

Psychotherapie is medisch

Actuele problemen en gevaren voor het vak

door M. F. Chayes

Inleiding

Om te beginnen wil ik graag opmerken, dat ik het heel prettig heb gevonden mijzelf in het betoog van Thiel meermalen terug te kunnen vinden. Dit wil ik graag nu expliciteren, mede omdat uit hetgeen ik hierna naar voren breng zal blijken, dat ik het met een aantal dingen die collega Thiel eind vorig jaar in een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heeft gepubliceerd nogal *oneens* ben (Thiel, 1977). Gefrappeerd was ik door wat collega Thiel aangaf over het – als *analyticus-in-wording*, werkende in een traditioneel medisch-psychiatrische omgeving – hebben moeten *leren leven met verschillende werkelijkheden*. Het kunnen leren leven met de verschillende werkelijkheden in zichzelf – met de innerlijke tegenstellingen – bij het behouden van de mogelijkheid zichzelf als één geheel te beleven, is nl. het doel waarvan wij psychotherapeuten hopen dat onze patiënten het zullen kunnen bereiken. En het is een dergelijke poging om tegengesteldheden in het veld van ons vak, de psychotherapie, tot één geheel te combineren, die ik u hier voor wil leggen.

Om met van Dantzig te spreken: Psychotherapie is een vak apart . . . En tóch is het m.i. een medisch vak; evenals bijv. de chirurgie dat is. In het erudiete betoog van collega van Dantzig was ik getroffen door hetgeen hij vertelde over het ontstaan van een eigen innerlijk gebied van gevoelsleven, het gebied dat de voorwaarde is voor een leven als *individu* zoals wij dit begrip kennen, en tevens het gebied waar psychotherapie zich mee bezig houdt. Van Dantzig heeft voor u uiteengezet, hoe dit gebied de historisch-culturele voorwaarden voor zijn ontstaan heeft gehad, die specifiek de ontwikkeling van onze Westerse samenleving hebben gekenmerkt. Ik hoop u er op attent te maken, dat het bestaan van juist dit innerlijke gebied – en dus van het individu én dus de levensvatbaarheid van ons psychotherapeutisch vak – momenteel in gevaar verkeert dank zij sociale en politieke ontwikkelingen,

waarin naar mijn idee de psychotherapeutische instituten een neiging hebben vertoond om veel te ver mee te gaan; iets, dat m.i. van Dantzig en een aantal anderen blijkbaar nog niet voldoende duidelijk hebben beseft.

Er is veel actuele verwarring en onrust betreffende de toekomst van de psychotherapie in Nederland. In de Commissie Beroepsuitoefening van de Vereniging voor Psychiatrie hebben wij ons hiermee sinds enige tijd bezig gehouden, en, hoewel ik hier spreek *à titre personnel*, veel van wat ik nu zeggen wil komt uit de beraadslagingen met mijn mede-commissieleden voort.

In recente discussies binnen het veld van de geestelijke gezondheidszorg, is de stellingname dat psychotherapie géén medische zaak zou zijn 'bon ton' geworden. Deze stellingname lijkt het gevolg te zijn van een complex van sociale en politieke factoren, waaronder een sterk, duidelijk opportunistisch bepaalde component in verband met de toekenning van subsidiegelden; én, van denkverwarring m.b.t. een aantal categorieën.

Stellingen

Ik wil hier een aantal met elkaar samenhangende stellingen exposeren en ontwikkelen. Daarna wil ik enige aandacht besteden aan factoren die wellicht hebben bijgedragen tot de huidige verwarring, en tot de speciale plaats die psychiatrie en psychotherapie hebben ingenomen in de geneeskunde; en aan de gevolgen voor de psychotherapie als vak van de actuele tendens naar centralisering, regionalisering en institutionalisering. Mijn stellingen zijn:

- (1) dat de psychotherapie, in haar hoedanigheid van activiteit met patiënten die behandeld worden, een activiteit is en blijft met overwegend *medische* kenmerken;
- (2) dat psychotherapie een discipline is met eigen hypothesen, terminologie en technieken;
- (3) dat niet-medici zich in deze discipline theoretisch en praktisch kunnen bekwamen; en dat het gewenst is dat óók deze psychotherapeuten een wettelijke basis krijgen voor hun werkzaamheden, en dat zij, wanneer zij in de officiële registratie opgenomen zijn, dan ook gerechtigd zullen zijn de eigen, vrije praktijk uit te oefenen;
- (4) dat ten onrechte recentelijk de indruk gewekt is, in discussies betrekking hebbende op gewenst geachte ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, dat er zoiets zou bestaan als 'Multi-disciplinaire Psychotherapie';
- (5) en dat vanwege haar niet te overschatten belang voor de theoretische ontwikkeling van de psychiatrie, het zinvol is om psychotherapie te laten ressorteren onder de algemene psychiatrie als overkoepelend specialisme.

Ad 1 – 'Therapie' betekent: behandeling. Het feit, dat de ziekten of stoornissen die het veld constituëren in aard afwijken van somatische ziekten doet aan de validiteit hiervan niets af (vide o.a. de recent gepubliceerde beschouwingen i.v.m. de schizofrenie, door

Cohen Stuart, 1978). Tenslotte, asthma bronchiale, diffuus non-toxisch struma en diftherie zijn allen ziekten, en behalve dat zij zich alle drie in hetzelfde lichaamsgebied manifesteren en alle tot belemmering van de luchtstroom bij de ademhaling kunnen leiden, hebben zij met elkaar niets gemeen in hun aetiologie, klinische verschijnselen of pathologie. Van Dijk (1976) geeft m.i. een te enge begrenzing van het begrip 'medische discipline' in zijn artikel, door zich te eenzijdig te beroepen op de wetenschappelijke theorievorming als criterium. (Zeer juist is het, meen ik, dat hij het begrip-paar ziek-gezond in anthropologische context plaatst.)

De *voorbereiding* van een psychotherapie – nl. het verzamelen van anamnestiche gegevens en het onderzoek, die tot diagnose, indicatiestelling en tenslotte tot behandeling moeten leiden, geschieden op medische leest. Hierbij is een appreciatie van de *psychosomatische eenheid* onmisbaar. Bij de aanmelding ('intake') is medische deskundigheid ook van groot belang voor de differentiaaldiagnostiek ('screening') t.o.v. mogelijke organische ziektebeelden (cerebraal, endocrien, etc.). Hierbij mag ook niet vergeten worden dat bepaalde patiënten vanuit een onvermogen hun driftleven d.m.v. psychische differentiatie en elaboratie gestalte te geven, hun soma, als doelwit van grote kwantiteiten drift, ongewild ziek hebben gemaakt (o.a. bij colitis ulcerosa, asthma bronchiale, ulcus pepticum).

Oók het *doel* waarmee de therapeut de patiënt benadert, nl. om diens *leed* te lenigen, is medisch van aard. In de behandeling kan men genezing, verbetering c.q. verlichting, handhaving van de *status quo*, of verlichting van het leed bij een irreversibele pathologie die progredieert, beogen. Dit zijn alle legitieme medische doelstellingen, mits zij gemotiveerd en ge-argumenteerd kunnen worden op deskundige gronden.

Blankstein (1976), van den Hoofdakker aanhalend, wekt de indruk de psychiatrie in discrediet te willen brengen waar het de psychotherapie betreft, door de natuurwetenschappelijke wortels van de psychiatrische diagnostiek uit het verleden te benadrukken en de evolutie binnen de psychiatrie te negeren, om vervolgens de psychiatrisch gefundeerde psychotherapie weg te gooien als overjarig. Wanneer hij het psychiatrisch-medische begrip 'stoornis' wil reduceren tot niets meer dan een 'van buiten opgelegd etiket', lijkt hij depressie, dwang-gedachten, ulcus pepticum, hysterische afonie en depersonalisatie/derealisatie te vergeten, om maar enkele verschijnselen te noemen. Deze oversimplificerende benadering vervormt de waar te nemen feiten omwille van een voorkeur voor het sociaal-agogisch referentiekader.

Frappant is een citaat uit 1869 (!), dat ik aantrof in een recent artikel (Tiemersma, 1977), waarin *Virchow* de kern formuleerde van zijn conceptie betreffende het ontstaan van ziekte: 'die Krankheit beginnt mit der Insufficienz der regulatorische Apparate'. De kwestie van regulatie/dysregulatie is m.i. vandaag de dag net zo centraal en relevant inzake de pathologie van het psyche-soma, als meer dan een eeuw geleden toen *Virchow* zijn uitspraak deed: de

ervaringen die men opdoet gedurende het psychotherapeutische proces, vooral wanneer men bij het doorwerken van fixaties herverdeling, elaboratie en veranderingen in intensiteit van driftbezettingen ziet ontstaan, bevestigen dit punt telkens weer.

Ad 2 – Voor psychotherapie kan het theoretische uitgangspunt alleen zijn, hetgeen wij conceptualiseren als *de ontwikkeling en het functioneren van de individuele menselijke psyche*. Zonder deze hoeksteen kan men niet overgaan tot zinvolle studie van dyaden, gezinnen, groepen of de massa, althans niet als psychotherapeut. De agogen lijken dit vaak te vergeten, of wellicht niet te kunnen bevatten. Ook Thiel (1977) mist hier m.i. de boot, wanneer hij overweegt de steunende contacten te beschouwen als liggende buiten het gebied van de psychotherapie. Echter niet de doelstelling van de behandeling (steun) maar het concept dat men zich voorhoudt van wat men aan het doen is, geeft de doorslag of de bezigheid als psychotherapie dient te worden beschouwd.

De medische- c.q. diepte-psychologie, die toch wortelt in de driftleer (biologie), geeft zich er terdege rekenschap van, dat de mens niet los kan leven van zijn sociale en culturele context (Mitscherlich, 1978; coll. J. C. Boon vatte dit m.i. aardig als 'de biotoop van de mens'). Freud hield zich hier zeker mee bezig (o.a. 1921, 1927, 1930). Wellicht zijn deze aspecten niet altijd voldoende benadrukt geweest in de specialistische opleiding tot psychiater, of houden sommige psychiaters hier te weinig rekening mee. Het betreft hier echter niet een manco van De Psychiatrie, zoals sommigen, die hierin graag een stok zien om de psychiatrie mee te slaan, willen beweren.

Essentieel is de psychosexuele ontwikkeling van de mens, infantiele sexualiteit en agressie, het magisch denken; het belang van innerlijke (emotionele) realiteit; het feit, dat ervaring geïnterpreteerd wordt in het licht van met affect beladen fantasieën en wensen; het kenmerkende voor de mens van *conflict*, afweer en het onbewuste (verdringing); van het woord, en het vermogen tot symbolisering, elaboratie en differentiatie. Agogisch handelen, dat er zich geen rekenschap van geeft dat fundamentele gegevens bij ieder individu een hoeksteen van theorie en techniek vormen, heeft géén geldige claim om als psychotherapie erkend te worden. Terecht onderscheidt hier de Discussie-Nota van de Vereniging van Nederlandse Psychiaters (1977) *psychotherapie* van psychosociale hulpverlening (of manipulatie, of wat men wil).

(Diepte-)psychologie neemt een eigen plaats in, in de hiërarchie van wetenschappen die zich met de mens bezig houden: de biologie, fysiologie, organische chemie etc. zijn *substraten* van de psychologie; de sociale wetenschappen zijn wellicht 'hoger' (overkoepelender) te noemen in deze hiërarchie. De psychotherapeutische discipline, in zijn theoretische basis, beschikt over eigen begrippen en een eigen vocabulair, dat in zichzelf voldoende moet zijn om de te beschrijven verschijnselen aan te duiden. Wij kunnen andere disciplines dankbaar zijn, evenals zij de onze dankbaar kunnen zijn,

dat wij elkaar kunnen bevruchten en verrijken, maar het is voor ons niet nodig, en ook niet wenselijk, om hun (agogische, of wat het ook mag zijn) begrippen-systeem of vocabulair over te nemen: onze referentiekaders moeten hun identiteit behouden en niet verward worden met elkaar. Als ik de artikelen van Thiel (1977) lees, dan vrees ik dat hij dit wat uit het oog verliest.

Thiel lijkt tot de conclusie te komen, dat de contractuele aard van de relatie tussen therapeut en patiënt, en het feit dat van de patiënt actieve medewerking aan zijn behandeling wordt vereist, bewijzen dat men hier niet medisch bezig is ziekte-toestanden te behandelen. Waarom zou men niet kunnen zeggen, dat de ziekten waarmee psychotherapie zich bezig houdt zich hierin van andere soorten ziekten onderscheiden? Dat is een minstens even valide stellingname. Bovendien is dit argument van Thiel van minder absolute aard als criterium dan hij het doet voorkomen. Iedere ervaren psychotherapeut weet, dat de patiënt – hoe gemotiveerd door zijn lijdensdruk, inzicht etc. hij ook mag zijn – altijd in meer of mindere mate ingevoerd moet worden in zijn patiënten-rol voordat er psychotherapeutisch werk verricht kan worden. Dat sommige patiënten over een hechtere afweer en/of een gunstiger frustratie-tolerantie beschikken dan anderen doet aan dit fundamentele en steeds terugkerende ervaringsfeit niets af.

Zowel Blankstein (1976) als Thiel (1977) doen moeite om de egalitaire ('gelijkwaardige') verhouding tussen de partners in het psychotherapeutische contract, c.q. -relatie te benadrukken. Waarom? Dit dient nl. m.i. als vanzelfsprekend verondersteld te worden; net zoals de gelijkwaardigheid van de relatie met een metselaar, een monteur of een andere vakman die ik benader om mij te helpen, omdat hij over kennis en vaardigheden beschikt waarover ik zelf niet beschik. Wanneer deze pleidooien van Blankstein en Thiel niet betekenen, dat zij in het verleden te zeer op hun patiënten neergekeken menen te hebben, dan vrees ik dat zij zich te zeer in het defensief hebben laten dringen door de actuele golf van anti-autoritaire paranoia, waarbij het onderscheid vaak uit het oog wordt verloren tussen 'autoritair' en 'deskundig'.

Tegenhanger hiervan kan zijn een autoritaire houding bij een therapeut, voortkomend uit zijn eigen onvoldoende doorgewerkte narcistische problematiek: zijn vergissing kan zijn, dat hij meent de volkomen normaliteit te moeten hebben bereikt, terwijl zijn eigenlijke taak alleen is, om in een veld te werken waar hij de realiteit representeert, terwijl hij de emotionele realiteit van zijn patiënt onderkent én accepteert.

Het is nl. bij het aangaan van het psychotherapeutische contract, c.q. de psychotherapeutische relatie, voor nagenoeg ieder prospectieve patiënt volstrekt onmogelijk om de betekenis en de implicaties te overzien of te beoordelen van behandelingsindicatie c.q. -advies of -voorstel; men heeft alleen de keus, zich wél over te geven aan de aanbeveling van de deskundige, of niet. (Feitelijk zal er dus eigenlijk altijd een fase van 'uitproberen' zijn.) En ook nadat

de behandeling begonnen is, kan menige crisis in de therapeutische relatie ontstaan, waarbij veel kundigheid van de therapeut gevergd wordt om de patiënt tóch in behandeling te houden totdat een acceptabel resultaat bereikt is. Dit geldt *a fortiori* voor de 'afdekkende' therapie, waarvan het prototype de psychoanalyse is; een therapie die – althans totdat een oplossing van de overdrachtsneurose bereikt is – soms zó afschuwelijk is, en – voordat men er aan begonnen is – zó volstrekt niet vatbaar voor het voorstellingsvermogen, dat m.i. terecht is beweerd door meer dan één therapeut (w.o. M. Fain, 1968), dat wanneer men wist wat er te wachten stond, géén mens er ooit aan zou beginnen.

Van Dijk (1976) amendeert m.i. terecht de definitie van psychotherapie uit het rapport van de z.g. Commissie de Vreeze (1973) door toe te voegen '*middels deze relatie*'. Ik zou verder willen gaan, althans wanneer wij het hebben over genuïne psychotherapie uitgaande van het concept van de psyche van het individu, zoals hier boven gekenschetst. In het uitstekende boekje van Tarachow (1963) vond ik bij herlezing in heldere en eenvoudige taal beschreven wat de psychotherapeutische relatie in essentie voor *beide* partijen inhoudt, waarbij de emotionele aard van de taak, het werk, voor beiden vrijwel gelijk is, maar waarin de therapeut degene is, die de barrière stelt en de beslissingen hieromtrent telkens nemen moet in het verloop van het therapeutische proces. Géén egalitair ideaal van gelijkwaardigheid in de relatie tot de patiënt kan de therapeut van deze verantwoordelijkheid ontslaan wanneer hij in zijn werk effectief wil zijn. Hij moet zelfs, in zijn strategie, steeds trachten de tolerantie van de patiënt t.a.v. frustratie gemotiveerd te taxeren. De verschillen tussen analyse en afweer-versterkende psychotherapieën worden in het boek, o.a. aan de hand van besprekingen met assistenten in opleiding, helder en duidelijk uiteengezet.

Voor iedere psychotherapeut lijkt mij een verwerkt begrip van de verschijnselen Overdracht en Tegenoverdracht en het geoefend zijn in het hanteren van deze begrippen in het therapeutisch werk, centraal en onontbeerlijk te zijn.

Er zou misschien aangevoerd kunnen worden, dat in het onderhavige stuk te zeer de nadruk is gelegd op de analytische diepte-psychologie als basis van de ontwikkelingspsychologie en psychopathologie bij de mens, en te weinig op andere psychologieën: wellicht reflecteert deze voorkeur een belangrijk feit, nl. dat de analytische diepte-psychologie nog steeds het meest omvattend en cohaerent systeem van psychologische kennis omtrent de psychische ontwikkeling en de psychopathologie van de mens is waarover wij beschikken, getuige ook het feit dat andere benaderingen er op een gegeven moment niet aan ontkomen om er begrippen van te moeten lenen. Het is ook zelfs de vraag of therapeutische *methoden* die er *niet* op stoelen, zoals bijv. de technieken van Perls of van de zgn. transactionele analyse, therapieën genoemd kunnen worden in dezelfde zin des woords, of dat zij liever als een soort 'trainingen' moeten worden beschouwd, voor zo ver zij voor hun

uitwerking minder berusten op het doorwerken van voorheen afgeweerde gevoelsconflicten uit de ontwikkeling van het individu, dan op het wegdringen – n.a.v. gevoelens van schaamte etc. die bij de patiënt gemobiliseerd worden – van gedragspatronen bij zichzelf, waarmee de ander hem geconfronteerd heeft.

Ad 3 – Een medische discipline, die ook door niet-medici zou kunnen worden geleerd en beoefend? Het paradoxale hiervan is m.i. meer schijn dan werkelijkheid, en heeft o.a. te maken met verwarring die bestaan kan omtrent de betekenis van het werkwoord: 'zijn'. Ik zou in de eerste plaats willen waarschuwen tegen rigiditeit; tegen een té legalistisch-formalistische benadering, die sommigen naar mijn smaak propageren (Schuurmans Stekhoven, 1977). Ten tweede zou ik willen pleiten, de potentiële kandidaten niet te beperken tot artsen, psychologen en agogen (vgl.: Ned. Ver. voor Psychiatrie, 1976): niet de vooropleiding, maar de *medische attitude*, de *gevoelsmatige begaafdheid* voor het vak en de *kwaliteit van de – degelijke! – psychotherapeutische opleiding* zijn de beste veiligheidsgaranties voor dit (medisch) werk. Laten wij krampachtigheid vervangen door realiteitszin. Laten wij bijv. niet vergeten dat mensen als Ella Freeman Sharpe en Masud Khan, die zéér waardevolle bijdragen hebben geleverd, voordat zij in de psychoanalyse terecht kwamen de literatuur als werkterrein hadden. Door het potentieel van zulke mensen uit te sluiten zouden wij ons vak, en óók ons geweten, te kort doen. Onze beste waarborg voor kwaliteit in het werk lijkt mij te bereiken *door het handelen van bevoegde niet-artsen psychotherapeuten óók een wettelijke basis te geven*. Is een volledig medische c.q. medisch-psychiatrische opleiding onontbeerlijk voor het kunnen verrichten van verantwoord psychotherapeutisch werk? Freud beantwoordde in een uitvoerige verhandeling (1926) deze vraag ontkennend toen een halve eeuw geleden zijn collega-analyticus de psycholoog Theodor Reik in Wenen gedagvaard werd vanwege het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. (De klacht werd uiteindelijk geseponeerd.) Natuurlijk, moet er een samenwerking zijn met de somatische specialist, bij die patiënten waar dit geïndiceerd is; Khan (1974 a) bijv. zag hier de noodzaak van in, bij zijn patiënte.

Om duidelijkheid te bereiken in deze kwestie is het zeer pertinent om rekening te houden met het historisch perspectief waarin het geplaatst is. Al in de oudheid (Hippocrates) behoorde de zorg voor de emotioneel zieke mens tot het terrein van de medicus. In het Europa van de 19e eeuw, het tijdperk waarin Freud zijn grote ontdekkingen deed, namen de ontdekkingen in de geneeskunde in het *materiële* vlak (fysisch, chemisch, anatomisch/histologisch, bacteriologisch, immunologisch, fysiologisch etc.) een grote vlucht. Het was vanuit deze fysicalistische wetenschapsfilosofische context dat Freud's medisch denken ontsprong. Freud meende dat de opleiding tot arts zoals die gegeven werd in de universiteiten niet zo'n goede voorbereiding was voor toekomstige analytici; hij gaf wat eigen aanbevelingen hierover (1926). Hij zag dus ook geen re-

den waarom de psychoanalyse *als wetenschap* meer tot de geneeskunde zou moeten behoren dan tot de psychologie. Maar *m.b.t. de behandeling van patiënten* rangschikte hij de analytische therapie zonder enige aarzeling bij de medische specialismen. Nu, vijftig jaar verder, lijkt het onjuist dat wij ons door de fysicalistische en technologische vooruitgangen in de medische wetenschap zouden laten verblinden voor de andere delen van ons werk-terrein, dat tenslotte vanouds een geneeskunst is geweest voor *de mens in zijn geheel*. Wanneer wij dit stuk terrein prijsgeven zal het hiaat natuurlijk door andere disciplines worden opgevuld.

Men herinnere zich dat Freud al vroeg, in 1897 een poging deed om de grondslagen van zijn psychologische bevindingen zó te formuleren, dat hun verbinding met de toen bekende neuroanatomische en neurofysiologische feiten (substraten van het psychisch functioneren) op plausibele wijze geschetst zou zijn (Jones, 1954). Nadat hij geconcludeerd had, dat dit (nog) niet doenlijk was maakte hij zijn nieuwe wetenschap los van de wetenschappelijke bodem waaruit zijn eigen medisch denken was ontsproten. Men ziet echter nu nog altijd publicaties verschijnen die er van getuigen dat pogingen om psychologische bevindingen met hun neuroanatomische/neurofysiologische substraten te correleren (Hoppe, 1977) nog steeds tot de verbeelding van medisch getrainde analytici spreken, en worden ondernomen.

De hier boven (zie: Ad 1) aangevoerde argumenten, dat psychotherapie als een medische discipline beschouwd dient te worden, hebben betrekking op kenmerken van de psychotherapeutische *activiteit*, die in zijn benadering, vorm, doelstellingen en handelwijze naar het ons voorkomt zich *als een activiteit met medische kenmerken laat zien*. Dit is iets anders, dan dat een volledige artsen-opleiding, zoals die nu bestaat, een onmisbare voorwaarde zou zijn voor het kunnen leren en beoefenen van het psychotherapeutische vak. Vasthouden aan deze laatste voorwaarde komt mij als te rigide voor; zo iets als wanneer bijv. gesteld zou worden dat ik mijn rijbewijs niet mag halen omdat ik arts van vooropleiding en beroep ben, i.p.v. chauffeur. Men bevindt zich hier in het overgangsgebied tussen degelijkheid en angstvallige krampachtigheid. Weliswaar doet men hiermee de deur open voor andere uitzonderingen, maar moeten wij werkelijk zó bang zijn, dat wij niet in staat zullen zijn om ieder toekomstig voorval op zijn merites te kunnen beoordelen? (Van het scheppen van een *precedent* kan overigens niet eens meer worden gesproken, aangezien andere para-medische beroepen – w.o. de vroedvrouwen en de fysiotherapeuten – al onder de wetgeving op de uitoefening van de geneeskunst zijn gebracht.)

De kwesties van bevoegdheid en kwaliteitsbewaking vereisen natuurlijk een degelijke, specifiek psychotherapeutische opleiding, en een centraal, door de overheid geadmistreerd of gesanctioneerd systeem van registratie. De voorgenomen psychotherapeutische aanvulling in de opleiding van iedere psychiater is uiteraard een stap in deze richting. Voor de psychiaters die nú psycho-

therapie verrichten of willen verrichten, zonder dat zij een formele psychotherapeutische opleiding hebben genoten, zou een interim-regeling dienen te worden gevonden, die (a) én verworven rechten beschermt, (b) én kwaliteit waarborgt.

Men denke bijv. aan de mogelijkheid van beoordeling van bekwaamheid volgens vaste criteria (d.m.v. colloquia?) of de mogelijkheid van aanvullende post-graduate opleiding in theorie en praktijk (supervisie), in één of meer landelijke centra.

Een specifieke psychotherapeutische opleiding zou wellicht de volgende facetten moeten bevatten:

(1) Klinische psychopathologie.

(2) De psychosomatische eenheid (ondeelbaarheid): neurologie en neurofysiologie (aangepast aan de vereisten voor een psychotherapeut); organische syndromen en psychosyndromen van het centrale en perifere zenuwstelsel; neurologisch-psychiatrische differentiaaldiagnostiek; pathologie en pathogenese van psychosomatische aandoeningen, overeenkomstig de meest recente inzichten.

(3) Leertheorie.

(4) Een eigen leertherapie, liefst een analyse.

(4a) Fundamentele psychoanalytische begrippen, t.w. de betekenis van *intrapsychisch conflict*; afweer; het onbewuste; het genetische perspectief m.b.t. infantiele seksualiteit en drift-ontwikkeling etc.; ego-functie ontwikkeling; de ontwikkeling van object-betrekkingen; de onontkoombaarheid van weerstand, overdracht, tegenoverdracht, en het hanteren hiervan – óók in de zgn. steunende begeleiding, waar dit juist grote moeilijkheden geven kan!

(5) Interview-techniek.

(6) Iets van taal-wetenschap – communicatie-theorie, semantiek, taal-ontwikkeling, taal-functies, taal-gebruik.

(7) Het belang van gezins-dynamiek, en van sociale en culturele dysharmonie en verscheurdheid (dat deze van groot belang kunnen zijn in de genese van schizofreniforme psychosen, is bijv. in het werk van Theodore Lidz c.s. gebleken).

(8) Iets van sociaal-psychologie.

Het is duidelijk, dat in de materie bestreken door punten 7) en 8) de agogen in principe waardevolle bijdragen kunnen leveren, maar – althans wanneer zij therapeutisch werkzaam willen zijn – alleen dan wanneer zij voldoende onderlegd zijn in, en zich voldoende rekenschap geven van de ontwikkelingspsychologie en psychopathologie van het individu.

(9) Veel problematischer lijkt het, om de a.s. psychotherapeut een interesse voor zaken zoals kunst, literatuur, geschiedenis (vide ook: Freud, 1926) bij te brengen; voor die culturele verschijnselen nl. die uitmunten in het weergeven van de rol van gevoel en gevoelsrelaties in het leven van de mens. Wellicht kan zo'n belangstelling alleen door de selectie en de eigen leer-analyse gewaarbord, resp. bevorderd worden.

Ad 4 – Wanneer, zoals al be-argumenteerd werd, de psychothe-

rapie als één, zelfstandige discipline moet worden beschouwd, wordt het begrip 'multidisciplinaire psychotherapie' teruggebracht tot de illusie, die het eigenlijk is. De IMP's hebben deze illusie gehanteerd als kwaliteitsbewijs tegenover de overheid en de ziekenfondsen, om de belangen van de instituten te bevorderen. Hoogstens kan men zeggen, dat in de IMP's één discipline, de psychotherapie, beoefend wordt door mensen, die wat hun vóóropleidingen betreft uit verscheidene disciplines voortkomen. Oók is ongelukkigerwijs de indruk gewekt, dat de psychotherapie bij de instituten een gezamenlijke onderneming zou zijn van mensen uit verschillende disciplines, een soort 'team-aangelegenheid', en daardoor superieur aan hetgeen geboden kan worden door de individueel, zelfstandig werkende therapeut. Dit is natuurlijk niet het geval; de therapeutische relatie met één, hoogstens twee (co-)therapeuten blijft, óók bij de instituten, hét vehikel dat het behandelingsproces draagt. Het 'multidisciplinaire' aspect laat zich m.b.t. het werk enkel gelden bij stafbesprekingen ten behoeve van diagnose, indicatie, evaluatie – waarbij, wanneer het tenslotte om één discipline gaat (de psychotherapeutische), het voordeel van 'multidisciplinaire' staf-besprekingen niet meer zo erg duidelijk is. (Iets anders is, natuurlijk, het gebruik maken bij staf-besprekingen van de diensten van test-psycholoog, maatschappelijk werker etc.; diensten overigens die, wanneer zij voordeel bieden voor het werk bij de instituten, niet onthouden mogen worden aan de therapeuten in de vrije praktijk, die daarvan gebruik wensen te maken!).

Een triest voorbeeld van hoe het gaan kan wanneer psychotherapie zonder werkelijke theoretische overtuiging en structurering toegepast wordt vindt men in een recent artikel in Medisch Contact (van Alphen et al., 1977). Mijn opmerkingen gelden uiteraard het psychotherapeutische gedeelte van de behandeling, niet de rest. Naar mijn smaak worden er in dit stuk wat kreten gelost, die de indruk moeten wekken dat er met de psychogenese en de psychodynamiek rekening wordt gehouden bij de patiënte, maar de beschrijving geeft de indruk dat er in feite psychotherapeutisch te werk is gegaan met 'een beetje van dit en een beetje van dat', terwijl van werkelijk inzicht in de psychodynamiek en -genese van deze *au fond* zeer ernstige stoornis in de regulatie van het zelfgevoel bij een zeer zieke patiënte géén blijk gegeven wordt in de tekst. Dit, terwijl er langzamerhand veel kennis bestaat, beschikbaar voor psychotherapeuten die zich met een dergelijk ziektebeeld bezig willen gaan houden. Wil men bij zo'n patiënt psychotherapeutisch te werk gaan – laat staan iets er over publiceren – dan dient men eerst vanuit een theoretisch hecht onderlegd begrip van de casus te beginnen, en niet 'multi-disciplinair' te willen doen alleen omdat dit als modern geldt.

Ad 5 – Ik wil nu enkele woorden wijden aan de achtergronden van ons huidige dilemma; aan de plaats waarin de psychiatrie en de psychotherapie zich in de geneeskunde bevinden.

Ik stel mij voor dat collega Trimbos en collega van Dantzig nu

enigszins gelijk de tovenaarsleerling toekijken, althans wanneer zij zien, zoals ik, hoe hun pleidooien van enkele jaren geleden de meest primitieve krachten hebben losgemaakt, waardoor het psychotherapeutische veld nu onder de voet wordt gelopen door massa's, gedreven door een combinatie van onkunde en afgunst, die roepen: 'Wij kunnen het óók.' Dit is een zeer ongelukkige omstandigheid voor die minderheid van capabele en goed opgeleide niet-medici-psychotherapeuten, die nú soms genoodzaakt zijn met deze massa's gemene zaak te maken.

Aan de andere kant, een vervreemding van de psychiatrie en de psychotherapie t.o.v. de rest van de geneeskunde is m.i. al jaren een chronisch, niet aflatend probleem, en hangt waarschijnlijk samen met het eenzijdige en dehumaniserende stempel dat de in invloed steeds groeiende technologie op de geneeskunde heeft gedrukt. Op zijn beurt, moet dit verschijnsel de selectie voor het arts-beroep beïnvloeden. Gebiologeerd door de machtige technische wonderen die hij zélf heeft geschapen, vergeet de mens als arts steeds meer de mens die als patiënt aan zijn hulp appelleert. Hoewel terecht wordt beweerd dat omgang met ernstige ziekte en met de dood een gelegenheid schept waarin de toekomstige psychotherapeut zijn begrip voor fundamentele levens- en gevoelsproblemen van de mens kan verdiepen, is de all-round benadering van de mens in de geneeskunde zo'n zeldzaamheid aan het worden, dat het voor mij toch bijna een prettige verrassing is te beseffen dat een man als Tsjechow – die overigens waarschijnlijk een voortreffelijk psychotherapeut zou zijn geweest – óók arts was! Wij hebben denk ik te kampen met afweerfuncties die vaak een grote rol spelen in de keuze van het arts-beroep, en die de selectie van toekomstige generaties artsen blijven beïnvloeden: men wil actief zijn om niet passief te hoeven zijn; agressor zijn i.p.v. slachtoffer; arts zijn, uit angst patiënt te zijn; aan de ander handelen i.p.v. handelingen te ondergaan en te voelen; het gevoel isoleren i.p.v. het te beleven. Contact, dag-in-dag-uit, met ziekte en dood, versterkt vaak de afweer in plaats van deze te verminderen.

Deze instelling is niet erg bruikbaar voor een psychotherapeut: de psychotherapeutische behandelingssituatie en -relatie zijn uniek in de geneeskunde, want nergens anders vindt men dat de behandelaar zo passief en ontvankelijk moet kunnen zijn als hier, voor hetgeen de patiënt *aan hém* doet, ten einde uiteindelijk het gevoelsbeeld dat hij ontvangt terug te kunnen geven aan zijn patiënt in de verbale modaliteit; en nergens anders vindt men zoals hier – hoewel dit vooral geldt in die minderheid van gevallen waar men heel ver heeft kunnen komen – dat *beide* partijen uiteindelijk *elkaar* zo zullen hebben veranderd na afloop van een geslaagde psychotherapeutische onderneming (Loewald, 1970, blz. 65).

De gevoelsisolatie, de kunstmatige Cartesiaanse splijting tussen lichaam en geest, tussen voelen en denken, doet ons ook vaak vergeten dat psyche en soma één zijn. Zonder dit besef blijft veel van ons werk-terrein duister. Bovendien is de overgang tussen enerzijds het intrapsychische, anderzijds het sociale gebied óók niet

scherp, maar vloeiend: o.a. omdat zowel in gezondheid als in ziekte de beleving van binnen- en buitenwereld elkaar interpenetreren en blijven kleuren – de basis tenslotte van het universele verschijnsel: Overdracht! (Loewald, 1951; Loewald, 1960; Modell, 1969)–; én, omdat de mens, met het tot stand komen van het eigen innerlijke realiteitsgebied van zijn gevoelsleven waarvan van Dantzig gesproken heeft, *nooit volledig*, maar *alléén betrekkelijk* autonoom wordt t.o.v. zijn omgeving. De spiegelende functie en het deel uitmaken van een groter geheel houden niet op na de eerste, dyadische relatie tot de moeder, maar ondergaan een ontwikkeling die de mens zijn leven lang in zijn sociaal-cultureel milieu blijft begeleiden en die voor de mens van *vitaal-biologisch* belang is voor zijn zelf-beleving, zijn identiteit (Lichtenstein, 1977).

Zó beschouwd, staat de psychiater-psychotherapeut, met zijn *primaire* aandacht voor het intrapsychische, *werkelijk centraal* in een continuüm met aan het ene uiteinde de biologie, en aan het andere uiteinde de interacties tussen personen, en de maatschappij met zijn groepsverschijnselen.

Nu nog iets over de implicaties van actuele sociale en politieke ontwikkelingen voor psychotherapie in de toekomst. Terwijl waarschijnlijk niemand zal betwisten, dat psychotherapeutische instituten een belangrijke rol dienen te hebben in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, brengt de toenemende centralisering en institutionalisering van psychotherapeutische activiteit onder de aegis van de IMP's grote potentiële gevaren met zich mee, die in de discussies hierover tot nog toe onvoldoende onderkend en geëxpliciteerd zijn geweest. Deze gevaren, die m.i. het voortbestaan van het psychotherapeutische vak zélf vitaal bedreigen, verdienen onze uitvoerige aandacht. Ik moet hier volstaan met het signaleren en toelichten van enkele aspecten.

De gevaren waar ik op doel zijn niet alléén vervat in de traagheid van reageren, het gemis aan flexibiliteit en de andere nadelen inhaerent aan het functioneren van grotere structuren, ook dus van de psychotherapeutische instituten: iedereen die, zoals ik, gedurende een aantal jaren de zelfstandige psychotherapeutische praktijk heeft uitgeoefend, naast staf- en spreekuur-werkzaamheden voor een psychotherapeutisch instituut, heeft kunnen ervaren dat beide hun voor- en nadelen hebben.

Het heeft mij wel verbijsterd, dat men in de sectie-IMP's van de NVAGG ogenschijnlijk blind geweest is voor de implicaties van deze ontwikkelingen: ik vermoed, dat de aantrekkelijkheid van de enorme macht over financiën en over de diensten van medewerkers-psychotherapeuten, geboden door de RI(A)GG-plannen en door de nieuwe subsidie-regeling (AAW), de neiging kan hebben afgezwakt om na te denken over hetgeen voor het belang van het psychotherapeutische werk zélf essentieel kan zijn.

Feitelijk is het natuurlijk zo, dat de argumenten voor de superieure kwaliteit van het 'product' dat door deze instituten geboden wordt, momenteel medegehanteerd worden om voordeel te behalen in

een politiek spel om macht en geld, waarbij de belangen van de patiënten iets minder op de voorgrond staan dan men graag wil beweren. In de huidige ontwikkeling is blijkbaar de strategie van de sectie-IMP's van de NVAGG er op gericht geweest om via de subsidieregelingen steeds meer van het psychotherapeutisch werkterrein naar zich toe te trekken, *ten koste van* de zelfstandig psychotherapeutische praktijk. Het valt te betreuren, dat men niet een constructieve benadering heeft gekozen, nl. om *samen* met de beoefenaars van de zelfstandige praktijk een vruchtbaar evenwicht te zoeken, waarin de positieve kwaliteiten van beide vleugels – van zowel de IMP's dus als ook van de zelfstandige praktijk – in de ambulante geestelijke gezondheidszorg optimaal gebruik zou kunnen worden gemaakt.

Verantwoordelijkheid

Nergens anders in de geneeskunde zijn de individuele relatie en de individuele verantwoordelijkheid, van zowel therapeut als patiënt, van zulk essentieel belang als in de psychotherapie, toch schrijdt momenteel de aantasting van de individuele, persoonlijke therapeutische relatie steeds verder voort. Versluiering van de financiële relatie tussen patiënt en therapeut was al een feit. Nú wordt er al tegenover GMD (AAW-regeling) en Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds door de instituten gesteld, *dat het instituut verantwoordelijkheid draagt voor de behandelingen*: in feite een onmogelijkheid en een vervalsing, want de verantwoordelijkheid van het instituut kan niet verder strekken dan het moment waarop via bemiddeling van het instituut therapeut en patiënt met elkaar in contact komen. Daarna is de verantwoordelijkheid verdeeld over therapeut en patiënt, ieder zijn deel. De persoonlijke bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de therapeut, en de uitermate belangrijke beslotenheid van de therapeutische relatie worden nog verder aangetast door de verplichting van rapportage aan de GMD-arts onder de AAW-regeling. Deze rapportage heet officieel afkomstig te zijn van de medische directeur van het instituut, maar is feitelijk afkomstig van de therapeut. De verslagen moeten beoordeeld worden door collegae-verzekeringsartsen, die zich feitelijk niet in een positie bevinden om de criteria te toetsen.

Inmiddels is er al minstens één keer door een GMD-arts ingegrepen om een psychoanalyse stop te zetten (die te lang zou hebben geduurd). De GMD-arts, door deze ingreep, in plaats van beschermend te handelen t.a.v. de patiënt, dreigde op deze wijze in feite een voor de patiënt cruciaal trauma nog eens te herhalen. Het feit dat het door tussenkomst van anderen gelukt is deze ingreep niet door te laten gaan is verheugend, maar m.i. onvoldoende geruststellend.

In het psychotherapeutisch werk, dient de intactheid van de beslotenheid van de ruimte van de therapeutische relatie absoluut gerespecteerd te worden. Een breuk hierin is m.i. onverenigbaar met de vereisten van het werk (zie hiernaast). Men hoort het argu-

ment gebruiken, dat het systeem van rapportage alleszins gerechtvaardigd is aangezien behandelingen die grote bedragen aan publieke gelden kosten verantwoord dienen te worden m.b.t. hun noodzakelijkheid en hun effectiviteit. Waarschijnlijk zal er niemand te vinden zijn, die zou willen betwisten dat zulke uitgaven verantwoord dienen te zijn. De vraag is alleen: *hoe* deze waarborg het beste te effectueren? Laten wij er van uitgaan, dat er controle noodzakelijk kan zijn . . . Vooropgesteld, dat een dergelijke controle *niet* de geëigende manier lijkt om onbekwaamheid in techniek bij therapeuten als probleem te kunnen ondervangen. Maar laten wij aannemen dat de controle bedoeld is voor situaties waar de therapeut om welke redenen ook liever een patiënt eindeloos in een behandelingssituatie houdt waar niets gebeurt, terwijl hij de subsidie-centen opstrijkt, dan dat hij zo snel en effectief mogelijk mensen behandelt en daardoor plezier heeft van zijn functioneren in zijn werk. Buitenstaanders denken soms wellicht, dat het veld dik bezaaid is met zulke psychotherapeuten; persoonlijk denk ik dat zij eerder, wanneer althans hun opleiding degelijk is geweest, betrekkelijk zeldzaam zullen zijn.

Een goede controle moet (a) doeltreffend zijn, (b) het werk, c.q. de patiënt, niet schaden.

Het is duidelijk dat een summiere c.q. weinig-zeggende rapportage aan eis (a) niet voldoet, terwijl het ook niet goed is voor de GMD-arts die de verantwoordelijkheid m.b.t. zijn werk serieus opvat, aangezien het hem tot iets verplicht waaraan hij niet kan voldoen. Zelfs bij een uitvoerige inhoudelijke rapportage is het óók de vraag of de verzekeringsarts datgene zal kunnen doen, wat hij noodzakelijk vindt; hij zal ongetwijfeld een minder goede controle kunnen uitoefenen dan bijv. een ervaren supervisor. Maar bij uitvoerige inhoudelijke rapportage komt eis (b) in gevaar.

De instituten trachten nu een 'gulden middenweg' te bewandelen zonder te zeer (a) of (b) te compromitteren. Ik vrees alleen dat hierdoor (a) noch (b) recht wordt gedaan. Wij, die verstand dienen te hebben van de aard en de vereisten van psychotherapeutisch werk moeten alert zijn op zulke gevaren en bezwaren en moeten deze kenbaar maken. Het wordt ons immers in onze opleiding bijgebracht de betekenis niet te onderschatten van *alles* wat de therapeutische situatie c.q. -relatie raakt?

Geheimhouding

Wij beseffen hoe belangrijk het is, de identiteiten van onze patiënten te beschermen tegen mogelijke herkenning uit bijv. lezingen of publicaties. Onze patiënten hebben geheimen, om te beginnen geheimen die zij zélf niet eens weten. In het verloop van een behandeling is het van groot belang dat de therapeut respecteert, dat de patiënt – en sommige patiënten in het bijzonder – het nodig kan hebben gedurende kortere of langere tijd, geheimen te hebben die de therapeut nog niet weten mag (Khan, 1974 a). (Bij zulke patiënten gaat het *niet* in de eerste plaats om 'anaal verzet', hoewel de analiteit hierin buitengewoon belangrijk is.) Ik ben er van over-

tuigd, dat het vermogen, uiteindelijk zo'n geheim, en de daarmee verbonden latente inhouden met de therapeut te kunnen delen, als voorwaarde heeft dat de beslotenheid van de ruimte van de therapeutische relatie verzekerd moet zijn; dat de privacy van hetgeen de patiënt daarin prijsgeeft even compleet is als wanneer hij datgene alleen maar zou denken.

Dit hangt samen met de speciale aard en functie van de therapeutische relatie en de therapeutische ruimte. Ik wil hier herinneren aan iets dat Freud schreef (Freud, 1914, blz. 154) betreffende de functie van de overdrachtsneurose in de analytische kuur: 'De overdracht schept dus *een tussengebied, tussen ziekte en het werkelijke leven in*, door het medium waarvan de overgang van de ene naar de andere geëffectueerd wordt.' (Mijn vertaling, mijn cursief.) Hoewel wij in feite hier dagelijks mee werken, werd en wordt mijns inziens dit inzicht van Freud, zo kort en bijna terloops aangeboden, lang niet altijd in zijn volle betekenis geapprecieerd. Pas sinds 1953, in Winnicott's conceptie van 'transitional phenomena' en van de 'potential space' (Winnicott, 1971), is de elaboratie die dit inzicht verdient gekomen, n.a.v. het onderzoek van de ontwikkeling die het geestelijk leven bij de zuigeling en peuter ondergaat onder invloed van het elkaar afwisselen van de beschikbaarheid en de afwezigheid van de moeder, in haar voor het kind noodzakelijke functies. Dat de differentiatie en elaboratie van het gedachten- en gevoelsleven in de therapeutische relatie ontstaat in net zo'n 'potentiële ruimte' tussen therapeut en patiënt (Green, 1975; Khan, 1974 a – hetgeen teruggrijpt naar het primordium van de potentiële ruimte tussen moeder en kind als model; hetgeen de locus is van wat zich in het therapeutische proces ontvouwt; én hetgeen tegelijkertijd het *gevolg* en tévens de *loochening* is van de *separatie* tussen de twee partijen – wordt nog steeds m.i. onvolledig geapprecieerd, zelfs door menig psychotherapeut, resp. -analyticus van niveau.

Uit het voorafgaande zal het wellicht duidelijker blijken *dat de ruimte van de psychotherapeutische relatie een gebied is van een derde realiteit*, tussen de inwendige en de uitwendige realiteit in en tevens deze beiden met elkaar verenigend, die géén inbreuk of schending verdraagt. Zó essentieel komt mij dit voor, voor het welslagen van de psychotherapeutische doelstelling, dat zelfs de gevolgen van de supervisie-situatie, die ik zeker noodzakelijk acht voor het leerproces bij de zich formerende therapeut, kritisch bestudeerd dienen te worden in het licht van deze overwegingen. Deze 'derde realiteit' waarvan ik spreek is – uiteraard – het gebied van *illusie*, waarin *paradox* waarheidsgehalte bezit; wanneer het beschikken over dit gebied of het hanteren ervan bij patiënt, bij therapeut, of bij beiden te zeer blijft haperen, zal het psychotherapeutische proces zijn verloop niet kunnen voltooien.

Op dit moment in mijn betoog zou men wellicht kunnen vragen waar toch hét kardinale punt waar het om gaat gebleven is? – nl. dat het voor het welslagen van een psychotherapeutisch proces er toch uiteindelijk aankomt op het kunnen verwerken van psychi-

sche pijn; op het kunnen volbrengen van rouwprocessen (Kuiper, 1976). Dit is natuurlijk ontegenzeggelijk waar . . . máár: naar mijn mening zal men géén individu kunnen vinden dat het emotionele geweld van (lang uitgestelde, fors afgeweerde) rouwprocessen doorstaan kan wanneer hij de beschikking over dit derde gebied daar niet tegenover kan stellen. Want zowel het vermogen gebruik te maken van de cultureel aangegeven vormen die een beleving van verbondenheid bieden (bijv. kunst, geloof, sport), als ook het vermogen om te sublimeren, hangen m.i. hiervan af.

Daarom lijkt het mij op zijn best naïef – zo het niet gekwalificeerd moet worden als een cynische reclame-stunt – om op dit moment psychotherapie op grote schaal voor de z.g. L.I.B.O.-patiënten te propageren: zolang de voorliggende opgave – en hier doet het er niet toe of het nu om de 'LIBO-patiënten' of om patiënten uit de sociaal meer begunstigde klassen gaat – is, om na te gaan welke invloeden bevorderen en welke belemmeren dat de mens over dit vermogen, dit derde gebied, beschikken kan, ten einde doeltreffende vormen van psychotherapeutische hulp te kunnen ontwerpen voor affectief-verwaarloosden en anderen die vanwege hun onvermogen om dit 'derde gebied' te gebruiken zelden gebaat zijn met onze psychotherapeutische theorie en techniek in het ontwikkelingsstadium waarin zich deze nu bevinden.

Naast het voorafgaande, dat m.i. voor álle patiënten geldt, komt nog dat er bepaalde patiënten zijn bij wie het vermogen een geheim te hebben extra belangrijk is gezien zijn samenhang met de afbakening van de Ik-grenzen en het overwinnen van de beangstigende fantasieën van de almacht (alziendheid, alwetendheid) van de ouders; het is zelfs zo'n cruciaal punt, dat dáár juist de grens ligt tussen krankzinnig-zijn of niet; tussen psychose of neurose (Castoriadis-Aulagnier, 1976).

Wat mogen wij dan verwachten als consequenties voor ons psychotherapeutisch werk, wanneer de patiënt om de continuïteit van zijn behandeling zeker te stellen *gedwongen* wordt geheim materiaal af te staan, dat dan vervolgens ergens anders in een dossier komt te staan waar hij er géén controle over heeft? Naar mijn mening zullen nagenoeg álle behandelingen hierdoor op zijn minst bemoeilijking resp. vertraging ondervinden, terwijl menige behandeling erdoor zonder meer onmogelijk zal worden gemaakt; dit nog afgezien van de ethische aspecten van het probleem.

Rapportering

Weinig waarde kan ik hechten aan de beweringen van collegae die mij verzekeren dat zij langzamerhand erg bedreven zijn geworden in het opstellen van rapporten (die zij al dan niet met de patiënten bespreken), en dat zij geen nadelige uitwerking op het behandelingsproces hebben opgemerkt. Hoe willen zij dit nagaan? Vooropgesteld: men dient een patiënt hierover niet gerust te stellen wanneer hij zich ongerust maakt: een geruststelling is een sadistische manoeuvre, en werkt ook niet therapeutisch; bovendien promoveert de therapeut zich d.m.v. de geruststelling tot een almachtige

figuur (die de almacht overigens niet waar kan maken). Een patiënt zal bovendien niet gauw hierover protesteren, tenzij hij merkt dat de therapeut open staat om zijn eerste, meestal zachte of verhulde protest te horen. En veel therapeuten zullen, denk ik, aarzelen om zélf bezwaar te maken – of wellicht zelfs te willen *voelen* – wanneer hún financiële zekerheid met de rapportage-eis samenhangt. In mijn eigen praktijk waren het – enigszins tot mijn verbazing – juist de hysterici of de patiënten met een aanzienlijk hysterische component in hun pathologie, die het meest paranoïd reageerden op de mogelijkheid, dat er over hen gerapporteerd zou moeten worden. Vooral het artikel van Khan (1974 b) heeft mij geholpen om te begrijpen waarom dit zo was. Zélf voelde ik de noodzaak om een eigen standpunt hierover te formuleren, dat niet louter mocht afhangen van de gevoelens van de patiënten. Ik besloot dat een inhoudelijke geheimhouding het beste leek te zijn, en ik ben er in retrospectief van overtuigd dat deze beslissing juist is geweest: nadat ik de patiënten had verteld, welk standpunt ik zélf innam, kwam er met zeer frappante consistentie, ná het bespreken van de infantiele wortels van de paranoïde angsten, een indrukwekkende aanzet in het vrijkomen van verdrongen materiaal; een versnelling, dus, van het therapeutische proces. (Door deze kwestie meen ik dus toevallig meer geleerd en begrepen te hebben over de hysteric.) Omgekeerd ben ik er van overtuigd, dat tegemoetkoming aan de rapportage-eis grote, zelfs onoplosbare moeilijkheden zou hebben gegeven, in de zin zoals ik hier boven al heb gezegd. (Het vrijkomen van nieuw materiaal waardoor het verloop van het therapeutische proces verder gaat is het criterium waaraan wij in het dagelijks werk de juistheid van een duiding toetsen.) Het betreft hier weliswaar een numeriek kleine groep van maar vier (instituten)patiënten, maar de grote consistentie van de bevindingen *plus* het feit dat aandacht voor deze voor mij nieuwe inzichten bij nóg acht patiënten uit mijn praktijk eveneens met grote consistentie het behandelingsproces faciliteerde (bevestiging door extrapolatie) zijn voor mij erg overtuigend geweest. Voor mij is het duidelijk, dat de gewenste controle op de kwaliteit van het therapeutisch werk, op behandelingsindicaties en op de noodzaak al of niet behandelingen voort te zetten *niet* via een samenwerking tussen instituten en verzekeringsartsen te realiseren valt zonder het psychotherapeutisch werk zélf te schaden, maar alléén veilig gesteld kan worden via de professionele eisen van de specialistische c.q. sub-specialistische verenigingen zélf, én via de registratie-eisen gesteld door de (semi-)overheid.

Centrale intake

Over het streven van de overheid, via de z.g. 'centrale intake' zoals beoogd in het RI(A)GG plan een nauwkeuriger vaststelling van de *behoefte* aan psychotherapie te verkrijgen heb ik ernstige bedenkingen, niet wat betreft de opzet van het idee, maar wat betreft de uitvoering: ik vrees nl. dat hiermee niet Freud's droom (1919, blz. 166-168) dat de vruchten van zijn ontdekkingen uitein-

delijk ook voor de gewone man beschikbaar zouden kunnen worden gestalte zou krijgen, maar eerder de – openlijk geëtaleerde – cynische verachting van invloedrijke ambtenaren voor problemen betreffende het menselijke gevoelsleven (Anbeek, 1977, blz. 25), ambtenaren die zélf blijkbaar gefixeerd zijn in een overwaardering van macht en geld, en die hun medeburgers de mogelijkheid van een ontplooiing uit de misvormingen waarin zij zélf zijn blijven steken alleen kunnen misgunnen. Wanneer zulke mensen de architecten worden voor de bemanning van de 'centrale intake', voorzie ik dat hetgeen geldt als 'de behoefte aan psychotherapie' zeer snel tot een sub-minimum weg-gemanipuleerd zal worden.

Nog één opmerking over de noodzaak van controle: een van de beste controle-middelen tegen excessieve duur van een behandeling, nl. een behoorlijke eigen financiële bijdrage van de patiënt, heeft men in de nieuwe wetgeving (omwille van een bepaalde maatschappij-visie?) laten vervallen!

Rigide indicatiestelling

Er mag nog één gevaar van een nagenoeg volledige institutionalisering van de psychotherapie worden genoemd. De opvattingen van stafleiders, die tóch al heel zwaar wegen (niet geheel ten onrechte) zullen dankzij de institutionalisering en standaardisering een rigiditeit in hun uitwerking verwerven m.b.t. de indicatiestelling, waardoor de ingewikkelder gevallen stelselmatig afgewezen zullen worden. Dit, terwijl de nieuwe inzichten in de dynamische psychopathologie, de klinische research dus, het vooral hebben moeten van de grensgebieden. Men zal dan kunnen rekenen op een verarming in de ontwikkeling van kennis in het vak. Het probleem wordt nóg ingewikkelder wanneer men het koren van het kaf tracht te scheiden in de metapsychologische suprastructuur die de laatste jaren opgebouwd is in onze literatuur. Om een voorbeeld met enig reliëf te geven: wanneer Ella Sharpe (1930, 1931) bijna vijftig jaar geleden een geslaagde analyse van een vrouw met een parafrenie publiceren kon, de daarbij werkzame dynamiek én de door de analytica gebruikte techniek helder en in eenvoudig te volgen menselijke termen uiteenzettend, kan men zich afvragen *hoeveel* van een modern werk als dat van Kohut (1971) overblijft om wérkelijk iets nieuws bij te dragen tot onze kennis en inzicht. Ligt niet het grootste probleem eerder in de sector van de overdracht van *emotionele* kennis dan in die van de overdracht van theoretische kennis? . . . nl., dat ons grootste struikelblok in techniek zich dáár bevindt, waar wij zélf emotioneel materiaal verwant aan hetgeen waarmee de patiënt ons confronteert *nog niet voldoende hebben geïntegreerd?*

Vooraanstaande mensen uit het veld van de research-georiënteerde psychotherapeutische praktijk wijzen de laatste tijd steeds meer op het verschijnsel, dat onder de patiënten die zich bij ons voor psychotherapeutische hulp aanmelden verhoudingsgewijs steeds minder klassiek neurotische beelden te vinden zijn, en steeds meer die beelden die gekenmerkt worden door stoornissen in het zelf-

gevoel en in de identiteitsbeleving als individu: Racamier, bijv. (1978) spreekt van de 'blote psychosen' ('des psychoses nues'), bij zeer kwetsbare mensen met een paranoïd-depressief, sensitief karakter, die vanwege hun ontoereikende afweer veel meer onder het leven te lijden hebben dan de mensen met 'aangeklede psychosen' ('des psychoses habillées'), nl. vooral de groep der aperte schizofrenieën met waanvorming en hallucinaties. Er wordt op dit terrein werkelijk erg veel vruchtbaar (en natuurlijk anderzijds ook veel dubieus) onderzoek gedaan (ook in de zelfstandige therapeutische praktijk), met verstrekkende implicaties voor theorie en techniek, o.a. wat betreft onze psychiatrische conceptualisering van wat er aan de hand is in de niet-organische psychotische beelden (d.i., o.a. wat de essentiële aard van de eraan ten grondslag liggende stoornissen kan zijn). Het lijkt van evident belang, dat deze benadering en de biologisch-psychiatrische benadering elkaar kunnen blijven aanvullen.

Naar mijn idee hebben wij veel meer kans deze uitdaging adequaat tegemoet te treden wanneer de over-en-weer dialoog tussen psychotherapeutische instituten en zelfstandig praktiserenden blijft bestaan, dan wanneer een instituutsmonopolie een feit zal zijn geworden: de instituuts-atmosfeer, waar men, omwille van de groepscohesie en omwille van hiërarchische overwegingen, elkaar pleegt na te praten, werkt m.i. creativiteit en soepelheid van theoretisch denken vaak tegen. Terwijl Franse en Amerikaanse vakgenoten er steeds meer op wijzen dat de bestaande pathologie lijkt te verschuiven en terwijl er op gewezen wordt dat pathologie en de werking van de onderdelen van de psyche ten opzichte van elkaar onder invloed van actuele culturele instabiliteit aan het veranderen lijken te zijn, zo dat onze klassieke neurose-theorie zeer nodig aan revisie en uitbreiding toe kan zijn, wil het zijn vitaliteit behouden (Eissler, 1969; Lichtenstein, 1977), hoor ik instituuts-staffleden de laatste jaren alléén verklaren: 'De goede gevallen gaan tegenwoordig naar elders', (bedoeld wordt de nieuwe therapieën die ineens in de mode zijn) 'terwijl "ze" de slechtste gevallen naar óns toe sturen.'

Het probleem van de hysterie kan dienen als paradigma voor de gevaren van institutionele verstarring in het stellen van indicaties. Freud schreef zó veel over de hysterie, dat (met uitzondering van de contributies van Abraham) het daarna wellicht een uitgeput onderwerp leek te zijn; in ieder geval werd er in verhouding daarna over deze aandoening weinig in de analytische literatuur gepubliceerd. Het idee is nog wijd verbreid – niet het minst bij de psychotherapeutische instituten – dat de hysterie van alle neurotische aandoeningen het meest therapeutisch toegankelijk en behandelbaar is (voor de analyse). Waarschijnlijk is dit idee een gevolg van het feit, dat Freud's eerste ontdekkingen over de infantiele sexualiteit en de verdringing bij hysterische patiënten werden gedaan. Echter, hoewel men dit nog steeds niet overal beseft, lijkt de speurtocht naar de goed analysabele en curabele hysterie enigszins op de opsporing van de Heilige Graal, hoewel wij misschien iets

minder pessimistisch mogen zijn dan Khan (1974 b): van de 'goede' gevallen die overblijven – de groepen I en II van Zetzel (1968) – mag betwijfeld worden of zij eenzelfde neurose hebben als hetgeen wij onder de noemer 'hysterie' zijn gewend te verstaan. De door Easser en Lesser (1965) voorgestelde revisie komt mij ook niet als geheel bevredigend voor: presenteert zich niet menig geremde hysterie vol goede 'belofte' (Khan, 1974 b), terwijl – wanneer althans niet alles op een brave pseudo-analyse uitdraait – van achter het masker van de inperking een ongeëvenaarde primitieve furie, geweld en chaotische ontreddering te voorschijn komt? De hysterie is nog steeds een enigmatische zaak, die onopgeloste problemen stelt, en die – de bloeiendste produktie van infantiel psychosexueel materiaal niet tegenstaande – resistenter is voor de analytische genezing dan wellicht welke andere aandoening ook (Khan, 1974 b; Segal, 1954; Wisdom, 1961; Zetzel, 1968). Khan zelf heeft zijn opvattingen omtrent de analysabiliteit van de hysterie tussen 1962 (1962/1974, blz. 38) en 1974 blijkbaar radicaal herzien.

Het misverstand is waarschijnlijk ontstaan doordat Freud de functie en betekenis van de infantiele sexualiteit zoals hij het bij hysterici aantrof heeft miskend (Khan, 1974 b; Wisdom, 1961), en dat de erotische en fallische praecoccupatie van hysterici de aandacht afgeleid heeft van het essentiële defect, nl. een al hele vroege stoornis in de band tussen moeder en kind, en dus in het vermogen van het zich ontwikkelend kind om object-betrekkingen te onderhouden (Fairbairn, 1952; Khan, 1974 b; Segal, 1954). Ook Greenacre o.a. wijst er op dat de vroegste levensbehoeften in de band met de moeder toch wel veel meer inhouden dan het bevredigen van oraal-libidineuze verlangens alléén (1966).

Het is hier niet de plaats om een uitvoerige, herziene hypothese omtrent de hysterie uiteen te trachten te zetten, maar ik heb de indruk dat men, wanneer men in de behandeling hiervan slagen wil, zich bezig zal moeten houden met hetzij Ego-misvormingen vanwege pathogene identificaties; hetzij een periode van het leven waarin een geïnternaliseerde Super-ego zich nog niet heeft gevormd, en waarin veiligheid (basic trust), zekerheid en erotiek zich uit een gemeenschappelijke matrix nog niet t.o.v. elkaar hebben gedifferentieerd; hetzij met deze beide, formidabele toestanden.

Mijn eigen ervaringen in een psychotherapeutisch instituut dat er hoge maatstaven t.a.v. de kwaliteit van het werk op nahoudt hebben uitgewezen dat juist óók onder de stafleden van het instituut men zich vaak te weinig ervan bewust is, hóe therapie-resistent de hysterie wel kan zijn. Het zou jammer zijn, wanneer verdergaande institutionalisering aan zulke misvattingen een toegenomen rigiditeit zou verlenen.

Slotwoord

Vanaf de Griekse oudheid ziet men door de geschiedenis van de mensheid in Europa en 'het Westen' heen, de strijd tussen het stre-

ven naar vrijheid van ontwikkeling voor het individu, en de pogingen van enkelen om de massa onder hun overheersing geknecht te houden. In dit, ons tijdperk, waarin massificatie gepaard gaat met voorheen ongekend technologisch raffinement, is het de vraag geworden of het individu, zoals wij dit begrip in de westerse beschaving kennen en waarderen, zal kunnen overleven (Mitscherlich, 1978). Hiermee staat of valt ook de levensvatbaarheid van psychotherapie zoals wij die kennen, nl. in dienst van de persoonlijke ontplooiing van het individu. De vernietigingskracht van modern oorlogstuig, en de aantasting door de mens van zijn eigen leef-milieu, hoe afgrijselijk ook, worden in vervaarlijkheid wellicht geëvenaard of zelfs overtroffen door de technologische ontwikkelingen die de wens-fantasie, massale macht te verkrijgen over de geesten van de bevolking, steeds realiseerbaarder maken. Het is niet toevallig dat Mevr. Castoriadis (1976) haar artikel begint met een herinnering aan de door George Orwell in zijn boek '1984' geschetste situatie: de overheid heeft een taal ontworpen, 'newspeak', waarin het onmogelijk is een gedachte te formuleren die de overheid onwelgevallig zou kunnen zijn, en heeft zodoende de bevolking gereduceerd tot de status van robots, wezens wier bestaan dus niet meer een *leven* genoemd zou kunnen worden. Wanneer de voorwaarden voor een *ge-actualiseerde* paranoia in de maatschappij om ons heen steeds meer gestalte krijgen, is het inadequaat geworden om nog van louter paranoïde *fantasieën* te blijven spreken. Psychotherapeuten moeten alert zijn op de gevaren van de huidige ontwikkelingen, en dienen weerstand te bieden aan de groeiende tendens, de zelfstandigheid van hun arbeidsomstandigheden en de privacy van hun patiënten aan te tasten. Psychiatische collegae, die voorheen wat gereserveerd stonden t.a.v. de erkenning van psychotherapeuten niet-medici, zullen vanuit het bovenstaande wellicht toch iets zinnigs in het idee vinden, om niet-medici die aan de gestelde opleidings-eisen voldoen onder een aangepaste wetgeving te brengen; wanneer ook deze mensen nl. de zelfstandige praktijk mogen uitoefenen, zal de volledige institutionalisering van ons vak moeilijker geforceerd kunnen worden, en zal de zelfstandige psychotherapeutische praxis wellicht zijn levensvatbaarheid kunnen behouden.

Literatuur

- Alphen, P. J. M. van, et al. (1977), Multidisciplinaire behandeling van een depressieve patiënte op een PAAZ, *Medisch Contact* 52/1977, blz. 1659-1661.
- Anbeek, H. J. (1977), geciteerd in interview 'De geboorte van de psychotherapeut', *Haagse Post*, 23/11-6-'77, blz. 25.
- Blankstein, H. (1976), Psychotherapie als agogisch handelen, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2/3/mei 1976, blz. 101-110.
- Castoriadis-Aulagnier, Piera (1976), Le droit au secret: condition pour pouvoir penser, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, No. 14, automne 1976, Editions Gallimard, Paris, blz. 141-157.
- Cohen Stuart, Dr. M. H. (1978), Het schizofrenie-complex, *Psycho Practi-*

cum jan./feb. 1978, blz. 10-12.

- Dijk, Dr. W. K. van (1976), Psychotherapie en Medische discipline, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2/3/mei 1976, blz. 111-124.
- Easser, B. R., & S. R. Lesser (1965), Hysterical personality: a re-evaluation, *Psychoanalytic Quarterly*, 1965, No. 34, blz. 390-405.
- Eissler, K. R. (1969), Irreverent Remarks about the present and future of Psychoanalysis, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. L, 1969, blz. 461-472.
- Fain, M. (1968), De grondregel, inleiding bij het tiende 'Séminaire de perfectionnement', Parijs, 1968, vertaald in *Inval*, herfst 1968, blz. 21-28.
- Fairbairn, W. R. D. (1952), *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock Publications Ltd. (Routledge & Kegan Paul), London, 1952.
- Freud, S. (1914), Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, vert. Remembering, Repeating and Working Through, *Standard Edition*, Vol. XII, blz. 145-156.
- Freud, S. (1919), Wege der Psychoanalytischen Therapie, vert. Lines of Advance in Psychoanalytic Therapy, *Standard Edition*, Vol. XVII, blz. 157-168.
- Freud, S. (1921), Massenpsychologie und Ich-analyse, vert. Group Psychology and the Analysis of the Ego, *Standard Edition*, Vol. XVIII, blz. 67-143.
- Freud, S. (1926), Die Frage der Laienanalyse, incl. postscript, 1927; vert. The Question of Lay Analysis, *Standard Edition*, Vol. XX, blz. 177-258.
- Freud, S. (1927), Die Zukunft einer Illusion, vert. The Future of an Illusion, *Standard Edition*, Vol. XXI, blz. 3-56.
- Freud, S. (1930), Das Unbehagen in der Kultur, vert. Civilisation and its Discontents, *Standard Edition*, Vol. XXI, blz. 59-145.
- Green, A. (1975), The analyst, symbolisation and absence in the analytic setting (on changes in analytic practise and analytic experience), *The International Journal of Psychoanalysis*, 1975, Vol. 56, blz. 1-22.
- Greenacre, Phyllis (1966), Problems of Overidealisation of the Analyst and of Analysis: their manifestations in the Transference and Countertransference Relationship, in *Emotional Growth*, Vol. II, International Universities Press, New York, 1971, blz. 743-761.
- Hoppe, Klaus D. (1977), Split Brains and Psychoanalysis, *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. XLVI, 1977 (No. 2), blz. 220-224.
- IMP Amsterdam (1977), rondschrijven 'ter kennisname van alle medewerkers', d.d. 28/10/1977.
- Jones, Ernest (1954), *Sigmund Freud: Life and Work*, Vol. I, The Hogarth Press, London, 1954, blz. 415-444.
- Khan, M. Masur R. (1962), Dream Psychology and the Evolution of the Psychoanalytic Situation, in *The Privacy of the Self*, Hogarth Press, London, 1974, blz. 27-41.
- Khan, M. Masud R. (1974 a), L'Espace du Secret, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, No. 9, printemps 1974, Ed. Gallimard, Paris, blz. 45-56; ook als lezing gegeven voor de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, oktober 1974.
- Khan, M. Masud R. (1974 b) La Rancune de l'Hystérique, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, No. 10, automne 1974, Ed. Gallimard, Paris, blz. 151-158.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York, 1971.
- Kuiper, P. C. (1976), Enkele opmerkingen over het optreden van gevoelens, *Inval* 1976/1 blz. 490-495.

- Lichtenstein, H. (1977), *The Dilemma of Human Identity*, Jason Aronson, New York, 1977.
- Loewald, H. (1951), Ego and Reality, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXXII, 1951, blz. 10-18.
- Loewald, H. (1960), On the Therapeutic Action of Psychoanalysis, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XLI, 1960, blz. 16-33.
- Loewald, H. (1970), Psychoanalytic Theory and the Psychoanalytic Process, *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XXV, 1970, blz. 45-68.
- Mitscherlich, Alexander (1978), Group Psychology and the Analysis of the Ego - a Lifetime Later, *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. XLVII, 1978 No. 1, blz. 1-23.
- Modell, A. (1969), *Object Love and Reality*, Hogarth Press, London, 1969.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1976), brief van Bestuur d.d. 9 maart 1976 aan bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Racamier, Dr. P. C. (1978), 'Remarques sur la Clinique et le traitement psychanalytiques des Psychoses', lezing gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse 16 januari 1978.
- Segal, Hanna (1954), A Note on Schizoid Mechanisms underlying Phobia Formation, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXXV, 1954, blz. 238-241.
- Schuurmans Stekhoven, W. (1977), ingezonden brief, *Medisch Contact* 52/1977, blz. 1630.
- Sharpe, Ella Freeman (1930), Certain Aspects of Sublimation and Delusion, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XI, 1930, blz. 12-23.
- Sharpe, Ella Freeman (1931), Variations of Technique in Different Neuroses: Delusion, Paranoia, Obsession, and Conversion Types, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XII, 1931, blz. 37-52.
- Tarachow, S. (1963), *An Introduction to Psychotherapy*, International Universities Press, New York, 1963, hfdst. 1-4 blz. 3-56.
- Thiel, Prof. Dr. J. H. (1977), Wat is Psychotherapie?', *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 19 & 26 november 1977, blz. 1891-4 en 1923-7.
- Vereniging van Nederlandse Psychiaters (1977), Discussie-Nota 'Functie van de Psychiatrie', 20 november 1977.
- Tiemersma, Drs. D. (1977), Filosofie en Geneeskunde, *Medisch Contact*, 52/1977, blz. 1646-1648.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*, Tavistock, London 1971.
- Wisdom, J. O. (1961), A Methodological Approach to the Problem of Hysteria, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XLII, 1961, blz. 224-237 (ook als lezing, gehouden voor de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, 16 december 1957).
- Zetzel, Elizabeth R. (1968), The So-Called Good Hysteric, in *The Capacity for Emotional Growth*, the Hogarth Press, London, 1970, blz. 229-245.