
HET MULTILOOGPROJECT

De taal van het verhaal, een therapeutisch middel

Het multiloogproject is een initiatief van Heinz Mölders van INCA projectbureau Amsterdam in samenwerking met Kees Onderwater. Op regelmatige basis komen (Ex) patiënten, familie/ vrienden en hulpverleners gezamenlijk bijeen om te spreken over hun ervaringen met psychisch lijden. Deze benadering van psychiatrie, dat wil zeggen van en door zowel de hulpverlener als de patiënt, wijkt geheel af van zowel de uitgangspunten als het denkkader dat gangbaar is in de sociaal psychiatrische hulpverlening. Dit essay - de basis hiervoor werd gevormd door het eindartikel in het kader van de afronding van de MGZ-GGZ opleiding aan de Hogeschool van Amsterdam juni 2000 - betreft een visie op het Multiloogproject en de vraag of en welke methoden eventueel bruikbaar zijn voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg opereert.

Inleiding

Het initiatief tot het Multiloogproject is ontstaan in navolging van de *psychose seminars* in Duitsland. (Ex) patiënten, familie/ vrienden en hulpverleners zitten gezamenlijk rond de tafel om te spreken over hun ervaringen met psychisch lijden. Het uitgangspunt is gelijkwaardigheid. Dit betekent dat de rolverdeling van de aanwezigen niet gekenmerkt wordt door enerzijds *gebruikers* en anderzijds *aanbieders* van geestelijke gezondheidszorg, maar als *deelnemers* aan geestelijke gezondheidszorg. Een term die

machtsverschil en ongelijkwaardigheid uitsluit. De eenvoud van dit concept maakte mij op een sceptische manier nieuwsgierig, ik wilde graag participeren en ging dus naar de tweewekelijkse bijeenkomsten.

De bijeenkomsten vinden plaats in een buurthuis. Aan tafel geschoven opent de gespreksleider de avond alsof het een vergadering betreft: Het doel van het project, de spelregels (Men praat vanuit zichzelf en ieder heeft recht om zijn eigen verhaal te vertellen zonder daarop

**Mevrouw
Anouska Cremers-Veldhuizen**

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij Mentrum in

aangevallen te worden) en een voorstel voor een thema worden gepresenteerd. Voorbeelden van thema's die tot nog toe besproken werden zijn (Mölders H. COMPRO *Communicatieproject psychisch lijden*. Evaluatieverslag pp 5):
Hoe kan een psychose los van een medicaliserende en psychologiserende denkwijze begrepen worden? Wat zijn obstakels in het communicatieproces? Wat belet een intersubjectieve verstandhouding? Wat hebben alle partijen nodig om tot een open en eerlijke uitwisseling te komen?

Nadat overeenstemming met betrekking tot het thema is bereikt worden deelnemers uitgenodigd te reageren. Men stelt zich, al dan niet, voor met zijn

ware naam en in welke hoedanigheid men zich hier bevindt. Iemand vertelt over zijn gevoelens van onmacht bij het omgaan met zijn psychotische kind. Een ander over haar angstige ervaringen in de separeerkamer. Een derde over hoe hij de signalen voor een naderende decompensatie in kaart heeft gebracht. Er komt relatief gezien, weinig spontane inbreng van de kant van de hulpverleners. Begrijpelijk want er is ook veel boosheid naar behandelaars en frustratie over de behandeling. Zo vertelt de een over de verschillende diagnoses die zij reeds kreeg, een ander over het feit dat ze al twee jaar geen antwoord krijgt op de vraag hoe het kan dat zij in haar psychose films ziet, een derde over haar vernedering om de gedwongen medicatie. Voor zover de gespreksleider zich mengt in de discussie richt hij zich niet op de frustratie zelf, maar op de beleving van het geheel. Doel van deze bijeenkomsten is om wederzijds begrip te kweken over het psychisch lijden zelf en een taal te ontwikkelen die hiertoe bijdraagt (Mölders H. *COMPRO Communicatieproject psychisch lijden*. Evaluatieverslag pp 4).

In de periode dat ik de bijeenkomsten bezocht nam ik een ontwikkeling waar die plaats vond op het gebied van de zelfwaardering en -acceptatie, verantwoordelijkheid en gedrag. De specifieke benadering acht ik verantwoordelijk voor deze ontwikkeling die maakt dat de betrokkene zichzelf allengs meer in relatie met de omgeving, en zijn sociale context beleeft en definieert.

Samenvattend in hulpverleningsjargon bleek voor mij dat het kunnen uitdrukken van de belevingen van het psychisch lijden zowel bijdraagt aan het herstel van integratie van het *zelf* als het herstel van de integratie van het individu in zijn sociale context.

Het volgen van de bijeenkomsten confronteerde mij als hulpverlener, met de machtsongelijkheid zoals die binnen de communicatie van de hulpverleningsrelatie ingebed is. De verhalen van deelnemers over hun beleving van psychisch lijden en het door hun geuite gegeven dat de hulp uit de reguliere zorg hier veelal niet op aan sluit, articuleert niet alleen deze machtsongelijkheid maar werpt tevens een licht op de negatieve effecten die deze ongelijkheid in therapeutisch opzicht *feitelijk* teweeg bracht. In dit artikel zal ik trachten om de factoren te destilleren die bijdragen aan deze positieve ontwikkeling bij de deelnemers. Dit betekent op de eerste plaats een analytische benadering van de medische vaktaal om de desintegrerende en vervreemdende factoren aan te kunnen geven. Vervolgens maak ik gebruik van enkele definities die de ongelijkheid belichten, zoals die het gevolg is van de communicatie binnen de behandelrelatie. Dit wordt afgezet tegen de kenmerken van de multiloogbijeenkomsten, die deze ongelijkheid juist weet te omzeilen. Tenslotte zal ik een aanzet geven tot richtlijnen - ontleent aan R. Cohn - die volgens mij, eveneens het principe van de gelijkwaardigheid zodanig in zich dragen dat dit ook daadwerkelijk in de praktische uitvoering van het beroep vorm kan krijgen.

Psychisch lijden

Wanneer we kijken naar psychisch lijden kunnen we ons afvragen wat dit eigenlijk is. Is het de angst, opgeroepen door de vreemde verschijnselen? Is het de onbegrijpelijkheid van de verschijnselen die de patiënt ervaart? Is het de onmacht om de klachten onder controle te krijgen? We zijn niet alleen geneigd om dit te denken maar ook om

met deze conclusie genoeg te nemen.

Uit de verhalen tijdens de multiloogbijeenkomsten blijkt het psychisch lijden niet met name bepaald te worden door de ziekteverschijnselen zelf, maar voort te komen uit de effecten van de ziekte op andere deelgebieden van het leven. Wanneer de vraag gesteld wordt "Wat hebben mensen die in een psychose zijn nodig?" Dan komt in vrijwel ieder verhaal de frustratie terug dat patiënten zich niet gehoord en niet begrepen voelen. Zij worden niet begrepen door hun omgeving, want het is moeilijk uit te leggen waarom de muren behangen moeten worden met aluminiumfolie. En zij voelen zich vaak niet begrepen door de hulpverlener, omdat deze de klacht, het symptoom centraal stelt. De frustratie is alleszins begrijpelijk want de beperking in zijn handelen, zijn opvattingen over zijn ziekte, de wijze waarop hij ermee om denkt te moeten gaan, en de onzekerheid voor de toekomst, spelen zich allemaal af in een geheel ander 'taalspel' dan die van de medische discipline. Deze spreekt over diagnose, de behandeling en prognose. Een taalgebruik die de ziekte als zodanig centraal stelt en de beleving van de patiënt buiten sluit.

De ontmoeting met de psychiatrische hulpverlening.

Als we kijken naar de diagnostische fase dan zien we dat de psychiatrische diagnose niet ingaat op de inhoudelijke beleving van het psychisch lijden. De helderheid van het bewustzijn, de oriëntatie, de inhoud, vorm en beloop van het denken, waarneming, en het ik-besef zijn de belangrijkste aanwijzingen voor een psychiatrisch ziektebeeld. Vervolgens wordt deze diagnose en de daarop geformuleerde behandeling besproken met de patiënt. Vaak

verklaren patiënten zich wel eens met deze diagnose. De angstwekkende en onbegrijpelijke belevingen krijgen een naam en worden als zodanig grijpbaar en behandelbaar. Aanvankelijk is dit meestal een hele geruststelling voor de patiënt.

Gaandeweg ervaart men echter dat deze objectivering een distantie van de persoonlijke beleving inhoudt. Mijn angst wordt *de* achterdocht; *mijn* vernedering door *die* stem in *mijn* hoofd wordt 'de akoestische hallucinatie' en *mijn* benen werken niet mee, wordt *het* conversieverschijnsel. In dit opzicht betekent dit dat de objectivering van de klachten in abstracte medische termen een afstand scheidt tussen het belevende subject en zijn klacht. Als zodanig werkt het vervreemdend voor de patiënt.

Het gebruik van de medische terminologie heeft nog een tweede consequentie. Niet alleen wordt de klacht vervreemd van de persoon die hem ondergaat. De klacht wordt op psychologisch niveau ook uit zijn verband met de andere psychische functies gehaald.

De persoon wordt opgevat als een subject waar biologische gegevens, gevoelens, gedachten, handelingen en geloof als een geïntegreerde eenheid de identiteit van de persoon bepalen. De zogenaamde holistische visie. De verschillende psychische functies en hun ik-vreemde eigenschappen (bijvoorbeeld de waarneming en haar stemmen) worden door het abstraherend effect van de medische terminologie uit haar verband met de andere psychische faculteiten gelicht. Een voorbeeld: "De stemmen vernederen mij, hierdoor voel ik mij schuldig en onzeker en durf zelfs mijn man niet te vragen eerder thuis te komen." In deze opmerking die de

beleving van de patiënte weergeeft, komt het verband tussen de verschillende psychische functies, waarnemen, denken, voelen, en handelen, tot uitdrukking. In de medische benadering wordt dit echter: patiënte lijdt aan waarnemingsstoornis, depressieve kenmerken en vermijdingsgedrag (In de interactie tussen hulpverlener en cliënt wordt de medische terminologie in het algemeen vermeden. Maar omdat de subjectieve beleving van de cliënt ontbreekt in de psychiatrische diagnostiek, ontbreekt deze in eerste instantie ook in het diagnostisch denkpatroon van de hulpverlener waardoor de betekenis die de klachten hebben voor de cliënt, in de communicatie vervaagt). Samenvattend wordt de *eenheid* van de verschillende psychische functies, als waarneming, stemming, denken, geloof, en strevingen, opgeheven. In dit perspectief blijkt het gebruik van de psychiatrische vaktaal dan ook tevens een eigenschap te hebben die leidt tot desintegratie van de psychologische eenheid van het individu.

Tenslotte heeft deze desintegratie een feitelijk gevolg voor het functioneren van het individu in zijn relatie met de behandelaar. Waarnemingen, gedachten, gevoelens, wensen en geloof bestaan immers in een onontwarpbare relatie, als een integrale eenheid. Deze eenheid vormt vervolgens de basis voor het handelen van de patiënt in zijn relatie met derden. Binnen de diagnostiek wordt het geïntegreerde psychisch functioneren ontrafeld in afzonderlijke delen, afzonderlijke functies. Dit is alleen in theorie mogelijk want in werkelijkheid heeft waarneming, voelen, etc een voortdurende invloed op elkaar. In ieder geval heeft deze theoretische scheiding van de functies in de praktijk tot gevolg dat de ziekte als zodanig buiten de controle en handelingsbekwaamheid

van het subject wordt geplaatst. Het denken (of de waarneming, stemming, etc.) wordt immers als zieke functie losgekoppeld van het geïntegreerde geheel, en mag als zodanig niet meer gelden als basis van oordelen en handelen van de patiënt. Daar het *feitelijk* een *integraal* onderdeel van het geheel is kan dit beleefd worden als een algehele diskwalificatie van de persoon. Niet alleen wordt hem de verantwoordelijkheid over *de ziekte* ontnomen, het bepaalt tevens de mate waarin hij als volwaardig subject mag participeren en zijn invloed kan doen gelden binnen de behandelrelatie. Hoe dit binnen de interactie werkt formuleert Dawson als volgt (Dawson D. MacMillan H. *Relationship Management of the Borderline Patient* From understanding to Treatment. Brunner/Mazel, INC 1993 pp 31):

Samenvattend kunnen we concluderen dat vanuit dit perspectief de primaire eigenschappen van de psychiatrische vaktaal en de wijze waarop deze de interactie beïnvloedt tevens een vervreemdende en desintegrerende invloed heeft op de individuele beleving van het *zelf*. Daarnaast ontzegt deze medische benadering de patiënt de mogelijkheid om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen handelen en volwaardig te kunnen participeren in de behandelrelatie.

Het Multiloogproject beoogt dan ook los van het medisch-model een taal te ontwikkelen die niet alleen de professionals onderling verstaan maar die wordt ontwikkeld in samenspraak met ervaringsdeskundigen, familie, naasten, hulpverleners en anderen (Communicatieproject COMPRO, verbetering van de verstandhouding met jezelf en anderen Incaprojectbureau).

Een van de mogelijkheden hiertoe biedt *het verhaal*..

Het verhaal biedt de mogelijkheid om de verschillende gegevens uit de dagelijkse werkelijkheid in een betekenisvolle relatie samen te voegen:

In de tweede kolom (op de volgende bladzijde) is te zien dat de grammaticale eigenschappen van een verhaal niet alleen de subjectieve kwaliteiten van de afzonderlijke functies uit de eerste kolom weergeeft, maar deze tevens samenvoegt tot een integraal en betekenisvol geheel waar de relatie met de sociale context als vanzelf gelegd wordt.

- de werkwoorden en hun vervoegingen: deze plaatsen het individu en zijn handelen in zijn historische context
- De aanwijzende voornaamwoorden: deze plaatsen het individu in zijn materiële context
- Bijvoeglijke naamwoorden: geven een indruk van het waardepatroon
- Persoonlijke voornaamwoorden: plaatsen het individu in zijn sociale omgeving
- Eigennamen: geven de relatiepatronen aan waarbinnen het individu functioneert.

De innerlijke realiteit van het individu	De beleving	Angststoornis
Het handelen, gedrag	Ik was angstig en durfde mij niet te bewegen	Katatoon-achtig
De situatie	Terwijl ik in de keuken stond.	
Andere personen	Opeens sprak mijn moeder	Akoestische hallucinaties
De reflectie	Maar die is dood	
Het geloof	Het moest een teken zijn van haar	Oordeels en kritiekstoornis
De beleving	Wat bijzonder	
De conclusie	Dan ben ik paranormaal begaafd!	Depersonalisatie
De omgeving	Toen riep mijn man	
De biologische functie	Ik werd als het ware wakker	Herstel van Bewustzijnsniveau
Het lichaam	En bleek met een mes in mijn handen voor hem te staan, trillend op mijn benen.	Motoriek
De beleving	Ik schaamde me dood, en wist niet wat te zeggen.	
De ander	Mijn man was geschrokken	
De reflectie op diens gedrag	Ook hij wist niets te zeggen	
De relatie	We moesten beiden huilen om het verdriet van de ander	Emotionele reactie
De onzekerheid	Wat als ik hem had gestoken?	
De toekomst	Stel dat het weer gebeurt?	Prognose

Het zoeken naar de zin en betekenis van het psychisch lijden (de eigen ervaring) in relatie tot het dagelijks bestaan en de sociale context is een van de belangrijke doelen die met het multiloopproject beoogd worden (Communicatieproject COMPRO, verbetering van de verstandhouding met jezelf en anderen Incaprojectbureau). In de bijeenkomsten wordt de reagerende persoon gevraagd om zijn verhaal te vertellen vanuit zijn persoonlijke beleving. Op de tweede

plaats wordt gevraagd om deze beleving zo concreet mogelijk te beschrijven. Dit concretiseren beoogt de mystificatie zoals die het gevolg kan zijn van het medisch jargon, op te lossen (Communicatieproject COMPRO, verbetering van de verstandhouding met jezelf en anderen Incaprojectbureau).

In de derde kolom wordt duidelijk dat de abstracte termen geen enkele

toevoegende waarde hebben wanneer we het psychisch lijden van de patiënt trachten te begrijpen. Het geeft ons evenmin een werkelijk inzicht in het subjectieve probleem van de patiënt en het biedt ons evenmin aanwijzingen voor onze interventie in de interactie.

Nu een en ander vanuit een geproblematiseerd uitgangspunt is behandeld, we keken naar de destructieve kant van de medisch vaktaal, is het van belang om ook vast te stellen dat de medische terminologie wel degelijk zinvol is. Als sociaal psychiatrisch hulpverlener is het van belang om een korte weergave te kunnen geven van de ziekteverschijnselen waaraan iemand lijdt. Dit is noodzakelijk voor het verrichten van gericht onderzoek, het betrekken van relevante disciplines en het formuleren van de behandeling. De psychiatrische diagnostiek is dan ook op de eerste plaats een communicatiemiddel voor leden van de behandelstaf. Een middel dat het mogelijk maakt om informatie op objectieve wijze over te dragen. Opmerkelijk is dan ook dat veel patiënten niet op de hoogte zijn van dit gegeven. Veelal vat men de diagnose of de gebruikte vaktermen louter op als een veroordeling, een etiket en een diskwalificatie. Het is dan ook van groot belang om dit principe van het diagnostisch systeem als zodanig uit te leggen en haar grenzen te benadrukken wanneer men met de cliënt hierover in gesprek gaat. Wat betekent een en ander nog meer voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige? Hoe kunnen we een behandelrelatie creëren waarbinnen wederzijds begrip, participatieruimte en gelijkwaardigheid daadwerkelijk vorm krijgt? We worden immers alleszins gehinderd door het sociale contract waarin we ons, opgeleid in het medisch model, bevinden.

Dawson definieert dit als volgt (Dawson D. MacMillan H. *Relationship Management of the Borderline Patient* From understanding to Treatment. Brunner/Mazel, INC 1993 pp 34):

Het *social contract* is een door beide partijen geaccepteerde rolverdeling met de bijbehorende verantwoordelijkheden en privileges. Het gaat om een onderling afhankelijke -complementaire- rolverdeling. Het '*social contract*' is traditie gebonden en onderhevig aan de omgeving. Het bepaalt eveneens de beperking van de relatie op het gebied van bv intimiteit, verantwoordelijkheid, duur etc. De rol van zieke impliceert: niet verantwoordelijk te zijn voor de ziekte, de wens om beter te worden, de aanwijzingen van de behandelaar op te volgen en mee te werken aan de genezing. Daarnaast vervult de behandelaar de rol van professionele zorgverlener voor het welzijn van de patiënt, diens identiteit (zieke) en diens mogelijke gedrag. Gezien op procesniveau van de communicatie, zijn de reacties van de therapeut op mogelijke betekenissen van de woorden of acties van de patiënt, stellingen over diens relatieve expertise, diens relatieve competentie, diens invloed, en diens controle over de definiëring van de realiteit.

Bovenstaande in ogenschouw nemend hebben we drie opdrachten:

1. We dienen te zoeken naar een methode die het voor ons mogelijk maakt om met ons denkpatroon buiten de restricties van het medisch model te treden.
2. We dienen het sociale contract zoals beschreven te herdefiniëren binnen de behandelrelatie.
3. We dienen in staat te zijn de therapeutische doelstelling van de behandelrelatie te bereiken.

Voor de eerste opdracht kunnen we gebruikmaken van de methode van Jim van Beuken (Beuken van den J. *Creativiteit als BRON van voorsprong* wysiwyg://content.content-frameset.inner.../creativity/articles/bron_voorsprong.htm). Een methode die het creatieve denkproces opnieuw op gang brengt. Creatief denken moet bewust worden ingeoeffend. Bij creatief denken hoort immers ook een bijzonder strenge kritische fase. Hierdoor leert men ook de eigen ideeën en vindingen aan logische evaluatie te onderwerpen.

Deze methode wordt beoefend in een (intervisie)groep en bestaat uit het volgen van een aantal stelregels wanneer een idee of probleem uitgesproken wordt:

Attitude

Uitstel van oordeel, geen kritiek op anderen en niet op uzelf. Naïeve ideeën, onjuiste uitspraken, of vergezochte opmerkingen kunnen als uitgangspunt dienen voor waardevolle inzichten.

Interventie

Introductie van het probleem. Formuleer en herformuleer afzonderlijk van de vorige formuleringen alternatieve visies op het probleem/ idee.

Techniek

- Op radicale wijze van perspectief op het idee/ het probleem wisselen: Hoe zou de bakker, de vriendin, de Albanees tegen dit probleem/ idee opkijken en welke oplossing zou deze kiezen? Kijk met het oog van de kunstenaar, de politicus of de socioloog. Wat zou het resultaat zijn wanneer er vanuit verschillende emoties naar gekeken wordt? Wat betekent het voor andere belanghebbende? Wissel de posities en leg andere verbanden. Vergroot of verklein het probleem, keer het om. Enzovoort.

- Door middel van vrije associatie of gestructureerde associatie: formuleer 10 functies van een probleem, formuleer 10 consequenties van het probleem binnen de context van natuur/ literatuur/ de sportclub/ etc.
- Het probleem actief in beelden vertalen: denken in beelden versoepelt het denken, effectueert een grotere flexibiliteit en brengt meer subjectiviteit in.

Interventie

Keer terug naar de werkelijkheid: Concretiseer het probleem in een duidelijk concept.

Beoordeel dit concept op zijn praktische haalbaarheid.

Voor de tweede en derde opdracht: Herdefiniëring van het sociale contract van de behandelrelatie en het bereiken van het therapeutisch doel.

Als deelnemer van de multiloogbijeenkomst moest ik het in mijn hoedanigheid van hulpverlener aanvankelijk behoorlijk ontgelden. Ik moest een antwoord formuleren op vragen als “waarom krijg ik tranxène (Tranxène is een anxioliticum) toegediend als ik herhaaldelijk aangeef dat het niet helpt?” “Waarom krijg ik geen antwoord op de vraag hoe het mogelijk is dat ik films zie in mijn psychose?” “Wat bedoelen ze eigenlijk met Borderline?” Hoewel de vragen niet persoonlijk gericht waren, moest ik ze wel beantwoorden. Ik was onzeker en voelde mij onderhevig aan allerlei dilemma’s. Op de eerste plaats was ik hier als hulpverlener in de minderheid en werd geacht geen gespreksvaardigheden te gebruiken en op de tweede plaats moest ik mij houden aan de richtlijn om vanuit de eigen beleving te spreken. De oprechtheid van de andere deelnemers kon ik niet anders dan navolgen. Toch voelde ik bij ieder

opmerking die ik maakte de hele beroepsgroep met argusogen toekijken. Viel ik hun niet af, ondermijnde ik niet het gezag? Of gaf ik blijk van gebrek aan deskundigheid? enzovoort. Toch werd ik door niemand aangevallen op mijn antwoorden, met uitzondering van een andere hulpverleenster, wat op zichzelf opmerkelijk is. Hoe dan ook kostte het steeds minder moeite om mijn werkelijke beleving over de verschillende elementen van de praktische hulpverlening weer te geven. De voorwaarde van gelijkwaardigheid had ook op mij een positief effect, ik voelde me rustiger en uiteindelijk veel zekerder over de waarde van mijn opmerkingen. Ook wist ik ze constructiever te plaatsen. Ik kreeg hierdoor een veel adequatere visie op de elementen van de interactie en leerde directer te formuleren zonder mystificaties.

De geschetste attitude wordt door R. Cohn gedefinieerd als *selectieve authenticiteit*, selectieve echtheid. R. Cohn is een Duits- Amerikaanse psychoanalytica, gestalttherapeute en ervaringstherapeute. Zij introduceert dit begrip in haar boek *Thematische Interactie* (Cohn Ruth C. *Thematische interactie* Een methode voor hulpverlening, vorming en onderwijs. 1979 Uitgeverij H. Nelissen B.V., Bloemendaal). Zij beschrijft hoe de echtheid van de therapeutische ontmoeting en de authenticiteit van de therapeut in hoge mate bepalend is voor het genezingsproces.

Cohn beschrijft in haar boek een methode die mijns inziens in hoge mate overeenkomsten vertoont met het karakter van de multiloogbijeenvormingen. En deze methode is goed te gebruiken voor de sociaal

psychiatrische verpleegkundige in zowel de individuele behandelrelatie als de groepspraktijk. In deze methode, met als basis de beschreven vereiste attitude van de hulpverlener, selectieve authenticiteit, ligt gelijkwaardigheid ingebed. Tevens bevordert de methode het herstel van de eenheid, de integratie van de psychische functies van het individu en een herstel van zijn volwaardige deelname aan de sociale werkelijkheid. Cohn beschrijft een en ander in de context van een groepstherapie.

De vooronderstellingen waarop de methode berust, is op humanistische grondslag gebaseerd (idem pp 52): De autonomie van het individu.

Vooronderstelt het volgende:

Het individu is zich bewust van zijn eigen realiteit en van zijn omgeving. Hij is zelf verantwoordelijk of hij iets in de interactie inbrengt, wat hij inbrengt en op welke wijze hij dit doet.

Iedere situatie is een mogelijkheid voor eigen beslissingen. Men participeert in de interactie met verantwoordelijkheid voor wat men voor zichzelf en voor de anderen wil.

Zijn intermenselijke afhankelijkheid (interdependentie):

De autonomie groeit met het bewustzijn van de tussenmenselijke afhankelijkheid waaraan het individu onderhevig is. Het bewustzijn van deze interdependentie vormt de basis van de verantwoordelijkheid als individu voor zichzelf en zijn omgeving.

De groepsinteractie wordt onderscheiden in drie factoren die in een dynamisch evenwicht ten opzichte van elkaar staan (idem pp 55):

Het individu,
De groep,
Het thema.

De ervaringstherapeut creëert een sfeer waarbinnen open communicatie en interactie gestimuleerd worden. De centrale uitgangspunten hierbij zijn de authenticiteit en de directheid (hier en nu- situatie red.). Zijn belangrijkste instrument is dat hij zich in de behandelrelatie/ de groep op oorspronkelijke en spontane wijze gedraagt.

Hij handelt niet direct volgens zijn gevoel en is selectief in wat hij meedeelt. Hij is niet impulsief, maar uit zichzelf ter bevordering van het therapeutisch proces. Uit zijn veelvoudige ervaringen kiest hij die gebeurtenissen, gevoelens en gedachten waarvan hij denkt of voelt dat ze bijdragen aan het therapeutisch doel. Dit kiezen van wat men van zichzelf laat zien noem ik 'selectieve authenticiteit'. (Idem pp 27).
Zichzelf als persoon inbrengen, betekent voor de therapeut zichzelf leren uiten. Zo ben ik (sic) bv. ook als therapeute niet slechts therapeute maar ook echtgenote, emigrante, moeder, vriendin (idem pp 44).

De axioma's leiden tot de volgende interactieregels (idem pp 68-72):

- Vertegenwoordig jezelf in wat je zegt; spreek met "ik", niet met "wij" of "men".
De regel met 'ik' te spreken en louter en alleen met 'ik', dient ervoor verantwoorde uitspraken te doen, projecties en mystificaties te vermijden. Zij bevordert het zelfbewustzijn.
Als je een vraag stelt, zeg dan waarom je het vraagt en wat die vraag voor jou betekent. Verklaar je en vermijd het interview. Echte vragen zoeken naar inlichtingen die nodig zijn om iets te begrijpen of om processen verder te brengen. Authentieke vragen om informatie worden door het aangeven van de achterliggende motivatie persoonlijker en duidelijker.
- Wees authentiek en selectief in je communicatie. Als men alleen dingen zegt of doet omdat het moet, ontbreekt aan dit handelen een eigen geverifieerde toetsing en wordt er niet zelfstandig gehandeld.

- Onthoud jezelf zoveel mogelijk van interpretaties en generalisaties. Niet-interpretierende reacties heeft meestal een spontane interactie tot gevolg. Generalisaties hebben de eigenschap het besproken thema af te sluiten.
- Als je iets zegt over een ander, geef dan ook aan wat dat voor jezelf betekent. Dit voorkomt het zondebok fenomeen. Interview en feedback kunnen eveneens onheus gebruikt worden om iemand aan te vallen.
- Storingen hebben voorrang. Niet alleen *de facto* maar omdat ze aangeven dat men niet in staat is te volgen wat er gaande is. Verveling, gespannenheid of verstrooidheid zijn eveneens legitieme storingen. Bespreek de storing alvorens verder te gaan.
- Als meer dan één tegelijk wil spreken, overleg dan in trefwoorden waarover gesproken zal worden.

De behandelaar is in deze niet alleen

therapeut maar ook deelnemer. Hij is onderworpen aan dezelfde regels. De selectieve authenticiteit stelt hem in de gelegenheid zowel deel te nemen als de bijeenkomst te leiden. Het leiden bestaat er onder andere uit het evenwicht in de driehoek individu-groep-thema, te bewaken. Voeren emoties de boventoon dan dient het accent op het thema gelegd te worden. Wordt er teveel generationaliseerd dan dient de therapeut over de gevoelsmatige aspecten te spreken enz. De therapeut dient zich vooraf te bezinnen op de context waarbinnen gewerkt wordt. Dit behelst niet alleen de organisatorische en structurele factoren van de bijeenkomst zelf, maar ook zaken als: doelgroep, de financiële middelen van de deelnemers; welke persoonlijke associaties en sociale betekenissen kunnen aan de tijd en plaats gehecht worden (De multiloogbijeenkomsten vinden plaats in een buurthuis en zijn voor iedereen vrij toegankelijk); wie heeft belang bij het slagen van de interactiegroep en geniet de therapeut voldoende vertrouwen van de organisatie.

In vergelijking met de uitgangspunten van de multiloogbijeenkomsten kunnen we zien dat de gestelde interactieregels van Cohn in hoge mate overeenkomen. Omdat er in de eerste persoon gesproken wordt, geldt automatisch dat de beleving het uitgangspunt vormt. Doordat een vraag of opmerking nader verklaart dient te worden ontstaat er een verhaal dat de hoofdpersonen in een onderlinge relatie en in de tijd plaatst. Doordat deze regels eveneens door de gespreksleider daadwerkelijk nageleefd dienen te worden wordt de gelijkwaardigheid in praktijk gebracht.

De discussie over de taakomschrijving van de sociaal psychiatisch verpleegkundige is oneindig. De hamvraag is of haar taak enkel

gekenmerkt kan worden als begeleiding of tevens een behandeling inhoudt. Met andere woorden. Mag een sociaal psychiatisch verpleegkundige zich met recht behandelaar noemen? Ik ga de discussie hier niet herhalen. Wel is het een feit dat verscheidene hulpverleningsrelaties gericht zijn op een duidelijke verandering en verbetering in het functioneren van de cliënt. Deze veranderingen zijn daarbij een direct of indirect gevolg van de therapeutische deeltechnieken en methoden die de sociaal psychiatisch verpleegkundige toepast. Voor het gebruiken van een methode als boven beschreven behoeft men mijns inziens geen psychoanalytica, gestalttherapeute en ervaringstherapeute te zijn zoals de schrijfster zelf. Men dient kennis, inzicht en vaardigheid te bezitten met betrekking tot de dynamiek van de individuele persoon, de groepsdynamiek, de gethematiseerde taak of doelstelling en de omgevingsfactoren, alsmede hun onderlinge complexe samenhang. (idem pp 12) Deze kennis, het inzicht en de vaardigheden ontwikkelen sociaal psychiatische verpleegkundigen steeds meer omdat zij in hun coördinerende taak moeten inschatten of en welke psychotherapie relevant voor de cliënt is. Zij vervullen taken die in feite bij de psychiater horen, zoals het plegen van psychiatische diagnostiek. Zij dienen geoefend te zijn in diverse therapeutische deeltechnieken omdat zij cliënten helpen hun handlungsruimte en probleemoplossend vermogen te verhogen.

Het kunnen toepassen van de beschreven methode vergt op de eerste plaats training en behoeft supervisie.

En dit ligt gelukkig beiden binnen de bereikbaarheid van de sociaal psychiatisch verpleegkundige.

Conclusie

Ik hoop in dit essay een indruk gegeven te hebben van de destructieve eigenschappen van de psychiatrische vaktaal. Zoals het bevorderen van de desintegratie van de persoon.

Anderzijds dient de functie van het diagnostische stelsel niet uit het oog verloren te worden en verdient dit een openlijke bespreking tussen patiënt en hulverlener. Ook is aangetoond hoe *het verhaal* en haar talige eigenschappen zoals dat in het multiloogconcept centraal staat juist deze integratie herstelt. De definities van Relshman belichten de ongelijkwaardigheid zoals deze voortkomen uit het sociaal contract waaraan zowel de cliënt als de

sociaal psychiatrische verpleegkundige onderhevig is. Ik denk dat zowel het theoretisch model van v. Beuken als van Cohn voldoende richtlijnen geven om respectievelijk het medische denkkader te doorbreken en de gelijkwaardigheid in de praktijk vorm te geven. Het belangrijkste is echter het gegeven dat de multilooggroepen door hun exclusieve opzet en inhoud de weg tot een gelijkwaardiger hulpverleningsschap hebben gewezen. Ik zou mijn collega's dan ook willen aanraden hierin te participeren. Het is een goede ervaringsplek om de vaardigheden, zoals die door Cohn worden beschreven, te leren begrijpen en toe te passen.