

KLINISCHE PSYCHOTHERAPIE BIJ ANGST-, STEMMINGS- EN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

De Depressiekliniek als poging tot integratie van psychiatrie en psychoanalyse

Mark Kinet

(in: Janzing, C, van den Berg, A, Kruisdijk, F (red) (2003), *Handboek voor Milieutherapie*, deel 2, Van Gorcum: Assen, p 97-117)

1. Inleidende situering

De *Kliniek St-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie*, te Pittem (B) is een middelgroot algemeen psychiatrisch ziekenhuis in het midden van West-Vlaanderen. Jaarlijks gebeuren er ongeveer 1000 opnames (helpt eerste, helpt heropnames) en dagelijks doorlopen ruim 230 patiënten diverse fasen (residentieel, semi-residentieel of semi-semi-residentieel) van hun behandeling binnen één van de vijf therapeutische afdelingen, waaronder de Depressiekliniek.

Het ziekenhuis is opgericht in 1945 en wortelt in tegenstelling tot veel van zijn grotere broers of zusters niet in een asiel-traditie. Van in den beginne was het profiel gekenmerkt door kortdurende en intensieve, aanvankelijk eerder biologisch psychiatrische, sedert de jaren '80 ook en vooral psychotherapeutische werking. Het ziekenhuis heeft een rigoreus doorgedreven *divisionele* structuur. Er heerst een unionistisch federalisme met een sterke federale overheid maar anderzijds ook verregaande autonomie van de deelregeringen (stuurgroepen genoemd). Deze autonomie situeert zich vooral op vlak van opname- en therapeutisch beleid, vorming en bijscholing, personeelszaken. Er is geen opname- of observatieafdeling noch een gesloten afdeling. Er gebeuren geen opnames onder procedure gedwongen behandeling (vroegere *collocatie*). Aan de hand van duidelijk geëxpliciteerde *voordeurcriteria* komen patiënten onmiddellijk in een van de vijf therapeutische milieus terecht met de daaraan inherente milieutherapeutische dynamiek, die voelbaar wordt gemaakt vanaf de eerste dag. Volgens de typering van Janzing en Lansens (1985) vallen deze milieus als volgt te schetsen.

Er is de *Jeugdcliniek* (15-21 jaar), die zich richt tot algemene psychiatrie binnen deze levensfase en die zich kenmerkt door een gemengd supportief en (re)constructief milieu. De psychoanalytische behandelfilosofie is er, aangevuld met systeemtherapeutische inzichten, richtinggevend.

Er is aan de andere kant van het leeftijdsspectrum de *Seniorencliniek* (ouder dan 60 jaar), waar op levensfase-specifieke wijze een voornamelijk supportief milieu wordt opgezet dat zich richt tot algemene psychiatrie met uitzondering van psycho-organische of dementiële stoornissen.

Binnen het segment volwassenen (21-60 jaar) is er de *Ontwenningcliniek*, een overwegend sociaal-therapeutisch milieu voor misbruik van of verslaving aan alcohol, medicatie of gokken en met een goed gestructureerd nazorgprogramma (terugvalpreventie) individueel, in groep of voor/met partners.

Er is de *Revakliniek*, een in ruime mate externe steun en externe structuur biedend supportief milieu met aanhoudende gerichtheid op revalidatie en resocialisatie voor op basis van persoonlijkheid, majeure psychiatrische as I stoornis en/of marginalisatie kwetsbaarder mensen.

Er is tenslotte de *Depressiekliniek*, die in 1991 uit de afdeling Algemene Psychiatrie is gegroeid en waar sindsdien een klinisch psychotherapeutisch (in de enge betekenis van Jongerius en Rylant, 1989) of gemengd supportief-(re)constructief behandelmilieu is uitgebouwd voor angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen. De afdeling heeft een maximale capaciteit van 56 patiënten, waarvan een 20tal in voltijdse dagtherapie komen. Na een korte opnamefase van 1 week komt de patiënt in één van de zes behandelgroepen terecht. In de regel begint de behandeling in 24uurs regime. Al naargelang de evolutie van toestand en psychotherapeutisch proces evolueert de patiënt naar dagbehandeling en wordt finaal ook een verder lopende (veelal ondermeer psychoanalytisch psychotherapeutische) ambulante behandeling of begeleiding opgezet.

Vooraleer uitgebreid stil te staan bij de klinische psychotherapie op de Depressiekliniek wordt eerst nog een bijzonder handelsmerk van het ziekenhuis voorgesteld, namelijk het *Forum voor Persoonsvorming*. Zoals voor de andere afdelingen vertegenwoordigt dit Forum immers op uitgekende wijze een *complementaire aanvulling* van de klinische psychotherapie op de Depressiekliniek. Naast het (psycho)therapeutisch proces dat *convergent* gedragen wordt door het behandelmilieu, het behandelteam, het therapieprogramma van de afdeling volgen alle patiënten ook activiteiten en therapieën in dit Forum voor Persoonsvorming. Ze doen dit samen met patiënten van *andere* afdelingen of (behandel)culturen en geleid door therapeuten/activiteitenbegeleiders van *andere* afdelingen. Ze spelen daarbij doorgaans (ook qua locatie) niet thuis, maar op *verplaatsing*. Deze activiteiten/therapieën hebben eerder een agogisch, persoonsvormend karakter. Ze worden nu eens beschouwd als intramurale buitenhuisactiviteiten, dan weer als mogelijkheid voor cross-culturele ontmoeting. Hoedanook vertegenwoordigen zij een as van *divergentie*, waarvan de mogelijke relevantie onder de laatste rubriek *varia en variaties* wordt toegelicht.

2. Patiënten

Uit de *cijfers* van de tien laatste jaarverslagen blijkt dat op de Depressiekliniek jaarlijks gemiddeld ongeveer 150 patiënten worden opgenomen, zoals op ziekenhuisniveau half om half eerste en heropnames. De verhouding vrouwen/mannen bedraagt ong. 3/2. 75% van de patiënten volgde hoger middelbaar of hoger niet-universitair onderwijs. De *gemiddelde* verblijfsduur (meestal een tweede fase van daghospitalisatie inbegrepen) bedraagt een viertal maanden. Hoewel de meeste patiënten reeds een voorgeschiedenis hebben van psychiatrische behandeling, meldt de helft tot drie kwart zich aan zonder directe betrokkenheid van een professionele verwijzer. Dit is één van de redenen waarom onze afdeling de benaming *Depressiekliniek* heeft gekregen. Dit betekent immers niet dat de afdeling zich uitsluitend zou richten tot depressies in engere (à la DSM) zin. Bij de grote meerderheid van de patiënten zijn wel ondermeer min of meer ernstige depressieve klachten aanwezig, waardoor zichzelf en/of hun verwijzers de weg naar onze afdeling vinden (aanleiding opname : 91% depressieve stemming, minderwaardigheid). Is *een depressie* allengs dan ook niet een veel voorkomende, weinig stigmatiserende en dus sociaal aanvaarde omschrijving geworden voor een veelheid van psychisch lijden?

Heel wat patiënten hebben reeds een uitgebreid parcours langsheen diverse hulpverleners achter de rug. De voorafgaande behandeling was dan ook dikwijls louter oplossings-, symptoom- of syndroomgericht. Zo werden depressieve klachten diagnostisch vaak als *vitaal* of *endogeen* depressief geëtiketteerd. Bij afwezigheid van een aantoonbare en/of voor het zgn. *gezond verstand* begrijpelijke uitlokkende factor was de pathogenese blijkbaar ondoorgrondelijk en werd ze toegeschreven aan een dysfunctioneel brein. Daarop was dan ook steevast, zoal niet uitsluitend de behandeling gericht. Al deze patiënten werden op uitputtende wijze psychofarmacologisch c.q. biologisch psychiatrisch behandeld, ambulante door huisarts en/of psychiater en al dan niet ook d.m.v. kortdurende (2 à 3 weken) opnames in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De onderliggende persoonlijkheidsproblematiek (cfr. ook tabel 1) situeert zich in DSM IV termen dan veelal in cluster B of C van de persoonlijkheidsstoornissen, dit wil zeggen het neurotisch, high-order en core borderline spectrum (cfr. Vermote, 2000).

Tabel 1: Persoonlijkheidsproblematiek DK:
AsII DSMIV

<i>CLUSTER A</i>	
paranoïde persoonlijkheid	-
schizoïde persoonlijkheid	5,5%
schizotypische persoonlijkheid	-
<i>CLUSTER B</i>	
borderline persoonlijkheidsstoornis	58,2%
theatrale persoonlijkheid	34,5%
narcistische persoonlijkheid	12,7%
antisociale persoonlijkheid	1,8%
<i>CLUSTER C</i>	
obsessief/compulsief	1,8%
afhankelijk	1,8%
ontwijkend	-
<i>OVERIGE</i>	
persoonlijkheidsstoornis niet gespec.	0,9%
uitgestelde diagnose op as2	-
geen diagnose op as2	1,8%

Ze had alleszins amper een aangrijpingspunt van de behandeling gevormd. Belangrijkste mogelijke redenen hiervoor zijn tweëerlei. Ofwel werd de persoonlijkheid/het subject van de patiënt geëclipseerd: de patiënt *wordt* (conform het medisch model, cfr. infra) behandeld als een *object* d.m.v. een *voorschrift*. Ofwel trof de persoonlijkheidsstoornis een (psycho)therapeutisch nihilisme en beperkte de hulpverlener zich tot ondersteunende c.q. sociaal-psychiatrische interventies. Uit recent wetenschappelijk onderzoek (bijv. Bateman en Fonagy, 1999, 2000) blijkt nochtans op welhaast spectaculaire wijze de superieure

werkzaamheid van klinische psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen en bij borderlinepatiënten in het bijzonder, ook na langdurige follow-up (idem, 2001).

Hoewel depressieve klachten op de voorgrond staan wordt door het team van de Depressiekliniek de persoonlijkheidsstoornis bij nagenoeg alle de patiënten als *hoofddiagnose* beschouwd (cfr. tabel 2).

Tabel 2: Situering hoofddiagnose Depressiekliniek

<i>persoonlijkheidsstoornissen</i>	<i>93,6%</i>
cluster A	4,5%
cluster B	86,4%
cluster C	2,7%
<i>stemmingsstoornissen</i>	<i>4,5%</i>
depressieve stoornissen	4,5%
<i>stoornis middelen</i>	<i>1,8%</i>

Op As I van de DSM IV (cfr. tabel 3) gaat het bij ruim driekwart om dysthyme stoornissen. Majeure recidiverende depressie, cyclothymie en bipolaire stoornis type II doet zich slechts voor bij een minderheid van de patiënten. Ook de diffuse angststoornis, paniekaanvallen en obsessief-compulsieve stoornissen zijn eerder zeldzaam. Bij ongeveer een kwart van onze patiënten zijn er post traumatische stress stoornissen in engere zin. Een kleine helft van de patiënten heeft anderzijds in de voorgeschiedenis incidenteel (veelal seksueel) trauma doorgemaakt. In het kader hiervan treden nu en dan ook diverse dissociatieve stoornissen op. Zelden is een kortdurende reactieve psychose of een zgn. hysterische psychose aanleiding tot opname.

Tabel 3: Klinische stoornissen Depressiekliniek AsI DSMIV

<i>dysthyme stoornissen</i>	<i>78,2%</i>
<i>angststoornissen</i>	<i>28,2%</i>
posttraumatische stressstoornis	24,5%
gegeneraliseerde angststoornis	2,7%
paniekstoornis en obsessief-compulsieve stoornis	0,9%
<i>stoornis middelen</i>	<i>6,4%</i>
<i>majeure recidiverende depressie, cyclothymie en bipolaire stoornis typeII</i>	<i>4,5%</i>
<i>korte psychotische stoornissen</i>	<i>1,8%</i>
<i>eetstoornis</i>	<i>0,9%</i>

Naast de mensen die bij ons terechtkomen o.w.v. veelal zgn. *therapieresistente* as I stoornissen wordt een ander groot gedeelte van onze patiënten verwezen o.w.v. divers acting-out gedrag (impulscontrolestoornissen, episodisch middelenmisbruik, fugues, zelfmoordpogingen, automutilatie e.d.) en/of o.w.v. aanslepend psychosociaal dysfunctioneren (cfr. tabel 4).

Tabel 4: Verwijzingen o.w.v acting-out gedrag (Problem Appraisal Scale MPG)

<i>zelfmoordgedachten</i>	21,4%
<i>auto-agressieve dreiging</i>	3,9%
<i>auto-agressieve daden</i>	5,8%
<i>vijandig, gespannen, negativisme</i>	36,9%
<i>episodisch middelengebruik</i>	
<i>alcohol</i>	12,6%
<i>medicatie</i>	10,7%

Hier staan de persoonlijkheidsstoornissen macroscopisch en manifest op de voorgrond. Zij situeren zich dan ook in het high-order, core (cluster B) of zeldzamer low-order borderline persoonlijkheidsspectrum (cfr. nogmaals tabel 1).

Het maligne narcisme (Kernberg, 1984), de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de psychotische persoonlijkheidsorganisatie (Kernberg) of psychotische structuur (Lacan), schizofreniforme psychosen alsmede intellectuele zwakbegaaftheid, psycho-organische syndromen en verslavingsproblemen vormen voor onze afdeling *uitsluitingscriteria*. Zo zij toch op onze afdeling terechtkomen (bijv. n.a.v. crisissituatie) worden zij na het opnameteam doorverwezen binnen of buiten het ziekenhuis.

Uit het voorgaande moge blijken dat de klinische psychotherapie op de Depressiekliniek zich hoe dan ook richt tot een brede waaier van psychopathologie. Aan de werking ligt noodzakelijkerwijze een grote spanningsverhouding tussen psychiatrische en psychoanalytische uitgangspunten ten grondslag.

3. Grondbeginselen

Zoals gezegd is de Depressiekliniek ontstaan uit de omvorming van een vroegere afdeling Algemene Psychiatrie. Inspirerend waren de publicaties van Janzing en Lanssen (1985) en Jongerius en Rylant (1989) alsook eigen opleidingservaring binnen de klinisch psychoanalytische afdelingen in het U.C. St-Jozef te Kortenberg (cfr. Vermote en Vansina-Cobbaert, 1998).

Het uitgangspunt was daarbij niet zozeer: welke patiënten komen in aanmerking voor onze klinisch psychotherapeutische manier van werken, met andere woorden wie *past* bij ons? Veeleer was en is de vraag *hoe* wij onze klinische psychotherapie dienden op te zetten

teneinde patiënten met een zo grote variatie aan psychopathologie als hierboven beschreven psychotherapeutisch en psychoanalytisch aan het werk te krijgen. Bindend en richtinggevend principe zijn daarbij niet zozeer de klinisch psychotherapeutische *methoden* en *techniek*. Het integrerend principe is daarentegen de geheel eigen, want op subjectwording afgestemde psychoanalytische *ethiek* (cfr. bijvoorbeeld Moyaert, 1994 en De Kesel, 2002 of ook infra). Wij beogen bij onze patiënten dan niet louter symptomatische verbetering of syndromale opklaring. Ook en vooral wensen wij door middel van *constructieve psychotherapie* ontwikkelings-hulp te bieden in zoverre de psychopathologie eerder kadert in een *defect*-model (bijv. bij borderline en trauma patiënten). *Holding* (Winnicott), *containment* (Bion) en *attunement* (Stern) lijken ons in deze gevallen essentiële elementen die moeten bijdragen tot *mentaliseratie*, reflectief functioneren en symbolisatie enerzijds, zelf- en objectconstantie en *integratie* anderzijds. Verhaeghe (2002) spreekt in dit verband van *subjectamplificatie*. Bij psychopathologie die meer beantwoordt aan het *conflict*-model was en is het onze betrachting door *re-constructieve psychotherapie doorleefd inzicht* te bieden in de psychogenese en psychodynamiek van het psychisch lijden/dysfunctioneren en uiteindelijk ook bewuste en persoonlijke *ethische keuzes* (wat betekent het *voor mij* man, vrouw, vader, moeder enz. te zijn) mogelijk te maken. We proberen deze patiënten veeleer te brengen tot de positie van het *maximale verschil*. Ten aanzien van liefde en seksualiteit, wet en autoriteit, tekort en dood, zaken waarvoor er behalve het geen evangelie bestaat moeten patiënten een *eigen* antwoord zien (uit) te vinden. Lacaniaans gesteld dienen ze in een *authentieke* verhouding tot hun Ding komen te staan (zie hiervoor uitgebreid bijv. De Kesel, 2002 of Kinet, 2002a, b en c). Hoe paradoxaal ook is dit een project dat zich dan in zekere zin richt *tegen de aanpassing* (Van Haute, 2000).

De vaak ernstige en complexe psychopathologie wordt in beide gevallen opgevat als product van de (ook vroegkinderlijke) levensgeschiedenis en aangepakt door het ont-dekkend bewerken van overdrachtsrelaties tussen patiënten onderling en tussen patiënten en teamleden. Gedreven door de waarheidsliefde (het Verlangen-van-de-Analyticus eigen) wordt aldus bij de meest uiteenlopende patiënten voorbij het psychiatrisch-psychotherapeutisch optreden een *psychoanalytisch proces* tot stand gebracht, dat zich veelal zal uitstrekken tot een heel eind na de klinische behandeling.

Bij dit alles maken we een uitdrukkelijk onderscheid tussen een *psychiatrische* en een *psychoanalytische* benadering van het *symptoom*.

Psychiatrie vs. psychoanalyse

Psychiatrie is een subspecialisme van de geneeskunde. Geneeskunde is een *toegepaste natuurwetenschap*. Zij wil haar proefondervindelijk opgedane kennis over de natuur toepassen om de nood van mensen te lenigen, het lijden te verzachten, de ziekten te genezen. Zij gaat daarbij op zoek naar *objectief* vaststelbare feiten want op een juiste inschatting hiervan berust volgens haar het succes van de behandeling. Dit is alles zeer waardevol en wie bejubelt niet de hoogtechnologische ontwikkelingen en verworvenheden van de geneeskunde? Toch impliceert dit alles een risico.

Medisch-psychiatrisch bekeken is de klacht/het symptoom een teken van *ziekte*. De psychiater heeft als geneesheer niet zozeer aandacht voor het *particuliere* in de patiënt maar voor wat in die patiënt verwijst naar een *algemeenheid*: een syndroom, een ziekte die een plaats heeft in de op dat moment geldende (want aan modegrillen onderhevige, cfr. wisselende rubrieken in de DSM met bijv. in het niets verdwijnen van de neurose) taxonomie, in de geneeskunde nosologie genoemd. Nosologie die moet toelaten de mensheid op te delen in *wij* de normalen

en *zij* de abnormalen. De taak van de geneesheer-psychiater is dan zich op verantwoorde en verantwoordelijke wijze over de patiënt ontfermen: met deskundige kennis van zaken verplicht en onmiddellijk bijstand verlenen en dit volgens het paradigma van een *materiële act*. Geen woorden maar daden en zonder dralen. Het symptoom moet weg, de dader betrapt, het euvel gelocaliseerd, de rotte plek weggesneden. Kortom het ziekteken moet weg en liefst *cito, tuto et iucunde*: snel, op betrouwbare wijze en met minimale hinder voor de patiënt.

Sinds Sydenham huldigt de geneeskunde dit ziektebegrip. Er zouden ziektesoorten bestaan, zoals er planten- en diersoorten bestaan. Lange tijd heeft de geneeskunde nochtans een heel andere zienswijze gehuldigd, nl. deze van Hippocrates, waarbij ziekte beschouwd werd als een tot symptomen aanleiding gevende dysharmonie van basale krachten. Dit sluit meer aan bij een psychoanalytische benaderingswijze (en een psychodynamische farmacotherapie, cfr. infra).

Hier wordt de patiënt niet louter gezien als een object dat drager is van klachten en symptomen, ziektekenen genaamd en waarover men een als objectief geldend weten zou kunnen ontwikkelen.

Hij is geen kapot object/lijdend voorwerp dat behandeld *wordt* onder de verantwoordelijkheid van de arts. De arts die hiertoe de autoriteit ontleent aan zijn weten-schappelijkheid en die de patiënt opdraagt of *voorschrijft* dat medicijn te nemen of zich zo wel en zo niet te gedragen *voor zijn gezondheid*. In die optiek is de ideale patiënt *nota bene* een patiënt die *niet spreekt*, die zich (en al zijn lichaamsopeningen) gewillig leent voor het technisch onderzoek en elk voorschrift zonder mopperen slikt.

Neen, door zich zo veel mogelijk te onthouden van een voorschrift of een materiële act, door welwillende neutraliteit en door het opschorten van zijn *weten* kan een ruimte ontstaan waarin de particuliere *waarheid* van de patiënt tot *uiting* kan komen. Het is een diepe, subjectieve waarheid die de zich herhalende patronen van zijn leven stuurt en zijn bestaan beknot.

Het symptoom is dan helemaal iets anders dan een ziekteken dat zo snel mogelijk moet verwijderd worden. Het is een *onwillekeurig* verschijnsel, waarvan de patiënt noch de *oorzaak*, noch de *betekenis*, noch de *herhaling* beheerst. Het is bovendien vaak een betekenisvolle en creatieve poging met ondraaglijks psychische inhouden om te gaan en is in die zin een poging tot *zelfgenezing*. Het symptoom is dan niet alleen een plaats van *lijden*, maar levert ook een zekere winst op, primair en secundair. Het is bovendien voor het Onbewuste ook een plaats van *genot*. Allerlei verschijnselen kunnen een symptoom zijn. Niet alleen hoofdpijn, depressie of frigiditeit. Ook de wens mooi te zijn, een bepaalde partnerkeuze, het telkens opnieuw uitlokken van verwerping of straf.

Terwijl de psychiatrie het symptoom *bekijkt* (kliniek van de *blik*, cfr. medische beeldvorming, observatie, het imaginaire) als een ziekteken, *beluistert* (kliniek van het *oor*, cfr. de oorzaak, het talige) de psychoanalyse het symptoom als een betekenisvol verhaalelement. De psychoanalyse gaat er volgens het principe *de patiënt heeft altijd gelijk* van uit dat symptomen en klachten zin en betekenis hebben. Ze zijn gebaseerd op de psychische realiteit van de patiënt en hebben bestaansrecht. Essentieel gaat het hem om het Onbewuste. Dit Onbewuste is actief en driftmatig. Het draagt in zich het Weten van de herhaling en het kan op diverse wijzen aan bod komen (vooropgesteld het Lacaniaanse motto dat het Onbewuste alleen bestaat voor wie er naar luistert). Eén van de toegangswegen tot het Onbewuste opent zich middels de *regel* van de vrije associatie, zijnde het spreken van de patiënt wanneer hij niet meer weet wat hij zegt en bij wijze van spreken zijn mond voorbij praat. Ook onze klinische psychotherapie is immers een *talking cure*, gecentreerd als zij is rond het al onder-vindende spreken en het al sprekende onder-vinden. Dit is het moeilijke werk (cfr. de analytisch *arbeid*) dat steeds weer aan de patiënt wordt opgelegd.

Andere mogelijke ingangspoorten zijn de *spontane* producten van het Onbewuste, zoals de droom, de verspreking en (binnen de klinische psychotherapie van buitengewoon belang) de overdracht en het ageren (enactment en acting-out), zoals ze tot uitdrukking komen in de total transference situation (Joseph, 1985), in onderhavig geval: het gehele klinisch psychotherapeutische milieu.

In wezen fungeert het psychoanalytisch gedachtegoed (gecentreerd rond de vijf groten: Freud, Klein, Lacan, Bion en Winnicott) binnen de Depressiekliniek dan in de eerste plaats door haar *ethiek* (cfr. Lacan, 1986, o.a. becommentarieerd door Moyaert, 1994 en De Kesel, 2002) en haar *epistemologie* als fundament, niet zozeer o.w.v. haar *methode* of *techniek*.

In deze benaderingswijze is de hulpverlener voor de patiënt een *verondersteld-wetend-subject*. De hulpverlener schort evenwel zijn weten op zodat de therapie voor de patiënt een scheppende act kan worden. De hulpverlener houdt zijn *docta* achter zijn *ignorantia* verborgen en helpt de patiënt op zoek gaan naar de waarheid omtrent zijn (ook door hemzelf) *onbegrepen* psychisch lijden. Bovendien verzaakt hij aan de therapeutische hoogmoed door zich niét te vereenzelvigen met de overdracht van de patiënt. Hij verzaakt aan de verleiding de God te zijn, waarvan gezegd wordt ‘En Hij schiep de mens naar zijn gelijkenis’.

De patiënt is dan niet louter een *object*, een lijdend voorwerp dat *wordt* behandeld door het *weten* en het *voorschrift* van de geneesheer. De patiënt is ook en vooral een *subject* dat in zijn verdeeldheid bewust/onbewust, kwaliteiten en gebreken, liefde en haat, willen-weten en niet-willen-weten enz. dient gehoord en erkend te worden en dat we proberen te helpen ten volle de verantwoordelijkheid voor zijn moeilijkheden op zich te nemen. Ongeacht zijn psychopathologie is hij een *verondersteld-verlangend-subject*.

Psychotherapie vs. farmacotherapie

Dit alles belet niet dat er binnen onze setting wordt gebruik gemaakt van het *ganse arsenaal* de psychiatrie en de psychotherapie eigen : farmacotherapie, psychotherapie, gedragstherapie, gezinstherapie enz. Dit echter op zodanige wijze dat middelen en methoden op coherente en convergente wijze zijn afgestemd op het hierboven beschreven doel. Met name de farmacotherapie kan in deze optiek beschouwd worden als iets dat een ruimer therapeutisch gebeuren omkadert. Het woord *kader* te begrijpen als ‘datgene wat de voorwaarden vastlegt waarbinnen psychotherapie mogelijk en werkzaam kan zijn’ (Pierloot en Thiel, 1986, p. 4). En dit dan in tegenstelling tot een farmacotherapie die gezien wordt als een *passe-partout*: een sleutel die op alle slotjes past.

Sinds 1938 met de electroconvulsieve therapie, 1940 met fenythoïne, lithium als stemmingsstabilisator in 1949, de eerste antipsychotica en tricyclische antidepressiva in de jaren ‘50 en het eerste benzodiazepine (chloordiazepoxide) als kalmeermiddel in 1960 heeft de biologisch psychiatrische behandeling een vaste en onmisbare plaats in de psychiatrische praktijk verworven.

Meer in het bijzonder voor de zgn. majeure psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen en cyclothymie, recidiverende ernstige depressies betekenden deze aanwinsten een ware doorbraak. Een oordeelkundig gebruik van psychofarmaca volgens *evidence based medicine* is dan ook een absolute must geworden voor elk rechtgeaard psychiater.

Op de Depressiekliniek is de farmacotherapie in eerste instantie gericht op de as I stoornis. Geprobeerd wordt het voorschrijfgedrag zo eenvoudig en eenduidig mogelijk te houden, waarbij het *farmacon* zoveel mogelijk *ten dienste van het woord* kan komen te staan en niet het woord ten dienste van het farmacon. Dit medicatiebeleid blijft in de regel ongewijzigd,

tenzij die eerder uitzonderlijke gevallen waar bijsturing zich opdringt. Dit gebeurt dan principieel alleen binnen de teamvergadering teneinde zich in veranderend voorschrijfgedrag manifesterend tegenoverdrachtelijk re-ageren tot het strikte minimum te beperken. We kunnen dit *klassieke psychiatrische farmacotherapie* noemen en zij is bij majeure psychiatrische stoornissen altijd een *conditio sine qua non* voor verdere klinische of ambulante psychotherapie.

Voor dysthyme, angst- of andere neurotische symptomatologie zal het al dan niet invaliderend karakter en/of de lijdensdruk die met de symptomen gepaard gaat het voorschrijfgedrag bepalen. Immers, wanneer deze symptomen een te groot volume hebben kunnen ze door de patiënt niet langer als *betekenaar* worden beschouwd en verliezen ze hun *indicatieve waarde* in het psychotherapeutisch proces. Farmacotherapie is in die optiek soms een noodzakelijk en veelal tijdelijk *adjuvans* voor psychotherapie.

Met name bij de persoonlijkheidsstoornissen kan de psychopathologie zodanig *disruptief* zijn (denken we aan fugues, auto- of allo-agressieve acting-out) dat de totstandkoming of het behoud van een therapeutische alliantie wordt onmogelijk gemaakt. In dat geval kan medicatievoorschrift deel uitmaken van pogingen tot *limit-setting*, waarbij naast gedragsregulerende maatregelen ook de farmacotherapie met de patiënt wordt onderhandeld en waarbij naast de nood aan toezicht ook de nood aan medicatie als parameter kan fungeren voor de therapeutische evolutie.

In beide laatste gevallen zouden we van *psychodynamische farmacotherapie* kunnen spreken. De psychofarmaca richten zich niet op een ziektebeeld, maar worden benut om in te spelen op dysharmonische psychische functies of krachten. Dit sluit aan bij de opvattingen van de Hongaarse analyticus Leopold Szondi (zie bijv. Schotte, 1990 en Van Coillie, 2000), waarbij de patiënt wordt opgevat als een conglomeraat van vectoren en driften. Zo worden bijvoorbeeld het contact, de paroxysmaliteit, de stemming, de drift, de realiteitstoetsing enz. aan de hand van psychofarmaca in hun diverse subprofielen gemoduleerd.

Deze meer psychodynamische farmacotherapie kan bij uitstek op afgewogen wijze gerealiseerd worden binnen een *residentiële* psychoanalytisch psychotherapeutische behandeling. Het profiel van de Depressiekliniek, dat zich kenmerkt door de alomtegenwoordigheid van complexe psychopathologie waarbij er een naast elkaar bestaan is van psychiatrische stoornissen in engere zin en van meer neurotische of persoonlijkheidsstoornissen, *vereist* een rationele farmacotherapie. Deze dient gestoeld te zijn op actuele biologisch psychiatrische inzichten in het geval van psychiatrische farmacotherapie en op een doordachte en weloverwogen psychotherapeutische strategie in het geval van psychodynamische farmacotherapie. Zo hoort ze bijv. niet te worden ingegeven door de drang tot onmiddellijke eliminatie van onlust- of onmachtsgedrag, noch vanwege de patiënt, noch vanwege de hulpverlener.

4. Psychodiagnostiek en psychopathologie

De indeling van persoonlijkheidsstoornissen van bijv. Vermote (2000) of van Ingenhoven, Abraham en Hartman (2000) uit deel 1 van het Handboek voor Milieutherapie evenals de in hun bijdrage beschreven samenhang tussen kernprobleem en ontwikkelingsprofiel (tabel 2 ibidem) is zondermeer *common ground*. Desalniettemin worden enkele eigen accenten gepreciseerd.

Psychodiagnostiek

Zoals gezegd wordt de patiënt rechtstreeks (weliswaar meestal na poliklinische intake) op de Depressiekliniek opgenomen. De opnamefase duurt één week. Tijdens die eerste week gebeurt een wederzijdse kennismaking tussen patiënt en teamleden, krijgt de patiënt een voorproef van de verschillende activiteiten en therapieën, wordt getracht in veiligheid en vertrouwen de basis voor een werrelatie te leggen.

Er gebeurt routinematig een somatisch onderzoek. Als consulent zijn een huisarts, een neuroloog-neurofysioloog en een geneesheer-internist aan het ziekenhuis verbonden.

Als projectief test-onderzoek wordt psychodiagnostisch een leven-als-dier afgenomen. De expressief therapeut laat de patiënt bovendien een collage maken over zichzelf, zijn leven en zijn problemen. In het bijzonder heeft een grondig explorerend gesprek plaats met de beleidspsychiaters en de afdelingspsychologen. Bedoeling is uiteraard een zo genuanceerd mogelijke diagnose te stellen, zowel op syndromaal als op persoonlijkheidsvlak. Deze is mede bepalend voor de farmacotherapie waarvan meteen na het opnameteam op strategische wijze de grote bakens worden uitgezet. Doorgaans komt dit neer op principiële beslissingen m.b.t. de opportuniteit van antidepressiva, stemmingsstabilisatoren of antipsychotica. Beschouwingen over het relatief gewicht van diverse *pathogenetische* factoren zijn hierbij doorslaggevend.

In het opnameteam worden verder grotendeels in de stijl van een psychoanalytische casusbespreking alle gegevens bij elkaar gelegd. Van bijzonder belang is een gedetailleerde biografische anamnese. Het gehele team heeft daarbij onderhand een neus ontwikkeld voor wat zich in de levensgeschiedenis en/of in het overdrachts/tegenoverdrachtscontinuum herhaalt. Voor een beter begrip van deze herhalingen wordt geput uit een overvloed van theoretische referentiekaders en perspectieven, teneinde de particulariteit van elke patiënt maximaal tot zijn recht te laten komen. Is dat immers ook niet wat door de overheid wordt bedoeld met *behandeling op maat*? De volgende achtergronden komen systematisch aan bod bij het in kaart brengen van de psychopathologie:

- de klassieke Freudiaanse gezichtspunten primeren (topisch, structureel, genetisch, economisch, adaptief). Met name gaat heel wat aandacht naar de beoordeling van de driftontwikkeling
- Ego-psychologisch: afweermechanismen, realiteitstoetsing, specifieke ik-sterkte
- Ontwikkelingsprofiel en de kernproblemen van Abraham (cfr. supra)
- Ontwikkelingspsychologisch: de positie m.b.t. individuatie-separatie, zelf- en objectconstantie (Mahler) en hierbij nauw aansluitend:
- Kleiniaans (cfr. Kinet, 1996): de schizoid-paranoïde vs depressieve positie, d.w.z. de kaap van de integratie. Beoordeling van hypomane defensie
- Structurele diagnostiek volgens Kernberg : neurose, borderline, psychose en de verfijning ervan door bijv. Vermote (2000)
- Structurele diagnostiek volgens Lacan : neurose, psychose, perversie. Dit alles aangevuld met de recente inzichten van
- Verhaeghe (2002) over het continuum actueelpathologie vs. psychopathologie en van
- Fonagy en medewerkers over mentalisatie en reflectieve functioning.

Eerder uitzonderlijk wordt verwezen naar gehechtheidsstijlen (Main) of naar inzichten uit de Zelfpsychologie (Kohut) en dit laatste dan slechts voor bepaalde narcistische stoornissen. Eveneens uitzonderlijk gebeurt bijkomend projectief psychodiagnostisch onderzoek: de Rorschach-test vooral ter uitsluiting van psychose, de Szondi-test vooral ter bijkomende

staving van perversie en/of ter stoffering van psychodynamische farmacotherapie (contact, paroxysmaliteit,...)

Na het opnameteam worden dan *strategische* keuzes gemaakt. Wat is onze tijdsbegroting qua 24uurs en dagbehandeling?. Welke behandelbehoeften vallen te voorzien na de (semi)residentiële fase van het psychotherapeutisch proces? Wat zijn de farmacotherapeutische krijtlijnen? Zijn bijkomende ingrepen (bijv. gedrags- of partnerrelatietherapie) geïndiceerd? En *last but not least* aan welke van de zes behandelgroepen wordt de patiënt toegewezen? We keren hier later op terug. Eerst nog een en ander over de

Psychopathologie

Zoals hierboven bleek situeren de persoonlijkheidsstoornissen op de Depressiekliniek zich grotendeels in het spectrum van de borderline persoonlijkheidsstoornissen (cluster B). Behandeling komt dan ten dele neer op het alsnog op gang brengen van ontwikkeling en groei in een nog niet volledig of gebrekkig tot stand gekomen psychisme: *constructieve* psychotherapie.

Psychopathologie wordt hoofdzakelijk gekenmerkt door stoornissen in zelf-object differentiatie, zelf- en objectconstantie, tekenen van Ik-zwakte, gebrekkig integratief vermogen of in recentere terminologie door problematische *gehechtheidspatronen* c.q. stoornissen of tekortkomingen in *reflective functioning* of *mentaliseratie* (Fonagy en Target, 1997) Hoe dan ook wordt deze psychopathologie geacht te wortelen in de allervroegste tot zelfs de pre- of infraverbale ontwikkeling van het in-fans.

Uit recent neurobiologisch en geheugenonderzoek blijkt dat er twee duidelijk van elkaar te onderscheiden geheugentypes en circuits bestaan. Er is aan de ene kant het *expliciet, declaratief* of autobiografisch geheugen. Het ligt opgeslagen ter hoogte van hippocampus en temporale kwabben. Aan de andere kant is er het *impliciet, proceduraal* geheugen dat zich situeert in de subcorticale gebieden zoals basale ganglia, cerebellum en amygdala (Damasio, 1994 en Ledoux, 1996).

Onze allervroegste en voor de overdracht en voor interpersoonlijke moeilijkheden meest doorslaggevende preverbale ervaringen zouden nu juist hun neerslag in dit procedurele geheugen vinden. Een en ander biedt een concretere invulling van de archaische processen van introjectie en projectie die in het werk van Melanie Klein (cfr. Kinet, 1996) worden beschreven.

Volgens de cognitieve wetenschapper Wilma Bucci (1997) vormen zich naar aanleiding van herhaalde episodes met een gelijkaardige affectiviteit en betrokkenheid tussen zelf en anderen *prototypische* beelden in onze psyche. Dit roept op zijn beurt reminiscenties op aan de theorieën van Otto Kernberg (1976) over de microscenariò's, de *self-other-affect triangles* die hun beslissende stempel drukken op overdrachten binnen en buiten het analytisch proces.

Wilma Bucci sluit zich aan bij Daniel Stern wanneer zij het belang van *affect attunement* vooropstelt. Als en slechts als er zich *affect attunement* voordoet komt een betekenisverlenend proces tot stand. Het verbale en het symbolische kunnen dan worden gekoppeld aan het subsymbolische. Het is anders gezegd in de *holding-molding* tussen moeder en kind, in het spel van ritme, imitatie, klanknabootsing enz, m.a.w. dat typisch poëtische en muzische register waarmee de transitionele ruimte wordt opengetrokken dat een *moment of meeting* (Stern, 1985) kan ontstaan. Psychische verandering zou slechts mogelijk zijn door zulke *ervaringen* (cfr. meer uitgebreid bijv. Kinet, 2003a,b).

Dat dergelijke emotionele momenten *noodzakelijke* voorwaarden zijn, betekent daarom niet dat zij *voldoende* voorwaarde zijn voor verandering. Zo stelde Bion (1970): *attention and interpretation*.

Belangrijkst in psychotherapie en bij borderline pathologie in het bijzonder is een mentaliserende houding waardoor de patiënt zich kan vinden in de geest van de therapeut en dit beeld kan integreren in zichzelf. Zo iets als : hij of zij denkt over mij als een denker en daarom besta ik als denker. James Grotstein (1981) spreekt over *the thinking and the dreaming couple*. Gaston Cluckers vertolkte in dit verband de stem van het kind/de patiënt op een studiedag van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie over mentalisatie aldus: *elle pense, donc je suis*.

Constructieve psychotherapie valt gezien het voorgaande te begrijpen als de *creatie* in de *overdracht* van een *ervaring* die *congruent* is met de *innerlijke patronen/scenario's* van *objectrelaties*. Mits de nodige mentalisatie voltrekt verandering zich dan eerder via het proceduraal dan via het autobiografisch geheugen. Niet zozeer wat de patiënt *verklaart* maar hoe hij *is* in de overdracht levert informatie over zijn psychische realiteit. Slechts op die manier kunnen we toegang krijgen tot die allervroegste kindertijd. Het is een tijd waarin we niet zozeer bewust beleefden en dan verdrongen. Het was eerder een (oer)tijd waarin we (in min of meerdere mate door een stimulusbarrière, een container, een *moi-peau* of een *arrière-mère* beschermd) waren overgeleverd aan het structureel (de drift) en/of het incidenteel (bijv. misbruik) trauma. Het is volgens Verhaeghe (1997 en 2002) dan ook in *deze* context dat de *pathogenese* van de aan *actuaalpathologie* grenzende borderline persoonlijkheidsstoornis te zoeken is. In zijn terminologie is de voornaamste therapeutische opdracht dan niet de 'klassieke' deconstructie, maar *subjectamplificatie*.

5. Milieutherapie

Qua algemene uitgangspunten en richtlijnen kunnen we volstaan te verwijzen naar de bijdrage over persoonlijkheidsstoornissen uit deel 1 van het handboek (Ingenhoven e.a., 2000) In een notendop volgen enkele aanvullende gedachten.

Op de Depressiekliniek zijn alle activiteiten en therapieën alsook alle ontmoetingen tussen patiënten onderling en tussen patiënten en teamleden samenhangend afgestemd op één gemeenschappelijk doel. Dit doel is het helpen tot stand brengen, bevorderen en ontwikkelen van een *psychoanalytisch proces*. Het gaat hier per definitie om een werk van lange adem en het is dan ook onze betrachting de mate van externe steun en externe structuur (het residentieel of semiresidentieel kader) af te stemmen op de *evoluerende behandelbehoeften* van onze patiënten. Nagenoeg alle patiënten gaan binnen eenzelfde behandelgroep over van een eerste fase 24uurs behandeling naar dagtherapie. Voor de *timing* van deze overgang laten we ons in eerste instantie leiden door *twee criteria*: de evolutie van het functioneren en de voortgang van het analytisch proces.

Indicatief voor het eerste zijn o.a. al dan niet actieve deelname aan therapieën, de nood aan toezicht en psychofarmaca, het zich kunnen houden aan regels of afspraken. Indicatief voor het tweede zijn o.a. vermogen tot mentalisatie en symbolisatie, het al dan niet op een spoor zitten, herhalingspatronen (h)erkennen, de sprong in de vrije associatie riskeren, rond diverse producten van het Onbewuste kunnen reflecteren enz.

Van in den beginne wordt bovendien de *waarschijnlijke noodzaak* van verdere *ambulante psychotherapie* vooropgesteld. Deze wordt ofwel op de polikliniek van ons ziekenhuis (individueel of in groep) ofwel door nauw met ons samen werkende ambulante psychoanalytisch therapeuten in individuele setting aangeboden.

Het feit dat zich binnen ons klinisch psychotherapeutisch milieu gaandeweg de gehele innerlijke en psychische werkelijkheid ontvouwt en dat zich aldus het (vroeg)kinderlijke reproduceert *in vivo* maakt uiteraard de slagkracht uit van residentieel psychoanalytisch werk. Het *ageren*, dat ambulante werk zou bemoeilijken, zou niet onmogelijk maken is in klinische psychotherapie *the stuff that our work is made off*. Het kan vaak een unieke toegangsweg openen tot het domein van de Oerverdringing. Het voorziet ons dan van *circumstantial evidence* om de prehistorie van voor de taalontwikkeling te kunnen (re)construeren. Ook diverse traumatische constellaties kunnen aldus door *enactment* op de scène komen en beschikbaar worden voor analytische exploratie (cfr. supra).

We vergelijken het milieu dan met een *holding environment*, een soort beschutte werkplaats die voldoende warmte en veiligheid moet bieden. Slechts dan kan de patiënt zich bloot geven, zijn habituele verdedigingsmechanismen enigszins loslaten en op zoek te gaan naar een andere en betere *plooi*. De aan psychotherapie inherente *ontregeling* en *transformatie* is immers zonder voldoende warmte en veiligheid onmogelijk.

Het therapeutisch programma wordt aangeboden als (nagenoeg voltijds) *werk* en is daardoor zowel *structuurbiedend* als intrinsiek *anti-regressief*. We gaan er van uit dat het de overdracht en de weerstand zal zijn t.g.o. dit werk die het subject in zijn particulariteit en zijn psychopathologie zal doen oplichten. Telkens opnieuw wordt de patiënten werk gegeven en wordt reflectief stilgestaan bij de moeilijkheden, angsten of weerstanden die ze daarbij ervaren.

In de samenstelling van het therapeutisch menu wordt gewaakt over *evenwicht* tussen *regressie* (ten dienste van het Ik) bevorderende en *progressie* bevorderende ingrediënten, productgerichte en belevingsgerichte. Er zijn talrijke momenten om zijn boekje open te doen maar evenzeer voldoende om het weer even te sluiten.

Het gehele behandelmilieu wemelt van *regels, grenzen en wetten*. Agerende overschrijdingen zijn (gezien de aard van de psychopathologie van onze patiënten) uiteraard legio. In eerste instantie worden ze aanhoord en aangeboord als een *schatkamer* van informatie uit het Onbewuste. Slechts bij onvoldoende resultaat van herhaalde bespreking worden hieromtrent maatregelen (*limit-setting*) genomen.

Belangrijke basisattitudes binnen het team zijn *holding* (Winnicott, 1958), *containment* (Bion, 1962) en *affect attunement* (Stern, 1985). Het zijn in belangrijke mate overlappende ingrediënten van *good-enough mothering* (cfr. voor dit alles bijv. Vliegen en Cluckers, 2001). Onder *holding* verstaan we het bieden van voorspelbaarheid, betrouwbaarheid, standvastigheid en duidelijk houvast in goede en kwade dagen. Onder *containment* verstaan we het zich emotioneel afstemmen op de vaak ondraaglijke mentale inhouden van de patiënten, deze trachten te bevatten en in moedertaal terug te bezorgen, waardoor contact en communicatie, maar ook mentalisatie en symbolisatie worden bevorderd. Onder *affect attunement* verstaan we het emotioneel mee resoneren met vitaliteits- en categoriale affecten, resp. de dynamiek en stroom van het gevoelsleven vs. welbepaalde gevoelens zoals verdriet, vreugde, woede, schaamte enz. Dit muzisch register ligt aan het woord ten grondslag.

Belangrijke *waarden* binnen het milieu zijn *tolerantie*, *empathie* en *compassie*. *Tolerantie* is nodig om lang en veel te dragen en verdragen. Het mag niet verward worden met de

permissiviteit van het *anything goes*. De paradox is dat wel wordt begrensd, maar dat grensoverschrijdingen in eerste instantie therapeutisch en niet repressief worden bejegend. *Empathie* is een noodzakelijke voorwaarde voor de waarachtige erkenning van het psychisch lijden en is de specifieke psychotherapeutische factor bij uitstek. *Compassie* impliceert de bereidheid samen en elk voor zich de onvermijdelijk lange, moeilijke en pijnlijke (overdrachts-tegenoverdrachts)arbeid van het psychotherapeutisch proces te leveren.

Het instandhouden, bewerken en bijsturen van deze (re)constructieve milieutherapie is een opdracht die nooit ophoudt. Naast de op de rechtstreekse patiëntenzorg gerichte teamvergaderingen wordt hieraan gewerkt in diverse bijeenkomsten. Wekelijks is er een samenkomst van de afdelingsstuurgroep (cfr. supra) voor het opvolgen en bijsturen van het afdelingsbeleid. Wekelijks is er een *afdelingsstaf* van een uur voor het voltallige team. Hier wordt systematisch stilgestaan bij onze afdelingswerking en –cultuur. Voorts is er wekelijks ook een grondige *casusbespreking* van een uur rond één patiënt die op dat moment om welke reden ook voor het team problematisch voorkomt. Tenslotte wordt vorming en opleiding zo veel en systematisch mogelijk aan het *gehele team* aangeboden.

Voor de patiënten gaat twee keer per week een *community-meeting* door waar vragen, bedenkingen en commentaar rond de (samen)werking en het (samen)leven op de Depressiekliniek plenair worden besproken.

Groepsdynamische inzichten (Bion, 1961) zijn bij het bewaken van de *werkgroepcultuur*, zowel op patiënten- als op teamniveau onontbeerlijk. Voortdurend immers wordt deze werkgroepcultuur (samen ons psychoanalytisch werk doen) bedreigd door diverse regressieve krachten, hetzij in het schizoid-paranoïde of fight-flight register (uitstotings- en zondebokfenomenen, fragmentatie, drang tot actie,...), hetzij in het afhankelijk register (passiviteit, volgzzaamheid, kritiekloze overgave,...). Dat de eindverantwoordelijke van deze milieutherapie volgens Kernberg (1984a) voor dit alles o.a. over voldoende paranoia en narcistische persoonlijkheidstrekken moet beschikken zullen we geredelijk voor waar aannemen...

6. Behandelprogramma en –groepen

Voor alle zes de behandelgroepen zijn er een aantal *vaste werksoorten* in het therapeutisch programma : sociotherapeutische bijeenkomsten (2x/w), expressieve therapie (1à2x/w), psychoanalytisch dansatelier (1x/x), kunstatelier (1à2x/w), communicatietraining (2x/w) productgerichte ergotherapie (1à2x/w), sport en fitness (2x/w), recreatieve livingactiviteiten (1à2x/w), huishoudelijke activiteiten (1x/w), procesbegeleiding (1x/w) en psychoanalytische therapie *in* de groep (i.t.t. *van* de groep)(2x/w). Ze worden in hun productgerichte vs. belevingsgerichte hoedanigheid zo veel mogelijk alternerend geprogrammeerd.

Behandelgroep-overstijgend, maar *binnen* de Depressiekliniek lopen twee thema-gerichte groepen (1x/w), nl. over omgaan met drugs en wat na de klinische opname.

Zoals in de inleiding beschreven en zoals verder nader wordt toegelicht gaan afdelingsoverstijgend ook activiteiten/therapieën door in *het Forum* voor *Persoonsvorming*. In samenspraak met het team kan de patiënt daarbij kiezen uit een honderdtal mogelijkheden. Patiënten nemen slechts aan het Forum deel in zoverre hun nood aan toezicht dit toelaat. Grosso modo is dit voor 90% van de patiënten het geval.

Daarnaast zijn er op voorspelbare tijdstippen individuele gesprekken met de psychologen. Eens per maand is er een individueel contact met de groepspsychotherapeut. Bedoeling

hiervan is het psychoanalytisch werk in de groep te faciliteren en te katalyseren en om selectief weerstanden te bewerken. Eens om de twee weken is er een psychotherapeutisch contact met een ander dan de *eigen* psycholoog. Dode hoeken worden daarmee grotendeels gecompenseerd. Op indicatie vanuit het team kunnen vaste quota van vijf tot tien individuele psychotherapeutische gesprekken doorgaan die dan uitdrukkelijk ten dienste van de groepspsychotherapie worden gesteld. Er wordt *nooit* gekozen voor een systematisch lopende individuele psychotherapie.

De psychiaters hebben als een soort *libero* individuele contacten op wisselende, doch al bij al regelmatige tijdstippen. Ze leiden ook de procesbegeleiding in groep, waarover verder meer. Naast het algemeen opzet, dat wij totnogtoe allicht voldoende hebben beschreven, kennen de *behandelgroepen* ook een zekere *specificiteit*.

Groep 1

Bestaat uit patiënten met *prominent* op de voorgrond staande *as I stoornis* en bij wie de persoonlijkheidsproblematiek ofwel geacht wordt in de pathogenese een beperktere rol te spelen, ofwel door een langdurige ziektegeschiedenis *geinstitutionaliseerd* is geraakt. Opnameduur wordt begroot in de orde van maanden. Sociotherapeutische accenten zijn clarificatie, ondersteuning en (intensieve) zorgen. Het therapeutisch programma wordt slechts geleidelijk en stapsgewijs opgebouwd in functie van succeservaringen. Er zijn zeker bij aanvang meer en kortere individuele contacten met diverse teamleden. Verscheidene doetherapieën worden aanvankelijk individueel of in kleinere groep op de afdeling aangeboden. Voor deze groep is er psycho-educatie rond zowel medisch-psychiatrische als ontwikkelingspsychologische thema's. Medisch-psychiatrische interventie speelt een belangrijke rol. Het gaat doorgaans om psychiatrische farmacotherapie. Toch wordt de psychopathologie begrepen in samenhang met de levensgeschiedenis. Ondersteunende psychotherapie is steeds *inzicht-nemend*, soms ook *inzicht-gevend*. We streven in eerste instantie symptomatische verbetering tot syndromale opklaring, ik-versterking en vaardigheidsverhoging na. Daarop volgt veelal consoliderende ambulante begeleiding, tijdens dewelke alsnog een meer diepgaande psychotherapeutische hulpvraag kan ontstaan.

Groep 2 en 3

Bestaat uit patiënten bij wie wij *kortdurende klinische psychotherapie* vooropstellen voor een maximum van drie maanden. Deze wordt uitdrukkelijk opgezet als aanloop voor verdere ambulante psychoanalytische therapie die dan doorgaans wordt gekoppeld aan psychiatrische follow-up. Het kan ook gaan om heropnames, bijv. ter bijkomende ondersteuning van een lopende ambulante therapie. Sociotherapeutische accenten zijn confrontatie, responsabilisering en stimulatie. Het therapeutisch programma wordt integraal en vrij stringent als *werk* aangeboden. Forumactiviteiten worden snel gestart en zijn veelal vooral belevingsgericht. Het bewaren van engagementen t.o.v. het natuurlijk milieu wordt aangemoedigd. Eén psychiatrisch verpleegkundige bevordert systematisch autonomie en individuatie. Voor deze groep is er psycho-educatie rond ontwikkelingspsychologische en psychoanalytische thema's. Farmacotherapie is eerder psychodynamisch. De psychotherapie beoogt uitzicht op herhaling, moments of meeting (cfr. supra) en/of ontsluiting van het Onbewuste (bijv. cfr. Gilliéron, 1983 of Davanloo, 1990). Naast een psychiatrische (cfr. groep 1) streven wij ook een psychoanalytische doelstelling na. Patiënt moet voldoende in voeling gebracht zijn met het intrapsychische, zodat hij zich enigermate zelf verantwoordelijk voelt voor zijn problemen.

Tenslotte worden nog tijdens de klinische psychotherapie preliminaire gesprekken opgezet met de latere ambulante psychotherapeut.

Groep 4, 5 en 6

Bestaat uit patiënten met *full blown* borderline pathologie en/of post traumatische stoornissen, al dan niet gecompliceerd door dissociatieve verschijnselen. Er wordt gestreefd naar een maximale continue opnameduur van een jaar. O.v.v. dagbehandeling kan deze in principe langer uitlopen, maar dit wordt dan toch kritischer opgevolgd. Vaak zijn er *onderbrekingen* en/of afwisselende *episodes* van klinische en ambulante psychotherapie, waarbij het van primordiaal belang is dat de belangrijkste overdrachtsfiguren doorheen en ondanks storm en ontij hun psychotherapeutische *koers* volhouden. Sociotherapeutische accenten zijn begrenzen, structuur bieden, *holding*, containment en *affect attunement*. Het therapeutisch programma wordt integraal zij het minder stringent als werk aangeboden. Forumactiviteiten worden stapsgewijs aangeboden en zijn veelal vooral productgericht. Psycho-educatie rond trauma en ontwikkelingspsychologische thema's wordt afdelingsoverstijgend binnen het Forum aangeboden. Farmacotherapie is bijna louter psychodynamisch. De psychotherapie beoogt toename van mentalisatie, symbolisatie, integratie, correctief-emotioneel ervaren. In zoverre incidenteel trauma een rol speelt (cfr. Verhaeghe, 1997) zijn integratie van dissociatieve verschijnselen, van het trauma, herstel van veiligheid en vertrouwen en het onschadelijk maken van een wreed superego bijkomende objectieven. Sociaal-psychiatrische maatregelen (bijv. bij multi-problem gezinnen) kunnen de klinische psychotherapie completeren. Verdere ambulante psychotherapie wordt nagenoeg steeds door psychotherapeuten des huizes gerealiseerd en gaat altijd gepaard met psychiatrische follow-up binnen eigen polikliniek.

7. Enkele varia of variaties

Als milieukundig ingenieur (Jongerus, 1981) wil ik tenslotte nog wijzen op enkele mogelijke eigen-aardigheden van onze kliniek- en ziekenhuiswerking.

Forum voor Persoonsvorming

Hogerop was reeds sprake van deze structuur binnen de Kliniek St-Jozef. Het gaat om een honderdtal activiteiten/therapieën waaruit de patiënt in overleg met het eigen behandelteam er maximum acht per week kan kiezen. Ze gaan door op maandag-, dinsdag-, donderdagnamiddag en op vrijdagvoormiddag, zodat de werkweek zich als een enveloppe binnen de schoot van de *afdelingen* opent en sluit. Patiënt volgt deze activiteiten samen met patiënten van andere afdelingen en ze worden ook (be)geleid door hulpverleners van andere afdelingen. Ik benadrukte hun aspect van intramurale buitenhuisactiviteit en van mogelijkheid tot cross-culturele uitwisseling. Ik wees ook reeds op de *divergente* as die ze tgo. de *convergentie* (die zo essentieel is voor klinische psychotherapie) vertegenwoordigen.

Van aard kunnen de Forumuren *productgericht* zijn (bijv. calligrafie, zijdeschilderen, fitness, geheugentraining), *belevingsgericht* (bijv. psychodrama, dans- of kunstatelier, muziektherapie, relaxatie), *vaardigheidsverhogend* (bijv. communicatie-, preprofessionele of huishoudtraining) of *psycho-educatief* (bijv. rond middelengebruik, drugs, seksualiteit,

ontwikkelingspsychologie). In de regel wordt er niet systematisch (bijv. onder vorm van teamoverleg) over gerapporteerd wordt. Zij zorgen dan ook structureel voor een soort van *verlies* op het systeem. Ze stellen het dilemma tussen vasthouden en loslaten voortdurend aan de orde, materialiseren derhalve een opening naar separatie-individueel en naar de Derde. Psychotherapeutisch bekeken betekenen ze een uitweg uit het oraal-symbiotische met de omgevingsmoeder en uit het dueel-paranoïde *Big-Mother-is-watching-you*. Op die manier werpen ze een dam op tegen het mogelijk gevaar van een totalitair want *totaliserend Moederinstituut*. De patiënt wordt dan op *structurele* wijze beschermd, een beetje zoals de (Lacaniaans te begrijpen) phallus of de Wet van de Naam-van-de-Vader ook het kind beschermt tegen het Verlangen-van-de-Moeder. Zoniet zou het kind/de patiënt gereduceerd kunnen worden tot (lijdend) voorwerp van het genieten van die (eerste) grote Ander, *the (m)Other*. We kunnen dit Lacaniaans vertalen als een equivalent van het incestverbod. In Kleiniaanse termen willen we derwijze de patiënt wat behoeden voor achtervolging, niet door een *slechte*, maar door een *goede* borst (cfr. Kinet, 1996).

Procesbegeleiding

De (psychoanalytisch geschoolde) *psychiaters* bekommeren zich om de procesbegeleiding individueel en in groep. Zowel tijdens de opname als in de latere ambulante behandeling vormen zij een *tweespan* met de eigenlijke *psychotherapeuten*. Zij belichamen daarbij de voor de Depressiekliniek uitvoerig gepropageerde *integratie* tussen psychiatrie en psychoanalyse. Individuele contacten grijpen ong. tweewekelijks plaats. Verder betreft het ook een wekelijkse bijeenkomst met een behandelgroep, geleid door de psychiater en in aanwezigheid van de sociotherapeuten. In beide wordt stelselmatig gereflecteerd rond het verloop van het klinisch psychotherapeutisch proces en gewerkt aan het in stand houden of tot stand brengen van de *werk(groep)cultuur*.

Psycho-educatie

Heeft allengs zijn vaste plaats verworven in de psychische hulpverlening, met name in de psychosen- en in de verslaafdenzorg. Binnen een psychoanalytische behandelvisie is de rol van psycho-educatie vanouds minder evident. Gevreesd wordt dan vooral voor rationalisatie en intellectualisatie. Na jaren ervaring is het voor ons echter een vaststaand feit dat psycho-educatie (welteverstaan bij onze borderline populatie) het psychotherapeutisch werk faciliteert. Deze psycho-educatie wordt wel op *interactieve* wijze aangeboden rond ontwikkelingspsychologische thema's, rond trauma of rond psychoanalytisch proces.

Exitinterviews

Reeds een tiental jaar worden er in ons ziekenhuis en dus ook binnen de Depressiekliniek systematisch exitinterviews afgenomen van onze patiënten, wanneer zij op de drempel staan van ontslag (cfr. Van der Jeugt, 2000) Het betreft een uitgebreide en inmiddels grotendeels geïnformatiseerde bevraging rond diverse deelaspecten en/of fasen in de milieutherapeutische behandeling: opname, hotelfunctie, therapieprogramma, relationele aspecten, ontslag- en nazorgregeling enz. Ook gebeurt nu en dan een steekproef hetzij bij drop-outs, hetzij bij ontslagen tegen advies. Zesmaandelijks wordt hierover naar de directie en de verschillende afdelingen toe gerapporteerd en deze exitinterviews fungeren dan ook als een voortdurende toetsing van kwaliteit en therapeutisch-inhoudelijk beleid.

8. Tot besluit

Deel 1 van het Handboek voor Milieutherapie bundelde uitsluitend Nederlandse bijdragen over milieutherapie. Zeker is de *ruimtelijke ordening* zowel van het natuurlijke landschap als van het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in het Noorden beter uitgekend en nauwgezet opgevolgd. In bepaalde algemene psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen krijgen nochtans ook in toenemende mate diverse milieutherapeutische c.q. klinisch psychotherapeutische types gestalte. Soms hebben ze een wat anarchistische, dan iets meer een Bourgondische *touch*. Hoedanook vertonen ze voor de Nederlander die o zo typische *couleur locale*.

Met name op vlak van de humane wetenschappen (waaronder de psychoanalyse) hebben de Vlamingen veel met de Zuid-Europeanen en Zuid-Amerikanen gemeen. Als kleinere broers staan wij immers bij uitstek open zowel voor de Latijnse als voor de Germaanse culturen. Hopelijk is het resultaat van deze openheid vergelijkbaar met de gastronomie. Daar kent men vandaag de dag een nieuwe rage: de *fusion* keuken. Ingrediënten uit de meest exotische en verre windstreken worden dan probleemloos vermengd tot soms verrassende creaties.

En als we er toch een potje van zouden maken? Dan troosten we ons met de gedachte dat het misschien naar meer smaakt. Zoals het (Vlaamse) spreekwoord zegt: verandering van spijs doet eten!

Literatuur

- Bateman, A en Fonagy, P. (1999), Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorders: a randomised controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 156 (10), 1563-1569.
- Bateman, A en Fonagy, P. (2000), Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *Br. J. Psychiatry* 177 : 138-143.
- Bateman, A. en Fonagy, P. (2001), Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: a 18-month follow-up. *Am. J. Psychiatry* 158 (1), 36-42.
- Bion, W.R. (1961), *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- Bion, W.R. (1962), A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis* 43, 306-310.
- Bion, W.R. (1970), *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
- Bucci, W. (1997), *Psychoanalysis and cognitive science; a multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Damasio, A.R. (1994), *Descartes' Error*. New York: Avon Books.
- Davanloo, H. (1990), *Unlocking the unconscious*. London: Wiley.
- De Kesel, M. (2002), *Eros en Ethiek. Een lektuur van Jacques Lacans Séminaire VII*. Leuven: Acco.
- Fonagy, P en Target, M. (1997), Attachment and reflective functioning : their role in self-organisation. *Development and Psychopathology* 9, 679-700.
- Gilliéron, E. (1983), *Aux confins de la psychanalyse. Psychothérapies analytiques brèves*. Paris: Payot.
- Ingenhoven, T.J.M., Abraham, R.E. en Hartman, J. (2000), Persoonlijkheidsstoornissen. In C. Janzing, A. van den Berg en F. Kruisdijk (Red.): *Handboek voor Milieutherapie* (30-55), Van Gorcum: Assen.

- Janzing, C. en Lansen, J. (1985), *Milieu therapie*. Van Gorcum: Assen.
- Jongerius, P.J. (1981), De psychiater als milieukundig ingenieur. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 317-325.
- Jongerius, P.J. en Rylant R.F.A. (1989), *Milieu als methode*. Boom: Meppel.
- Joseph, B. (1985), Transference: the total situation. *International Journal of Psychoanalysis*. (66, 447-454).
- Kernberg, O.F. (1976), *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984a), Psychoanalytic Studies of Group and Organizational Leadership. *Int. Journal of Group Psychotherapy*(34, 5-24).
- Kernberg, O.F. (1984b), *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Van der Jeugt, P. (2000), Exitinterview. *Hospitalia* (3, 167-173).
- Kinet, M. (1996), Weerzien met Melanie Klein. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. (197-211).
- Kinet, M. (2002a), Het passieprincipe: noThing but the Real Thing. In M. Thys en M. Kinet (Red.) *Liefdesverklaringen* (155-173). Leuven: Acco.
- Kinet, M. (2002b), Amour et principe de passion. In L. Balestrière e.a. : *Parler l'amour*. (159-183). Bruxelles : La lettre volée.
- Kinet, M. (2002c), Adolescentie en passieprincipe. In A.R. Boerwinkel en T. De Bruyne (Red.): *Psychoanalyse en Passie. Over hartstocht en loutering*. Amsterdam: Boom.
- Kinet, M. (2003a), Poëzie en Mentalisatie. In R. Vermote en M. Kinet (Red.): *Mentalisatie*. Leuven: Acco (ter publicatie)
- Kinet, M. (2003b), Elementary, Mr. Holmes. In R. Vermote en M. Kinet (Red.): *Mentalisatie*. Leuven: Acco (ter publicatie).
- Lacan, J. (1986), *Le Séminaire. Livre VII. L'éthique de la psychanalyse. 1959-1960*. Paris : Seuil.
- Moyaert, P. (1994), *Ethiek en sublimatie. Over de 'ethiek van de psychoanalyse' van Jacques Lacan*. Nijmegen : Sun.
- Pierloot, R.A. en Thiel, J.H. (1986), *Psychoanalytische Therapieën*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schotte, J. (1990), *Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. De Boeck : Bruxelles.
- Stern, D.N., (1985), *The Interpersonal World of the Infant*. New York : Basic Books.
- Van Coillie, F. (2000), Jacques Schotte. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*(4, 214-31)
- Van Haute, P. (2000), *Tegen de aanpassing. Jacques Lacans 'ondermijning' van het subject*. Nijmegen: Sun.
- Verhaeghe, P. (1997), Trauma en hysterie bij Freud en Lacan. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 3, 86-99.
- Verhaeghe, P. (2002), *Over normaliteit en andere afwijkingen. Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.
- Vermote, R. (1998), A psychoanalytic hospital unit for people with severe personality disorders. In J. Pestalozzi, S. Frisch, R.D. Hinshelwood e.a. (Red.), *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings* (75-93). London: Karnac Books.
- Vermote, R. (2000), Psychoanalytische en psychiatrische diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* (3, 146-155).
- Vliegen, N. en Cluckers, G. (2001), Babyobservatie en therapeutisch proces. In N. Vliegen en C. Leroy (Red., *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie* (21-43). Leuven: Acco.