

PSYCHOTHERAPIE, GRATIFICATIE EN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING

door F. J. M. ROUPPE VAN DER VOORT, zenuwarts

Mejuffrouw X-Y, ongehuwd, 51 jaar oud, is voor de vijfde maal opgenomen in de psychiatrische inrichting. Gedurende de perioden tussen de opnemingen heeft patiente steeds haar werk verricht als administratieve kracht in een groot zelfbedieningswarenhuis. Uit de voorgeschiedenis van patiente is van belang dat zij de jongste dochter was, dat zij zich altijd erg veilig gevoeld heeft onder haar moeders vleugels, welke vleugels later zijn overgenomen door haar oudste zuster.

Aanleiding tot opneming vormde steeds een manisch en geagiteerd gedrag met passagère psychotische verschijnselen. Tijdens opneming trad over het algemeen vrij snel stabilisatie in, zodat de duur van opneming meestal beperkt was.

Het toestandsbeeld bij de laatste opneming was enigszins verschillend en hoofdzakelijk gekenmerkt door een ernstige depressie, die in hevigheid, vooral wat betreft de vitale kenmerken, toenam en wel zodanig dat patiente sterk vermagerde, in het algemeen geen eetlust meer had, met de sonde gevoed moest worden, het bed moest houden en last kreeg van decubitus. Na 7 maanden is patiente nu weer in een toestand, zoals voorheen bekend was: licht geagiteerd, veel snoepend, veel etend, veel rokend en voornamelijk vitaal weer de oude.

Zij heeft haar werkzaamheden nog niet hervat, doch is wel in een halfway-situatie geplaatst, van waaruit ze terugkeert in de inrichting om aldaar deel te nemen aan de programma's van de actievare therapie. Daarenboven doet patiente mee aan een psychodramagroep.

Opvallend gedragskenmerk in deze toestand nu is de arbeidsschuwheid van patiente en de geneigdheid om zich vast te blijven klampen aan de veiligheid en aan de geborgenheid van de inrichting. Meerdere malen wordt patiënte 'betrap' op een bezoek aan de afdeling, waar ze vroeger is verpleegd om daar te gaan eten of koffie te gaan drinken. Zij laat geen gelegenheid voorbij gaan om vanuit haar halfwaykamer terug te keren naar de inrichting waar ze deze of gene bezoekt en waar ze zich prettig voelt, rustig en veilig is.

Een eigen motivering tot hervatting van het werk bestaat eigenlijk niet meer: er moet eerst een invitatie komen van de vroegere werkgever. Als tijdens de therapeutische sessies problematiek van veiligheid versus onveiligheid, afhankelijkheid versus onafhankelijkheid aan de orde komt, laat patiente duidelijk merken en verklaart ze zelfs letterlijk, dat zij de inrichting niet wil missen, dat zij nog steeds wil terugkeren en er het liefst wil blijven. Tijdens een psychodramatisch geconstrueerde discussie tussen zogenaamde opgenomen patienten, poliklinische patienten en patienten die op het punt staan de inrichting te verlaten, wordt

zij door de groep gedrukt naar de poliklinische kant, doch ze weet zich pas veilig als ze 'overgestapt' is naar de klinische kant!

Er komt dan een moment, waarop de economische vraag gesteld wordt; het pasklare antwoord is: de WAO. Wat dit verder inhoudt, daarbij blijft patiënte verder niet stilstaan. Het is ten slotte een anonieme beurs waaruit geput wordt, en waarom zou ze niet. Dat dit trekken van de WAO wellicht ooit tot parasitisme zou kunnen worden, komt helemaal niet op.

Ze is ten slotte ziek of zal makkelijk ziek worden en heeft een inrichting nodig. Er is nauwelijks enige instantie die haar iets in de weg zal leggen, hoogstens een lastige maatschappelijk werker of werkster, die af en toe met haar spreekt over het terugkeren in haar baan, of de psychotherapeutische exploratie, waar de kwestie af en toe aan de orde wordt gesteld.

Het gedrag van mejuffrouw X-Y is derhalve gekenmerkt door een overmatige behoefte aan veiligheid en geborgenheid, het zo veel mogelijk willen genieten van de bestaande mogelijkheden tot bevrediging van deze behoefte, het afwentelen, ja zelfs projecteren van de eigen verantwoordelijkheid voor het eigen leven op de buitenwereld, het loochenen van de eigen onafhankelijkheid en ten slotte de omkering van activiteit (productieve agressie) tegen zichzelf, hetgeen oorspronkelijk tot uiting kwam in de vorm van depressie en nu geconverteerd is in oraal regressief, voor de gezondheid uitermate schadelijk gedrag (veelvreterij en kettingroken).

Genoemde ziektegeschiedenis is niet exceptioneel, zeker niet in psychiatrische inrichtingen. De behoefte zich te laten verzorgen polifereert bij dergelijke patiënten op dusdanige wijze, dat ieder appel op de autonomie van het 'IK' ervaren wordt als een bedreiging, waartegen alle beschikbare afweermechanismen in het geweer worden geroepen; dat wil dus zeggen de binnen het object bestaande libidineuze en agressieve strevingen, in en voor zover in dienst van de autonomie van het 'IK', worden als gevaarlijk en bedreigend beleefd en derhalve afgeweerd en wel ten gunste van een overwegend passief/receptieve verzorgingsbehoefte. Ook een appel door objecten van *buiten* gedaan op eventuele autonome IK-krachten zal een systeem van afweermechanismen in werking stellen.

Centraal in deze afweerorganisatie staat het zoeken naar en vinden van gratificatie. Het vinden van rust, veiligheid en geborgenheid wordt kennelijk dusdanig positief ervaren dat andere tendensen daaraan ondergeschikt worden gemaakt en, voor zover in strijd met deze behoefte, worden afgeweerd.

Nu kan men zich afvragen hoe het komt dat deze behoefte aan gratificatie dusdanig op de voorgrond gaat treden dat het doel van de opnemings, c.q. van de behandeling, in gevaar komt. Immers, voor zover

men als optimaal einddoel van de behandeling in de psychiatrische inrichting het zelfstandig kunnen leven buiten de inrichting beschouwt, heeft men aan de gratificatiebehoefte en de bevrediging daarvan, wel een ernstige tegenspeler.¹ Psychotherapeutisch/technisch uitgedrukt wordt de behoefte tot gratificatie dan tot weerstand in het psychotherapeutisch proces.

De tweede vraag is derhalve een therapeutische vraag: wat moet er gebeuren met de tot ontwikkeling komende behoefte aan gratificatie, indien men deze tijdens behandeling in een psychiatrische inrichting ziet ontstaan.

In de *praktijk* der psychoanalyse is een van de belangrijkste taken het op het spoor komen, duiden en doorwerken van weerstanden. Indien dit proces niet tot stand komt, blijft de patient als het ware 'voor de weerstand zitten' en komt niet meer verder. De patiënt verkiest dan een benepen veiligheid boven een meer riskante autonomie. De in het therapeutisch proces tot uiting komende weerstanden kunnen afkomstig zijn van de klassieke afweermechanismen, zoals beschreven door Anna Freud, doch belangrijker bronnen van weerstanden zijn de zogenaamde overdrachtsweerstanden.² Onder overdracht wordt verstaan de beleving van gevoelens, driften, houdingen, fantasieën en afweren tegenover een persoon in het heden, oorspronkelijk tot stand gekomen ten opzichte van een belangrijk persoon uit de vroegere kindheid.³ Een relatie, die veel overdrachtselementen in zich herbergt, is derhalve niet adequaat, eerder regressief, niet bevredigend, heeft iets van een compromis. Een overdrachtsrelatie is nimmer volwassen. Een overdrachtsrelatie heeft ook iets onvrijwilligs, het is een opgedrongen patroon van vroeger, juist daardoor niet aangepast aan de subtiliteit van de omstandigheden van nu. Vanuit deze onbevredigende toestand wordt steeds opnieuw gezocht naar een meer bevredigende wijze van leven of naar meer bevredigender omstandigheden. Als dit niet op volwassen manier gevonden kan worden, wordt steeds weer teruggegrepen op de vroegere regressieve patronen. De psychoanalytisch werkende psychotherapeut is voor de patient een ideaal object voor zijn overdrachtspatronen en voor de psychoanalyticus vormen deze overdrachtsreacties onmisbaar therapeutisch materiaal. Doch: evenmin als hij de overdrachtsreacties, tijdens de analyse tot uiting komend, zal verbieden of afstraffen, zal hij eraan tegemoet komen. Het beantwoorden aan overdrachtsreacties, hetzij door verbieden, hetzij door eraan tegemoet te komen, iets wat de patient vaak in het dagelijks leven onbewust zoekt, wordt in de therapie onthouden. Technisch/analytisch is het noodzakelijk dat de patient zich bewust wordt van zijn overdrachtsgedrag, zodat dit object kan worden van onderzoek door patient en analyticus samen; beiden treden dan uit de overdrachtsrelatie, om in de 'werkrelatie' te kijken naar de overdrachtsfenomenen. Een dergelijke procedure is onmogelijk indien de therapeut zou toegeven aan de bij de patient bestaande neiging tot be-

vrediging van overdrachtsimpulsen.⁴ Wordt er namelijk aan verlangens, in een overdrachtsrelatie tot de analyticus tot uiting gebracht, toegegeven, dan krijgt de patient er geen zicht op. Wordt er niet aan toegegeven en wordt de patiënt gewezen op de inadequaatheid van zijn verlangens en wensen met betrekking tot de analytische situatie, dan wordt daarmee de patient attent gemaakt op deze regressieve, infantiele wensen en impulsen en op het feit dat hij deze steeds weer in volwassen relaties, waartoe ook de therapeutische relatie met de analyticus behoort te voorschijn brengt. Vandaar dan ook de regel der abstinentie.⁵ Bevredigt men de patiënten en berooft men hen daarbij van neurotisch lijden, dan voelen zij zich ten onrechte genezen en verdwijnen de motieven voor verdere behandeling.

Het toegeven aan de infantiele en regressieve geneigdheden van de patient zal derhalve kunnen leiden tot een vlucht in de gezondheid, hetgeen evenwel niet veel meer is dan een pseudo-gezondheid.

De abstinentiehouding van de psychotherapeut, eruit bestaande dat noch wordt toegegeven, noch wordt verboden, geeft aan de patient volop de gelegenheid om overdrachtsreacties tot ontwikkeling te laten komen, juist ook omdat het niet reageren van de therapeut als een bevestiging of een goed vinden of een bevrediging kan worden ervaren. Indien nu de therapeut hierop niet wijst, bestaat gemakkelijk het gevaar, dat de patient zich prettig blijft voelen in een geheel van overdrachtsreacties ten opzichte van de therapeut en wel zodanig dat een zogenaamde *overdrachtsweerstand* in de vorm van gratificatie ontstaat.⁶ Deze overdrachtsweerstand door gratificatie verhindert dan dat ander materiaal, door de patient niet op prijs gesteld of juist gevreesd, tot uiting komt. De patient kan zich dan eindeloos door de analyticus bevredigd achten, zij het in fantasie en daarmee de voortschrijding van het analytisch proces verhinderen.

Als men de psychiatrische inrichting in zijn geheel beschouwt als 'therapeut' ten opzichte van de patient, in hoeverre zijn dan de technieken en inzichten van deze diadische situatie der psychoanalyse bruikbaar en toepasbaar. Bij voorbeeld: in hoeverre is het juist en in hoeverre is het mogelijk voor deze 'therapeut' de regel van abstinentie, zoals in de psychoanalytische praktijk noodzakelijk, toe te passen. Wat te doen met overdrachtsreacties, met weerstanden, overdrachtsweerstand en hoe zit het precies met de therapeutische en andere vormen van relatie(s). Bij het beantwoorden van deze vragen zal het er natuurlijk op de eerste plaats om gaan met wat voor patienten men te maken heeft. Vooropgesteld zij derhalve, dat het hier gaat over patiënten, waarbij verwacht mag worden, dat hun herstel in de zin van een voor hen meer bevredigende adaptatie, in belangrijke mate bevorderd kan worden door inzicht in eigen gedrag. Het gaat derhalve om patienten, waarmee niet slechts een relatie tot stand kan worden gebracht, maar waarbij bovendien en

in tweede instantie deze relatie object van bespreking en/of behandeling kan worden. Het aankunnen van de dubbelheid van het aangaan van de voor patienten gebruikelijke overdrachtsrelatie naast de therapeutische werkrelatie, is dus wel een vereiste voor de patienten, waarover het in onderhavige beschouwing gaat.

Het Psychiatrisch Ziekenhuis als 'therapeut' is meervoudig: wat voor consequenties heeft dit, gezien vanuit het psychoanalytisch referentiekader, voor de therapeutische techniek binnen de inrichting? Twee aspecten uit deze problematiek zullen achtereenvolgens nader worden gezien:

- 1 relatie patient-'therapeut',
- 2 de therapeutische techniek.

(1) *De relatie tussen patient en 'therapeut'* — In de psychoanalytische situatie wordt onderscheid gemaakt tussen:

- a de overdracht;
- b de werkrelatie (working-relation, working-alliance) en
- c de zogenaamde reële relatie (real relationship).⁷

Over overdrachtrelaties is in het voorgaande voldoende uiteengezet. *De werkrelatie* heeft betrekking op de mogelijkheid en begaafdheid van patient om in de analytische situatie te werken, d.w.z. zijn gedrag te bezien. De werkrelatie komt tot stand door de motivatie van patient om van zijn lijden af te komen en zijn geneigdheid om mee te werken met de bedoelingen van de analyticus.

In de werkrelatie identificeert de patient zich als het ware met de analyticus voor zover deze aan het analyseren is. De werkrelatie komt tot uiting in het beschouwende, beoordelende, observerende, analyserende stuk 'IK' van de patient als zodanig te onderscheiden van het in-de-overdracht-belevende stuk 'IK'. Werkrelatie en overdracht kunnen elkaar positief en negatief beïnvloeden. Iemand, die ondanks een sterke overdrachtsreactie toch nog in staat is om afstand te nemen van zijn gedrag, dat wil zeggen een goede werkrelatie met de analyticus heeft, kan in een bepaalde fase beter te helpen zijn dan iemand, die geheel en al in de overdracht opgaat en zichzelf niet meer kan terugnemen. Anderzijds zal een, in den beginne goede werkrelatie kunnen worden tot een overmatige gehoorzaamheid om de trots en de beloning van de therapeut te krijgen. Daarmee is een overdrachtsgedrag ontstaan en bestaat, althans tijdelijk, gevaar voor de werkrelatie.

De reële relatie heeft te maken met alles wat tussen therapeut en patient aan relatie gevoeld wordt en wat niet valt onder overdracht, noch onder werkrelatie. Het is dus alles wat gevoeld en beleefd wordt door een van beiden, zonder dat dit iets te maken heeft met de therapie. De reële relatie is niet gelijk aan de overdrachtsrelatie, voor zover reële relatie adequaat is en de overdrachtsrelatie niet adequaat. De reële relatie is anders dan de werkrelatie, voor zover de reële relatie

authentiek, echt is en de werkrelatie kunstmatig. Het is natuurlijk van belang om tijdens een therapie, opmerkingen die met de reële relatie te maken hebben, te onderscheiden van overdrachtsverschijnselen. Als de therapeut altijd een half uur te laat is, is het onjuist om de boosheid van patiënt, die op zekere dag hierover geuit wordt, op de eerste plaats te duiden als een overdrachtsverschijnsel. Dit neemt niet weg dat vaak realiteit en overdracht door elkaar kunnen lopen of gelijktijdig aanwezig kunnen zijn. Anderzijds kan de therapeut ook echte en authentieke gevoelens ten opzichte van zijn patiënt tot uiting brengen en hoeft hij zich niet helemaal vast te zetten op zijn werkverhouding, bijvoorbeeld in geval van een duidelijk, ernstig, reëel verdriet of een duidelijke reële en actuele vreugde bij zijn patiënt.

Als vuistregel moet evenwel gelden dat in een therapeutische relatie voor de patient de overdrachtsreacties het belangrijkste zijn en voor de therapeut de werkrelatie primair moet zijn. De andere relatie-aspecten dienen in beide gevallen ondergeschikt gemaakt te worden.

Dat de inrichting als 'therapeut' meervoudig is betekent in dit verband dat de patient in staat is om er ten opzichte van verschillende personen of instanties of groepen verschillende vormen van relatie op na te houden. Dat zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat een en dezelfde patient ten opzichte van de ene persoon een overdrachtsreactie kan vertonen, ten opzichte van een ander uitsluitend een reële relatie en ten opzichte van zijn psychotherapeut een werkrelatie kan handhaven. Indien noch de 'veelvuldige' therapeut, noch de patient zich van deze constellatie bewust is, bestaat de kans dat er zich een onoplosbare toestand ontwikkelt. Zo kan een patient ten opzichte van een of meerdere figuren een overdrachtsrelatie naar volle bevrediging tot stand brengen, welk overdrachtsgedrag ter plaatse niet wordt bewerkt en op de plaats waar wel psychotherapeutisch gewerkt wordt, niet ter sprake gebracht wordt. In de moderne psychiatrische inrichting, waar op allerlei wijzen de mogelijkheid bestaat tot volledige gratificatie en acting-out, kunnen bij daartoe aangelegde patienten, zich krachtige overdrachtsweerstand ontwikkelen, die elders, waar eventueel een therapeutische werkrelatie bestaat, niet als zodanig worden opgemerkt en voor zover ze opgemerkt worden, niet bewerkbaar zijn. De patient zal er immers wel voor wachten om zijn onvolwassen behoeftespanningen ter discussie te stellen als deze toch elders in genoegzame mate worden bevredigd!

Ook het bevorderen van reële relaties in de psychiatrische inrichting vormt een gevaar voor de therapeutische werkverhouding. Over het algemeen kan men wel zeggen dat de inrichtingspatient vele en vele malen meer van zijn therapeuten weet dan de gemiddelde ambulante psychotherapiepatient. Hierdoor en versterkt door bevordering van buitenterapeutische contacten in inrichtingsverband, kan een dusdanige vermenging van reële relatie en therapeutische relatie ontstaan, dat een

'therapeutische gemeenschap met antitherapeutisch klimaat' ontstaat. Doch wat te doen? Het navolgende, tweede te behandelen punt, biedt hierover mogelijk uitzicht.

(2) *De therapeutische techniek vanuit psychoanalytisch standpunt* — Weerstanden en overdrachten worden in de psychoanalyse bewerkt door middel van interventies, die men kan onderscheiden in *confrontatie*, *clarificatie* en *interpretatie*.⁸

Door *confrontatie* wordt de patient erop attent gemaakt, dat hij bepaalde gevoelens, verlangens, wensen en tendenzen ten opzichte van de analyticus heeft; tijdens de *clarificatie* wordt de patient zo veel mogelijk gestimuleerd om deze geneigdheden, verlangens, wensen en gevoelens, die hij in het hier en nu ten opzichte van de analyticus ondervindt, te expliciteren. Als een patient bijvoorbeeld bepaalde seksuele verlangens ten opzichte van de analyticus bemerkt, wordt, na confrontatie hiermee, aan de patient gevraagd duidelijk te maken wat hij/zij precies voor seksuele verlangens heeft en op welke wijze die bevredigd kunnen worden. Ditzelfde geldt voor eventueel bestaande agressieve impulsen. Als het aan de patient voldoende duidelijk is geworden, wat hij eigenlijk allemaal verlangt en wil en op welke manier, pas dan is het voor de patient mogelijk om zich voor de geest te halen in welke omstandigheden hij dergelijke gevoelens en neigingen eventueel meer heeft gehad en tegelijkertijd de eventuele inadequaatheid van dit geheel van werkelijk beleefde gevoelens en geneigdheden in de huidige therapeutische situatie te beseffen. Met andere woorden: hij leert kennen (1) een zeer duidelijk en sterk beleven van zichzelf en (2) de (in)adequaatheid ervan ten opzichte van de analyticus. Dit geheel van belevingen opent de mogelijkheid voor *interpretatie*: bijvoorbeeld wat nu beleefd wordt is gelijk aan datgene wat vroeger ten opzichte van een bepaalde belangrijke figuur uit de kindertijd is beleefd.

Kort samengevat: patient X beleeft ten opzichte van zijn analyticus dat en dat (confrontatie), omdat zus en zo (clarificatie), zoals hij ook vroeger heeft beleefd ten opzichte van die en die (interpretatie). Voorbeeld: ik voel me woedend ten opzichte van de analyticus (confrontatie), omdat ik zeker weet dat hij mij in de steek zal laten (clarificatie), zoals mijn vader mij vroeger ook in de steek heeft gelaten (interpretatie). Op de kwestie van prioriteit van bewerking van de weerstand of overdracht en de daarmee samenhangende technische complicaties wordt hier niet nader ingegaan.

In hoeverre is nu dit model van interventietechniek in de psychiatrische inrichting, de 'meervoudige therapeut', bruikbaar.

Het spreek vanzelf, dat een ieder, werkzaam in een psychiatrische inrichting, die een beetje een open oog heeft, in het proces van confrontatie kan worden betrokken. Allen, die in de inrichting met patiënten te maken hebben, zullen op enigerlei wijze observeren, voor zichzelf

vaststellen wat gedacht moet worden over het gedrag van patienten. Confrontatie en demonstratie lijken als het ware voor zowel psychotherapeuten, verpleging, activering, onderzoekafdelingen tot en met de technische dienst, activiteiten, die zich meer of minder gewild, kunnen voordoen. Heel wat anders is het met de clarificatie. Clarificatie van de overdrachtsverschijnselen zal weerstanden met zich meebrengen: clarificatie is een proces, dat, vanuit de patiënt gezien, niet aan iedereen kan worden gedemonstreerd en waarvoor, vanuit de andere kant gezien, dus vanuit de kant van degene, die intervenueert, psychodynamisch inzicht vereist wordt. Men dient namelijk te weten wat geclarificeerd moet worden, hoever geclarificeerd moet worden, wat een bepaalde patiënt in bepaalde omstandigheden kan hebben, hoeveel geduld men moet hebben en hoeveel geduld men niet moet hebben. In nog sterkere mate geldt dit voor de interpretatie, de duiding.

Zou nu een patient verleid worden tot clarificatie, zonder dat in voldoende mate aan de patient en aan de interveniërende persoon bekend en bewust is, dat het hier gaat of zou kunnen gaan om overdrachtsrelaties en om overdrachtsmateriaal, dat bewerkt dient te worden, dan bestaat grote kans op een antitherapeutische diade, waarbij de patient zich lekker begrepen voelt door een helper, die impliciet niet bereid is om hem van zijn overdrachtsverschijnselen af te helpen. Daarmee is een sterke gratificatieweerstand opgebouwd. De eventueel daarnaast bij een ander bestaande psychotherapeutische werkrelatie is onwerkzaam geworden omdat het overdrachtsmateriaal de overdrachtsrelatie elders 'geblokkeerd' ligt.

Kernpunt bij het ontstaan van deze ongelukkige ontwikkeling is derhalve, zoals hier gesteld een overschrijden van de grens confrontatie/clarificatie.

De *consequenties* hieruit voor een psychiatrische inrichting zijn de volgende: de psychotherapie in engere zin: dat wil dus zeggen het gehele proces van clarificatie en interpretatie dient voorbehouden te worden aan psychotherapeuten. Alle andere personen, die zich op enigerlei wijze bezighouden met patienten dienen zich te beperken tot confrontatie en demonstratie. Dit geldt dus met name voor de verpleging, voor alle afdelingen van de zogenaamde actievare therapie, voor de pastorale dienst en voor de ontspanningsdienst. Al deze apparaten dienen bij hun interventie niet verder te gaan dan de patient te wijzen op zijn deviant gedrag en patient probleembewust te maken ten aanzien van dit deviant gedrag. Met deze kennis en met deze bewustwording dient de patient gezonden te worden naar een psychotherapeut (afgezien wordt hier van de kwestie individuele psychotherapie/groepspsychotherapie).

De confronterende rol van de verpleging vindt plaats op de afdeling. De confronterende rol van de diverse afdelingen der actievare therapie vindt plaats op hun diverse specifieke terreinen, de confronterende rol van de pastorale dienst vindt plaats bij de pastorale exploratie van het

religieuze gedrag.

Nu ligt in deze confronterende taak van genoemde diensten een belangrijk stuk werk. Een niet onaanzienlijk aantal patiënten is toch waarschijnlijk opgenomen, omdat zij niet in staat zijn gebleken buiten opname te komen tot een voor hen bevredigende ambulante therapie; waarschijnlijk niet in de laatste plaats, omdat ze door 'de gewone maatschappij' niet overtuigd zijn geraakt van de deviantie van hun gedrag en de ondragelijkheid van hun lijden. Het heeft dan moeten komen tot dusdanige botsingen met de 'maatschappelijke orde', dat een opname noodzakelijk werd. Hoe dan ook, men zou kunnen zeggen: wat de gewone maatschappij niet aan de patiënt heeft kunnen demonstreren moet nu gebeuren door een aantal daarvoor speciaal in het leven geroepen instanties, zoals bewegingstherapie, creatieve therapie, arbeidstherapie, pastorale dienst en verpleging. Deze instanties dienen zich evenwel te *onthouden* van de intensivering van de overdrachtsrelaties door het stimuleren van clarificatie en zeker dienen zij zich te onthouden van interpretatie. Het gevaar bestaat anders, nogmaals gezegd, dat bij het niet voldoende onderscheiden van werkrelatie, overdrachtsrelatie en reële relatie de stimulerende invloed van de clarificatie leidt tot het ontwikkelen van de gratificatieweerstand.

De fixatie van de gratificatieweerstand is evenwel het begin van de overgang naar chroniciteit.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPY, GRATIFICATION AND THE MENTAL HOSPITAL

Some patients in mental hospitals show, during their stay an increasing dependency and need for security, in addition to a decrease of personal responsibility. This tendency is facilitated by social laws and institutions. From the psychoanalytical point of view this need of gratification can be considered as a resistance in the psychotherapeutic process. This resistance has the form of a transference resistance, not to confuse with the derivatives of the so called defense mechanisms. Using the technique and practice of psychoanalysis as a model, the author gives a description of the difficulties and complications for psychotherapy in a mental hospital. Because of the multiplicity of the 'therapist' in a mental hospital, there consists the danger, that a transference relation, for instance a need for gratification, develops at the wrong place or to the wrong person, so that working-through in a working relationship with a psychotherapist becomes impossible. The same can be said from acting-out, as a transference resistance. A second point concerns the therapeutic technique: the total process of confrontation, clarification and interpretation is a job, only for qualified psychotherapists. Nurses, hospital attendance, workers in the fields of industrial therapy, cultural therapy, pastoral service etc. have to restrict their interventions in relation to the behavior of patients to confrontation only.

LITERATUUR

- 1 M. I. Herz: Views on the current role of Psychiatric Hospitalisation. *Hospital and Community Psychiatry* 23. (1972) 7. Pag. 210-211.

- 2 R. R. Greenson: *The technique and practice of Psycho-analysis I*. New York 1967, bl. 247 v.v.
- 3 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 171.
- 4 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 178.
- 5 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 275.
- 6 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 247, 248.
- 7 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 192, 216.
- 8 R. R. Greenson: *Ibid.* blz. 96, 268.