

De paradox van kortdurende (klinische) psychotherapie en regressie

door M.P. Bolten

Samenvatting

Klinische psychotherapie nodigt, meer dan ambulante behandeling, uit tot vergaande regressie. Voor langdurende behandelingen is dat niet zo'n probleem, dat is het wél als men kortdurend wil behandelen. In dit artikel worden een aantal opties beschreven die de behandelstaf ten dienste staan om de gewenste diepte en omvang van de regressie te reguleren.

Inleiding

Als men ervan uitgaat dat er specifieke positieve indicaties zijn voor klinische psychotherapie, dan is het logisch om ook te verwachten dat er *kortdurende* klinische psychotherapie bestaat (KKP). Immers: in de ambulante psychotherapie kennen we, naast de langdurige behandeling ook kortdurende psychotherapie. Toch is dat niet het geval: klinische psychotherapie is bijna altijd langdurig, althans in Nederland. Dat blijkt, naar ik hoop aan te tonen, meer een kwestie van traditie of geloof te zijn dan van een innerlijk noodzakelijk verband tussen 'klinisch' en 'langdurend'.

Het is al vaak betoogd dat opname in een kliniek regrediërend werkt. Maar in de vorige eeuw al werd óók ontdekt dat er effectieve mogelijkheden zijn de uitgelokte regressieve tendensen tegen te gaan en zelfs gedeeltelijk onder controle te hebben. Ook in deze eeuw maken Knobloch (1974) c.s. nog gebruik van een activiteitenprogramma om dit te realiseren. Toch is regressie een onmisbaar basiselement voor psychotherapie (M. Balint 1984). Eén van de verbazingwekkende vondsten uit de transactionele analyse (Schiff 1975, Osnes 1974) blijkt te zijn, dat regressies 'op afspraak' kunnen plaats vinden, in een expliciete overeenkomst tussen patiënt en behandelaar. Ook hiermee is een effectief middel gegeven om de gunstige gevolgen van regressie te verkrijgen, zonder noodzakelijkerwijs de prijs te hoeven betalen van een langdurige behandeling. Daarnaast noemen Malan (1970) en Alexander en French (1946) therapieduur als een factor die aard en diepte van regressie bepaalt: overdracht vs overdrachtsneurose. Dus

ook in therapieduur is een instrument gegeven om de omvang en diepte van de regressie te beïnvloeden.

Het hierna volgende behandelt de voorwaarden voor de combinatie kortdurend-regressief, voor de klinische psychotherapie.

Enkele basisbegrippen

In dit betoog komen enkele begrippen voor die op grond van hun meerduidigheid of van hun functie in het spraakgebruik een nadere bepaling behoeven.

1. *Regressie* – Regressie als term wordt gebruikt om uitspraak te doen over intrapsychische processen, over organisatie van de persoonlijkheid, over vormen van 'coping-strategieën', over de aard van transacties en relaties.

Een voorbeeld met betrekking tot intrapsychische processen is de droomarbeid. De normale sequentie in het wakend bestaan is de volgende: prikkelgebaarwording – gevoel, eventueel gevolgd door een efferente sequentie naar 'response'. In de droom is die volgorde vaak omgekeerd. Vanuit een centraal psychologisch gebeuren – een gevoel van angst bij voorbeeld – wordt een externe prikkel geproduceerd: een achtervolging door een reus met zevenmijlslaarzen. Onder bepaalde condities kan de persoonlijkheid, al of niet tijdelijk, verliezen aan differentiatie en articulatie. We zeggen dan dat de persoonlijkheid 'primitief' is geworden. Vaak valt dat af te lezen aan het verschijnen van gedragskenmerken die behoren bij vroegere ontwikkelingsfasen van de persoonlijkheid. Een afdelingschef lost een samenwerkingsprobleem met zijn secretaresse op door een woede-aanval. De buitenstaander 'ziet' dan een stampvoetend en krijsend kind. In het sociaal functioneren zien we regressie als een volwassen man elke gezagsrelatie met recalcitrant gedrag vorm geeft, of met blinde gehoorzaamheid.

Binnen het kader van dit artikel kiezen we voor een definitie van regressie die van speciaal belang is bij kortdurende psychotherapie. We volgen daarbij Pumpian - Mindlin (1953), wanneer hij spreekt over het gebruik van interpretaties in kortdurende psychotherapie: '... the interpretations are usually made not in terms of the unconscious underlying impulses... One works primarily with the reverberations of earlier conflicts, as they are reflected in adult and adolescent behavior and attitudes' (p. 649). En elders schrijft hij dat het in kortdurende psychotherapie verkieselijk is om 'van buiten naar binnen' te werken. Daarmee bedoelt hij dat de objectrelaties het primaire focus vormen, en niet de 'drives and impulses', waarbij men van binnen naar buiten werkt. De aanmeldingsklachten en -problemen worden daartoe vertaald in problemen op het gebied van relaties en transacties.

Wanneer er dus sprake is van regressie in dit artikel bedoelen we transacties en relatievormen die representatief zijn voor vroegere ontwikkelingsfasen in iemands leven.

2. *Klinische psychotherapie* – Klinische psychotherapie is een term die licht tot misverstand aanleiding geeft. Men zou kunnen menen dat elke psychotherapie in een intramurale situatie synoniem is met klinische psychotherapie. In dit artikel reserveren we deze term echter voor die vorm van psychotherapie waar de gehele materiële en immateriële structuur in dienst staat van en ontworpen is vóór psychotherapie. Een enkel voorbeeld om dit te verduidelijken. In de ziekenhuissituatie van de kliniek is een centrale voedselbereiding in het algemeen goedkoper en qua samenstelling van de maaltijd meer verantwoord. Toch kan het, uit het oogpunt van de behandeling, nuttig zijn de patiënten zelf de zorg voor menu en bereiding toe te vertrouwen. Afgezien van agogische overwegingen (die voor jeugdigen zeker van belang zijn) opent men op deze wijze een 'ervaringsveld' voor de patiënt dat tal van regressieve wensen en relatievormen activeert. Wanneer men door ziekenhuispersoneel bereide maaltijden aanbiedt, heeft men in feite al een verstrekkende en vóórverstrekkende keus gedaan, die de relatie tussen de patiënt en zijn tijdelijk huis definieert in termen van symbiose: de staf geeft en verzorgt, de patiënt krijgt en wordt gevoed.

Als men de keuze doet de patiënt zélf de maaltijd te laten bereiden, dan dient men ook het risico te nemen van een minder 'verantwoorde' voeding, van budgetoverschrijdingen en van een aangebrande hap. In deze zin opgevat is dus het hele aanbod – van architectonische vormgeving tot en met de weekendregeling, van therapiezitting tot en met de kleur van het beddegoed – een in zichzelf samenhangend en georganiseerd geheel.

De term 'klinische psychotherapie' nu geeft weer dat de psychotherapeut niet alleen psychotherapie verricht in de zin van een (directe) beïnvloeding van de patiënt in diens aanwezigheid. Hij is daarnaast degen die de psychotherapeutische doelstelling vervlecht in de totale kliniekstructuur en in het therapeutische programma.

3. *Kortdurende psychotherapie* – In de loop van de laatste decennia heeft de kortdurende therapie een opmerkelijke bloei doorgemaakt. Dat heeft er o.a. toe geleid dat de behoefte is ontstaan aan een rubricering van de typen kortdurende therapie. Clarkin en Frances (1982) geven de volgende indeling: crisisinterventie, psychodynamisch, 'problem-solving', gezins- en echtparentherapie, gedragstherapie. Van Marle (1979) noemt drie referentiekaders: weer crisisinterventie, psychoanalytisch en gestructureerde gedragsverandering. Uit de tekst blijkt dat deze auteur onder dat laatste verstaat de therapieën gebaseerd op de leertheorie én op de communicatietheorie. Dat is tenmin-

ste discutabel, en als men deze dubbele categorie uitsplitst ontstaat een rijtje dat grotendeels samenvalt met de eerst geciteerde rubricering. Blijft nog de vraag of men psychodynamisch en psychoanalytisch gelijk mag stellen. Ook is het bevreemdend dat Van Marle (1979) onder de rubriek crisisinterventie ook Sifncos noemt.

Hoe kan men KKP invoegen in deze rubriceringen? Dat is waarschijnlijk niet goed mogelijk. Het is opmerkelijk dat in het bekende rapport Verhagen dezelfde moeilijkheid terug te vinden is. Daar zijn de verschillende vormen psychotherapie ingedeeld volgens de referentiekaders: psychoanalytisch, leertheoretisch, experiëntieel en klinisch. De reeds in de vorige paragraaf geschetste klinische situatie geeft al aan, dat klinische psychotherapie een zo belangrijk surplus geeft boven het strikt psychotherapeutisch referentiekader in de kliniek, dat een eigen rubriek gerechtvaardigd is.

Een minder descriptief en meer systematisch uitgangspunt biedt Castelnuovo-Tedesco (1975). Hij noemt achtereenvolgens totale behandelduur, frequentie en duur van de zittingen, intensiteit van de behandeling en het doel van de therapie. Wat dat laatste betreft geeft hij een continuum aan tussen de polen ondersteunend – toedekkend en expressief, exploratief of inzichtgevend.

De vorm van KKP van waaruit het volgende geschreven is, betreft een 12-weekse therapie; twee perioden van 6 weken, gescheiden door een periode van 1 week buiten de kliniek door te brengen. De psychotherapiefrequentie is 3 zittingen per week van elk 1½ uur, in groepsverband. Deze frequentie en duur, gevoegd bij het feit dat er verder een compleet therapeutisch werkprogramma is van niet-verbale therapievormen staat er borg voor dat er sprake is van een uiterst intensief verlopend behandelproces. De psychotherapeutische oriëntatie is transactionele analyse, met nadruk op hier-en-nu-transacties tussen patiënt en therapeut en patiënten onderling en met nadruk op scriptonthulling en herzien van vroegkinderlijke besluiten die tot de huidige levensvoering hebben geleid. Op basis van deze karakteristiek mag men hier zeker spreken van een ontdekkende vorm van kortdurende psychotherapie, zij het dan dat het focus primair ligt bij transacties en objectrelaties, en niet bij driftconstellaties en onbewuste impulsen.

Voorwaarden voor regressie: regressie in de kliniek

Regressie is neutraal ten aanzien van de dimensie gezond-pathologisch. Slapen, vakantie, ontspanning, feestvieren zijn allemaal tijdsbestedingen die op één of andere wijze een regressief karakter (kunnen) hebben. Ze tonen ook aan dat de ermee gepaard gaande regressie (qua persoonlijkheidsorganisatie) min of meer op afroep beëindigd kan worden. Als de wekker gaat, worden we wakker en het secundaire proces herneemt zijn plaats.

1. *Manifestaties van regressie* – We beschouwen behoefte aan regressie derhalve als normaal en gezond (Scheidlinger 1980, Schafer 1958). Totale afwezigheid van regressieve behoefte is ongewoon, evenals continue behoefte tot regressief gedrag. De persoonlijke behoefte aan regressie hangt zeker samen met de levensstijl en de persoonlijkheid, maar evenzeer met de levensomstandigheden. Het is merkwaardig te bedenken dat het concentratiekamp of de gevangenis ook als een typtisch intramurale situatie kan worden opgevat. Daar was en is regressie (althans in bepaalde vorm) echter levensgevaarlijk. Het kampregime maakt die normale regressie ook actief onmogelijk. Maar wanneer men de levensbedreiging uitsluit, blijkt ook de gevangenisituatie tot regressie te leiden (Reicher 1984).

We kennen een groep mensen die een sterke, schijnbaar autonome regressiebehoefte vertoont, die niet begrepen kan worden vanuit de levenssituatie op dat moment. We nemen aan dat deze mensen iets moeten 'inhalen'. Balint (1984) gebruikt het beeld van de breuklijn – een begrip uit de geologie en cristallografie.

Gustafson (1984) neemt dat beeld over en werkt het uit ten behoeve van de keuze van korte of langdurende psychotherapie. Kortdurende therapie zal de patiënt moeten voorzien van een ontbrekend deel uit zijn ontwikkeling; daarna kan de verdere ontwikkeling 'autonoom' weer voortgang vinden. Langdurige therapie is aangewezen voor patiënten bij wie de regressieve tendens berust op het bestaan van véél hiaten in de ontwikkeling of van zeer grote hiaten. We veronderstellen nu dat regressiebehoefte behalve biologisch (→ slaap) ook historisch bepaald is. Met dat laatste bedoelen we eigenlijk niet meer of minder dan dit: bepaalde gebeurtenissen of verhoudingen vormen obligate knooppunten in de ontwikkeling. Bij ontbreken van die knooppunten kan de erna volgende ontplooiing slechts 'provisorisch' plaatsvinden.

Dat die ontwikkeling 'provisorisch' is, herkennen we aan (psychologische of somatische) symptomen, aan een 'moeilijk' karakter of een gebrekkige realiteitsoriëntatie.

Gustafson en Dichter (1983) specificeren de ontwikkelingshiaten als een in essentie interpersoonlijk conflict inzake 'control': wie beheerst wie (of wat)? Dit conflict kan zich op verschillende ontwikkelingsniveaus voordoen, en het manifesteert zich *altijd* in de zogenaamde 'Trial therapy'.

In de Transactionele Analyse vindt men deze opvatting terug, in verder uitgewerkte vorm. Aanvankelijk beschreef Berne (1961) dit conflict nog vanuit de klassieke psychoanalytische driftleer, getuige zijn advies aan beginnende psychotherapeuten: 'Think sphincter'. De biologische connotatie van de sluitspieren is natuurlijk evident. Later (1964) beschreef hij het conflict inzake 'control' op een interpersoonlijke manier, namelijk in het begrip 'game'. Los van de formele kenmerken (de 'stappen' in het game) kan elk game beschreven worden

als een min of meer stereotype opeenvolging zetten tussen aanvankelijk 2 partijen (nl. kind en opvoeder) welke het hele leven kan voortduren. De rol van de opvoeder wordt in het latere leven overgenomen door de partner, een kind, een collega, een chef, etc. etc. In de psychotherapie is dat de behandelaar of de groep. In de psychotherapie in engere zin zien we de regressie dus optreden in archaische relatievormen (de psychologische spelletjes) tussen patiënten onderling, tussen patiënt en psychotherapeut en tussen de patiënt en het collectief van groep of de Psychotherapeutische Gemeenschap (PG) als geheel.

In dit artikel zien we af van een verder exposé van die 'games' en wijze van bewerken daarvan. In plaats daarvan beperken we ons tot de structurele maatregelen van de PG als geheel die dienstig zijn om de regressie te temmen en dienstbaar te maken in het therapeutisch programma.

2. *Klinische psychotherapie en zorg* – Sommige kwaliteiten van een psychotherapeutisch milieu bevorderen regressie. Als ontwerper van zo'n milieu (Jongerijs 1981) heeft men de vrijheid deze kwaliteiten naar eigen inzicht op te nemen in de organisatie of juist niet. De overweging zal daarbij moeten zijn in hoeverre die regressie therapeutisch effect zal (moeten) hebben, voor de beoogde populatie.

Bij *kortdurende* psychotherapie missen we één belangrijke, regressie bevorderende kwaliteit, namelijk de eindeloosheid van de opname en/of de behandeling. Althans: in de PG, zoals we die in Nederland kennen is er niet zoveel, dat de geheime fantasie van de patiënt inzake herstel van de tijdloze symbiose, weerspreekt. In een PG voor kortdurende psychotherapie echter is het obligaats om voortdurend signalen over de eindigheid te geven. Hoe precieser, concreter en voelbaarder, hoe beter.

Het is naïef om te denken dat men hierdoor regressie voorkomt. Die regressie is er toch wel, welke maatregelen men als staf ook neemt. Wat men er wél mee bereikt is dat die regressie wordt 'ingekaderd'. De regressie krijgt een plaats toegewezen, binnen de dimensie van tijd en ruimte.

De patiënt wordt, bij voorbeeld door de samenstelling van dagrooster of door het aanbod van therapiemateriaal uitgenodigd om voortdurend de beweging te maken tussen interne en externe realiteit. (Hierin kan men één van de specifieke kenmerken zien van de psychotherapeutische gemeenschap tegenover de Therapeutische Gemeenschap.)

Als op een dinsdag van 9-10 klei of vingerverf op het programma staan wordt de regressie uitgelokt, maar als patiënt om kwart over 10 de boodschappen voor het avondeten van die dag moet doen in de supermarkt, is regressie uit den boze. Ook de staf-patiëntenverhouding kan men als een instrument gebruiken om gewenste regressie te bevorderen en ongewenste regressie tegen te gaan. Alleen al de verhou-

ding tussen stafgrootte en beddenaantal is wat dat betreft een belangrijk criterium. Voor de volledigheid en ter vermijding van misverstand: over-'bestaffing' is even schadelijk als onder-'bestaffing'. Stafgrootte dient bepaald te worden door het behandelbeleid voor de beoogde populatie.

Maar ook de kwaliteit van de staf-patiëntenverhouding is van groot belang met betrekking tot regressie. Noce (1978) heeft, gebruikmakend van het begrip egopositie uit de transactionele analyse, therapeutische gemeenschappen op een ideografische wijze getekend. Hij onderscheidt binnen de totale cultuur van een (Psycho)therapeutische Gemeenschap, collectieve Ouder, collectieve Volwassene en collectief Kind (Berne 1961). Het is vooral de collectieve Ouderfunctie van een PG die uitmaakt of Kind-gedrag (= regressie) wordt aangemoedigd of niet. De kwaliteit van die Ouderfunctie (normstellend, vertroetelend en verwennend, overkritisch of zorgend) bepaalt ook welk type Kind-gedrag de patiënten zullen presenteren.

Daarnaast is de mate waarin de staf bijdraagt aan de collectieve Ouderfunctie in belangrijke mate bepalend voor de hoeveelheid regressie bij de patiënten.

Deze beschrijvingen hebben een wat statisch karakter, en in de praktijk ziet men bovendien vaak een verdeling van die functies over verschillende segmenten van de PG. In elk geval is er een aardig kader mee gegeven om de kwaliteit van de staf-patiëntenverhouding in verband te brengen met regressie.

Kortdurende klinische psychotherapie kan slechts dan plaats vinden als regressie in dienst staat van corrigerende emotionele ervaringen. Daartoe dient de staf over grote flexibiliteit te beschikken in het aannemen van de verschillende egoposities, in alle geledingen van de staf. Het gebruik maken van overdrachtstransacties, bij vermijding van overdrachtsneurose is te beschouwen als de kunst van kortdurende therapie. Wanneer een staf te veel de Ouderpositie 'accepteert' voor zichzelf, bevordert men de overdrachtsneurose. Wanneer de stafleden op de juiste tijd en de juiste plaats de Volwassene- of de Kindpositie innemen kan men de regressie (d.w.z. de Kindpositie van de patiënt) daar doen plaats vinden waar deze regressie produktief is voor de herbeleving – met – andere – afloop. Ook kan men manipuleren met afwezigheid van stafleden. Een stafaanwezigheid van 24 uur per dag speelt zonder meer in op de Kindfantasieën over alomvertegenwoordigheid en alwetendheid van de ouders. Differentiatiegedrag en oefeninggedrag in de zin van Mahler worden daardoor bemoeilijkt. Stafloze perioden 's nachts en overdag en onderbreking van de opname blijken uitstekende methoden om het separatiemotief present te stellen.

Een hoofdstuk apart is de groep. In een PG is regressie niet alleen een zaak tussen de individuele patiënt en de staf; in tegendeel. De patiënt leeft immers maar een deel van de dag in contact met stafleden,

maar 24 uur per dag samen met zijn groepsleden.

Over het algemeen kan men zeggen dat een produktieve regressie alleen mogelijk is als in eerste instantie de groep die regressie accepteert en mede bewaakt. Dat is vaak extreem lastig voor een groep: echte zorg is vaak moeilijk op te brengen, zeker voor wat langere tijd. Daarnaast kan regressie van één groepslid aanleiding zijn tot heftige jaloezie van anderen. In de derde plaats moet de 'kwaliteit' van de regressie sporen met de regressieve neiging van de groep als totaliteit. Bij voorbeeld: regressie in de zin van afhankelijkheid kan niet goed samengaan met een 'fight-flight' grondhouding in de groep (Bion 1961).

Deze lijst is geenszins compleet; de drie genoemde factoren zijn dan ook alleen bedoeld om te illustreren dat regressie in een PG nooit of te nimmer behandeld kan worden als een one-man show, en dat het therapeutisch gebruik van regressieve verschijnselen nauw samenhangt met de cultuur en dynamische krachtenverdeling in de groep.

3. *Vrijheid ten aanzien van realiteitseisen* – Vrijstelling van alle eisen van de realiteit betekent dystrofie van Volwassene- en Ouderego-posities: objectieve waarneming, maar ook verantwoordelijkheidsbesef lijden onder de vrijheid ten aanzien van realiteitseisen. Ook Alexander en French (1946) wijzen op de tegenstelling tussen de diepgaande overdrachtsneurose en de doelstelling van onderzoek van gevoelens en motieven. Als de stoornissen zeer vroeg gelokaliseerd zijn kan het echter nodig zijn dit type regressie in te bouwen in de behandeling. Het probleem is dan echter dat de werkrelatie ernstig schade kan lijden. Een werkelijke psychotherapie is immers onmogelijk zonder accurate waarneming en zonder verantwoordelijkheidsbesef. Men leidt zijn patiënten dan de wereld van de waan of hallucinaties binnen, of men geeft de patiënt ten prooi aan acting-out. In beide gevallen zal dan een ander – vaak een staflid – de ontbrekende functies over moeten nemen. Het is goed om te beseffen dat men dusdoende een – therapeutisch bedoelde – symbiose aangaat. Daar is niets tegen, mits men maar voorzorgen neemt om die symbiose hanteerbaar en omkeerbaar te maken.

In de KKP voor neurotici bestaat een duidelijk realiteitsappel in de vorm van een gelimiteerde opnameduur – 3 maanden in ons geval. Maar ook begrenzen we de regressie voortdurend via het behandelcontract. Concreet impliceert dit dat regressie alleen geaccepteerd wordt als die regressie past binnen een tevoren vastgesteld en overeengekomen doelstelling.

Zo'n doel kan bij voorbeeld zijn het hervinden van spontaniteit en vitaliteit. Het klodderen met vingerverf is dan meer aangewezen dan het produceren van gestileerde pentekeningen: de regressie is dus op twee manieren ingekaderd.

De eerste manier is via plaats en tijd, want het werk met vingerverf kan slechts op een bepaalde plaats in het gebouw en op een bepaalde

tijd in het rooster. De tweede manier van inkaderen is dat de betrokken regressieve activiteit moet passen bij het behandelcontract, en men wordt geacht tevoren met groep en staf die connectie tussen contract en concrete activiteit te hebben besproken.

Op deze wijze is regressie in de behandeling nooit 'oeverloos' maar altijd gekoppeld aan de realiteit van behandeldoel, tijd en plaats.

Het blijkt dat dit voortdurend pendelen tussen regressie en innerlijke behoeften enerzijds, en realiteit en volwassen functioneren anderzijds naast het openleggende karakter van de therapie ook een aanwijsbaar psychagogisch effect heeft. De patiënten hebben daar zelf het woord 'schakelen' voor uitgevonden. Men wil ermee aangeven dat een soort 'self-management' mogelijk is geworden.

Terugkerend naar het onderwerp (regressie in kortdurende klinische psychotherapie) kunnen we zeggen dat een therapeutisch milieu dat onbegrensde regressie aanmoedigt of toelaat, ongeschikt is voor ontdekkende *kortdurende* klinische behandeling. Evenzeer is dat het geval voor een milieu dat geen of slechts zeer minimale regressie toelaat. Zo'n milieu past veeleer bij een agogische therapievorm, niet bij een ontdekkende. Kortdurende ontdekkende klinische psychotherapie vereist een milieu dat gekenmerkt is door een duidelijke plaats voor regressie, met evenzeer duidelijke begrenzingen voor die regressie.

In een PG ziet men de therapeutische relatie niet alleen tussen psychotherapeut en patiënt. Ook ten aanzien van andere stafleden, ten aanzien van groepsgenoten en andere medepatiënten en ten aanzien van het instituut-als-geheel ontwikkelt die relatie zich.

Wat betekent nu regressie voor al die verschillende relatie'partners'? Elke regressie houdt in het prijsgeven van (ontwikkelingspsychologisch gezien) recente functies. Zonder die functies is overleving alleen mogelijk als anderen die functies – al of niet tijdelijk – overnemen. Daarmee komen we tot een centraal beleidspunt voor elke PG: *welke functies neemt wie over en wanneer*.

In het Cathexis Institute (Schiff 1975) zien we dat zelfs de primitieve functies als voeden en persoonlijke hygiëne worden overgenomen van de in regressie verkerende patiënt. Dat mag geen verbazing wekken als men zich realiseert dat in die PG bij voorbeeld hebefrenen worden behandeld.

Het zal duidelijk zijn dat ook de wie-vraag van groot belang is, niet alleen in de behandelstrategie maar ook vanuit beroepsethisch gezichtspunt. Elke staf gaat in elke PG in meerdere of mindere mate een symbiotische relatie aan met de opgenomen patiënten, individueel en als groep. Sommige functies kunnen zonder bezwaar van de regressieve patiënt overgenomen worden door andere patiënten, die al een groot deel therapeutische regressie achter de rug hebben. Het minst veilig is het 'instituut-als-geheel' als symbiosepartner, juist omdat het zo'n abstractie is. Maar ook omdat het, voor zover het juist con-

creet is, zo'n log en moeilijk te beïnvloeden iets is.

Eén van de manieren waarop het 'instituut-als-geheel' nu juist concreet wordt, is in het antwoord dat het instituut geeft op regressie en acting-out. Zorg en sancties of begrenzing zijn natuurlijk onmisbaar, maar de mate waarin zegt veel meer. Een vuistregel is dat hoe meer zorg (bij regressie), hoe meer patiënten regrediëren. Maar ook: hoe meer zorg, hoe moeilijker *authentieke* zorg; als regressie routine wordt is er ook routinezorg. En de regressie is dan ook niet meer therapeutisch maar instrumenteel en manipulatief.

Sommige regressies vergen, willen ze effectief zijn, een zodanig antwoord dat een tijdelijk herstel van het symbiotisch bestaan nodig is (Bolten en De Jong 1984). Met andere woorden: er dient een symbiosepartner te komen. Dit is het punt waar de tolerantie voor regressie in het geding komt, als het tenminste gaat om bedoelde in plaats van 'wilde' regressie.

Die tolerantie is afhankelijk van de *structuur van de PG* en van de beschikbaarheid van symbiosepartners. Laten we ons goed realiseren dat 'parenteren' of 'reparenteren' (de ouderrol op zich nemen in een psychotherapeutische regressie) heel speciale mensen vraagt.

Zowel bij het intake- als bij het sollicitatiebeleid dient men daar rekening mee te houden. Over het algemeen is een succesvolle, eigen openleggende psychotherapie daar noodzakelijk voor, terwijl de behandelaar of de medepatiënt die de symbiose aan wil gaan zelf over voldoende gevende persoonlijke relaties moet beschikken.

In een staf waar symbiosewerk met patiënten plaats vindt dient een goede cohesie te bestaan. Die staf dient als een onderlinge supportgroep te kunnen fungeren.

Men moet het ook op kunnen brengen om, in het doen en laten van een volwassen mens, het Kind van die patiënt te herkennen en te accepteren, ook in het omgaan met die patiënt. Daar kan bij voorbeeld fysiek contact toe behoren, en daar moet men als behandelaar zelf *natuurlijk*, op een spontane wijze, vorm aan kunnen geven. Ook daarin dient de psychotherapeut gesteund en geholpen te worden door de eigen stafgroep; die stafgroep dient de psychotherapeut te helpen om bij deze nabijheid tot de patiënt toch de optimale distantie te bewaren.

Besluit

Kortdurende klinische psychotherapie staat of valt met de zorgvuldige management van regressies. De instrumenten die de behandelaars ten dienste staan zijn:

- aard en frequentie van patiënten-staftransacties;
- mate van beschikbaarheid van stafleden;
- limitering en dosering van regressiemogelijkheden in het therapieprogramma;
- het globale behandelklimaat en de kliniekcultuur.

Literatuur

- Alexander, F., en T.M. French (1946), *Psychoanalytic therapy*, Univ. Nebraska Press, Lincoln/Londen.
- Balint, M. (1984), *The basic fault*. (Pap. ed.) Tavistock Publ., Londen.
- Berne, E. (1964), *Games people play*, Grove Press, New York.
- Berne, E. (1961), *T.A. in psychotherapie*, (Pap. ed.) Ballantine Books, New York.
- Bion, W.R. (1961), *Experiences in groups*, Basic Books, New York.
- Bolten, M.P., en A.J. de Jong (1984), Reparenting or therapeutic regression. In: E. Stern (red.): *T.A. The state of the art*, Foris Publ., Dordrecht/Cinnem-inson.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1975), Brief psychotherapy. In: *Am. handbook psychi- atry*, 5, S. Arieti (red.), Basic Books, New York.
- Clarkin, J.F., en A. Frances (1982), Selection criteria for the brief psychothera- pies, *Am. J. Psychother.* 36, p. 166-180.
- Gustafson, J.P. (1984), An integration of brief dynamic psychotherapy. *Am. J. Psychiatry* 141; 8, p. 935-944.
- Gustafson, J.P., en H. Dichter (1983), Winnicot and Sullivan in the brief psy- chotherapy clinic I, *Contemp. Psychoan.* 19; 3, p. 624-637.
- Gustafson, J.P., en H. Dichter (1983), Winnicot and Sullivan in the brief psy- chotherapy clinic II, *Contemp. Psychoan.* 19; 4, p. 638-642.
- Jongerus, P.J. (1981), De psychiater als milieukundig ingenieur, *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 5, 23, p. 317-325.
- Knobloch, F., en J. Knobloch (1974), *Psychogymnastik*. In: H. Petzold, *Psy- chotherapie und Körperdynamik*. G.F.R. Paderbron, Junferman.
- Mahler, M.S., F. Pine en A. Berman (1975), *The psychological birth of the hu- man infant*, Hutchinson, Londen.
- Malan, D. (1979), *Individual Psychotherapy and the science of psychodyna- mics*, Butterworth, Londen.
- Marle, H.J.C. van (1979), De kortdurende therapie: kort en krachtig. *Tijd- schrift v. Psychiatrie* 31, p.17-32.
- Noce, J. (1978), A model for the collective parenting function of therapeutic communities, *Transact. Anal. J.* 8, 4, p. 332-338.
- Osnes, R.E. (1974), Spot reparenting, *Transact.An. J.* 4, 3, p. 40-46.
- Pumpian-Mindlin, E. (1953), Consideration in the selection of patients for shortterm psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 7, p. 641-652.
- Reicher, J.W. (1984), *De voordelen van klinische behandeling in de 'total in- stitution'*, voordracht VKP, Utrecht.
- Schafer, R. (1958), Regression in the service of the ego. In: G. Lindzey (red.), *As- sessment of human motives*, Grove Press, New York.
- Scheidlinger, E. (1980), *Psychoanalytic groupdynamics*, Int. Univ. Press, New York.
- Schiff, J.L. (1975), *Cathexis reader*, Harper & Row, New York.
- Verhagen, J.H. (1980), *Eindrapport van de Werkgroep Psychotherapie*, Min. v. Volksgezondheid, Leidschendam.

Schrijver is klinisch psycholoog-psychotherapeut, werkzaam als chef de clini- que van de afdeling Kortdurende Klinische Psychotherapie van het Psychothe- rapeutisch Centrum 'De Viersprong', Gasthuisstraat 6, 4661 JH Halsteren.