

Wat herhaald wordt, moet herinnerd worden

Over reconstructieve psychotherapie met gebruikmaking van de klinische setting

door P. T. H. M. van der Linden

Inleiding

Het heeft er de schijn van dat de namen 'therapeutische gemeenschap' en 'psychotherapeutische gemeenschap' in Nederland minder gebruikt worden en dat daarentegen de term 'klinische psychotherapie' terrein aan het winnen is. Die verschuiving in terminologie is uiteraard niet zonder betekenis. Van *zijn* therapeutische gemeenschap schreef Maxwell Jones in 1956 nog dat de aanpassing van het individu aan zijn sociale omgeving en zijn werkomstandigheden de centrale doelstelling was, 'zonder enig ambitieus psychotherapeutisch programma' (Jones, 1956). Wanneer de behandelingsvorm vervolgens omgedoopt wordt tot psychotherapeutische gemeenschap, lijkt het er al op dat een andere weg wordt ingeslagen. In de naam 'centrum voor klinische psychotherapie' komt onverholten tot uitdrukking dat de uitvoering van psychotherapie de centrale doelstelling is, hetgeen op de organisatie derhalve uitdrukkelijk zijn stempel zal drukken.

In dit artikel wil ik eerst in grote lijnen de historische ontwikkeling schetsen die aan de gesignaleerde naamsverandering ten grondslag ligt. Vervolgens wordt aangegeven wat ik versta onder 'klinische psychotherapie', opgevat als een specifieke therapeutische setting; dit wordt uitgewerkt aan de hand van het paradigma 'wat herhaald wordt, moet herinnerd worden'. Bij wijze van voorbeeld zal ik vervolgens aangeven hoe de verschillende elementen van de klinische setting in het behandelingsprogramma van het dagcentrum 'De Vondelstraat' vertegenwoordigd zijn. Tenslotte zal ik kort ingaan op de schijnbare tegenstelling die lijkt te bestaan tussen de termen 'klinische' psychotherapie en 'dagbehandeling'.

Schrijver is psycholoog-psychotherapeut, als beleidspsycholoog werkzaam in het psychotherapeutisch dagcentrum 'De Vondelstraat' te Amsterdam, dat deel uitmaakt van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. Het artikel is de omgewerkte tekst van een voordracht, gehouden op de studiedag over psychotherapeutische dagcentra, te Kortenberg (België), op 6 mei 1983.

De therapeutische gemeenschapsbeweging

Het concept van de therapeutische gemeenschap is oorspronkelijk ontstaan binnen de polemiek tussen meer traditionele psychiatrische behandelingsvormen en nieuwe experimenten op dit gebied. De titel van Bierenbroodspots proefschrift uit '69 luidt: De therapeutische gemeenschap en het traditioneel psychiatrisch ziekenhuis — waarmee de twee soorten instellingen in tegenstelling tot elkaar worden gezet, hoezeer de schrijver ook zijn best doet in de rest van het boek om die tegenstelling niet onverzoenlijk te maken. Nog sterker komt het ideologisch karakter van de therapeutische gemeenschap naar voren in de vroege Engelse literatuur, waarin, tegenover de hiërarchische organisatiestructuur van de traditionele inrichting met een grote afstand tussen behandelaars en patiënten, een communale samenlevingsvorm wordt gepropageerd, waarbinnen de verschillen tussen staf en patiënten nadrukkelijk *niet* worden geprofileerd. Mede onder invloed van de antipsychiatrische beweging in de jaren 60 ging deze tendens zo ver dat de begrippen 'deskundigheid' en 'professionaliteit' onder werkers in therapeutische gemeenschappen een wat verdachte klank kregen. Er trad een zekere idealisering op van de niet-beroepsmatige vrijwillige hulpverlener, die de patiënten meer onbevangen en op gelijk niveau tegemoet zou treden, niet gehinderd door allerlei theoretische kennis op het gebied van psychodiagnostiek en psychotherapeutische techniek. Ook binnen de staven van therapeutische gemeenschappen zag men de neiging de specifieke deskundigheden van individuele stafleden te negeren en zich over te geven aan de illusie dat iedereen gelijk was en dus tot alles in staat. De Klerk-Roscam Abbing heeft bijvoorbeeld, in een artikel over groepsprocessen binnen de staf van 'De Vondelstraat', beschreven hoe in die tijd het gevoel aan elkaar gelijk te zijn eenzijdig verheerlijkt werd en onderlinge verschillen taboe waren; de taken en bevoegdheden van diverse stafleden vloeiden in elkaar over en overlaptten elkaar: 'er was binnen het team in die periode weinig sprake meer van taakafbakening tussen het afdelingshoofd, de assistent-psychiaters, de sociotherapeuten en de activeringstherapeuten. Ze leken allen ongeveer hetzelfde werk te doen', zo schrijft zij (De Klerk-Roscam Abbing, 1982). Dit overtrokken streven naar gelijkheid had ook zijn invloed op de manier waarop naar de patiënten werd gekeken. Sociologen en aanhangers van de 'labeling theory' hebben terecht gewezen op de potentieel nadelige effecten van diagnostische etikettering, maar de reactie hierop ging soms zo ver dat de ernst van de problemen waar patiënten mee worstelden, ontkend werd: men kon hier en daar horen spreken over de creatieve aspecten van een psychotische decompensatie en patiënten werden voorgesteld als de enige individuen die adequaat reageerden op een zogenaamde krankzinnige maatschappij.

Ten aanzien van bepaalde therapeutische gemeenschappen is in de

afgelopen jaren herhaaldelijk betoogd dat zij van de grond gekomen zijn onderinvloed van 'charismatische' leiders, die hun opvattingen eenzijdig verheerlijkten en daar betrekkelijk onkritisch het heil van verwachtten. Hun strafproces is in de literatuur inmiddels gevoerd: hun stijl van leiderschap is veroordeeld. Therapeutische gemeenschappen lijken slechts dan continuïteit en geloofwaardigheid te verwerven, als de charismatische leiders op den duur door meer bezadigde 'administrateurs' worden opgevolgd. Anderzijds wordt in de processtukken maar zelden ontkend dat een bepaalde therapeutische gemeenschap waarschijnlijk nooit tot leven zou zijn gekomen zonder het heilig vuur en het elan van die pioniers. Het komt mij voor dat men van de therapeutische gemeenschapsbeweging als geheel hetzelfde zou kunnen zeggen. De evolutie van die beweging naar wat vandaag de dag 'klinische psychotherapie' wordt genoemd, markeert op dit breder niveau de overgang van een charismatische naar een meer administratieve fase. In Nederland wordt deze overgang bijvoorbeeld getypeerd doordat in 1982 een beroepsvereniging van klinische psychotherapeuten werd opgericht, die zich beijvert om een specialistische opleiding van de grond te krijgen en officiële erkenning te verwerven. Dat aan een dergelijke ontwikkeling aspecten van verburgerlijking en institutionalisering vastzitten, zullen sommigen betreuren. De doorslaggevende winst ervan kan mijns inziens bestaan in meer reflexieve houdingen aanzien van de eigen praktijk, in meer overwogen theorievorming en daarmee in een meer wetenschappelijke en professionele benadering van patiënten. Of die laatste daar blij mee zijn, valt nog maar te bezien. 'Mensen geloven vaak dat er alleen maar om hen gegeven wordt als ze worden beklagd of straf en vergeving ontvangen en niet als er over hen wordt nagedacht', schreef Van den Hoofdakker (1976) al eens. Op die menselijke neiging heeft de charismatische periode van de therapeutische gemeenschapsbeweging zeker ingespeeld.

Klinische psychotherapie: een specifieke therapeutische setting

Ik heb al eens eerder de stelling uiteengezet dat een psychotherapeutische gemeenschap, los van de genoemde ideologische implicaties, het best kan worden opgevat als een speciale 'setting' voor psychotherapie (Van der Linden, 1982). Hetzelfde geldt uiteraard voor het begrip 'klinische psychotherapie'. Hierin is onder andere de opvatting geïmpliceerd dat niet iedere vorm van psychotherapeutische bemoeienis met opgenomen patiënten ipso facto ook als 'klinische psychotherapie' gedefinieerd kan worden. Om dit nader toe te lichten is hier een uitweiding met betrekking tot het begrip 'setting' in de psychotherapie op haar plaats.

Het is al bekend dat toepassing van psychotherapie heden ten dage binnen een variëteit van 'settingen' plaatsheeft; als bekendste voorbeelden kunnen genoemd worden: de vis-à-vis situatie van de zoge-

naamde individuele psychotherapie, de setting van de groep in groeps-psychotherapie, de triade in partner-relatie-therapie en het gezin met therapeut(en) in gezinstherapie — aan deze opsomming nu kan mijns inziens het 'centrum voor klinische psychotherapie' worden toegevoegd. Alleen al het bestaan van zulke verschillende therapeutische settingen is opmerkelijk als men bedenkt dat de uitvoering van psychotherapie zo'n 80 jaar geleden in een zeer specifieke en nauw omschreven setting is begonnen. Er was een dyadische gespreksituatie, waarbij de patiënt op de bank lag en de therapeut buiten diens gezichtsveld aanwezig was; de sessies vonden veelal plaats in Freuds werkkamer aan de Berggasse; de duur van de behandeling werd niet tevoren vastgesteld, maar was zelden zo lang als tegenwoordig. Het meest in het oog springend verschil met veel settingen, waarin psychotherapie vandaag de dag wordt beoefend, is de grote nadruk op de discretie van het gebeuren. Freud maakt in dit verband zowel de vergelijking met een 'geseculariseerde biechtvader' als met een chirurg, die tijdens de operatie ook familie en vrienden verhoudt, om zijn werk naar behoren te kunnen verrichten. Uit deze werkwijze wordt nogal eens de conclusie getrokken dat Freud de interactionele betekenis of functie van psychische klachten en symptomen niet zou hebben onderkend. Juist echter in de passage waar hij de vergelijking maakt met de chirurg, die geen familie toelaat in de operatiekamer, schrijft hij: 'Niemand die enig idee heeft van de ruzies die zo dikwijls gezinnen verscheuren, zal zich erover verbazen, als hij bemerkt dat soms de naaste verwanten van de patiënt minder belang hebben bij diens genezing dan wel dat deze blijft zoals hij is. Als de neurose, zoals zo vaak het geval is, te maken heeft met conflicten tussen de leden van een gezin, dan zullen de gezonde gezinsleden zonder aarzelen kiezen voor hun eigen belang en niet voor het herstel van de patiënt'. Zó cynisch hoort men het een moderne gezinstherapeut zelden uitdrukken en Freud geeft vervolgens aan dat menige psychoanalyse onder druk van verwanten wordt afgebroken en verzucht: 'feitelijk hebben wij in die gevallen iets ondernomen, dat in de gegeven omstandigheden onuitvoerbaar was' (Freud, 1922). Deze passage uit de 'Introductory lectures' is zo interessant, omdat eruit naar voren komt dat de afzondering waardoor de psychoanalytische setting oorspronkelijk werd gekenmerkt, niet gefundeerd wordt op theoretische premissen, maar op overwegingen die te maken hebben met de 'uitvoerbaarheid' van de procedure. Freud ziet met andere woorden zeer wel de interactionele component van de psychische klachten, maar acht het onuitvoerbaar deze in de behandeling te betrekken. Latere veranderingen, in de loop van de tijd in de setting aangebracht, hebben als voornaamste effect dat dit nu juist wel gebeurt. Men kan de historische ontwikkeling van de setting beschrijven als een evolutie, waarin naast aandacht voor intrapsychische conflicten steeds nadrukkelijker óók de interactionele betekenis of de adaptieve functie van psychische problemen geëxploreerd worden. Deze

ontwikkeling nam een aanvang, toen de psychotherapeut zijn verborgen plaats buiten het gezichtsveld van de cliënt opgaf en de vis-à-vis gesprekstherapie haar intrede deed. De laatste jaren maakt de Amerikaanse analyticus Robert Langs mijns inziens pas ten volle duidelijk welke consequenties die verandering van de setting heeft gehad voor het psychotherapeutisch werk. Hij probeert zijn lezers er gevoelig voor te maken hoe het gedrag van de psychotherapeut en de actuele therapeutische transacties in het proces een bepalende rol spelen. Hij laat daarbij overtuigend zien hoe essentieel het is om het verhaal van de cliënt primair onder déze gezichtshoek te onderzoeken. De weerstanden welke zijn inzichten in psychoanalytische kring, naast uitdrukkelijke bijval, ontmoeten, behoeven ons niet te verwonderen. Men kan zulke weerstandsfenomenen waarnemen op ieder moment in de nog jonge geschiedenis van de psychotherapie, waarop wijzigingen in de setting werden aangebracht. Niet alleen de vis-à-vis opstelling is aanvankelijk met wantrouwen bekeken, maar dezelfde sceptische geluiden hebben de introductie van groepspsychotherapie begeleid, evenals de eerste pogingen om echtparen en gezinnen gezamenlijk te behandelen. Telkens gingen er stemmen op die beweerden dat dit toch geen psychotherapie meer was en dat werkelijke veranderingen op deze manier niet tot stand konden komen. Hoewel ik het met deze conclusie niet eens ben, is het wel de plaats er hier op te wijzen dat iedere verandering van setting in psychotherapie specifieke en moeilijk oplosbare problemen met zich meebrengt. Deze hebben onder andere met het volgende te maken. Het begrip 'setting' geeft aan dat een psychotherapeutische behandeling niet zonder meer uitvoerbaar is onder ieder willekeurig soort omstandigheden, maar dat er bepaalde regels moeten gelden, die de voorwaarden vastleggen en omschrijven. Freud heeft bij herhaling betoogd dat een psychoanalyse het best kon worden uitgevoerd vanuit de attitude en met de instelling van een wetenschappelijk onderzoeker. Die uitspraak geeft aan dat de regels welke een psychotherapeutische setting definiëren in principe van methodologische aard zijn. Ze definiëren de onderzoekssituatie en maken het de onderzoeker mogelijk het gedrag van de 'proefpersoon' zo objectief mogelijk te bestuderen. Het is in dit licht bezien niet toevallig dat de psychotherapeutische setting oorspronkelijk zo'n sterk gestandaardiseerd karakter had. Ik kom daar naar aanleiding van de klinische psychotherapie hieronder op terug. Nu al kan gezegd worden — en het voorbeeld van Langs laat dat zien — dat zowel de speciale problemen die zich bij een verandering van setting voordoen, als de specifieke therapeutische mogelijkheden die daardoor geschapen worden, dikwijls pas na jarenlange studie en praktijk volledig duidelijk worden. Begrijpelijk-kerwijs ziet men aanvankelijk therapeuten in een nieuwe setting teruggrijpen op werkwijzen en concepten die in eerder beproefde situatie werkzaam waren, en worden specifieke bewerkingswijzen van klachten die de nieuwe setting mogelijk maakt, over het hoofd gezien. Dit

alles nu geldt ook waar het de setting van de klinische psychotherapie betreft. Oorspronkelijk werden de bekende methoden van individuele en groepspsychotherapie toegepast bij patiënten die opgenomen waren in psychiatrische instellingen. Winkler heeft beschreven hoede pogingen van deze pioniers een geschiedenis vormen van pijnlijke teleurstellingen en regelrechte mislukkingen (Winkler, 1966). Ook bij deze nieuwe setting duurde het geruime tijd voordat de eigenaardige moeilijkheden en mogelijkheden ervan werden onderkend en wij zijn nog dagelijks bezig daarover te leren. Wat de specifieke moeilijkheden betreft, werd gaandeweg steeds duidelijker dat de hiërarchische structuur van de traditionele psychiatrische inrichting een antitherapeutisch effect had. Op die manier groeide het inzicht dat toepassing van psychotherapie binnen de context van een psychiatrische opname alleen mogelijk en uitvoerbaar is als de opnamesituatie zelf volgens psychotherapeutische principes wordt georganiseerd. Een vergelijking met de setting van de groepspsychotherapie kan in deze verhelderend zijn. In de eerste beginperiode van deze setting vindt men nog weinig begrip voor de eigen aard ervan: groepstherapie wordt dan opgevat als een aantal individuele psychotherapieën, binnen een groep uitgevoerd. De groepsleden werden hierbij geacht van elkaars behandeling te leren en de rol van de groepspsychotherapeut vertoonde veel gelijkenis met die van een simultaan-schaakspeler. Pas na jaren ging Bion met de begrippen 'work group' en 'basic assumption groups' de aandacht vestigen op de typische wijzen waarop weerstand en overdracht zich binnen deze setting manifesteren; zo kon geleidelijk aan de notie verhelderd worden dat het binnen deze setting ging om een nieuwe modaliteit van psychotherapie, aangeduid als 'psychotherapy through the group process'. Op analoge wijze is geleidelijk aan het inzicht aan het groeien dat klinische psychotherapie niet begrepen moet worden als psychotherapie *in* de klinische situatie, maar *via* of *met gebruikmaking* van die situatie. Dat wil zeggen dat de afdeling zelf, met haar cultuur, regels, rollen, taken en programma, als psychotherapeutisch agens wordt gehanteerd. De transacties binnen de afdeling worden opgevat als het therapeutisch veld, zoals de therapeut-cliënt-relatie dat is in individuele therapie of de groep in groepstherapie. Niettemin heeft dit therapeutisch veld een extra en oorspronkelijk kenmerk: dat het als sociale structuur, als organisatie waar de therapeuten deel van uitmaken, in stand wordt gehouden. Dit laatste houdt in dat binnen deze setting afweer en overdracht niet alleen interactioneel in de realiteit veranderd kunnen zijn, maar ook institutioneel. Wil klinische psychotherapie met succes worden toegepast, dan moet de aandacht ook uitgaan van deze institutionele kenmerken van de setting. Ik kom daar later uitvoerig op terug.

Tot nu toe werd met name gereleveerd welke veranderingen zich in de loop van de tijd in de psychotherapeutische setting hebben voorgedaan. In het vervolg van dit artikel wil ik vooral stilstaan bij de constan-

te kenmerken van psychotherapie die in diverse settingen aanwezig zijn, en nagaan hoe deze constante kenmerken in de klinische psychotherapie vertegenwoordigd zijn. Toen hierboven werd geschetst waarin de setting van de psychoanalyse in zijn oorspronkelijke vorm bestond, werd gewezen op de afspraken die de ruimte en de tijd structureren. De belangrijkste afspraak werd daarbij echter onvermeld gelaten, namelijk die welke de taakverdeling tussen therapeut en cliënt regelt. De afspraak houdt in dat de cliënt zo eerlijk mogelijk al het materiaal ter beschikking zal stellen, dat zijn zelfwaarneming verschaft en de therapeut belooft strikte geheimhouding en stelt zijn ervaring in het interpreteren beschikbaar. Die afspraak, zegt Freud in de Abriss kort en bondig, constitueert de therapeutische situatie. Van de éne partij vergt de afspraak een principiële bereidheid om zichzelf ter discussie te stellen; van de andere partij een belangeloze afzijdigheid, waardoor men het doen en laten van de patiënt niet op grond van eigen wensen of motieven probeert te beïnvloeden. De doelstelling van deze afspraak kan kort worden samengevat in het paradigma dat wat herhaald wordt, herinnerd moet worden. Iets uitgebreider gezegd, heeft de afspraak tot doel:

- a. dat vastgesteld kan worden wat herhaald wordt;
- b. dat door de interpretatie van de therapeut bewuste herinnering in de plaats komt van onbewuste herhaling;
- c. dat door deze bewustwording de vrijheid ontstaat voor nieuw gedrag in plaats van stereotiepe herhaling, niet alleen in de therapie, maar ook daarbuiten.

Aan de hand van deze drie stappen zou ik willen proberen de condities aan te geven waar de setting van de klinische psychotherapie aan moet voldoen, wil ze geschikt zijn om de procedure van inzichtgevende psychotherapie uit te voeren. Wordt aan deze voorwaarden voldaan, dan is het mijns inziens met gebuikmaking van deze setting mogelijk om zulke psychotherapie te bedrijven met patiënten die daar in andere settingen niet voor geschikt zijn. Met andere woorden: de grens van 'behandelbaarheid' wordt, dank zij het gebruik van deze setting, verlegd.

Vaststellen wat herhaald wordt

Op de eerste plaats moet dus vastgesteld kunnen worden wat herhaald wordt. Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat dit binnen de oorspronkelijke setting van de psychoanalyse een heel wat eenvoudiger taak is dan binnen de setting van de klinische psychotherapie. Als de patiënt op de bank in staat is door middel van zijn verhaal het materiaal te leveren dat zijn zelfwaarneming verschaft, dan kan dit materiaal veilig als 'herhaling' opgevat worden. De onzichtbare en abstinente analyticus geeft immers weinig cues of aanleiding, waardoor dit reëel gemotiveerd zou kunnen worden. In dit opzicht kan men de taak van de

psychotherapeut in de oorspronkelijke setting betrekkelijk eenvoudig noemen. Daar staat tegenover dat de taak van de patiënt in deze setting extreem veeleisend is: hij moet, zoals Freud zegt, in staat zijn tot zelfwaarneming en hij moet beschikken over de mogelijkheid van 'transfer of learning' (nog beter zou men in dit verband over 'transfer of meaning' kunnen spreken), dat wil zeggen dat hij ervaringen die hij in zijn leven heeft opgedaan, moet kunnen toepassen in de relatie tot zijn therapeut, of meer alledaags gezegd: in staat zijn tot overdrachten. Dit veronderstelt een intacte ego-structuur, waarbinnen het zelf als subject en het zelf als object van elkaar onderscheiden worden en waardoor ervaringen in de realiteit invloed kunnen uitoefenen in het domein van de fantasie en omgekeerd, zonder dat tussen beide gebieden een chaotische verwarring ontstaat. De boven besproken veranderingen in de setting, die in de loop van de tijd werden aangebracht, kunnen beschouwd worden als maatregelen om het ego bij deze moeilijke opgave van zelfwaarneming te steunen en om het proces van 'transfer of meaning' te vergemakkelijken. De vis-à-vis situatie, de groep, het echtpaar of gezin in therapie, en de samenleving van de klinische afdeling, bieden de mogelijkheid om de patiënt in diens zelfwaarneming te helpen. In deze settingen kunnen immers ook anderen hem waarnemen en hem wijzen op herhalingen in zijn gedrag, die hij zelf als z6 ego-syntoon beleeft dat hij ze niet kan constateren. Hier worden wij geholpen door het feit dat, zoals Kuiper (1976) het uitdrukt, 'de persoonlijkheid dramatisch gestructureerd is'. Heel dikwijls, zegt hij, voeren wij ons innerlijk drama op met personen uit de buitenwereld, die we kiezen voor die rol. Op dit aspect van de persoonlijkheid is sterk de nadruk gelegd door de Amerikaanse psychiater Harry Stack Sullivan, die de persoonlijkheid beschrijft als de karakteristieke reeks interpersoonlijke scenario's, die iemand telkens weer met personen in zijn omgeving opvoert. Het zal niet toevallig zijn dat dezelfde Sullivan al in de dertiger jaren in de Verenigde Staten de allereerste therapeutische gemeenschap heeft opgezet voor psychiatrische patiënten. Behalve dat het ego in zijn zelfwaarneming geholpen wordt, bieden deze settingen, waarin actuele interacties optreden, het voordeel dat 'transfer of meaning' dáárdoor vergemakkelijkt wordt, doordat de actuele context en de context waarin de oorspronkelijke ervaringen werden opgedaan, méér op elkaar gelijk zijn. De leertherapie voorspelt dat de kans dat wat in situatie A geleerd is, ook wordt toegepast in situatie A', groter is naarmate A' meer gelijkenis vertoont met A. Echter, deze maatregel, die de taak van de patiënt vergemakkelijkt, maakt in dezelfde mate de taak van de therapeut ingewikkelder: hoe namelijk moet vastgesteld worden wat herhaald wordt? Naarmate het aantal actuele en reële relaties binnen een therapeutische setting toeneemt, wordt de taak lastiger om het aandeel van de patiënt in die interacties dat niet volledig gemotiveerd wordt door het gedrag van anderen, te onderscheiden van het aandeel dat daar wél volledig door gemotiveerd wordt. De

oplossing voor dit probleem is tegelijk simpel en vérstrekkend. Die oplossing bestaat hierin dat de grondregel welke in psychoanalyse geldt ten aanzien van alles wat opkomt bij de patiënt, zich gaat uitstrekken tot alles wat binnen een psychotherapeutische setting gebeurt. Zoals ieder detail, hoe onbeduidend of schijnbaar zinloos ook, dat de analysant invalt, in principe besproken moet worden en op zijn betekenis onderzocht, zo moet alles wat binnen het therapeutisch gesprek voorvalt, wat in de groep gebeurt, wat in de therapiesessie met het gezin passeert, toegankelijk zijn voor onderzoek. Deze opvatting wint hoe langer hoe meer veld. In de vis-à-vis therapie, betoogt Langs, is het object van onderzoek niet de cliënt, maar wat hij noemt het 'bipersonal field' — de interactie tussen therapeut en cliënt. In groepspsychotherapie vormt niet het gedrag van individuele groepsleden het primaire object van onderzoek, maar de groep zelf, zodat men in Engeland terecht van 'group-analysis' is gaan spreken. In de gezinstherapie werd ontdekt dat de aandacht niet vooral diende uit te gaan naar de aangeelde patiënt, maar dat het tijdelijk systeem van gezin en therapeut(en) in het onderzoek centraal diende te staan. Hierin ligt de belangrijkste en uiteindelijke reden waarom klinische psychotherapie niet moet worden opgevat als psychotherapie *in* een klinische situatie, maar *van* een klinische situatie. In een psychotherapeutisch centrum zijn niet de cliënten of de groep van cliënten het primaire object van psychotherapeutisch onderzoek, maar het centrum zelf: staf en cliënten, cultuur, gewoonten, tradities, regels, taken en rollen, geen detail, hoe onbeduidend en onbetekenend schijnbaar ook, uitgezonderd.

Wat herhaald wordt, moet herinnerd worden

Natuurlijk zou iemand de vraag kunnen stellen waarom de aanspraken van klinische psychotherapie zo verregaand moeten zijn dat principieel geen aspect van de behandelingssituatie buiten het therapeutisch onderzoek mag blijven. Het antwoord brengt ons bij de tweede stap van het therapeutisch paradigma: dat herhaling moet worden omgezet in herinnering. Zoals bekend is Freud in de loop van zijn praktijk steeds meer belang gaan hechten aan die belevingen welke de patiënt niet uitsprak en dat het verschijnsel 'weerstand' en het onderzoek hiervan een steeds prominentere plaats in de therapie zijn gaan innemen. Daarin ligt de belangrijkste reden waarom in principe geen enkel aspect van de klinische setting buiten het veld van het therapeutisch onderzoek dient te blijven; zijn er wel zulke aspecten, dan kan men er zeker van zijn dat zich daarin de weerstand tegen verandering en de neiging tot herhalen ('acting out') verschansen. Het mag vanzelf spreken dat het bij deze regel die de openheid voor onderzoek van alle aspecten van de klinische situatie voorschrijft, gaat om een principiële openheid. Een letterlijk en volledig opvolgen van de regel is praktisch natuurlijk even onuitvoerbaar als de regel die aan de analysant gegeven

wordt om vrij te associëren en al zijn invallen uitte spreken. Wat echter het gevolg kan zijn als een bepaald aspect van wat in de klinische situatie gebeurt niet meer op zijn betekenis bevraagd wordt, kan blijken uit het volgende voorbeeld. In het centrum voor psychotherapie waar ik werkzaam ben, bestond jarenlang een speciale vorm waarin de driemaandelijke evaluatie van de behandelingen zich voltrok. Dit gebeurde in een bijeenkomst van de grote groep, waarin iedere week twee cliënten, samen met alle andere cliënten en de staf, bespraken hoe het de laatste drie maanden gegaan was met de behandeling. Nieuwkomers in het centrum merkten wel op dat deze zitting een heel speciaal karakter had en dat de sfeer daar totaal anders was dan overal elders in het centrum. Het rituele en plechtige karakter werd wel met een kerkdienst vergeleken. Daarnaast was het even opvallend hoe snel zulke kritische geluiden verstomden, als de nieuwelingen eenmaal opgenomen waren en zij als vanzelfsprekend binnen enkele weken gingen deelnemen aan deze quasi-liturgische bijeenkomst. Ondanks al dit merkwaardigs, dat wij als staf wel constateerden, verand^orde er helemaal niets aan deze vorm van evaluatie. Het klinkt mogelijk onwaarschijnlijk, maar het is een sprekend voorbeeld hoe juist binnen instituties afweer en uitageren verstopt kunnen worden. Toen er op een goed moment een nieuwe beleidspsychiater in het centrum kwam die geen directe therapeutische relaties met de patiënten had, wist deze de werkelijke functie van het gebeuren snel te onthullen. Het ging in feite nauwelijks om een evaluatie van de behandeling; de zitting functioneerde al jaren om op onbewust niveau complimenten tussen stafleden en cliënten uitte wisselen en daarmee als een gezamenlijke afweer tegen agressieve gevoelens die in overdracht en tegenoverdracht speelden. Wij waren er niet voor niets allemaal zo gehecht aan! Het voorbeeld wil duidelijk maken dat ieder aspect van de klinische setting dat buiten het bereik van therapeutische reflectie blijft, ipso facto een manier van doen, een gewoonte of een handelwijze wordt, waarbinnen weerstand en 'acting out' zich vestigen. Wat daarin herhaald wordt, hoeft niet herinnerd, niet bewust gemaakt te worden en dan gaat het uiteraard om de meest beschamende en pijnlijke zaken.

Nieuw gedrag in de therapie en daarbuiten

Wanneer patiënten zich binnen de setting van de klinische psychotherapie van hun herhaling bewust zijn geworden, ontstaat de vrijheid voor nieuw en creatief gedrag. Met zijn talrijke uitingsmogelijkheden in interacties en in een veelheid van rollen en taken, waarin op allerlei manieren met elkaar moet worden samengewerkt, biedt deze setting een uitstekend milieu om met vormen van nieuw gedrag te experimenteren. Dit is vooral belangrijk met het oog op 'transfer of learning', nu echter in omgekeerde richting: van de therapie naar buiten. Een succesvolle therapie veronderstelt dat de patiënt in staat is het nieuwe gedrag

en de nieuwe belevingen, waartoe hij binnen de therapeutische situatie is gekomen, ook toe te passen in andere situaties buiten de therapie. De Amerikaanse onderzoekers Goldstein, Heller en Sechrest (1966) hebben erop gewezen hoe merkwaardig weinig aandacht er in het algemeen aan deze essentiële voorwaarde voor therapeutisch succes is besteed. In hun boek 'Psychotherapy and the psychology of behaviour change' formuleren zij enkele hypothesen die volgens hen de kans op 'transfer of learning' aanmerkelijk zouden verhogen. Deze hypothesen zijn gelukkigerwijs allemaal in het voordeel van de klinische setting. Zij achten het belangrijk als de therapie plaatsvindt in een veelheid van situaties die overeenkomsten vertonen met situaties in het dagelijks leven van de patiënt. Ze achten de bemoeienis van meer dan één therapeut met de patiënt een factor die 'transfer of learning' bevordert. Zij denken dat patiënten meer van psychotherapie profiteren naarmate binnen de therapeutische setting meer aandacht wordt besteed aan het uitvoeren van gedragingen die ook in de situaties van hun dagelijks leven wenselijk zijn. Tenslotte menen zij dat 'transfer of learning' bevordert zal worden als aan patiënten wordt uitgelegd hoe psychotherapie werkt, welke theorie eraan ten grondslag ligt en hoe veranderingen erdoor tot stand kunnen komen. De sociotherapie, de behandeling door een team en de nadruk op participatie van patiënten in het reilen en zeilen van de afdeling, staan garant voor betere condities voor 'transfer of learning' volgens de eerste drie hypothesen. In 'De Vondelstraat' zijn we de laatste jaren meer aandacht gaan besteden aan de laatste voorwaarde: vanaf de intake wordt veel uitleg gegeven aan patiënten over de manier waarop de behandeling in haar werk gaat en deze uitleg wordt in de loop van de behandeling op gezette tijden herhaald. Hoewel uiteraard het risico dat door zulke verklaringen de intellectualiserende afweer wordt versterkt, niet denkbeeldig is, menen wij toch dat de gunstige uitwerking ervan groot is. Mijn veronderstelling hierbij is dat het bijdraagt aan de openheid voor onderzoek van alles wat er binnen de setting gebeurt, waarvan hierboven werd gezegd dat zij essentieel is voor klinische psychotherapie.

Concrete vormgeving

De belangrijkste antwoorden op de vraag hoe het concept van de klinische psychotherapie kan worden toegepast, lijken hiermee te zijn aangegeven. Er moeten in het behandelingsprogramma bijeenkomsten zijn waarbinnen de patiënt geholpen wordt zichzelf waar te nemen als iemand die op stereotiepe en onaangepaste wijze bepaalde gedrags- en belevingspatronen herhaalt. In 'De Vondelstraat' zijn dit met name de 'beleidsgroepen', waar driemaal per week het gedrag van individuele patiënten wordt besproken in de grote groep. Hier komen aan de orde: het verzuim van therapieën, te laat komen, ziekte, verzoeken om zittingen te missen of met verlof te gaan, gebruik van alcohol en drugs,

het gewicht van anorexie-patiënten en speciale afspraken hierover, medicijngebruik, de manier waarop iemand zijn taken in het centrum vervult of verwaarloost, aanvragen om het dossier in te zien, speciale maatregelen die de staf in het kader van het behandelingsplan ten aanzien van individuele cliënten voorstelt, verzoeken om gesprekken met een van de stafleden, aanvragen om een gezinsgesprek te hebben of een gesprek met de partner, het moment waarop iemand kan overgaan naar de middenfase of de eindfase van de behandeling, het vaststellen van de ontslagdatum en de regeling van het afbouwprogramma vóór het ontslag. Al deze gebeurtenissen en de maatregelen die erbij worden afgesproken, kunnen aanleiding zijn om stereotiepe herhalingen te signaleren en aan de orde te stellen. Daarvoor zijn niet alleen de stafleden van het beleidsteam verantwoordelijk, maar ook de patiënten; met name in de beleidsgroep functioneert de 'peergroup' als ondersteuning van het waarnemend ik.

Na lang aarzelen hebben wij ervoor gekozen dat de stafleden van het beleidsteam binnen het centrum geen psychotherapieën doen. Dat wil zeggen dat de rollen van degenen die helpen signaleren wat herhaald wordt en van degenen die helpen herhaling om te zetten in herinnering, binnen de staf nu zijn onderscheiden. De confronterende attitude die de rol van signaleren vraagt en de begrijpende en interpreterende houding van de psychotherapeut leken ons steeds moeilijker in dezelfde persoon te verenigen. Het onderscheid tussen beide rollen noemen we, in navolging van andere centra voor klinische psychotherapie, 'double treatment'. Van de patiënten wordt wél gevraagd beide rollen om beurten te spelen; soms hebben zij daar moeite mee, vooral als het in de beleidsgroep gaat over leden van de eigen therapiegroep.

Over psychotherapie en sociotherapie kan ik kort zijn. Zij vervullen in huis de functies die boven genoemd werden: in de psychotherapieën worden overdrachten van ervaringen uit vroeg-kinderlijke relaties gestimuleerd, geduid en doorgewerkt; in de sociotherapeutische bijeenkomsten wordt het prospectieve principe gehanteerd en worden de patiënten aangesproken op de eisen die het volwassen samenleven en samenwerken met anderen stelt. Eenmaal per week komt de hele groep van alle patiënten en stafleden bij elkaar, om samen te onderzoeken wat zich in het centrum afspeelt. Die bijeenkomst heeft geen agenda en principieel kan ieder aspect van het leven en werken binnen het centrum daar aan de orde worden gesteld. De doelstelling van die bijeenkomst is het therapeutisch onderzoek van de afdeling als geheel door de afdeling als geheel. Zelf vind ik dat de boeiendste gebeurtenis van de week, de thermometer van het centrum, waarop wij aflezen of de afdeling vitaal is en functioneert. Het gebeurt zelden dat deze bijeenkomst niet uitnodigt tot hernieuwde reflectie op ons functioneren als staf.

Een laatste opmerking tot slot: het zal menig lezer misschien paradoxaal voorkomen dat de concrete vormgeving van een aantal princi-

pes van klinische psychotherapie wordt toegelicht aan de gang van zaken in een psychotherapeutisch dagcentrum. Toch kan hetgeen in het begin van dit artikel gezegd werd over het setting-karakter van het begrip 'klinische psychotherapie' deze schijnbare tegenstrijdigheid opheffen. Daar werd reeds gesteld dat zo'n opvatting impliceert dat niet iedere vorm van psychotherapie met dag en nacht opgenomen patiënten zonder meer de voorwaarden van de klinisch-psychotherapeutische setting realiseert. Echter, mijns inziens geldt ook het omgekeerde van deze stelling: de condities die in essentie de setting van de klinische psychotherapie bepalen, zijn onder bepaalde voorwaarden ook in dagbehandeling realiseerbaar. Dit veronderstelt wel dat een significant deel van het dagelijks leven van de patiënten zich in het dagcentrum afspeelt. In kwantitatief opzicht houdt dit in dat het moet gaan om een full-time dagbehandeling, van 4 a 5 hele dagen per week; kwalitatief moet het centrum dan ook een werkelijk leefmilieu bieden, waar patiënten niet op gezette tijden binnenkomen voor het bijwonen van therapieën, maar waar ze daadwerkelijk overdag verblijven, over eigen ruimten beschikken om zich te ontspannen, hobby's te beoefenen, te werken, te eten en met elkaar om te gaan—zodat zij voor de vormgeving van dit leefmilieu ook reële verantwoordelijkheid kunnen dragen. De laatste jaren is ons opnieuw duidelijk geworden dat sociotherapie, juist ook bij het realiseren van klinische psychotherapie als dagbehandeling, een cruciale rol vervult. Dit geldt sterk ten aanzien van hetgeen boven gezegd werd over het belang van 'transfer of learning' in twee richtingen, van de realiteit naar de therapie en omgekeerd. Daarnaast en daarmee direct samenhangend levert de sociotherapeutische discipline, opgevat als groepsmaatschappelijk werk, een wezenlijke bijdrage aan het continue probleem van de overgang tussen het leven in het dagcentrum en het leven in de eigen sociale omgeving. Zijn deze voorwaarden vervuld, dan kan ook in dagbehandeling met de setting van klinische psychotherapie worden gewerkt en verdient deze vorm zelfs bij sommige patiënten de voorkeur. Waar beide mogelijkheden voorhanden zijn, dient mijns inziens per individueel geval zorgvuldig te worden overwogen of een behandeling met behulp van de setting van klinische psychotherapie beter residentieel of juist liever in de vorm van dagbehandeling moet worden geïndiceerd.

Literatuur

- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.
- Bion, W. R. (1961), *Experiences in groups and other papers*. Tavistock Publ. Ltd., London.
- Chapman, A. H. & M. C. M. S. Chapman (1980), *Harry Stack Sullivan's Concepts of Personality Development and Psychiatric Illness*. Bruner/Mazel, New York.

- Freud, S. (1922), *Introductory lectures on psycho-analysis*. Standard Edition, 16.
- Freud, S. (1940) *An outline of psycho-analysis*. Standard Edition, 23.
- Goldstein, A. P., K. Heller & L. Sechrest (1966), *Psychotherapy and the Psychology of behaviour change*. Wiley, New York.
- Hoofdakker, R. H. van den (1976), *Een pil voor Doornroosje, essays over een wetenschappelijke psychiatrie*. Van Gennep, Amsterdam.
- Jones, M. (1956), The concept of a therapeutic community. *Am. J. Psychiat.* 112, 647.
- Klerk-Roscam Abbing, J. de (1982), Groepsprocessen in een therapeutische gemeenschap. *Maandbl. Geest. Volksgezondh.* 37, 235.
- Kuiper, P. C. (1976), *De mens en zijn verhaal*. Atheneum-Polak en Van Gennep, Amsterdam.
- Langs, R. (1976), *The bipersonal field*. Aronson, New York.
- Langs, R. (1978), *The listening process*. Aronson, New York.
- Linden, P. T. H. M. van der (1982), Is 'professionalism' a dirty word in therapeutic communities? *Int. J. of Therap. Communities*, 2, 2.
- Mentzos, S. (1976), *Interpersonale and institutionalisierte Abwehr*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Winkler, W. Th. (1966), Indikation and Prognose zur Psychotherapie der Psychosen. *Z. Psychother. Med. Psychol.*, 16, 2.