

Doorwerken in klinische psychotherapie

Niet te lang, niet te kort.

Inleiding eerste tweejaarlijkse studiedag klinische psychotherapie te Pittem 27 september 1993

Mark Kinet

1. Inleidende situering

Het centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie St.-Jozef is een middelgroot algemeen psychiatrisch ziekenhuis gelegen in Midden West-Vlaanderen. Het bestaat uit 5 relatief autonome klinieken met specifieke doelgroepen en gespecialiseerde (psycho) therapeutische programma's. Alle patiënten worden rechtstreeks opgenomen in een behandelcultuur. Toebedeling aan elke kliniek gebeurt volgens nauwkeurig geëxpliciteerde 'voordecriteria'.

De Depressiekliniek neemt psychiatrische patiënten op tussen 21 en 60 jaar oud. Het gaat om patiënten die niet verslaafd zijn, noch een ernstig middelenmisbruik vertonen. Deze patiënten immers komen op de Ontwenningkliniek terecht. Het gaat om patiënten van wie verwacht wordt dat ze geen al te grote nood hebben aan anti-regressieve activatie, externe steun en structuur, noch dat ze een gedragsmatige aanpak en/of een stapsgewijze resocialisatie of rehabilitatie behoeven. Voor dit type van patiënt heeft immers onze Revakliniek meer in huis.

De Depressiekliniek biedt een gemengd supportief-reconstructief klinisch psychotherapeutisch behandelmilieu. Patiënten worden opgevangen binnen een warm, veilig, maar vooral uitgekiend leefklimaat dat de eigen verantwoordelijkheid, de participatie aan de behandeling en meer in het algemeen persoonlijkheidsgroei bevordert.

Na een korte opnamefase waarin een vertrouwensrelatie tot stand kan komen en waarin de nadruk op observatie, informatie, motivatie en verlichting van acute symptomen, komt de patiënt terecht in één van de eigenlijke behandelgroepen met gespecialiseerde programma's.

Enigszins vereenvoudigend kunnen we zeggen dat een derde van de patiënten zich kenmerkt door eerder ernstige psychiatrische psychopathologie. Biologisch psychiatrische behandeling maakt er een belangrijk deel uit van een breder en

geïntegreerd therapeutisch aanbod met de nadruk op Ik-versterking, verhoging van zelfredzaamheid en autonomie.

Bij tweederden van de patiënten staan de onderliggende neurotische en/of persoonlijkheidsproblemen meer op de voorgrond. Voor deze mensen wordt een intensief aanbod van groeps-psychotherapie en sociotherapeutische groeps gesprekken aan het programma toegevoegd die een meer diepgaande persoonlijkheidsgroei moeten toelaten;

Over de ganse afdeling (+50 patiënten) bedraagt de gemiddelde verblijfsduur in 24-uurs behandeling 3 maanden. Als de patiënt klant was, en de klant was koning, dan zouden we hem vragen: Sire, geef ons 100 dagen. Tot zover een idee over de klinische setting van waaruit ik mijn bedenkingen over het doorwerken in klinische psychotherapie zal geven.

2. *reconstructief klinisch psychotherapeutisch behandelmilieu*

Voor Janzing en Lansens (1985) is een behandelmilieu een methodisch opgezette, stabiele, goed samenhangende organisatie, gekenmerkt door een totaalvisie en een integratie van methoden, technieken, middelen en attitudes die onderling samenhangend zijn afgestemd op een bepaald therapeutisch doel.

Er wordt een tijdelijke, onnatuurlijke, kunstmatige en vooral uitgekende omgeving geboden. Voortdurend wordt er gesleuteld aan de innerlijke consistentie en cohesie van het therapeutisch milieu dat een referentiekader en een structuur verleent aan de aan de patiënt aangeboden interpersoonlijke relaties.

Het gaat om een klinisch psychotherapeutisch milieu in de zin dat psychotherapie niet alleen als werksoort binnen het programma, maar ook en vooral als sturend principe voor de milieustructurering fungeert. Het gaat niet om psychotherapie in, maar door middel van, via de kliniek.

De opnamesituatie zelf is psychotherapeutisch gestructureerd. Elk teamlid is zich bewust van de eigen plaats die hij of zij inneemt met zijn methodes en technieken in het psychotherapeutisch proces. Het gaat om gemengd supportief-reconstructieve klinische psychotherapie. Psychopathologie en psychodynamiek worden gezien als product van een levensgeschiedenis waarin zich bepaalde patronen herhalen. Tijdelijk wordt er bevregend ontregeld en meegegaan in de regressie tot het punt van fixatie wordt bereikt waar doorwerken en correctief emotioneel ervaren kunnen spelen.

Het ontdekkend bewerken van overdrachtsrelaties tussen patiënten en team en tussen patiënten onderling, is in meer of mindere mate aan de orde van de dag. We kunnen het therapeutisch milieu van de Depressiekliniek bij wijze van spreken 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 (Winnicott 1971) geschapen, die warm en veilig genoeg moet zijn om patiënten toe te laten naakt te kunnen spelen. Hiertoe zijn ook bepaalde spelregels en krijtlijnen nodig. 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. Het vertegenwoordigt ook een permanente realiteitsconfrontatie. Dit alles draagt bij tot een “holding environment” (Winnicott, 1971) en geeft aan de patiënt structuur en houvast.

De psychiatrisch verpleegkundige speelt in dit alles een cruciale rol. Ik zal twee belangrijke elementen daarin toelichten. Ten eerste is hij een basaal contactpersoon: continu aanwezig, laagdrempelig bereikbaar, waakt hij over en zorgt hij voor vitale functies als eten, drinken, slapen, ruimte- en tijdsoriëntatie, een type van hulp dat vervat zit in de termen *nurturing* en *nursing*. De patiënt moet en kan zich met al zijn noden en behoeften tot de verpleegkundige richten en deze laatste is het eerste tussenstation die de noodsignalen decodeert en filtert, zelf probeert de nood te verhelpen en desgevallend verwijzing organiseert op gerichte en gedoseerde wijze. Hij tracht dit te doen op een manier die Bettelheim (1990) beschrijft als “niet volmaakt maar goed genoeg”.

Te tweede zorgt de psychiatrisch verpleegkundige voor een psycho-therapeutische matrix. Hij vormt als het ware een enveloppe rond de patiënt, tracht hem te behoeden voor (traumatische) overprikkeling zowel van binnen als van buiten. Hij is een “moi-peau” (Anzieu, 1989). Hij zorgt voor “containment” (Bion, 1970). Containment is een term geïntroduceerd door Bion en is een ingrediënt van goede bemoedering.

De moeder probeert de angsten en noden 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. Door haar letterlijk en figuurlijk bevatingsvermogen constitueert ze betekenisvolle psychische inhouden en door ondraaglijke gevoelens te verdragen geeft ze ze een communicatieve waarde en bestaansrecht. Getransponeerd naar de therapeutische situatie betekent containment dat alle psychische inhouden draaglijk, niet vernietigend zijn. Alles wat de patiënt zegt kan tot een eenheid worden samengebracht en dat wat aanvankelijk onverteerbaar leek kan verteerbaar worden gemaakt met behulp van een vèr- en verdragende ander.

Een en ander laat toe destructieve spiralen van actie en re-actie (ageren en re-ageren) te vermijden en draagt ertoe bij dat de problemen bewerkbaar, bespreekbaar blijven.

3. *De onderliggende psycho-analytische behandelfilosofie.*

Een psychoanalytische behandelfilosofie is mijns inziens in de eerste plaats een kwestie van ethiek en epistemologie. De patiënt wordt niet louter gezien als een object dat drager is van klachten en symptomen, ziekte tekens genaamd en waarover men een als objectief geldend weten kan ontwikkelen. Hij is geen kapot lijdend voorwerp dat behandeld wordt onder de verantwoordelijkheid van de arts.

De arts die hiertoe de autoriteit of macht ontleent aan zijn wetenschappelijkheid en de patiënt opdraagt of voorschrijft dat medicijn te nemen of zich zo wel en zo niet te gedragen “voor zijn gezondheid”.

Het symptoom valt niet te herleiden tot een rotte plek die zo snel mogelijk moet worden weggesneden volgens het principe geen woorden maar daden en zonder dralen. De patiënt wordt beschouwd als een subject, gedeeld in bewuste en onbewuste componenten, dat in zijn lijden moet erkend en in zijn onbewuste, particuliere waarheid moet gehoord en begrepen worden. De patiënt is een subject in wording, een sujet-supposé-désirer met wie we op zoek gaan naar diens psychische waarheid.

De hulpverlener moet daarbij verzaken aan de therapeutische en pedagogische hoogmoed door zich niet te vereenzelvigen met de overdracht van de patiënt die van hem een verondersteld (alles)wetend-subject maakt. Een sujet-supposé-savoir. In onthouding, neutraliteit en door het opschorten van zijn weten kan een ruimte ontstaan waarin de particuliere waarheid van de patiënt aan het woord kan komen. De waarheid die de zich herhalende patronen van zijn leven stuurt en zijn bestaan beknot. Het symptoom is voor de psychoanalyse meer 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 een betekenisvolle en creatieve poging met ondraaglijke psychische inhouden om te gaan en is in die zin een poging tot zelfgenezing. Het symptoom is niet alleen een plaats van lijden maar levert ook een zekere winst op, primair en secundair. Het is voor het onbewuste ook een plaats van genot. Alles kan bovendien een symptoom zijn. Niet alleen hoofdpijn, depressie of impotentie. Ook de wens mooi te zijn, een bepaalde partner of beroepskeuze, het telkens opnieuw uitlokken van verwerping of straf. De psychiatrie bekijkt het symptoom als een teken van ziekte. De psychoanalyse beluistert het in de eerste plaats als een betekenisvol en steeds weerkerend verhaalelement. De psychoanalyse gaat er volgens het principe “de patiënt heeft altijd gelijk” van uit dat symptomen zin en betekenis hebben. Ze zijn gebaseerd op de psychische realiteit van de patiënt en hebben bestaansrecht. Essentieel gaat het hem in de psychoanalyse om het Onbewuste. Dit onbewuste is actief en driftmatig. Het draagt in zich het weten van de herhaling. Het kan aan bod komen via 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.

Vrije associatie is inderdaad het al sprekende ondervinden en het al ondervindende spreken. Psychoanalyse is en blijft in de eerste plaats een talking-cure. De patiënt moet zijn verhaal doen en op verhaal komen. Psychische inhouden worden niet uitgegeerd maar zoveel mogelijk in het woord gebracht. Daarnaast is er ook het correctief emotioneel ervaren, het “learning from experience” (Bion, 1984). Het gaat niet om actioneel of interactioneel leren.

Om deze paragraaf te beëindigen wil ik nog stellen dat de psychoanalyse als theorie en als praxis tijdens het leven van Freud als na Freud in voortdurende ontwikkeling is gebleven. Heden te dage zijn nog weinig auteurs in staat tot het vinden van common ground (Wallenstein, 1988). Inderdaad zijn de theorieën en de daaruit voortvloeiende praktijken van bv. Anna Freud en Melanie Klein, Hartman en Lacan, Kohut en Kernberg welhaast onderling incompatibel.

In recente publicaties wordt dan ook wel gesproken van het “psychodynamisch theoretisch complex”, zijnde het geheel van het “psychoanalytisch geïnspireerde ideeën over psychodynamiek, psychogenese, intrapsychische structuren en dergelijke. Het is dit gehele psychodynamisch theoretisch complex dat in de Depressiekliniek inspirerend werkt.

Volgens Frans De Jonghe (1987) kan men bovendien een gans spectrum van louter ondersteunende tot zuiver ontdekkende therapievormen op psychoanalytische wijze beschrijven en funderen. Het is binnen dit continuüm dat ik het psychoanalytische van de Depressiekliniek zou willen situeren. Zoniet voor alle patiënten alleen inzichtgevend verloopt de behandeling steeds inzichtnemend. Maar laat mij nu doorwerken en overgaan naar het thema

4. Doorwerken

Freud introduceert het begrip doorwerken in een van zijn technische geschriften getiteld “Herinneren, herhalen en doorwerken” (1914). In dit belangrijk geschrift hanteert hij overigens ook 2 andere sleutelbegrippen voor het eerst, nl. de herhalingsdwang en de overdrachtsneurose.

Hij stelt vast dat zowel patiënt als therapeut zich wel eens laten ontmoedigen door de achteruitgang van de toestand, welke tijdens een psychoanalytische behandeling optreedt. Hij schetst een kader waarbinnen dit verschijnsel kan begrepen worden, promoveert het bij wijze van spreken tot de troefkaart van de psychoanalytische praktijk en hij geeft aanbevelingen hoe we deze troef in het voordeel van de behandeling kunnen benutten.

Maar ik zal eerst beginnen met enkele woorden over de weerstand die zo'n belangrijke rol gespeeld heeft in de ontwikkeling van de psychoanalytische techniek.

In de droomduiding (1900) noemt Freud de weerstand alles wat de voortzetting van het werk belemmert, alles wat de analysant weghoudt van het bewust worden van zijn onbewuste en van het naleven van de Grondregel van de Vrije Associatie. Heel de ontwikkeling van zijn techniek die hij in zijn technische geschriften uit de doeken doet, berust op een juistere appreciatie van de weerstand. Temeer omdat de weerstand de krachten toont in statu nascendi die de verdringing bepalen.

In ‘Remmingen, symptomen en angst’ (1926) beschrijft hij 5 vormen van weerstand. De eerste drie gaan uit van het Ik. Het gaat om de verdringing, de weerstand die gebruik maakt van de overdracht en de secundaire ziekte winst, waarbij het symptoom een vaste stek krijgt in het Ik.

Er is weerstand die uitgaat van het Boven-Ik en waarbij de patiënt zich tegen verandering en/of genezing verzet vanuit een onbewust schuldgevoel of een onbewuste strafbehoefte. Het lijden wordt dan gecultiveerd.

Tenslotte is er de weerstand welke uitgaat vanuit het *Es*.

Het is de blinde herhalingsdwang, de aantrekkingskracht die uitgaat vanuit de onbewuste prototypes op de verdrongen driften. Het is met name deze weerstand die doorwerken nodig maakt.

Vaak is het niet zo dat de patiënt al vrij associërend nieuw materiaal brengt. Dikwijls herinnert hij zich niets maar ageert hij het uit. Hij produceert geen woorden of herinneringen maar een actie. Hij herhaalt iets zonder te weten dat hij herhaalt.

Bv. een patiënte zegt niet dat ze zich herinnert opstandig en kritisch te zijn geweest tegenover haar moeder, ze gedraagt zich zo tegenover de verpleegster. Een patiënte herinnert zich niet dat ze zich kwaad en triest terugtrok als moeder haar achteruit stak. Ze kruipt in haar bed en gedraagt zich negativistisch nadat een therapeut haar over het hoofd zag. De weerstand maakt dan gebruik van de overdracht en wij vragen ons dan ook niet zozeer af wat wij moeten doen met de patiënten maar wat de patiënt doet met ons.

Zolang de patiënt in behandeling is kan hij niet ontsnappen aan de herhalingsdwang die hem niet alleen tegenover de dokter maar ook tegenover anderen tot bepaalde repetitieve gedragspatronen brengt. Hoe dichter bij het pathogene onbewuste complex, groter de weerstand, hoe meer herhalen in de plaats komt van herinneren, actie i.p.v. woorden, overdracht i.p.v. vrije associatie.

Door de herhalingsdwang toe te laten zich te manifesteren in de overdracht, ontstaat er een overdrachtsneurose. De overdrachtsneurose is een kunstmatige ziekte, een nieuwe editie van de problematiek die de patiënt bij ons bracht. Het is een ziekte die op elk moment toegankelijk is voor onze therapeutische interventies en die wordt mogelijk gemaakt door speciale regels en omstandigheden met een voorlopig karakter. De overdrachtsneurose is een artificiële neurose waarin zich de overdrachtsmanifestaties organiseren, draaiend rond de relatie met de therapeut. Het is een doorleefde ervaring in het hier en nu. De opheldering van deze overdrachtsneurose leidt tot de ontdekking van de infantiel-neurose en dit is voor Freud de ideale therapeutische gang van zaken.

In tegenstelling tot wat vnl. onervaren therapeuten denken brengt het éénmalig duiden van de weerstand en/of de overdracht op zich geen verandering teweeg. De weerstand blijft bestaan ook na de interpretatie. Doorwerken is nodig. Doorwerken gaat om de integratie van de interpretatie in de persoonlijkheid en om het zich op doorleefde wijze bewust worden van bepaalde patronen die zich in verschillende contexten hier en nu maar ook ginder en toe herhalen.

In dit doorwerken van de overdrachtsneurose onderscheidt de analyse zich volgens Freud van alle andere psychotherapievormen. De overdrachtsneurose die zich organiseert rond de figuur van de analyticus in de typische kuur organiseert zich op analoge wijze t.a.v. het reconstructief klinisch psychotherapeutisch milieu. Alle conflicten, problemen en symptomen keren in principe binnen dit milieu terug en worden ook daar in hun levende werkelijkheid en doorleefde actualiteit bereikbaar voor therapeutische interventie.

5. *Doorwerken in klinische psychotherapie:*

Uiteraard zijn er belangrijke verschillen tussen een ambulante psychoanalytische therapie en een psychoanalytische georiënteerde klinische psychotherapie. In een ambulante setting gaat het om patiënten die buiten de zittingen, goed genoeg functioneren. Realiteitstoetsing, frustratietolerantie en impulscontrole, de kwaliteit van hun objectrelaties zoals ze ondermeer blijkt uit hun socioprofessionele inschakeling zijn goed en constant genoeg van niveau.

Zij kunnen binnen de zittingen regresseren ten dienste van hun ego terwijl het dagdagelijkse leven een antiregressief en realiteitsconfronterend pendant biedt. Zij kiezen er ook doorgaans bewust voor psychotherapeutisch aan hun moeilijkheden te werken en zijn bereid hiervoor letterlijk en figuurlijk een prijs te betalen.

Patiënten in een klinische setting verblijven daar per definitie omdat ze dysfunctioneren. Ze zijn zij het door een persoonlijkheidsstoornis, zij het door regressie of door een syndromale aandoening in het Ik verzwakt. Dit impliceert dat ze naast een inzichtgevende benadering ook meer behoefte hebben aan externe steun en structuur en aan Ik-versterkende maatregelen. Veelal dienen ze bovendien nog in de psychologische sfeer te worden gebracht en moeten ze erbij geholpen worden infra- of non-verbale psychische inhouden te symboliseren en te verbaliseren i.p.v. ze bv. te somatiseren of uit te ageren.

Aangezien ze onttrokken worden aan het werkelijk leven dient er in een klinisch psychotherapeutisch milieu voldoende ruimte te zijn voor antiregressieve realiteitsconfronterende elementen. De patiënt mag de kliniek immers niet beschouwen als een rustoord of een vluchtheuvel, met andere woorden als een medisch gecertificeerde en gepermitteerde regressie.

De opgenomen patiënt dient er zich van bewust te zijn of van gemaakt te worden dat hij in de beschermende omgeving die de kliniek is, blijft om aan moeilijkheden te werken.

Het doseren van regressie- versus progressiebevorderende componenten aan de hand van een zo juist mogelijke inschatting van het ego-functioneren van de patiënt waarbij deze noch mag overschat, noch overbeschermd worden is in de procesbegeleiding de boodschap. Het aanhouden van een therapeutische taakspanning in de behandeling is daarbij een belangrijk en voortdurend aandachtspunt.

Wat de sturing van het therapeutisch proces betreft spelen mijns inziens een aantal zaken een bepalende rol. Ten eerste, dienen we samen met de patiënt te komen tot realistische therapeutische doelstellingen. Het absolute minimum is het bereiken van een syndromale opklaring en symptoomverlichting al dan niet aan de hand van biologisch psychiatrische en/of bv. gedragstherapeutische symptoomgerichte middelen. Binnen de klinische psychotherapie stelt men zich hier doorgaans niet mee tevreden. Minstens wordt Ik-versterking of vaardigheidsverhoging nagestreefd.

Frustratietolerantie, impulscontrole, realiteitstoetsing, uitvoerende functies van het ego moeten versterkt worden. Een beperkt gamma van primitieve verdedigingsmechanismen moet plaats maken voor meer, hogere en flexibeler defensiestrategie. De evolutie van een en ander binnen het psychotherapeutisch proces valt gemakkelijk af te lezen uit de mate waarin patiënt zich kan onthouden van agerende grensoverschrijdingen. Of hij in zijn expressie binnen het psychische en binnen het woord kan blijven. Bij sommige patiënten worden de therapeutische doelstellingen nog hoger gelegd en streven we een diepgaandere structurerende of herstructurerende persoonlijkheidsverandering na bv. in de zin van toegenomen objectconstantie, verder doorgedreven individuatie-separatie, integratie van liefde en haat, verschuiving van eerder pre-oedipale naar oedipale conflicten.

Een tweede belangrijk principe om het psychotherapeutisch proces te sturen is het bewaken van de werkrelatie, het beoordelen van het niveau van aan het werk zijn. Prof. Verhaest (1986) maakt onderscheid tussen patiënten die iets tonen, iets zeggen, spreken, bespreken, reflecteren tot vrij associëren. Dit vertegenwoordigt immers verschillende niveaus van psychotherapeutisch aan het werk zijn en het zegt iets over toegankelijkheid van het onbewuste en van de psychische realiteit. Eens een bepaald niveau van werken bereikt, raakt het verworven, staat het op het repertoire van de patiënt. Bedoeling van het psychotherapeutisch proces is met andere woorden de motor van het proefondervindelijke spreken op toerental te brengen. Met de patiënt worden deze evoluties op verschillende vlakken met regelmatige intervallen in procesbegeleidende gesprekken besproken. Wat mij brengt bij hoe we in hoofde van de patiënt het psychotherapeutisch proces kunnen stimuleren.

6. *Stimulatie van het psychotherapeutisch proces.*

Door een aantal zaken van de patiënten te verwachten. Ten eerste dat zij hun actieve deelname aan het therapeutisch gebeuren verhogen tegen afhankelijke en regressieve tendensen in. Ten tweede moet de patiënt zijn positie van passief lijdend voorwerp inruilen voor het statuut van een gelijkwaardige, zij het ongelijke medewerker in de therapeutische alliantie waarbij de hulpverlener een bondgenoot wordt in patiënt's zelfobservatie en zelfbeschikking. Ten derde, via bv. de afdelingsvergadering worden de patiënten betrokken bij het bespreken van therapeutische en beleidslijnen. Ten vierde, het therapeutisch programma wordt aangeboden als opdracht voor de uitvoerende functies van het ego. Ten vijfde, er wordt met groepen gewerkt waardoor de participatie en de betrokkenheid wordt verhoogd. Ten zesde, grenzen, regels en afspraken worden bewaakt zoals ook het kader van de therapieën begin- en einduren, frequentie en werkafspraken.

Eén en ander laat voortdurende realiteitsconfrontatie toe en maakt uitgeageerde en/of in overdracht gebrachte intrapsychische conflicten zichtbaar. Ten zevende, het realiteitsprincipe dient expliciet aanwezig gesteld. Het gaat niet om het plezier om het ontdekken van het onbewuste. Bedoeling is patiënten in hun ontwikkeling op gang te brengen zonder dat de realiteit wordt vergeten.

Ten laatste worden voortdurend een aantal zaken in de behandelcultuur aanwezig gesteld: de eindigheid van de klinische psychotherapeutische behandeling, haar principieel en structureel tekort en de unieke particulariteit van elke patiënt, met andere woorden: het verschil.

Zowel bij patiënten als bij verwijzers bestaat immers vaak nog de primitieve fantasie dat klinische psychotherapie wordt gekenmerkt door een totaliserende aanpak waarbij patiënten door de mangel worden gedraaid, opgeslokt en platgewalst door een elke ruimte voor individualiteit wegnemende Moloch. Ik zou dan ook willen eindigen met enkele beschouwingen over

7. *Convergentie versus divergentie.*

Daar waar de Depressiekliniek met zijn klinisch psychotherapeutisch milieu zich in de eerste plaats richt naar de psychodynamiek en psychopathologie van de patiënt en dit tracht te doen binnen een geïntegreerde psychoanalytisch geïnspireerde totaalvisie, biedt het therapeutisch centrum binnen ons ziekenhuis een radicaal ander en complementair aanbod.

De activiteiten van het forum voor persoonsvorming richten zich naar herkenbare psychosociale thema's waarrond psycho-educatief, agogisch, interactioneel en expressief kan worden gewerkt. Deze thema's draaien rond jongvolwassenheid, alleenstaand zijn, huishoudkunst, preprofessionele training en gezond leven.

De patiënten krijgen er de gelegenheid mensen te ontmoeten van andere behandelculturen. Het zijn bij wijze van spreken intramurale buitenhuisactiviteiten die symbolisch de deur naar de buitenwereld openen.

Tegenover de convergente milieutherapeutische dimensie waar het psychotherapeutisch proces wordt gedragen, bieden ze een divergente brug en overstap naar maatschappelijke integratie. Bij patiënten die zich binnen het klinisch psychotherapeutisch proces op kruissnelheid bevinden voegen ze een uitbraak en een socialiserende dimensie toe.

Ook binnen het klinisch psychotherapeutisch milieu zijn er divergente sporen. Patiënt krijgt niet alleen groepsgerichte maar ook geïndividualiseerde therapeutische activiteiten binnen zijn programma aangeboden. In de groep bevinden zich tegelijkertijd volledig gehospitaliseerde en dagpatiënten. Binnen de Depressiekliniek worden zowel ernstig psychiatrisch gestoorde als lichtere neurotische patiënten opgenomen. Voor de ene heeft dit een narcisserend, voor de andere een denarcisserend effect. Afhankelijk van de behandelgroep zijn er ook verschillende verblijfsduren. Tenslotte is er naast psychodynamisch georiënteerde werksoorten ook plaats voor bv. assertiviteitstraining, geïsoleerde gedragstherapie of systeemgeoriënteerde familiebegeleiding waarbij patiënten vanuit een divergente theoretische invalshoek psychotherapeutisch en betekenisverlenend worden benaderd.

8. *Besluit*

Een psychotherapeutisch proces is hoe dan ook een werk van lange adem, maar door een goede sturing, een goede procesbegeleiding, stimulatie van actieve participatie van patiënten op verschillende vlakken en het aanbieden van divergente behandeldimensies, trachten we een optimale verblijfsduur in een klinische setting te bewaken. We werken ondersteunend als het moet en ontdekkend als het kan.

Voortdurend bieden we de patiënten een tweeledig perspectief. Wij zullen u psychotherapeutisch hulp bieden zolang nodig is maar we zullen het kader, de setting en de mate van steun aanpassen aan de progressieve verhoging van uw niveau van (ego) functioneren. Als het moet houden we u vast en van zodra het kan laten we u los. Als een moeder zeggen we “kom” als u komt en als een vader “ga” als u gaat.