

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Beschouwingen over regressie op afdelingsniveau

Marc Hebbrecht

Psychoanalytische ervaring kan behulpzaam zijn op organisatieniveau. Dit wordt geïllustreerd met een praktijkvoorbeeld waarin een behandelafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis regressiesymptomen vertoonde.

Inleiding

De rol van de psychoanalyticus in het hedendaagse psychiatrisch ziekenhuis is niet meer vanzelfsprekend (Reijzer en Pieters 2000). In het door *Tijdschrift voor Psychiatrie* en *Tijdschrift voor Psychoanalyse* gezamenlijk uitgebrachte themanummer werd de relatie tussen psychoanalyse en psychiatrie belicht. De psychoanalyse kan nog steeds een belangrijke bijdrage leveren. Ze beschikt over voldoende vitaliteit om de aansluiting met het wetenschappelijke denkkader van de moderne psychiatrie te hervinden. Van Tilburg (2000) noemt in dit verband de pogingen om kortdurende psychoanalytische therapieën te ontwikkelen voor specifieke stoornissen, de belangstelling voor het empirisch onderzoek van psychoanalytische concepten en de werkzaamheid van psychoanalytische therapie. De psychoanalyse kan de leemte aanvullen die in een objectiverende evidence-based psychiatrie dreigt te ontstaan: ze kan op een unieke wijze de behoefte aan een psychologie die gebaseerd is op subjectiviteit en intersubjectiviteit invullen (Ubbels 2000). De wijze waarop deze subjectiviteit wetenschappelijk het best onderzocht kan worden, is niet echt duidelijk. In het overzichtswerk van Galatzer-Levy e.a. (2000) wordt gepleit voor gevalsstudies en rigoureus uitgevoerde $n=1$ -studies.

Het is echter niet mogelijk om al ons handelen in de psychiatrie op wetenschappelijke gegevens te baseren (Pieters 2000). Bovendien stellen we vast

M. Hebbrecht is diensthoofd klinische psychiatrie in het P.Z. Sancta Maria te Sint-Truiden en als psychoanalytisch psychotherapeut werkzaam in de psychoanalytische dienst van het U.C. Sint-Jozef te Kortenberg. Hij is geaffiliëerd lid van de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse.

Correspondentieadres: Wijkstraat 146, 3700 Tongeren.

dat adequaat voorgeschreven behandelingen, waarvan de werkzaamheid empirisch aangetoond is, door patiënten in een kleine helft van de gevallen niet opgevolgd worden (Mokkenstorm 2000). Het probleem ligt niet alleen bij de patiënt. Ook behandelaars verzuimen vaak effectieve behandelingen voor te schrijven en uit te voeren. Een aspect dat in het themanummer niet aan bod kwam, is de invloed van het functioneren in een zorgorganisatie op het therapeutisch handelen. Psychiatrisch werken speelt zich ook af in een team, ingebed in een organisatie. Binnen organisaties spelen processen die interfereren met effectief therapeutisch handelen.

Niet alleen de psychoanalyse staat ter discussie, ook de toekomst van het psychiatrisch ziekenhuis wordt ter discussie gesteld (Van Ewijk 2000). Het psychiatrisch ziekenhuis is niet langer een log instituut maar ontwikkelt zich geleidelijk tot een coherent geheel van multifunctionele, kleinschalige eenheden, die door speciaal opgeleide teams op een methodische wijze georganiseerd worden zodat optimaal aan de behoeften van een homogene groep patiënten tegemoet wordt gekomen. De behandeling van deze patiënten is gebaseerd op stoornisspecifieke praktijkrichtlijnen. Men kan deze behandel eenheden indelen volgens de leeftijd van de patiënt, de behandelduur, de diagnose of volgens de behandelvisie – die bijvoorbeeld psychoanalytisch kan zijn. Het psychiatrisch ziekenhuis zal waarschijnlijk deel uitmaken van een zorgcircuit dat verantwoordelijk is voor een groot deel van het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in een regio. Ik heb de toestand in België voor ogen. Van Ewijk voorspelt dat in Nederland de psychiatrische ziekenhuizen mogelijk opgeheven en ondergebracht zullen worden bij algemene ziekenhuizen. Hij waarschuwt in dit verband voor het mogelijke verlies van autonomie en de verschraling in verscheidenheid en kwaliteit van zorg.

Psychoanalytisch werken op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis sluit mijns inziens niet uit dat men gebruikmaakt van werkzame farmacotherapeutische en psychosociale interventiestrategieën. Zo kan men bijvoorbeeld een middelengebruikstoornis behandelen op een afdeling die psychoanalytisch georiënteerd is en tegelijkertijd rekening houden met actuele praktijkrichtlijnen (Hebbrecht 1997).

Psychoanalytisch werken in het psychiatrisch ziekenhuis betekent dat men aandacht besteedt aan de gevoelens van patiënten en medewerkers, dat men de totale ervaring van het werken op een afdeling die ingebed is in een organisatie op zich laat afkomen als associatief materiaal, dat men een reflecterende houding aanneemt ten opzichte van deze ervaring en oog heeft voor de onbewuste dimensie. De gevoelens (het werkklimaat) die gewekt worden in de behandelaars zijn ook een weerspiegeling van wat er zich op een dieper niveau afspeelt in de organisatie. Deze gevoelens stellen ons in staat te ontdekken welke regressieve processen op een bepaald moment aan de orde zijn.

In dit artikel zal ik met behulp van een klinisch voorbeeld illustreren op

welke wijze de psychoanalytische achtergrond van een psychiater, verantwoordelijk voor een specifieke dienst van een psychiatrisch ziekenhuis, geïntegreerd kan worden in zijn taak als beleidspsychiater. In de discussie die erop volgt wordt de casuïstiek in verband gebracht met enkele artikelen uit Kernbergs laatste boek: *Ideology, conflict and leadership in groups and organizations* (1998).

Klinisch voorbeeld

De setting Ik beschrijf een situatie die zich voordoet op een behandelafdeling voor patiënten met een middelengebruikstoornis (Hebbrecht 1997). De afdeling is een psychodynamisch steunend milieu waar ongeveer dertig patiënten worden behandeld, vooral alcoholisten, enkele medicatieafhankelijke patiënten en enkele patiënten die verslaafd zijn aan illegale drugs. De patiënten vertonen meestal ernstige persoonlijkheidsstoornissen uit de B-cluster, dus voornamelijk narcistische en in mindere mate borderlinepatiënten. In de psychodynamisch steunende begeleiding stemmen de behandelaars zich af op de psychodynamische thema's die niet specifiek maar wel typisch zijn voor dergelijke patiënten, zoals de veralgemeende Ik-zwakke, hun afweersysteem rond ontkenning en vermijding, en de gebrekkige affectregulatie. Gevoelens ontstaan erg snel, worden als hevig en overspoelend ervaren en onvoldoende als signalen herkend. Gevoelens worden uitgesproken lichamelijk ervaren, daarom niet goed verdragen en vlug afgevoerd door zich met middelen te verdoven of door het affect uit te ageren in plaats van te voelen. Bovendien zijn deze patiënten onvoldoende in staat om goed voor zichzelf te zorgen: ze handelen roekeloos, ondoordacht en impulsief, en bagatelliseren risico's voor de eigen veiligheid en gezondheid en die van anderen. Met de narcistische problematiek hangt samen dat de patiënt slecht uitgerust is om zichzelf en anderen realistisch te waarderen en zichzelf te kalmeren en te troosten. De patiënt gebruikt psychoactieve middelen om deze narcistische economie op peil te houden. Via het middel wordt een afhankelijkheidsrelatie gezocht waardoor regressie mogelijk wordt, troost en warmte geboden worden en remmingen weggenomen. Patiënten vertonen een sterke neiging om anderen tot een verlengstuk van zichzelf te maken. Anderen dienen om behoeften te bevredigen of als externe oplossing voor innerlijke tekorten op het vlak van zelfzorg, affectregulatie en zelfwaarde. Onze patiënten zijn externaliserend ingesteld: ze zijn enerzijds constant op zoek naar externe bronnen van geruststelling en bewondering omdat ze er niet in slagen om die van binnenuit op te roepen en zoeken bij voorkeur externe oplossingen voor interne problemen. Anderzijds vallen ze deze externe bronnen van kalmering voortdurend aan. Verder hopen de patiënten dat hun behandelaars of belangrijke anderen op een magische wijze de problemen zullen oplossen. Naast de zelfpathologie zijn er vaak gebreken op het vlak van specifieke

egofuncties. Het behandelend team beschouwt het tot zijn taak een behandelomgeving te organiseren waarin rekening gehouden wordt met deze psychodynamische thema's. Dit betekent bijvoorbeeld dat men de patiënt niet met zijn afweersysteem en zijn gebreken confronteert maar wel dat men het afweersysteem respecteert en verstevigt, waarbij het uiteindelijke doel van matiging gediend wordt. Voor verslaafde patiënten heeft het middel immers als functie om innerlijke of externe waarheden te onbelangrijk te maken en te verdoezelen. In een steunende begeleiding is het essentieel dat constructieve verandering bij de patiënt door het team wordt opgemerkt en dat er aandacht aan gegeven wordt. Steun komt neer op het toelaten van idealisatie en het realistisch en leeftijdsadequaat spiegelen van wat de patiënt tot stand brengt. Om die reden is een warm, gezellig en voedend leefklimaat belangrijk. Daarnaast is er bij onze patiënten een grote behoefte aan duidelijkheid en consistentie met betrekking tot regels en waarden. Hun geweten is vaak primitief-streng. Voor velen zou regelovertreding telkens gevolgd dienen te worden door een duidelijke sanctie. In het therapeutische milieu wordt vooral geluisterd naar de ageertaal; een regelovertrading is ook een communicatie, brengt iets aan het licht en maakt het mogelijk iets van zichzelf te begrijpen. Er is een dynamisch proces tussen zich afgewezen en in de steek gelaten voelen en de woede die dit met zich meebrengt en die men niet durft te voelen maar daarentegen, onder invloed van middelen, blind uitageert, met destructieve gevolgen voor zichzelf en voor anderen.

Middelengebruik op de afdeling Ik keer nu terug naar een concrete situatie in een periode dat in het ziekenhuis een reorganisatie wordt doorgevoerd (vier afdelingen, waaronder de beschreven afdeling, zullen één cluster vormen – geleid door de psychiater en een psycholoog-coördinator). In die periode is er op de afdeling opwindning rond een klein incident. Een drugsverslaafde patiënt, de heer X, die reeds enkele maanden in behandeling is, heeft ontdekt dat een andere patiënt, mevrouw Y, die pas enkele dagen is opgenomen, een pijnstiller heeft genomen. Dit feit komt aan bod in de vergadering van de grote groep, waar alle patiënten en de meeste teamleden aanwezig zijn. X, een narcistische man met een neiging tot monopoliseren, eist dat er onmiddellijk maatregelen worden genomen tegen Y. Ze dient onmiddellijk de afdeling te verlaten; ze heeft middelen gebruikt op de afdeling, een ernstig vergrijp, en moet gestraft worden. Het behandelend team wordt verweten dat het onderscheid maakt tussen patiënten en zich onvoldoende kordaat en consistent gedraagt. De meest narcistische patiënten scharen zich achter X en dringen aan op maatregelen. Daarnaast is er een zwijgende meerderheid die angstig toekijkt. Slogans weerklinken: een dergelijke overtrading zou op geen enkele afdeling geduld worden. Middelengebruik is immers een ernstige overtrading van het reglement.

In de eerstvolgende teamvergadering wordt het incident besproken. De verpleegkundigen vrezen tumult en dringen aan op snelle interventie. De hoofdverpleegkundige klaagt dat vroeger alles duidelijk en voorspelbaar was, dat hij meer inspraak had maar nu alles over hem heen beslist wordt. Je ziet wat ervan komt! Ik verwonder me over de heftigheid van de emoties, die niet overeenstemt met de ernst van het feit. Ik verneem dat ik enkel de mening van de psychologen en de therapeuten volg en dat de verpleegkundigen zich niet genoeg gehoord voelen, terwijl zij als ploeg juist de 24-uurscontinuïteit verzekeren. In deze broeierige atmosfeer kan ik niet helder denken, alsof mijn denken wordt aangevallen. Het gebeuren heeft een depersonaliserende werking. De discussie gaat eigenlijk weinig over Y, een conflictvermijdende vrouw met depressieve klachten en nog erg verslaafd (slechts een week in opname). De discussie gaat over het creëren van bijkomende regels en over het gebrek aan waardering voor en bevestiging van de verpleegkundigen.

Ik word sterker aangegrepen dan normaal. Het gaat niet meer over het bieden van psychiatrische zorg aan Y, die nog veel ontkent en ook extra medicatie nodig heeft tijdens haar ontwenning. Ik wil echter ook steun blijven geven aan de verpleegkundigen. Er is een compromis nodig, dat aan de behoeften van zowel de patiënten als het personeel tegemoetkomt. De druk die uitgeoefend wordt op mijn denken, leert me dat er primitieve afweer is. De reorganisatie in het ziekenhuis is gepaard gegaan met een dalen van het moreel van de verpleegkundigen, die zich minder geapprecieerd voelen. Anderzijds staan zij ook bloot aan de druk van de patiënten met hun narcistische behoeften. Het gevolg is enig defaitisme, dat ook door de patiënten goed wordt gevoeld. Het steunende klimaat is tijdelijk verzwakt; de sfeer is verkild; afspraken met patiënten worden uitgesteld, koffiepauzes lopen uit omdat er nogal wat ongenoegen geventileerd wordt over de veranderde gang van zaken. De geneesheer-assistent stelt het dagelijks bezoek aan de afdeling regelmatig uit, omdat er veel werk is op de andere afdelingen en hij het geroddel ook wel vervelend begint te vinden. Hij stoort zich eraan dat er telkens beroep op hem wordt gedaan voor onbenullige zaken, die men tijdens de wekelijkse bijeenkomst met mij als afdelingshoofd zou kunnen bespreken. De patiënten komen vooral met somatische klachten, die volgens hem op een vraag naar aandacht berusten. De afdeling wordt door hem als zuigend ervaren. Ik ervaar de teamvergadering reeds enkele weken als erg vermoeiend; vooral banaliteiten en praktische aangelegenheden over regels en uitzonderingen. Na de teamvergadering blijft dit gevoel hangen. Tevens ontstaat een irrationele vrees de situatie niet meer in de hand te hebben. In de weekends zijn er meer patiënten die terugvallen dan voor de reorganisatie. Meer nieuw opgenomen patiënten breken de behandeling voortijdig af.

Het incident over het medicatiegebruik biedt mij de mogelijkheid om de kilte sfeer echt te voelen en erover te reflecteren. Het doorleven en doorwerken

van dit gevoel vraagt enkele weken. Ik neem het initiatief om een overleg te organiseren tussen de coördinator en de hoofdverpleegkundige, waarbij deze laatste meer regelmatig overleg aangeboden krijgt en meer in zijn functie bevestigd wordt. Patiënt X wordt uitgenodigd voor een individueel gesprek en geconfronteerd met de druk die hij op iedereen uitoefent. Ten opzichte van X wordt vooral de projectieve identificatie verhelderd: hij kan heftige gevoelens over een ambigue situatie moeilijk verdragen; er moet onmiddellijk zekerheid gebracht worden en de situatie moet op een almachtige manier gecontroleerd worden. Hij kan er niet goed over nadenken. Hij oefent daarbij druk uit waardoor hij het anderen moeilijk maakt om de situatie rustig te beoordelen. Bovendien verliest hij het zicht op de realiteit; hij meent dat hij invloed heeft op situaties die buiten zijn bevoegdheid vallen. Patiënte Y wordt gewezen op haar onderdanigheid; hoe ze zich weg-cijfert en opoffert en niet van zich laat horen. Het gebruik van middelen is een communicatie via de actie, niet met woorden. Haar medicatie wordt aangepast, er wordt afgesproken dat de verpleegkundige en de arts haar de komende weken regelmatig zien. Deze afspraken waren slechts mogelijk nadat ik zelf een lastige periode had doorgemaakt: de teamleden deden me voelen wat zij al veel langer hebben gevoeld en wat niet zo met woorden werd gezegd. Het was alsof ik lastige gevoelens te verteren kreeg alvorens er weer helder gedacht en van mening kon worden gewisseld. Deze lastige periode ging geruime tijd aan het incident vooraf en was een niet te vermijden incubatiestadium voor er inzicht in de situatie kon worden verkregen.

Discussie

Analytici met enige ervaring met groepsprocessen herkennen het wanneer primitieve groepsmechanismen negatief interfereren met de gerichtheid van het team op de primaire behandeltaak: diagnostiek, stoornisspecifieke behandeling en het ondersteunen van de psychosociale rehabilitatie van verslaafde patiënten in een hoopvolle, optimistische, sociale atmosfeer. Een reorganisatie in het ziekenhuis heeft als gevolg dat de bestuursstructuur minder overzichtelijk wordt, hetgeen angst en een voorbijgaande regressie induceert. Regressie in een organisatie kan door vele oorzaken tot stand komen: beperking van de middelen (budgetbeperking, personeelsafvloeiing), wijzigingen in de institutionele politiek (zoals in het besproken geval), het veranderen van taak en ideologie, het verzwakken of falen van het leiderschap op verschillende niveaus in de organisatie. Regressie in een organisatie kan veroorzaakt worden door externe factoren (bijvoorbeeld een politieke maatregel met implicaties voor de nationale geestelijke gezondheidszorg) of door pathologische processen van binnenuit (bijvoorbeeld fouten bij de aanstelling van personeel, waardoor mensen met ernstige karakterpathologie benoemd worden, projectieve processen, maligne narcisme in het midden- en bovenkader). De regressie in de beschreven organisatie onthult zich via een reeks andere

fenomenen. Hierbij benoem ik de regressieve processen zoals ze door Kernberg (1998) beschreven worden.

1. Het behandelteam komt steeds minder toe aan het vervullen van de *primaire behandeltaak*. In ons specifieke geval manifesteert zich dit als volgt. Gesprekken met patiënten worden uitgesteld. Therapeutische sessies vinden niet op de afgesproken momenten plaats. Er worden fouten in de medicatiebedeling gemaakt. Afspraken worden niet doorgegeven. Koffiepauzes lopen uit. De patiënt die een gesprek aanvraagt, hoort dat men het druk heeft. Teamvergaderingen lopen uit, gaan over banaliteiten, maar zijn toch vermoeiend.

2. Het narcisme wordt bedreigd. De hoofdverpleegkundige voelt zich onbelangrijk en klaagt over weinig erkenning terwijl de psychiater piekert over de zin van zijn beroepskeuze (in ons voorbeeld). Kernberg stelt dat een regressie in de organisatie de meer pathologische karaktertrekken van de leiders aan het licht brengt. De best geïntegreerde personeelsleden regrediëren depressief en psychosomatisch (burn-out), fantaseren over ander werk maar voelen zich verlamd. Narcistische persoonlijkheden worden corrupt, vertonen antisociaal gedrag en ageren, worden onbetrouwbaar en gaan de meer afhankelijke patiënten terroriseren. Beter geïntegreerde persoonlijkheden durven hun behoeften steeds minder kenbaar te maken.

Ook in ons voorbeeld zagen we dat de meest narcistische patiënten zich opwierpen als informele leiders en in opstand kwamen. Dit was vooral zichtbaar tijdens de bijeenkomsten in de grote groep. Overigens vertoont het afdelingsgebeuren steeds meer kenmerken van een ongestructureerde grote groep (Kreeger 1975). In zijn boek beschrijft Kreeger de volgende verschuivingen wanneer grotegroepsprocessen op de voorgrond treden: er wordt niet meer naar elkaar geluisterd, de eigen identiteit van de patiënten en personeelsleden wordt niet meer als scherp onderscheiden gezien, alsof iedereen over een zelfde verantwoordelijkheid of beslissingsbevoegdheid beschikt. Een echt gesprek of overleg komt niet op gang; de communicatie verloopt discontinu. De meeste patiënten en teamleden trekken zich op zichzelf terug, voelen zich minder verbonden met de afdeling en ervaren op de afdeling een gevoel van isolatie en onmacht. Om dit gevoel van onmacht te verlichten, klampt men zich vast aan 'common sense trivialities' en clichés. Op de afdeling wil een narcistische patiënt zich opwerpen als de informele leider. Hij lanceert een simplistische opvatting waarin onze genuanceerde behandel filosofie gereduceerd wordt tot een kalmerende clichédoctrine en presenteert haar met een overtuiging alsof het om een absolute waarheid gaat: 'Goed is hij/zij die niet gebruikt op de afdeling; wie iets neemt zonder toestemming is slecht en moet weg.' De teamleden raken besmet door deze homogeniserende en generaliserende uitspraak en krijgen het moeilijker om voeling te houden met en gebruik te maken van hun specifieke competenties. Individuele teamleden weten steeds minder wat van hen verwacht wordt. Wie tijdens de teamvergade-

ring blijk geeft van originaliteit en creativiteit, wordt aangevallen. Er is agressie voelbaar en ook angst voor het losbreken van agressie. Het afdelingsreglement wordt verheven tot de absolute standaard voor een optimaal teamfunctioneren en zou slaafs gevolgd moeten worden. Hierin herkennen we een regressie naar de simplistische, conventionele zwartwit-moraliteit van het latentiekind.

3. *Er ontstaat een paranoïde sfeer.* Er wordt meer geroddeld over de andere teamleden. Wanneer men samen zit, wikt men zijn woorden. Men wordt voorzichtiger, let op zijn woorden en hoort dubbele betekenissen en bijbedoelingen. Kortom men vertrouwt elkaar niet langer.

4. *De bureaucratie neemt toe.* De regels, het kader, de administratieve taken worden een doel op zich en zijn niet langer een middel bij het uitvoeren van de taak. Volgens Kernberg is bureaucratisering één van de manieren om processen in de ongestructureerde grote groep te controleren. Andere manieren zijn het gebruik van macht, ritualisering, de gemeenschappelijke ideologie en een overzichtelijke bestuursstructuur.

Een manier om de regressie op afdelingsniveau te verminderen hield in dat de afdelingspsychiater zich duidelijker in zijn machtspositie profileerde en dat ook de hoofdverpleegkundige in zijn gezagspositie bevestigd werd. De samenwerking met andere afdelingen had tot gevolg dat de afdelingsvisie minder als een cohesiebevorderende factor werd gevoeld en dat de bestuursstructuur met de beschrijving van de verschillende taken door de teamleden als minder duidelijk werd ervaren; twee oorzaken van de tijdelijke regressie.

Kernberg schrijft dat een organisatie slechts effectief kan functioneren op voorwaarde dat de bestuursstructuur in overeenstemming is met de taak van de organisatie. Wanneer dit niet het geval is, kan dit aan de basis liggen van regressie in de organisatie.

Een behandelafdeling voor patiënten met middelengebruikstoornissen heeft verschillende taken: het creëren van een alcohol-, medicatie- en drugsvrije omgeving; het aanbieden van een gespecialiseerde behandeling die aangepast is aan de behoeften van de individuele patiënt; het wekken van hoop en optimisme naast het bevorderen van de zelfwaarde. Als een team zich enkel concentreert op het in stand houden van haar bestuursstructuur, haar takensysteem of haar afdelingsfilosofie, ten koste van het eigenlijke doel, heeft dit volgens Kernberg op termijn fatale gevolgen. Hij illustreert dit met het voorbeeld van sommige therapeutische gemeenschappen waar het in stand houden van een democratische ideologie een doel op zich was geworden en niet een tactische maatregel die in dienst stond van de individuele patiënt. Op een afdeling voor verslavingsbehandeling kan het bijvoorbeeld problematisch worden wanneer men zich louter fixeert op het drugsvrij houden van de afdeling en dit tot een ideologie verklaart, die vervolgens een doel op zich wordt.

Bureaucratisering is één manier waarop een organisatie zich verdedigt

tegen de primitieve agressie die kan losbreken in ongestructureerde grote groepen. Een bureaucratie biedt het sociale systeem rationeel gedetermineerde hiërarchieën, waarbij vastgesteld wordt wie verantwoordelijk is voor wat en wie aan wie rekenschap moet geven. Bovendien wordt dit publiek gemaakt om te beschermen tegen willekeur. Wanneer er regressie in de organisatie optreedt, ziet men dat de bureaucratisering en ritualisering toenemen waardoor innovatie bemoeilijkt wordt. Toenemende bureaucratisering gaat gepaard met verlies aan efficiëntie. Het bureaucratische systeem dat oorspronkelijk diende om agressiviteit te beteugelen wordt dan geïnfiltreerd door de agressiviteit die ze moest onderdrukken. Op deze wijze kan een afdeling tot een rigide bureaucratie verworden waar iedereen zich ergert aan de administratieve rompslomp en zich voelt stikken onder de eigen reglementen. Het klimaat wordt steeds killer en saaier. Psychoanalitici herkennen hierin de terugkeer van het verdrongene: de verdediging tegen een vijand wordt tot vijand.

5. *Het therapeutische rendement van de afdeling daalt.* Het aantal opnames daalt, er vinden minder opnames van nieuwe patiënten plaats, er is meer terugval en vertrek tegen advies, het aantal verwijzingen neemt af.

6. *Het werkklimaat raakt verziekt* wanneer de organisatie niet meer aan haar primaire taak toekomt en de taakgerichte groepen steeds meer gaan lijken op 'basic assumption groups' (Bion 1961). Er ontstaat als het ware een met de taak interfererende emotionele groep, die onoverzichtelijk en chaotisch lijkt te zijn en waarin tijd, realiteit, rede en begrijpen geen rol meer spelen. In het voorbeeld functioneert het team onder een 'fight-flight assumption'. De basisveronderstelling van afhankelijkheid is ook werkzaam in ons voorbeeld, maar werd toch overschaduwd door die van fight-flight. De directie wordt gezien als de gemeenschappelijke vijand want zij (weliswaar na voldoende voorafgaand overleg) heeft het nieuwe beleidsplan geïmplementeerd. Het team verwacht van de afdelingspsychiater dat hij al zijn energie concentreert op het overtuigen van de directie van haar ongelijk. Binnen het team worden drie subgroepen gevormd: de therapeuten met de psycholoog als leider, de verpleegkundigen en de geneesheren. De verpleegkundigen voelen zich in een slaafse slachtofferpositie gedrukt door een dominerende en controlerende afdelingspsychiater. In het voorbeeld is het team in de greep van primitieve afweermechanismen ter verdediging tegen archaische angsten: splitsing, projectie van agressie en projectieve identificatie. De afdelingspsychiater voelt zich onder druk, voelt zich gedepersonaliseerd en inspiratieloos, niet in staat tot helder denken.

Het vraagt energie om deze ervaring te integreren en te verdragen ('containment'). Volgens de theorie van Bion zou men kunnen stellen dat de psychiater als taak heeft zintuiglijke indrukken, ruwe data zonder betekenis, sensaties die onsamenhangend zijn, onverteerd en met een achtervolgend of depressief karakter, en die door de teamgroep geproduceerd worden, in zich op te nemen en te transformeren zodat ze bruikbaar worden

voor het denken. Een psychoanalytische opleiding en ervaring helpen bij het verdragen en verteren van deze ervaring tot intuïtie, inspiratie en denken. Bovendien bieden zij een referentiekader om deze mechanismen te begrijpen. Zo kan men op grond van de theorieën van Bion (voor een overzicht: Symington & Symington 1996) de tegenoverdracht gebruiken als een verfijnd instrument, dat het mogelijk maakt om onbewuste processen die zich in personen en groepen afspelen, te achterhalen. Analytisch denken en de eigen intuïtie in therapeutische zin aanwenden, is iets anders dan bewust nadenken. Het gevoel niet helder te kunnen denken is een aanwijzing dat er projectieve identificatie in het spel is. Hierbij worden we als behandelaars bestookt door inhouden van de patiënt, die hij afsplitst en met kracht in ons duwt omdat hij ze in de eigen psyche niet kan bevatten. Wil een organisatie haar werkklimaat positief houden, dan is het wenselijk dat de mensen in sleutelposities zich ervan bewust zijn hoe agressie in de organisatie gekanaliseerd wordt. Tevens dienen ze aandacht te besteden aan de afhankelijkheidsbehoeften van hun personeel door steunend aanwezig te zijn en directief in te grijpen op crisismomenten. Seksuele acting out in een organisatie kan er bijvoorbeeld op wijzen dat afhankelijkheidsbehoeften van teamleden te zeer gefrustreerd worden. In het psychiatrisch ziekenhuis, waar gewerkt wordt met een patiëntenpopulatie die sterke behoeften heeft op het vlak van afhankelijkheid, verdient dit aspect extra aandacht. De klacht dat men wanneer men als personeelslid in een ziekenhuis zelf ziek wordt, op weinig medeleven en troost kan rekenen, zou op die manier kunnen worden voorkomen. Rekening houden met de narcistische dynamiek binnen de teamgroep betekent dat erkenning en bevestiging worden geboden voor wat teamleden goed doen.

Besluit

In dit artikel wordt geïllustreerd hoe we onze psychoanalytische achtergrond kunnen gebruiken bij het aanvoelen van en nadenken over de werksfeer op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Een afdelingsklimaat is onderhevig aan fluctuaties. Een kille sfeer kan begrepen worden als een voorbijgaand symptoom dat tot stand komt als gevolg van een regressie van de groepsprocessen in de richting van 'basic assumptions groups' of van een ongestructureerde grote groep. Bij het doseren van deze regressie wordt vooral belang gehecht aan het bevatten en dragen van primitieve angsten en agressie zoals deze gewoonlijk eerst ontstaan in de patiëntengroep en geleidelijk de teamgroep besmetten. Daarbij is het verhelderen van de primitieve afweer (projectieve identificatie) belangrijk. Maar ook het omgekeerde kan het geval zijn. Veranderingen in het ziekenhuis als organisatie kunnen primitieve angsten in de teamgroep teweegbrengen en secundair de patiëntengroep 'besmetten'. Hierbij wil ik benadrukken dat regressie in een organisatie onvermijdelijk en noodzakelijk is in het kader van verdere ontwikkeling. Het oordeelkundig veranderen van een organi-

satie houdt niet alleen in dat men een duidelijk beleidsplan en een omschreven veranderingsstrategie opstelt maar ook dat men onbewuste groepsprocessen herkent en weet te hanteren. Deze visie is niet in tegenspraak met een stoornisspecifieke, evidence-based behandeling van de individuele patiënt maar hieraan complementair. Het is echter niet eenvoudig om enerzijds een voldoende passieve en receptieve houding op te brengen die toelaat het afdelingsklimaat te registreren terwijl men anderzijds als actor betrokken is en door de eigen positie als teamlid of beleidsverantwoordelijke ook dit afdelingsklimaat meebepaalt. Maar het past wel in de huidige analytische mode (bijvoorbeeld: toelaten van tegenoverdrachtelijke enactments, die men vervolgens analyseert).

De invloed van het leiderschap en de circulaire processen tussen leider en organisatie werden in deze bijdrage niet verder besproken. De kwaliteit van het leiderschap zal in belangrijke mate bepalen of een organisatie groeit dan wel achteruitgaat. Leider en organisatie beïnvloeden elkaar wederzijds. Kernberg beschrijft de gevaren van toenemende regressie in de organisatie wanneer narcistische of paranoïde leiders aan de macht komen. Paranoïde leiders zullen elke oppositie onderdrukken waardoor er een klimaat ontstaat van algemeen wantrouwen, zoals in een totalitaire maatschappij. Narcistische personen voelen zich juist aangetrokken tot leidende posities vanwege het persoonlijke prestige dat ze erdoor kunnen verwerven. Ze voelen zich echter niet echt begaan met de creatieve ontplooiing van hun medewerkers, wat op termijn fatale gevolgen heeft voor het functioneren van de ganse organisatie.

In deze bijdrage is het overdrachtsthema, een bij uitstek psychoanalytische aangelegenheid, buiten beschouwing gelaten. Het was mijn bedoeling aan de hand van een casus een proces te belichten dat schuil kan gaan achter een schijnbaar banaal symptoom, namelijk de herrie rond het feit dat een patiënte zonder toestemming een pijnstiller gebruikt. Er is veel te zeggen over de oedipale en preoedipale overdrachtsverschijnselen die op een dergelijke afdeling tot uiting komen. Overigens is dit één van de essenties van ondersteuning: er wordt met de overdracht gewerkt, de gematigd positieve overdracht wordt niet geduid, sterk negatieve en extreem positieve overdrachten worden alleen verhelderd wanneer ze de taakgerichte samenwerking verstoren en het therapeutisch proces dreigen te blokkeren. Voor een bespreking van dit aspect verwijs ik naar andere bijdragen (Hebbrecht 1995).

Methodologisch kan men heel wat aanmerken. Ik schrijf vanuit een positie waarin ik zowel actor (afdelingspsychiater) als observator ben. Mijn enige bedoeling was te illustreren dat behandeling zich niet hoeft te beperken tot de stoornis van de individuele patiënt maar ook inhoudt dat men zich onderzoekend openstelt voor de dynamiek van de afdeling en de organisatie. In het geval van afdelingsregressie is ook de psychiater in het regressieve proces betrokken. Ook dit werd geïllustreerd (depersonalisatie, voorbijgaande gevoelens van burn-out).

De psychoanalytische invalshoek is één mogelijke benadering om deze dynamiek te onderzoeken. Hiermee wens ik geen uitspraken te doen over de waarde ervan ten opzichte van andere benaderingen. Alleen vergelijkend onderzoek kan deze vraag beantwoorden.

Wel is het zo dat er vanuit psychoanalytische hoek heel wat interessante overzichtspublicaties zijn verschenen over de psychoanalytische studie van organisaties. De geïnteresseerde lezer wil ik graag verwijzen naar auteurs als De Board (1978), Kets de Vries & Miller (1984), Menzies Lyth (1988) en Hinshelwood & Skogstad (2000).

Literatuur

- Bion, W.R. (1961), *Experiences in Groups*. Tavistock Publications, Londen.
- De Board, R. (1978), *The Psychoanalysis of Organisations*. Tavistock Publications, Londen.
- Ewijk, W.M. van (2000), De toekomst van de psychiatrische centra. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, 23-28.
- Galatzer-Levy, R.M., H. Bachrach, A. Skolnikoff, S. Waldron Jr. (2000), *Does Psychoanalysis work?* Yale University Press, New Haven.
- Hebbrecht, M. (1995), Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie 1994-1995*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 194-206.
- Hebbrecht, M. (red.) (1997), *Bouwen aan een Basis. Aspecten van behandeling bij middelengebruikers*. Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria, Sint-Truiden.
- Hinshelwood, R.D., en W. Skogstad (2000), *Observing Organisations*. Routledge, Londen.
- Kets de Vries, M.F.R., en D. Miller (1984), *The Neurotic Organization*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Kernberg, O.F. (1998), *Ideology, conflict and leadership in groups and organizations*. Yale University Press, New Haven.
- Kreeger, L. (red.) (1975), *The Large Group: Dynamics and Therapy*. Constable, Londen.
- Menzies Lyth, I. (1988), *Containing Anxiety in Institutions*. Free Association Books, Londen.
- Mokkenstorm, J.K. (2000), Het voordeel van de twijfel. Het divergerende conflict als ontmoetingspunt tussen psychoanalyse en psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, p. 693-698/*Tijdschrift voor Psychoanalyse* 6, p. 178-184.
- Pieters, G. (2000), Psychoanalyse en evidence-based psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, p. 651-658/*Tijdschrift voor Psychoanalyse* 6, p. 124-134.
- Reijzer, H. en G. Pieters (2000), Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, p. 639-641/*Tijdschrift voor Psychoanalyse* 6, p. 110-112.
- Symington, J en N. (1996), *The Clinical Thinking of Wilfred Bion*. Routledge, Londen.
- Tilburg, W. van (2000), Psychoanalyse en psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, p. 643-650/*Tijdschrift voor Psychoanalyse* 6, p. 113-123.
- Ubbels, J. (2000), Psychiatrie en psychoanalyse in beweging. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 42, p. 659-666/*Tijdschrift voor Psychoanalyse* 6, p. 135-145.

Summary

This article illustrates how the psychiatrist can recognize the beginning of regression in a psychiatric service. A psychoanalytic training can help to detect the first symptoms rapidly.

A bad work climate may be caused by regression of the task group to 'basic assumption groups' and to the unstructured large group. This clinical experience has been related to the work of Kernberg (1998) and Bion.