

Ontwikkelingsfasen van een psychiatrisch behandelteam

door A. Y. Berkouwer

In het volgende worden een aantal typische problemen beschreven, die zich op een psychiatrische afdeling in de ontwikkeling van een behandelteam op zijn weg naar een intensievere behandeling kunnen voordoen. Onder een intensievere behandeling versta ik een behandeling, waarbij direkter, opener en meer dan voorheen individueel en groepsmatig met de patiënten wordt gewerkt, het laatste o.m. in de vorm van patiënten-staffbijeenkomsten en kleine psycho- en sociotherapeutische groepen. Deze problemen zijn ook in de individueel psychotherapeutische relatie aan de orde. Hier worden zij beschreven uitgaande van de kritiek, die vaak door de patiëntengroep aan het behandelteam van een psychiatrische afdeling wordt gericht, en van het gedrag van het team. De gedachte, die in het volgende uiteengezet wordt, is dat deze kritiek en dit gedrag gezien kunnen worden als uitingen van bepaalde moeilijkheden in de verhouding van behandelteam en patiëntengroep en als fasen in de ontwikkeling van die relatie.

Een behandelteam is voortdurend door allerlei factoren aan veranderingen onderhevig. Het probeert nieuwe manieren van helpen uit en probeert oude fouten te vermijden. De stelling, die in het volgende ligt opgesloten, is dat genoemde relatiemoeilijkheden oplosbaar zijn en dat behandelars geholpen kunnen worden in deze problemen. Dit kan o.m. wanneer zij gezien kunnen worden als uitingen van een innerlijk conflict van de behandelars, juist wanneer deze gevoelig zijn voor en solidair met nieuwe idealen en verwachtingen, die de maatschappij aan zichzelf en daarmee ook aan zijn behandelars stelt.

Een bredere behandeling van ons onderwerp zou ook aandacht moeten geven aan de vraag op welke manier we tot inzicht in deze en andere problemen kunnen komen en hoe ze kunnen worden opgelost. Gelet op de aard van veel teamproblemen en de soms plaatsvindende escalatie tot conflicten van grote omvang is een methodische behandeling van het probleem van de hulp aan hulpverleners gewenst en van groot – o.m. preventief – belang. Hiervoor is m.b.t. de psychiatrische ziekenhuizen minder systematisch

Schrijver is als psycholoog verbonden aan het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort (geneesheer-directeur: G. Houwink).

aandacht gevraagd dan bv. m.b.t. de opvoedings- en behandelingsstethuizen (Rink, 1975), ook al is in de laatste setting die aandacht veelal gericht op één discipline i.c. die van de groepsleider. Gezien deze wenselijkheid van een uitvoeriger behandeling van de vraag, hoe helpers en hulpverlenende teams geholpen kunnen worden, moge hier volstaan worden met een paar opmerkingen. In de eerste plaats heeft de aandacht voor de aard van de relatie helper-team een hogere prioriteit dan die voor de inhoud en vorm van de hulp op zich (bv. wel of geen teambegeleiding, vaste of incidentele procesbegeleiding e.d.). In de tweede plaats kan hulp – gevraagd of ongevraagd – slechts zinvol zijn, wanneer daarin ruimte en duidelijkheid wordt gegeven of gemaakt zowel ten aanzien van het recht op autonomie als ten aanzien van de plicht tot verantwoording van het behandelteam. In de derde plaats is van belang dat in de hulp aandacht wordt gegeven aan 'onzichtbare' professionele loyaliteitsconflicten in het team tussen zijn disciplines en individuele leden, naar analogie van dergelijke conflicten, zoals Boszormenyi-Nagy en Spark deze beschreven binnen de intergenerationele gezinstherapie (1973). Op deze en andere 'technische' problemen van de hulpverlening aan hulpverlenende teams zal hier verder niet worden ingegaan. Geprobeerd wordt alleen te laten zien hoe bepaalde klachten en kritiek van patiënten op hun behandelteam en bepaald gedrag van het behandelteam verwijzen naar specifieke relatie- en identiteitsproblemen van dat team.

Een behandelteam heeft in het beste geval zijn visie op de behandeling bv. in de vorm van doelstellingen en behandelplannen neergelegd en geformuleerd. Maar ook wanneer het tot een dergelijke ideale toekomstprojectie is gekomen, blijft deze visie van het team aan veranderingen onderhevig. Het team werkt elke dag expliciet of impliciet vanuit een resultante van idealen, overtuigingen en visies, die het met alle teamleden en patiënten tot op die dag heeft ontwikkeld. In die ontwikkeling neemt het team als het ware steeds een bepaalde positie in als reactie op een vroegere houding van zichzelf en anderen. Op die reactiviteit hebben ook Esquibel en Kort (1973) gewezen. Zij schrijven: "There is much in the pragmatic structure and philosophy of the "therapeutic community" that is reactive in nature; not only is it reactive to the sense of shame and waste that has accrued and still exists in many mental institutions but also to the inadequate and antiquated approaches to the mentally ill which reflect an equal community impoverishment". Het behandelteam en de individuele teamleden zitten in die ontwikkeling vaak klem. Ze proberen de oude fouten, zoals zij die waarnemen en beleven, te vermijden en nieuwe idealen waar te maken. In hun geobsedeerd zijn hierdoor ontstaat een (tijdelijk) vacuüm, waarin onbedoeld in bepaalde opzichten aan de patiënt wordt voorbijgegaan, of – ernstiger nog – een situatie, waarin de patiënt nog sterker in zijn bestaan wordt bedreigd en in zijn groei en crisisverwerking wordt belemmerd.

Het volgende is bedoeld als een poging meer inzicht te krijgen in

de aard van deze moeilijkheden. Daartoe zullen een viertal stafposities worden beschreven. De eerste drie posities kunnen worden waargenomen in bepaalde ontwikkelingsperioden van de staf, waarbij overigens deze perioden elkaar kunnen overlappen en per behandelteam in duur verschillen. Overeenkomstig in deze drie is de verwijzing naar een specifiek relatieprobleem tussen staf en patiëntengroep op dat moment en naar de fase, waarin het team zich in de ontwikkeling naar een therapeutische cultuur bevindt. In elk van deze drie posities probeert de staf zich van een vroegere identiteit te bevrijden. In de eerste twee is het uitgangspunt de beeldvorming en kritiek van de patiëntengroep, nl. 'dat de staf nooit wat zegt' en 'dat de staf altijd terugspeelt'. In de derde wordt meer direct het gedrag van de staf als uitgangspunt genomen en wel de zogenaamde 'eerlijkheid' van een staf. Als vierde staf wordt het volmaakte behandelteam beschreven: het bestaat niet. Een team is ontzettend goed als het 'goed genoeg' is en wel in het scheppen van voorwaarden tot hulp en groei van patiënten en teamleden.

1 - De staf, 'die nooit wat zegt'

'In the six months that I saw him, he couldn't have said more than five sentences'. Evenals in deze uiting van een anonieme patiënte in een uitgave van *The Radical Therapist* (1974) neemt in verslagen van ontmenselijkende psychiatrische behandeling in boeken, brieven en kranten het zwijgen als een van de vele vormen van geweld een belangrijke plaats in. Volgens Galtung (1971) is er sprake van geweld, 'wenn Menschen so beeinflusst werden, dass ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung'. Is er een handelend subject, een 'acteur', dan spreekt Galtung van persoonlijk of direct geweld, ontbreekt een acteur, dan spreekt hij van structureel of indirect geweld. In genoemde verslagen lopen beide vormen door elkaar. Kenmerkend is vaak de breuk in de communicatie tussen patiënt en acteur. De 'slachtoffers' uiten hun verwijt niet (meer) in de relatie, waarin het zich voordoet, maar zoeken een wijder publiek, bevrijd uit de situatie. Soms 'kiezen' ze voor anoniem blijven. De bovengenoemde patiënte is een voorbeeld van de onvrijheid van de patiënt uit de relatie te treden. De 'hem' is een psychiater, die geaccepteerd moest worden en met wie patiënte haar teleurstelling over het verbreken van de relatie met een vorige arts niet kon doorwerken. Die onvrijheid is in vrijwel alle verslagen aanwezig.

In de psychiatrische instelling geldt het verwijt van het zwijgen vaak meer dan één behandelaar. Het gaat dan over de staf, 'die nooit wat zegt'. Het is de taak van het team hierop in te gaan en de reactie in zijn relatie met de patiënten in plaats van 'weg te maken' te bespreken waar dit zich voordoet. In dit verband wil ik het zwijgen bespreken als fase in de ontwikkeling van het team en de onvrijheid van het team onder ogen zien. Het verwijt kan verschillende betekenissen hebben, nl.: de staf zegt nooit iets, in let-

terlijke zin, of ook: de staf zegt nooit iets, waar wij iets aan hebben, iets dat hout snijdt en dat wij kunnen ervaren als een antwoord op ons probleem. Het falen is niet zomaar een in gebreke blijven. Het is hier een positie, waarin een nieuw ideaal nog niet is verwerkt en die daardoor remmend werkt op de gewone spontane reacties van het team. De positie die ik op het oog heb, is een reactie op een situatie, waarin de behandelaar een alleenspraak hield, of als zodanig door het team werd ervaren. Vanuit die reactie onthoudt het team de groep hulp, die het zou kunnen geven. Hierop wijzen nabesprekingen van bijeenkomsten en zittingen, waarin dit verwijt werd gemaakt: verschillende teamleden hadden 'eigenlijk wel wat willen zeggen', of 'nog iets willen verduidelijken'. De staf 'die nooit wat zegt' blijkt des te meer te hebben gevoeld en gedacht.

De staf, die nooit wat zegt, is het historisch negatief van een patiëntengroep, die nooit wat mocht zeggen. Het lijkt het bestraffende introject uit die vroegere situatie: de staf doet er het zwijgen toe. Er komen geen antwoorden of beter: geen reacties, die als antwoorden worden opgevat. De staf wil niet meer dwingen en de hulpvragenden de initiatieven en keuzes laten. Het ideaal werkt echter verlamdend, zolang het niet leidt tot een positie, waarin het op de problemen ingaat. Het team beleeft deze positie overigens zelf ook als onjuist en is er vaak over verdeeld. Een van de teamleden kan er tegen protesteren, het oneerlijk vinden en menen dat de staf echt mocht zijn en niet iets van de patiënten mag eisen, waartoe het zelf niet bereid is. Zolang echter de overtuigingen niet op elkaar zijn afgestemd, althans onderlinge erkenning en tolerantie vinden, blijft de staf een zwijgende partner in een interactie, die de patiëntengroep juist zou moeten helpen.

Voor elk team is de beoordeling van de stilte een even belangrijke taak als in de individuele psychotherapie. Het moet beoordelen, of de stilte de integratie dient (Nacht, 1964) of juist desintegrerend werkt. De stilte van de staf, die nooit wat zegt, is niet helpend. Het volgt de eerste premisse van menselijke communicatie, nl. dat men niet *niet* communiceren kan (Watzlawick, Beavin en Jackson, 1967). En voorzover de stilte verwarrend en vervreemdend werkt doet de staf ongewild mee aan mystificatie en vervreemding, doordat de eigen verwarring van de staf niet wordt uitgesproken. Een stilblijvende stilte kan nl. voor de patiënt van alles betekenen: Is de vraag gehoord of niet? Had hij de vraag niet mogen stellen? Is de vraag wel gehoord, maar weet de staf geen antwoord? Is de vraag legitiem en het antwoord te geven, maar komt het later, op een volgens de staf geschikter tijdstip en betere plaats? Door het zwijgen maakt de staf het de groep onmogelijk tussen al deze betekenissen te discrimineren. Het doorbreken van het zwijgen is dan ook belangrijk; het voorkomt 'misverstanden' van het zwijgen, analoog aan de motivering van Winnicott (1962) om in een psycho-analyse interpretaties te geven: 'If I make none the patient gets the impression that I understand everything. In other words, I retain some outside quality by not being quite on the mark - or

even by being wrong'. Het team, dat in dit innerlijk conflict gevangen zit, onthoudt de patiënt en zichzelf nog meer: het is tegelijkertijd als gesprekspartner in de groep aanwezig en afwezig en werkt niet mee aan een verdere exploratie, herkenning en confrontatie. Pas wanneer in het team idealen, normen en taboes zijn doorleefd en besproken en de onveiligheid is verkleind om plaats te maken voor een zich veilig genoeg voelen om zich – ook als eenling – spontaan te kunnen uiten, kan deze zwijgende stafpositie worden verlaten. Het team kan zichzelf dan weer toestaan zichzelf te zijn en gesprekspartner te worden, waarbij empathie en het uiting geven hieraan samengaan met antwoord geven. Die antwoorden kunnen overigens lang zijn, maar ook kort. Ook op het punt van het antwoord geven van een team is er een analogie met het geven van interpretaties in de psycho-analytische behandeling, in de zin, waarin Winnicott stelt (1962): 'My interpretations are economical, I hope. One interpretation per session satisfies me if it has referred to the material produced by the patient's unconscious co-operation. I say one thing, or say one thing in two or three parts. I never use long sentences unless I am very tired. If I am near exhaustion point I begin teaching. Moreover, in my view an interpretation containing the word "moreover" is a teaching session'.

2 – De staf, die 'terugspeelt'

Het team, dat als verwijt te horen krijgt, dat het 'altijd alles terugspeelt', bevindt zich in een andere fase. Het zwijgt niet, maar geeft ook geen antwoord. Terwijl de patiëntengroep zich tot de staf richt, protesteert deze staf tegen de adressering en voegt er aan toe, dat de patiënt zelf het antwoord moet geven. Deze interactie is meestal beschreven in termen van verantwoordelijkheid. Daarbij is o.a. gewezen op de weerstanden en met name op de angsten, die het verantwoordelijk stellen oproept (van Eck, 1975).

Historisch gezien is het 'geven' van verantwoordelijkheid aan de psychiatrische patiënt in feite een 'terug'geven of beter nog een laten van verantwoordelijkheid en van hetgeen voorheen – in decennia of langer – aan hem is onthouden. Behalve de verantwoordelijkheid betreft het de zelfstandigheid en zelfbeschikking van de patiënt. Net als bij de staf, die 'nooit wat zegt' vormt de positie van de terugspelende staf het tegenbeeld van een vroegere situatie. De onthouding van verantwoordelijkheid wordt omgekeerd. De staf onthoudt zichzelf het verantwoordelijkheid nemen voor de beslissingen van de patiënt. Het ideaal houdt in dat de staf niet medeplichtig wil zijn aan een beknotting van de vrijheden en rechten van de patiënt. De staf past daarvoor. In deze opstelling probeert de staf zich te bevrijden uit de rol van machthebber en beterveter. Het is niet alleen gericht op de groep van patiënten, maar in hen en naast hen op een bredere groepering, in casu de maatschappij. Tegenover deze maatschappij is het terugspelen het bewijs van de ernst, die met de verantwoordelijkheidsvraag wordt gemaakt. Het terugspelen neemt vaak de vorm aan van de tegenvraag: Wat vindt U er zelf van? Ik denk, dat U dat zelf het

beste weet; of indirect: Wat is er gisteren gebeurd?

Het probleem, dat in deze positie aan de orde is, is dat van de definitie van de relatie tussen hulpvragende en hulpverlener. Het team geeft op deze vraag het antwoord: het definieert de relatie als symmetrisch en wederkerig en wijst de afhankelijkheidsdefiniëring van de patiëntengroep af. Het ideaal heeft in de hier bedoelde positie nog een exclusief karakter; als zodanig is het terugspelen een opleggen, dat het beoogde doel ongewild ontkracht. De hulpvraag behelst meer: het impliceert in deze fase ook een vraag aan de staf om als hulpvragende onafhankelijk de relatie als afhankelijk te mogen definiëren. In het verslag van Stotland en Kobler (1965) van 'het leven en de ondergang van een psychiatrisch ziekenhuis' komt de vraag aan de orde naar de relatie tussen hulpvragen en onafhankelijkheid, resp. afhankelijkheid. Volgens hen gaat het niet alleen maar om de vraag, wie de hulp moet geven en of het hulpgeven aan een hulpvragende de zelfstandigheid van de laatste aantast of niet. Zij stellen het probleem terecht als veel ingewikkelder. Het hulpgeven kan de onafhankelijkheid inderdaad aantasten, maar het kan deze ook funderen. De houding en verwachting van de hulpgever zijn doorslaggevend: 'The attitude of the helper is extremely important in determining whether the receiver will view dependency as destructive of autonomy. The giver may convey the expectation that the receipt of help implies a loss of autonomy'. Juist dit laatste wordt door de terugspelende staf – op basis van vroegere ervaringen en beelden van een overbeschermende behandeling – gevreesd. Het hulpgeven en antwoorden worden geblokkeerd door de vrees in die oude fout te vervallen.

Een staf kan pas verder komen en optimaal helpen, wanneer het zijn eigen ideaal, dat ten grondslag ligt aan het terugspelen, heeft doorgewerkt. Hulp op zich bestaat niet; de houding bepaalt of er sprake zal zijn van meer afhankelijkheid of van meer onafhankelijkheid, of in de woorden van Stotland en Kobler: 'Patients depend on the staff for help; this help can be hopeful and respectful, implying autonomy; or it can be hopeless, implying essential dependency'. Dankzij een doorwerken en persoonlijk eigen maken van het ideaal zal de staf weer verantwoordelijkheid durven nemen. De ervaring van de hulpvrager dat hij mag vragen en antwoord krijgt, en dat hem hiermee de onafhankelijkheid gelaten wordt tot een afhankelijke opstelling, geeft hem ook de mogelijkheid zich te gaan vereenzelvigen met de onafhankelijkheid van de staf. Een antwoord aan de afhankelijke hulpvragende fundeert diens vrijheid en onafhankelijkheid. De weerstanden van de hulpvragende hebben in deze fase van de interactie met de staf te maken met genoemde – zij het niet beoogde – ontneming van vrijheid. De boodschap, die het team verzendt, valt niet samen met de door de hulpvragende ontvangen boodschap (Watzlawick, Beavin en Jackson, 1964). De verzonden boodschap 'wees zelf verantwoordelijk' kan hier ontvangen worden als ontneming van vrijheid en als beter weten. Dit kan leiden tot agressie tegen anderen en

zichzelf. Als reactie op de 'schending van het zelf' leidt het – paradoxaal tot een grotere afhankelijkheid en eenzaamheid en tot een invalidatie, waarvoor indirecte en dan onbegrepen agressie een uitlaat kan zijn. Het kan ook nog anders gesteld worden: de staf kan in deze positie onvoldoende onderscheiden tussen afhankelijkheidsdefinities van de hulpvragende, waartegen het al kan en moet protesteren en die, waarmee het moet instemmen.

3 – De zgn. 'eerlijke' staf

In een andere fase kan het team de positie innemen van eerlijkheid, waarbij het direct reageert en antwoord uit onmacht om een moeilijke confrontatie aan te gaan en te overleven. Met deze spontane reacties probeert de staf zich te bevrijden uit onverdraaglijke gevoelens van onmacht, falen, geen antwoord weten of zich schuldig voelen. Het directe van het antwoorden en van het uiten van deze gevoelens wordt als ideaal gevoeld en geïnterpreteerd. Als ideaal vormt het het negatief van een vroegere, zwijgende, anonieme en afwezige therapeut. Als zodanig is het ideaal enerzijds bevrijdend, maar anderzijds ook inperkend. Het team is onvrij adequaat te luisteren, het kan zichzelf daarvoor geen tijd geven uit vrees terug te vallen in de identiteit, die het juist probeert los te laten. Deze 'eerlijkheid' kan zich op verschillende manieren voordoen. Het ideaal vat vanuit onmacht alle vragen eenduidig op: er moet een antwoord op komen. Het team kan in deze positie niet onderscheiden tussen vragen, die vragen om een antwoord en vragen, die door een antwoord worden ontkracht. In deze positie creëert de staf geen ruimte, waarin de hulpvragende zijn vragen kan gaan decoderen in de gevoelens, die erin worden verwoord. Het gaat voorbij aan het feit, dat voor de hulpvragende de vraagvorm soms de enige mogelijkheid is die hij kent of meent te moeten kiezen, een verschijnsel, dat uit studies op het gebied van de roltheorie uitvoerig is onderzocht. In deze beeldvorming hebben de psychiatrische instellingen vaak zelf meegedaan. Het doorwerken van deze afhankelijke relatievormen van patiënt tot hulpverlener is een voorwaarde voor een geslaagde hulpverlening. Door de preoccupatie met het ideaal van de 'eerlijkheid' komt de hulpvragende tekort. Het vroegtijdig actie nemen door de staf naar aanleiding van vragen kan teleurstelling en paniek oproepen, omdat dat niet de bedoeling was. De hulpvragende heeft recht op ruimte, waarin hij niet belast wordt met de impulsieve, 'eerlijke' gevoelens van de staf. In deze fase zijn die gevoelens niet de enige echte; zij komen voor een deel in de plaats van andere, onverdraaglijker gevoelens, die de staf meent niet te mogen hebben, laat staan te mogen laten merken. Het onderscheid tussen deze zogenaamde eerlijkheid en de echte eerlijkheid zal steeds moeten worden geëxploreerd in de concrete situatie. Een voorbeeld van dit verschil is het volgende: Op een afdeling roept een patiënte bij veel medepatiënten en stafleden agressie op door haar voortdurend aanklappende, aandachtvragende en 'paranoïde' gedrag. De anderen doen dingen met een bepaalde op haar

gerichte bedoeling en bepaalde therapeutische afdelingsactiviteiten zijn voor haar opgezet, meent ze. Een patiëntenstafbijeenkomst wordt sterk door dit gebeuren in beslag genomen. Een medepatiënte loopt op een gegeven moment op haar toe, geeft haar een klap in het gezicht en is geïrriteerd door 'wat ze zich verbeeldt'. Wat er volgens een analyse in de nabespreking gebeurt, is inderdaad dat patiënte bij velen agressie oproept, maar ook, dat er nog veel meer gebeurt. Ze wordt óók beschermd door een aantal medepatiënten en stafleden. Die bescherming is geen echte bescherming en sorteert niet het beoogde effect. De groep als geheel en ook patiënte blijven in de ambivalentie steken. Het komt er op neer dat de groep patiënte niet precies zegt, wat ze doet en waar het op staat en wel door het tegelijkertijd aanvallen van patiënte en het blokkeren van de aanval. Ze wordt voortdurend bekritiseerd en tegelijkertijd voortdurend tegen de aanvallen beschermd.

De pseudo-eerlijkheid als fase in de ontwikkeling van een team heeft te maken met de poging zich uit eigen onmacht te bevrijden en met het niet echt kunnen zijn van het team. Wanneer in genoemde situatie van de patiëntenstafbijeenkomst een teamlid zou zeggen dat de patiënte hem geweldig irriteert, kan dat een helpende confrontatie zijn. Hij confronteert haar met wat zij hem en anderen aandoet. Maar de opmerking kan ook als pseudo-eerlijkheid eigen gevoelens van onmacht bedekken en verdringen. In deze situatie tegen patiënte zeggen dat ze de therapeut geweldig irriteert is niet onwaar, maar het is wel een beperkte, egocentrische vertaling van de therapeut van een veel ingewikkelder gebeuren. Als zodanig doet het geen goed; het is half werk: het fixeert de patiënte in een 'dubbele binding' en verandert de onmacht van de therapeut niet. Niet alleen de patiënte moet geholpen worden, maar ook en vooral de therapeut, wil hij haar weer kunnen helpen. Hoewel het niet onwaar is wat hij zegt (de patiënte irriteert hem en verhindert hem daardoor zelfs haar optimaal te helpen) en bedoeld als poging de vastgelopen relatie te doorbreken, is het jammer dat hij niet meer kon doen dan 'eerlijk' te zijn. De patiënte heeft recht op zijn 'eerlijke' uiting van irritatie, maar tegelijkertijd op meer, en wel op inzicht in het verstrikt zijn van alle groepsleden (patiënten en teamleden, inclusief de therapeut en patiënte zelf). Eerlijk zijn, meer in overeenstemming met alle gevoelens van de therapeut, zou betekenen, dat hij zegt: 'U irriteert mij geweldig, ik voel me onmachtig om u te helpen, trouwens iedereen irriteert me eigenlijk en ik irriteer mezelf ook, omdat we er niet uitkomen; ik irriteer me aan u, aan de groep, die u aanvalt, omdat ze u niet kunnen helpen en aan de groep, die u beschermt, omdat ze u afschermen van de kritiek, waarop u recht heeft, en aan m'n medeteamleden, die me met dit gevoel van onmacht laten zitten'. Deze eerlijkheid zou recht doen aan alle gevoelens van de therapeut en de bronnen van zijn irritatie alle noemen. Het alleen uiten van de eerstgenoemde irritatie is beperkt, het heeft een narcistische kwaliteit, in de zin, waarin Heimann (1969) spreekt

van de narcistische bezetting in de interpretatie van een analytiscus tegenover zijn patiënt. De eerlijkheid in deze beperkte zin is pedant; het definieert het probleem eenzijdig en gereduceerd tot een probleem van de eigen gevoelens ten opzichte van de patiënte. Het team moet steeds leren onderscheiden tussen de echte eerlijkheid en de rationalisatie en afweer van eigen onbewuste behoeften, een discriminatie, die pas mogelijk wordt door zelfanalyse binnen het team. Kohut (1975) spreekt van een gelijksoortige oneerlijkheid, wanneer hij stelt, dat 'Viele Psychotherapeuten, Psychoanalytiker inbegriffen, traumatisieren ihre Patienten unnötigerweise durch sarkastische Angriffe auf ihren archaischen Narzissmus'. De therapeut kan zijn patiënten actief aandoen, wat hemzelf (door ouders, leraren of leeraanlyticus) is aangedaan. Deze krenkende aanvallen van de therapeut kunnen 'damit gerechtfertigt werden, dass sie zum Guten des Patienten unternommen würden und im Dienst einer Moral stehen, die zu realistischem Verhalten ermahnt und kindisches Verhalten verpönt'. De echtheid en eerlijkheid van het team als voorwaarden voor groei en behandeling kunnen pas echt een kans krijgen, wanneer het team de ruimte krijgt vragen te nemen waarvoor ze staan. Echte eerlijkheid heeft als kenmerk de congruentie tussen uiting en gevoel; het is een uiting van het echte (Winnicott) en van het transparante zelf (Jourard).

Echte eerlijkheid is ook in het geding bij de vraag, hoe het team reageert op gemaakte fouten en onjuiste beslissingen, al of niet hiervoor ter verantwoording geroepen door de patiënten. Ook Greenson (1967) maakt met betrekking tot de psycho-analytische situatie een onderscheid tussen eerlijkheid en pseudo-eerlijkheid, wanneer hij, kiezend voor het eerste, stelt dat volgens hem 'it is authoritarian, unfair, and demeaning to hide the making of an error from a patient who is aware of it', en tegelijkertijd dat 'the outpouring of the analyst's unconscious motivations for an error is a caricature of honesty'. In de pseudo-eerlijkheid is de relatie tussen hulpgever en hulpvragende verstoord. Bruch (1974) stelt de discrepantie tussen het eigen gevoel en de uitingen hiervan zelfs bovenaan, wanneer zij spreekt over de oorzaak van emotionele en psychische stoornissen: 'If one wants to speak of one basic common error leading to emotional and mental illness, then it is the sin of hypocrisy, of saying one thing and meaning another'.

De 'anonimiteit' van de therapeut heeft vooral sinds Freud tot karikaturen geleid, die ook het behandelteam moet proberen te overwinnen. Ook Freud (1913) uit zich hierover genuanceerder dan karikaturen doen vermoeden, wanneer hij in een brief aan Binswanger spreekt zowel van het veel geven van therapeut aan patiënt als van de voorwaarden hierbij: 'Was man dem Pat. giebt soll eben niemals unmittelbarer Affekt, sondern stets bewusst zugefiltert sein, und dann je nach Notwendigkeit mehr oder weniger. Unter Umständen sehr viel, aber niemals aus dem eigenen Ubw. Dies hielte ich für die Formel. Man muss also seine Gegenübertragung jedesmal erkennen, u. überwinden, dann erst ist man

selbst frei. Jemandem zu wenig zu geben, weil man ihn zu sehr liebt, ist ein Unrecht an dem Kranken und ein technischer Fehler. Leicht ist das alles nicht und vielleicht muss man dazu auch älter sein'. Een ander protest tegen een onjuiste interpretatie van de afstand tussen analyticus en analysand, dat ook van belang is voor het behandelteam, laat Kohut (1974) horen: het lijdt voor hem geen twijfel dat 'die enge Auslegung der im Prinzip ganz richtigen Maxime, der Analytiker müsse anonym sein, dürfe nichts anderes sein als ein Spiegel, der die Eindrücke, die vom Patienten ausgehen, diesem zurückwirft, auf einem groben, unpsychologischen Irrtum beruht. Das Prinzip ist, wie gesagt, ganz richtig, aber Neutralität und Anonymität bedeuten nicht, dass der Analytiker nicht reagiert oder dass der Patient nichts über ihn wissen darf'. Vijftig jaar na de brief van Freud is bv. bij Jourard de relatie van nabijheid en afstand nog steeds aan de orde; de therapeut moet zichzelf zijn en hij moet ook de ruimte laten, waarin de patiënt zichzelf kan zijn. Jourard (1964) geeft eenzelfde dubbelheid aan als Freud, als hij zegt: 'I find myself sometimes giving advice, lecturing, laughing, becoming angry, interpreting, telling my fantasies asking questions . . . My actual disclosures to the patient are still checked by common sense or by my judgment . . .'

4 – De volmaakte staf: de staf, die 'goed genoeg' is

Wanneer teamwork een voortdurend proces inhoudt, kan ook over het volmaakte team alleen zinnig gedacht worden wanneer o.m. aan een ontwikkelingsaspect aandacht gegeven wordt. Zelfs wanneer een behandelteam vele ontwikkelingsfasen, waarvan een drietal voorbeelden werden genoemd, heeft doorgewerkt, ontstaat er geen eindpunt. Een team kan 'lekker draaien' of 'goed lopen'; een eindtoestand bereikt het nooit en volmaakt wordt het evenmin. Toch moet het mogelijk zijn het volmaakte team te beschrijven als best mogelijke vertaling van de behoeften van bepaalde patiënten van een bepaalde afdeling. De volmaaktheid is afhankelijk van de doelen, die hierbij gesteld worden. Voor het psychiatrisch behandelteam is dit een antwoord op vragen, die met wisselende accenten door mensen met lichamelijke ziekten, psychosomatische stoornissen en psychische, geestelijke en microsociale crises tijdelijk of blijvend aan het behandelteam worden gesteld.

Een van de beelden, waarin groei, ontwikkeling, zorg en behandeling met elkaar zijn verweven, is, zoals Winnicott (1963) beschreef, de relatie van moeder en kind. In deze relatie heeft hij als voorbeeld de intrinsieke voorwaarden gezien, waaronder groei en ontwikkeling kunnen plaatsvinden of stagneren. Zijn analyses gaan echter als zodanig uit boven de concrete relatie van moeder en kind; ze geven een verheldering van psychische groei en zijn in meer algemene zin ook van belang voor het psychiatrisch behandelteam. Rijping 'requires and depends on the quality of the facilitating environment'. Deze omgeving geeft het kind de beleving van almacht; 'by this I mean more than magical control, I

mean the term to include the creative aspect of experience'. In de beschouwingen van Winnicott is de moeder degene, die op de behoeften van de baby inspeelt en tegelijkertijd door haar 'onbetrouwbaarheid' communicatie tussen beiden als afzonderlijke individuen doet ontstaan. Op het moment, dat de bevrediging uitblijft, ontstaat de realiteit en de beleving van de moeder als niet-ik; ze blijkt te bestaan onafhankelijk van het ik van de baby. Ontwikkeling en rijping vinden plaats in een relatie, die nooit volledig op de eigen behoeften een antwoord geeft. De volmaakte moeder is de 'good enough mother', die niet volmaakt, maar wel redelijk of goed genoeg de voorwaarden van vertrouwen, creatieve ruimte en zekerheid biedt aan het kind.

De 'goed genoeg' rol van de moeder heeft overeenkomsten met die van het psychiatrisch behandelteam. Het volmaakte team is niet het team, dat zich definitief heeft geconsolideerd, maar het team, dat goed genoeg is in het scheppen van voorwaarden, waarbinnen vastgelopen ontwikkelingen weer op gang gebracht kunnen worden. Het team, dat goed genoeg is, houdt zich bezig met die voorwaarden voor een bepaalde patiëntengroep, zoals het binnen het team de voorwaarden moet realiseren voor ruimte en ontwikkeling van de eigen teamleden. De aard van het 'ik-ideaal' van de moeder en van het team impliceert ook een betrekkelijkheid van de asymmetrie van de relatie. Het scheppen van voorwaarden voor de groei van het kind en van de hulpvragende veronderstelt ruimte voor eigen groei. Pas in deze open symmetrie kan ook het team zich in confrontaties gelijkwaardig opstellen.

Volgens Winnicott (1971) vinden we in de psychotherapie van de adolescent 'death and personal triumph as something inherent in the process of maturation and in the acquisition of adult status'. Zijn opmerkingen over de ouders van de adolescent kunnen ook toegepast worden op een staf, die gevraagd wordt te helpen: 'Parents can help only a little; the best they can do is to *survive*, to survive intact, and without changing colour, without relinquishment of any important principle. This is not to say they may not themselves grow'.

Literatuur

- Binswanger, L. (1956), *Erinnerungen an Sigmund Freud*, Francke Verlag, Bern, p. 65.
- Boszormenyi-Nagy, I. en G. M. Spark, (1973) *Invisible Loyalties, Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*, Harper & Row, New York.
- Bruch, H. (1974), *Learning Psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, p. 92.
- Eck, L. A. J. M. van, (1975), Willen de patiënten wel anders?, *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, p. 269.
- Esquibel, E. V. en G. Kort, (1973), Some Practical and Empirical Aspects of Group Approaches in Psychiatric Facilities; Epilogue on a Therapeutic Community, *Int. J. of Group Psychotherapy*, 28, p. 93-103.
- Galtung, J. (1971), Gewalt, Frieden und Friedensforschung, in: D. Senghaas (Herausg.), *Kritische Friedensforschung*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt

Ontwikkelingsfasen van een psychiatrisch behandelteam

am Main, p. 55-104.

- Greenson, R. R. (1967), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, The Hogarth Press, Londen, p. 221.
- Heimann, P. (1969), Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers, *Psyche*, 23, p. 2-24.
- Jourard, S. M. (1964), *The Transparent Self*, van Nostrand Reinhold, New York, p. 146.
- Kohut, H. (1974), Brief an den Autor, in: T. Moser, *Lehrjahre auf der Couch, Bruchstücke meiner Psychoanalyse*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Kohut, H. (1975), *Die Zukunft der Psychoanalyse*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Nacht, S. (1964), Silence as an Integrative Factor, in: H. M. Ruitenbeek (Ed.) 1973), *The Analytic Situation, How Patient and Therapist Communicate*, Aldine Publishing Company, Chicago, p. 23-30.
- The Radical Therapist/Rough Times Collective (Ed.) (1974), *The Radical Therapist*, Penguin Books, Londen, p. 91.
- Rink, J. E. (1975), *Teambegeleiding, Methodisch begeleiden van groepsleiders*, H. Nelissen, Bloemendaal.
- Stotland, E. en A. L. Kobler (1965), *Life and Death of a Mental Hospital*, University of Washington Press, p. 255, 257.
- Watzlawick, P. (1964), *An Anthology of Human Communication* (text and two hour tape), Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin en D. D. Jackson (1967), *Pragmatics of Human Communication*, Faber and Faber, Londen (Ned.: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*, van Loghum Slaterus, Deventer.)
- Winnicott, D. W. (1962), The Aims of Psycho-Analytical Treatment, in: D. W. Winnicott (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, The Hogarth Press, Londen, p. 167.
- Winnicott, D. W. (1963), Communicating and Not Communicating leading to a Study of Certain Opposites, in: D. W. Winnicott (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, The Hogarth Press, Londen, p. 180.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*, Tavistock Publications; Penguin Books, Londen, p. 171.