

Milieutherapie

(Seminarie directie-, kader- en stafleden psychiatrische ziekenhuizen Broeders van Liefde, 1995)

The only person who welcomes change is a wet baby
Manfred Kets de Vries

Mark Kinet

Sociotherapie, milieutherapie, klinische psychotherapie

In het begin van de jaren tachtig werd reeds gepleit voor het promoveren van sociotherapie tot dé specialiteit bij uitstek van de klinische psychiatrie. Onder sociotherapie werd verstaan : het bieden van een tijdelijke, onnatuurlijke, kunstmatige en vooral uitgekende omgeving voor de patiënt. Sociotherapie bestaat uit het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep patiënten gericht op behandeldoelen van de groep en van de individuele patiënt binnen een functionele eenheid van intra- of semimurale behandelsettings.

De laatste jaren wordt vooral de term milieutherapie gehanteerd, een modernere en ook wel wat uitgebreidere en bredere variant van het vroeger begrip sociotherapie. Ik weerhoud 2 bruikbare definities. Janzing en Lansens definiëren milieutherapie als het methodisch opzetten van een stabiele, goed samenhangende sociale organisatie. Deze organisatie wordt gekenmerkt door een totaalvisie en integratie van methoden, technieken, middelen en attitudes welke onderling samenhangend worden afgestemd op een bepaald therapeutisch doel.

Jongerius van zijn kant definieert milieutherapie als het gebruik maken van alle aspecten van het opgenomen zijn (wonen, werken, vrije-tijd) in het kader van het behandeldoel van de individuele patiënt. Het is de continue poging om de 3 samenstellende elementen van het milieu (staf, gebouwen, organisatorische structuur en leefregels) zodanig in te richten dat de patiënt hiervan kan profiteren om het doel te bereiken dat hij zichzelf of dat een ander voor hem heeft gesteld.

Wat door iedereen wordt benadrukt is het belang van innerlijke consistentie en cohesie van het therapeutisch milieu dat een referentiekader en een structuur verleent aan de aan de patiënt aangeboden interpersoonlijke relaties. Het ontwikkelen van een totaal-visie die als leidraad fungeert en consequent in alle concrete voorzieningen zijn daadwerkelijke realisatie kent, is

essentieel.

Qua doelstellingen keren telkens 2 zaken terug. Ten eerste het onder controle houden van en grenzen stellen aan pathologisch gedrag (de 5 D's : destructiviteit, desorganisatie, deviatie, dysforie en dependentie). Ten tweede de ontwikkeling van de persoonlijkheid en/of van vaardigheden.

Klinische psychotherapie is een welbepaalde vorm van milieutherapie. Het gaat hem niet om psychotherapie in de kliniek (wat ook in een PAAZ-dienst of zelfs in een ne-PAAZ zou kunnen gebeuren). Het gaat om psychotherapie via, door middel van de kliniek. De opnamesituatie zelf wordt psychotherapeutisch gestructureerd. Het therapeutisch milieu kenmerkt zich door duidelijke grensafbakening binnen de behandelteams en tussen team en patiënten, strakke werkafspraken en het ontdekkend bewerken van (overdrachts)relaties tussen patiënten en hulpverleners, alsook tussen patiënten onderling. Psychotherapie is dan in 2 gedaanten aanwezig : als richtinggevend principe voor de milieustructurering enerzijds, als werksoort van het therapeutisch programma anderzijds.

Verskillende vormen van milieutherapie

Janzing en Lansens onderscheiden 3 ideaaltypes van milieutherapie.

In supportieve milieutherapie wordt een maatschappij opgericht gekenmerkt door structuur, flexibiliteit en eenvoudige regels. De veronderstelling is dat Ik-groei kan bewerkstelligd worden door het gedoseerd aanbieden van leersituaties. Dit milieu heeft iets van een goed geordende school met gezamenlijke zowel als individuele programma's. Het is een type van milieutherapie dat behoorlijk wat indicaties heeft : acute psychosen, ontwenningbehandeling, orthopedagogische behandelsettings voor gedragstoornissen en ook units waar verzorgingsaspecten op de voorgrond staan. Het is niet geïndiceerd bij problemen waar tijdelijk hetzij ontregeling hetzij regressie zijn gewenst.

De reconstructieve milieutherapie is ontdekkend en krijgt vaak vorm binnen een psychotherapeutische gemeenschap. Het is een behandelingsgemeenschap waar door patiënten en staf gewerkt wordt aan zware psychopathologie die wordt opgevat als uitdrukking van de levensgeschiedenis. Psychopathologie en symptomatologie komen voort uit een vroege levensfase, bv. de separatie-individuatie fase. Er gelden speciale regels. Er wordt tijdelijk meegegaan met de regressie tot het punt van fixatie is bereikt waar dan doorwerking en correctief-emotioneel ervaren kunnen spelen. Het is geïndiceerd bij die ontwikkelingsstoornissen waar er (in tegenstelling tot een ambulante populatie) onvoldoende realiteitstoetsing en/of te zwakke objectrelaties bestaan, zich uitend in (rand)psychotische verschijnselen en/of acting-out gedrag.

In het sociaal therapeutisch milieu gaat men ervan uit dat de pathologie zich situeert in de sociale rol en interactie. Er wordt een sterk democratisch gestructureerde micro-maatschappij opgezet waar plaats is voor 'normaal' sociaal verkeer en waar sociale regels gelden. Men gaat ervan uit dat persoonlijke groei en verandering tot stand komt door sociaal leren. 'Tweezijdige' communicatie op alle niveaus wordt gestimuleerd en er heerst een klimaat van sociale gelijkheid. Dit sociaal-therapeutisch milieu, in hoge mate corresponderend aan het concept therapeutische gemeenschap, is het meest geïndiceerd voor mensen die problemen

hebben op vlak van aanpassingen aan anderen en aan de maatschappij.

Jongerius werkt zijn classificatie van therapeutische milieus eerder uit naar doelstellingen. Volgens hem zijn er grosso modo 4 types van doelstellingen : psychotherapie, revalidatie, training, verzorging. In een latere fase herleidt hij deze doelstellingen tot 3 hoofdtypes : verandering (door psychotherapie), verbetering (hetzij door revalidatie, hetzij door training), consolidatie, wat kan worden gelijkgesteld met verzorging.

Ontwikkeling en sturing van het therapeutisch milieu

Een absoluut noodzakelijke voorwaarde voor het tot stand brengen van een goede milieutherapie is de ontwikkeling van een duidelijke basisfilosofie en geïntegreerde totaalvisie rond doelstellingen van de behandeling en behandelingsmethodiek. Het is bovendien noodzakelijk dat de staf zich achter deze basisfilosofie schaart en dat er voortdurend communicatie en overleg is rond behandelcultuur, onderlinge taakverdeling, werkwijze. Er moet gewaakt worden over de samenstelling van het team en de samenstelling van de patiëntenpopulatie waarmee wordt gewerkt.

Eens een behandelfilosofie en een milieutherapeutische visie is tot stand gekomen, kan er binnen het team gewerkt worden aan de ontwikkeling van de cultuur door middel van een regelmatig bijeenkomende stafvergadering. Binnen deze stafvergadering wordt maximale communicatie tussen en participatie door de verschillende teamleden bewerkstelligd binnen een spreken dat niet in de eerste plaats is gericht op het oplossen van aan de orde zijnde problemen maar wel op het harmonieuzer op elkaar afstemmen van de verschillende zienswijzen.

Het *pendant* van deze afdelingsstaf kan dan de afdelingsvergadering zijn waar met de ganse patiëntengroep rond diverse aspecten van het therapeutisch milieu kan worden gesproken. Op deze wijze kan een ganse afdeling (team en patiënten) doordrenkt raken van de grote oriënterende therapeutische en beleidslijnen.

Binnen elke vorm van milieutherapie zijn een aantal principes van belang. Ten eerste het aandragen van een therapeutische attitude. Er moet een voldoende verdeling zijn van verantwoordelijkheden tussen de teamleden onderling en naar de patiënten toe. Deze laatste moeten gebracht worden tot maximale participatie en responsabilisering. Duidelijkheid van het programma, van rollen en leiderschap zijn van belang voor het functioneren van de organisatie. Patiënt-staf interactie dient maximaal te worden gefaciliteerd en beklemtoond. Wat in verscheidene publicaties weerkeert is het belang dat wordt gehecht aan een 'holding environment' : een sfeer van warmte en veiligheid waarin de patiënt wordt opgevangen door behandelaars die openstaan voor zijn noden en gevoelens en op constante, betrouwbare en autokritische manier met hem interageren. Op deze basistherapeutische attitude kunnen zich dan verschillende technische en methodische accenten enten al naargelang het gaat om een reconstructief, toedekkend, psycho-educatief, trainend, enz. milieu.

Tweede belangrijk principe is het verbreden van de basis van therapeutische relevantie. Het dragend element in het therapeutisch proces is de relatie van de patiënt met alle (socio)therapeuten. Van elke hulpverlener wordt verwacht dat hij/zij een persoonlijke ontmoeting durft aan te gaan en hierover binnen het team open kan communiceren.

Samenwerkings- en functioneringsgesprekken kunnen het therapeutische impact van deze voortdurende persoonlijke ontmoetingen optimaliseren.

Derde principe is het verhogen van de actieve deelname van de patiënt tegen regressieve en afhankelijkheidstendensen in. De patiënt dient er toe gebracht zijn passieve, afhankelijke (lijdend voorwerp) positie als 'behandelde' in te ruilen voor een statuut van actieve en gelijkwaardige (zij het ongelijke) medewerker binnen de therapeutische alliantie. De hulpverlener is dan een bondgenoot voor patiënt's zelf-observatie, -exploratie en -bepaling. Het therapeutisch programma wordt patiënt aangeboden als een opdracht waarvoor hij de uitvoerende functies van zijn Ik moet mobiliseren, hetgeen realiteitstoetsing en frustratietolerantie (specifieke ik-sterkte) kan doen toenemen. Zowel Jongerius als Janzing en Lansens benadrukken dat door het werken met groepen de actieve participatie van de patiënt wordt geïntensiveerd.

Er dient ook aandacht te bestaan voor de ecologische en infrastructurele ordening van de milieutherapeutische ruimte in functie van de therapeutische doelstellingen. Uiteraard vereist dit alles een zekere sturing en 'autoriteit'. Bedoeld wordt hier een functionele autoriteit die door alle teamleden wordt aanvaard en erkend. Het gaat niet om autoriteit met zijn onderdrukkende en/of bevelende connotaties. Er is inderdaad autoriteit nodig om te waken over een aantal doelstellingen : bewaking van het werkaspect en het takenpakket. Het procesmatig gebeuren dat de milieutherapie is dient te worden gevolgd, bewaakt, begeleid, gecorrigeerd en bijgestuurd. De externe grenzen van het milieu dienen te worden bewaakt en *last but not least* dient er ook te worden toegezien op het al dan niet voorkomen van regressieve verschijnselen binnen het behandelteam. Er dient te worden gewaakt over de 'psycho-hygiëne' van het team.

De vereisten die aan een 'milieukundige' (Jongerius) worden gesteld zijn als volgt te omschrijven : hij moet zich kunnen vereenzelvigen met een totaalvisie en basisattitude. Hij moet grote behandelingslijnen ook in wisselende en moeilijke omstandigheden kunnen vasthouden, hij moet in staat zijn tot receptiviteit en productiviteit, hij moet in staat en bereid zijn tot het vervullen van de ego-functies van de staf en vooral ook moet hij plezier hebben in deze vorm van functioneren.

Met Kernberg kunnen aan het leiderschap nog de volgende vereisten worden gesteld : een hoge intelligentie voor strategisch en conceptueel denken, persoonlijke oprechtheid en non-corruptheid, capaciteit tot diepgaande objectrelaties voor realistische evaluatie van medewerkers, gezond narcisme (d.w.z. eerder zelf-affirmerend dan zelf-wegcijferend) en ten laatste een voorzichtigheid en verantwoorde anticipatorische paranoia. Zelf zou ik daar nog als belangrijk aan toevoegen : de bereidheid en het vermogen zich maximaal rekenschap te geven van het eigen aandeel in (beleids)problemen. Deze bereidheid en dit vermogen is trouwens essentieel voor alle hulpverleners in de C.G.G.-zorg. Jongerius spreekt vnl. over de psychiater als 'milieukundig ingenieur'. De functie van de milieukundige kan nochtans principieel ook worden uitgeoefend door een andere discipline (hoofdverpleegkundige, psycholoog).

Basisattitudes van het milieu en basiswaarden van het therapeutisch programma

We kunnen het therapeutisch milieu opvatten als een beschutte werkplaats, waar in een sfeer van zorg, bescherming en 'beschutting' mensen aan hun problemen kunnen werken. Er wordt een 'transitionele ruimte' geschapen, die warm en veilig genoeg moet zijn om patiënten bij wijze van spreken toe te laten naakt te kunnen spelen. Zij moeten hun kledij van gebruikelijke afweermechanismen kunnen losmaken of uitdoen en in deze (half)ontklede toestand het therapeutisch spel kunnen spelen volgens duidelijk bepaalde regels en binnen bepaalde krijtlijnen. Het naleven en bewaken van deze symbolische structuur van wetten, regels, normen en grenzen geeft een betekenisverlenend referentiekader aan de interacties en laat toe agerende grensoverschrijdingen tijdig op te merken en door bespreking zowel individueel, in groep als naar de ganse afdeling toe te problematiseren. Dit alles draagt bij tot de genoemde 'holding environment' en geeft aan de patiënt (externe) structuur en houvast.

De patiënt is een ongelijke maar principieel gelijkwaardige medespeler in dit therapeutisch gebeuren. Participatie en responsabilisering voor allen (patiënten en tem) is de boodschap. Op therapeutische attitude van elk van de hulpverleners afzonderlijk zal ik nog verder terugkomen.

Het therapeutisch programma is een over het algemeen voltijdse opdracht die de patiënt wordt aangeboden en waartoe hij de uitvoerende functies van zijn Ik moet mobiliseren.

Dit heeft op zich een erg antiregressief, steunend en structuurbiedend effect en biedt de mogelijkheid tot allerhande vormen van realiteitsconfrontatie.

Het therapeutisch programma bestaat uit begeleidingen of therapieën, dewelke op methodische wijzen en met geëigende technieken verlopen binnen een kader (bestaande uit tijdsduur, frequentie en werkafspraken) hetwelk wordt bewaakt door de continue en constante, betrouwbare aanwezigheid van de therapeut of activiteitenbegeleider. Het 'sérieux' van deze activiteiten kan niet voldoende worden benadrukt.

De zorg en zorgvuldigheid waarmee wordt omgesprongen zowel met het therapeutisch proces als met het kader vormen een wezenlijk bestanddeel zowel van de geboden veiligheid of holding als van de mogelijkheid tot experimenteren en verandering.

Wanneer we het therapeutisch programma vergelijken met een menu, dan kunnen we zeggen dat steeds een aantal noodzakelijke voedingsbestanddelen daarin aanwezig dienen te zijn. Er moet ruimte zijn voor verbale en non-verbale activiteiten, voor activiteitenbegeleiding (product- en resultaatgericht) en voor activiteitentherapie (belevings- en procesgericht). Zowel methoden die gebruik maken van materiaal als die welke gebruik maken van het eigen lichaam/de eigen persoon zullen in het programma een plaats vinden. Van belang is een ritmische, alternerende programmering van de diverse vormen van activiteiten en therapieën.

Al naargelang het milieu (met zijn specifieke doelstellingen en methodes) zal de verhouding tussen de complementaire bestanddelen van de therapeutische menu anders liggen. Ook wat buiten het therapeutisch programma in engere zin valt (nachtdienst, vrije tijd, pastorale, enz.) moet zoveel mogelijk een eigen specifieke en doordachte plaats binnen het therapeutisch milieu kunnen innemen, waarbij dient gestreefd naar optimale duidelijkheid en consistentie, zowel naar team toe als naar de patiënten.

De centrale rol van de psychiatrisch verpleegkundige

Ik meen dat het zinvol is 4 dimensies aan de functie van psychiatrisch verpleegkundige te onderscheiden. Hij speelt een rol als basaal contactpersoon, hij legt de basis voor (psycho)therapie, hij is cultuurdrager en organisatorische spilfiguur en hij stelt (al naar gelang het type van milieutherapie verschillende) 'technische' akten.

Met de algemeen verpleegkundige heeft hij een aantal functies gemeen. Hij is continu aanwezig, laagdrempelig bereikbaar en heeft de polyvalentie van een 1ste-lijns-werker. Hij wordt ook wel 'de omnipracticus' genoemd. Nurturing en nursing verwijzen naar het waken over en zorgen voor vitale functies als eten, drinken, slapen, ruimte- en tijdsoriëntatie. De patiënt moet en kan zich met al zijn noden en behoeften in eerste instantie tot de verpleegkundige richten. De verpleegkundige is het eerste tussenstation die de noodsignalen decodeert en filtert, zelf probeert de nood te verhelpen en desgevallend verwijzing organiseert op een gerichte en gedoseerde wijze. Dit alles vertegenwoordigt de dimensie basale zorg en contact. De verpleegkundige tracht dit te bieden op een manier die Bettelheim beschrijft als 'niet volmaakt maar goed genoeg'.

De psychiatrisch verpleegkundige draagt ook zijn steentje bij tot de (psycho)therapeutische basis. In dit verband staan we stil bij het begrip 'containment' dat werd geïntroduceerd door Bion. Containment is een ingrediënt van goede bemoedering. De moeder probeert de noden en angsten van haar kind te herkennen en te beantwoorden. Ze geeft angst betekenis, begrenst ze, tracht met name destructieve inhouden op te vangen, te bewaren en te verdragen. Ze wordt ook wel een 'vertaalmachine' genoemd. Terwijl ze de negatieve gevoelens opvangt, blijft ze 'goed', kan deze aanval verdragen en overleven. Door haar bevattingsvermogen constitueert ze betekenisvolle psychische inhouden en door ondraaglijke gevoelens te verdragen geeft ze zeker een communicatieve waarde en bestaansrecht.

Getransponeerd naar de therapeutische situatie betekent containment dat alle psychische inhouden draaglijk, niet vernietigend zijn. Dat alles wat de patiënt zegt tot één eenheid kan worden samengebracht en dat wat aanvankelijk onverteerbaar leek kan verteerbaar gemaakt worden met behulp van een 'ver'-dragend ander. Het is een begrip dat aansluit bij het begrip 'holding'. Bij holding gaat het meer om steunen, zich beschikbaar stellen, een continue en geruststellende aanwezigheid en het stellen van beschermende grenzen.

We kunnen een en ander ook conceptualiseren als dat de psychiatrisch verpleegkundige een enveloppe vormt rond de patiënt, hem behoedt voor (traumatische) overprikkeling zowel van binnen als van buiten. Concreet naar de klinische praktijk vertaald komt het erop neer dat de verpleegkundige de angst en de ontredde van de patiënt moet aankunnen. Dat hij deze kan begrenzen en er niet door wordt overspoeld. Dat hij erover kan denken in een poging ze te 'mentaliseren'. Dit alles moet toelaten de destructieve spiraal van actie en re-actie (ageren en re-ageren) te vermijden en ertoe bij te dragen dat problemen bespreekbaar en bewerkbaar blijven.

In dit verband dient gezegd dat de hulpverlener nooit alwetend of ongenaakbaar is. Hij is niet volmaakt maar goed genoeg en 'the difficult task of every therapist is not to succeed but to fail'. En dan patiënten helpen op een constructieve manier met de onvermijdelijke frustraties

en tekorten om te gaan.

De psychiatrisch verpleegkundige is ook de spilfiguur en de cultuurdrager van het therapeutisch milieu en speelt op die manier een sleutelrol in de organisatie. Van het milieu therapeutisch organisme is hij als signaalontvanger een zintuig en een voertuig, als zender is hij een mond die spreekt of een hand die handelt.

Al naargelang het type van therapeutisch milieu zullen zich op deze basisfuncties bijkomende meer technisch gekleurde interventies enten. Dit zijn dan de sociotherapeutische ingrepen passend binnen de eigen behandelingsfilosofie. Deze kunnen zich afspelen in een individuele, groeps- of afdelingssetting en reconstructief, supportief of sociaal-therapeutisch van aard zijn. Ze hebben dan resp. een eerder invoelend verhelderende, regelend-structurerende of regelstellend-pedagogische kleur.

Het team

Het team is geen monster met 30 armen, 30 benen, 1 hoofd en 1 hart. Het is een groep mensen die elk vanuit hun eigen discipline, deskundigheid en persoonlijkheid een bijdrage leveren tot de behandeling van patiënten vanuit een tevoren gekozen en overeengekomen basisfilosofie. Het is de bedoeling dat dit team functioneert als een groep afzonderlijke individuen die hun eigen mogelijkheden en beperkingen kennen en met autokritiek samenwerken aan een gemeenschappelijk doel in de realiteit. In dit geval is dat (psycho)therapeutisch doelen bereiken samen met de patiënten. Wanneer deze voorwaarden zijn ingelost, is er sprake van een 'werkgroep' (Bion). Dit is nooit een vast, verworven gegeven. Er moet blijvend op creatieve wijze aan gewerkt worden aangezien zowel door externe stress (bv. overbelasting) als door interne stress (onuitgesproken intra-teamspanningen) regressie van de groep kan optreden waarbij de groepsleden meer met zichzelf bezig zijn en met het bestrijden van eigen angsten, dan met hun taak in de uitwendige realiteit.

Bion beschrijft in dit verband een aantal 'basisassumptieculturen' die onbewust de aandacht van de taakspanning afleiden. Het zijn regressieve verschijnselen waarvan de groep en de groepsleden zich moeten bewust worden teneinde hun functioneren als werkgroep te kunnen hervatten.

De basisassumptieculturen kunnen aldus geformuleerd worden.

Bij een afhankelijke groep gaan de mensen naar een leider zoeken. Er wordt één persoon aangewezen waarvan de anderen steun en bescherming verwachten. In strijd met de realiteit wordt gemeend dat deze leider almachtig en alwetend is. Gezamenlijk houden we deze verwachting of wens in stand zonder ons te realiseren dat dit een onrealistische fantasie is.

Bij paarvorming zoeken de groepsleden veiligheid bij elkaar, meestal in paren. De paarvormende groep werkt alsof deze een Messias zal laten voortkomen uit een tweetal personen. De onderlinge relatie tussen de leden lijkt van intieme, soms seksuele aard en is op de toekomst gericht. Twee leden zullen in de toekomst samen iets scheppen; gehoopt wordt dat de groep daardoor van intensieve gevoelens in het heden wordt behoed.

Bij vechten en vluchten zijn de groepsleden met iets of iemand buiten de groep of onderling in gevecht of ze vluchten er van weg om zo toch een bepaalde wankle eenheid (vereend in de strijd) te handhaven. Het is alsof de leden veiligheid verwerven en het groepsbestaan redden

door strijd of ontsnapping. Daartoe kunnen zelfs leden uitgestoten worden (zondebok-fenomeen). Actie is hier belangrijk. Werkelijk contact wordt vermeden : in plaats daarvan wordt over allerlei alledaagse zaken gesproken.

De verhoudingen in een team zijn dezelfde als die tussen psycho-therapeut en patiënt. De relaties kenmerken zich op vlak van ethiek door gelijkwaardigheid en op vlak van deskundigheid door ongelijkheid. Uiteindelijk is ieders belangrijkste instrument zijn persoonlijkheid en wordt iedereen dan ook uitgenodigd persoonlijk te spreken. Iedereen participeert aan besluitvorming, maar er is geen democratie. De aan de eigen discipline verbonden deskundigheid is immers mee in het spel. Voor het behoud en het ontwikkelen van een teamcultuur is het belangrijk dat er vergaderingen zijn met probleemoplossende doelstellingen (patiëntgericht), maar ook met de doelstelling samen te voelen of samen te denken (cultuurgericht).

Janzing en Lansens beschrijven de oppervlakte- en de diepte-structuur van het team dewelke idealiter en met elkaar congruent moeten zijn. De oppervlaktestructuur is te definiëren als de structurele en functionele opzet van een behandelteam (samenhangend met een bepaalde organisatie en werkwijze) die voortkomt uit de onderlinge overeenkomstig bij teamleden met betrekking tot de keuze van en het uitvoering geven aan bepaald therapeutisch model. De organisatie van een behandelteam is het geheel van maatregelen dat wordt toegepast om een juist functioneren van het behandelteam in het licht van de basisfilosofie mogelijk te maken. De werkwijze van het behandelteam is het geheel van handelingen dat een team verricht om het therapeutisch milieu optimaal te laten functioneren.

De dieptestructuur van het team is die structurele en functionele ordening die voortkomt uit een samenspel van persoonsgebonden factoren (onderlinge sympathieën, loyauteiten, rivaliteiten). Als we bv. zeggen dat het team bestaat uit het samengaan van een autoritaire teamleider met afhankelijke, angstige verpleegkundigen en met een bewegingstherapeut die voortdurend in gevecht is met de autoriteit van de teamleider, hebben we het over de dieptestructuur van het team (voorbeeld van Janzing en Lansens).

Incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur ondermijnt de slagkracht van het team in haar omgaan met de taken in de uitwendige realiteit (optimaal therapie bedrijven voor de patiënten) en leidt tot individuele en groepsregressieve verschijnselen.

Psychoanalytische behandelfilosofie en klinische psychotherapie

De psychoanalyse is als theoretische structuur zowel tijdens het leven van Freud als na Freud in voortdurende ontwikkeling. Heden ten dage zijn nog weinig auteurs in staat tot het vinden van een gemeenschappelijke basis. Inderdaad lijken de theorieën van Anna Freud en Melanie Klein, Hartmann en Lacan, Kohut en Kernberg niet altijd even compatibel. In recente publicaties wordt dan ook gesproken van het psychodynamisch theoretisch complex, zijnde het geheel van psychoanalytisch geïnspireerde ideeën over psychodynamiek, psychogenese, intrapsychische structuren en dergelijke.

De psychoanalytische ethiek beschouwt de patiënt niet als een kapot object dat moet behandeld of gerepareerd worden, maar als een subject, gedeeld in bewuste en onbewuste componenten dat in zijn lijden moet erkend en in zijn (onbewuste) waarheid moet gehoord en begrepen worden.

Psychopathologie en psychodynamiek worden gezien als product van een levensgeschiedenis waarin zich bepaalde patronen herhalen. Binnen de psychoanalytische kliniek gaat men op zoek naar het symptoom. Het symptoom is een verschijnsel dat pijnlijk is en als dusdanig een expressie is van zijn lijden. Over het symptoom ontwikkelt de patiënt een eigen theorie. Via het symptoom doet hij een appel aan de ander. Het symptoom is een onwillekeurig verschijnsel waarvan de patiënt noch de oorzaak, noch de betekenis, noch de herhaling beheerst.

Het onbewuste is actief en pulsioneel. In het onbewuste constitueert zich het weten van de herhaling. Het onbewuste bestaat slechts wanneer het beluisterd wordt en verschijnt dan in dromen, versprekingen, symptomen en overdracht. Het kan aan bod komen via de vrije associatie. De vrije associatie is het spreken van de patiënt wanneer hij niet meer weet wat hij zegt en bij wijze van spreken zijn mond voorbij praat. Wanneer de patiënt aarzelt en zijn spreken stopt, doorleeft, ervaart, onder-vindt hij iets. De vrije associatie is inderdaad het al sprekende onder-vinden en het al onder-vindende spreken.

De psychoanalyse is essentieel een 'talking cure'. De patiënt moet zijn verhaal doen en op verhaal komen. Psychische inhoudten worden niet uitgegeerd maar in het woord gebracht. Dit draagt bij tot neutralisatie, symboolvorming en sublimatie.

Een specifiek symptoom is de overdracht. Patiënt heeft de neiging al dan niet op vermomde wijze interactiepatronen met betekenisvolle anderen uit de vroegere levensfase stereotiep te herhalen. Een typische vraag die men binnen een psychoanalytische behandelfilosofie stelt is dan ook niet zozeer : wat doen wij met de patiënt of wat zullen wij doen met de patiënt maar wat doet de patiënt met ons. We maken hierbij gebruik van onze eigen gevoelens en gedachten die door de woorden of gedragingen van de patiënt worden opgewekt. Technisch gesproken maken wij gebruik van de tegenoverdracht.

Psychotherapie wordt gedefinieerd als het consequent, methodisch en door een theorie gedragen wijze hanteren van de relatie patiënt-therapeut ten voordele van de patiënt. Essentiële elementen in elke psychotherapie zijn : ontregelende confrontatie, het creëren van experimenteermogelijkheid en integratiebevordering. Psychotherapie is steeds een proces gekenmerkt door loslaten (ruimte geven) en vasthouden (grenzen bewaken). Lapidair zouden we kunnen stellen dat de bedoeling niet is mensen te helpen zich aan de maatschappij aan te passen maar zich aan te passen aan zichzelf.

Cf supra kenmerkt de psychotherapeutische gemeenschap zich door duidelijke grensafbakeningen binnen de behandelteams en tussen het team en de patiënt. Er worden strakke werkafspraken gehanteerd. De bedoeling is het ontdekken van psychische inhoudten. Er worden speciale (psychotherapeutische) regels gehanteerd. Altijd rechtstreeks Uw gevoelens uiten is een van zo'n speciale regels. Dit is geen sociale regel; hij is immers niet zondermeer welkom in de maatschappij. De bedoeling is overdrachtsrelaties tussen patiënt en team en tussen patiënten onderling te bewerken. Verandering ontstaat door een doorleefd inzicht bij het doorwerken van deze overdrachtsrelaties.

De kliniek tracht een gefaciliteerde omgeving te bieden waar vooral ontwikkelingsstoornissen kunnen doorwerkt worden. Niet iedereen doet psychotherapie maar elke (socio)therapeut is zich bewust van de eigen plaats die hij inneemt met zijn methodes en technieken in het psychotherapeutisch proces.

Naar de vormgeving toe dient het realiteitsprincipe expliciet aanwezig gesteld. Het gaat niet om het plezier van het ontdekken van het onbewuste. Bedoeling is de patiënt in zijn ontwikkeling op gang te brengen, zonder dat de realiteit mag vergeten worden. Hulpmiddelen hiertoe zijn het instellen en bewaken van normen en regels. Ook het bewaken van het kader (tijdsduur, frequentie en werkafspraken) laat realiteitsconfrontatie toe. Het beoefenen van klinische psychotherapie vereist dan ook a fortiori een hecht, goed geïntegreerd team waarbinnen intensief en open communicatie en overleg mogelijk zijn.

Klinische psychotherapie is een uiterst werkzame psychotherapievorm. In een poliklinische psychotherapie is de patiënt nooit zo intensief bezig met zichzelf en met het intrapsychische; hij wordt daarvoor te zeer afgeleid door de dagdagelijkse realiteit. Bij klinische psychotherapie wordt de patiënt ondergedompeld in een bad van confrontatie, clarificatie en interpretatie. Als gezegd is het bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen met zwakke realiteitstoetsing onder vorm van (rand)psychotische verschijnselen en/of acting-out gedrag de voorkeursbehandeling.

Literatuur

Bion, W.R. (1961) - Experiences in groups, London, Tavistock.

Jongerius, P.J. en Rylant R.F.A. (1989) : Milieu als methode / Boom : Meppel.

Janzing, C. en Lansens, J. (1985) : Milieutherapie, Von Gorcum : Assen.

Tijdschrift voor Psychiatrie (1981) 5 : themanummer sociotherapie.

Kernberg, O.F. (1984) : Psychoanalytic Studies of Group and Organizational Leadership, Int. Journal of Group Psychotherapy (34, 5-24).

Diverse auteurs uit het psychoanalytisch gedachtegoed, vooral Freud, Lacan en de Britse school (Klein, Bion en Winnicott).