

De psychotherapeutische attitude in de psychiatrische kliniek

De stafpersoonlijkheid als model van een multidisciplinair team

door S. Scheffer en J. F. Tonino

In de afgelopen 30 jaar zijn in veel gebieden van de geestelijke gezondheidszorg belangrijke veranderingen opgetreden. Zo ook is de benadering van de patiënt die klinisch psychiatrische hulp nodig heeft aanzienlijk gewijzigd. Toch is het nog niet zo lang geleden dat in vrijwel alle klinisch psychiatrische settings de on-therapeutische gemeenschap bestond. Wellicht uit onwetendheid streefden de behandelaars er destijds naar een chroniserende sfeer op de afdelingen te behouden. Dit was niet eens zo eenvoudig. Men ging volgens een bepaald patroon te werk en trof een aantal voorzieningen: de afdelingen zagen er overbevolkt uit, de gebouwen straalden een slechte staat van onderhoud uit en de staf een duidelijke onderbezetting. Bij opname reeds zag de patiënt dan onmiddellijk het hopeloze van zijn situatie in. De patiënten kregen geen vrijheid om lief te hebben, om om te gaan met normale mensen, om eens alleen te zijn. Er werd vanuit gegaan dat een patiënt nooit te vertrouwen of te geloven was. De behandelaars dachten dat psychiatrische patiënten maar weinig behoefte hadden aan de meer luxe kanten van het leven en men nam aan dat een spartaans leven hun het meeste aan zou spreken. Het leek alsof het on-therapeutische gemeenschapsidee te bevorderen was door de patiënten de mogelijkheid te geven zich te identificeren met ongunstige exponenten van de maatschappij. Om dit te bereiken kon men een criminele psychopaat of een aantrekkelijke prostituée op de afdeling opgenomen hebben. Uiteraard werd vermenging van de sexen voorkomen. Het werd bevorderd dat een patiënt zijn ziekenrol zou kunnen handhaven. Een goed middel hiertoe was het maken van een foto, en-face en en-profil, liefst met de hand boven het hoofd geven en eventueel met het patiëntnummer zichtbaar op de foto. Tevens verstrekten men vanwege het instituut kleding, zogenaamde gestichtskleding, hetgeen de eenvormigheid van de patiëntengroep bevorderde en de identiteit als patiënt versterkte. Zo zijn nog tal van andere maatregelen op te sommen waarop de on-therapeu-

Schrijver is als psychiater werkzaam in het Sint Lucas-Ziekenhuis te Amsterdam. Voordracht symposium 'De psychiater als psychotherapeut', 19-5-'78.

tische gemeenschap berustte. Het is niet onwaarschijnlijk dat enkele van deze on-therapeutische maatregelen nog steeds, met succes, worden toegepast.

Inmiddels heeft het idee van de therapeutische gemeenschap ook in ons land sterke weerklank gevonden. Daarnaast zijn instituten ontstaan waar men zich toelegt op klinisch psychotherapeutische behandelingen van daarvoor geschikte patiënten. Principes waarop de therapeutische gemeenschap behoort te berusten worden in de meeste psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in meer of mindere mate gehanteerd. Ook in vele psychiatrische categorale instituten bestaan afdelingen waar men volgens de principes van de therapeutische gemeenschap werkt of tracht deze te benaderen. Maar ook in de klinieken waar men deze principes niet bewust nastreeft is de benadering van de opgenomen patiënt toch aanzienlijk veranderd ten opzichte van de periode voor 1945.

De psychiater die werkzaam is in een psychiatrische kliniek zal het gehele veld van de psychiatrie moeten kunnen overzien. Hij zal moeten beoordelen in hoeverre sociale factoren, micro-sociaal en macro-sociaal, in hoeverre somatische factoren en in hoeverre factoren gelegen in de psychologische structuur van de patiënt geleid hebben tot zodanige decompensatie dat opname noodzakelijk werd. De klinisch psychiater zal moeten beslissen of voor de hem toevertrouwde patiënt een sociotherapeutische, een biologisch-psychiatrische, dan wel een psychotherapeutische benadering of een combinatie hiervan geïndiceerd is. De biologische psychiatrie, de sociale psychiatrie en de psychodynamische psychiatrie zijn zo gespecialiseerd dat voldoende deskundigheid op alle gebieden niet gemakkelijk in een persoon verenigd zal kunnen worden.

Dit heeft er dan ook toe geleid dat de klinisch psychiater in het algemeen niet meer als individueel psychiater zijn werkzaamheden verricht, maar dat hij een plaats heeft gekregen als lid van het behandelend team, de staf van een psychiatrische afdeling. Dit team zal in de meeste gevallen multidisciplinair zijn samengesteld omdat de noodzaak van multidisciplinaire behandeling onmiskenbaar is gebleken. De psychiater is niet meer de Behandelaar; de afdelingsstaf, het multi-disciplinaire behandelend team is in de plaats getreden van de Behandelaar. Het team functioneert als behandelaar van de patiënten op de afdeling. Dit team moet in staat zijn al die functies, die voor een psychiater te veel zijn, te gaan vervullen. De taak van de psychiater in dit team zal bij het formeren van het team voornamelijk een creatieve zijn. Hij zal er zorg voor dienen te dragen dat de staf de mogelijkheden gaat creëren voor een adequate behandeling van de patiënten. Hij zal er voor zorgen dat het team zo een sfeer op de afdeling schept dat de afdeling als therapeutisch instrument gebruikt zal kunnen worden. Die sfeer moet zodanig zijn dat de realiteit van de maatschappij weinig geweld wordt aangedaan en dat realiteitsconfrontatie mogelijk blijft. De behandelende staf zal een tolerante houding moeten uitstralen en zal er tevens voor dienen te zorgen dat de patiën-

ten zich op de afdeling veilig kunnen voelen en die zorg en die verzorging zullen ontvangen die noodzakelijk zijn. Het kan soms noodzakelijk zijn dat de staf vrijheidsbeperking aan de patiënt oplegt uit oogpunt van beveiliging van de individuele patiënt, van de patiëntengroep of van de maatschappij. De klinisch psychiater zal zijn empathische houding op de andere stafleden en zo op de gehele stafgroep moeten kunnen overdragen.

Het leiden van de afdeling zal op een andere manier verlopen dan 30 jaar geleden het geval was. Het zal niet veel meer voorkomen dat een psychiater, als leider van de afdeling, een taakopvatting heeft die er op neer komt dat hij, meestal dagelijks, visite maakt op zijn afdeling, tijdens deze visite de medicatie regelt, de leefregels van de patiënten controleert en afspraken maakt voor therapievormen. Deze taakopvatting is nagenoeg verlaten en heeft plaats gemaakt voor een waarbij leiding wordt gegeven aan het behandelend team, waartoe alle disciplines die op de afdeling werkzaam zijn behoren. Ruime inspraak in de beleidsvorming door alle teamleden is een voorwaarde voor het functioneren van dit team. Ieder staflid moet in staat zijn de eigen taak, berustend op eigen deskundigheid, optimaal uit te oefenen. De leiding van de afdeling moet, ons inziens, berusten bij de psychiater. Deze immers moet ook de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling van de individuele patiënt dragen. In het team is alleen hij zodanig opgeleid en gevormd dat de gehele problematiek, biologisch, sociaal en psychologisch, kan worden overzien.

Binnen het team worden de verschillende taken die voor behandeling en verzorging nodig zijn verdeeld. De psychiater kan die taak op zich nemen waarvoor hij de benodigde deskundigheid bezit en de andere taken overlaten aan de andere deskundigen binnen het multidisciplinaire team. Een specifieke behandeling, gedaan door één teamlid, zal slechts een deel vullen van het etmaal dat de patiënt in de psychiatrische kliniek verblijft. De andere leden van het multidisciplinaire team zullen zich gedurende de rest van de dag therapeutisch met de patiënt bezighouden. Alle disciplines leveren op deze wijze hun aandeel in de behandeling, maar een adequate behandeling zal niet mogelijk zijn als de leden van het behandelend team als individuen de individuele patiënt of de patiëntengroep behandelen. Alleen als het multidisciplinaire team als groep, als één geheel, therapeutisch functioneert, is optimale behandeling mogelijk. De groep van behandelaren, die als een eenheid functioneert, zal over al die eigenschappen moeten beschikken die men ook bij een ervaren psychotherapeut mag verwachten: de karakteristieken van de groep zijn vergelijkbaar met die van een individuele therapeut.

De vergelijking van de stafgroep met een individu is ver door te trekken. Wij stellen voor hiertoe het volgende model te hanteren: De stafgroep bezit, zoals een individu, een persoonlijkheid, een persoonlijkheid die net zo gestructureerd is als die van een individu. Deze structuur noemen wij in het vervolg: de stafpersoonlijkheid. In analogie aan de persoonlijkheidsopbouw van een individu

zullen wij hierna spreken van het ik, het super-ego en het Es van de stafpersoonlijkheid. Bij de stafpersoonlijkheid kan men dezelfde afweermechanismen onderscheiden als bij een individu, eveneens kan men spreken van al of niet uitgebalanceerd zijn en van al of niet aanwezige introspectie. De super-ego functie van de stafpersoonlijkheid kan voldoende zijn, insufficiënt of domineren.

De stafpersoonlijkheid moet over de eigenschappen beschikken die het mogelijk maken dat de patiënt zich veilig voelt en dat emotionele regressie wordt toegestaan zodat de basis van een psychotherapeutische relatie kan ontstaan. De patiënt moet vertrouwen in de stafpersoonlijkheid kunnen stellen. Dit zal slechts mogelijk zijn wanneer de patiënt voelt dat de stafpersoonlijkheid hem accepteert zoals hij op het moment is; wanneer hij merkt dat hij niet agressief wordt benaderd, dat hij de zorg krijgt die hij behoeft; wanneer geen corrigerende maatregelen worden genomen om abrupt zijn gedrag te veranderen. Van groot belang kan de aanwezigheid, de nabijheid van de therapeut zijn, i.e. de stafpersoonlijkheid. Het kan nodig zijn deze nabijheid letterlijk aan te bieden. Een staflid, als exponent van de stafpersoonlijkheid, kan bij de patiënt zitten, door hem aangeraakt worden en zo de gevoelens van angst en onveiligheid die bij de patiënt bestaan tegengaan. Voor zeer angstige patiënten kan het nodig zijn dat hij op deze wijze soms 24 tot 48 uur een, uiteraard afgewisseld, staflid bij zich heeft.

De stafpersoonlijkheid moet een empathische houding hebben. Onder empathie verstaan wij in deze: een houding waarbij men er bewust naar streeft een tijdelijke en gedeeltelijke identificatie met de patiënt te bereiken zodat men zo veel mogelijk kan meevoelen met wat zich in de patiënt emotioneel afspeelt en tegelijkertijd kan anticiperen op zijn emotionele reacties. De onvoldoende geschoolde individuele psychotherapeut loopt hierbij al het risico dat deze bewuste, partiële identificatie geleidelijk overgaat in een onbewuste, te grote en permanente. De therapeut immers staat steeds bloot aan de verleiding tot deze identificatie omdat de patiënt er vaak toe neigt zich zo sterk met de therapeut te identificeren dat gesproken kan worden van een geheel eenworden van de patiënt met de therapeut. Wanneer de patiënt hierin slaagt en de therapeut zich dan te sterk met de patiënt identificeert, en wanneer diens gevolg de noodzakelijke therapeutische distantie, die nodig is voor het instandhouden van de working alliance, te gering wordt, dan is behandelen niet meer mogelijk.

Veel sterker nog dan bij de individuele therapeut geldt het gevaar van te sterke onbewuste identificatie met de patiënt voor een behandelaarsgroep. Een aantal leden van dit behandelend team kan, door gebrek aan training, de empathie onjuist hanteren en zo de empathische houding van de groep als geheel nadelig beïnvloeden. Regelmatig ziet men dan ook gebeuren dat zich binnen de groep van behandelaren dezelfde ageerpatronen gaan afspelen die ook binnen de patiëntengroep plaats vinden. Het is onjuist om steeds aan te nemen dat dit altijd berust op ageren van de behandelaren onderling of op conflicten van de behandelaren met leidinggeven-

de figuren in de behandelaarsgroep. Men miskent, wanneer men dit aanneemt, het effect van de falende empathie die is overgegaan in identificatie. Omgekeerd ziet men vaak dat ageerpatronen van stafleden, rivaliteit tussen leden van de behandelingsgroep onderling of agressieve gevoelens binnen de stafgroep, overgedragen worden op de patiëntengroep. Vaak kan men, wanneer in de patiëntengroep onrust ontstaat of agressieve tendenties aan de oppervlakte komen, bij een goed onderzoek van wat zich in de stafgroep heeft afgespeeld, herkennen dat de problematiek begonnen is binnen de stafgroep en op deze wijze in de patiëntengroep is geïnduceerd. Te gemakkelijk kunnen reacties binnen de patiëntengroep gezien worden als overdrachtsfenomeen en reacties binnen de stafgroep als tegenoverdracht. De stafpersoonlijkheid is een complex samengesteld individu, dat gemakkelijk reacties bij de patiëntengroep oproept of reacties van de patiëntengroep bij zichzelf registreert die niet alleen of altijd op overdracht berusten, maar vaak een direct reageren zijn op actuele situaties van de ene groep op de andere.

De psychiatrische klinieken, waar men niet select opneemt, met name niet selecteert op geschiktheid voor inzichtgevende psychotherapie, zullen een patiëntenbevolking hebben die een afspiegeling is van het gemiddelde van de bevolking. Van de gehele Nederlandse bevolking is slechts een klein gedeelte qua leeftijd, intelligentie, introspectief vermogen en motivatie in staat een inzichtgevende therapie te volgen. Dit percentage ligt bij de bevolking van de psychiatrische klinieken nog lager omdat het getal hier nadelig wordt beïnvloed door een groot aantal patiënten, dat een beperkt integratievermogen en onvoldoende motivatie heeft zodat inzichtgevende psychotherapie, ook wanneer aan de andere voorwaarden wel zou worden voldaan, niet verantwoord toe te passen is. Bij het merendeel van de opgenomen patiënten in psychiatrische klinieken zullen dan ook andere behandelingsmethoden moeten worden toegepast dan inzichtgevende psychotherapie. De stafpersoonlijkheid bezit de deskundigheid om die andere vormen van psychiatrische behandeling te verstrekken. Evenzeer echter blijft van kracht dat de stafpersoonlijkheid de structuur moet hebben die wij eerder hebben beschreven. Het therapeutisch klimaat van de afdeling, de tolerantie, de empathie, het scheppen van veiligheid, het geven van zorg, de acceptatie, zijn dan van even groot belang als wanneer er sprake zou zijn van een patiëntenbevolking die uitsluitend met psychotherapie behandeld zou worden. De druk echter die door de bevolking van de gemiddelde psychiatrische kliniek uitgeoefend wordt op de stheniciteit, op het evenwicht van de stafpersoonlijkheid, zal echter groter zijn dan in een puur psychotherapeutische setting. In de gewone psychiatrische kliniek zal de groep van patiënten minder gemotiveerd zijn voor behandeling dan in een psychotherapeutische setting, terwijl bovendien een belangrijk aantal patiënten onvoldoende inzicht heeft in het feit dat er een psychogenese van zijn klachten of problemen aanwezig is, en sterker zal neigen tot ageren.

Op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, een zogenaamde PAAZ, komt hier nog een factor bij. Een groot deel van de hier opgenomen patiënten heeft naast zijn psychiatrische problematiek ook somatische afwijkingen. Voor een ander deel moet een somatisch lijden worden uitgesloten tijdens de opname. Juist wanneer men genoodzaakt is aanvankelijk veel aandacht te schenken aan de lichamelijke klachten, of wanneer men er bij een somatisch lijden aan gehouden is lichamelijke zorg te geven, is het des te belangrijker voor de stafpersoonlijkheid een zodanige attitude te bezitten en te behouden dat psychiatrisch behandelen nog mogelijk is. De problemen die hierdoor kunnen ontstaan zijn het grootste voor de verpleegkundige discipline van het behandelend team. De verpleegkundige verkeert vaak in een moeilijke dubbelrol, nl. die van verzorgende en tegelijkertijd of afwisselend die van behandelende. Een extra complicatie ontstaat door het feit dat hier vaak nog een derde rol aan wordt toegevoegd: die van de bewakende. Op een PAAZ worden aan de verpleegkundigen hoge eisen gesteld, die bij een onvoldoende functioneren van de stafpersoonlijkheid gemakkelijk tot té hoge eisen kunnen uitgroeien.

De persoonlijkheidstrekken die de stafpersoonlijkheid bezit, houden in dat deze stafpersoonlijkheid een attitude heeft zoals bij een psychotherapeut verwacht kan worden. Deze attitude is van even groot belang en evenzeer onmisbaar wanneer de stafpersoonlijkheid andere behandelingsvormen dan psychotherapeutische in engere zin toepast.

Binnen het multidisciplinaire behandelingsteam heeft de psychiater een zeer belangrijke taak. Het is zijn voornaamste taak er voor te zorgen dat de attitude die van de stafpersoonlijkheid moet uitgaan, wordt aangebracht en bewaakt. Deze taak wordt bemoeilijkt omdat het multidisciplinaire team in de meeste gevallen geen team is, dat vele jaren als groep bij elkaar blijft. Groepsleden vertrekken, andere komen. Het kan moeilijk komen tot een goede identiteitsontwikkeling van de groep, steeds moet opnieuw begonnen worden met het vormen van de identiteit. Uiteraard treden binnen de groep steeds spanningen op, zullen nieuwkomers o.a. zich niet altijd veilig kunnen voelen, zullen autoriteitsconflicten optreden en zal rivaliteit duidelijk worden. Deze conflicten kunnen worden vergeleken met de intrapsychische problemen van de individuele therapeut en zullen de attitude van de stafpersoonlijkheid kleuren. Het is dus vooral de psychiater die er voor moet zorgen dat die attitude bereikt wordt die voor een optimale sfeer en behandelingsmogelijkheid noodzakelijk is. Het is duidelijk dat de psychiater deze taak slechts dan kan waarmaken, wanneer hijzelf voldoende deskundigheid op dit gebied bezit.

Wij willen gaarne met enkele voorbeelden illustreren hoe, aan de hand van het model van de stafpersoonlijkheid, klinisch psychiatrische gebeurtenissen begrijpelijk worden. De afdeling waar wij werkzaam zijn, is door de stafpersoonlijkheid zo ingericht dat angstveroorzakende factoren zo veel mogelijk ontbreken. Op de

afdeling verblijven ongeveer 40 patiënten, mannen en vrouwen gemengd. Er is geen afzonderlijke onrustafdeling en er zijn geen ruimten met een zodanige inrichting dat van echte separeerkamers gesproken kan worden. Wel beschikken wij over 2 eenpersoonskamers van 3½ x 4 meter, waarvan de ramen afgeschermd en beveiligd kunnen worden, en waar maatregelen zijn genomen zodat geen gevaarlijke elektrische bedrading of punten die verhangingsmogelijk maken, aanwezig zijn. De toegangsdeur kan goed afgesloten worden met een dubbele deur, maar de kamers lijken in geen enkel opzicht op een zo sterk beveiligde kamer als een separeerkamer.

Wij willen U nu beschrijven hoe het opnemen verloopt van een angstige, geagiteerde, psychotische patiënt. Na opname wordt de patiënt in de eenpersoonskamer gelaten. Hij wordt niet sterk medicamenteus gesedeerd, niet in zijn bewegingen belemmerd door onrustbanden of een spanlaken, maar hij mag in bed gaan of op een stoel zitten. Hij wordt niet geïsoleerd: de deur van het kamertje blijft open. Een verpleegkundige gaat bij de patiënt zitten. Deze verpleegkundige, die gezien moet worden als een exponent, als een facet van de stafpersoonlijkheid, toont de patiënt dat hij in zijn huidige situatie wordt geaccepteerd, dat hij niet agressief wordt benaderd, dat hij niet wordt gecorrigeerd. De patiënt krijgt de zorg die hij behoeft. Emotionele regressie wordt niet tegengegaan. Via praten tracht de verpleegkundige de patiënt gerust te stellen en bij de realiteit te betrekken. Het is niet wenselijk dat de verpleegkundige met de patiënt steeds in deze kamer verblijft, maar het is goed dat beiden, zo nu en dan de kamer tesamen verlatend en op de afdeling, in de conversatiekamer koffie gaan drinken of de afdeling gaan verkennen. Op deze wijze komt de patiënt reeds kort na zijn opname in contact met de gehele afdelingsbevolking en leert hij de geruststellende sfeer van de afdeling kennen. De verpleegkundige blijft in zijn onmiddellijke nabijheid, bereikbaar voor de patiënt, tot de angst zo is verminderd dat de aanwezigheid niet meer permanent noodzakelijk is.

Voor de verpleegkundigen is deze taak zeer belastend, maar deze wordt steeds weer vervuld omdat men ziet dat een dergelijke attitude binnen maximaal 48 uur vrijwel altijd succes heeft: de angst en agitatie zijn verdwenen of aanzienlijk verminderd. Deze benadering van de patiënt bij zijn opname geeft hem een gevoel van veiligheid en het gevoel zorg te ontvangen. Het zijn deze gevoelens die de basis vormen voor de verdere behandeling. Het is opvallend dat van onze afdeling zelden een patiënt wegloopt. Het is nog nooit nodig geweest voor een al opgenomen patiënt een inbewaringstelling aan te vragen. Toch is de bewaking van de uitgang van de afdeling meestal zo beperkt dat weglopen heel gemakkelijk zou kunnen gebeuren. Het aantal zogenaamd tegen advies ontslagen patiënten is eveneens zeer gering.

De benadering van de net opgenomen patiënt berust, zoals uiteengezet, op de psychotherapeutische attitude. Aan het ik en aan het

super-ego van de stafpersoonlijkheid ontspringt de behoefte deze psychotherapeutische attitude op te bouwen. Tevens waakt het super-ego van de stafpersoonlijkheid over de handhaving van de hoge eisen stellende attitude en zorgt dit ervoor dat, in dit voorbeeld, de verpleegkundigen gemotiveerd blijven hun belastende taak steeds weer op zich te nemen. Wij stellen dat de super-ego functie van de stafpersoonlijkheid in belangrijke mate voor rekening van de psychiater komt. Wanneer men dit aanneemt, moet men tot de conclusie komen dat, als het op een afdeling regelmatig voorkomt dat voor al opgenomen patiënten een BS moet worden gevraagd, of als veel patiënten weglopen of 'tegen advies' worden ontslagen, er sprake is van een insufficiënt super-ego. Met andere woorden: de psychiater vervult zijn taak onvoldoende. De verpleegkundigen die onvoldoende toezicht hielden op een weggelopen patiënt verdienen dan aanzienlijk minder blaam dan hun meestal wordt toebedeeld.

Binnen het model van de stafpersoonlijkheid is de kwaliteit van de ik-functies afhankelijk van het beleid dat gevoerd wordt bij het aantrekken van stafleden. In principe kan men voor iedere discipline een staflid met de grootste deskundigheid op zijn gebied kiezen. De beperkingen worden in het algemeen bepaald door het aanbod en de financiële grenzen. Van groot belang is het natuurlijk of het aan te stellen staflid in staat is binnen het team te functioneren, of hij binnen het team plaatsbaar is. De ik-sterkte van de stafpersoonlijkheid is veel moeilijker af te schatten. Men kan niet stellen dat deze het gemiddelde is van dat van alle individuele stafleden. De individuele ik-sterkte wordt beïnvloed door groepsdynamische factoren. De ik-sterkte van de stafpersoonlijkheid zal fluctuerend zijn, afhankelijk van deze groepsdynamiek. De wisselende emotionele draagkracht van de stafpersoonlijkheid zal bovendien nog afhankelijk zijn van de emotionele eisen die de patiënten aan de stafpersoonlijkheid stellen.

Binnen de staf moet men ernaar streven de driftmatige aspecten van de stafpersoonlijkheid buiten de werksfeer te houden. Men mag er op hopen en op vertrouwen dat de driftmatige bevrediging van de individuele stafleden in de privésfeer voldoende kan plaatsvinden, zodat deze niet in het team, dus binnen de stafpersoonlijkheid of in de patiëntengroep een uitweg moet vinden. Vrijwel iedereen zal het er met ons over eens zijn dat seksuele bevrediging van patiënten door stafleden geen therapeutisch werkzaam middel is. Toch komt dit voor. In onze staf bleek, nadat een staflid ontslag had genomen, dat hij enkele malen seksueel contact had gehad met een patiënte op haar kamer. Het super-ego van de stafpersoonlijkheid was kennelijk insufficiënt geweest, het Es van de stafpersoonlijkheid was niet onder controle gebleven, en in de beïnvloeding van het bedoelde staflid was het onvoldoende gelukt om zijn driftbevrediging in de therapeutische relatie te voorkomen. Wat agressieve impulsen betreft liggen de feiten weer gecompliceerder. Agressief benaderen van patiënten is niet uit de tijd, soms gebeurt dit onverhuld en wordt dan als onvermijdelijk gezien, veel

vaker gebeurt het verhuld, verborgen in maatregelen. Zo kan een agressieve lading worden bemerkt bij het zogenaamde corrigeren van het gedrag, het geven van adviezen die een beschuldigende inhoud hebben of het kleinerende gedrag van stafleden tegenover patiënten. Patiënten roepen ongetwijfeld agressieve gevoelens op bij stafleden, zoals ook stafleden deze bij andere stafleden oproepen. Deze agressieve gevoelens mogen echter nooit uitgeleefd worden tegenover de patiënten. Tenslotte mag men er op hopen dat de honorering van de werkzaamheden er niet toe zal leiden dat geldzucht de omvang van de werkzaamheden zal beïnvloeden.

Wij willen nog een voorbeeld geven van een tekortschietend super-ego van een stafpersoonlijkheid. Een patiënt is, naar de mening van het behandelend team van een niet gespecialiseerde kliniek, geschikt voor een langdurige intensieve inzichtgevende psychotherapie. De patiënt is hiervoor gemotiveerd. Men meldt de patiënt aan voor de intakeprocedure, maar de patiënt blijft in de kliniek waar hij opgenomen is wachten op een uitnodiging voor de kennismaking. Deze uitnodiging kan enkele weken, soms zelfs enkele maanden op zich laten wachten. De kennismaking duurt van een halve tot een hele dag. Vaak blijkt dat de kennismakingsgesprekken namens het instituut worden gedaan door op het gebied van de psychotherapie nog onervaren stafleden. Men tracht in korte tijd te testen of de patiënt inderdaad wel geschikt is voor psychotherapie, of hij wel inzicht heeft in het eigen aandeel in het ontstaan van zijn decompenseren, of zijn frustratietolerantie groot genoeg is om in een kliniek te verblijven waar 'men nogal wat aan moet kunnen'. Reeds opgenomen patiënten testen de nieuwkomer eveneens. In de praktijk komt het er dan ook vaak op neer dat de kennismaking op voet van gelijkheid, zeer goed te vergelijken is met de kennismakingen op voet van gelijkheid zoals de studenten-corpora die enkele jaren geleden ook nog kenden. Als de patiënt geschikt blijkt voor het instituut deelt men dit de patiënt mede. Hij vertrekt weer, zonder te weten hoe lang hij nog op opname zal moeten wachten, terug naar de niet gespecialiseerde kliniek, want teruggaan naar het milieu van waaruit hij destijds werd opgenomen zonder dat hij al voldoende is behandeld, is niet verantwoord. Zo kan hij wel enkele weken, soms enkele maanden, op overplaatsing moeten wachten.

Het moet u duidelijk zijn dat wij deze gang van zaken beoordelen als anti-therapeutisch. Men beseft vaak niet dat het intakegesprek gezien moet worden als het eerste gesprek van een therapie. Het is een kunstfout hierin de afweer van de patiënt zo bruut te slechten. In onze termen vertaald, gezien volgens ons model: het falend super-ego van de stafpersoonlijkheid van het gespecialiseerde instituut stond toe dat een anti-therapeutisch werkende intakeprocedure een nog sterker antitherapeutisch effect kreeg door het gesprek te laten voeren door een onvoldoende psychotherapeutisch geschoolde medewerker. Zo men al aan deze methode wil vasthouden, dan is het noodzakelijk om deze gesprekken slechts toe te

vertrouwen aan een zeer deskundige psychotherapeut met een grote psychotherapeutische ervaring.

Het model van het multidisciplinaire team willen wij u tenslotte nog illustreren via een summier beschrijving van de wijze waarop wij patiënten met anorexia nervosa op onze afdeling behandelen. De meisjes, die met het beeld van anorexia nervosa worden opgenomen, verkeren meestal in een zeer slechte lichamelijke toestand, met soms een lichaamsgewicht beneden de 30 kg. Vaak zijn zij al geruime tijd op een somatische afdeling opgenomen geweest voordat zij bij ons komen. Wij geven de patiënte een eenpersoonskamer. Het meisje vertoont een regressief beeld en wij bevorderen de regressie aanvankelijk zelfs. Wij menen namelijk dat alleen een verdergaande regressie haar toegankelijk maakt voor behandeling. Wij proberen haar lichaamsgewicht zo snel mogelijk op een vitaal aanvaardbaar niveau te brengen, echter niet via kunstmatige voeding. Is dit inderdaad gelukt dan gaan wij de regressie weer tegen. Tegelijkertijd proberen wij het gezin in de behandeling te betrekken. Vervolgens trachten wij de identiteitsontwikkeling van de patiënte tot ontwikkeling te brengen via individuele psychotherapie en gezinstherapie, om ook de andere gezinsleden er toe te brengen om de patiënte een andere plaats binnen het gezin te geven en bovendien de agressieve gevoelens die de gezinsleden onderling koesteren, maar die zich vooral afspelen tussen de patiënte en haar ouders, te kanaliseren.

De behandeling van een anorexia patiënte moet multidisciplinair zijn. Als exponenten van de stafpersoonlijkheid gaan de volgende disciplines zich met de behandeling van deze patiënte belasten. Een verpleegkundige zal de moederrol vervullen, een psychotherapeut de vaderrol, een maatschappelijk werkende zorgt voor de contacten met het gezin, een gedragstherapeut behandelt in de beginfase het gewicht van de patiënte. De verpleegkundige, de psychotherapeut, de maatschappelijk werkende en de gedragstherapeut moeten worden gezien als exponenten van de ik-functie van de stafpersoonlijkheid. Op de ik-sterkte wordt een grote druk uitgeoefend door de patiënte en haar familieleden. De levensbedreigende situatie waarin het meisje verkeert bij opname vormt een grote emotionele last voor de stafpersoonlijkheid. De moederrol, die de stafpersoonlijkheid op zich heeft genomen, houdt het geven van veel zorg en verzorging in, waaronder met name het aanbieden van eten hoort. Het is zeer moeilijk deze zorg adequaat te blijven verstrekken als, zoals meestal het geval is, de patiënte deze verzorging weigert of als zij tracht de behandelaars te manipuleren om behandeling af te weren.

Driftmatige aspecten komen in de stafpersoonlijkheid tot leven door de agressie die de afwerende houding van de anorexia patiënte oproept. De sterkte van de super-ego functie van de stafpersoonlijkheid is hier van groot belang. Immers er moet voor worden gewaakt dat de emoties die het meisje binnen de staf oproept, worden herkend en gehanteerd. Ondanks de afweer moet

de verzorging, de regressie bevorderende zorg in stand gehouden worden. Agressieve uitingen ten opzichte van de patiënte moeten worden voorkomen evenals het tegenageren als reactie op het manoeuvreren en het ageren van de patiënte.

Weliswaar is het zo dat een verpleegkundige en een therapeut in het bijzonder de moeder- en vaderrol ten opzichte van de patiënte uitdragen, maar uiteraard hebben ook de andere stafleden veel bemoeienis met patiënte. Er kan hier dus niet worden gesproken van een behandeling door enkele teamleden, maar juist bij de behandeling van de anorexie patiënten wordt duidelijk dat, wanneer de persoonlijkheidsstructuur van de staf niet in evenwicht is, er geen sprake kan zijn van een succesvolle behandeling.

Uit het voorgaande menen wij het volgende te mogen concluderen. Het gehele team geeft vorm en inhoud aan het super-ego, maar wij willen echter met nadruk stellen dat binnen het team de psychiater het als een belangrijke taak moet zien de super-ego functie van de stafpersoonlijkheid te bewaken. De psychotherapeutische attitude is van zeer groot belang in de klinische psychiatrie, juist wanneer men andere behandelingsmethoden moet toepassen dan psychotherapie in engere zin. De psychiater dient een groot aandeel te leveren in het vormen en het in stand houden van de voor een adequate behandeling benodigde psychotherapeutische attitude. Dit aandeel kan alleen die psychiater leveren die voldoende individueel- en groepstherapeutisch geschoold is.

Literatuur

- Bion, W. R. (1961), *Experiences in Groups*. Tavistock Publ. Ltd., London.
Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*. Hogarth Press, London.
Clark, D. H. (1977), The Therapeutic Community. *Brit. J. Psychiat.* 131, 553.
Erikson, E. H. (1964), *Insight and Responsibility*. W. W. Norton, New York.
Stewart, H. (1965), On keeping mental patients chronic. *Psychological Reports*, 17, 216.
Turquet, P. (1975), Threats to identity in the large group. In: *The Large Group*. (L. Kreeger, Ed.). Constable Ltd., London.