

# Brieven

## Verrassing versus protocol

### Pleidooi voor het ‘mechaniek van de ontroering’

Zorg moet tegenwoordig meetbaar en uitkomstgericht zijn. Wat niet te meten is en waarvan de werking vooraf niet is te voorspellen, is gedoemd te verdwijnen. Is er nog aandacht voor en kennis van een weten zonder cognitief te weten? Hoe meten wij verrassing, intuïtie, creativiteit, ontroering? Het zijn kenmerken van het therapeutisch arsenaal die niet vastgelegd kunnen worden, maar die wel belangrijk zijn in de therapeutische relatie. Naar mijn opvatting zelfs essentieel.

Als beeldend vaktherapeut heb ik behoefte om een tegengeluid te laten horen. Vaktherapie is de overkoepelende term voor creatieve therapieën als beeldend, muziek, drama en dans. Sinds 2002 zijn deze met de psychomotorische therapie samengevoegd tot één beroepsgroep en verenigd in de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB). Ik werk met non-verbale middelen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Volgens mij biedt juist het op voorhand niet-dwingende, niet-afgepaste karakter van een

therapie de patiënt ruimte om zijn vastgeroeste patronen en daarmee samenhangende pathologie betekenis te geven en te veranderen. Herkenning en erkenning, essentieel in de therapeutische relatie, ontstaan niet op afroep.

In *Het mechaniek van de ontroering* (1995) van Rutger Kopland, pseudoniem van emeritus hoogleraar psychiatrie Rudy van den Hoofdakker, trof ik prachtige en inspirerende passages aan over de waarde van subjectiviteit, over ontroering en over gezondheid in relatie met creativiteit. Het gaat over het vinden van woorden voor wat er niet was, voordat die woorden er waren. En dat precies kenmerkt de vaktherapie:

*‘Kan men iets vinden, zonder dat men tevoren wist wat men zocht? Een oud, maar eenvoudig probleem. Het antwoord is: ja. Het vinden van een ansichtkaart is daarvan een sprekend voorbeeld. Niemand weet welke ansichtkaart hij zoekt, voordat hij hem vindt. Een veel minder eenvoudig probleem is het vinden van wat men zoekt, nadat men vond wat men zocht: “Ik heb het gevonden, maar wat zocht ik?”, die vraag, daar gaat het om. Daar moet men nog woorden voor vinden, anders weet men het nog niet. En bovendien doet zich het probleem voor, dat men zelf wel iets kan vinden, maar het is de vraag of een ander dat ook vindt. Men moet dus woorden gebruiken die de vondst zodanig beschrijven dat een ander diezelfde vondst doet.’ (pp. 214-215)*

Koplands beschrijving lijkt op het maken van een werkstuk in creatieve therapie. Men pakt verf, muziek, zoekt een

ingang tot spel en kneedt, al dansend met kleur en beweging, een vorm. Al doende merkt de maker pas of hij vindt wat hij zoekt. Door het bezig zijn, maakt hij zijn eigen ruimte om te zoeken. Ik werd getroffen door Koplands zorgvuldigheid om het begrip ontroering onder woorden te brengen. *‘Wat is het toch, dat een grap, een vondst, een gebaar, een foto, een schilderij, een paar regels, dat die iets teweeg kunnen brengen, iets onverhoeds kunnen laten gebeuren dat lijkt op het losspringen van een slot. Een op het eerste gezicht onbetekenende sleutel past op een slot waarvan je niet wist dat je dat in je omdroeg. Ik ben al jaren nieuwsgierig naar die sleutels en die sloten, dat mechaniek van de klik.’* (p. 5)

#### Het speelveld: casus

In de vaktherapie leggen we de cliënt een probleem voor. Behalve een uitnodiging die duidelijk appel doet, is er niets: geen werkstuk, geen klank, geen beweging, geen spel, alleen maar een lege vloer, klei in een bak, stilliggende trommelstokken, verkleedkleden aan een kapstok, instructie voor een oefening. We bieden mogelijkheden aan, verleiden de cliënt om eerst zelf een probleem te creëren. Anders is er niets om op te lossen. Als de cliënt bereid is op zoek te gaan, is het werk begonnen. Al doende een uitweg vinden. Dat proces is wat de therapeut aanbiedt. Kopland gebruikt de metafoer van het openen van deuren, waardoor weer andere deuren zichtbaar worden. En dan het bevrijdende gevoel op eigen kracht iets zodanig ontsloten te hebben, dat er nieuwe ontsluitingsmogelijkheden in het verschiep komen:

*Merel bouwt met kleine handgevormde steentjes van klei een huis. In de muur komt een tralieraam. Haar thuis. Een thuis waar niets*

*van haarzelf was, waar haar lijfelijke integriteit door broer met voeten werd getreden en waar haar dagboeken door moeder werden gelezen. Toen Merel in de puberteit kwam dacht ze dat ze sterk genoeg was om te ontsnappen. Het werkstuk groeit week na week en Merel begint te vertellen over de traumatische ontsnapping uit haar ouderlijk huis: opnieuw stapt ze in een bed waar schijnveiligheid wordt betaald met ongewilde seks. De constructie en de papieren ondergrond van het werkstuk vormen een wiebelig geheel. Ik vraag haar of ze er niet liever een plankje onder legt. Aarzelend stemt ze in. Ik vind een stevig plaatje hout. ‘Neem dit maar, dan hoort het gewoon bij je werkstuk.’ Merel veert op: ‘Mag ik het houden dan?’ De week erna vertelt ze aangedaan hoe blij het haar maakte dat ze het plankje mocht houden. Op een onverwacht moment werd een gewoon plankje een betekenisvol onderdeel van het werkstuk en legt zij zelf een emotionele basis waarop haar pijnlijke verhaal van uit huis gaan stevig wordt. Door deze ervaring voegt zij een andere dimensie toe.*

Als zo’n ervaringsverbinding tot stand komt, ontstaat er een ruimte die er voorheen niet was. Een ruimte die heel direct en fysiek beleefd wordt. Een ontroerend moment. Hoe weet ik dat er zo’n klik is? Is die klik zichtbaar in het werkstuk? Objectief gezien niet. Maar de relatie die ik heb met de cliënt rondom zijn hulp- en veranderingsvraag speelt een hoofdrol in het meekijken en meebelevens, in het tot stand komen van het werkstuk. Die relatie maakt dat de cliënt met zijn vragen en oplossingen zichtbaar wordt in het beeldend werk. Alleen voor ingewijden, de eigen groep en de therapeut.

Ook ik word geraakt en verrijkt door wat cliënten vormgeven en daarbij beleven. Dat is zichtbaar in de beeldende

sessies en in mijn samenwerking met de andere behandel disciplines. De wisselwerking levert inspiratie voor een therapeutisch samenhangend behandelmilieu. Ook dat is een scheppend proces, waarin de deelnemers verbanden ervaren die ze nog niet herkenden. Durven werken met open doelen biedt de cliënt een optimaal speelveld om eigen behoeften en verlangens te exploreren. Die ervaring biedt veiligheid bij en zelfvertrouwen in het oefenen met gedragsalternatieven.

### **Het mechaniek van de therapeutische relatie**

In Merels casus spelen ook mijn eigen gevoelens in het contact een rol. Ik houd mijn hart vast als Merel wiebelig met haar wankele werkstuk rondloopt en zou het jammer vinden als het werk zou vallen. Op dat moment besepte ik het niet, maar Merel heeft met de ernstige en grillige aanmeldingsklachten die haar de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis opleverden, al vele malen op gevaarlijk wiebelige randjes gelopen. Ze is er regelmatig afgevallen. Ze heeft de neiging gevaar niet op te merken of te denken dat ze dat allemaal best aan kan. Tot ze op een schadelijke manier merkt dat ze gevangen zit in een ongezonde situatie. Merels geraakt-heid door het plankje en mijn behoefte haar te behoeden waren aspecten van onze werkrelatie. Ze boden de mogelijkheid het thema basisveiligheid centraal te stellen op het moment dat het 'doorleefd' herkend werd. Niet de volgorde in een therapie module bepaalde het tempo en het onderwerp voor de therapie, maar wat er ontstond tussen de therapeut, de cliënt en haar omgang met het materiaal.

Op parallelle wijze blijkt het een zinvolle puzzel om cliëntengroep en behandelteam actief te laten zoeken naar een verbinding met onderlinge samenwerking en zelfkritiek. Ruimte en geduld om te puzzelen, te zoeken, zonder dat de uitkomst vaststaat. Gebruikmaken van invallen, door die niet als waarheden te hanteren, maar als mogelijkheden om mee te bouwen.

### **Het verlangen naar 'waarheid'**

Voor borderlinecliënten als Merel is het belangrijk een stappenplan te hebben om tot een andere omgang te leren komen met de wereld om hen heen. Dat is één kant van het verhaal. De borderlinecliënt draagt echter ook een klein kind in zich mee, dat door omstandigheden te weinig kans kreeg zich veilig te hechten. Vaktherapieën verleiden en begeleiden de borderlinecliënt om te ervaren en te experimenteren, zonder eerst na te denken. Juist niet bezig te zijn met nut en eindresultaat, maar zich laten leiden door wat er ontstaat en daarop reageren. Vaktherapie biedt naast de uitnodiging tot vrije expressie ook de noodzakelijke structuur: materiaal en gereedschap vragen bepaalde vaardigheden en een plan tot vormgeving vraagt om een bepaalde aanpak. De soms vergaande fantasieën worden zichtbaar in de werkstukken.

In de huidige nadruk op cognitieve methoden dreigt de niet-cognitieve tegenpool te worden gemarginaliseerd. Kopland beschrijft hoe hij als medisch student begon te beseffen dat, tegen zijn verwachting in, het maken van gedichten en het bestuderen van de medische wetenschap toch in relatie met elkaar stonden. Zijn benadering van patiënten was altijd

gedeeltelijk subjectief. De persoonlijke inzichten van de dokter kleuren in belangrijke mate diens benadering van de werkelijkheid. ‘Geef niet toe aan het verlangen naar “waarheid”’, gaf hij mij als raad in een recent interview. Laten we zo omgaan met *evidence* in de GGZ.

**MONIQUE GERRITSEN**

Creatief therapeut beeldend, De Gelderse Roos, Lunteren

## ‘OxyContin of je leven’

### Misbruik opiaten: een nieuwe verslaving?

‘Overleden door misbruik van receptplichtige medicijnen’, oordeelde de patholoog-anatoom van de staat New York na de dood van de achtentwintigjarige acteur Heath Ledger op 22 januari 2008. Ledger overleed aan de gevolgen van een pillencocktail, waaronder opiaten als OxyContin en Vicodin. Hij kreeg ze voorgeschreven door een arts die hem niet kende en ze werden via een internet-apotheek afgeleverd. Na cannabis zijn receptplichtige medicijnen de meest misbruikte drugs in de Verenigde Staten: 48 miljoen Amerikanen gebruikten ze ooit in hun leven, aldus de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). OxyContin wordt na de benzodiazepinen en methadon het meest misbruikt. Het veroorzaakte een sociaal drama: tenminste 300 doden; een verdrievoudiging van de spoedeisende opnames tussen 1999 en 2004; veroordelingen van

artsen wegens doodslag tot 63 jaar gevangenisstraf; overvallen op apotheken en vrachtauto’s en de financiële ontwrichting van gezinnen als gevolg van de verslaving (DEA, *National Drug Threat Assessment 2008 – overview*, [www.usdoj.gov/dea](http://www.usdoj.gov/dea)). Het aantal voorschriften voor opiaten steeg van 40 miljoen in 1991 tot 180 miljoen in 2007.

Populair zijn pijnstillers, narcotica, slaappillen, angstdempers en ADHD-medicatie, maar OxyContin en Vicodin (de laatste is niet in Nederland op de markt) zijn favoriet, want die geven de beste ‘high’. Deze nieuwe vorm van drugsgebruik blijkt uit twee recente presidentiële rapporten: *Prescription for danger* en *Teens and prescription drugs* (Office of National Drug Control Policy, 2008). Tieners maken misbruik van receptplichtige medicijnen omdat deze gemakkelijk en vaak gratis te verkrijgen zijn. Deze situatie kan zich ook in Nederland gaan voordoen. Hoe kan dit worden voorkomen?

### Nederland: opiaatgebruik stijgt

OxyContin wordt in Nederland steeds meer door huisartsen voorgeschreven bij pijnklachten. Vanaf de introductie in 2000 steeg het aantal gebruikers tot 80.000 in 2007. Het totale aantal opiaatverstrekkingen nam in deze periode toe met 143%, zodat 204.000 personen opiaten gebruikten zoals fentanyl, methadon, morfine, oxycodon en tramadol (Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Pharmaceutisch Weekblad*, 6 maart 2008). ‘Een jaar of tien geleden begonnen enige Amerikanen het ruimere gebruik van opiaten bij chronische pijn te propageren zonder enig bewijs dat deze niet verslavend zouden werken’, aldus F. Zitman, hoogleraar psychia-