

# Sociotherapie en psychotherapie in psychiatrische dag- en deeltijdbehandeling volgens de principes van continuïteit in zorg

door P.J. Geerlings en J. de Klerk-Roscam Abbing

## Samenvatting

Nu vanuit de overheid toenemend aangedrongen wordt op versterking en uitbreiding van de voorzieningen voor psychiatrische dag- en deeltijdbehandeling, wordt in onderstaand artikel verslag gedaan van een nieuwe vorm van psychiatrische dag- en deeltijdbehandeling. Bij de opzet van deze vorm van semi-murale psychiatrie is uitgegaan van de principes van continuïteit in zorg, toepasbaar gemaakt middels stapsgewijze, op de individuele patiënt afgestemde behandelprogramma's.

## Inleiding

In de nieuwe Nota Geestelijke volksgezondheid van de staatssecretaris van WVC (juli, 1984) wordt, evenals in voorgaande overheidsnota's, op verschillende plaatsen gesproken over capaciteitsverschuiving van intra- naar semi- en extramurale zorg. Dit al langer bestaande beleidsuitgangspunt heeft ertoe geleid dat op verschillende plaatsen plannen worden ontwikkeld voor de afbouw van het intramurale beddenbestand in samenhang met een voorgenomen kwantitatieve versterking van semi- en extramurale capaciteiten. In de nota wordt met betrekking tot de semi-murale voorzieningen een onderscheid gemaakt in: de crisisinterventiefunctie, de beschermende woonvormen en de deeltijdbehandeling. Met de term deeltijdbehandeling is het aanvankelijke onderscheid tussen enerzijds dagbehandeling en anderzijds avond- en nachtbehandeling vervallen.

Volgens het ontwerp-besluit psychiatrische deeltijdbehandeling ziekenfondsverzekering, artikel 2, houdt psychiatrische deeltijdbehandeling in: 'De voor de verzekerde noodzakelijke behandeling, waaronder begrepen onderzoek, observatie, begeleiding en verzorging, gedurende tenminste 4 aaneengesloten uren en maximaal 8 uur per dag, te verlenen door een psychiater of zenuwarts in samenwerking met één of meer deskundigen uit andere disciplines' (Ziekenfondsraad 1984). Zoals uit deze beschrijving blijkt wordt met de term deeltijdbehandeling, zoals ook gold voor de term dagbehandeling, niet méér aangege-

ven dan dat een psychiatrische behandeling geboden wordt, waarbij de patiënt alleen voor een gedeelte van een etmaal in de instelling verblijft. Waar de behandeling uit bestaat en op welke wijze die wordt ingevuld met een behandelprogramma is daarmee niet aangegeven (Geerlings, De Klerk-Roscam Abbing, Schalken 1983).

In een eerste schets voor een project over bedsubstitutie middels deeltijdbehandeling in een APZ schrijft Verhoeff, hoofdinspectie geestelijke volksgezondheid, ons inziens terecht als probleemstelling: 'Een kwalitatief verantwoorde substitutie kan niet bereikt worden door een louter kwantitatieve uitbreiding van de bestaande semi-murale en extramurale voorzieningen. Voor zover het substitutie naar semi-murale voorzieningen betreft zal een antwoord moeten worden gevonden op de vraag op welke wijze een dagbehandeling (lees ook deeltijdbehandeling, auteurs) moet worden onderbouwd en georganiseerd ten einde bij een aselechte groep al of niet na ambulante behandeling de mogelijkheid van stabilisatie en verbetering van de ingezette decompensatie te bewerkstelligen. Tevens zou moeten worden onderzocht welke indicaties bepalend zijn voor de restgroep die een 24-uurs behandeling dient te worden geboden'. Hij concludeert dat de bestaande voorzieningen voor dagbehandeling werken met óf scherp omschreven doelgroepen óf met een op de circuitgedachte gebaseerde uitgangspunten (Verhoeff 1983).

In onderstaand artikel zal verslag gedaan worden van de ervaring die de auteurs opdeden bij het opzetten en uitwerken van een nieuwe vorm van dag- en deeltijdbehandeling, die zich met weinig selectie richt op een heterogene doelgroep. Beschreven zal worden op welke vragen een antwoord gevonden moest worden. Dit betrof vragen over kenmerken van de doelgroep, over behandel doelstellingen, over het behandelaanbod e.d. De antwoorden op deze vragen leiden tot een aantal voorwaarden, waaraan het behandel milieu, de organisatie van de behandelingen de behandelprogramma's van een dergelijke vorm van dag- en deeltijdbehandeling moeten voldoen. Tot slot zal beschreven worden hoe de stapsgewijze behandeling, één van de belangrijkste kenmerken van deze vorm van dag- en deeltijdbehandeling, is opgebouwd.

### **Probleemstelling**

Toen in 1980 een nieuwe voorziening voor psychiatrische dag- en deeltijdbehandeling opgezet moest worden in het kader van de naar de nieuwbouw in Amsterdam Zuid-Oost verhuisde psychiatrie van het AZUA, was duidelijk dat deze voorziening zich, in verband met de onderwijs-, opleidings- en onderzoekstaak van de universitaire psychiatrie, zou moeten richten op een heterogene patiëntengroep. Er zou ervaring opgedaan moeten worden met de diagnostiek en behandeling van patiënten met verschillende sociale achtergronden, verschillende leeftijden, verschillende intelligentieniveaus, verschillende proble-

matiek en wat betreft de egostructuur met een verschillende mate van angst- en frustratietolerantie. Het opnamebeleid zou zoveel mogelijk aselectief moeten zijn. Dit uitgangspunt sloot aan bij een in Amsterdam al eerder gesignaleerde behoefte aan een laagdrempelige dagbehandelingsvoorziening, die niet te veel eisen zou stellen aan motivatie, persoonlijkheidsstructuur en mogelijkheden tot veranderen.

Hoe zou een dergelijke dag- en deeltijdbehandelingsvoorziening eruit moeten zien? De volgende vragen deden zich voor:

a. *Hoe karakteriseert zich de doelgroep van een psychiatrische dag- en deeltijdbehandelingsvoorziening, met een zoveel mogelijk aselectief opnamebeleid?* – Uit een follow-up studie van Woody e.a. over het effect van een psychiatrische/psychotherapeutische behandeling komt naar voren dat niet zozeer de aard van de actuele symptomatologie, maar veeleer het aantal symptomen, de duur van het bestaan van de symptomen, de frequentie waarmee de symptomen zich voordoen en de ernst van de symptomen, met andere woorden de ernst van het geheel aan psychiatrische symptomatologie bepalend is voor de uitkomst van de behandeling. Woody e.a. komen tot een indeling in 3 categorieën patiënten. De 'low-severity' patiënten hadden voldoende baat bij een behandeling die bestond uit alleen psychosociale begeleiding of alleen psychotherapie. De 'mid-severity' patiënten hadden meer baat bij een behandeling die bestond uit psychosociale begeleiding gecombineerd met psychotherapie, terwijl alleen psychosociale begeleiding of alleen psychotherapie bij een aantal van hen ook verbetering gaf. De 'high-severity' patiënten hadden weinig tot geen baat bij alleen psychosociale begeleiding of alleen psychotherapie. Bij deze groep had alleen een behandeling waarbij psychosociale begeleiding gecombineerd werd met psychotherapie, goede resultaten (Woody e.a. 1984).

Het aantal en de ernst van de psychiatrische symptomatologie blijkt echter, ook in een uitvoerig diagnostisch onderzoek, moeilijk te constateren. Toenemend wordt dan ook een 'trial of treatment' gesuggereerd als 'second level diagnostic procedure' (Greenspan 1981).

Onze ervaring leert dat het merendeel van de patiënten die aangemeld worden voor een psychiatrische dag- of deeltijdbehandeling, voordien onvoldoende baat vond bij één of meerdere veelal langdurige ambulante behandelingen. De voorafgaande ambulante behandeling, veelal bestaande uit óf psychosociale begeleiding óf psychotherapie, opvallend als eerste 'trial of treatment' en als 'second level diagnostic procedure', kan men veronderstellen dat de doelgroep van de dag- en deeltijdbehandeling (zoals door ons ontwikkeld) in de indeling van Woody e.a. tot de 'high-severity' patiëntengroep behoort.

Met betrekking tot patiënten die niet in aanmerking komen voor een dag- of deeltijdbehandeling en een 24-uurs opname behoeven, onderscheidt Gudeman in zijn evaluatie van het dehospitaliseringsproject in Massachusetts 5 typen patiënten: oudere patiënten, bij wie sprake is

van een combinatie van dementie, psychose en somatische ziekte, wat hen gevaarlijk voor zichzelf en anderen maakt; geestelijk geretardeerde patiënten met psychiatrische stoornissen en gewelddadig en agressief gedrag; patiënten met een vergaand gebrek aan impulscontrole ten gevolge van hersenbeschadigingen door hoofdverwonding of door ziekte; psychotische patiënten, die ondanks de jarenlange toepassing van alle bekende behandelingsmethodes gewelddadig en suïcidaal blijven; chronisch psychotische patiënten, die niet zo zeer gevaarlijk voor zichzelf of anderen zijn, maar gedrag vertonen wat hen kwetsbaar maakt voor uitbuiting door anderen (Gudeman, Shore 1984).

Vanuit een psychoanalytisch gezichtspunt, zoals in Kernbergs (1976) integratie van de systeemtheorie van Rice (1969) met de recente psychoanalytische theorieën over de ontwikkeling van het 'ego', kan iedere vorm van psychiatrische psychopathologie gezien worden als een in verschillende gradaties falen van de 'management'functie van het 'ego'. De primaire taak van het individu is het bevredigen van de instinctieve en objectgerichte behoeften door middel van met de omgeving onderhandelende interacties. Het 'ego' bewaakt de grenzen en bemiddelt tussen de externe en interne wereld, dat wil zeggen vormt de behoeften zo om, dat deze bevredigbaar worden. Bij het falen van deze grensbewakende en bemiddelende functie van het 'ego', mislukt zowel de adaptatie aan de omgeving als de gratificatie van de intrapsychische behoeften. In sommige gevallen leidt dit tot vervaging of zelfs tot het opgeven van de grenzen tussen 'self' en 'object'.

b. *Welke behandel doelstellingen moeten onderscheiden worden bij een psychiatrische dag- en deeltijdbehandelingsvoorziening, met een zoveel mogelijk aselektief opnamebeleid?* – Ten gevolge van de heterogene patiëntengroep zou de voorziening ook voor verschillende behandel doelstellingen geschikt moeten zijn. Patiënten bij wie de meest haalbare doelstelling stabilisatie van het huidige niveau van functioneren en het voorkomen van een verdere decompensatie zou zijn, zouden in de deeltijdbehandelingsvoorziening terecht moeten kunnen. Bij anderen zou kunnen blijken dat een herstel van het niveau van functioneren van voor de decompensatie mogelijk is. Bij weer anderen zou na verloop van tijd mogelijk blijken een proces op gang te brengen, waarbij vergeleken met het niveau van functioneren van voor de decompensatie uitbreiding van belevings- en gedragsdifferentiaties plaats vindt en de kans op een herhaling van de decompensatie verkleind wordt.

c. *Hoe moet het behandelaanbod van een psychiatrische dag- en deeltijdbehandelingsvoorziening, met een zoveel mogelijk aselektief opnamebeleid, eruit zien?* – Met betrekking tot het behandelaanbod kon uit het voorafgaande het volgende geconcludeerd worden:

– Het behandelaanbod van de deeltijdbehandeling zou in verband met de heterogeniteit van de doelgroep, niet het principe van uniformiteit in behandeling, één van de belangrijkste principes van de therapeu-

tische gemeenschap kunnen volgen. In plaats daarvan zou gewerkt moeten worden met op de individuele patiënt, zijn behoeften, mogelijkheden en beperkingen, afgestemde behandelprogramma's.

– De individueel afgestemde behandelprogramma's zouden, aangezien het een 'high-severity' patiëntengroep betreft, steeds moeten bestaan uit een combinatie van op het sociaal functioneren gerichte behandelvormen en psychotherapie (Woody e.a. 1984).

– De behandeling zou zich in eerste instantie richten op de diagnose, ondersteuning en versterking van de regulerende functie van het 'ego' in de actuele interpersoonlijke relaties en pas in tweede instantie op het onderzoeken van de intrapsychische wereld (Kernberg 1976).

– Greenspan pleidooit om, analoog aan de gebruiken in de somatische geneeskunde, een psychiatrische/psychotherapeutische behandeling te formuleren in stap-voor-stapeffecten, die zich moeten voordoen om een gunstig verloop bij een volgende stap te kunnen verwachten, sluit hierop aan (Greenspan 1981). De behandelprogramma's van de deeltijdbehandeling zouden dan ook stapsgewijs opgezet moeten worden, waarbij de stappen een hiërarchie van toenemende belasting van het ego volgen, zodat naar aanleiding van het zich voordoende effect al of niet tot een volgende stap besloten kan worden.

### **De systemen waarin de behandeling plaats vindt**

Vanuit de toenemende aandacht voor de ontwikkeling van het 'ego' en de (primitieve) objectrelaties is bekend dat bij het geactiveerd raken van de primitieve objectrelaties, de angst toeneemt en de grensbewakende en bemiddelende functie van het 'ego' kan falen.

In een (semi-)klinische behandeling maakt een patiënt deel uit van drie systemen, waarin primitieve objectrelaties geactiveerd kunnen worden: het dyadische systeem (patiënt-behandelaar), het groepssysteem en het systeem van de organisatie als geheel. De mate waarin binnen de verschillende systemen leiding gegeven wordt en de ego-functies van de patiënt(en) overgenomen worden, zal variëren naargelang de individuele mogelijkheden van de patiënt(en) tot 'ego'-controle.

In het dyadische systeem zal de individuele begeleider/psychotherapeut bij patiënten met ernstige stoornissen in de egofuncties zich aanbieden als een reëel object en als hulpego functioneren. Bij patiënten met redelijk intacte egofuncties zal hij erop gericht zijn patiënten bewust te maken van verdedigingsmechanismen, van angsten en het verband met de op de therapeut overgedragen primitieve objectrelaties.

Wat betreft het groepssysteem wordt veelal onderscheid gemaakt tussen drie soorten groepen: de strak gestructureerde taakgerichte groep, waarbij een afgesproken concrete taak gedaan moet worden en ieder een omschreven deeltaak en rol bij het uitvoeren van de taak heeft; de semi-gestructureerde groepsdynamische groep, waarbij de

groep bijeen is om te leren van de actuele interacties; de minder gestructureerde psychotherapiegroep, waarbij de primitieve objectrelaties met de bijbehorende verdedigingsmechanismen en angsten geactiveerd en onderzocht worden.

Aangezien de organisatie van de kliniek als geheel geschikt moet zijn voor alle patiënten, zal deze strak en duidelijk gestructureerd moeten zijn, steeds gericht op het uitvoeren van de taak waarvoor de kliniek werd opgericht. Uit een studie waarbij drie behandelklinieken voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen vergeleken werden, kwam naar voren dat de klinieken waarbij het programma duidelijk gestructureerd was, de staf zich hield aan de afgesproken deeltaken en deelverantwoordelijkheden, en de eindverantwoordelijkheid duidelijk was, de beste resultaten had (Bale e.a. 1984).

### Het behandelmilieu

Wanneer de in de kinderonwikkeling zo belangrijke omgevings- en interpersoonlijke factoren vertaald worden naar een behandelings-situatie voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, kan men zeggen dat het behandelinstituut eerst en vooral een 'holding environment' moet bieden (Stambler, Mutter 1981).

Mede naar aanleiding van ernstig geregredeerde patiënten kwam Winnicott tot het inzicht dat niet alleen de dyadische relatie met de moeder maar ook de 'holding environment' als voorloper van de objectgerichtheid bijdraagt tot de ontwikkeling van het 'self' (Winnicott 1963). Bij een adequate 'holding' leert het kind onderscheid te maken tussen ik en niet-ik, tussen interne en externe realiteit, tussen fantasie en werkelijkheid. Juist de 'holding environment' brengt het internalisatieproces (de 'good enough' introjectie) op gang, het besef van een eigen psychische realiteit en een persoonlijk lichaamsschema met een 'continuity of being'.

Het 'true self' (i.t.t. het 'false self') ontwikkelt zich noch als verdediging noch louter opgaand in de ander, en vormt de basis voor objectconstantheid.

Volgens Stambler en Mutter (1981) wordt een holding environment gerealiseerd door:

- een geïnteresseerde, accepterende, niet-straffende en persoonlijke wijze van omgang met patiënten;
- zorg voor zowel het lichamelijk, het psychische als het sociaal welzijn van patiënten;
- continuïteit in plaats, tijd, personen en activiteiten (wat Winnicott het cyclische ritme van activiteiten noemt);
- een gestructureerd programma, waarin het ervaren van prikkels gedoseerd wordt;
- het grenzen stellen van destructief gedrag of het helpen anticiperen op de consequenties van gedrag;

- het activeren en stimuleren van het aangaan van geplande nieuwe activiteiten, waarin een gevoel van prestatie en controle-hebben-over ervaren kan worden;
- een gerichtheid op zowel cognitief als emotioneel leren.

### De organisatie van de behandeling

Dat continuïteit in zorg als één van de belangrijkste aspecten van psychiatrische zorg, met name van psychiatrische zorg ten behoeve van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, beschouwd moet worden, wordt sinds jaren vrij algemeen geaccepteerd.

Bachrach onderscheidt naar aanleiding van een analyse van de bestaande literatuur over wat onder continuïteit in zorg verstaan moet worden, zeven basisprincipes. Onderstaand zal per principe bekeken worden op welke wijze dit gerealiseerd kan worden in een dag- en deeltijdbehandelingsvoorziening.

1. Volgens Bachrach heeft continuïteit in zorg een *longitudoonaal karakter*, in die zin dat er begonnen wordt met behandeling vanaf het moment dat de patiënt de behoefte aan behandeling te kennen geeft en er pas gestopt wordt met behandeling wanneer verdere behandeling niet meer geïndiceerd is. Gedurende de behandeling kunnen de intensiteit van de behandeling, de methodes van behandelen en de behandelaars, door wie de behandeling wordt uitgevoerd, wisselen (Bachrach 1981). Voor de deeltijdbehandelingsvoorziening geldt dat wanneer er niet direct sprake kan zijn van deeltijdbehandeling, met de patiënt middels wekelijkse of tweewekelijkse gesprekken, die een steunend en structurerend karakter hebben, een werkrelatie op gang gebracht wordt. Ook de vermindering van de intensiteit van de behandeling vindt geleidelijk aan plaats. Middels wekelijkse of tweewekelijkse gesprekken wordt contact gehouden met de patiënt, tot behandeling niet meer nodig is of een behandeling elders gerealiseerd en op gang gekomen is.

2. Bachrach vindt bij het merendeel van de auteurs dat continuïteit in zorg is afgestemd op de *individuele* patiënt en zijn omgeving, niet op groepen patiënten (Bachrach 1981). Dit sluit aan bij wat eerder over het behandel aanbod van de deeltijdbehandelingsvoorziening gezegd werd. Per patiënt wordt een behandelprogramma opgesteld, dat zoveel mogelijk is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de afzonderlijke patiënt en zijn omgeving (partner, gezin, familie, buurt, stad, samenleving).

3. Ook wordt continuïteit in zorg, volgens Bachrach, gekenmerkt door een *multimethodische* en *veelomvattende* benadering ('comprehensiveness') (Bachrach 1981). Zoals eerder genoemd, bevat het behandel aanbod van de deeltijdbehandelingsvoorziening steeds een combinatie van zowel op het sociaal, het psychisch als het lichamelijk functioneren gerichte behandelvormen.

4. Verder wordt continuïteit in zorg gekarakteriseerd door *flexibiliteit* (Bachrach 1981). Zoals gezegd worden de behandelprogramma's van de deeltijdbehandeling stapsgewijs opgebouwd, zodat men naargelang de variërende behoeftes en mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving, het behandelprogramma kan bijstellen, naar meer of minder ego-ondersteunende en structurerende activiteiten.

5. Een ander kenmerk van continuïteit in zorg is de *vertrouwensrelatie* van de patiënt met zijn behandelaar(s), in die zin dat de patiënt erop kan vertrouwen dat er mensen zijn, die in hem geïnteresseerd zijn en zich persoonlijk bij hem betrokken voelen (Bachrach 1981). Voor de deeltijdbehandeling geldt dat het bovendien van groot belang is dat de patiënt, veelal als eerste stap naar een meer persoonlijke relatie, een vertrouwensrelatie met het instituut als geheel kan ontwikkelen. Ook het besef en de ervaring dat medepatiënten op hem betrokken zijn, kan hieraan bijdragen.

6. Bachrach concludeert dat continuïteit in zorg *een gemakkelijke toegankelijkheid* impliceert (Bachrach 1981). Zo zal de patiënt om in aanmerking te komen voor deeltijdbehandeling geen ingewikkelde barrières behoeven te nemen, dat wil zeggen: dat er geen langdurige intake-procedures toegepast worden, dat de betaling eenvoudig te regelen moet zijn en dat de reisafstand niet groter dan één uur reizen is.

7. Tot slot wordt continuïteit in zorg, volgens Bachrach, gewaarborgd door een *intensieve communicatie* (Bachrach 1981). In de deeltijdbehandeling zal met de patiënt intensief overlegd worden over het hoe en waarom van de behandeling. Er zal een frequent overleg bestaan tussen de verschillende behandelaars. Tevens is er sprake van een intensieve communicatie tussen de patiënten onderling, ter ondersteuning en motivering van elkaar en tussen de patiëntengroep als geheel en het behandelteam als geheel.

### De stapsgewijze behandeling

Zoals gezegd zouden de behandelprogramma's van de deeltijdbehandelingsvoorziening stapsgewijs opgebouwd moeten worden, waarbij de stappen een hiërarchie van toenemende belasting van het 'ego' volgen. Naar aanleiding van regelmatige evaluaties van het zich bij de afzonderlijke patiënt en zijn sociale omgeving voordoende effect, zal besloten worden tot óf een volgende stap, waarbij het behandelprogramma in die zin gewijzigd wordt dat zowel van de afzonderlijke patiënt als van zijn sociale omgeving meer eigen regulering gevraagd wordt en de behandelaars een minder regulering-overnemende functie vervullen. Wanneer een volgende stap niet haalbaar blijkt, zal tot voortzetting van het eerdere behandelprogramma besloten worden en zonodig gezocht worden naar voorzieningen, die de functie van de deeltijdbehandeling op een meer permanente basis kunnen overnemen. Het behandelprogramma zal ook tijdelijk moeten kunnen worden omgezet, in die zin



dat naar aanleiding van veranderde omstandigheden in de omgeving van de patiënt, tijdelijk teruggeschakeld wordt naar een behandelprogramma met een meer ego-ondersteunend karakter, waarna na stabilisering van de situatie alsnog overgegaan kan worden tot een volgende stap.

In de praktijk van de Dagkliniek van het Psychiatrisch Centrum AZUA werd de volgende hiërarchie ontwikkeld.

*Stap 1* – De deeltijdbehandeling begint met een behandelprogramma, dat bestaat uit individuele behandelcontacten met tenminste twee behandelaars (psychiater of assistent-psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige). Op indicatie kan hieraan toegevoegd worden: prt/gezinsbegeleidingscontacten, individuele begeleiding bij het uitvoeren van concrete taken, individuele bewegingstherapie.

Doelstelling. Deze contacten zijn gericht op wat Greenspan (1981) noemt:

- het op gang brengen van interesse voor wat middels de aangeboden behandeling verkregen kan worden;
- het op gang brengen van een zekere mate van regulering.

Werkwijze. Ten behoeve van het op gang brengen van vertrouwen van de patiënt in de behandeling en in het kader van de hulpegofunctie van de behandelaars, zullen de behandelaars in aanvang zoveel mogelijk ingaan op de eerste hulpvraag van de patiënt. Dit geldt ongeacht of de hulpvraag betrekking heeft op hulp bij maatschappelijke taken (huisvesting, inkomen, betaling van de behandeling, rechtspositie), op hulp bij relationele taken (partnerrelatie, gezin, familie, huisgenoten, werkgever), op hulp bij het omgaan met lichamelijke klachten of op hulp bij het omgaan met psychische klachten. De hulp die geboden wordt zal steeds van praktische aard zijn, beperkt gehouden worden tot de actuele situatie en bestaan uit de bespreking van het concrete gedrag in het omgaan met de actuele situatie, uit het gedragsmatig anticiperen op te verwachten toekomstige situaties en het maken van gedragsafspraken. Voor hulp bij maatschappelijke problemen zal het soms nodig zijn de patiënt te verwijzen naar andere (b.v. eerstelijns) instanties, waarmee vanuit de deeltijdbehandeling samengewerkt wordt. De patiënt blijft bij een dergelijke verwijzing in behandeling in de deeltijdbehandeling. Voor specialistische hulp bij lichamelijke klachten zal de patiënt eveneens vanuit de deeltijdbehandeling verwezen worden naar een specialist, waarmee vanuit de deeltijdbehandeling overlegd kan worden. Voor hulp bij relationele problemen kan de partnerrelatie/gezinstherapeut van de deeltijdbehandeling de partner, het gezin, de familie, de huisgenoten, de collega's uitnodigen of naar hen toegaan voor gesprekken, gericht op regulering en structurering van de veelal chaotische en destructieve interactiewijze. Bij ernstige afgrenzingsproblematiek kan individuele bewegingstherapie gericht op de versterking van de afgrenzing tussen ik en niet-ik en een reëel lichaamsbeleven

aan dit programma toegevoegd worden. Voor hulp bij het uitvoeren van concrete taken ten behoeve van de verzorging van zichzelf en de eigen leefomgeving, kan individuele begeleiding door een arbeidstherapeut aangeboden worden. Tegelijkertijd zal de patiënt een zekere mate van gedragscontrole ten aanzien van de behandeling geleerd moeten worden. Om op de afgesproken tijd in de deeltijdbehandelingsvoorziening aanwezig te kunnen zijn, is het nodig dat het dag- en nachtritme zich hersteld heeft, overmatig alcohol- en/of druggebruik of andersoortig destructief gedrag gestopt is. Ook zal de patiënt geleerd moeten worden zichzelf te beschermen tegen overprikkeling ('protective shield'). De stimulusbarrière kan met behulp van concrete gedragsadviezen en zonodig medicamenteus ondersteund worden. Om te voorkomen dat de patiënt bij uitbreiding van het behandelprogramma overspoeld raakt door nieuwe ervaringen en indrukken, zullen de individuele behandelcontacten er ook op gericht zijn de patiënt voor te bereiden op de ervaringen die hem in de behandeling te wachten staan.

■ **Evaluatie.** Wanneer een zekere mate van vertrouwen in de behandeling op gang gekomen is en de gedragscontrole en interne regulering van prikkels verbeterd is, kan overgegaan worden tot de tweede stap.

*Stap 2* – Bij de tweede stap wordt het behandelprogramma uitgebreid met de deelname aan één of meerdere gestructureerde groepsbijeenkomsten.

■ **Doelstelling.** Bij dit behandelprogramma wordt de eerste doelstelling uitgebreid met wat Greenspan (1981) beschrijft als de versterking van de therapeutische werkrelatie. In de deeltijdbehandeling gaat het bij deze stap om de versterking van een therapeutische werkrelatie van de patiënt met meerdere behandelaars, met medepatiënten en met het instituut als geheel.

■ **Werkwijze.** In sociotherapeutische groepsbijeenkomsten, in taak- en activeringsgerichte groepen kan geoefend worden met het deelnemen aan een groep. In de sociotherapie wordt door een strakke structuur en een consequente oriëntatie op concrete en praktische taken en verantwoordelijkheden in de omgang met zichzelf en anderen de regressie tegengegaan. In taakgroepen, creatieve therapiegroepen en bewegingstherapiegroepen wordt geoefend met een wat minder strak gestructureerd aangaan van interacties met medegroepsleden.

■ **Evaluatie.** Wanneer ondanks de grotere belasting van de gedragscontroleerende, prikkelregulerende, afgrenzings- en anticiperende functies van het ego, de patiënt in staat blijkt zich te houden aan afspraken over alcohol/druggebruik, medicatiegebruik, aanwezigheid, deelname en taken in zijn eigen leefsituatie en in het instituut, kan overgegaan worden tot de volgende stap.

*Stap 3* – Bij de derde stap wordt het behandelprogramma uitgebreid met deelname aan een op het beleven, uiten en herkennen van heftige

emoties gerichte psychotherapiegroep.

Doelstelling. In het merendeel van de literatuur over de behandeling van patiënten met zwakke egofuncties vinden we hoezeer het van belang is dat de psychotherapeutische technieken in de eerste plaats gericht worden op 'het ego in staat stellen heftige angst te verdragen en hiermee om te gaan' (Blanck en Blanck 1974). Bij de derde stap wordt de doelstelling dan ook uitgebreid met wat Greenspan (1981) samenvat als een zodanige versterking van de vertrouwensrelatie (met de behandelaars, de medepatiënten en het instituut als geheel) dat de patiënt de gevoelens, die door de deelname aan een psychotherapie geactiveerd worden, leert verdragen en herkennen, zodat een toename van angst- en frustratietolerantie optreedt. Uit een onderzoek van Marcovitz (1983) naar wat psychiatrisch opgenomen patiënten zelf aangeven over wat hen in de groepstherapie het meest geholpen heeft, komt naar voren dat naast 'uiteindelijk zelf verantwoordelijkheid nemen voor mijn eigen leven', 'catharsis, het uiten van gevoelens' het hoogst staat aangeschreven.

Werkwijze. De werkwijze van de psychotherapiegroep, waaraan bij deze stap deelgenomen gaat worden, onderscheidt zich van de voor een op psychodynamische veranderingen gerichte psychotherapiegroep gebruikelijke werkwijze op de volgende punten:

1. Er wordt gewerkt met een grotere groep. Bion (1959) benadrukte dat er bij deelname aan een groep, naast de overdracht op medegroepsleden en therapeuten, ook sprake is van een overdracht op de groep als geheel. De overdracht op de groep als geheel activeert de primitieve objectrelaties. Kernberg (1976) vult hierop aan dat juist de grootte van de groep hierbij bepalend is. Alleen wanneer meerdere objecten aanwezig zijn in een ongestructureerde relatie kan deze regressie op gang komen en zo gehanteerd en inzichtelijk gemaakt worden, dat dit in dienst van het ego gebruikt kan worden.

2. Activering via uitleg over het proces. Om tegen te gaan dat de veelal heftige, soms panische angsten dat men 'verdwijnt' in de groep te hoog oplopen, is het van belang dat de therapeuten de groepsleden voortdurend actief bij het proces blijven betrekken, uitleg geven over het proces en de ervaringen die men opdoet in een cognitief kader plaatsen.

3. Een gerichtheid op het ervaren van 'the need for bonding' (Casriel 1972), vergelijkbaar met wat Bowlby (1969) de 'attachment'-behoefte noemt, dat wil zeggen: de behoefte aan emotionele en fysieke nabijheid van een ander, als de eerste en meest fundamentele psychobiologische behoefte en drijfveer.

4. Het uiten van emoties door middel van schreeuwen. Als hulpmiddel om emoties te uiten wordt gebruik gemaakt van schreeuwen, het letterlijk uitschreeuwen van angst, pijn, verdriet, woede, plezier. Het schreeuwen mobiliseert tot dan toe onbewuste en veelal zeer overwelddigende angsten, biedt de mogelijkheid deze te uiten en te herkennen.

Bij een volgende stap zal de patiënt uitgenodigd worden de emoties onder woorden te brengen wat ertoe leidt dat angsten bewust worden en onder controle van het ik gebracht worden.

5. Het actief oefenen met een ander zelfbeeld. Jacobson (1983) beschrijft hoe de gevaarsituaties 1) annihilatie van het 'self' 2) objectverlies 3) verlies van de liefde van het object 4) castratie 5) straf van het superego, beantwoord worden met bepaalde self- en objectrepresentaties 1) dat het self intact is 2) dat het object blijft, niet verloren wordt 3) dat het self bemind wordt, niet de liefde van het object verliest, 4) dat het genitale aspect van het self aanwezig is, intact en competent 5) dat het self waardevol is, niet schuldig of slecht. Wanneer men zich middels het uiten en herkennen van angsten, bewust geworden is van waar men bang voor is, kan hierop aangesloten worden met het versterken van een ander self- en objectbeeld. Bij de volgende stappen zal hier verder op ingegaan worden.

6. Het middels emotionele confrontatie doorwerken van overdrachtsfenomenen op de groep als geheel, op medegroepsleden en op de therapeuten. Ook aan dit aspect zal veelal pas bij een volgende stap aandacht besteed worden.

Om te voorkomen dat een dergelijke hoogemotionele groepssituatie wordt tot een onontwarbare kluwen van destructieve interacties, dient door de therapeuten een vrij strakke structuur gehanteerd te worden. De theoretische achtergronden, en de voor deze vorm van groepspsychotherapie specifieke werkwijze en structuur werden onlangs door ons uitvoerig beschreven (Geerlings, De Klerk-Roscam Abbing 1985).

Bij een farmacologische behandeling behoort het tot de standaardprocedure dat de bijwerkingen van een bepaald medicament nagegaan worden, zodat naar aanleiding hiervan zonodig het behandelplan bijgesteld kan worden. Greenspan (1981) wijst erop dat bij de toepassing van psychotherapeutische behandelmethodes dit veelal onvoldoende gebeurt. Zo kan een bepaalde vorm van psychotherapie bij een bepaalde patiënt symptomatische verbetering geven, maar tegelijkertijd 'negative side-effects' in andere gebieden van het persoonlijk functioneren tot gevolg hebben (Greenspan 1981).

Bij het bij deze stap gaan deelnemen aan de cathartische groepspsychotherapie is het dan ook van belang dat de sociotherapeut, de individuele psychotherapeut (psychiater of assistent-psychiater) en de prt/gezinstherapeut het functioneren buiten de psychotherapiebijeenkomsten op eventuele 'side-effects' nagaan, met name gericht op de vraag of er een regressie optreedt in het functioneren.

Blijft de realiteitstoetsing intact, blijft men in staat tot een adequate prikkelregulatie, tot impulscontrole, blijft men zich houden aan de afspraken over alcohol-, drug- en medicatiegebruik, aan de afspraken over taken en verantwoordelijkheden in de kliniek en daarbuiten, neemt het somatiseren toe of af? De individuele psychotherapeut zal, in vergelijking met zijn taak bij de vorige twee stappen, bovendien

meer aandacht besteden aan belevingen en verbanden leggen tussen de veelal gefragmenteerde belevingen in de diverse therapeutische activiteiten en daarbuiten.

De sociotherapie, de arbeidstherapie, de creatieve therapie en de bewegingstherapie blijven gericht op het tegengaan van regressief gedrag.

Evaluatie. Wanneer men in staat blijkt de in de individuele psychotherapie en in de cathartische groepspsychotherapie aangeboden hulpmiddelen om gevoelens te activeren en te uiten adequaat te gebruiken zonder dat men buiten de psychotherapiebijeenkomsten qua gedrag en psychische functies regredieert kan overgegaan worden tot de volgende stap.

*Stap 4* – Bij de vierde stap wordt het behandelprogramma uitgebreid met deelname aan een verbale groepspsychotherapie.

Doelstelling. Greenspan benoemt de vierde stap van het proces als het in de psychotherapie onder woorden leren brengen van emotionele reacties, zodat deze bewust worden en onder controle van het ego gebracht kunnen worden.

Werkwijze. Stone en Gustafson (1982) benadrukken dat de activiteit van de psychotherapeut in de psychotherapie van patiënten met zwakke egofuncties er in de eerste plaats steeds op gericht dient te zijn de patiënt te helpen de eigen individualiteit met een innerlijke continuïteit te ervaren en anderen als van hemzelf en van elkaar onderscheiden individuen te beleven. Duidingen kunnen alleen dan door de patiënt effectief verwerkt worden, wanneer er voldoende differentiatie tussen 'self' en object is opgetreden en er sprake is van een zekere mate van stabiliteit in de egostructuur (Stone en Gustafson 1982).

De individuele psychotherapeut, de groepspsychotherapeut van de cathartische groepspsychotherapie en de groepspsychotherapeut van de verbale groepspsychotherapie zullen er in deze fase dan ook vooral op gericht moeten zijn verbanden te leggen tussen de diverse reacties van de patiënt, uitgedrukt in gedrag, in lichamelijke klachten, in gevoelsbelevingen en deze te relateren aan wat men ervaart in de groep, ten opzichte van de groep als geheel, ten opzichte van de individuele leden van de groep of ten opzichte van de therapeuten en aan wat men buiten de psychotherapiebijeenkomsten in de kliniek en de eigen leefsituatie ervaart. Terwijl men in de cathartische groepspsychotherapie de grootste heftigheid van de emoties kan ontladen, er een begin gemaakt kan worden met het meer zicht krijgen op het verband met lichamelijke reacties en vermijdingsgedrag kan men in de verbale groepspsychotherapie deze verbanden verder uitwerken en relateren aan de hier en nu interacties.

Om deze verbanden te kunnen leggen is het van belang dat de niet-psychotherapeutische behandelaars middels de consequente taak- en activeringsgerichte aanpak, zicht houden op toename van vermij-

dingsreacties buiten de psychotherapiebijeenkomsten, zoals toename van impulsief gedrag (verzuim, alcohol/druggebruik, impulsdoorbraken e.d.), toename van somatiseren, opvallende discrepanties tussen hoe men in de psychotherapie en daarbuiten functioneert (opsplitsen) en andere primitieve afweervormen. In de verschillende vormen van psychotherapie zullen de psychotherapeuten de patiënt actief moeten confronteren met deze vermijdingsreacties, die erop gericht zijn angstige of pijnlijke ervaringen te vermijden. Geleidelijk aan zal het bijeen aantal patiënten mogelijk blijken de afweermechanismes en de angsten voor de afgeweerde impuls ook door middel van de weerstanden in de overdracht te duiden en te relateren aan de vroegere ervaringen.

Evaluatie. Naarmate men leert zichzelf als een apart geheel ten aanzien van anderen en anderen als aparte individuen te ervaren, de angst- en frustratietolerantie is toegenomen, en men in staat blijkt meer emotioneel contact met anderen aan te gaan, kan een zekere mate van gehechtheid optreden. In de praktijk blijkt dat, met name bij ernstig affectief verwaarloosde patiënten, er pas na vier tot zes maanden sprake is van een meer constante band met medegroepsleden en therapeuten. Wanneer dit het geval is, kan overgegaan worden tot de volgende stap.

*Stap 5*—Bij de vijfde stap wordt het behandelprogramma geleidelijk aan verminderd. De sociotherapeutische, taak- en activeringsgerichte onderdelen van het programma zullen in aantal verminderd worden. Men kan gaan deelnemen aan een ontslaggroep, waarin de geleidelijke uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden buiten de kliniek begeleid wordt.

Doelstelling. Middels vermindering van deze programmaonderdelen, kan men geconfronteerd worden met of men datgene wat men in deze programmaonderdelen geleerd heeft, naar de praktijk van het dagelijkse leven kan generaliseren.

Werkwijze. De onderhandelingen met de patiënt over wanneer welke onderdelen van het behandelprogramma verminderd worden vinden op indicatie van het behandelteam plaats met de sociotherapeut. In de psychotherapie zal bij deze stap vooral aandacht besteed moeten worden aan de diverse reacties op het moeten loslaten van de kliniek. Bij het internalisatieproces van het superego treedt onvermijdelijk teleurstelling in de almachtige ander (ouder, therapeut) op. In de praktijk blijkt deze teleurstelling veelal pas bewust te worden wanneer men tot vermindering van het programma overgaat en een ontslagdatum vaststelt. Het verdient daarom aanbeveling de datum van ontslag ruim (bij voorkeur enkele maanden) voor het realiseren van het ontslag vast te stellen, terwijl anderzijds met het vaststellen van een ontslagdatum gewacht moet worden tot er voldoende hechting op gang gekomen is. Wanneer men in staat is de woede en teleurstelling in de behandelaars te beleven en te uiten, zal men zich beter kunnen identificeren met de

algemeen geaccepteerde normen en regels en zich kunnen bezig houden met een realistisch plan voor na het ontslag uit de kliniek.

Evaluatie. Wanneer het de patiënt lukt zonder sociotherapeutische

thematische weergave van het behandelprogramma

	<i>stap1</i> gericht op stabilisatie	<i>stap2</i> gericht op stabilisatie en uitbreiding van mogelijk- heden tot sociaal functioneren	<i>stap3</i> gericht op stabilisatie, uit- breiding van mogelijkheden tot sociaal functioneren en versterking angst- en frustratie- tolerantie	<i>stap4</i> gericht op stabilisatie, uit- breiding van mogelijkheden tot sociaal functioneren, versterking angst- en frustratie- tolerantie en integratie	<i>stap5</i> gericht op generalisatie naar functio- neren buiten de behande- lingssituatie
					x
o therapie				x	(x)
o therapie			x	x	(x)
erapie		x	x	x	
erapie		x	x	x	
e		x	x	x	
e		x	x	x	(x)
	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
erapie	(x)	(x)			
begelei- n	(x)	(x)			
begelei- ver	x	(x)	(x)	(x)	(x)
gesprekken					
er	x	x	x	x	x

taak- en activeringsgerichte begeleiding zijn maatschappelijk en sociaal functioneren te stabiliseren, zal een ambulante voortzetting van de psychotherapie geregeld worden. Wanneer bij vermindering van de sociotherapeutische, taak- en activeringsgerichte begeleiding blijkt dat de patiënt niet in staat is datgene wat in de kliniek geleerd wordt te generaliseren, zal afhankelijk van de mate waarin dit het geval is, een ambulante, semi-murale of intramurale voortzetting van de resocialiserende behandeling voor de patiënt geregeld worden.

In tabel 1 zijn de vijf stappen van het behandelprogramma nog eens schematisch weergegeven.

### Eerste resultaten

Bij de ervaringen die de afgelopen vier jaar met bovenvermelde werkwijze opgedaan werden, valt op dat voor de 'high-severity' patiëntengroep (zoals door Woody e.a. (1984) beschreven) de psychiatrische symptoom- en persoonlijkheidsdiagnostiek bij opname onvoldoende voorspelt of en in welke mate de patiënt baat zal vinden bij de geboden behandelingsvormen. Een aantal patiënten, bij wie bij opname ernstige psychiatrische symptomatologie en persoonlijkheidsstoornissen (volgens de DSM-III criteria) werden gediagnostiseerd, bleek redelijk ver in het proces te komen (Geerlings, De Klerk-Roscam Abbing 1985). Dit proces bleek zich bij de meeste patiënten ook na hun ontslag uit de dagbehandeling te hebben voortgezet, zoals naar voren kwam uit een follow-up studie van een cohort van 22 patiënten dat in de eerste helft van 1981 uit de Dagkliniek ontslagen werd (De Klerk-Roscam Abbing e.a. 1982). Van deze groep werden 19 ex-patiënten (van wie 14 reeds eerder intramuraal psychiatrisch opgenomen waren geweest) bereid gevonden mee te werken aan follow-up interviews. Geen van deze 19 ex-patiënten was na 1½ jaar na beëindiging van de dagbehandeling heropgenomen, terwijl het landelijk gemiddelde van heropnames binnen een jaar na een psychiatrische opname rondom 38,2% ligt (Ten Horn 1982).

Hoewel wij ons realiseren dat deze resultaten ongetwijfeld mede bepaald zijn door het 'geloof' en het enthousiasme van de therapeuten, waar iedere nieuw gestarte kliniek over het algemeen door gekenmerkt wordt, zijn wij toch van mening dat deze resultaten bemoedigend genoemd kunnen worden. Opvallend was dat het merendeel van de geïnterviewde ex-patiënten aangaf met name baat te hebben gehad bij de verschillende vormen van psychotherapie, terwijl volgens de gangbare criteria voor deze patiënten psychotherapie gecontra-indiceerd zou zijn.

### Conclusies

1. De dag- en deeltijdbehandeling van een heterogene groep psychiatri-



sche patiënten vereist individuele, stapsgewijs opgebouwde, flexibele behandelprogramma's, die zoveel mogelijk zijn afgestemd op de individuele behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de afzonderlijke patiënt, uitgevoerd in een setting volgens de organisatieprincipes van continuïteit in zorg.

2. Middels een combinatie van verschillende vormen van psychotherapie, realiteits- en taakgerichte sociotherapeutische begeleiding, activerende therapievormen en intensief contact met de thuissituatie kan een therapeutische regressie in dienst van het ego bewerkstelligd worden.

3. Bij de beschreven doelgroep blijkt in de praktijk, naast de psychiatrische symptoom- en persoonlijkheidsdiagnostiek, ook de evaluatie van het effect van zowel sociotherapeutische, activeringsgerichte als psychotherapeutische interventies (second level diagnostic procedure) nodig voor een meer betrouwbare voorspelling van het verdere verloop van de behandeling.

Dit artikel is een bewerking en uitbreiding van een voordracht gehouden ten behoeve van de studiedag 'Psychotherapie binnen de muren', van de secties psychotherapie en klinische psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, d.d. 9 november 1984 te Delft.

## Literatuur

- Bachrach, L. (1981), Continuity of care for chronic mental patients. A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1449-1456.
- Bale, R.N., V.P. Zarcone, W.W. van Stone, e.a. (1984), Three therapeutic communities, a prospective controlled study of narcotic addiction treatment. Process and two-year follow-up results. *Archives of General Psychiatry*, 41, 185-191.
- Bion, W.R. (1959), *Experiences in groups*. Basic Books, New York.
- Blanck, G., en R. Blanck (1974), *Ego psychology, theory and practice*. Columbia University Press, New York.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. Hogart Press, Londen.
- Casriel, D. (1972), *A scream away from happiness*. Inc. Publ., Grossel and Dunlap, New York.
- Geerlings, P.J., J. de Klerk-Roscam Abbing en H.F.A. Schalken (1983), De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 5, 511-528.
- Geerlings, P.J., en J. de Klerk-Roscam Abbing (1985), Cathartische activerende psychodynamische groepspsychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 1, 1-19.
- Greenspan, S.I., en S.S. Scharfstein (1981), Efficacy of psychotherapy. Asking the right questions. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1213-1219.
- Gudeman, J.E., en M.F. Shore (1984), Beyond deinstitutionalization. A new class of facilities for the mentally ill. *The New England Journal of Medicine*, 311, 13, 832-836.

- Jacobson, J.G. (1983), The structural theory and the representational world. *Psychoanalytic Quarterly*, LII, 514-563.
- Kernberg, O. (1976), *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson, New York.
- Klerk-Roscam Abbing, J. de, e.a. (1982), *Hoe ging het verder. Een follow-up onderzoek*. Intern rapport, Dagkliniek Psychiatrisch Centrum AZUA.
- Marcovitz, R.J., en J.E. Smith (1983), Patients' perceptions of curative factors in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 1, 21-39.
- Rice, A.K. (1969), Individual, group and intergroup processes. *Human Relations*, 22, 565-584.
- Staatssecretaris van WVC (1984), *Nota Geestelijke volksgezondheid*, Leidschendam.
- Stambler, M., en A.Z. Mutter (1981), The institution as family, creating a 'holding environment'. In: *Development and pathology of the self. The psychiatric clinics of North America*. W.B. Saunders Comp., 4, 3, 549-561.
- Stone, W.N., en J.P. Gustafson (1982), Technique in group psychotherapy of narcissistic and borderline patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32, 1, 29-47.
- Ten Horn, S. (1982), Nazorg geeft kopzorg. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 37/12, 1279-1294.
- Verhoeff, J. (1983), *Bijlage bij brief betreffende substitutieproject Assen*. Inspectie extramurale geestelijke gezondheidszorg, Leidschendam.
- Winnicott, D.W. (1965), *The maturational processes and the facilitating environment, studies in the theory of emotional development*. The International Psychoanalytic Library, Hogart Press.
- Woody, G.E. (1984), Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy. The Veterans Administration-Penn study. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1172-1177.
- Ziekenfondsraad (1984), *Intramurale psychiatrische verstrekkingen*. Uitgave van de ziekenfondsraad, nr. 249, Amstelveen.

---

Schrijvers zijn respectievelijk: zenuwarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker Universiteit van Amsterdam en hoofd a.i. van de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam en psychotherapeute en behandelcoördinator van de Dagkliniek van de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam-ZO.