

Groepsbehandeling in chronische crisissituaties*

DOOR DR. P. J. JONGERIUS

Ik ga u iets vertellen over groepsbehandeling in chronische crisissituaties, een contradictio in terminis die ik willens en wetens heb gekozen en waarmee ik in de context van deze cursus bedoel: groepsbehandeling van mensen die gevangen zitten in de problematiek van het ouder worden. Andere chronische crisissituaties, zoals bijvoorbeeld de huwelijksproblematiek, waarbij de groepsbehandeling ook meer en meer de behandelingswijze bij uitstek gaat worden, zal ik onbesproken laten. (Mogelijk dat de behandeling van dit soort problemen een aan te bevelen onderwerp vormt voor een volgende Boerhaave-cursus; de hantering van de problematiek in het huwelijk is namelijk een situatie waarin de arts zelf vaak zozeer met zichzelf wordt geconfronteerd en dus gehinderd, dat een bezinning hierop aanbeveling verdient).

Een crisis is een problematiekspiek, een culminatiepunt in reeds langer bestaande probleemsituaties, waarbij wordt gedacht aan acute noodtoestanden waarin direct hulp moet worden verleend door S.O.S.-diensten, crisisinterventiecentra, dag en nacht beschikbare S.P.D.'s, J.A.C.'s en J.O.S.'s.

Helaas wordt er te weinig aandacht gegeven aan de crisis die aan de crisissituatie voorafgaat of, wat nog fataler is, aan de crisis die niet leidt tot een „acting out”, maar die vastloopt in een chronische pinstelling, in een herhaling van zetten: dus bijvoorbeeld het vastgelopen huwelijk met de omschrijving „sleur” of „uit elkaar groeien”, de vastgelopen relatieproblematiek met de omschrijving „eenzaamheid” en de vastgelopen werksituatie met de omschrijving „invaliditeit”. Drie situaties waarbij wij plegen te zeggen: zo is

het nu eenmaal en waarbij wij ons niet sterk aangesproken voelen in onze interventiedrang, — een drang overigens die, zoals men weet, vrij complex is gedetermineerd en die in zijn samenstelling grote delen schuldgevoel, angst en dit overcompenserende almachtsfantasieën bevat —.

Uit deze chronische noodsituaties met een verstarde oplossingspatroon, zonder pieken, zou ik vooral op de laatste categorie, die van de vastgelopen werksituatie, de aandacht willen vestigen. Uiteraard zullen wij dan tot de conclusie komen dat deze situatie niet los is te zien van vastgelopen huwelijks- en relatiesituaties. Om een duidelijk beeld te krijgen is echter isolatie van deze problematiek nodig.

Ik hoop hiermee interesse te wekken voor een benaderingsvorm van deze uiterst moeilijke patiënten, die niet alleen nieuwe perspectieven opent in vastgelopen zaken, maar die de behandelaar tevens de mogelijkheid verschaft om, ondanks zijn eigen irritaties en frustraties, tot een werkelijk bezig zijn met de patiënten te geraken. Het lijkt mij toe dat de hier te beschrijven benadering van de patiënt, binnen het gezichtsveld en de mogelijkheden van de niet-psychiater ligt.

Ter inleiding een beschrijving van de groei van en de resultaten met deze behandelingsmethode die wij — Bramlage, Hubert en auteur — nu sinds drie jaren aan ons poliklinisch pakket hebben toegevoegd. Met „ons” bedoel ik het psychotherapeutisch centrum „De Viersprong”, een psychotherapeutische eenheid met twee afdelingen voor klinische psychotherapie — één voor veertig adolescenten van dertien tot negentien jaar en één voor zestig mensen van negentien jaar en ouder — en een grote afdeling voor ambulante psychotherapie.

Het bleek dat een categorie patiën-

ten in het ons ter behandeling aangeboden contingent voorkwam, waar wij telkens geen raad mee wisten en die wij of niet geschikt achtten voor individuele- en groepspsychotherapie, of bij wie wij die toch toepasten om vervolgens vast te lopen in eindeloze behandelingen. Wij vatten deze groep samen als „mensen met problematiek van de dalende levenslijn.”

Deze ruime omschrijving omvat al degenen bij wie de inperking van „mogelijkheden tot vormgeving aan het bestaan” tengevolge van het ouder worden aanleiding vormt tot decompensatie. Om een beeld te geven van de problematiek waar het hier om gaat noem ik een aantal patiënten met hun situaties die in de afgelopen jaren door ons zijn behandeld:

Man, 53 jaar, veecastreerder (illegaal): corfobie, carcinofobie; decompensatie door strengere controle van de Inspectie Veeartsenijkunde; waardeproblematiek en angst voor discontinuïteit van het bestaan; verdrongen agressie;

Man, 50 jaar, administrateur: schrijfkrimp, ontstaan door veranderingen en bedreiging binnen de werksituatie, angst voor ontslag, doch is juist bevorderd (+ personeelsvermindering); agressieproblemen;

Man, 48 jaar, kleermaker: werkt sinds twee jaar niet, sinds tien jaar evenwichtsstoornissen + zwerfneigingen; homofiele problematiek (nooit uitgesproken), eenzaamheid; ziet de zin van het bestaan steeds minder;

Man, 50 jaar, directeur School voor Hoger Beroepsonderwijs: depressie, waardeproblematiek, kan de nieuwe structuur en trends in het onderwijs niet aan;

Man, 50 jaar, hoofd gemeentelijke sociale dienst: hoofdpijn, gevoel van afnemen van capaciteiten; agressieproblematiek binnen de werksituatie (lastige mensen);

Man, 54 jaar, emailleur: hoge bloeddruk, gevoel van waardeloosheid en zinloosheid van het bestaan sinds ontslag bij opheffing van het bedrijf (in de W.W.);

* Inleiding gehouden tijdens de Boerhaave-cursus medische psychologie oktober 1973 te Leiden.

Man, 43 jaar, assistent bedrijfsleider: depressie na hartinfarct; waardeproblematiek;

Man, 52 jaar, schipper sportvisserij: W.A.O., nek- en hoofdpijnen, depressies; machinist op de grote vaart met K.Z.-syndroom op basis van mislukking in het bestaan;

Man, 48 jaar, uitvoerder: in ziekte, angstaanvallen na wisseling van directie in het bedrijf waar hij altijd 150 procent werk leverde;

Man, 54 jaar, chemisch ingenieur: woedeaanvallen en tomeloze agressie op basis van minderwaardigheidsgevoelens, hartinfarct; gaat zo niet langer op het werk en thuis;

Man, 50 jaar, journalist: diepe depressie met suïcideneigingen na conflict met collega; problematiek rond falen in religieuze loopbaan en falen als verzetsstrijder; overcompensatie in werk lukt niet meer; existentiële crisis;

Man, 72 jaar, gepensioneerd ambtenaar: astmatische benauwdheid, decompensatie van angst voor de dood en twijfel aan de zin van het bestaan na auto-ongeval;

Vrouw, 61 jaar, huisvrouw: fobieën na het uithuisgaan van de kinderen die haar huwelijk nog enige zin verleenden;

Vrouw, 47 jaar, huisvrouw-onderwijzeres: depressies, herhaaldelijk zonder resultaat behandeld; ziet haar kans op „persoonlijke bevrediging” steeds kleiner worden;

Vrouw, 68 jaar, weduwe: recidiverende depressies na dood van de man; vertraagd rouwproces bij passief afhankelijke vrouw;

Vrouw, 45 jaar, verpleegster: ongehuwd; depressie nadat haar broer, voor wiens gezin zij zorgde, hertrouwde; probleem van de gemiste kansen, seksuele problemen;

Vrouw, 57 jaar, geen beroep: ongehuwd, chronische conversies en depressies; zeer neurotische binding met invalide, ongehuwde broer met wie zij samenwoont.

Een scala van mogelijkheden: mensen die men maar al te goed kent uit de dagelijkse praktijk, mensen die doorgaans tot de lastigen, de probleempatiënten worden gerekend. Uit de behandeling van andere probleempatiënten, bijvoorbeeld de ver-

slavingspatiënten, bij wie de individuele behandeling vaak vastloopt in een onhanteerbare gevechtssituatie, waarbij de behandelde en de behandelaar elkaar te slim af trachten te zijn, weten wij dat terugstappen van de therapeut uit zo'n situatie vaak heilzaam werkt. Aanbieden van een groep lotgenoten als behandelaars biedt hier dikwijls onverwachte mogelijkheden: de A.A. en experimenten als de Synanon-gemeenschap of Day Top Village zijn hiervan sprekende voorbeelden.

Wij besloten naar analogie daarvan tot een gelijksoortig experiment met de hiervoor beschreven categorie patiënten. Het was van het begin af aan duidelijk dat het niet zou gaan om een ontdekkende groepspsychotherapie in de orthodoxe zin des woords. De doelstellingen van deze groepsbehandelingen konden niet zijn gelegen in een „via confrontatie zoeken naar diepere psychodynamiek” om „via inzicht en corrective emotional experiences” tot een fundamenteel nieuwe uitgangstelling in het bestaan te komen. Daarvoor zijn deze patiënten te zeer verward in hun bestaanswijze. Veeleer was het de bedoeling in deze groepen gezamenlijk de huidige situatie te analyseren en tot het ontdekken van nieuwe perspectieven te komen, uitgaande van dezelfde grondgegevens die tot het vastlopen hebben geleid. Dus wel analyseren en ontdekken, maar dan in meer agogische sfeer. Zinverlening en het ontdekken van nieuwe waarden zouden de pijlers moeten vormen van deze behandeling van de ouder wordende mens.

Het beste kan het proces worden geschilderd aan de hand van de ervaringen van een van de groepsleden.

Een negenenveertigjarige monteur, gehuwd met een zes jaar oudere verpleegster, dochter van een academicus, van wie hij herhaaldelijk vermeldt dat zij op een psychiatrische afdeling werkt en dus verstand heeft van zulk soort patiënten als hij, is op het moment van verwijzing reeds twee jaar onder behandeling van een zenuwarts die onder meer schrijft: „S. is enig kind; zijn vader die concierge was, overleed vlak na de oorlog en hij bleef alleen achter met zijn zeer energieke en nogal heersende moeder. Er

ontstond een zeer sterke neurotische binding tussen patiënt en zijn moeder. Hij volgde een opleiding tot monteur en wist zich een behoorlijke positie te verwerven, maar had nogal eens moeilijkheden met zijn werkgevers. Hij kwam, tenminste dat heb ik uit de verhalen begrepen, niet openlijk met hen in conflict maar wekte blijkbaar toch vaak hun agressie op. Toen hij trouwde met een vrouw die als verpleegster indertijd bij zijn moeder kamers had gehuurd, ontstond een zeer moeilijke vijandige verhouding tussen zijn vrouw en zijn moeder, waarschijnlijk mede tengevolge van het feit dat beider karakter duidelijke overeenkomsten vertoonde.

Ik meen dat de geschetste constellatie van patiënt's jeugd en huwelijksleven ertoe heeft geleid dat zijn instorting ten slotte een feit werd. Hij maakt in eerste instantie een dermate overspannen indruk op mij dat een doorbreking van de status quo mij noodzakelijk voorkwam; er kon worden gerekend dat patiënt enige weken bij vrienden ging logeren. Ik gaf hem als medicatie 5 mg diazepam (valium) driemaal daags.

Nadat hij weer was thuis gekomen was hij duidelijk rustiger. Hoewel ik daartoe pogingen in het werk stelde, bleek een echte psychotherapie bij patiënt toch niet mogelijk; de problematiek werd door patiënt verdoezeld en naarmate zijn aanpassing aan de realiteit weer verbeterde, geheel verdrongen. Hij gooide het geheel op de moeilijkheden in zijn werk en daar deze er inderdaad waren, kon hij zijn agressiviteit daar geheel op uitleven.

Patiënt bleef nog geruime tijd thuis; de kinderen werden, omdat het vakantie was, een tijdje van hem weggehouden en zo kon hij langzamerhand met behulp van de diazepam en de daarbij gevoerde trimeprimine 25 mg (surmontil), een- tot driemaal daags, geheel tot rust komen.

De verhouding met zijn vrouw en kinderen verbeterde en na enige tijd gebruikte hij praktisch geen medicijnen meer. Daarna ging het lange tijd tamelijk goed met hem. Hij kon zonder tabletten goed slapen, hoewel hij nog steeds rugklachten hield waarvoor hij een orthopedisch corset droeg.

In januari 1973 werd hij psychologisch getest, waaruit hij naar voren komt als een man met een hoog streefniveau op de bodem van sterke insufficiëntiegevoelens; forse geldingsdrang en angst om miskend en gepasseerd te worden. Hierin is hij zeer kwetsbaar. Voorts is er sprake van een zwakke integratie.

Ik zag hem niet meer tot 20 juli 1973. Hij werkte op de Sociale Werkplaats, waar hij eerst met plezier naar toe ging, maar ongeveer zes weken voor hij weer bij mij kwam, had hij toch weer een inzinking. Hij kon niet meer slapen, zich niet ontspannen, en ook zijn werk niet

meer doen. Wel zou hij van alles willen maar er kwam niets uit. Vanaf die dag kwam hij weer vrij frequent bij mij terug.

Thuis waren er ook weer wat problemen. Volgens hem houdt zijn vrouw niet van het huishouden terwijl hij juist erg netjes is; hierdoor waren botsingen ontstaan. Van de kinderen kon hij ook niets verdragen. Zijn moeder was na veel gepraat nu toch naar een bejaardentehuis gegaan. Het laatst schreef ik hem drie maal daags 10 mg librium voor en voor de nacht een tablet cyclobarbital. Van deze medicatie sliep patiënt veel en hij bleef erg labiel.

Op 7 augustus 1973 kwam hij weer bij mij. De week tevoren was hij tweemaal gecollabeerd; hij voelde zich moe en ongelukkig, was angstig wanneer hij alleen thuis is. Ik durf eigenlijk niet dieper op de zaak in te gaan, omdat ik bang ben dat hij in een desintegratiestand zal geraken. Gaarne uw oordeel of patiënt voor een eventuele opname in aanmerking komt.

Wij concludeerden dat wij hier met een psychasthene man hadden te maken, die door overcompensatie van zijn insufficiëntiegevoelens altijd op zijn tenen liep en nu, deels door zijn somatisch lijden, deels onder druk van de situatieproblematiek was gedecompenseerd. Opname in ons centrum met zijn confronterende en ontdekkende sfeer was zelfs gecontraïndiceerd. De aangewezen behandeling leek ons een poliklinische groepspsychotherapie in een groep mannen van ongeveer dezelfde leeftijd en problematiek.

Naar aanleiding van dit advies komt — na een inleidend gesprek — deze man, die als een gewichtig doende, lichtelijk onechte, gespannen man kan worden beschreven, die in een vrijwel ononderbroken monoloog ontzettend veel vertelt in een stadhuistaal die vaak grammaticaal onjuist is, maar zeer deftig aandoet (denk aan de suppoost Crooswijk) voor het eerst in de groep. De groep bestaat uit zes tot acht personen van hetzelfde geslacht en in leeftijd variërend van veertig tot zestig jaren, die wekelijks bij elkaar komen voor een uur en een kwartier. De groep draagt een open karakter, dat wil zeggen dat er mensen afgaan en mensen bijkomen, dat er dus telkens oude en nieuwe groepsleden zijn. Als enige

regel voor deze groep geldt, dat hetgeen dat in de groep wordt besproken binnen deze muren blijft. Andere gebruikelijke groepsregels, zoals bijvoorbeeld elkaar buiten de groep niet ontmoeten, zijn er niet. De achtergrond hiervan is dat wij deze groep meer beschouwen als een ontmoetingsplaats, als een sociëteit, voor mensen die elkaar ook buiten deze sessies wel wat te vertellen en te bieden hebben. De patiënt moet zich in deze groep thuis voelen, opdat hij uit de sfeer van oorlogvoering en verzet tegen de maatschappij en de medische autoriteiten, in een kring van elkaar begrijpende gelijkgestemden komt, die hij kan vertrouwen.

Als wij hem verder volgen, zien wij hoe hij zich in de eerste zitting schrapzet, zoals hij dat gewend is. Zij zullen wel proberen hem zijn vaste nesteling in de invaliditeit te ontnemen, zij zullen hem wel niet geloven en zij zullen hem wel slap en een profiteur vinden. Hij opent met zijn gebruikelijke monoloog: een scheldpartij op de maatschappij en de onrechtvaardigheden daarvan. Hij wordt beleefd aangehoord, hoewel de oplettende toeschouwer reeds glimlachjes op de gezichten van de groepsleden ziet. Een spel ontwikkelt zich: men „voert” hem en laat hem zich steeds dieper vastdraaien in de eigen, gekoesterde situatieschets. Dan ontstaat geleidelijk aan een interactie tussen hem en de rest van de groep, zich ontwikkelend van welwillend terechtwijzend tot haarscherp en keihard analyserend reageren op zijn presentatie. Zij kennen en herkennen hem als een van hen; zij zijn best bereid hem op te nemen, maar dan moet hij zich bereid tonen eerlijk tegenover zichzelf te gaan staan en de oorzaak van zijn huidige situatie niet bij anderen, maar bij zichzelf te zoeken. De man, die zich herhaaldelijk tracht vast te houden aan het vertrouwde patroon van de hopeloze strijd tegen de harteloze en onbegrijpende deskundige (arts), krijgt te horen dat hij dit vooral moet opgeven, daar de dokter toch niets adviseert en dat zij het uitsluitend met

elkaar zullen moeten uitzoeken, zodat hij plotseling zonder zijn geliefde tegenspeler komt te staan. Dit gaat zelfs zo ver dat de groep vóór en ná de groepszitting even hard werkt als tijdens de groepszitting en dat zij in de vakanties van de therapeut zonder hem doorgaan. De andere grondhouding die het gevolg is van deze verschuiving in het benaderingspatroon vormt een eerste stap om in een nieuwe verhouding te komen tot het dagelijks bestaan.

Als gemeenschappelijke themata worden in deze groep doorgaans de volgende stellingnamen ontmanteld:

- de 100 procent houding: iedereen die zich minder dan 100 procent inzet is waardeloos en een klaploper;
- het teleurgesteld zijn in de medemens: iedereen beduvelt je;
- strijden tegen het onrecht: het niet kunnen verdragen van onrechtvaardigheden;
- waarde is afhankelijk van prestatie: wie niets presteert is niets waard;
- niemand waardeert het als je je best doet, maar fouten zien zij haarscherp;
- ik ben niet geworden wat ik had moeten en kunnen worden;
- nauwgezetheid, plichtsgetrouwheid en eerzucht zijn de steunpilaren van het maatschappelijk functioneren.

Kortom een groot aantal variaties op het Adlerse stramien, het stramien van de meer- en minderwaardigheidsgevoelens.

Hoewel het mogelijk paradoxaal aandoet, zou men kunnen zeggen dat de eerste werking van de groep de renteneurotische houding bevordert; zij ontdoet de patiënt van zijn schijngevecht tegen zijn symptomen, onthult zijn belang bij het ziek-zijn en spoort hem aan toe te geven dat hij bang is dat hij niet zal voldoen aan de eisen van de samenleving, die zijn eigen eisen zijn; dat hij zichzelf de zweep oplegt vanuit afhankelijkheid

ten opzichte van de autoriteiten en dat dit weer leidt tot agressieverdringing in werk- en huwelijks-situaties. Als hij deze zaken erkent, wordt hem geadviseerd dat hij dan maar eens passief moet durven zijn en van de beschermende W.A.O. en andere sociale voorzieningen moet durven genieten zonder smoes (voorwendsel). Deze boodschap die de patiënt tracht los te weken uit de prestatie maatschappij waarin hij is stukgelopen, omdat hij erin geloofde, wordt soms ondersteund door ontspanningsoefeningen. Pas als de patiënt de krampachtige rechtvaardigingshouding heeft laten varen en durft te doen waarin hij zin heeft, ontstaat er weer ruimte voor een hernieuwd intreden in de maatschappij, maar nu met een vrijere, meer op ervaring gerichte instelling, „wijzer” zou men kunnen zeggen.

Tijdens dit proces komt het uiteraard nogal eens voor dat men lang verborgen angsten en existentiële crisissituaties temidden van deze vertrouwde groep eindelijk eens kan uiten, een cathartisch gebeuren dat bij een van mijn patiënten, een leuder, aanleiding was tot het schrijven van een complete roman over zijn leven, die circuleerde onder de groepsleden.

Inmiddels veranderde onze patiënt onder invloed van deze processen van een querulatorische, bijna niet te verdragen betweter in een redelijk sympathieke man die inzag dat zijn prestatiedrang hem niet alleen tot roefbouw op zijn eigen vitaliteit, maar ook tot verwaarlozing van zijn relatie met zijn vrouw en kinderen had gebracht. Wat zijn werk betrof kwam hij via vaststelling van maximale invaliditeit en via omscholing tot een ander beroep.

Een door de groep gecoached gesprek in twee etappes met zijn zoon, verhelderde de situatie met zijn kinderen. Wat betreft de relatie met zijn vrouw werd het hem allengs duidelijk, dat hij haar misbruikte als superieure moeder/verpleegster en dat hem dat tegelijkertijd van haat voor haar vervulde. Teneinde tot een

ontmoeting op gelijk niveau te komen werd, toen zijn vrouw ook om begeleiding vroeg, door en met de groep besloten dat beiden zouden deelnemen aan een echtparengroep, hetgeen nog op het programma staat.

Nu iets over de rol van de therapeut in de groep. Welke rol speelt hij? In deze groep is dat — in tegenstelling tot een aantal andere psychotherapeutische situaties — een redelijk eenvoudige en bevredigende. De therapeut kan zich beperken tot het verhelderen van hetgeen tussen de groepsleden plaatsvindt, terwijl het eigenlijke werk door henzelf wordt gedaan. Daar de groepagogisch, re-educatief van karakter is, dat wil zeggen een groep waarin je wat leert, kan de therapeut als hij intervenieert meer direct en actief zijn, meer mede- en samenwerker zijn dan in een gewone groep. Hij is hier meer dirigent, dan „participant observer”. Zijn opmerkingen zijn meer structurerend dan spiegelend. Dit alles houdt in dat dit soort groepen een minder specifiek psychotherapeutische houding en opleiding vereisen dan de doorsneegroepen en dat zij enigszins met casework zijn te vergelijken, zij het dan in het meer-voud.

Vanuit dit gegeven meen ik dat dergelijke groepen mensen in de dalende levenslijn, in beginsel ook kunnen worden begeleid door bijvoorbeeld maatschappelijk werkers met ervaring en training in groeps-hantering, samen met een arts die iets voor deze richting voelt (de arts is nodig in deze goepen vanwege de vaak aanwezige somatisering en het feit dat daarover met enige zekerheid moet kunnen worden gesproken, bijvoorbeeld als men samen met de groep rigoreus in een waslijst van onnodige medicatie hakt). Ik denk in dit verband in de eerste plaats aan revalidatieafdelingen, verpleeg- en rusttehuizen en zelfs aan de huisartspraktijk als men er daar de tijd voor zou hebben (groepspraktijk met een psychiatrisch geïnteresseerde arts).

De resultaten die met deze groepen zijn behaald, zijn tot nu toe goed te

noemen. Het is voor een groot deel van de groepsleden al een diep ingrijpende ervaring dat zij niet alleen staan; voor sommigen is dit zelfs de eerste keer dat zij zich tussen mensen voelen die zij vertrouwen. Maar hier ligt tevens het gevaar van dit soort groepen: voor een aantal mensen is de beleving van een zo intensieve aard dat zij de groepsbijeenkomsten als een bezoek aan een tankstation voor de volgende week gaan voelen; dit geldt bijvoorbeeld in het bijzonder voor de vereenzaamden.

Een goede oplossing voor dit probleem hebben wij nog niet. Het stellen van een limiet aan de deelnemingsduur lijkt ons in het kader van een groep niet de aangewezen weg. Voorlopig hebben wij het plan op onze polikliniek een ruimte ter beschikking te stellen voor groepsleden die willen doorgaan met elkaar te zien. Een therapeut is hierbij niet aanwezig, maar men zou zo nodig een groepswerker kunnen vragen er eens bij te komen; ervaring met deze opzet hebben wij nog niet.

Tenslotte enkele cijfers: Sinds 1971 zijn ongeveer vijftig patiënten in deze groep in behandeling geweest; allen mensen die anders zeker niet voor behandeling op onze polikliniek in aanmerking waren gekomen, omdat de gegevens hen voor psychotherapie in engere zin ongeschikt maakten. Men zou bij deze mensen kunnen zeggen: zij zijn al opgegeven, dus elk resultaat is meegenomen. Op een totaal van vijftig patiënten zijn vierendertig patiënten verbeterd tot sterk verbeterd en zestien gelijk gebleven tot verslechterd, een verbetering dus van twee op een.

Ik zou het bij deze introducerende beschrijving van deze groep willen laten. Ik hoop dat zij u aan het denken heeft gezet over nieuwe mogelijkheden op het gebied van een categorie patiënten die over het algemeen als therapie-resistent wordt beschouwd.