

ONTMOETEN

Stilstaan bij "de ontmoeting met de cliënt" is van essentieel belang voor de hulpverlening.

Inleiding

In een casemanagement project hebben we vaak te maken met een groep cliënten, die veel zorg consumeert. Om de juiste hulp te kunnen bieden is continuïteit in zorg nodig. Stilstaan bij "de ontmoeting met de cliënt" is van essentieel belang voor de hulpverlening.

De SPV moet gericht zijn op het begrijpen van de vaak vreemde wereld van de cliënt. Het is daarbij belangrijk niet te snel conclusies te trekken en doelen te stellen in de vorm van zorg- en begeleidingsplannen.

Om de ander, de cliënt, te begrijpen heb je communicatie nodig. Chargerend kun je stellen: zonder communicatie is de continuïteit in zorg niet mogelijk.

Zonder contact met de cliënt is rehabilitatie dus een utopie.

De ontmoeting als basis voor contact, relatie, goede communicatie; geeft de cliënt de ruimte die hij nodig heeft om te ordenen, te verwerken.

De SPV kan pas tot een goede objectieve beoordeling komen over de kwaliteit van leven van de cliënt, als er sprake is van een ontmoeting.

Juist bij hulpverleners aan chronische psychiatrische cliënten is de ontmoeting essentieel !

Voor het vervolg van dit artikel is het belangrijk dat het begrip chronische psychiatrische cliënt wordt gedefinieerd. Daarnaast zal vanuit een filosofische invalshoek het begrip ontmoeting geanalyseerd worden. Vervolgens wordt gezocht naar de juiste beroepsattitude.

In het laatste gedeelte wordt de beschreven theorie getoetst aan de praktijk in vorm van een casus. Tot slot vindt u een aantal conclusies en enkele aanbevelingen.

De chronische psychiatrische cliënt (de doelgroep)

De caseload van een SPV bestaat vaak uitsluitend uit cliënten die tot de catego-

Harrie Beenen

Harry is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt bij de GGZ Midden Brabant

rie chronische psychiatrische cliënt behoren.

Het is niet eenvoudig om een nauwkeurige omschrijving van de chronische psychiatrische cliënt te formuleren.

Het gaat om een heterogene categorie die is samengesteld uit meerdere groepen cliënten met verschillende ziektebeelden, problemen, hulpvragen en behoeften.

Enkele kenmerken keren steeds terug:

- mensen die een psychiatrische diagnose hebben;
- een langdurige hulpverleningsgeschiedenis door hebben gemaakt;
- een indicatie hebben voor een langdurige begeleiding die gericht is op structurering;

de centrale kenmerken vertonen van het 'social breakdown' syndroom te weten:

- een tekort aan vaardigheden om met alledaagse problemen op te gaan;
- de neiging vertonen om met uitzonderlijk gedrag te reageren bij moeilijke situaties;
- een beperkt of gebrekkig sociaal netwerk;
- het ontbreken van een zingevende daginvulling;
- een interactiepatroon met SPV-en dat gemakkelijk leidt tot discontinuïteit.
- Een aantal andere cliëntgebonden kenmerken:
 - materiële problemen;
 - stereotiepe interacties;
 - beperkt veranderbaarheid;
 - eenzaamheidsproblematiek;
 - gering toekomstperspectief.

Uit deze kenschets kan worden geconcludeerd dat het om een cliëntenpopulatie gaat die op alle sociale niveaus slecht functioneert. Het aangaan van relaties met hun omgeving is moeilijk. Ze zijn weinig in de gelegenheid om 'te ontmoeten'.

De ontmoeting (in de hulpverlening): een filosofische invalshoek

Wanneer ontmoet je iemand, het klinkt zo eenvoudig, maar is het dat ook? Van Dale's (1992) definitie luidt "Het samen komen om tot wederzijds begrip te geraken".

Het valt niet mee om in gesprek te komen met een cliënt die paranoïde is en niemand vertrouwt of een borderline cliënt die zich afschermt, bang om te afhankelijk te worden van de SPV. Cliënten kijken vaak op tegen de SPV. Bij hem/haar gaat het leven op rolletjes, hij is niet ziek. Hoe kan die SPV nu aan

hun kant staan en begrijpen wat ze doormaken.

De SPV wordt door de cliënt als een ander mens gezien, daarentegen ziet de SPV de cliënt vaak als een casus (een van de vijftig, die hij begeleidt). Dit houdt in dat de SPV de cliënt als een object ziet, waarmee hij middels een interactie, een therapeutische relatie tracht te onderhouden.

Levinas (1989) geeft aan dat de relatie tot de ander meer inhoudt dan sociaal verkeer tussen mensen. Hij bedoelt dat je als persoon ook oog moet hebben voor het 'totale' dat op je af komt. In een relatie tot de ander is er sprake van pluralisme. Dit betekent de werkelijkheid zien als een veelheid van zelfstandigheden (Van Dale 1992). Dit is mijns inziens ook de reden dat het betoog plaats maakt voor een gesprek en een ontmoeting met een persoon. Hierdoor ontstaat er ruimte voor de persoon om oog te hebben voor de ander. Zoals die zich presenteert. Dit biedt mogelijkheden om tot een ontmoeting te komen.

Bij een ontmoeting gebeurt er iets met de mens. De mens die uit een zuivere ontmoeting terugkeert, voelt zich gesterkt. Er is iets in hem gegroeid. Waar hij eerst geen weet van had en waar hij de oorsprong niet van kan aangeven.

Het woord 'wederzijds' geeft aan van beide zijden komend (Van Dale 1992). Wanneer de SPV zich tevreden stelt met een goede analyse van de cliënt dan ziet hij iets over het hoofd. Namelijk het uitgangspunt van wederzijds begrip. De vraag die de SPV zich hierbij moet stellen is: heb ik de ander teveel vanuit een bepaalde methodiek/invalshoek benaderd?

Het is belangrijk om de ander te erkennen als zijnde een ander en op zoek te gaan naar het antwoord op de vraag wie is hij of zij? De ander als ander erkennen is hem of haar benaderen vanuit z'n zelfopenbaring (Levinas 1989).

Zolang je als SPV de ander ziet als product van zijn omgeving, cultuur, geschiedenis en traditie, dan geef je antwoord op de vraag: Wat is hij of zij? Alleen de wie-vraag getuigt van een authentieke erkenning. Concreet houdt dit in: de ander de plaats gunnen, die hem of haar door 'het anders zijn' toekomt.

Respect voor de uniciteit van de ander speelt altijd een rol in de SPV - cliënt relatie.

De SPV gebruikt het gesprek als middel om de ander te begrijpen. Het doel van dit gesprek is het bereiken van overeenstemming. Volgens Habermas (1987) is hierbij belangrijk dat cliënt en SPV elkaar als gelijkwaardige partners beschouwen. In de praktijk ontstaat dan een uitwisseling van informatie door beide partijen met als resultaat een groeiproces naar gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er is een inspanning naar elkaar toe van beide partijen. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt het initiatief kan nemen. Om de ander te begrijpen is het belangrijk om middels een gespreksituatie tot overeenstemming te komen (Habermas 1987).

Dit lukt als mensen elkaar als gelijkwaardige gesprekspartner beschouwen. Hiervoor is nodig; het uitwisselen van informatie door beide partijen en er moet een groeiproces ontstaan van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hierbij is het belangrijk dat de mens zelf het initiatief kan nemen: Buber (1969) "Zolang de mens zelf in relatie treedt is hij vrij en dus creatief".

Uit het voorafgaande kunnen enkele kenmerken worden gedestilleerd, die belangrijk zijn in 'de ontmoeting' tussen cliënt en SPV:

- De SPV moet oog hebben voor de 'totale werkelijkheid' zoals die op hem afkomt. Dan pas kan hij op zoek gaan naar het antwoord op de vraag wie is de cliënt?
- De SPV heeft alleen kans van slagen in het begrijpen van de cliënt als hij voortdurend tracht tot overeenstemming te komen met de cliënt;
- Er is tussen SPV en cliënt sprake van een ontmoeting als er zowel bij de cliënt als bij de SPV een gevoel van groei ontstaat, waardoor beide gesterkt uit het gesprek komen;

De sociale psychiatrie

In de praktijk komt de SPV veel situaties tegen waarin het erg moeilijk blijkt om contacten met de cliënten te blijven onderhouden. Chronische psychiatrische cliënten zijn vaak mensen waarbij een gebrek aan eigen identiteit en aan basale vaardigheden op de voorgrond staat. Zij presenteren zich als personen die geen hulpvraag hebben of die niet kunnen formuleren. Het is een bekend gegeven dat cliënten die al jarenlang psychiatrische hulp ontvangen, zich vaak weinig coöperatief naar SPV-en opstellen, omdat ze het gevoel hebben weinig toekomstperspectief te hebben. De hulpverleningsgeschiedenis laat vaak een patroon van gebroken contacten zien. Het lijkt dat deze cliënten zich niet verantwoordelijk voelen voor het instandhouden van de contacten met de SPV. Kortom deze doelgroep is geen aangename gesprekspartner vanwege hun afwijzende houding en vanwege de vorm en de aard van het contact. Het contact wordt zowel door de cliënt als

de SPV als routinematig beleefd. Als je het schema van Greenspan (1984) hiervoor gebruikt dan komt de

hulpverleningsrelatie bij deze patiënten vaak niet verder dan de eerste niveaus.

Eerste stappen van therapeutische relatie volgens Greenspan en Wieder		
Regelmaat en stabiliteit	Aard van het contact	Niveau van communicatie en reflectie
1. De cliënt is bereid een eerste afspraak te maken.	1. De cliënt is alleen geïnteresseerd in wat ik voor hem/haar regel of organiseer.	1. Kennismaking inclusief het bieden van steun en het verzamelen van informatie.
2. De cliënt is bereid om een nieuwe afspraak te maken zonder vooruitzicht op continuïteit.	2. De cliënt stelt persoonlijk contact met mij op prijs (de cliënt accepteert mij als persoon, zonder dat er over problemen gepraat kan worden).	2. De cliënt ziet en benoemt afzonderlijke gedragingen of regelmatig terugkerende gedragspatronen.

Door de toegenomen bureaucratie binnen de GGZ is de chronisch psychiatrische cliënt het kind van de rekening. De SPV wordt meer en meer in een keurslijf gedrukt. Voor de organisatie zijn face-to-face contacten belangrijk in de eindafrekening. Door de grote caseload en de computeruitdraai staat de creativiteit en flexibiliteit van de SPV voortdurend onder druk. Hierdoor neemt de kans op persoonlijk falen van de SPV toe. Dit is volgens mij de reden dat de SPV de aandacht en interesse naar de andere categorieën cliënten verlegt. Cliënten die nog perspectief hebben.

Een ander fenomeen is dat SPV cliënten teveel gaan indelen in categorieën (DSM III) en de zorg afstemt op de categorie zonder stil te staan bij het individu en de speciale hulpvraag die elke cliënt heeft.

Een zekere afstand in betrokkenheid "detached concern" (1971) kan effectief zijn binnen de huidige nieuwe zakelijkheid in de GGZ. Dit kan echter als uitwerking hebben dat de SPV een pantser vormt dat geen gevoel meer

doorlaat (Rotteveel, van Molokot, 1992). Dit zal volgens mij moeten veranderen. De aanpak van de SPV zal gericht moeten zijn op het instandhouden van de relatie met de cliënt. De SPV zal telkens weer met de cliënt moeten onderhandelen om tot gemeenschappelijke definitie van situaties te komen. 'Ontmoeten' is hierbij een absolute voorwaarde.

De ontmoeting tussen SPV en cliënt

In het voorafgaande heb ik aangegeven dat de 'ontmoeting tussen cliënt en SPV een belangrijk onderdeel is van de hulpverlening.

Welke attitude, basishouding moet de SPV hierbij aannemen?

Winnicott een Engelse kinderarts en analyticus legt een verband met de opvoeding van een jong kind. Volgens hem moet de hulpverlening aan drie voorwaarden voldoen namelijk:

1. "Holding" of basisveiligheid is het fundament om tot een relatie te komen. Eerst moet een solide grond

gecreëerd worden, voordat verdere begeleiding/behandeling een kans van slagen heeft.

2. "Handling" dit is adequaat inspelen op wat er nodig is:
Wanneer bijvoorbeeld de moeder bemerkt dat haar baby een volle luier heeft, zal ze niet gewoon door gaan met "Holding", maar zal ze actief en met zorg, de luier verwisselen.
Kijkend naar de cliënt dan intervenieer je als SPV in op wat zich aandient. Hoe presenteert de cliënt zich? Wat is actueel en wat zijn de onderliggende motieven van zijn gedrag?
3. "Object Presenting".
De moeder is aanwezig als persoon. Naarmate het kindje zich ontwikkelt wordt het duidelijker dat moeder niet enkel uit borsten, armen en lichaam bestaat maar ook een persoon is met wie een menselijke ontmoeting mogelijk wordt.

Het zijn niet alleen de psychotische belevingen en de daaraan gekoppelde vraag naar medicatie die de hulpvraag van de cliënt bepalen. Het is ook zijn hobby die hij beoefent of het doel wat hij tracht te bereiken of de verliefdheid die hem hindert. Shakespeare schreef: 'niets is goed of slecht maar denken maakt het zo'. Kempler (1984) nuanceert dit: "het zit allemaal in hoe je kijkt naar wat je ziet: alles is een kwestie van perspectief". Het is de kunst als SPV de cliënt te bejegenen op een manier die het mogelijk maakt hun koers te veranderen.
Een belangrijk gegeven hierbij is om de cliënt effectief tegemoet te treden waarbij je er zorg voor draagt dat het uitgangsniveau (atmosfeer) binnen de

hulpverleningscontext juist is.

In de relatie mag geen sprake zijn van superieur-inferieur; beter-slechter; juist-verkeerd tendensen.

De SPV heeft een verantwoordelijkheid om deze context elke keer weer te realiseren en te handhaven omdat cliënten hiertoe niet in staat zijn.

Welk perspectief je als SPV ook kiest deze doelgroep is vaak niet bij machte om hun pijn en nood uit te spreken op een manier die gehoord wordt. Hierbij is het belangrijk te weten dat elke mens (cliënt) een tweezijdig verlangen heeft namelijk de vereniging en de scheiding. Een mens wil zichzelf kunnen zijn in relatie tot de iemand waarmee hij/zij verbonden wil zijn. Kortom het menselijke leven bestaat uit een voortdurend heen en weer gaande beweging van contactmaken met de ander en weer terugkeren bij jezelf (Kempler, 1974).

Er bestaat dus een samenhang tussen hoe iemand zich voelt en gedraagt en hoe iemand zich gedraagt en sociale omgeving waarin hij/zij verkeert. Ons gedrag is een afspiegeling van de voortdurende wisselwerking met de omgeving. Of zoals Watzlawick (1970) zegt: 'je kan niet, niet communiceren'. Zoals in het voorgaande is aangegeven is het contact SPV - cliënt een continu onderhandelingsproces.
De SPV moet zien te krijgen wat hij nodig heeft om te kunnen hulpverlenen maar ook de cliënt moet in zijn behoefte worden tegemoet gekomen. Om dit te bereiken gebruikt de SPV omgangsvormen en rituelen. Twee belangrijke rituelen in dit verband zijn 'vermijding' en 'toenadering'. Rituelen van vermijding impliceren het recht om de ander op zekere afstand te houden. Rituelen van toenadering houden in dat eenieder het recht heeft

de ander te benaderen of ergens in te betrekken mits het volgens de regels van "Deference" (Rotteveel 1991) wordt gedaan.

Deze rituelen hebben echter alleen zin als ze worden gehanteerd door de SPV die zich geloofwaardig presenteert ("Demeanor") (Rotteveel 1991).

"Demeanor" verwijst naar het herkenbaar zijn van het individu voor anderen; kortom jezelf als SPV tonen aan de ander.

In een sociale relatie, wat de hulpverleningsrelatie is, is het een eis dat het individu zijn zelfbeeld in de interactie brengt. De cliënt stelt zich vaak kwetsbaar op erop vertrouwend dat de SPV zich met respect (deference) opstelt ten opzicht van zijn demeanor (zelfpresentatie). Kijkend naar de doelgroep, de chronische cliënt, dan kun je er als SPV vanuit gaan dat de meeste cliënten moeite hebben met hun zelfpresentatie ('demeanor'). Dit vergt dus veel tact en gevoel van timing van de SPV. Het opbouwen, instandhouden en weer afronden van hulpverleningsrelaties is een gecompliceerd interactioneel proces. De SPV dient zijn vermijdings- en toenaderingsrituelen en zijn zelfpresentatie elke keer weer af te stemmen op de wijze waarop de cliënt zich aan hem presenteert.

De ontmoeting: een casus

Het meest wezenlijke aspect van een ontmoeting is namelijk de ervaring met een ander mens waarbij ieder zich volledig heeft kunnen uiten.

Bij de chronische psychiatrische cliënt zijn de symptomen van hun ziekte vaak zichtbaar, voelbaar. Deze symptomen veroorzaken probleemgedrag.

Dit houdt in dat ze niet meer in staat zijn, zichzelf of belangrijke anderen in hun leven te ontmoeten. Ze hebben

ervaringen opgedaan die hem het gevoel geven dat het gevaarlijk of slecht is zich te uiten naar anderen.

De vermijdingsrituelen staan op de voorgrond. De zelfpresentatie (demeanor) is zwak en onzeker. In de volgende casus wil ik kort aan de hand van een voorbeeld de theorie toetsen aan de praktijk.

De casus betreft een 34 jarige schizofrene man die in een beschermde woonvorm woont. Er is sprake van zeer ernstige psychiatrische problematiek. Dit komt tot uiting op alle niveaus van het sociaal functioneren.

Met name de communicatie gaat de cliënt slecht af. Dit is te wijten aan concentratieproblemen en de continue last van positieve symptomen.

In het dagelijks leven, de beschermde woonvorm, is het contact met anderen zeer vluchtig. De cliënt leeft aan de 'rand' van de woongroep.

Met mij spreekt de cliënt over wat hem zoal bezighoudt: stemmen waar hij last van heeft, die hem het bevel geven voor zijn moeder te zorgen. De woede, die zich richt op zijn vader, die het gezin in de steek heeft gelaten.

Dit komt met flarden op mij af, soms kan ik het volgen, soms stel ik vragen ter verduidelijking.

Als de cliënt de rust ervaart, als mijn timing van interveniëren aanslaat, dan help ik hem met het ordenen van gedachten. Er is op die momenten sprake van werkelijke ontmoeting. Deference en demeanor ordent de communicatie tussen mij en de cliënt. Ik weet hoe laag zijn demeanor is. Vanuit die positie bestaat het communicatiepatroon vooral uit vermijdingsrituelen. Bijvoorbeeld wegvluichten in onsamenhangend taalgebruik. Toenaderingsrituelen zijn niet aanwezig.

De omgangsrituelen zijn wisselend afhankelijk van de wijze waarop de cliënt zich toont. Meestal is hij slecht gekleed. Hij toont zich zoals hij zich voelt.

Soms duurt een gesprek 15 minuten en merk ik dat cliënt erg onrustig is. De andere keer lukt het de cliënt om 30 minuten de aandacht vast te houden. Soms wanneer onrust op de voorgrond staat stel ik voor een wandeling te maken of in het café op de hoek koffie te gaan drinken (walking care). Met als doel de cliënt het gevoel te geven dat ik hem niet laat vallen (handling). Ik loop soms wel 5 minuten naast de cliënt zonder een woord te wisselen. Aan het grimassen zie ik dat de innerlijke strijd in volle hevigheid woedt. Meestal pakt de cliënt de draad weer op, wetend dat hij niet alleen wandelt. Hij vraagt dan bijvoorbeeld hoe het met mij gaat (toenadering).

Soms neemt cliënt afscheid met een hartelijke glimlach, vaak met een beleefdheids lachje.

In het begin van onze relatie, probeerde ik belevenissen van cliënt in te kaderen en te plaatsen. Ik gaf hem adviezen. Nu na 4 jaar van begeleiden weet ik mijn plaats en accepteer ik de cliënt zoals hij is, wetende hoe zwaar zijn innerlijke strijd moet zijn.

Hij moet klaar komen met zijn ziekte en onzekere toekomst.

Het doet mij goed als ik heel af en toe van zijn moeder hoor, dat haar zoon een goed gesprek met mij heeft gehad.

Kijkend naar de 'wie-vraag', dan is het mijns inzien belangrijk naar de authentieke erkenning van de cliënt te kijken. Ik gun de cliënt zijn plaats. Hij bepaalt hoe het gesprek verloopt (demeanor). Zijn anders zijn houdt voor mij in, dat ik probeer te reageren op wat ik bij hem

zie en voel. Mijn onmacht komt ook aan bod: er blijft afstand (deference). Ik accepteer dit gegeven en stel geen eisen aan afspraken. Ik probeer flexibel om te springen met mijn agenda. Komt cliënt niet op de afspraak, dan bel ik op voor een nieuwe.

Mijn perspectief heb ik duidelijk. Het gezamenlijk wandelen ervaart hij als een zinvolle tijdsbesteding. Ik heb mijn hulpverlenersattitude aangepast. De ijver om te helpen betekent in deze casus niet dat ik mij opdring aan de cliënt met mijn acties. Ik verwacht geen wonderen van de cliënt; ik tracht oog te hebben voor kleine dingen. Met een lange termijnvisie, die in deze casus continu van aard dient te zijn, namelijk er gewoon zijn als SPV.

Samenvatting en Conclusies

Zoals ik reeds schetste ontvang een grote groep ernstig chronische cliënten, die veelal marginaal in de samenleving opereert, niet de zorg die zij nodig hebben.

Bij het ontbreken van een duidelijke hulpvraag, het niet nakomen van afspraken en/of het uitblijven van verbetering laat menig SPV/organisatie het afweten.

De zorg kost een hoop energie zonder dat je er als SPV direct iets voor terug krijgt.

Kijkend vanuit de ontmoeting in al zijn facetten heb ik getracht een kader te scheppen om als SPV vanuit een ander perspectief met een andere basis-houding de ontmoeting aan te gaan.

De sociaal psychiatrische traditie moet in ere hersteld worden.

Gelukkig, mede onder invloed van overheidsmaatregelen zijn er op tal van plaatsen zorgvernieuwingsprojecten gestart die tot doel hebben lotsverbetering en maatschappelijke integratie van de sociaal

zwaksten (Wolf 1993).

Om elke keer weer een nieuwe start met een cliënt te maken (vanuit de wievraag) en dit in perspectief te plaatsen zal de SPV de rode draad van de cliënt weten op te pakken.

Dit zal, waar mogelijk, de kwaliteit van het leven van de cliënt verbeteren.

Erkenning van dit SPV-specialisme zal ook door de organisatie gedragen moeten worden. Dit kan door de SPV meer mogelijkheden te geven om creatief met zijn beschikbare tijd om te gaan.

Het werken in teamverband, het steun zoeken bij collega's, die met dezelfde doelgroep aan de slag zijn, voorkomt teleurstelling en boosheid bij de SPV en helpt hem telkens zijn perspectief duidelijk te krijgen. Daarnaast voorkomt

een te hoog verwachtingspatroon van de SPV het gevaar voor burn out. Dit houdt niet in dat chronisch cliënt geen mogelijkheden heeft. De factor tijd, de keuze en inzet van middelen (hierbij denk ik aan rehabilitatieprogramma's) en meer samenwerking met eerstelijns voorzieningen biedt effectieve hulp.

Mijn visie die ik tot slot wil uitdragen is dat succesvolle hulpverlening aan chronische cliënten in sterke mate afhangt van de mate waarin de cliënt en de SPV in staat zijn elkaar werkelijk te ontmoeten. Net als bij de psychotherapie zal matching in chronische psychiatrie van groot belang kunnen zijn in de wetenschap dat de SPV een relatie voor jaren aangaat.

Literatuurlijst

Buber, M.

Ik en Gij

Uitgeverij J. Bijleveld, Utrecht 1969

Dale, van

Groot woordenboek der Nederlandse taal (12e druk)

Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen 1992

Habermas, J.

Theorie van het communicatieve handelen

Uitgeverij Boom, 1987

Hulselsmans, J.

Het rehabilitatieproject is een ambitieus project

In: Tijdschrift van de VVGG, jaargang 6, oktober 1994

Kempler, W.

Experimentele gezinstherapie

Herziene uitgave door Roel en Sonja

Bouwkamp

Handboek gezinstherapie, Deventer 1984

Levinas, E.

Het menselijk gelaat

Uitgeverij AMBO, 1988

Molkot, L. van en R. Rotteveel

Diagnostiek in de sociale psychiatrie

Rino Zuid Nederland, 1992

Rotteveel, R.

Schema stappen in het therapeutische proces

Gebaseerd op: Greenspan en Wieder, Dimensions and levels of the therapeutic process. Psychotherapy, vol 21, 1984

Rotteveel, R.

Theoretisch model voor praktisch handelen in de sociale psychiatrie

Rino Zuid Nederland, 1992

Wolf, J.

Nieuwe trens binnen de sociaal psychiatische traditie

In: Thuisloosheid en psychische stoornissen NcGV, 1993