

---

# INTERVIEW VOOR STEMMENHOORDERS

## Het interview voor stemmenhoorders als methode voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een patiënt die lijdt aan schizofrenie

### Inleiding

In het onderstaande artikel beschrijf ik de behandeling van een patiënt die lijdt aan schizofrenie en in zorg is bij een GGZ instelling in Amsterdam. De patiënt woont zelfstandig, is niet gemotiveerd voor een psychiatrische behandeling en kan omschreven worden als een zogenaamde zorgwekkende zorgmijder. Opvallend is dat de patiënt goed in staat is te praten over zijn belevingen en niet gedesorganiseerd is. Ik bezoek hem een maal per week. In het onderstaande beschrijf ik hoe het contact met de patiënt tot stand kwam, en bespreek ik het interview voor stemmenhoorders van Romme en Escher (1999) dat ik gebruikt heb als hulpmiddel om met de patiënt in contact te komen.

Ik wil aantonen dat het interview een mogelijkheid biedt om op een bijna terloopse maar gestructureerde wijze in gesprek te komen met de stemmenhorende patiënt. De dialoog wordt aangegaan over de symptomen en de mogelijkheden om daar mee om te gaan. Het ziektebeeld en de beperkingen staan dus niet centraal in het gesprek. Omdat het interview handvatten biedt bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie ben ik van mening dat het interview een methode is die bij uitstek door SPV-en gebruikt kan worden.

### Het interview voor stemmenhoorders

Bij het interview voor

stemmenhoorders van Romme en Escher (1999) wordt aan de hand van een semi- gestructureerde vragenlijst een gesprek aangegaan met de stemmenhorende patiënt. De bijzonderheid van deze werkwijze is dat de hulpverlener serieus ingaat op het psychotische verhaal van de patiënt. Mijn ervaring is dat in psychiatrische instellingen niet ingegaan wordt op de inhoud van de stemmen bij schizofrene

### ***De heer Oscar Aberson***

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige i.o. en schreef dit artikel in het kader van het vak Sociaal Psychiatrische Strategieën, voor de MGZ-GGZ opleiding van de Hogeschool van Amsterdam*

*Oscar is werkzaam als Revalidatiewerker bij Mentrum*

patiënten. Psychotische verschijnselen worden als irrationeel en onbegrijpelijk gezien. En stemmen horen als een hallucinatie of pseudo- hallucinatie. Het zijn de symptomen van een ziekte die zoveel mogelijk bestreden moeten worden met behulp van medicatie. Dit geldt met name voor de psychotische verschijnselen van de ziekte schizofrenie. Bij andere aandoeningen zoals de dissociatieve stoornis wordt er wel op stemmen ingegaan omdat men

ervan uitgaat dat de levensgeschiedenis bij deze patiënten van belang is.

Het is echter altijd belangrijk om na te gaan wanneer, en met welke reden deze stemmen in de levensgeschiedenis zijn ontstaan (Pennings en Romme 1996). Bijvoorbeeld omdat er een traumatische gebeurtenis als beginpunt van het stemmen horen kan worden aangegeven. Romme en Escher (1999) maar ook Appelo en Van der Gaag (1998) constateren dat er in feite geen verschillen zijn tussen de stemmen van patiënten met een schizofrene aandoening, patiënten met een dissociatieve aandoening en niet-patiënten die stemmen horen. Verder gaan Romme en Escher (1999) ervan uit dat stemmen in alle gevallen zijn ontstaan naar aanleiding van wezenlijke levensvragen met betrekking tot seksuele identiteit, traumatische gebeurtenissen en bij conflictueuze opvattingen over leefwijzen. Romme en Escher (1999) stellen dat het ook voor patiënten met schizofrenie mogelijk is om controle te krijgen over de stemmen en dat het bevrijdend is voor patiënten om te kunnen praten over hun stemmen. In de praktijk heb ik gemerkt dat het praten over ervaringen en belevingen de patiënt erkenning en ruimte geeft. Erkenning voor een verhaal dat vaak niet logisch klinkt en vele vragen oproept bij de interviewer. De informatie uit het interview wordt uiteindelijk verwerkt in een verslag waarin ook verbanden kunnen worden gelegd met levensproblemen en gebeurtenissen en de rol van de stemmen. Romme (2000) beschrijft een proces van vijf stappen:

- Samen met de patiënt wordt nagegaan wat de symptomen zijn en hoe de patiënt daar in de praktijk mee omgaat, hoe reageert de patiënt op zijn omgevingen wat zijn daar vervolgens weer de consequenties

van. Het gaat erom na te gaan welke gedragingen de patiënt hinderen, de patiënt wordt zich bewust van zijn "handicap" en zal daardoor gemotiveerd raken er iets aan te doen.

- Er wordt een relatie gelegd met de levensgeschiedenis van de patiënt, welke gebeurtenissen (trauma's) hebben hem zo machteloos gemaakt.
- Vervolgens wordt gepoogd de reactie begrijpelijk te maken door het te zien als een reactie op een overweldigende emotie.
- De vierde stap is begrijpelijk maken waarom de patiënt last heeft van zijn gedrag, zijn zogenaamde "secundaire symptomen".
- Tot slot wordt gewerkt aan acceptatie. Het gaat hier dus om de relatie tussen de primaire symptomen en de trauma's uit de levensgeschiedenis en het coping gedrag van de patiënt.

Een belangrijk hulpmiddel bij het afnemen van het interview is de "socratische dialoog" waarbij het erom gaat dat de hulpverlener de patiënt als leek doorvraagt over datgene wat wordt verteld. De patiënt wordt zo uitgedaagd om bewijs aan te voeren voor zijn overtuiging in de hoop dat de patiënt zal gaan twifelen aan zijn interpretaties (Van der Gaag 1998).

Nadrukkelijk stellen Romme en Escher (1999) dat het interview niet in één keer ingevuld hoeft te worden. Het gaat, naast de gegevens die in het interview gevraagd worden, ook om het proces en de communicatie over de stemmen. In de praktijk merk ik dat ik met de patiënt op een ontdekkingstocht ben naar betekenissen van de ervaringen van de patiënt. De patiënt gebruikt mij als een klankbord. Hij toetst zijn ideeën en gedachten door ze te bespreken. Hij doet dit heel voorzichtig en zegt regelmatig dat hij niet te persoonlijk

zaken wil bespreken. Zo houdt hij zelf controle over het proces.

### De Praktijk

Paul is een dertigjarige man, woonachtig in Amsterdam –west, dicht in de buurt van zijn familie. Hij huurt een woning van zijn ouders. Paul is altijd thuis als ik hem kom opzoeken of als ik hem bel. Hij komt weinig buiten de deur. Het enige uitstapje is de voetbalclub op zaterdag. Hij wordt dan door een vriend opgehaald en speelt een potje voetbal.

Ik zie Paul nu ongeveer een jaar, voorafgaand is hij kortdurend opgenomen geweest na een psychotische episode in zijn leven. Paul is eenmaal eerder opgenomen geweest ongeveer zes jaar geleden. In de tussentijd is het steeds slechter gegaan en is hij via de Riagg bij de afdeling sociale psychiatrie gekomen en via de sociale psychiatrie bij de Transmurale zorg. Bij de laatste opname, ongeveer een jaar geleden, kreeg Paul eerst een IBS en later een RM die werd verlengd met een jaar.

In het begin is het contact met Paul heel moeilijk. Hij is zeer boos over de opname en wil geen bemoeienis meer met de SPV die hem heeft opgenomen. Ook weigert hij zijn dépot medicatie die hij eenmaal per week in pil vorm krijgt aangeboden. Ik krijg de taak Paul te revalideren en een contact op te bouwen. In het begin laat hij mij toe maar houdt hij het contact af met de mededeling dat hij niet begrijpt waarom ik steeds bij hem langs kom. Hij accepteert mij omdat hij die RM heeft, zo geeft hij te kennen.

Er is sprake van contactgroei. Ik krijg de indruk van Paul dat hij de strijd tegen de hulpverlening langzaam opgeeft en zich neerlegt bij het feit dat wij ons met hem bemoeien. Het is ook in deze periode dat ik meer en meer over zijn stemmen

begin te communiceren met hem. Hij wordt opener als ik hem uitnodig om voortaan in een café bij hem op de hoek af te spreken. Het heeft een goed effect. Het contact verloopt ontspannen en Paul praat in het café openlijk over zijn psychotische belevenissen. Ik rem dit af en stel hem voor om thuis over zijn stemmen te praten, en in het café andere onderwerpen te bespreken. Het is het begin van het gestructureerde interview van Romme en Escher (1999).

Ik noemde dit het uitpluizen van gedachten naar de cognitieve therapie van Mark van der Gaag (Appelo, Van der Gaag 1998).

### Het stemmen interview met Paul:

Het interview vindt bij Paul thuis plaats. Ik heb Paul eerst uitgelegd waar het stemmen interview over gaat. Ik heb hem duidelijk gemaakt dat ik open over de stemmen wil praten omdat ik gemerkt heb dat het veel spanning bij hem oproept en hij zich niet begrepen voelt. Ik noem een voorbeeld van een discussie met zijn broer tijdens een gesprek bij Oom in de winkel. Paul beaamt dat hij het vervelend vindt dat zijn broer hem niet wil begrijpen. Hij heeft hier echter ook direct een psychotische theorie over.

Paul noemt zijn familie een belangrijke steun en uitlaatklep. Uit het interview blijkt dat zijn directe familie een belangrijk onderdeel uitmaakt van de stemmen die hij hoort. Zij vertegenwoordigen “de goede stemmen”. Paul vertelt over de stemmen en de functie die de stemmen hebben. Naast de “goede stemmen” zijn er ook “negatieve stemmen” die beschuldigend en bedreigend zijn. Ik vul ondertussen elke keer ongeveer één pagina van het interview in, terwijl Paul vertelt. Zo nu en dan verzoekt Paul mij een volgende vraag uit het interview

te stellen. Ook vraagt hij op een gegeven moment waarom ik het opschrijf, eigenlijk heeft hij het op dat moment liever niet. Ik respecteer zijn verzoek maar leg ook nogmaals de bedoeling uit zodat ik de volgende keer wel weer aantekeningen kan maken.

Paul spreekt op een gegeven moment over het feit dat hij open en dicht kan staan, en dat als hij open staat veel last van stemmen heeft. Op zijn kamer kan hij zichzelf afsluiten van de wereld en volledig opgaan in zijn stemmenwereld. Als hij vervolgens hasj rookt brengt hij zichzelf en zijn stemmen weer tot rust. Dit proces voltrekt zich elke dag. Middels een "socratisch dialoog" vraag ik Paul uit te laten leggen wat hij precies bedoelt met de verhalen die hij vertelt. Hij vertelt bijvoorbeeld over stemmen die hij uit verschillende delen van zijn lichaam hoort, maar er zitten ook stemmen in een soort zak onder zijn oksel. Ik laat hem precies uitleggen wat hij bedoelt met een zak: 'is het een grote zak of een kleine zak?' 'Heeft de zak een kleur', et cetera, et cetera. Ik merk aan Paul dat hij gaat nadenken, eerst nonchalant antwoordt: "nou een gewone zak weet je wel" maar even later probeert hij het te nuanceren. Hij vindt het steeds moeilijker om er woorden voor te vinden. Blijkbaar wordt er nooit echt op de inhoud van zijn verhaal ingegaan en daar vragen over gesteld. Paul is niet gewend om zijn gedachten nauwkeurig uit te leggen.

Na elk bezoek bespreek ik met een psychiater na wat ik met Paul heb besproken, ten eerste om voor mezelf zeker te zijn dat ik geen signalen mis die wijzen op teveel stress waardoor Paul eventueel zou kunnen decompenseren. Ik maak me bijvoorbeeld zorgen over het feit dat Paul nauwelijks meer de deur uit komt en ook steeds minder contact met zijn

ouders heeft. Trekt hij zich niet teveel terug?

In een later stadium nodigde ik Paul uit om naar de "Transmurale zorg" te komen om kennis te maken met de psychiater die hem behandelt. Tevens vond ik het belangrijk om Paul samen met een psychiater te zien om te beoordelen of de psychose niet verergert. Hij reageerde argwanend op de psychiater en wilde eigenlijk niets inhoudelijks over zijn stemmen zeggen. Wat opviel was dat hij sterk reageerde op de deur die van buitenaf gesloten was. Toen ik hem vroeg wat er was vertelde hij dat er door de gesloten deur herbelevingen van de opname boven kwamen.

Langzaam groeit het contact, we zijn momenteel halverwege het interview. Naast het interview zoek ik ook naar bezigheden om het isolement van Paul te doorbreken. Paul geeft zelf aan dat activiteiten hem afleiden en het ervoor zorgt dat hij minder last heeft van de stemmen. Daar tegenover staat dat dezelfde stemmen hem volledig uitputten en hem de energie ontnemen om iets te gaan doen.

### Het systeem

In het geval van Paul is de familie belangrijk omdat Paul boven de winkel van zijn oom woont en zijn familie de belangrijkste contacten voor hem zijn. Ik heb veel contact met oom, moeder en broer want zij verschaffen mij veel informatie over hoe het met Paul gaat als ik er niet ben. Ook is het contact belangrijk om de verhalen die Paul vertelt goed te kunnen interpreteren. Zij vertellen mij over gebeurtenissen uit het verleden die van invloed zijn geweest op het leven van Paul. Tijdens gesprekken die ik voer met Paul en zijn broer blijkt dat deze broer hoge verwachtingen heeft van Paul. Hij

stimuleert Paul om een oplossing te zoeken voor de stemmen. Hij zegt tevens dat hij het hele verhaal van de stemmen niet begrijpt. Hoewel hij het wel accepteert. In het gesprek leg ik uit dat het voor Paul makkelijker zou zijn om te leren leven met de stemmen; de stemmen onder controle te krijgen omdat de stemmen waarschijnlijk nooit helemaal weg zullen gaan.

De familie is geïnteresseerd, zo heeft oom veel over de ziekte gelezen. De familie heeft psychoeducatie gehad van de GGZ. Ze zijn volledig uitgeput en al jaren niet meer op vakantie geweest. Ik vind het echter van belang het systeem steeds bij de behandeling te betrekken en probeer hen zoveel mogelijk als partner in de hulpverlening te zien (Henselmans 1993). Het betekent dat ik hen inschakel als deskundige en regelmatig bij hen de winkel binnenloop om te vragen hoe het gaat. Ik probeer ook zo open mogelijk te zijn over wat ik doe. Waardoor ik voorkom dat ik onnodige verwachtingen wek. Door nadrukkelijk aanwezig te zijn heb ik gemerkt dat de familie meer afstand neemt van Paul en zij zichzelf weer ruimte geven om op vakantie te gaan.

Naast het verhaal van de patiënt kan ook het verhaal van de familie besproken worden. Volgens Dick Baro (1996) gebeurt dit bij voorkeur gedeeltelijk zonder de patiënt. Rouw zal altijd een belangrijk onderdeel zijn van het verhaal dat de familie vertelt, de normale ontwikkeling van hun kind is verstoord en zij zullen de nieuwe situatie moeten accepteren. Psychoeducatie speelt bij dit proces natuurlijk een belangrijke rol, uitleg over de ziekte en het beloop. In het geval van Paul bleek dat oom zich verdiept had in literatuur over schizofrenie en dat hij uitgebreid op de hoogte was van het interview voor stemmenhoorders. Hij heeft in het

verleden geprobeerd om Paul aangemeld te krijgen bij de stemmenpoli in Groningen.

Tevens bleek uit de verhalen dat binnen de familie meer psychiatrische ziekten voorkwamen en Paul hier de laatste tijd steeds meer mee bezig was.

De familie heeft vaak niet stilgezeten, en is veelal moegestreden zonder dat zij veel vooruitgang zien. Met name de negatieve symptomen, de inactiviteit en teruggetrokkenheid baren veel onrust. Ook het feit dat ik de zoveelste hulpverlener op rij ben die het komt proberen met hun zoon is niet hoopgevend. Het zijn thema's die in ieder geval aan bod moeten komen. Volgens Van Meer (1996) heeft psychoeducatie een duidelijk effect indien het regelmatig herhaald wordt. Ook zegt hij dat probleemgerichte gezinsbehandeling helpt om het recidive risico het eerste jaar met 20- 50% te verminderen, het zou de therapietrouw verhogen.

### Conclusie

Evaluerend valt op dat het interview een goede manier is om een relatie op te bouwen met een patiënt die leidt aan schizofrenie. Het interview biedt de mogelijkheid om de patiënt te stimuleren zijn eigen gedachten na te gaan op de logica ervan.

### Bij het afnemen van het interview vielen de volgen dingen op:

Ten eerste de open manier van communicatie met de patiënt over zijn psychotische belevingen. De logica is soms moeilijk te volgen, de "socratische dialoog" biedt uitkomst om de logica uit te vragen en te begrijpen. De patiënt wordt vervolgens geconfronteerd met de logica van de interviewer, de logica en betekenis uit "de andere wereld". Eigenlijk heeft de patiënt een logica die "kort door de bocht is" en die daardoor tot een niet geaccepteerde

overtuiging leidt. Van den Bosch (1993) heeft dit onderzocht en concludeert dat patiënten die lijden aan schizofrenie sneller geneigd zijn om indrukken te accepteren. Zij toetsen deze veel minder aan de realiteit dan mensen zonder schizofrenie. Hebben zij de indruk voor waar aangenomen dan zijn zij hier stilliger van overtuigd dan mensen zonder schizofrenie. Hierdoor wijken zij in hun overtuiging en logica veelal af van de algemene norm en komen hierdoor voortdurend in discussie met hun omgeving. Ik accepteer wat de patiënt voor logica houdt en ik merk dat als ik hem erover doorvraag hij gaat nadenken. Sommige extreme uitspraken kan hij dan naderhand relativiseren.

Bij observatie hoe de omgeving omgaat met de patiënt, valt op dat zij inderdaad proberen om de patiënt te accepteren als mens en patiënt of broer of zoon, maar dat zij de overtuigingen (de waan) van de patiënt niet accepteren. Er wordt gereageerd met opmerkingen als: "Paul, ik kan de stemmen niet horen dus ik weet ook niet wat ze zeggen of bedoelen". Het is ook logisch, omdat zonder een duidelijk kader de communicatie over wat de stemmen zeggen ingewikkeld is. De patiënt zal zelf bewust moeten worden van de wijze waarop hij communiceert met zijn omgeving en daar een keuze in moeten kunnen maken: luister ik naar mijn stemmen en is het altijd waar wat de stemmen zeggen of negeer ik ze. Zodra de patiënt dit kan zeggen heeft hij controle en hoeft hij zijn omgeving niet meer te

belasten met niet te begrijpen dialogen. Maar ook het uitleggen aan de familie kan bijdragen tot wederzijds begrip natuurlijk.

Het interview is een onderdeel van een bredere behandeling. Het interview is mij zeer bruikbaar gebleken omdat het laagdrempelig is en structuur biedt. Ik gebruik de methode samen met andere behandelmethoden zoals psycho-educatie en onderdelen van cognitieve gedragstherapie (Van der Gaag & Appelo 1998). Onderdelen van de cognitieve gedragstherapie gebruik ik bijvoorbeeld bij het uitpluizen van de gedachten en welke gevoelens daarbij horen. De patiënt ontkent gevoelens te hebben omdat hij deze toeschrijft aan personen buiten zichzelf. Door het uitpluizen van gedachten met behulp van de vier G's: gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag, probeer ik de patiënt te leren checken wat zijn gedachten zijn en welke gevoelens erbij horen en vooral dat deze gevoelens van hem zijn. Het wekt in ieder geval verbazing bij hem te horen dat de gevoelens die hij de "waanpersonen" toeschrijft mogelijk zijn eigen gevoelens zijn.

Het proces is nog niet afgerond en ik verwacht dat het nog enige tijd zal duren voordat ik Paul zover heb dat hij een passende dagbesteding heeft gevonden en zijn handicap in zekere mate accepteert en er mee weet om te gaan, maar zeker is wel dat de beschreven werkwijze mij mogelijkheden biedt om als verpleegkundige een patiënt zinvol en met overtuiging te begeleiden.

---

## Literatuur

- Appelo, M & M. van der Gaag, *Cognitieve gedragstherapie bij psychosen* (praktijkreeks Gedragstherapie) Houten/Diegem, Bohn Stafleu/Van Loghem 1998.
- Baro, Dirk, Begeleiding van families met een chronisch psychotisch patiënt, in : Hert, M., E. de Thys, J. Peskens, D. Petry en B. van Raay, *Zin en waanzin, de wereld*

- van schizofrenie, EPO 1996.
- Bosch, Robert J., van den, *Schizofrenie, subjectieve ervaringen & cognitief onderzoek*. Houten/ Diegem, Bohn Stafleu van Loghem, 1993.
  - Henselmans, H., *Bemoeizorg, ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*, Delft: Eburon 1993.
  - Meer, C.R., Psycho educatie bij schizofrenie, in: Hert, M., E. de Thys, J. Peskens, D. Petry en B. van Raay, *Zin en Waanzin, de wereld van schizofrenie*, EPO 1996.
  - Pennings, M. en M. Romme, *Stemmen horen bij schizofreniepatiënten, patiënten met een dissociatieve stoornis en niet patiënten*, in: Hert, M., E. de Thys, J. Peskens, D. Petry en B. van Raay, *Zin en waanzin, de wereld van schizofrenie*, 1996.
  - Romme, M.J.A. en A.D.M.A.C Escher, *Stemmen horen accepteren*, Baarn, Tirion 1999.
  - Romme, Dr. M.A.J., Een eigen koers voor de sociale psychiatrie; ophouden met aanpassen. In: *Sociale Psychiatrie* 19<sup>e</sup> jaargang, nr. 56, maart 2000, pagina: 17-26, Eindhoven: NVSPV.