

DIAGNOSE IN PSYCHODRAMA

door Peter Felix Kellerman

Dit artikel schreef Felix Peter Kellermann in 1997 en hij stelde het beschikbaar voor de Fepto-meeting in Italië als discussiestuk. Peter John Schouten kreeg van hem toestemming om het voor ons Psychodrama Bulletin in het Nederlands te vertalen. Peter John heeft deze vertaling gemaakt omdat hij het belangrijk vindt om deze discussie ook in Nederland en België te voeren.

HOMIUM DISCRIMEN! Mensen verschillen van elkaar! Je begrijpt het zonder uitleg, maar hoe benoemen we de verschillen? Wat voor soort indeling of diagnostisch classificatie systeem (of wat dan ook) zou het beste passen bij Psychodrama? Draagt een diagnostiek bij aan een psychodramatische behandeling of is het juist een belemmering?

Traditioneel bevat een psychotherapeutische diagnose een klinische beschrijving van een patiënt gebaseerd op clusters van symptomen: onderscheid makend tussen een variatie aan geestelijke stoornissen gevat in een beschrijvend theoretisch kader.

Gewoonlijk gebruiken clinici de terminologie uit het diagnostisch en statistisch handboek voor geestelijke stoornissen, samengesteld door de American Psychiatric Association; pas uitgegeven in de vierde editie (DSM IV, 1994) of de classificatie van geestelijke en gedragsstoornissen gepubliceerd door de World Health Organisation.

Het is mijn ervaring dat Psychodramaturgen zich over het algemeen oncomfortabel voelen met zo'n systeem van ziekteleer. Kan het behulpzaam zijn in veel klinische settings, zo'n op ziekte georiënteerd systeem lijkt inadequaat te zijn binnen het methodisch kader van Psychodrama.

Het maakt voor de meeste psychodramaturgen simpelweg niet uit of een protagonist

is gediagnostiseerd als een lijder aan een depressie, angst, paranoia of een persoonlijkheidsstoornis. Zij zullen een psychodramasessie niet veel anders leiden bij welke stoornis dan ook; noch zal een diagnose gebruikt worden om zijn prognostische of oorzakelijke waarde.

Het gevolg hiervan is, dat het zeldzaam is voor psychodramaturgen om nieuwe cliënten in te schatten door van te voren een intake af te nemen, zich te verdiepen in de hulpverleningsgeschiedenis en psychologische tests af te nemen voordat begeleiding of behandeling plaatsvindt. (alhoewel veel praktiserenden wel een gesprek afnemen om groeps geschiktheid vast te stellen!)

Dit afwijzen van diagnose begon bij J.L. Moreno zelf: "Hij geloofde eenvoudigweg niet in Labels" (Zerka Moreno, 1944, p.42) Hoewel psychodrama zelf werd beschreven door Moreno (1972) als "zowel een methode om te diagnostiseren als een methode voor behandeling" (p.177) voelde hij altijd sterke weerstand om de ideologie die achter de psychiatrische formuleringen zit, te gebruiken. Hij leverde daarvoor in de plaats een nieuwe manier van kijken naar menselijk lijden, die was gebaseerd op gezondheid in plaats van pathologie. (Bustos, 1994, p.69)

Yalom (1975) deelde deze visie; hij vond ook psychiatrische diagnose spectaculair nutteloos als een indicatie voor interper-

soonlijk gedrag(p.248) in een groepssetting. Daar komt nog bij dat, ook in deze tijd, psychodramaturgen regelmatig blijven protesteren tegen het afschilderen van mensen als een verzameling van statische karaktertrekken en stellen daarvoor in de plaats dat mensen bekeken moeten worden als zich ontwikkelend op een dynamische en onvoorspelbare wijze.

Psychiatrische kwalen, zeggen ze, zijn een product van sociale krachten die inwerken op mensen als een doel wat zichzelf beantwoordt. Het individu dat is gelabeld en behandeld alsof hij of zij gestoord is, raakt meer en meer gestoord en neemt later volledig de rol van Psychisch Zieke tot zich. Zij neigen tot het eens zijn met Thomas Szasz dat een psychische ziekte, zoals beschreven door de klinische psychiatrie, een mythe en een illusie. Om te voorkomen dat daar een basis voor wordt aangebracht, geven ze de voorkeur eraan om vrolijk te ontkennen welke psychiatrische labels de deelnemer heeft voordat de behandeling begint.

Daarvoor in de plaats geven sommige pd'ers er de voorkeur aan om symptomen als deel van de gewone natuurlijke expressie van gevoelens binnen een algemeen systeem te zien. Zoals sommige gezinstherapeuten geven ze er de voorkeur aan om een verstordend gedrag om te zetten of anders te labelen en om te zetten in een functioneel en gezond gedrag: in plaats van het benadrukken van de afwijkende expressie. Als voorbeeld: een doofstomme jongen kan geprezen worden voor zijn mogelijkheden om te praten zonder woorden. Op deze manier wordt positief labelen een deel van de therapie in termen van verschillende rollen die worden gebruikt binnen een gezinssysteem en binnen het systeem van de groep als geheel.

Als de gevoelens van een gezins- of groepslid de gevoelens van de anderen leden weergeven dan is iedere beschrijving van een enkel individu een simplificatie en een degradatie van het samengestelde geheel en het meerdimensionale van feitelijke bio-emotionele-cognitieve-sociale systeem.

Dit zijn de alom bekende argumenten tegen het gebruik en misbruik van de klassieke psychiatrische ziekteleer. Een compleet uitbannen van alle diagnostische evaluaties in psychodrama zou echter ernstige negatieve consequenties hebben. Het meest belangrijke is daarbij dat het uitsluit dat onderzoek naar de geschiktheid van kandidaten voor psychodramatherapie en dus ook vergelijkend onderzoek uitsluit. Daardoor wordt onmogelijk gemaakt om specifieke indicaties voor psychodrama vast te stellen en te vergelijken met ander behandel mogelijkheden.

Verder, of we het leuk vinden of niet, zijn we als psychodramaturgen regelmatig betrokken in een klinische beoordeling van protagonisten. Is de protagonist blij of verdrietig? Is hij suïcidaal? Of psychotisch? Moet hij opgenomen worden? Zou hij iets bereiken met een psychodramasessie? Ofschoon zelden uitgesproken: deze vragen komen frequent op en zij vragen direct een antwoord. In al zulke omstandigheden is inschatten en indelen onontkoombaar. Een diagnose is hierbij waardevol om gedrag minder ingewikkeld te laten lijken. Het jezelf onthouden van een naam geven aan je observaties en voorkomen dat je ze ziet als pathologische, onderbreekt echter niet onze natuurlijke tendens van een persoonlijk oordeel. Het loslaten van een oordeel werkt niet minder verstordend voor de protagonist noch brengt het ons dichterbij het vinden van een passend antwoord

op de klacht.

De doofstomme jongen moet natuurlijk correct ingeschat en beoordeeld worden voorafgaand aan het vaststellen van een passend behandelplan. Bovendien is het, zonder enig onderscheid en een indeling van de betrokken mensen te maken, onmogelijk de meest basale conclusies te trekken over met wie wel of geen psychodrama toe te passen. Omdat de derde, betalende partij steeds meer betrokken is bij de kosten/baten analyse en het vaststellen van de effectiviteit en waarde van de behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg, plaatst psychodrama zich buiten het bereik van de meerderheid van de patiëntenpopulatie door het ontbreken van enig bewijs van de effectiviteit.

Door het weigeren gebruik te maken van de standaard en algemeen geaccepteerde nomenclaturen(namenregisters), isoleren psychodramaturgen zich van het gezondheidszorg establishment en de academici en houden indirect het doorgaande proces van wetenschap tegen, dat alleen bereikt kan worden in samenwerking met deze instituten. Dit scheidt psychodrama van de rest van de psychiatrie en voorkomt dat kennis vanuit psychodrama zich verspreidt en bijdragen aan de methode psychodrama niet geleverd worden; het gevolg hiervan is dat de groei van onze professie in zijn geheel achteruit gaat.

Daardoor vind ik dat enige diagnostiek voor het juiste gebruik en ontwikkeling van psychodramatherapie geboden is. Ruw klinisch materiaal moet worden geordend op een manier die aansluit bij en geschikt en bruikbaar is voor zowel psychodramaturgen als voor de buitenwereld. Natuurlijk zouden zulke diagnoses gebruikt moeten worden niet louter om wille van het labelen van mensen maar om te voorzien in prognostische informatie alsmede in een sleutel om tot een oplossing te komen en de directie

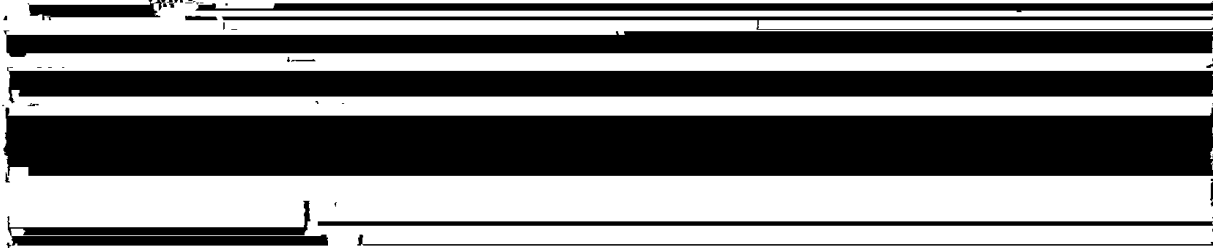
mogelijk strategische interventies te laten plegen. Het is wat mij betreft helder dat het verschil uitmaakt of een protagonist lijdt aan b.v. een depressie, angsten, paranoia of een persoonlijkheidsstoornis en dat de psychodramaturg de sessie voor iedere stoornis verschillend leidt; natuurlijk pas nadat de patiënt voor een psychodramabehandeling geschikt wordt geacht. Ongelukkigerwijze echter hebben veel psychodramaturgen maar weinig kennis van normale en abnormale psychologie en ze zijn vaak onvoldoende voorbereid om verschillende technieken toe te passen voor verschillende protagonisten die reductie of verlichting nodig hebben van hun symptomen, crisisinterventie, conflictoplossing, persoonlijkheidsverandering of iets anders dat kan helpen om door te gaan met hun leven op een meer bevredigende manier(Kellermann, 1991).

Het is mijn ervaring dat psychiatrische of psychosociale evaluatie essentieel is in dit werk, zowel voor het klinische gemak als voor onderzoeksdoeleinden.

De vraag is wat voor soort ziekteleer of classificatiesysteem het best pas bij psychodrama. Welke labels zouden passen bij een methode van psychotherapie die handelt met zowel universele en normale levensgebeurtenissen als met crises en traumatische gebeurtenissen die volgens Yablonski: 'zorgen voor reflectie en problemen op een begrijpelijke microkosmische niveau beschrijven en conflicten die massa's mensen ervaren inbedden in de macrokosmos van de maatschappij'.

Welke diagnose kan relevant reflecteren op de manieren van rol-spelen in problematische situaties die zo karakteristiek zijn voor psychodrama?

Jammer genoeg zijn de concepten van de persoonlijkheid die door J.L. Moreno zijn ontwikkeld, waarin hij mensen beschrijft



eigen rolrepertoire) hun in stand gehouden, begrensd spontaneïteit en hun vrij stromende spontaneïteit, hun sociometrische positie binnen hun sociaal atoom en hun 'tele'-positie met anderen, bij lange na niet geschikt voor dit doel.

Het feit dat psychodrama niet direct gericht is op afwijkend gedrag dat makkelijk vertaald kan worden in klinische waarden/normen, maakt het classificatie proces nog ingewikkelder. Psychodrama handelt, in tegenstelling hiermee, met menselijke dilemma's die dichters en auteurs beschrijven. Met extase in de liefde, de pijn van de dood, een vrouw alleen in een flatgebouw met een fles whisky, een meisje wat abortus overweegt, een jongen die ontdekt dat hij geadopteerd is, een man die naast het graf van zijn zoon staat die is gesneuveld in de oorlog.

Psychodrama richt zich op actieve exploratie van ervaringen op school in de familie, met vrienden, op het werk en in de maatschappij; om beter te leren en greep te krijgen op: bijvoorbeeld hoe een carrière of een echtgenoot te kiezen, hoe om te gaan met mislukkingen en scheidingen, hoe kinderen op te voeden, hoe ze te laten gaan en hoe afwegingen te maken in de grote hoeveelheid beslissingen die moeten worden genomen in het dagelijkse leven. Hoe is het mogelijk om deze categorieën onder te brengen in een standaard classificatiesysteem zonder verlies van hun essentie en hun unieke menselijke eigenschappen.

In het kort: welk diagnose-systeem zou passend zijn voor een therapeutische benadering die is afgestemd op mensen die te doen hebben met traumatische levensgebeurtenissen inplaats van op verschillende manifestaties van psychopathologie?

De volgende drie criteria lijken nodig te zijn in een gezonde, degelijke 'psychodrama ziekteleer'.

Als eerste zou zo'n waardebeoordelend systeem niet alleen de individuele persoon geïsoleerd van zijn omgeving moeten bekijken maar ook zijn hele nabije omgeving, elk symptoom beschouwend als een reactiepatroon op stress vanuit deze omgeving. Ten tweede zouden zowel de mogelijkheden van de persoon om met bepaalde situaties om te gaan, als de verwachtingen, uitdagingen, verplichtingen, noodzakelijkheden en bronnen van de sociale omgeving. Ten slotte, vanuit een theoretisch oogpunt zou zo'n diagnostisch systeem dat handelt met afstemmen op situaties, omgaan met stress en het in de vingers krijgen van ontwikkelingsstaken, zwaar moeten leunen op zowel interactie- als egopsychologie, op zowel stresstheorie, levensfasecyclustheorie of een algemene theorie van de persoonlijkheid of een combinatie van deze. In mijn opinie zou dat laatste goed passen bij de integratieve positie van J.L. Moreno.

Omdat er op dit moment nog geen diagnose systeem is dat perfect aansluit bij psychodrama is het mijn voorstel om het diagnostisch en statistisch handvest van de American Psychiatric Association aan te nemen als diagnostisch- en prognostische- en selecteer- apparaat voor psychodrama.

Ik vind dat het DSM IV op dit moment aan de meeste van bovenstaande vereiste criteria voldoet en het is gestandaardiseerd, begrijpelijk, a-theoretisch, praktisch en wijdverbreid in gebruik.

Het meest belangrijke echter, als een multisociaal diagnose-systeem, wordt er niet alleen aandacht gegeven aan een brede variëteit van gewone Geestelijke-(AsI), Persoonlijheids-(AsII), Lichamelijke-(As III) stoornissen maar ook aan aspecten uit de omgeving (As IV) en van functies (As V) die mogelijk over het

hoofd wordt gezien als de focus is gericht op het inschatten van een zich enkelvoudig presenterend probleem.

De specifieke focus op persoon- situatie - interactie in psychodrama maakt axis IV (ernst van psychosociale stress-factoren en V globale inschatting van functioneren (GAF) speciaal relevant.

Verder is mijn ervaring dat sommige V-codes voor een toestand/staat die niet toe te schrijven is aan een geestelijke stoornis die de focus kunnen zijn van behandeling, het grootste aantal problemen behelzen die we in psychodrama tegen komen. En zij kunnen in axis I worden genoemd in plaats van of toegevoegd aan een geestelijke stoornis. Zo'n toestand houdt bijvoorbeeld in: rouw en verlies, (misschien wel het meest voorkomende onderwerp in het klassieke psychodrama) levensfase-problematiek of andere levensomstandigheden, problemen met het naar school gaan, loskomen van het ouderlijk gezag, een nieuwe carrière beginnen, huwelijk, scheiding, met pensioen gaan, huwelijksproblemen, ouder-kind problemen, familieomstandigheden, rivaliteit met leeftijdsgenoten of een ander interpersoonlijk probleem.

Uiteindelijk zou deze GAF(meet over het geheel de mate van psychiatrische stoornis of 'ego-sterkte') een goede hulp kunnen zijn bij het samenstellen van een groep volgens Yalom's(1975) aanbeveling om deze selectiecriteria (in tegenstelling tot vele andere) zuiver gelijksoortig te houden.

Het totaal overziend en ondanks dat aanvullende informatie noodzakelijk zal zijn voor een volledige inschatting van een persoon voor psychodramatherapie, kan het DSM IV een goede basis bieden voor psychodrama en helpen bij het integreren van deze methode in de hoofdstroom van psychotherapie en psychiatrie.

American Psychiatric Association(1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), Washington, D.C.:AMA.

Bustos, D.m.(1994) Wings en Roots, In Paul Holmes, Marcia Karp & Michael Watson(Fds), Psychodrama since Moreno, London: Routledge.

Kellermann, P.F.(1992) Focus on Psychodrama: The therapeutic Aspects of psychodrama, London: Jessica Kingsley.

Moreno, J.L.(1992) Psychodrama, Surplus Reality & the Art of Healing: Mimeographed Swedish Moreno Institute.

World Health Organisation (1993) tenth revision of the international Classification of Disease (ICD-10). Geneva: WHO.

Yablonski, L.(1976). Psychodrama: Resolving Emotional problem through Roleplaying. New York: Basic Books.

Yalom,I.(1975) The theory and practice of group psychotherapie(2nd ed). New York: Basic Books.

Voetnoot:

Ik wil de volgende mensen bedanken voor hun waardevolle bijdragen aan een eerdere versie van dit artikel en voor hun actieve deelname in een schriftelijke discussie over de plaats van diagnose in psychodrama: Adam Blatner, Ferdinand Buer, Pierre Fontaine, Paul Holmes, Grete Leutz, Elaine Sachnoff en Fernando Santos Vieira.

Peter Felix Kellermann 1997