

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

De koffiemachine, de teambijeenkomst en de divan

Psychoanalytisch behandelen in een (semi)residentiële setting

MYRIAM VAN GAEL

Sinds de jaren twintig van de vorige eeuw hadden psychoanalytici invloed op het werk in de toenmalige «asielen». Zo ontstonden de eerste psychoanalytische residentiële behandelcentra: Tegel in Duitsland, Menninger Clinic en Chestnut Lodge in Amerika. Het psychoanalytische verlangen om betekenis te vinden in de zogenaamde waanzin garandeerde een meer humaan tegengewicht voor de verschrikkingen van de oude institutionele aanpak. Na de Tweede Wereldoorlog werkten de belangrijkste residentiële behandelcentra vanuit een psychoanalytisch model.

Aanvankelijk wilde men vooral de indicatiecriteria voor de klassieke analyse uitbreiden; er werden letterlijk divans binnengedragen in het psychiatrisch ziekenhuis. Het leven in de kliniek was achtergrond, stond ten dienste van het échte psychoanalytische werk in de therapiekamers. Eigenlijk ging het om ambulante psychoanalyse in een residentieel kader.

Geleidelijk aan kregen psychoanalytici aandacht voor wat er in het samenleven op de afdeling gebeurde. In eerste instantie werden bipolaire behandelmodellen ontworpen, met een scheiding tussen de sociotherapeutische en de psychotherapeutische sfeer. Het denken over de overdracht gebeurde in de psychotherapie; in de sociotherapeutische sfeer vond «sociaal leren» plaats. Later ontstonden meer geïntegreerde modellen, waarbij al wat er in het samenleven en in diverse therapeutische sessies plaatsvond werd benaderd als koren voor de psychotherapeutische molen (Janssen 1986).

Het analytische denken en spreken verplaatste zich naar de teamvergaderingen en bij uitbreiding naar de koffiekamer; overal waar teamleden elkaar ontmoetten. Daar — en in groepsbijeenkomsten samen met patiënten — werden de dynamieken in individuele relaties, in groepen en in de hele instelling onderzocht. De psychoanalytische input zorgde voor experiment en innovatie.

Het residentiële werk heeft op zijn beurt de psychoanalyse diepgaand beïnvloed. Het werk met patiënten met ernstige psychopathologie vereiste een denken over de vroege stadia van psychische ontwikkeling, over primitieve defensies, over actie als defensie en als communicatie. Pioniers in de residen-

tiële centra zorgden voor belangrijke evoluties in het denken over tegenoverdracht. Er kwam vanzelfsprekend meer aandacht voor relationele aspecten van psychopathologie, voor de wisselwerking tussen het intrapsychische en het interpersoonlijke. Vanuit de klinieken ontstonden verschillende vormen van psychoanalytisch geïnspireerde psychotherapie, individueel en in groepsverband, aangepast aan verschillende niveaus van psychopathologie.

Psychoanalytici werkten er in nauw contact met andere disciplines en gingen de dialoog aan met andere wetenschapsgebieden, wat leidde tot mooie samenwerkingsprojecten zoals dat van Stanton en Schwartz (1954), een psychiater en een socioloog die de invloed onderzochten van de dynamiek in de teamgroep en in de instelling op manifestaties van psychopathologie. Er werd onderzoek gedaan naar processen in kleine en grote groepen. Als vanzelf werd de psychoanalyse hier aangezet tot reflectie over de impact van maatschappelijke factoren op psychopathologie en tot sterker sociaal bewustzijn. Ervaringen in klinieken zorgden voor de druk en de uitdaging waardoor psychoanalytici zich sociaal engageerden, en manieren van werken ontwikkelden buiten het klassieke kader; van de divan naar de leefruimte, van de supervisiesetting naar de teambijeenkomst. Beweging, actie, reële ontmoeting en samenwerking kenmerken het werk in een residentieel kader en gaan isolement en stilstand tegen.

In 1957 schreef Thomas Main, de toenmalige medisch directeur van het Londense Cassel Hospital, een artikel dat nog steeds erg actueel is. Main zag het psychoanalytische in een instelling vooral als het stimuleren en in stand houden van een *culture of enquiry* — een houding waarbij individuen, groepen en de gemeenschap hun functioneren en impact op elkaar voortdurend onderzoeken. Die onderzoekscultuur wordt voortdurend ondermijnd door afweermechanismen van individuen, van groepen en van de instelling. Main voerde enkele voor die tijd opmerkelijke veranderingen door, zoals het oprichten van een *family unit*, het opnemen van moeders samen met hun baby en de afbouw van bedden om meer ambulante werking te voorzien (Main 1958).

In het betreffende artikel doet Main (1957) verslag van een onderzoek naar behandelmislukkingen door middel van groepsgesprekken met de verpleegkundigen die bij de behandeling van deze patiënten betrokken waren. Hij bespreekt de kenmerken van de patiënten en de dynamieken in het team die tot de behandelmislukking bijdroegen, met een erg herkenbare beschrijving van splitsingsfenomenen en teamdesintegratie. Deze tekst vertegenwoordigt voor mij het beste wat de psychoanalyse te bieden heeft aan het werk in residentiële settings: een diepgaand onderzoek van het denken en handelen van zichzelf en anderen, strevend naar een beter begrip van intrapsychische en relationele fenomenen.

¶ *Een zorgwekkende hedendaagse trend*

De psychoanalyse is niet langer toonaangevend in residentiële behandelcentra. In de Verenigde Staten en in Groot-Brittannië werden de meeste psychotherapeutische gemeenschappen en klinisch psychotherapeutische afdelingen gesloten, veelal om economische, niet om klinische motieven. Ook in Nederland en Vlaanderen werden en worden nog steeds heel wat klinisch psychotherapeutische behandelcentra gesloten. In een recent artikel beschreef Rob Koks (2015) deze evolutie in Nederland. Ook in Vlaanderen werden in een recent verleden enkele bekende psychoanalytisch georiënteerde behandelafdelingen gesloten, zoals De Wending. Eind 2016 zal ook mozaïek, de afdeling waar ik werk, gesloten worden.

Maatschappelijke en economische factoren spelen hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol. Inmenging van overheid en van verzekeringsbedrijven leidt tot een tendens van kortere opnames, met nadruk op snelle diagnostiek, crisis-hantering en kortdurende behandeling. Symptoombehandeling en omgevingsmanipulatie worden daarbij als vanzelfsprekend ingezet.

Deze evolutie kan ook vanuit een andere invalshoek bekeken worden. De samenleving heeft de opdracht om te gaan met een enorm toegenomen vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Ook kansarme mensen en immigranten die vanuit allerlei hoeken van de wereld toestromen, melden zich voor psychologische hulp. Waar de voorziene budgetten naartoe gaan moet een zorg voor ons allemaal zijn. Langdurige klinische psychotherapie is een effectieve, maar ook zeer dure behandeling (Koks 2015). De inzet van deze middelen moet verantwoord worden.

Het Cassel Hospital bestaat nog en behield bovendien het wezenlijke van de door Main geïntroduceerde manier van werken. Er is uiteraard ook wel wat veranderd, onder meer op basis van onderzoek. Dit verliep niet zonder slag of stoot. Deze geschiedenis leert ons iets over het eigen aandeel van de psychoanalyse in haar tanende invloed op vele terreinen. Daarom ga ik hier even dieper op in.

¶ *De weerstand van de psychoanalyse*

Marco Chiesa, onderzoeksdirecteur van het Cassel Hospital, wilde in een innovatief onderzoek twee behandelprogramma's vergelijken: een langdurig residentieel en een *step-down*-programma met een kortere residentiële periode, gevolgd door een nauw aansluitende lange ambulante en outreachende fase (Chiesa e.a. 2003; Chiesa 2005). Bij de onderzoeksimplementatie botsten de onderzoekers op felle weerstand en zelfs op sabotage vanuit delen van het ziekenhuis. Er heerste een stellige overtuiging dat het onderzoek het wezen van de werking zou vernietigen, het proces van de patiënten zou verstoren, dat patiënten nadeel zouden ondervinden door de uitsluiting uit het langdurige

programma. Chiesa beschrijft zijn verrassing over dergelijke reacties in een kliniek die een *culture of enquiry* als het wezen van haar benadering ziet (Chiesa & Fonagy 2010). Hij beschrijft gelijksoortige problemen in een naturalistisch multicenter-onderzoek, opgezet om de evidentiebasis van psychoanalytische behandelingen te versterken.

De evidentiebasis voor psychoanalytische behandelingen, vooral voor onze gekoesterde langdurige behandelvormen, blijft vooralsnog relatief beperkt. Aan dergelijk onderzoek zijn ook heel wat problemen verbonden. Maar de houding in sommige psychoanalytische kringen tegenover onderzoek is dubbelhartig (Fonagy 2003). Enerzijds wordt betoogd dat de resultaten van analytische behandelingen empirisch niet te vatten zijn. Anderzijds worden beschikbare onderzoeksgegevens die de effecten ervan bevestigen niet zelden triomfantelijk geciteerd. Onderzoek wordt niet gebruikt om vragen te beantwoorden en keuzes te maken, maar wel om het eigen gelijk te bevestigen.

Psychoanalytici participeren te weinig aan de bredere gemeenschap van de wetenschappen en houden kritisch afstand tegenover disciplines als geneeskunde, neurowetenschappen en psychologie. Er lijkt angst voor assimilatie en besmetting, voor verlies van eigenheid (Fonagy 2003; Chiesa & Fonagy 2010). De *splendid isolation* die hieruit resulteert komt de geloofwaardigheid van de psychoanalyse niet ten goede en zorgt mede voor de daling van het aantal kandidaten in opleiding (Damsa e.a. 2010).

In psychoanalytische verenigingen wordt niet zelden wantrouwig of zelfs vijandig omgegaan met vernieuwers, met nieuw ontwikkelde behandelvormen, ideeën en samenwerkingen. Mary Target stelt in *Psychoanalytic psychotherapy now — Where do we fit in?* (2010) onder meer de vraag hoe op dit moment in psychoanalytische verenigingen omgegaan zou worden met kandidaten of leden met Freuds experimenteer- en vernieuwingsdrang. Wellicht zullen zij met zekere argwaan bekeken worden en voortdurend het risico lopen als 'niet echt analytisch' te worden gebrandmerkt. Door op deze manier vast te houden aan oude vormen en ideeën kan onvoldoende duidelijk worden gemaakt dat de psychoanalyse zaken te bieden heeft die in confrontatie met de uitdagingen van deze tijd de moeite waard zijn.

¶ Een visie op hedendaagse (semi)klinische behandeling

Hoewel de psychoanalyse en de langdurige klinische psychotherapie momenteel fundamenteel — en in zekere zin terecht — bevraagd worden en zelfs ter discussie worden gesteld, lijkt het juist en vanzelfsprekend dat zij allebei een plaats moeten en kunnen hebben in het GGZ-landschap.

Een aanzienlijke groep mensen heeft een beschermende en stimulerende omgeving nodig om een wezenlijk veranderingsproces aan te gaan. Het indicatiegebied kan worden omschreven in termen van deze noodzaak. Het zijn mensen bij wie ambulante behandelingen falen en/of bij wie behandeltrouw

een belangrijk obstakel is. De problematiek van behandelfalen wordt toenevend erkend. Er is een categorie patiënten waarop evidence-based behandelingen van verschillende aard en omvang stevast geen of zelfs nadelig effect hebben. Het gaat hier over mensen met complexe psychopathologie en aanzienlijke comorbiditeit, waarbij persoonlijkheidsfactoren een rol spelen. Vaak is er een geschiedenis van trauma, verwaarlozing en verlies (Plakun 2006).

De procesmatige omschrijving van de oorzaken van de behandelresistentie biedt aanknopingspunten voor de behandeling. Het gaat onder meer over:

- ernstige hechtingsproblematiek met sterke impact op de relaties van de patiënt, dus ook op de behandelrelatie;
- mentale processtoornissen die bepalend zijn voor de manier waarop de geest werkt;
- verlies van *agency*, verantwoordelijkheid voor eigen handelen en moeilijkheden;
- negatieve overdracht en tegenoverdracht.

Vanuit deze procesmatige omschrijving kunnen heldere behandeldoelen en werkwijzen omschreven worden die richting geven aan zowel teamleden als patiënten.

De processen die een rol spelen in behandelresistentie komen samen in het concept *epistemic trust*, afkomstig uit de evolutionaire sociaal-cognitieve theorie. *Epistemic trust* is het vermogen om te vertrouwen op het waarheidsgehalte en de persoonlijke relevantie van interpersoonlijk uitgewisselde informatie. Een gebrek aan *epistemic trust* veroorzaakt rigiditeit; het beperkt het vermogen om te veranderen door nieuwe ervaringen in relaties, ook in de relatie met de therapeut. In bepaalde analytisch geïnspireerde kringen wordt *epistemic trust* naar voren geschoven als centrale component van de algemene psychopathologie- of p-factor (Caspi e.a. 2014) die de ernst van de psychopathologie bepaalt en wellicht ook de mate waarin patiënten in staat zijn te veranderen door internalisering van interpersoonlijke ervaring of door kennis (inzicht). Het lopende onderzoek naar de psychologische en sociale factoren die de ontwikkeling en het herstel van *epistemic trust* beïnvloeden biedt aanknopingspunten voor de aanpak van behandelresistentie (Fonagy & Allison 2014).

Bij het uitwerken van een klinische behandeling die hierop inspeelt is het goed als maximaal wordt ingezet op het ‘andere’, het verschil met ambulante behandelingen. Gebaseerd op mijn ervaring en mogelijke wegen voor de toekomst ga ik in op zes facetten.

► 1. EEN HELDERE BEHANDELVISIE Klinische behandelingen moeten uitgaan van een *heldere en eenvoudige behandelvisie* die zorgt voor een *geïntegreerde consistente teambehandeling*. Zo wordt een kakofonie van ideeën en visies in het team vermeden. Eenvoud staat enigszins op gespannen voet met de psy-

choanalytische identiteit die complexiteit en gelaagdheid koestert. Voor het werk in teamverband is *less* echter *more*. Vaak benadrukt men dat het teamwerk de kracht uitmaakt van klinische behandelingen. Maar nog vaker is beschreven hoe destructieve teamprocessen het hele behandelproces aantasten. Een behandelteam is kwetsbaar voor irrationele en destructieve groepsfenomenen. Het is een complexe groep vanwege verschillen in status en invloed en in de mate van direct contact met de patiëntengroep. Dit leidt niet zelden tot gefragmenteerd werk, tot eindeloze debatten en frustraties en een proliferatie van teambijeenkomsten om dat allemaal te bevatten. De aard en de complexiteit van het werk van verpleegkundigen of sociotherapeuten zorgen vaak voor een spanningsveld. Hun nabijheid tot patiënten en hun regelende betrokkenheid in het samenleven maakt hen doelwit van heel wat intense overdracht. Tom Main investeerde als teamleider dan ook vooral in het werk met verpleegkundigen.

Het denken vanuit de dynamische processen die behandelresistentie veroorzaken kan zorgen voor *een helder kader dat alle behandelaars qua visie samenhoudt*. Doelen en werkwijzen kunnen van hieruit omschreven worden. Bijvoorbeeld:

- a De hechtingsproblematiek toont zich binnen de behandelsetting in relaties met de peergroep en het behandelteam. Er kan worden gereflecteerd over de antecedenten van deze hechtingsproblematiek maar vooral moet experientieel worden stilgestaan bij de effecten ervan, waaronder de impact op de behandeling.
- b In alle behandelcomponenten moet aandacht worden gegeven aan mentale processen en worden interventies vanuit Mentalization Based Treatment gebruikt.
- c Reacties op de behandeling en de behandelaars die negatieve overdrachtsprocessen reflecteren zijn een belangrijke focus van onderzoek voor team en patiënten. De teamleden moeten negatieve overdracht en ook tegenoverdracht verwachten. Principes van tegenoverdrachtshantering en -bewerking worden zoveel mogelijk geconcretiseerd.
- d Met symptomen wordt gewerkt in de richting van herstel van betekenis. Farmacotherapie kan hierbij een ondersteunende functie hebben, maar ook op dit terrein is bij deze patiënten vaak sprake van behandelresistentie. De resistentie tegen symptoomverandering wordt onderzocht in termen van hun functies en betekenissen om zo te werken naar herstel van *self-agency*.

Deze principes en hun disciplinegebonden concrete uitwerking kunnen doel en richting geven aan het werk van alle teamleden en zorgen voor de zo belangrijke consistentie in de bejegening en behandeling van de patiënten.

► 2. DE PSYCHOTHERAPEUTISCHE RELATIE Wat de *psychotherapeutische relatie* betreft is het niet aanbevolen te proberen om zoveel mogelijk de klassieke psychoanalytische positie te benaderen. Het onderzoek van overdrachts- en tegenoverdrachtselementen is ook hier belangrijk, maar dan terdege rekening houdend met de invloed van de verschillen in het kader. De psychotherapeutische relatie heeft meer kenmerken van een reële relatie: de patiënt weet en observeert dat de therapeut omgaat met andere behandelaars en andere patiënten van zijn groep. De therapeut participeert aan verschillende bijeenkomsten met de patiënt en het team en heeft invloed op het algemene behandelbeleid. Pogingen om hier een schijn van analytische zuiverheid te bewaren zijn vruchteloos en onproductief. Deze reële aspecten van de relatie kunnen juist gebruikt worden als ingangspoorten tot onderzoek en verandering (Deutsch & Mirsky 1987). De psychotherapeut onderzoekt met de patiënt deze reële relatie, de manifestaties van hechtingsproblemen en negatieve overdracht, en gebruikt interventies die mentaliseren bevorderen en *epistemic trust* reanimeren.

De relatie met de psychotherapeut is in een klinische behandeling vaak minder belangrijk; andere relaties hebben meer impact. De experiëntiële behandelcomponenten worden elders sterker gestimuleerd. In de psychotherapie wordt dan gereflecteerd over wat zich afspeelt in andere relaties, met de psychotherapeut als derde, die denkt over wat de patiënt daar ervaart.

► 3. REFLECTIE OP ERVARING In klinische behandelingen zijn de *experiëntiële elementen* vaak belangrijker dan de interpretatieve. De patiënt verandert met andere woorden meer door ervaring (en de reflectie daarop) dan door inzicht. Het gaat daarbij niet in de eerste plaats over een veelheid aan correctieve emotionele ervaringen. Het gaat over een ervaringsproces in betekenisvolle relaties, dus in omstandigheden van affectieve arousal, en de reflectie daarover in de onmiddellijkheid van de beleving. Inzicht ontstaat hier vanuit ervaring, waarbij de patiënt door teamleden en groepsleden wordt aangemoedigd in een rol als waarnemer en interpretator van ervaringen.

Het is daartoe onder meer belangrijk dat de *rol van de peergroep* goed omschreven wordt, zowel voor het team als voor de patiënten zelf. Patiënten krijgen een belangrijke rol in elkaars behandeling. Er moet vooral gezorgd worden voor een klimaat waarin open onderzocht kan worden wie wat doet tegenover wie, van waaruit en met welke gevolgen.

Sommige behandelresistente patiënten zijn erg goed in het interpreteren en analyseren. Het analyseren gebeurt hier losgekoppeld van de affectieve beleving, waardoor er geen effect is op de omgang met zichzelf en anderen. De behandelresistentie is dan verbonden met een soort van hyper- of pseudomentaliseren dat losgekoppeld is van affectieve ervaring. Een goed begeleid klinisch milieu zorgt voor voldoende affectieve druk om hier tegenin te gaan. Het produceren van inzichten zonder verandering wordt opgemerkt en in vraag

gesteld. De patiënt wordt door team en peergroep aangezet om te experimenteren met andere manieren van omgaan met zichzelf en met relaties en om te reflecteren op affectieve ervaringen.

► 4. NEGATIEVE OVERDRACHT Er is behoefte aan een kader van waaruit wordt gedacht over *negatieve overdracht*. Patiënten die opgenomen worden, hebben vaak een sterke en negatieve impact op anderen, wat onder meer reden is voor het isolement en de verwerping die vaak aanleiding waren voor de opname. Zij communiceren via acties die anderen ervaren als een inbreuk of een aanval. Het verdragen, overleven en bewerken van deze impact is een cruciaal element in het overwinnen van de behandelresistentie. Maar het is ook een kwetsbaar element. Hiervan getuigen legio artikelen over overdrachts- en tegenoverdrachtspatronen en tegenoverdrachts-acting-out in behandelmilieus.

► 5. IATROGENE ELEMENTEN Een klinische behandeling gefocust op deze processen is intens en indringend. Krachtige methoden kunnen ook de grootste schade toebrengen. Er moet aandacht zijn voor mogelijke *iatrogene elementen*. Een te sterke dosering en intensiteit betekenen voor sommige patiënten een zware aanslag op hun affectregulatie en sociaal-cognitieve vermogens, met negatieve gevolgen voor hun prognose. Het was een van de dingen die Chiesa in het Cassel Hospital onderzocht. Hij vond dat het step-down-programma op langere termijn gemiddeld betere effecten had dan het langdurig residentiële. Hij zocht naar patiëntkenmerken verbonden met de reactie op de twee behandelprogramma's en identificeerde een groep (vooral zwakkere *borderline*-) patiënten die achteruitgingen in of vroeg uitvielen uit het langdurige residentiële programma (Chiesa 2005). Langer en intenser is voor sommigen wel, maar voor anderen juist niet effectiever. Het is een uitdaging om step-down-modellen te ontwikkelen die voldoende continuïteit in de therapeutische relatie garanderen.

Het leven en de relaties van de patiënt buiten de behandelsetting krijgen in de analytische literatuur doorgaans weinig aandacht. Ook hier is Tom Main een uitzondering — hij wees op het risico van wat hij *desocialisatie* noemde (Main 1958). We zijn sterk in het naar binnen richten van de blik, in een kader dat beveiligd tegen intrusie van de buitenwereld. Maar veronachtzaming van het reële leven van de patiënt versterkt het gevaar van desocialisatie. Gesloten milieus zijn niet bevorderlijk voor de overdracht van de behandelingseffecten naar het leven van de patiënt in de gemeenschap.

► 6. PATIËNTENPARTICIPATIE Het lijkt zinvol in te spelen op evoluties naar *actievere patiëntenparticipatie*, daarbij zoekend naar eigen invulling en werkmethoden. Er zijn experimenten op psychodynamische afdelingen met behandelmodellen waarbij de patiënt actief deelneemt aan teambijeenkomsten waarin (de obstakels in) zijn behandeling besproken worden en belangrijker

beslissingen met betrekking tot het toekomstige behandelbeleid genomen worden. Het is een uitdaging om samen met de patiënt in teamgesprekken probleemgebieden te identificeren en hypothesen te formuleren, om in aanwezigheid van de patiënt in het team van mening te verschillen en te denken over de processen betrokken bij behandelresistentie en over manieren om de behandeling op gang te trekken en te houden. Onderzoek van de impact hiervan op de patiënt en ook op het team kan erg interessant zijn. Mogelijk raakt het team minder verstrikt in niet-constructieve debatten wanneer de patiënt in de teambijeenkomsten actief meedenkt over zichzelf en de eigen behandeling. Het reflectief vermogen van de patiënt kan krachtig gestimuleerd worden door onderdeel te zijn van een groep die over hem of haar denkt. Zijn of haar gevoel van *self-agency* wordt versterkt door de ervaring actor te zijn in de eigen behandeling in plaats van deze te ondergaan.

¶ Conclusie

Uiteraard rijst hier de vraag: mag men dit dan nog wel psychoanalytische behandeling noemen? Wellicht niet in de zin dat er een psychoanalytisch proces ontstaat identiek aan dat van de meer klassieke analytische setting. De behandeling focust juist op de processen die een dergelijke benadering onmogelijk maakt, maar laat zich daarbij wel informeren door de psychoanalyse. In die zin is ze psychodynamisch in brede zin.

De psychoanalyse was en is sterk in de behandeling van ernstige, complexe problematiek, zowel in een ambulant als in een residentieel kader. Er is op die plekken meer psychoanalytische of psychodynamische inbreng nodig in plaats van minder (Plakun 2012). Wij hebben diepgaande kennis over de processen die maken dat de psychische ontwikkeling stagneert en dat behandelingen falen. Deze kennis moet verder uitgebreid worden om van daaruit nog meer werkzame behandelingen te ontwikkelen voor patiënten die in andere behandelingen falen. Op deze gebieden moeten we verder innoveren, experimenteren én de bewijzen leveren waar de gemeenschap om vraagt. Zo kan mogelijk in een verdere toekomst iets hersteld worden van de natuurlijke verbinding die vroeger bestond tussen psychiatrie en psychoanalyse.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>CASPI, A., HOUTS, R.M., BELSKY, D.W. E.A. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders. <i>Clinical Psychological Science</i>, 2, 119-137.</p> <p>CHIESA, M., FONAGY, P. & HOLMES, J. (2003). When less is more: an exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personal-</p> | <p>ity disorder. <i>International Journal of Psychoanalysis</i>, 84, 637-650.</p> <p>CHIESA, M. (2005). In-patient hospital-based psychosocial treatment of borderline personality disorder: a systematic review of rationale and evidence-base. <i>Clinical Neuropsychiatry</i>, 2, 292-301.</p> <p>CHIESA, M. & FONAGY, P. (2010). Scientific research, the therapeutic community and psychodynamic psychotherapy.</p> |
|---|--|

- Clinical Neuropsychiatry*, 7, 173-180.
- DAMSA, C., BRYOIS, C., MORELLI, D.
E.A. (2010). Are psychiatric residents still interested in psychoanalysis? A brief report. *American Journal of Psychoanalysis*, 70, 386-391.
- DEUTSCH, C. & MIRSKY, J. (1987). Patient-therapist relationships in the therapeutic community — Extra session encounters, transference and counter-transference. *International Journal of Therapeutic Communities*, 8, 303-313.
- FONAGY, P. (2003). Psychoanalysis today. *World Psychiatry*, 2, 73-80.
- FONAGY, P. & ALLISON, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.
- JANSSEN, P. (1986). On integrative analytic-psychotherapeutic hospital treatment. *International Journal of Psychotherapeutic Communities*, 7, 225-241.
- KOKS, R. (2015). Je haalt de problemen in huis! Opkomst, bloei en neergang van klinische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Groepen*, 10, 39-51.
- MAIN, T. (1957). The ailment. In J. Johns (red.), *The ailment and other psychoanalytic essays*. (p. 12-35). Londen: Free Association Books, 1989.
- MAIN, T. (1958). In-patient psychotherapy of neuroses. In J. Johns (red.), *The ailment and other psychoanalytic essays* (p. 36-50). Londen: Free Association Books, 1989.
- PLAKUN, E. (2006). A view from Riggs — Treatment resistance and patient authority: I. A psychodynamic perspective on treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 349-366.
- PLAKUN, E. (2012). Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts psychiatry needs from psychoanalysis. *Psychodynamic Psychiatry*, 40, 183-209.
- STANTON, A. & SCHWARTZ, M. (1954). *The mental hospital — A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic Books.
- TARGET, M. (2010). Psychoanalytic psychotherapy now: where do we fit in? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, 14-21.

SUMMARY

The coffee machine, the team meeting and the sofa — Psychoanalytic treatment in a (day)hospital setting

In the past, psychoanalysis had a major influence on practices in (semi)residential treatment settings. Psychoanalytic work in residential settings in turn strongly influenced important evolutions in psychoanalytic theory and practice. Recently, many psychoanalytically oriented treatment settings had to close their doors. This situation has been influenced by economic and social trends, but psychoanalysis also has to consider its own resistances and responsibilities. The present article outlines a contemporary model of psychoanalytic (day) hospital treatment, with particular emphasis on the concept of treatment resistance. Psychoanalysis needs to work further on its own resistances, and to reconnect with contemporary scientific trends and exigencies.

Key words: (day)hospital treatment, epistemic trust, future of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy, treatment resistance

Manuscript ontvangen: 11 november 2015

Definitieve versie: 8 mei 2016