elementen vervat zitten die we als team in de behandeling vooropstellen. Daarom is het van belang om zicht te hebben op de eigen inspiratiebronnen en op wat je belangrijk vindt in de concrete toepassing ervan.

Net zoals Prouty's Pre-Therapie breed toepasbaar is, is ook ons basisconcept dat daarop gestoeld is, overdraagbaar naar andere populaties en andere settingen. Wel moet de doelgroep min of meer problemen hebben met herkenning en hantering van essentiële realiteiten. Hieronder verstaan we het sociale gebruik van de taal, verankerd zijn in de omgeving en contact hebben met de eigen gevoelens. Als mogelijk toepassingsgebied zien wij naast de onze nog groepen in geriatrie, residentiële crisisopvang, palliatieve zorg, zwakzinnigenzorg, revalidatie en nazorggroepen voor mensen met beperkte mogelijkheden. Meer dan alleen maar een beeld geven van hoe het er bij ons concreet aan toe gaat, willen we dus een model presenteren dat ook buiten de residentiële psychosenzorg zijn toepassing kan vinden. Analoge initiatieven of publikaties over zo'n vertaling van Prouty's Pre-Therapie, c.q. over het werken aan contact in een (afdelings)vergadering, zijn ons tot op heden niet bekend. We zeggen eerst iets over Pre-Therapie. Dan stellen we onze afdeling voor en situeren vervolgens de afdelingsvergadering binnen het therapeutisch aanbod.

## **De Pre-Therapie van dr. G.F. Prouty**

Prouty ontwikkelde zijn Pre-Therapie als antwoord op de vraag naar hoe je (psycho)therapie doet met ernstig gestoorde mensen. Ten tijde van zijn eerste publikatie had hij vooral ervaring met chronisch schizo- frenen en kinderen met 'dubbele diagnose' (bijvoorbeeld mentaal gehandicapt en depressief) (Prouty 1976). Daar ontdekte hij hoe psychologisch contact essentieel is in het werken met deze mensen. Hij zag met name hoe dikwijls het meest elementaire en letterlijke contact met de realiteit en met het eigen gevoel ontbrak en hoe problematisch verbale communicatie meestal was. Hij stelde dan ook dat - wil er sprake zijn van therapie - deze contactfuncties eerst ('vooraf') hersteld moeten worden.

Theoretisch moet Prouty's Pre-Therapie gesitueerd worden tegen de achtergrond van de client-centered/experiëntiële therapie (Prouty, in druk). Hij heeft zijn wortels bij Rogers en Gendlin, maar gaat ten opzichte van beiden een stap verder. Voor Rogers (1957) is de eerste vereiste voor therapeutische verandering dat de cliënt en de therapeut contact hebben met elkaar. Prouty mist evenwel bij Rogers een omschrijving van wat psychologisch contact precies is, hoe het tot stand komt en hoe het gemeten kan worden. Gendlin (1970) omschrijft psychotisch- zijn als een ervaringsproces dat verward is tot structuur-gebonden ervaren. Hier mist Prouty een explicatie van wat men precies moet doen als men dan niet met het ervaren gevoel kan werken. Pre-Therapie wil juist op deze twee vragen antwoord geven. Prouty noemt hetgeen hij doet daarom ook 'pre-relationship activity' en 'pre-experiencing activity'.

Prouty's uitbreiding van het therapeutisch arsenaal werd beschreven bij verschillende patiëntengroepen zoals bij acuut psychotische mensen, chronisch schizofrenen, mensen met hersenbeschadiging, mensen met dissociatieve stoornissen of mensen met een mentale handicap in combinatie met psychische problemen als schizo-affectiviteit, depressie etcetera.

Contact-functies - In essentie bestaat Pre-Therapie in het au sérieux nemen van hoe iemand in de wereld staat en in het contact maken daarmee op een empathische manier. In een eerste stap kan dan door dit contact het elementaire besef van de verschillende realiteitengebieden hersteld worden. Prouty noemt dit de restauratie van de contactfuncties, zijnde het herstel van het besef van de omgevende realiteit ('Reality Contact'), van het besef van iets te voelen ('Affective Contact') en het vermogen om ervaringen te symboliseren ('Communicative Contact'). In een verdere stap kan dit contact verstevigd worden en kan er in verhouding tot de draagkracht en het algemeen niveau van functioneren verdere psychotherapie bedreven worden. Dit proces vindt plaats binnen een non- directief kader (Rogers 1966): de therapeut stemt zich af op de cliënt wat het tempo en de inhoud van de therapie betreft. Dit neemt niet weg dat in de dagelijkse praktijk steeds een evenwicht moet worden gevonden tussen het respect voor het individuele proces van de cliënt enerzijds en de beperkingen die de setting en het management stellen anderzijds.

Contact-reflecties - Technisch wordt bij dit contact-werk gebruik gemaakt van vijf soorten reflecties. Ze zijn concreet, letterlijk en herhaalbaar. Ze dienen om contact te maken met de patiënt en hem de ogen te openen voor de concrete realiteit rondom hem (personen, plaatsen, gebeurtenissen en voorwerpen), om hem opnieuw in contact te brengen met de lichamelijk gevoelde ervaringsstroom (Gendlin 1968) en om met hem over dit alles te kunnen praten.

De situationele reflecties (SR, situational reflection) zijn gericht op het reflecteren van de onmiddellijke omgeving, de situatie rondom de patiënt. Ze beogen het herstel van het realiteitscontact. Bijvoorbeeld: 'Het regent', 'Je zit naast de TV'. De therapeut kan ook de impliciete emotie reflecteren, af te lezen van het gelaat van de patiënt (FR, facial reflection). Psychologisch wordt daardoor het affectief contact hersteld of ontwikkeld. Bijvoorbeeld: 'Je staart voor je uit', 'Walter kijkt bezorgd'. Verstaanbare woorden en betekenisvolle geluiden worden gereflecteerd in de woord-voor-woord reflectie (WWR, word for word reflection). De bedoeling hiervan is een congruent gesprek op te

bouwen doordat de patiënt zich leert beleven als iemand die iets uitdrukt en verstaanbaar is. Bijvoorbeeld: 'Bloedgeaderd goud', 'Wablieft, mijnheer de duivel'. Ook kan de therapeut de houding/beweging van de patiënt reflecteren door ze te benoemen of door ze na te bootsen (BR, body reflection). Bedoeling hiervan is de patiënt meer in contact te brengen met zijn lichaam en dus ook een steviger hier-en-nu contact met de realiteit op te bouwen. Bijvoorbeeld: 'Je trekt aan je haar'; de therapeut staat recht en wijst - net zoals de patiënt - naar de muur. Vroegere reflecties die contact teweegbrachten, worden herhaald (RR, reiterative reflection). Dit helpt de interactie en de stroom van gevoel op gang te komen. Bijvoorbeeld: 'Daarnet stond je recht, ik stond ook recht en je keek me aan', 'Toenjuist werd het donker en je keek verschrikt'.

De reflectieve technieken zoals die door Prouty zijn geëxpliciteerd, zijn ingebed in een geheel van filosofische en therapeutische grondhoudingen. Prouty stelt dan ook 'the technique is easy, but the art is difficult'. Het werken met deze contact-reflecties vraagt van de therapeut een openheid en een gevoeligheid voor verschillende vormen en uitingen van primitief functioneren (Prouty noemt dit 'pre-expressief' functioneren: alle betekenissen zitten gecondenseerd in de dikwijls cryptische boodschappen maar ze zijn nog niet toegankelijk gemaakt voor anderen, en meestal ook nog niet voor de patiënt in kwestie). De therapeut moet bereid zijn om juist hierin de ander als mens te ontmoeten en hem via de vijf soorten reflecties helpen opnieuw 'de voeten op de grond te zetten'.

*Contact-gedragingen* - Onder contact-gedragingen verstaat Prouty het meetbare gedrag van de patiënt dat voortvloeit uit een toenemende mate van contact. Deze operationalisatie wordt vooral in de research gebruikt. Prouty rapporteert pilootonderzoek met kleine groepen patiënten en verschillende case-studies (Prouty, o.c.). Zo bijvoorbeeld over Pre-Therapie met een volwassen diep zwakzinnig en depressief persoon (Prouty en Cronwal 1989); Pre-Therapie met een hoog intelligente katatoon schizofrene man (Prouty en Kubiak 1990) en Pre-Therapie met een zwakzinnig persoon met symptomen van schizofrenie (Prouty 1990).

Rode draad in de resultaten is dat vooral het contact met de realiteit en de bekwaamheid tot congruente communicatie stijgt. Tegelijkertijd is er een vermindering van symptoomgedrag. Dit samen leidt al tot een verbetering van de kwaliteit van het dagelijks leven, wat dikwijls gepaard gaat met een inschakeling in een of andere vorm van werk, atelier of vrijetijdsbesteding, wat op zich dan weer therapeutisch is. Affectief wordt er ook vooruitgang geboekt, al is dat niet in alle studies zo uitgesproken. Dit hoeft ons niet te verwonderen, als we zien met welke ernstig gestoorde patiënten Prouty werkt. Op te merken is ook dat studies soms mét en soms zonder medicatie zijn uitgevoerd. Dit onderlijnt de doelmatigheid van de benadering.

Prouty beschrijft ook enkele opmerkelijke cases waarbij met deze methode (vooral visuele) hallucinaties worden doorgewerkt tot op het niveau van het niet-symbolisch ervaren van een onderliggend psychotrauma (bijvoorbeeld Prouty en Pietrzak 1988). De Vre (1992) vertaalde de Amerikaanse handleiding voor het socren van contact-gedragingen en paste ze toe met een interscorerovereenkomst van kappa .87 (0.0005). De weg naar replicatiestudies ligt dus open.

Op een andere plaats (Van Werde 1989) probeerde ik te verduidelijken hoe het restaureren van de contact-functies in zijn werk gaat (zie ook Van Werde en Prouty 1992). Ik beschreef ook hoe een aanpak op een afdeling erop gericht kan zijn om in een zogenaamd contact-milieu deze herstelde functies op peil te houden en ze zo mogelijk nog verder te verstevigen (Van Werde 1992). Dit artikel wil laten zien hoe ook de wekelijkse afdelingsvergadering in dezelfde lijn is uitgewerkt. Ook hier doen we voortdurend beroep op deze contact-functies, ook hier zijn ze voor de begeleiders als een richtsnoer bij het vorm geven en verder uitbouwen van dit groepsgebeuren. We stellen eerst de afdeling en het verloop van de vergadering kort aan u voor.

## **Een afdeling residentiële psychosenzorg**

Zoals beschreven (Van Werde 1992) gaat het hier om een behandelafdeling voor volwassen mannen en vrouwen met een psychotische problematiek. Ze telt 20 bedden. De indicatie is vrij breed: van hanteerbaar acuut tot randchronisch. In onze setting kunnen we zelden zonder medicatie behandelen. We proberen evenwel een zo goed mogelijk evenwicht te behouden tussen de aanpak op de afdeling en tijdens de therapieën, en de toediening van de medicatie. Zo gebeurt het dat een patiënt eerder tranquillizers krijgt dan een verhoging van neuroleptica, omdat we denken dat we met minder neuroleptica zinvoller met de gebrachte inhoud kunnen werken. Mediceren is dan eerder gericht op het ondersteunen tegen dreigende angsten. Het is ook zo dat er eerder gedacht wordt in termen van hanteerbaarheid van psychotisch lijden dan aan wegsnoeien of uitvlakken. We hebben, met andere woorden, continu oog voor de waarde van het voeling hebben met de omgeving, met zichzelf en met anderen.

Inhoudelijk zijn de ideeën uit de client-centered psychotherapie (Rogers 1966; Swildens e.a. 1991; Mearns en Thorne 1988) richtinggevend voor hoe we als hulpverlener met de mensen op de afdeling omgaan. Deze ideeën vormen als het ware de paraplu waaronder heel onze werking vorm krijgt.

### **De weekvergadering**

*Algemeen verloop* - Deze vergadering vindt plaats op donderdagnamiddag. Samen met de beschikbare verpleegkundigen en de afdelingspsycholoog komen de patiënten samen in de living. Eén van de patiënten heeft als taak om vijf minuten voor de aanvang alle ramen van de living open te zetten, zodat we kunnen starten met minimale rookhinder en maximale frisse lucht. Auteur dezes zit de vergadering voor. Bij zijn afwezigheid neemt een verpleegkundige over. Tijdens de voorafgaande middagbriefing overloopt de staf het verslag van de vorige zitting en wordt er nagegaan of zij bepaalde punten behandeld willen zien. Bijvoorbeeld: het introduceren van een minder omslachtige procedure om 's middags de maaltijd te organiseren, het melden van de komst van stagiaires. Ook is er aandacht voor hoe de groep als geheel er aan toe is, wie van de patiënten het moeilijk heeft en of er met het oog op de vergadering daarrond iets moet worden afgesproken. Bijvoorbeeld: op voorhand individueel werken met die patiënt of hem vragen om niet deel te nemen.

De vergadering wordt geopend met een korte toelichting omtrent de bedoeling ervan en met het herhalen van de spelregels: 'Het is donderdagnamiddag, 15 uur 45. 't Moment om met iedereen van de afdeling samen te komen voor 45 minuten, dus tot half vijf, en te praten over dingen die ons allemaal kunnen aanbelangen. Dit kan van alles zijn: de sfeer, het weer, de therapieën, actualiteit, over de week die voorbij is, over de week die gaat komen, enz. Het is ook een oefening om samen gedurende drie kwartier een gesprek te hebben'. Daarna volgt meestal de vraag of iemand van de patiënten iets ter bespreking wil inbrengen. Als de staf van haar kant dingen wil melden of besproken zien, dan doet ze dit in de loop van de vergadering, op een moment dat het meest geschikt lijkt.

De vergadering heeft een open agenda, op twee punten na: het vragen van vrijwilligers voor de verschillende huishoudelijke taken en, 5 à 10 minuten voor het einde, de rondvraag. Iedereen wordt dan om beurt uitgenodigd om iets te zeggen over hoe hij de vergadering vond, hoe hij er bij gezeten heeft en wat hij vond van zijn bijdrage. Met het toewensen van een verdere goede dag wordt de vergadering gesloten.

Onmiddellijk na de vergadering bespreekt de staf zo'n 15 à 30 minuten het verloop ervan. Er is dan ook ruimte voor persoonlijke feed-back. Iemand van de staf maakt dan liefst nog voor het weekend het verslag van het hele gebeuren: de bijeenkomst zelf, de bespreking achteraf en de lijst van gemaakte afspraken. De systematische voorbereiding, het telkens samen met ongeveer twee verpleegkundigen doen van de vergadering, de nabespreking en het maken van een verslag komen niet alleen de kwaliteit

van de bijeenkomst ten goede maar zijn ook vanuit didactisch oogpunt belangrijk. Het lijkt mogelijk dat op termijn de verpleging zelf - zij het met regelmatige supervisie - deze activiteit zal begeleiden. Van een verstreken werkjaar hebben we 36 verslagen. We berekenden dat gemiddeld 18 patiënten van de 20 effectief aanwezig waren. De opkomst was dus zeer hoog. Gemiddeld kwamen daarbij nog 2,6 stafleden. De auteur was op 91% van deze vergaderingen aanwezig en zat deze voor.

*Werken aan contact* - Eerst beschrijven we hoe tijdens de vergadering acuut contactverlies ongedaan kan worden gemaakt door het gebruik van de vijf soorten reflecties. Het gaat daarbij om situaties waarin iemand bizarre gevoelens brengt, zaken vertelt die duidelijk niet passen in de context, of waarin formele communicatiestoornissen optreden zoals echolalie, woordsalades en neologismen.

In een tweede luik illustreren we hoe men tijdens de vergadering aan consolidering van de contact-functies kan werken.

1. *Contact-werk bij acuut contact-verlies* - Als iemand zich in een vergadering op pre-expressief niveau gedraagt en congruente communicatie niet langer mogelijk is, dan kunnen Pre-Therapie-reflecties hulp bieden bij het herstel van de contact-functies.

We illustreren dit met enkele interventies uit verschillende zittingen (zie ook Van Werde 1992).

- In een vergadering staat Chantal ineens recht, wijst naar het raam en zegt: 'Ik zie ze weer bewegen!' Ik reflecteer dit (BR, SR, WWR), met inbegrip van de angstige uitdrukking op haar gelaat (FR). Chantal zet zich weer neer en de vergadering gaat verder.

- Plots wordt het buiten donker en een hevig onweer breekt los. Er is veel wind en de regen slaat tegen het raam. Christiane, van wie we weten dat ze dikwijls stemmen hoort en moeite heeft om in de realiteit te blijven, staat plots op, is duidelijk verward en geschrokken en gaat in de richting van de deur. Ik benoem heel uitdrukkelijk wat er buiten gebeurt (SR), vraag iemand het raam dicht te doen omdat het zo klappert en zeg de patiënte dat ze er angstig uitziet (FR). Dit zijn allemaal handvatten om zich in de situatie te verankeren en/of om bij haar gevoel te komen. Ze staat stil in het midden van de cirkel, kijkt achterom en zegt verbaasd: 'Het raam sprak tegen mij!' Ik reflecteer ook dit (WWR) en benoem opnieuw de situatie (RR) (donker, lawaai, tocht). Christiane slaagt erin om niet verder op de vlucht te gaan en zet zich opnieuw in de groep, ver weg van de plaats aan het raam waar ze eerst zat.

Als de patiënt in kwestie goed reageert, dat wil zeggen als zijn contact-functies vrij snel herstellen en een verder psychotisch afglijden stopt, is het mogelijk dat de patiënt in de vergadering blijft. Dit alleen al vinden we de moeite waard. Daarbij komt nog dat de toegevoegde waarde van het reflecteren in groep groot is. De mensen zien hoe we omgaan met iemand die op de rand van de psychose balanceert, een toestand overigens die ze allemaal uit ervaring kennen. Een bizarre uitspraak of dito gedraging wordt gevalideerd en er wordt zorgzaam mee omgesprongen. Waarschijnlijk geeft dit veiligheid en vertrouwen. Er is meestal geen noodzaak tot repressief optreden en de groep kan verder doen met dat waar ze eigenlijk voor samenkwam.

2. *Verstevigen van de contact-functies* - In de nu al vierjarige praktijk van deze vergadering ontdekten we dat de focus ligt op het consolideren van de drie genoemde contact-functies. Dit kan natuurlijk ook gebeuren in het brede gamma van andere activiteiten die binnen ons therapeutisch pakket aangeboden worden. In deze vergadering echter zit deze klemtoon structureel ingebouwd. Dit lijkt ons geen luxe, rekening houdend met het feit dat iedereen van de patiënten een psychotische problematiek heeft. De grenslijn tussen psychotisch en niet-psychotisch beleven wordt zichtbaarder en resten van psychotisch functioneren worden beter ingedamd. Misschien kan iemand pas vanuit deze gesterkte vermogens in extremis zijn psychose psychotherapeutisch te lijf gaan (Prouty, o.c.). In deze vergadering oefenen we veel met communicatie en realiteitsgebonden thema's. Werken rond affectief contact is beperkt tot het

louter benoemen van gevoelens die in de groep aanwezig of onmiddellijk bereikbaar zijn.

2.1 *Werken rond communicatie*. Bij het begin van een vergadering zeggen we meestal dat we deze bijeenkomst ook beschouwen als een grote oefening in het samen praten. Het is namelijk niet evident dat men met zo'n heterogene groep de 45 minuten zinvol kan uitzitten als men het niet waardevol vindt om gewoon samen te kunnen praten. Men moet dan thema's als het weerbericht, hoeveel eieren je nu eigenlijk per week mag eten, wat precies 'fluisterasfalt' is en dergelijke niet afdoen als triviaal of gatenvullerij. Men moet dan inzien dat het therapeutisch waardevol is dat iemand - in groep nog wel - zo lang de aandacht bij een bepaald thema kan houden en daar week na week in kan oefenen.

Er is weinig spontaan gebabbel. Als men iedereen - van rand-acuut tot chronisch - wil aanspreken, heeft men een breed gamma van thema's nodig met een variëteit in niveau van abstractie. Heel concrete onderwerpen geven waarschijnlijk meer houvast aan mensen die nog erg in hun eigen wereld opgesloten zitten. Meer abstracte thema's, een discussie of het geven van informatie zijn geschikt voor mensen die op een hoger niveau functioneren.

De taakverdeling en de rondvraag op het einde zijn vaste agendapunten. Voor de rest van de 45 minuten is er een open agenda. Hiervoor hebben we gekozen om dit type van vergadering bij deze populatie uit te werken. 30 minuten bleek te kort, als men enige ruimte wil voor opborrelende thema's; 60 minuten bleek voor de meesten dan weer te lang. De angst voor het ongestructureerde bleek moeilijker te reguleren, zeker in een groep van 20 patiënten met vrij grote verschillen in ernst en acuutheid van de pathologie. Dit kader maakt dat de weekvergadering geen werkgroep, vaardigheidstraining of een louter taakgerichte bijeenkomst genoemd kan worden. Er is namelijk ruimte om allerhande dingen aan bod te laten komen en eventueel verder te ontwikkelen. Dit maakt natuurlijk ook dat voortdurend de wetmatigheden uit de groepsdynamica spelen en dat bij momenten de psychotherapeutische groep niet veraf is. Bij de vraag wie zo'n vergadering kan voorzitten, is dit dus wel een punt om rekening mee te houden.

Ook kan men het beste de groep volgen in datgene waar ze momentaan het meest warm voor loopt. Zo hadden we ooit een Schotse historica op bezoek. Aanknopingspunten voor gesprek genoeg dus! Het gesprek kwam echter slechts op gang als het ging over het heel concrete hier en nu van de rok in 'Schotse ruit' van een van de patiënten. Andere thema's lagen waarschijnlijk te veraf.

Wat we ook leerden is dat alleen gepraat kan worden als er ook effectief iets gebeurt, dat wil zeggen als je praat over dingen die de mensen zelf gedaan hebben of waarbij ze zich op de een of andere manier betrokken voel(d)en. Mensen met een psychotische problematiek praten zelden om te praten, zeker niet in groep. De leegte - zowel de individuele als dikwijls die van de werking - is dan ook soms verpletterend aanwezig. Iets uit hun realiteit, of uit wat gebeurt rond de afdeling biedt misschien wel een aanknopingspunt voor gesprek. Thema's waarmee bepaalde patiënten of stafleden persoonlijk verbonden zijn, lopen meestal ook goed. Zo is er bijvoorbeeld toch een gesprek mogelijk over de sluiting van de Vlaamse steenkoolmijnen als een Limburger dit punt ter sprake brengt en praten ze wel mee over oude ambachten als ze weten dat iemand van de staf in zijn vrije tijd manden vlecht.

Meestal draagt de staf een aantal punten aan die aansluiten bij de werking, de actualiteit of de groep op dat moment. Je ziet dan rond de verschillende items korte gesprekken ontstaan. Enkele patiënten babbelen en de rest volgt min of meer actief mee. De moderator zorgt ervoor dat alles verstaanbaar is, paraphraseert of reflecteert wat er gezegd wordt. Een ander type van verloop is als we - meestal toevallig - op een thema stoten waarrond veel te vertellen blijkt en waar we heel spontaan van het ene aspect overgaan naar het andere. Zo ontstond er bijvoorbeeld een gesprek over 'de telefoon' naar aanleiding van iemands opmerking over een persbericht dat Belgacom zelf faxtoestellen op de markt ging brengen. Het ging dan verder over groene nummers, draadloos bellen, videfoon, sekslijnen, een

nieuw munttoestel in ons gebouw en nieuwe zone- en abonneenummers in onze regio. Dikwijls moeten we dan goed de tijd in het oog houden en het gesprek stoppen om nog de taakverdeling te kunnen regelen en een rondvraag te houden. Het liefst doen we de vergadering met iemand van de verpleegkundigen die de vrijetijdsactiviteit van 's dinsdags begeleidde en zodoende een stuk afdelingsrealiteit meemaakt en meegemaakt heeft. Ook is er bij voorkeur iemand bij die het komende weekend van dienst is. De vergadering geeft immers in 45 minuten vrij veel informatie over wat er leeft op de afdeling, hoe de onderlinge verhoudingen zijn en hoe individuele patiënten het stellen.

*2.2 Realiteitsgericht werk.* Er wordt tijdens de vergadering veel tijd besteed aan het aanbieden van en praten rond realiteitsgebonden thema's. We halen bijvoorbeeld feiten aan zoals het begin van een nieuw seizoen, de omschakeling naar het winteruur, dat er rook hangt in het lokaal, dat er iemand nieuw komt op de afdeling, de wegenwerken in de buurt, enzovoort. Soms gaan we al spelend op zoek naar 'realiteiten' en krijgt de interactie eventjes een quiz-karakter. We vragen dan bijvoorbeeld of iemand weet uit welke bloemen de kruidentuil is samengesteld die daar op tafel staat, om hoe laat de zon is opgegaan vandaag (te lezen op het kalenderblaadje!), of hoeveel de pompoen weegt die groep II meebracht uit de tuintherapie.

Regelmatig komt er ook informatie van buiten naar binnen: iets uit de krant (een Belg in de ruimte), van de radio (begin van de Golfoorlog) of van personeel dat net nog onderweg was ('het heeft geijzeld').

Dikwijls herhalen we bepaalde afdelingsregels naar aanleiding van iets wat fout liep of aansluitend bij een bepaalde sfeer: 'Niet bij mekaar op de kamer', 'niet in nachtkledij in de living'.

Af en toe verwijzen we ook vragen naar waar ze thuishoren en leggen uit waarom. Een vraag naar medicatievermindering bijvoorbeeld hoort thuis in de beslotenheid van een individueel gesprek met de deskundige, de arts. Mensen krijgen zo meer greep op de structuur, op het hoe en waarom ervan en op hun plaats daarin.

We werken ook veel rond besef van en verankering in de tijd. We proberen bijvoorbeeld een spanningsboog te houden tussen deze, de vorige en de volgende vergadering. Soms wordt iemand geciteerd uit een vorige vergadering ('dat voorstel om naar de film te gaan kwam van jou, Koen'), of pikken we iets op uit een vorige bespreking dan nog onaf was ('jij ging de openingsuren van die tentoonstelling navragen, Hilde'). Ook materieel ondersteunen we die tijdsdimensie. Zo is er bijvoorbeeld het prikbord waar de folder over het geplande museumbezoek kan worden ingekeken, een map met info over uitstappen die we deden, een kookschrift met de recepten van gerechten die we op de afdeling al bereidden. Dit alles heeft natuurlijk een informatieve waarde, maar is ook belangrijk om mensen meer bewust te maken van de tijd en van hun eigen geschiedenis ('volgende week gaan we naar daar', 'vorige week deden we dat'). Voor verwarde mensen is dit dikwijls een houvast, voor meer chronische is dit zowat het enige dat er nog beweegt, dat nog verandert in hun monotone wereld.

Bezig zijn met al deze thema's ondersteunt velen in hun bedreigde elementaire realiteitsbesef en biedt gelegenheden om er zich verder in te verankeren.

*2.3 Werken rond contact met gevoel.* Het regelmatig samenkomen met de patiëntengroep maakt ruimte om te zien wat er leeft, zowel op individueel als op afdelingsniveau. Opmerkelijk is wel dat daar slechts zelden spontaan iets over gezegd wordt. We vragen ons dan ook af of patiënten die bijvoorbeeld op dat moment worstelen met psychotische belevingen, er zicht op hebben dat de aangehaalde thema's ook bij hen een rol spelen. Door actief deze hypothesen aan te bieden kunnen de mensen zich daarrond bevragen, eventueel iets herkennen en het een naam geven. Dit op zich is therapeutisch. Gevoel wordt dus gecontacteerd en uitgesproken. Er is weer een stap gezet, mensen komen dichterbij zichzelf, er gaat weer wat spanning uit de lucht en dat is ook in de groep voelbaar.

Er zijn vele, terugkerende thema's die duidelijk een emotionele kleur hebben: 'afscheid nemen', 'gehospitaliseerd zijn', 'medicatie moeten nemen'. Met thema's als 'leegte', 'afhankelijkheid' en 'passiviteit' hebben we tijdens de vergaderingen indirect ook veel te maken, maar die krijgen we zelden boven tafel. Dit zou waarschijnlijk te confronterend zijn.

Bij een gesprek over een of ander onderwerp hebben we altijd zowel het realiteits-, het communicatieve als het affectieve register voor ogen. Het laatste komt zelden spontaan, tenzij heel onverwacht. Een voorbeeld. In een gesprek over het al dan niet organiseren van een tv-loze avond op de afdeling kwam ineens iemand uit bij zijn vrees voor de leegte als er geen tv-vulling zou zijn. Een gevoel voor timing en noties van psychotherapie zijn natuurlijk gewenst om als begeleider constructief met zulke dingen om te gaan.

Dikwijls kan men alleen door een volledige week te overzien merken dat er emotioneel veel gebeurd moet zijn. Zo begonnen er in een week twee nieuwe verpleegsters op de afdeling te werken en kwamen er in de therapieën studenten meedoen in het kader van een scholenproject. Als staf brengen we dit dan zelf in herinnering. Op die manier bieden we mensen deze realiteiten opnieuw aan en maken we ruimte voor wat dit gevoelsmatig teweegbrengt. We vragen dan gewoon wie dit nog wist en wat dat emotioneel betekende. Ofwel zeggen we zelf dat we het een drukke week vonden en stellen de hypothese 'dat zoiets toch veel teweeggebracht moet hebben' en polsen naar reacties.

In de rondvraag op 5 à 10 minuten voor het einde vragen we iedereen om iets te zeggen over hoe hij/zij de vergadering vond, hoe hij/zij er bij gezeten heeft en wat ze vonden van hun eigen inbreng. We nodigen de mensen dus uit om op hun gevoel te focussen en daarvan iets mee te delen aan de groep. Soms is het verhelderend als iemand zegt dat het nogal meeviel voor de eerste maal of 'interessant, maar ik ben eventjes buiten gegaan want ik kan mijn benen niet stil houden'. Aan mensen van hoger niveau durven we wel eens vragen wat ze precies zo interessant vonden of wat ze bijvoorbeeld met 'saai' of 'leerrijk' bedoelden. Voor anderen is het feit dat ze al iets van emotie in zichzelf ontdekten en dat durfden prijsgeven al een enorme prestatie en luisteren we naar hun antwoord zonder meer.

In de nabespreking van een vergadering concluderen we soms dat we dingen gemist hebben die op dat moment waarschijnlijk een rol speelden in het affectieve leven van een aantal mensen (bijv. niets gezegd over 'vaderdag'). Soms gaan we ook te snel over bepaalde onderwerpen heen of gebeurt het dat we bij een vraag of een opmerking van iemand te vlug afspraken of algemeenheden herhalen en te weinig oog hebben voor het gevoel dat ook in de boodschap zit (bijv. een informatief antwoord als 'inderdaad, Katrien is in bevallingsverlof tot het eind van de maand' zonder eventjes ruimte te maken rond 'kinderen hebben/krijgen/wensen').

In de afdelingsvergadering beperken we ons dus tot het actief ruimte maken voor en het benoemen van emoties, zonder ze evenwel verder te exploreren. Het is niet altijd eenvoudig om deze scheidingslijn te trekken. Soms stoppen we expliciet patiënten die deze grens dreigen te overschrijden en zo de veiligheid en dus het groepsproces dreigen te verstoren. We doen dus niet aan psychotherapie strictu sensu. Dit is een unieke invalshoek en stamt rechtstreeks af van Prouty's Pre-Therapie, waar 'contact' met respectievelijk de realiteit, gevoel en anderen de eerste en enige doelstelling is.

### **Ter afronding**

Prouty bracht het paradigma 'contact' opnieuw onder de aandacht. Daarom besteden ook wij in de wekelijkse afdelingsvergadering voor mensen met een psychotische problematiek veel aandacht aan het werken rond de bedreigde contact-functies. Het tot stand brengen en verstevigen van het elementaire besef van de realiteit (personen, plaatsen, dingen en gebeurtenissen), van iets te voelen en daar op congruente wijze iets over te gaan zeggen, werd de rode draad van onze wekelijkse zittingen.



Het ligt zo voor de hand om dit contact-werk ook in een afdelingsvergadering aan bod te laten komen, dat er voor zover wij weten tot op heden nog geen expliciete aandacht aan werd besteed. We denken echter dat het belang ervan voor deze en andere settingen niet genoeg kan worden onderlijnd. We hopen dat we u in dit artikel een beeld gaven van hoe in de praktijk zo'n vergadering rond dit thema werd uitgebouwd.

### **Bibliografie**

**De Vre, R. (1992), *Prouty's Pre-Therapie***

. Niet-gepubliceerde eindverhandeling Licentiaat Psychologie. Rijksuniversiteit Gent.

**Gendlin, E. (1968), *The Experiential Response*. In: E. Hammer (red.), *Use of interpretation in treatment***

. Grune and Stratton, New York, p. 208-228.

**Gendlin, E. (1970), *Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that illness*. In: J.T. Hart en T.M. Tomlinson (red.), *New directions in client-centered therapy***

. Houghton Mifflin, Boston, p. 280-291.

**Mearns, D., en B. Thorne (1988), *Person-Centered Counselling in Action***

. Sage Publications, Londen.

**Merleau-Ponty, M. (1962), *Phenomenology of perception***

. Routledge and Kegan Paul, New York.

**Peters, H. (1992), *Psychotherapie bij geestelijk gehandicapten***

. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

**Prouty, G.F. (1976), *Pre-Therapy, a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13**

, 290-295.

**Prouty, G.F. (1990), *A theoretical evolution in the Person-Centered/Experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation*. In: G. Lietaer, J. Rombauts en R. Van Balen (red.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the nineties***

. Leuven University Press, Leuven, p. 645-685.

**Prouty, G.F. (in druk), *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Psychotherapy***

. Praeger Publishers, Westport, CN.

**Prouty, G.F., en M. Cronwal (1989), Psychotherapy with a depressed mentally retarded adult: an application of Pre-Therapy. In: A. Dosen en F. Menolascino, *Depression in mentally retarded children & adults***

. Logon Publications, Leiden, p. 281- 293.

**Prouty, G.F., en M.A. Kubiak (1988), The development of communicative contact with a catatonic schizophrenic. *Journal of Communication Therapy 4***

, 13-20.

**Prouty, G.F., en S. Pietrzak (1988), Pre-Therapy Method applied to persons experiencing hallucinatory images. *Person-Centered Review 3***

, 426-441.

**Rogers, C. (1957), The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology 21***

, 95-103.

**Rogers, C. (1966), Client-Centered Therapy. In: S. Arieti (red.), *American handbook of psychiatry***

. Basic Books, New York, p. 183-200.

**Roy, B. (1991), A client-centered approach to multiple personality and dissociated process. In: L. Fusek (red.), *New directions in client-centered therapy: practice with difficult populations***

. Chicago Counseling and Psychotherapy Center, Chicago, p. 18-40.

**Swildens, H., O. de Haas, G. Lietaer en R. Van Balen (red.) (1991), *Leerboek gesprekstherapie***

. Acco, Amersfoort/Leuven.

**Van Werde, D. (1989), Restauratie van het psychologisch contact bij acute psychose. *Tijdschrift voor Psychotherapie 15***

, 271-279.

**Van Werde, D. (1990), Psychotherapy with a retarded, schizo-affective woman: an application of Prouty's Pre-Therapy. In: A. Dosen, A. van Gennep en G. Zwanikken (red.), *Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorder in the Mentally Retarded***

. Proceedings of the International Congress, May 3rd en 4th, 1990, Amsterdam, The Netherlands. Logon Publications, Leiden, p. 469-477.

**Van Werde, D. (1992), Contact-faciliterend werk op een afdeling psychosenzorg: een vertaling van Prouty's Pre-Therapie. *VRT-Periodiek 4***

, 3-20.

**Van Werde, D., en G.F. Prouty (1992), Het herstellen van het psychologisch contact bij een schizofrene jonge vrouw: een toepassing van Pre-Therapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie 22***

, 269-280.

### **Video's**

Finke, K. (1989), *Pre-Therapy illustration tape: life session with a mentally retarded, schizo- affective woman*. Pre-Therapy Institute, Chicago USA (met bijbehorend artikel, zie Van Werde 1990).

**Van Werde, D., en R. Willemaers (1992), *Werken aan contact: een illustratie van Pre- Therapie met een chronisch psychotische vrouw***

. Seminarie en Laboratorium voor psychologische begeleiding, Rijksuniversiteit Gent (met begeleidende brochure).

**Summary: 'Contact-work' as organizing concept of the weekly ward-meeting in residential care for psychotic people**

**The restoration and consolidation of reality-, affective- and communicative contact is the focus of the depicted weekly patient-meeting on a ward for psychotic people.**

This is a translation of Dr. G.F. Prouty's Pre-Therapy, a psychotherapeutic approach especially developed for working with low-level, contact-impaired clients. This translation is supposed to offer a model that is applicable to other settings and other populations of low-level functioning people.

De auteur is als psycholoog, psychotherapeut verbonden aan de Kliniek St. Camillus, Beukenlaan 20, 9051 Gent (SDW), België.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 22-4-1994.